

ISSN 1677-3888



ODONTOLOGIA CLÍNICO-CIENTÍFICA

SCIENTIFIC-CLINICAL ODONTOLOGY

VOLUME 20 NÚMERO 1
MARÇO - 2021



ODONTOLOGIA CLÍNICO CIENTÍFICA

Scientific-Clinical Odontology

Odontologia Clínico-Científica é publicada trimestralmente pelo Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco (CRO-PE) em substituição à Revista do CRO-PE.

The Scientific-Clinical Odontology (ISSN 1677-3888) is published every three months by Odontology Regional Consult of Pernambuco (CRO-PE), substitute for Revista do CRO -PE.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO

MEMBROS EFETIVOS

PRESIDENTE

Eduardo Ayrton Cavalcanti Vasconcelos

SECRETÁRIA

Thérèse Etienne de Sá Y Britto

TESOUREIRO

Adelmo Cavalcanti Aragão Neto

VOGAL:

Igor Gabriel de Moraes Santos

Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos

MEMBROS SUPLENTE

Danielle Lago Bruno de Farias

Audison Pereira Nunes de Barros

Ana Beatriz Vasconcelos Lima Araújo

Avelar César Amador

Editora Científica / Scientific Editor

Pâmella Recco Alvares

Assessora Administrativa da Diretoria/Revista

Sâmara Maria Santos de Macedo

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL CONSULT

Ana Cláudia da Silva Araújo

André Cavalcante da Silva Barbosa

Roberto Carlos Mourão Pinho

Ricardo Eugênio Varela Ayres de Melo

REVISORES

Aline Cardoso de Moraes Sarda CRO-PE 6726

Amanda Katarinny Goes Gonzaga CRO-PB 5251

Andréa Cruz Câmara CRO-PE 6687

Angelinne Ribeiro Angelo CRO-PE 9201

Arnaldo Pereira de Brito Filho CRO-PE 6963

Aurora Karla de Lacerda Vidal CRO-PE 4925

Carlos Menezes Aguiar CRO-PE 4010

Casimiro Abreu Possante de Almeida CRO-RJ 11.292

Carla Cabral dos Santos Accioly Lins CRO-PE 6027

Claudio Heliomar Vicente da Silva CRO-PE 5339

Claudio Paulo Pereira de Assis CRO-PE 10299

Evelynne Pedroza de Andrade CRO-PE 9556

Fábio Correia Sampaio CRO-PB 2158

Fernanda Regina Ribeiro Santos Athayde CRO-PE 10966

Fernando Luiz Tavares Vieira CRO-PE 2114

Hittalo Carlos Rodrigues de Almeida CRO-PE 10895

Isabelle Lins Macêdo de Oliveira CRO-PB 4773

Jordana Medeiros Lira Decker CRO-PB 4863

José Alcides Almeida de Arruda CRO-MG 51379

José Antônio Poli de Figueiredo CRO-RS 6501

José Thadeu Pinheiro CRO-PE 2268

Leonardo José Rodrigues de Oliveira CRO-PE 5661

Leorik Pereira da Sila CRO-RN 4933

Luana Osório Fernandes CRO-PE 9138

Luciana Santos Afonso de Melo CRO-PE 6105

Marcia Maria Fonseca da Silveira CRO-PE 2803

Mayra Macêdo de Aquino CRO-PE: 10313

Natalia Gomes de Oliveira CRO-PE 10729

Oscar Felipe Fonseca de Brito CRO-PB 5119

Paulo Maurício Reis de Melo Júnior CRO-PE 6059

Priscylla Gonçalves Correia Leite de Marcelos CRO-PE 9299

Renata Patrícia de Freitas Soares de Jesus CRO-PE 7109

Renata Silva Melo Fernandes CRO-PE 5314

Rodrigo César Alves de Lima CRO-PE 9719

Rogério Dubosselard Zimmermann CRO-PE 3655

Valdeci Elias dos Santos Júnior CRO-AL 4445

William José Lopes de Freitas CRO-PE 3493

DIAGRAMAÇÃO

Patrícia Okamoto | Tikinet

Filiada a:



CONSULTORES INTERNACIONAIS/INTERNATIONAL CONSULT

Antônio Santos Garcia (Universidade de Salamanca)

Bjoern Petri (University of Calgary/Canadá)

Cosme Gay Escoda (Universidad de Barcelona -Espanña)

Derek Richards (Oxford University - England)

Giovanni Lodi DDS PHD (Universita degli Studi di Milano -Italy)

José Maria Aguirre Urizar (Univesidad Del Pais Vasco / EHU - Espanña)

José Viana Paiva (University of Alabama at Birmingham)

José Vicent Bagan Sebastian (Universidad de Valencia - Espanña)

María Victoria Roscón Trincado (Campus Unamuco – Universidad de Salamanca)

Robinson Narendran Andrew (Faculty of Dentistry / Singapore)

Richard Niedermman (Forsyth Institute Havard – Boston / USA)

Rui Figueiredo (Facultad de Odontología – Universidad de Barcelona)

Sérgio Alvarado Menado (Universidad Mayor de San Marcos - Peru)

Stephen R Porter (University of London / England)

CONSULTORES AD HOC/AD HOC CONSULT

Arine Maria V. de Castro Lyra (FOP/UPE-Pernambuco)

Bernardo Gonzalez Vono (USP - São Paulo)

Breno de Albuquerque Mello (UFPE)

Cristiane Oliveira Vieira (UNIT - Sergipe - Brasil)

Diana Santana de Albuquerque (FOP/UPE- Pernambuco)

Dione Maria Viana do Vale (UPE - Pernambuco)

Edna Maria da Silva (UFRN)

Eliane Helena Alvim de Souza (FOP/UPE-Pernambuco)

Emanuel Sávio de Souza Andrade (FOP/UPE-Pernambuco)

Francisco Veridiano de Almeida (Pernambuco – Brasil)

Gustavo Pina Godoy (UEPB)

Helson José de Paiva (UFRN)

Iara Augusta Orsi (FORP/USP - São Paulo - Brasil)

José Roberto Cortelli (Universidade de Taubaté)

João Luiz de Miranda (FAFEID – Minas Gerais)

João Batista Sobrinho do Nascimento Neto (FOP/ UPE – Pernambuco)

Josué Alves (FOP/UPE-Pernambuco-Brasil)

Liliane Soares Yurgel (PUC-RS)

Luiz Fernando Boros (UFPR - Paraná - Brasil)

Márcia Maria Fonseca da Silveira(FOP/UPE-Pernambuco)

María das Neves Correia (FOP/UPE-Pernambuco)

Maria Regina Almeida de Menezes (FOP/UPE-Pernambuco)

Maurício Kosminsky (FOP/UPE-Pernambuco)

Marcos Antônio Japiassú Resende Montes (FOP/ UPE – Pernambuco)

Reginaldo Inojosa Carneiro Campello (FOP/UPE-Pernambuco)

Rosenês Lima dos Santos (UFPA)

Roberto Braga de Carvalho Vianna (UFRJ)

Silvana Orestes Cardoso (UFPE)

O Conselho Editorial conta com vários consultores científicos "Ad hoc" altamente capacitados e especializados nas áreas da Odontologia.

CORRESPONDÊNCIA / MAIL

Toda correspondência deve ser enviada à Secretaria no endereço abaixo:

All mail should be sent to the adress below:

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO

ODONTOLOGIA CLÍNICO-CIENTÍFICA

Scientific-Clinical Odontology

Av. Norte Miguel Arraes de Alencar, 2930 - Rosarinho - Recife PE - Brasil

CEP 52041-080 / Fone: +55 +81 3194 4900 / 3038.6405

FAX.: +55 +81 3242-2034

E-mail: revista@cro-pe.org.br - www.cro-pe.org.br (publicações/revista)

INDEXADO POR / INDEXED BY

Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO):2000

Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

(LILACS): 2005

Disponível on line: www.cro-pe.org.br

www.freemedicaljournals.com

<http://revodonto.bvsalud.org/scielo>

<http://www.periodicos.capes.gov.br>

© 2021 - Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco

ODONTOLOGIA CLÍNICO CIENTÍFICA

Scientific-Clinical Odontology

MARÇO - 2021



Rua Quinze de Novembro, Olinda - PE
Foto: João Marcelo de Medeiros Carneiro Campos

Odontologia Clínico-Científica v.20(2021). - Recife: Conselho Regional de
Odontologia de Pernambuco

TRIMESTRAL

Substitui, a partir de dezembro de 2001, a Revista do Conselho
Regional de Odontologia de Pernambuco

ISSN 1677-3888
617.6
616.314

CDU.20ed.
CDU.2ed.

MARÇO - 2021

- 6 **EDITORIAL**
Imagem 3D ou 2D em Radiologia Odontológica?
Depende!
- ARTIGOS ORIGINAIS/ORIGINAL ARTICLES**
- 8 **Avaliação do conhecimento de acadêmicos da área da saúde sobre queilite actínica, como lesão precursora do câncer bucal**
Evaluation of health academics' knowledge of actinic cheilitis as a precursor oral cancer injury
Oliveira MRB, et al.
- 12 **Percepção de crianças sobre a prática odontológica**
Children's perception of dental practice
Sabino JSI, et al.
- 18 **Autopercepção em saúde bucal e qualidade de vida de usuários de um serviço odontológico**
Self-perception in oral health and quality of life of users of a dental service
Reis RS, et al.
- 25 **Condição de saúde bucal de pacientes oncológicos**
Oral health condition for oncological patients
Melo BBC, et al.
- 30 **Nível de conhecimento dos profissionais da estratégia de Saúde da Família sobre a relação bidirecional doença periodontal – *Diabetes mellitus***
Level of knowledge of Family Health strategy's professionals regarding the periodontal disease – *Diabetes mellitus* bidirectional relationship
Gomes DV, et al.
- REVISÃO DE LITERATURA/LITERARY REVIEW**
- 39 **Lifting facial não cirúrgico com fios de polidioxanona: revisão de literatura**
Non-surgical facelift with polydioxanone threads: literature review
Albuquerque LV, et al.
- 46 **Eficácia das membranas não absorvíveis na regeneração óssea guiada: uma revisão de literatura**
Effectiveness of membranes non-absorbible in guided bone regeneration: a literature review
Batista TRM, et al.
- 55 **Manifestações clínicas e opções terapêuticas do líquen plano oral: uma revisão de literatura**
Clinical manifestations and therapeutic options of oral lichen planus: a literature review
Miranda AS, et al.
- 62 **Aplicações da tomografia computadorizada de feixe cônico na cirurgia de dentes inclusos**
Applications of cone beam tomography in the surgery of included teeth
Lima AP, et al.
- 68 **Abordagens terapêuticas não-cirúrgicas para a queilite actínica**
Non-surgical therapeutics approaches for actinic cheilitis
Trancoso VAF, et al.
- RELATO DE CASO/CASE REPORT**
- 74 **Reabilitação implantossuportada pela técnica "all on four" após periimplantite mandibular: relato de caso**
Implant rehabilitation supported by the "all on four" technique after mandibular periimplantitis: case report
Cavalcante RA, et al.
- 79 **Displasia dentinária tipo I: relato de caso clínico**
Dental dysplasia type I: a clinical case report
Fernandez MS, et al.
- 85 **Odontoma complexo em maxila – relato de caso**
Complex odontoma of the maxilla – case report
Silva TVS, et al.
- 90 **Fechamento de comunicação oro-antral utilizando corpo adiposo da bochecha: relato de caso em paciente idoso**
Closure of oro-antral communication using buccal adipose body: case report in elderly patient
Silva WR, et al.
- 94 **Ressecção segmentar de granuloma central de células gigantes: relato de caso**
Segmentation of central giant cell granuloma: case report
Gonçalves KKN, et al.
- 99 **Anais da Jornada Odontológica Interligas da Universidade Federal de Pernambuco**

Imagem 3D ou 2D em Radiologia Odontológica? Depende!

Sempre digo aos meus alunos da graduação: “Aprendam radiologia, pois todas as especialidades dependem dela”. O dentista que sabe um pouco mais de radiologia consegue ver além dos demais e tem mais facilidade em sua prática clínica. Não é por acaso que na grade curricular ela vem antes das outras especialidades.

Nestes 35 anos como cirurgião dentista acompanhei a evolução da odontologia e especialmente da radiologia. Vi a AIDS impor maiores cuidados com a biossegurança, nos obrigando a usar luvas em todos os procedimentos e não apenas em cirurgias. Presenciei a realização do sonho de repor um dente perdido por um implante, a troca da restauração em amálgama de prata por resina composta, a substituição da instrumentação endodôntica manual por ultrassom e instrumentos mecanizados, do filme radiográfico pelos sensores digitais e placas de fósforo e mais recentemente da moldagem das arcadas dentárias pelo conforto das câmeras de um scanner intrabucal, entre tantas outras inovações.

Recordo-me, que, ao exercer a minha primeira especialidade, a endodontia, até 1995, como eu desejava que existisse uma radiografia em que fosse possível ver e avaliar o que estaria acontecendo por vestibular ou lingual, em um tratamento endodôntico mais complicado. A implantodontia, também, estava incomodada, pois necessitava medir a espessura do osso alveolar no sentido vestibulolingual e começou a solicitar a tomografia computadorizada espiral dos centros de radiologia médica, porém, o custo era alto e o paciente recebia uma dose de radiação elevada. A meu ver, essa necessidade foi um dos maiores motivos para o desenvolvimento de um tomógrafo dedicado à odontologia e foi assim que, em 1998, surgiu o primeiro tomógrafo de feixe cônico (TCFC) ou *Cone Beam*, o “NEWTOM”. Este foi um marco importante na odontologia. Considero que é como se a odontologia existisse antes e depois da TCFC. Aos poucos, não só a implantodontia, mas todas as especialidades da odontologia passaram a se beneficiar deste exame, possibilitando planejar e executar condutas clínicas com muito mais segurança.

Com o advento da tomografia de feixe cônico, descobrimos que uma imagem radiolúcida sugestiva de lesão periapical somente pode ser detectada em uma radiografia periapical ou panorâmica quando atinge a cortical vestibular ou lingual. Se o ápice radicular estiver mais centralizado no osso alveolar, poderá demorar muitos meses para isto acontecer. Esta constatação, também deve nortear a filosofia dos tratamentos endodônticos de dentes com polpas necrosadas. Se dispusermos somente de imagens radiográficas, é mais prudente considerarmos que o dente pode apresentar uma lesão periapical. Além de detectar as lesões periapicais, a TCFC auxilia no diagnóstico de sinusites odontogênicas, pois demonstra com clareza a relação das lesões periapicais e periodontais com o assoalho do seio maxilar, que, em muitas vezes, pode estar rompido e com espessamento mucoso ou com opacificação (“velamento”). Detecto com frequência sinusites maxilares odontogênicas em tomografias solicitadas por otorrinolaringologistas, em pacientes que foram encaminhados a eles por dentistas. Após o diagnóstico, o paciente é encaminhado de volta ao seu dentista para tratar a lesão periapical e/ou periodontal. Por que não o próprio cirurgião dentista solicitar a tomografia e contribuir com o diagnóstico?

Pesquisa de condutos não obturados e com variações anatômicas, reabsorções dentárias internas e externas, perfurações e fraturas radiculares são outras indicações da tomografia na endodontia. Porém, a presença de núcleos intrarradiculares e mesmo da gutapercha da obturação dos condutos radiculares pode gerar artefatos do tipo “*beam hardening*” (estrias ou faixas claras) e “*estreaks*” ou “*dark bands*” (listras ou bandas escuras), que podem dificultar diagnóstico ou simular fraturas radiculares. Mais recentemente, a TCFC passou a contribuir com a localização de canais radiculares em dentes com calcificação da câmara pulpar e do conduto radicular. Ao se associar a tomografia com o escaneamento intrabucal, planeja-se um guia cirúrgico (*Endoguide*), que guiará a penetração da broca para localizar o canal com mais segurança, evitando as perfurações radiculares.

É importante o cirurgião dentista se familiarizar com as imagens tomográficas e avaliá-las por completo e não apenas se limitar a ver as imagens selecionadas pelo radiologista. Para isso, é preciso solicitar que venha em CD ou DVD, ou que seja disponibilizado via internet, o arquivo DICOM (*Digital Imaging and Communications in Medicine*), que, para ser visualizado, necessita de *softwares* específicos. Recomendo, para tal finalidade, o programa *Radiant Dicom Viwer*, que pode ser baixado de forma gratuita. Para aqueles que se interessarem disponibilizo, neste link, um tutorial de vídeo, no qual ensino a usar as principais ferramentas deste *software* (<https://youtu.be/EhP1zraWpEY>).

Não podemos desprezar as imagens 2D, elas continuarão, ainda por muito tempo, sendo valorosas. A avaliação da osseointegração dos implantes, sobretudo nas faces mesial e distal, deve ser feita por radiografias periapicais, pois os artefatos metálicos do implante impedem esta verificação (porém, por vestibular e lingual, a TCFC é superior para esta avaliação). O diagnóstico de fraturas radiculares na presença de núcleos intrarradiculares é um grande desafio nas

Imagem 3D ou 2D em Radiologia Odontológica? Depende!

imagens tomográficas e, muitas vezes, esse diagnóstico só é possível quando fazemos sua associação com as radiografias periapicais por meio da técnica de Clark. Entretanto, para extrairmos o máximo de informações das nossas radiografias, elas devem apresentar um padrão de qualidade.

Respondendo a pergunta inicial, acredito que todos já devem ter concluído, que o cirurgião dentista deve somar os recursos 2D e 3D, sem substituir um pelo outro e ao indicá-los no momento correto, certamente deixará o seu trabalho mais fácil e seguro e trará melhores resultados ao paciente. Lembremo-nos de que a solicitação de um exame com uso dos raios X deve ser feita de forma racional e específica para cada paciente, após a avaliação clínica criteriosa e obedecendo o princípio de otimização que determina que se pratique a filosofia de "ALARA" (as doses devem ser tão baixas quanto racionalmente exequível).

Cleomar Donizeth Rodrigues. DDS, MSc, PhD.

Professor de Imaginologia e Radiologia Odontológica da UNICEPLAC-DF
Professor do Curso de Especialização em Imaginologia da ABO-Taguatinga-DF
SMHN Q.02 Bloco A Sala 208, Brasília-DF, Brasil
E-mail: cleomar.d.rodrigues@gmail.com
Telefone: (61) 3327-8932.

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DA ÁREA DA SAÚDE SOBRE QUEILITE ACTÍNICA, COMO LESÃO PRECURSORA DO CÂNCER BUCAL

EVALUATION OF HEALTH ACADEMICS' KNOWLEDGE OF ACTINIC CHEILITIS AS A PRECURSOR ORAL CANCER INJURY

Maria Rita Barbosa de Oliveira¹, João Carlos Rafael Junior¹, Daniela de Cassia Fagioni Boleta-Ceranto²

1. Acadêmicos de Odontologia- Bolsistas PEBIC-UNIPAR/CNPq

2. Mestre e Doutora em Odontologia área de Concentração Fisiologia Oral pela Unicamp, professora dos cursos de Odontologia e Mestrado Profissional em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica da Universidade Paranaense-UNIPAR.

Palavras-chave:

Câncer Bucal; Queilite Actínica; Conhecimento; Acadêmicos; Saúde.

RESUMO

Dentre as doenças mais letais em todo o Brasil, o câncer encontra-se como um dos principais, podendo se desenvolver em diversas áreas. Com relação ao câncer bucal, ele é considerado um dos mais prevalentes. Podendo ser justificado em decorrência do estilo de vida adotado por muitos, como tabagismo, alcoolismo, má alimentação e exposição excessiva ao sol. Produzindo um aumento no número de casos de forma progressiva. Em grande parte dos casos de câncer bucal, há o aparecimento de lesões potencialmente malignas, destacando-se a leucoplasia, eritroplasia e queilite actínica. A queilite actínica, decorrente do excesso de radiação ultravioleta, é uma lesão potencialmente maligna, altamente prevalente em pessoas que estão propensas a esta exposição sendo frequente em áreas cuja atividade econômica está pautada na agricultura, que requer exposição à radiação solar, como o noroeste do Paraná. Portanto, é essencial que todos os profissionais de saúde saibam reconhecer este como sendo um fator causador do câncer bucal e fiquem atentos às mudanças que ocorrem previamente à malignização, principalmente, lesões em lábios, onde a queilite manifesta-se. Logo, é importante que os profissionais saibam reconhecê-la precocemente, devendo ser vislumbrado já durante a universidade. Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é avaliar o conhecimento de acadêmicos de diferentes áreas da saúde, sobre sinais e sintomas da queilite actínica, que é uma das lesões cancerizáveis mais importantes e prevalentes.

Keywords:

Oral Cancer; Actinic Cheilitis; Knowledge; Academics; Health.

ABSTRACT

Among the most lethal diseases in Brazil, cancer is one of the main and can develop in several areas. Regarding oral cancer, it is considered one of the most prevalent. It can be justified due to the lifestyle adopted by many, such as smoking, alcoholism, poor diet and excessive sun exposure. Producing an increase in the number of cases in a progressive way. In most cases of oral cancer, there is the appearance of potentially malignant lesions, highlighting the leukoplakia and actinic cheilitis. Actinic cheilitis, resulting from excess ultraviolet radiation, is a potentially malignant lesion, highly prevalent in people who are prone to this exposure being frequent in areas whose economic activity is based on agriculture, which requires exposure to solar radiation, such as the northwest Paraná. Therefore, it is essential that all health professionals know how to recognize this as a factor causing oral cancer and be aware of the changes that occur prior to malignancy, especially lip lesions, where cheilitis manifests. Therefore, it is important that professionals know how to recognize it early, and should be glimpsed already during the university. Therefore, the objective of this work is to evaluate the knowledge of scholars from different health areas about signs and symptoms of actinic cheilitis which is one of the most important and prevalent cancerizable lesions.

Autor Correspondente:

Maria Rita Barbosa de Oliveira.
Rua Bortolo Ceranto, 5326, Casa. Parque Cidade Jardim
CEP: 87506-040 – Umuarama – PR
maria.oliveira@edu.unipar.br
Fone: (44) 997367572.

Introdução

O câncer é uma grave doença, sendo considerada como um dos grandes problemas de saúde pública, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, como

o Brasil, sendo causadora de altas taxas de óbitos¹. O câncer de boca é o quinto tipo de câncer mais prevalente no gênero masculino e o sétimo no gênero feminino. Este tipo de câncer pode afetar a gengiva, mucosa jugal, palato, língua, sendo frequente na parte posterior da língua e lábios. O câncer é

caracterizado como sendo uma doença crônica, multifatorial em decorrência da interação de vários fatores etiológicos, afetando os mecanismos de proliferação celular².

Alguns sinais podem preceder ao aparecimento do câncer bucal, são as denominadas lesões potencialmente malignas (LPM), podendo ser o primeiro sinal clínico do processo carcinogênico³. As LPM são consideradas uma alteração tecidual onde há maior probabilidade de ocorrer um processo de malignização, mas nem sempre se manifestará progredindo desta forma⁴. Dentre estas lesões potencialmente malignas, temos como exemplos a leucoplasia, a eritroplasia, e a queilite actínica (QA).

Quando se refere às lesões em mucosa, cabe mais especificamente ao cirurgião dentista realizar o diagnóstico, porém, quando se trata de lesões envolvendo lábios, como é o caso da QA, visto que é uma área de fácil visualização, é importante que todos os profissionais da saúde estejam atentos e sejam capazes de identificarem os sinais de alerta para encaminharem o paciente a profissionais capazes de diagnosticar, sendo eles o cirurgião dentista ou um dermatologista⁵.

A QA é uma lesão potencialmente maligna, causada pela exposição contínua e excessiva a radiação ultravioleta, sem o uso de proteção. Na maioria das vezes trata-se de uma lesão assintomática, com maior predileção para o lábio inferior e indivíduos leucodermas, gênero masculino, caracterizada clinicamente por superfície do lábio com ulcerações, aspecto áspero e ressecado, tornando-o enrijecido, com descamação labial e perda da concavidade labial⁴.

Estudos apontam que cerca de 95% dos casos de carcinoma espinocelular de lábio originam-se de QA precursoras⁶. Devido a esta relevância, é essencial que os profissionais da saúde tenham o conhecimento para detectar esta alteração, visto que o diagnóstico precoce é importante na melhora do prognóstico do paciente, bem como saibam traçar medidas de prevenção para toda a população.

Dentro deste contexto, o presente trabalho tem como objetivo avaliar o conhecimento dos estudantes de diversos cursos da área da saúde, da Universidade Paranaense-UNIPAR, *campus* Umuarama acerca da QA, visto que é de suma importância que todos os integrantes das equipes multidisciplinares de saúde saibam detectar alguma anormalidade para o encaminhamento e detecção precoce e como realizar o manejo frente a uma lesão como esta.

METODOLOGIA

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (Parecer: 3.603.923). Inicialmente foi feito um levantamento do número de alunos matriculados no 1º período do ano letivo de 2020 dos cursos da área da saúde da Universidade Paranaense – UNIPAR *campus* Umuarama, sendo um total de 295 alunos. Os pesquisadores abordaram os alunos remotamente, após autorização dos coordenadores dos colegiados dos cursos envolvidos. Foi estruturado um formulário com 10 perguntas utilizando o aplicativo Google Formulário, o link do formulário (<https://forms.gle/Npnc91MkFP6LPKAD7>) foi encaminhado por e-mail e respondido pelos voluntários.

Em seguida à coleta dos dados, foram realizadas análises descritivas para avaliar o conhecimento da QA e outros fatores relevantes, entre os estudantes.

Todos os participantes leram e assinaram antecipadamente o termo de consentimento livre e esclarecido comprovando que apresentavam total liberdade para se recusarem a participar da pesquisa, com isso todos os princípios éticos foram seguidos rigorosamente, incluindo o sigilo dos estudantes.

RESULTADOS

Em relação ao número de universitários matriculados nos primeiros anos dos cursos referentes a área da saúde na Universidade Paranaense - UNIPAR *campus* Umuarama, foi totalizado 295 registros. Destes, 110 (37,28%) se voluntariaram a participar da pesquisa, respondendo às perguntas do formulário. Dos voluntários 83,6% (n=92) eram do gênero feminino e 16,4% (n=18) masculino.

Acadêmicos de 7 cursos participaram. Destes 13,6% (n=15) estavam matriculados no curso de Enfermagem, 20% (n=22) Estética e Cosmética, 20% (n=22) Medicina, 19% (n=21) Psicologia, 18% (n=20) Odontologia, 5,4% (n=6) Nutrição e 3,6% (n=4) em Farmácia.

Quando abordados frente ao seu conhecimento sobre a prevalência de cânceres em geral, 54,5 % (n=60) responderam que conheciam, enquanto 45,5% (n=50) responderam negativamente. Quando questionados sobre o conhecimento acerca da prevalência do câncer de boca, 30% (n=33) responderam que conheciam e 70% (n=77) disseram que não. Também foi questionado sobre o conhecimento a frente das LPM, para esta questão a resposta negativa, “não conheço a respeito” foi dada por 78% (n=86) dos voluntários. Os resultados estão descritos na figura 1.

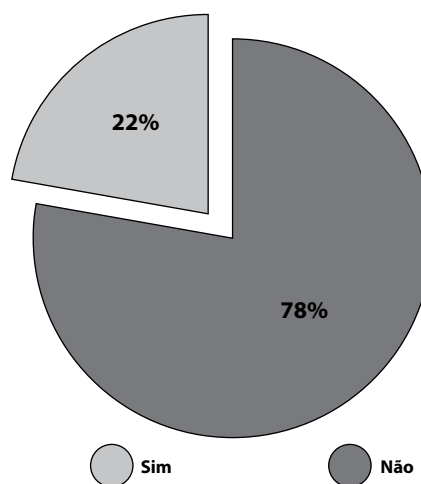


Figura 1 – Conhecimento sobre as Lesões Potencialmente Malignas Oraís.

Com relação ao entendimento a respeito dos fatores que potencializam a possibilidade de desenvolver câncer 28,2% (n=31) relataram desconhecer e 71,8% (n=79)

responderam positivamente. Outro questionamento foi referente ao conhecimento dos fatores que desencadeiam as lesões potencialmente malignas sendo que 56,4% (n=62) assinalaram sim e 43,6% (n=48), aos que responderam positivamente, foi solicitado que fosse citado esses fatores. Os resultados estão descritos na figura 2.

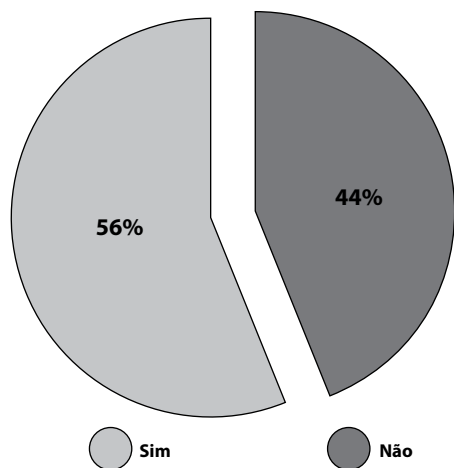


Figura 2 – Fatores considerados como desencadeantes das lesões potencialmente malignas.

Dentre as respostas, também citaram outros fatores como: mascar tabaco, próteses mal adaptadas, comidas e bebidas em temperatura elevada.

Com relação ao conhecimento de quais são as lesões potencialmente malignas, os resultados estão expostos na figura 3.

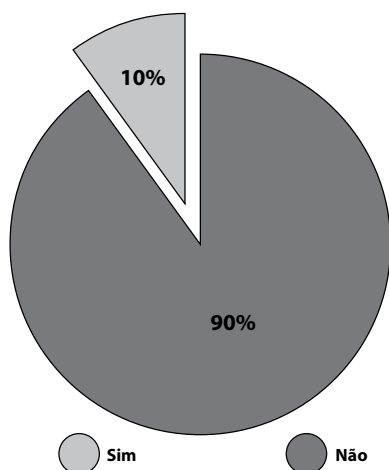


Figura 3 – Conhecimento dos voluntários acerca de quais são as lesões potencialmente malignas.

Referente ao conhecimento dos fatores que desencadeiam a QA, segundo os participantes, 94,5% (n=104) disseram que não conhecem e 5,5% (n=6) responderam que sim.

Também foram questionados sobre a capacidade de descrever as características da QA, os resultados obtidos foram

muito significativos, devido ao alto grau de ocorrência de cânceres de boca que foram precedidos pela QA, se tornando um grande fator que deve ser analisado. Porém, muitos estudantes ainda não possuem o conhecimento da mesma, neste questionamento 97,3 % (n=107) afirmaram que não conhecem enquanto apenas 2,7% (n=3) responderam que sim.

Sabendo que o diagnóstico precoce do câncer é essencial para um bom prognóstico foram questionados sobre sua importância, os resultados estão expostos na figura 4.

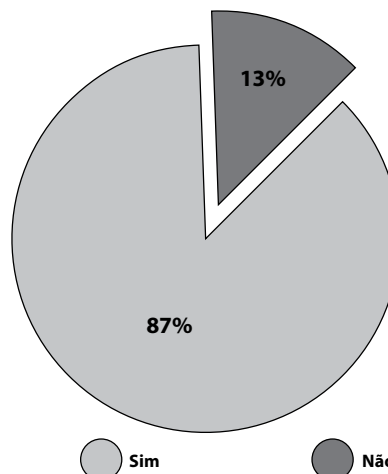


Figura 4 – Conhecimento sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer.

Ao individualizar os dados, focando somente nos estudantes de odontologia, obtém-se que cerca de 30% (n=7) dos estudantes conhecem as lesões potencialmente malignas orais, em contrapartida, 95% (n=19) responderam não saber quais são estas lesões. Questionados sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer, 85% (n=17) afirmaram que é sim de grande importância. Colocando em pauta a queilite actínica, 100% (n=20) responderam não saber descrever tal lesão. Tais dados exprimem que os acadêmicos de odontologia não possuem conhecimento adequado sobre quais são as lesões precursoras do câncer bucal, o que pode ser entendido por se tratar de alunos do primeiro ano, entretanto os acadêmicos de odontologia entendem a real importância de se diagnosticar precocemente o câncer.

DISCUSSÃO

O câncer de boca é o quinto tipo de câncer mais prevalente no gênero masculino e o sétimo no feminino². Sabendo disso é primordial que entendamos as lesões antecedentes ao seu aparecimento, como as lesões potencialmente malignas, com isso podemos citar a QA que possui maior probabilidade de malignização, sendo necessário que os pacientes sejam diagnosticados precocemente para que tenham um bom prognóstico mediante um caso de câncer de boca. É uma lesão que ocorre nos lábios e clinicamente se apresenta como áreas ásperas, esbranquiçadas, de espessura variada, escamosas,

com limites e contornos mal definidos, podendo ocorrer o desenvolvimento de pelos e áreas leucoplásicas com ou sem áreas eritematosas, edemas, crostas e bolhas⁵. Tais características podem ser visualizadas facilmente por qualquer profissional da área da saúde, sendo necessário que a equipe-multidisciplinar tenha conhecimento suficiente para detectá-la.

Frete aos trabalhos que abordam o conhecimento de acadêmicos sobre o câncer bucal e lesões pré-malignas, Basso et al.⁷, em sua pesquisa detectaram que a maioria dos estudantes não possuem conhecimento a respeito das lesões pré-malignas, não sendo capazes de diagnosticá-las também. O mesmo questionamento foi feito por Lima et al.⁸, que obtiveram resultados semelhantes, constatando que a maioria não tinha o conhecimento dessas lesões.

Souza et al.⁹, vislumbra que os estudantes possuem conhecimento dos principais fatores que podem potencializar o surgimento do câncer bucal, dentre eles foram citados, o uso de tabaco, álcool, exposição solar e história familiar de câncer. Essa assertiva se assemelha com os resultados achados no presente estudo, onde obtiveram resultados semelhantes pois sinalizaram como agentes o tabaco, narguilé, álcool, exposição solar, alimentos industrializados e deficiência nutricional, ingestão de comidas e bebidas em temperatura elevada, próteses mal adaptadas.

Ao se levar em consideração o diagnóstico precoce do câncer bucal, o estudo de Oliveira et al.¹⁰, mostrou que a maioria dos voluntários não possuem conhecimento a respeito, o mesmo estudo avaliou estudantes de odontologia e enfermagem. Referente aos alunos de odontologia houve um aumento de conhecimento mediante ao período cursado, entretanto os alunos de enfermagem mostraram o mesmo conhecimento, independente do decorrer da graduação, isso implica que devem ser tomadas atitudes diferentes referentes aos conteúdos didáticos, para uma reformulação de ensino.

Os resultados encontrados no presente estudo corroboram com os achados de Angheben et al.¹¹, os quais os participantes mostraram elevado índice de compreensão quando questionados sobre o conhecimento das lesões potencialmente malignas.

CONCLUSÃO

Diante desses achados, esse trabalho constatou que grande fração dos universitários conhece a importância do diagnóstico precoce do câncer, entretanto, desconhecem as lesões que podem proceder ao seu aparecimento e junto a isso, as características clínicas.

Torna-se importante a inclusão de temas como diagnóstico precoce, educação em saúde e prevenção, desde a primeira série da graduação, para que gradativamente possam aumentar sua destreza e conhecimento tornando-os aptos a enfrentarem ocorrências durante sua formação.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Universidade Paranaense- UNIPAR e ao CNPq pelo auxílio financeiro para o desenvolvimento do projeto.

CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum conflito de interesse.

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

REFERÊNCIAS

1. Guerra MR, Gallo CVM. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras de Cancerol.* 2005;51(3):227-34.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; c1996-2020 [citado 2020 mai 20]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/>.
3. Lucio PSC, Barreto RC. Queilite actínica- perfil da produção científica em odontologia no Brasil nos últimos dez anos. *Rev Cuba Estomatol.* 2012;49(4):276-85.
4. Silveira EJD, Lopes MFF, Silva LMM, Ribeiro BF, Lima KC, Queiroz LMG. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. *J Bras Patol Med Lab.* 2009;45(3):233-38.
5. Tommasi MHM. *Diagnóstico em Patologia Bucal.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
6. Cintra JS. Queilite actínica: estudo epidemiológico entre trabalhadores rurais do município de Piracaba-SP. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2013;67(2):118-21.
7. Basso S, Machado CS, Silva KT, Andrade CJ, Marchi AC, Ceranto DCFB. Avaliação do conhecimento de universitários em relação ao câncer bucal. *Odontol Clin-Cient.* 2014;13(3):451- 56.
8. Lima AAS, França BHS, Ignácio SA, Baioni CS. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. *Rev Bras de Cancerol.* 2005;51(4):283-88.
9. Souza GT, Fonseca LG, Araújo AMB, Freitas DA, Sousa AAD. Conhecimento de estudantes de odontologia sobre os fatores de risco para o câncer bucal. *Arq Odontol.* 2017;53(12).
10. Oliveira JMB, Pinto LG, Lima NGM, Almeida GCL. Câncer de boca: Avaliação do conhecimento de acadêmicos de odontologia e enfermagem quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico. *Rev Bras de Cancerol.* 2013;59(2):211-18.
11. Angheben PF, Saulum FG, Cherubini K, Figueiredo MAZ. Perfil de conhecimento sobre câncer bucal dos alunos da faculdade de odontologia da pontifícia universidade católica do Rio Grande do Sul. *Rev Odontol Bras Central.* 2013;21(60).

PERCEÇÃO DE CRIANÇAS SOBRE A PRÁTICA ODONTOLÓGICA

CHILDREN'S PERCEPTION OF DENTAL PRACTICE

Janne Sibelle Idelfonso Sabino¹, Camila Beatriz Silva Nunes², Aniele Dos Santos², José Maria Chagas Viana Filho³, Margarida Maria Pontes De Carvalho⁴, Jainara Maria Soares Ferreira⁵

1. Especialista em Odontopediatria pelo Centro Universitário de Patos – UNIFIP.
2. Graduada em Odontologia da Faculdade Nova Esperança – FACENE.
3. Doutorando em Odontologia na Universidade Federal da Paraíba – UFPB e Professor do Centro Universitário UNIESP.
4. Doutora em Odontopediatria e Professora Adjunto IV Aposentada da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.
5. Doutora em Odontopediatria e Professora da Faculdade Nova Esperança – FACENE.

Palavras-chave:

Criança; Consultório odontológico; Desenho.

RESUMO

Objetivou-se conhecer a percepção de crianças sobre a prática odontológica por meio de desenhos à mão livre e de um questionário sobre a sua experiência odontológica prévia. Trata-se de um estudo observacional transversal, com análise de dados quantitativa e descritiva, realizado com 266 crianças de 7 a 12 anos de escolas públicas e privadas da cidade de Piancó (PB) e seus responsáveis. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial (Exato de Fisher e Qui-quadrado de Pearson) operados pelo programa SPSS v. 20.0., adotando nível de significância de 5%. Observou-se que 69,2% das crianças já tinham ido ao dentista e 65,0% tinha recebido tratamento preventivo. A impressão positiva do cirurgião-dentista foi expressa por 63,2% das crianças, que ainda o classificaram como uma pessoa amigável (92,3%). Das crianças avaliadas, 89,1% receberam orientações sobre os procedimentos odontológicos realizados anteriormente, das quais, 86,9% compreenderam as orientações prévias ao tratamento. Houve associação entre ser de escola pública e possuir renda familiar igual ou inferior a um salário mínimo ($p < 0,001$), bem como entre a impressão geral do desenho e o entendimento das explicações prévias ao tratamento ($p = 0,046$). Conclui-se neste estudo que a imagem do profissional está intimamente relacionada com a comunicação que ele desenvolve com o paciente, havendo necessidade de qualificação continuada ao profissional que atenda ao público infantil.

Keywords:

Child; Dental Office; Drawing.

ABSTRACT

The aims were to get to know the children's perception of dental practice through freehand drawings and a questionnaire about their previous dental experience. This is a cross-sectional observational study, with quantitative and descriptive data analysis, carried out with 266 children aged 7 to 12 years from public and private schools in the city of Piancó (PB) and their parents. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics (Fisher's Exact and Pearson's Chi-square) operated by the SPSS v. 20.0., Adopting a significance level of 5%. It was observed that 69.2% of the children had already gone to the dentist and 65.0% had received preventive treatment. The positive impression of the dentist was expressed by 63.2% of the children, who still classified him as a friendly person (92.3%). Of the children evaluated, 89.1% received guidance on the dental procedures performed previously, of which, 86.9% understood the guidelines prior to treatment. There was an association between being from a public school and having a family income equal to or less than a minimum wage ($p < 0.001$), as well as between the general impression of the drawing and the understanding of the explanations prior to treatment ($p = 0.046$). It is concluded in the study that the image of the professional is closely related to the communication that he develops with the patient, with the need for continued qualification to the professional that serves the child audience.

Autor Correspondente:

Dr.ª Jainara Maria Soares Ferreira
Av. Júlia Freire, 1200/202, Expedicionários
João Pessoa – PB, CEP 58040-040
Telefones: (83) 987421201, (83) 35667794, e-mail: jainara.sf@gmail.com

INTRODUÇÃO

O desenho é uma técnica que estabelece uma relação de aproximação entre a criança e o mundo, desenvolvendo e despertando, através de recursos materiais, diversas formas, imagens e significados das coisas. Constitui-se como uma fonte de informação, permitindo a obtenção de respostas que dificilmente seriam obtidas de outra maneira,

além de despertar nas crianças o interesse e a satisfação em executá-la^{1,2}.

A prática do desenho é empregada como instrumento de pesquisa em estudos que visam demonstrar qual imagem a criança tem de determinada situação ou pessoa, sendo, portanto, empregada nos estudos da odontopediatria, a fim de colher a visão dos pacientes a respeito do cirurgião-dentista²⁻⁴.

Um dos aspectos que favorece o atendimento odontológico do paciente infantil é a construção de uma relação de confiança com o profissional. Para tanto, é necessário o conhecimento do desenvolvimento psicossocial da criança, uma vez que sentimentos desagradáveis a respeito do tratamento odontológico, são comumente desenvolvidos na infância e adolescência⁵⁻⁷.

Fatores desencadeadores de sentimento desagradáveis como: experiência negativa pregressa, desconhecimento dos procedimentos, o ambiente do consultório e ideias negativas repassadas por outras pessoas, são considerados como as principais causas de medo e ansiedade frente ao tratamento odontológico^{6,8}.

Uma particularidade relacionada ao atendimento odontológico do paciente infantil é o desenvolvimento de um vínculo de confiança com o profissional, sendo fundamental conhecer o desenvolvimento psicossocial da criança. O desenho da figura humana estabelece uma ampla fonte de informações, que expõe o convívio do indivíduo em determinado ambiente¹.

Estudos relataram que as crianças conseguem representar seus sentimentos de medo e ansiedade, a respeito do cirurgião dentista e do consultório odontológico, durante a execução de um desenho. É possível identificar crianças que apresentaram elevados graus de ansiedade e medo analisando desenhos referentes ao "barulho do motor" (alta rotação), extração dentária e roupa branca^{3,9}.

Tendo em vista a importância do desenho como ferramenta nos estudos de verificação na percepção infantil sobre a atuação do cirurgião-dentista^{1-4,6,9}, objetivou-se analisar a percepção de crianças sobre a prática odontológica por meio de desenhos e de questionário sobre a sua experiência odontológica prévia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa observacional transversal, com análise de dados quantitativa e descritiva com crianças de 7 a 12 anos matriculadas em uma escola pública e uma escola privada do município de Piancó (PB) no ano de 2017. O universo da pesquisa foi composto por crianças devidamente matriculadas no ensino fundamental e compreendidas na faixa etária anteriormente descrita (n=296).

O cálculo amostral foi realizado adotando nível de significância de 5%, poder estatístico de no mínimo 80% e razão de proporção igual a 1,0 entre os dois produtos. As frequências relacionadas à impressão positiva de crianças de escolas pública e privada com relação ao cirurgião-dentista foram obtidas do estudo de Andrade et al.³, correspondendo a 41,4% e 58,6%, respectivamente. Esses parâmetros foram inseridos no *software Epi Info™ 6* configurando uma amostra de 133 indivíduos para cada escola (n=266 crianças/responsáveis).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Patos (UNIFIP) e aprovada mediante parecer consubstanciado (CAAE: 64947617.5.0000.5181),

respeitando os preceitos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a coleta dos dados foram utilizados três instrumentos: um questionário estruturado para os pais, tratando de fatores sociodemográficos, como: idade, sexo, raça, escolaridade e renda familiar; o desenho à mão livre e um formulário destinado às crianças, acerca da caracterização e tipo de atendimento prestado pelo cirurgião-dentista, e frequência do atendimento³.

Inicialmente, foi aplicado o questionário com os pais ou responsáveis sobre fatores sociodemográficos. Em seguida com as crianças, sobre a experiência odontológica e solicitado a confecção de um desenho à mão livre do consultório odontológico e do cirurgião-dentista. Foi solicitado a criança o seguinte pedido: "Desenhe como é o seu dentista". Se existissem dúvidas a respeito da forma de desenhar era respondido: "Como você quiser". O desenho foi realizado numa folha de papel A4, com lápis grafite, cedidos pela pesquisadora responsável.

Os dados dos questionários e formulários foram tabulados no programa Excel, a fim de organizá-los para avaliação quantitativa. A avaliação dos desenhos seguiu um roteiro proposto por Massoni et al.¹, a qual necessitou de uma calibração intra e inter-examinador, para garantir a confiabilidade da avaliação.

A calibração foi feita pelo teste estatístico Kappa, através da análise de 10% da amostra (27 desenhos), obtendo K=0,682 para inter-examinador e K=0,776 para intra-examinador, ambos considerados substanciais¹⁰. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (valores absolutos e percentuais) e inferencial (testes estatísticos Exato de Fisher e Qui-quadrado de Pearson) operados pelo programa SPSS v. 20.0., com um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A partir da análise descritiva, pode-se observar que o sexo feminino prevaleceu em ambas as escolas (54,9%, n=146), sendo 51,9% (n=69) na privada e 57,9% (n=77) na pública, e que crianças maiores de 9 anos eram maioria tanto na escola privada (66,2%, n=88) quanto na pública (62,4%, n=83). Não foram observadas associações entre sexo ou idade com o tipo de escola (Tabela 1).

Em relação à renda salarial das famílias, observou-se que nas duas escolas (privada: 54,1%, n=72; pública: 93,2%, n=124) foi mais frequente a presença de crianças pertencentes a famílias que recebiam um salário mínimo ou menos (73,7%, n=196). No entanto, houve associação entre a criança ser da escola pública e possuir renda de um salário mínimo ou menos (p<0,001, Teste Exato de Fisher).

A análise dos desenhos revelou que 63,2% das crianças (n=168) tinham uma impressão positiva do cirurgião-dentista, sendo 60,2% (n=80) pertencentes à escola privada e 66,2% (n=88) à escola pública. Para esta variável, não foi observada associação da impressão geral das crianças sobre o profissional com o tipo de escola na qual estava inserida.

Tabela 1 – Associação entre o tipo de escola, gênero, grupo etário, renda familiar e a impressão geral do desenho das crianças.

Variáveis	Tipo de escola				Total		p-valor
	Privada		Pública		N	%	
	N	%	N	%			
Sexo da criança							0,324 ^(a)
Feminino	69	51,9	77	57,9	146	54,9	
Masculino	64	48,1	56	42,1	120	45,1	
Grupo etário da criança							0,522 ^(a)
≤ 9 anos	88	66,2	83	62,4	171	64,3	
> 9 anos	45	33,8	50	37,6	95	35,7	
Renda familiar (em salários mínimos)							< 0,001 ^{(b)*}
≤ 1	72	54,1	124	93,2	196	73,7	
2 a 3	38	28,6	6	4,5	44	16,5	
> 3	23	17,3	3	2,3	26	9,8	
Impressão geral do desenho							0,309 ^(a)
Positiva	80	60,2	88	66,2	168	63,2	
Negativa	53	39,8	45	33,8	98	36,8	

Nota. ^(a) Teste qui-quadrado de Pearson; ^(b) Teste Exato de Fisher; * p < 0,05.

Quando questionadas sobre a ida ao dentista, 69,2% das crianças (n=184) responderam que já tinham recebido atendimento odontológico, dos quais 65,0% (n=173) tinham sido do tipo preventivo. Entretanto, quando questionadas sobre qual o procedimento que o profissional mais gostava de fazer nas suas idas ao dentista, 53,0% das crianças (n=97) disseram que o dentista gostava de tirar o seu dente (Tabela 2).

A respeito do cirurgião-dentista que as atenderam, 78,1% dos pais ou responsáveis (n=143) informaram que este profissional não direcionava o atendimento apenas a população infantil, mesmo assim as crianças o reconheceram como uma pessoa amistosa (92,3%, n=169).

Das crianças avaliadas, 89,1% (n=163) receberam orientações sobre os procedimentos odontológicos realizados durante o atendimento, das quais, 86,9% (n=169) compreenderam as orientações passadas pelo cirurgião-dentista.

A impressão geral do desenho foi relacionada com as questões relativas à atuação e temperamento do cirurgião-dentista em atendimento infantil. A partir disto, pode-se observar que as crianças que tiveram uma impressão positiva do profissional conseguiam entender melhor as explicações dadas por ele durante o atendimento odontológico (p=0,046, Teste Qui-Quadrado de Pearson).

Tabela 2 – Associação entre a impressão geral do desenho e questões relativas à atuação e temperamento do cirurgião-dentista com relação ao atendimento da criança.

Variáveis	Impressão geral do desenho				Total		p-valor
	Positiva		Negativa		n	%	
	N	%	n	%			
Você já foi ao dentista?							0,246 ^(a)
Sim	112	66,7	72	73,5	184	69,2	
Não	56	33,3	26	26,5	82	30,8	
O que o dentista fez?							0,384 ^(a)
Atendimento preventivo	106	63,1	67	68,4	173	65,0	
Atendimento curativo	62	36,9	31	31,6	93	35,0	
O dentista atendia só criança?							0,923 ^(a)
Sim	24	21,6	16	22,2	40	21,9	
Não	87	78,4	56	77,8	143	78,1	

continua...

Tabela 2 – Continuação

Variáveis	Impressão geral do desenho				Total		p-valor
	Positiva		Negativa		n	%	
	N	%	n	%			
Como o dentista era?							0,409 ^(b)
Legal	100	90,1	69	95,8	169	92,3	
Bravo	4	3,6	1	1,4	5	2,7	
Calado	7	6,3	2	2,8	9	4,9	
Quando você vai ao dentista, ele gosta de:							0,240 ^(a)
Aplicar flúor nos seus dentes	12	10,8	7	9,7	19	10,4	
Ensinar a escovar seus dentes	24	21,6	8	11,1	32	17,5	
Fazer obturação no seu dente	18	16,2	17	23,6	35	19,1	
Tirar o seu dente	57	51,4	40	55,6	97	53,0	
O dentista explicou a você o tratamento que fez na sua boca?							0,949 ^(a)
Sim	99	89,2	64	88,9	163	89,1	
Não	12	10,8	8	11,1	20	10,9	
Você entende o que o dentista explica?							0,046 ^{(a)*}
Sim	92	82,9	67	93,1	159	86,9	
Não	19	17,1	5	6,9	24	13,1	

Nota. ^(a) Teste qui-quadrado de Pearson; ^(b) Teste exato de Fisher; * p < 0,05.

Alguns dos desenhos elaborados pelas crianças participantes do presente estudo foram trazidos para exemplificar as impressões gerais: positiva (figura 1) e negativa (figura 2) em relação ao cirurgião-dentista.

Na figura 1, observamos as faces do dentista e do paciente alegres. Não existiu borradura ou sombreamento, não foram omitidas partes. O semblante dos personagens está alegre, afetivo, caracterizando uma impressão positiva.

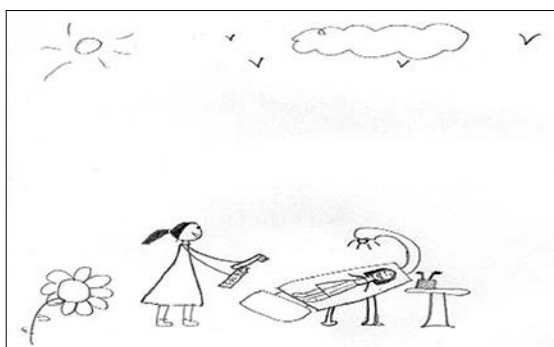


Figura 1 – Impressão geral do desenho positiva. Patos, PB, 2017.

Na figura 2, observamos que foi dada ênfase ao instrumental e a criança apresenta uma fisionomia de medo e dor, agressividade e antipatia, representando uma impressão negativa da criança em relação ao dentista e ambiente odontológico.



Figura 2 – Impressão geral do desenho negativa. Patos, PB, 2017.

DISCUSSÃO

Atualmente, há um interesse crescente no uso da arte como meio de facilitar a comunicação com crianças, uma vez que desenhos infantis podem fornecer ideias de experiências anteriores, particularmente quando as crianças apresentam sinais de estresse e ansiedade. Dessa forma, a técnica usada neste trabalho é crucial para diminuir esses sinais e gerar uma boa relação entre o cirurgião-dentista e a criança^{11,12}.

Não foi observada associação entre a impressão geral do desenho e sexo da criança, contrapondo os achados de Massoni et al.¹. Já no que diz respeito a idade, os resultados do presente estudo se assemelham aos estudos de Massoni et al.¹ e Andrade et al.³, nos quais não houve diferença entre a idade e a impressão geral do desenho.

No presente estudo, constatou-se que a impressão geral do desenho das crianças a respeito do cirurgião-dentista foi positiva (63,2%, n=168), caracterizada como: gentil, simpática, alegre, afetiva, resultado semelhante ao estudo realizado por Massoni et al.¹, que observou uma impressão geral positiva das crianças em relação ao cirurgião-dentista (67,45%, n=58). Nossos achados diferem de Andrade et al.³, o qual obtiveram uma impressão geral dos desenhos negativa (51,7%, n=31), sendo observadas características de hostilidade, agressividade, tristeza, antipatia, indiferença, autoritarismo.

A tabela 1 aponta ainda associação entre o tipo de escola e a renda familiar ($p < 0,05$), sendo observado que 93,2% (n=124) das crianças que pertenciam às escolas públicas possuíam renda familiar menor ou igual a um salário mínimo vigente. Embora a renda possa ser uma variável importante na impressão sobre a prática odontológica em crianças, não há consenso literário acerca desta associação^{2,3,11,12,15,16,17}.

Na tabela 2 é possível observar associação entre a impressão geral do desenho e o entendimento de explicações do dentista. Com isso, percebe-se que a maior parte das crianças que entendiam o que o dentista explicava tinham uma impressão negativa de desenho (93,1%, n=67). Este fato pode ser explicado devido a maior parte dos cirurgiões-dentistas pesquisados não direcionavam seu atendimento exclusivamente à Odontopediatria (78,1%), o que ratifica a importância da capacitação do cirurgião-dentista que atende crianças sobre as técnicas de manejo de comportamento^{18,19}, para que a comunicação entre profissional e a criança seja efetiva, colaborando com o sucesso do atendimento odontológico e, conseqüentemente, com a qualidade de saúde bucal da criança.

Vale lembrar que o tamanho pequeno da amostra pode ser considerado uma limitação para o estudo. No entanto, as associações encontradas podem ser valiosas e contribuir como base para a realização de outros estudos com amostras maiores. Esse fator pode contribuir significativamente para investigar mais associações entre as variáveis independentes e o desfecho observado por meio do desenho.

As figuras 1 e 2 apresentam, respectivamente, impressões positivas e negativas de crianças deste estudo sobre a prática odontológica. Estes casos ilustram a importância deste método no sentido de avaliar a relação futura, presente ou pretérita estabelecida entre a criança e o cirurgião-dentista.

Um dos aspectos que favorece o atendimento odontológico do paciente infantil é a construção de uma relação de confiança com o profissional, sendo necessário o conhecimento do desenvolvimento psicossocial da criança, e, ao desenhar, a criança usa um meio simples para relatar sua história, de acordo com seu nível de compreensão. Quando uma criança desenha uma pessoa, ela irá produzir

uma figura que relata intimamente os impulsos, ansiedade, conflitos e aspirações. Por isso, ressaltamos a importância do desenho como instrumento auxiliar, o qual o profissional pode recorrer para prever o possível comportamento da criança no consultório odontológico, especialmente em crianças tímidas ou inibidas.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria das crianças já tinha ido ao dentista anteriormente, recebeu tratamento preventivo, demonstrou impressão positiva do cirurgião-dentista e o considerou como uma pessoa amistosa. Além disso, recebeu orientações acerca dos procedimentos que seriam realizados e as compreendeu. Houve associação entre ser de escola pública e possuir renda familiar de um salário mínimo ou menos, bem como entre a impressão geral do desenho e o entendimento das explicações prévias ao tratamento, sugerindo que a imagem do profissional está intimamente relacionada com a comunicação que ele desenvolve com o paciente.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram que a pesquisa não recebeu nenhum financiamento para sua realização.

REFERÊNCIAS

1. Massoni ACL, Ferreira JMS, Colares V, Duarte RC. Roteiro para interpretação de desenhos: facilitando a abordagem da criança no consultório odontológico. *Arq Odontol.* 2008;44(3):31-6.
2. Ketzer JC, Bottan ER, Araújo SM, Farias MMAG, Silveira EG, Rocha ALH. A Visão de Crianças sobre o Atendimento Odontológico, em Função do Tipo de Instituição Escolar (Pública ou Privada). *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.* 2012;12(4):541-47.
3. Andrade DSP, Minhoto TB, Campos FAT, Gomes MC, Granville-Garcia AF, Ferreira JMS. Percepção infantil através de desenhos e caracterização verbal sobre o cirurgião-dentista. *Arq. Odontol.* 2013;49(4):184-90.
4. Armfield J, Spencer A, Stewart J. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Australian Dental Journal.* 2006;51(1):78-85.
5. Bottan ER, Oglio JD, Araújo SM. Ansiedade ao tratamento odontológico em estudantes do ensino fundamental. *Pesq Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2007;7(3):241-6.
6. Reis JR. Avaliação de reações emocionais em odontopediatria (Dissertação de Mestrado). Brasília: Universidade de Brasília-UNB; 2011.

7. Viana Filho JMC, Clementino MA, Lima LCM, Garcia AFG, Carvalho MMP, Ferreira JMS. Anxiety of parents and children in dental care. *Rev. Gaúch. Odontol.* 2018;66(4):321-9.
8. Marques K, Gradvoh M, Maia M. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde.* 2010;(23):358-367.
9. Bulman JS, Osborn JF. Measuring diagnostic consistency. *British Dental Journal, London,* 1989;166(10):377-81.
10. Aminabadi NASL, Ghoreishizadeh A, Ghoreishizadeh M, Oskouei SG. Can drawing be considered a projective measure for children's distress in paediatric dentistry? *Int J Paediatr Dent.* 2011;21(1):1-12.
11. Looman WS. A Developmental Approach to Understanding Drawings and Narratives From Children Displaced by Hurricane Katrina. *J Pediatr Heal Care.* 2006;20(3):158-66.
12. Goettem S ML, Ardenghi TM, Romano AR, Demarco FF, Torriani DD. Influence of maternal dental anxiety on the child's dental caries experience. *Caries Res* 2012;46(1):3-8.
13. Gurgel FED, Valverde GB, Moura EH, Deus G, Coutinho TF. Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento. *Rev Bras Promo Saúde* 2004;17(2):51-5.
14. Torriani DD, Ferro RL, Bonow ML, Santos IS, Matijasevich A, Barros AJ, et al. Dental caries is associated with dental fear in childhood: findings from a birth cohort study. *Caries Res* 2014;48(4):263-70.
15. Oliveira MMT, Colares V. The relationship between dental anxiety and dental pain in children aged 18 to 59 months: a study in Recife, Pernambuco State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2009;25(4):743-50.
16. Colares V, Arribas BS, Frei D, Lira MF. A percepção do dentista pela criança surda. *Revista da Faculdade de Odontologia de Pernambuco.* 1999;17(1):35-41.
17. Ferreira JMS, Aragão AKR, Colares V. Técnicas de controle do comportamento do paciente infantil: Revisão de literatura. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr [Internet].* 2009;9(2):247-51.
18. Boro, AA. Desenvolvimento de ferramenta áudio-visual para condicionamento de comportamento positivo de crianças ao atendimento odontológico. (Dissertação) Bauru: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru; 2016.

AUTOPERCEÇÃO EM SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DE UM SERVIÇO ODONTOLÓGICO

SELF-PERCEPTION IN ORAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF USERS OF A DENTAL SERVICE

Renata Silva Reis¹, Fábio Silva de Carvalho², Cristiane Alves Paz de Carvalho²

1. Cirurgiã-dentista, graduada pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB, Jequié-BA, Brasil.

2. Professor (a) adjunto (a) do curso de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB, Jequié-BA, Brasil.

Palavras-chave:

Autoimagem; Pacientes; Qualidade de Vida; Saúde Bucal; Serviços Odontológicos.

RESUMO

O objetivo desse estudo foi avaliar a autopercepção e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos usuários de um serviço odontológico. Estudo quantitativo, transversal e descritivo, realizado com 164 pacientes atendidos nas clínicas de uma universidade do sudoeste baiano. Para a coleta de dados foram utilizados instrumentos para avaliação socioeconômica e demográfica, para a autopercepção da saúde bucal e o Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Observou-se que a maioria dos pacientes relatou precisar de tratamento nos dentes ou gengiva (90,85%) e 54,88% classificaram sua saúde bucal como regular. A saúde bucal causou impacto na qualidade de vida em cerca de 93,00% dos pacientes. A média geral do OHIP-14 foi de 5,32, sendo os domínios de maior e menor média, respectivamente, o desconforto psicológico (1,20) e a deficiência (0,43). Para a maioria dos pacientes desse estudo, a autopercepção da saúde bucal foi considerada como regular e parece ser um indicativo de procura por atendimento no serviço odontológico estudado. A saúde bucal causou impacto na qualidade de vida da maioria dos usuários do serviço, contudo foi um impacto fraco.

Keywords:

Self Concept; Patients; Quality of Life; Oral Health; Dental Care.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the self-perception and impact of oral health on the quality of life of users of a dental service. Quantitative, cross-sectional and descriptive study, carried out with 164 patients attended in the clinics of a university in the southwest Bahia. For data collection, instruments were used of socioeconomic and demographic evaluation, for self-perception of oral health and the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). It was observed that the most of the patients reported needing treatment in the teeth or gums (90.85%) and 54.88% classified their oral health as regular. Oral health had an impact on the quality of life in about 93.00% of the patients. The overall mean OHIP-14 was 5.32, with the highest and lowest domains, respectively, being psychological discomfort (1.20) and disability (0.43). For the majority of patients in this study the self-perception of oral health was considered regular and seems to be indicative of demand for care in the dental service studied. Oral health had an impact on the quality of life of most service users, however it was a weak impact.

Autor Correspondente:

Cristiane Alves Paz de Carvalho
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Campus Jequié – Departamento de Saúde I
Av. José Moreira Sobrinho, s/n, Bairro Jequiezinho
Jequié – BA, CEP: 45208-409
Telefone: (73) 3528-9655, e-mail: capcarvalho@uesb.edu.br

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida no âmbito cultural, do sistema de valores em que está presente e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹. O termo qualidade de vida associada à saúde bucal é utilizado pelos pesquisadores para descrever o impacto das condições bucais na vida das pessoas².

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal é caracterizada por uma variedade de condições que influenciam a percepção do indivíduo, os seus sentidos e os comportamentos no exercício de sua atividade diária³. Sua

avaliação também é capaz de mensurar a efetividade de programas públicos de saúde bucal, demonstrando suas reais necessidades⁴.

A autopercepção em saúde é a interpretação do estado de saúde, com base em uma análise dos aspectos objetivos e subjetivos, considerando a visão do indivíduo e o contexto social, cultural e histórico em que está inserido^{5,6}. Está associada e pode ser influenciada por aspectos sociodemográficos, econômicos, culturais, psicológicos e com a capacidade física, o que possibilita ocasionar padrões de autopercepção de saúde distintos entre pessoas com diferentes condições e características^{7,8}.

A autopercepção da saúde bucal é uma medida multidimensional que reproduz a análise subjetiva dos

indivíduos sobre seu bem-estar funcional, social e psicológico, possibilitando muitas vezes a procura por atendimento odontológico⁹.

A avaliação da autopercepção das condições de saúde bucal, favorece o planejamento e organização dos serviços de saúde nessa área, pois o comportamento dos indivíduos é moldado a partir de suas percepções e importância dada a elas¹⁰. Por isso, a utilização de indicadores subjetivos acrescenta às informações clínicas e possibilita conhecer a percepção do indivíduo a respeito de sua condição bucal e a necessidade de tratamento, auxiliando a desenvolver programas e políticas de saúde eficazes para melhorar a qualidade de vida da população¹¹.

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a autopercepção e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos usuários de um serviço odontológico.

MÉTODOS

A coleta de dados foi realizada somente após análise e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob o Parecer número 2.576.599 (CAAE 84565318.0.0000.0055).

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, transversal e de caráter descritivo. A pesquisa foi realizada nas clínicas odontológicas de uma universidade do sudoeste do Estado da Bahia, durante os meses de maio, julho e agosto de 2018.

O número de pacientes que frequentam mensalmente as clínicas é variável, pois existem aqueles que são agendados semanalmente numa mesma clínica, ou ainda os que realizam tratamento em clínicas diferentes. Dessa forma, a amostra do estudo compreendeu pacientes maiores de 18 anos, atendidos pelos discentes do quarto ao décimo semestre do curso de Odontologia. Os pacientes foram abordados por uma única pesquisadora na sala de espera, enquanto aguardavam para serem atendidos.

Nessa pesquisa, o instrumento de coleta de dados foi um formulário aplicado por meio de entrevista, dividido em três partes. Na primeira, procurou-se obter informações socioeconômicas e demográficas; na segunda, avaliou-se a autopercepção da saúde bucal; na terceira, foi avaliado o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, por meio do questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-14).

Para determinar o perfil socioeconômico e demográfico da população de estudo, foram realizadas questões referentes à idade, ao sexo, ao estado civil, ao grau de escolaridade, a renda familiar e a localização de moradia. Para avaliar a autopercepção da saúde bucal, investigou-se como o participante classifica a condição bucal, mastigação, fala, aparência dos dentes e gengiva, se acha que precisa de tratamento e se teve dor nos últimos seis meses¹².

O OHIP-14 permite avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida por meio de sete dimensões: limitação funcional; dor física; desconforto psicológico; incapacidade física; incapacidade psicológica; incapacidade social e deficiência¹³.

Para análise, os dados foram processados em planilha do programa Office Excel 2016^o. Quanto à mensuração do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, foram conferidas pontuações originais do OHIP-14 para cada pergunta de acordo com a resposta apresentada: Nunca – 0; Raramente – 1; Às vezes – 2; Quase sempre – 3; Sempre – 4. As respostas foram multiplicadas pelo respectivo peso de cada questão e em seguida somadas, produzindo um escore total do OHIP-14, que pode variar de 0 a 28, sendo que, quanto maior a pontuação, maior a percepção do impacto pelo indivíduo¹³. Assim, o valor máximo alcançado para cada dimensão é 4. Além disso, utilizou-se uma escala de impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida, proposta por Bastos¹⁴, cujo o impacto para cada dimensão foi classificado em: sem impacto (0), fraco (0<fraco≤9), médio (9<médio≤18) e forte (18<forte≤28).

RESULTADOS

A amostra final desse estudo foi composta por 164 pacientes com idade média de aproximadamente 40 anos e predominância do sexo feminino (65,24%), provenientes da zona urbana (94,51%), com segundo grau completo (41,46%) e renda familiar de até um salário mínimo (SM) (76,22%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos usuários de um serviço odontológico. Jequié-BA, 2018.

	N	%
Sexo		
Feminino	107	65,24
Masculino	57	34,76
Moradia		
Urbana	155	94,51
Rural	9	5,49
Estado civil		
Solteiro	96	58,54
Divorciado	7	4,27
Casado	56	34,15
Viúvo	5	3,05
Escolaridade		
1ª a 4ª série completo	8	4,88
1ª a 4ª série incompleto	14	8,54
5ª a 8ª série completo	15	9,15
5ª a 8ª série incompleto	20	12,20
2º grau completo	68	41,46
2º grau incompleto	17	10,37
Superior completo	10	6,10
Superior incompleto	12	7,32

continua...

Tabela 1 – Continuação

	N	%
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	64	39,02
1 salário mínimo	61	37,20
Entre 1 e 3 salários mínimos	34	20,73
Mais de 3 salários mínimos	5	3,05
Total	164	100,00

Na Tabela 2, pode-se observar a autopercepção dos participantes em relação a necessidade de tratamento nos dentes ou gengiva, como classificaram sua saúde bucal, aparência dos dentes e gengiva, mastigação, fala e, dor de dente. Destaca-se que a grande maioria dos pacientes relataram precisar de tratamento nos dentes ou gengiva (90,85%) e 54,88% classificaram sua saúde bucal como regular.

Tabela 2 – Autopercepção da saúde bucal dos usuários de um serviço odontológico. Jequié-BA, 2018.

	N	%
Precisa tratamento dentes/gengiva		
Sim	149	90,85
Não	15	9,15
Como classifica sua saúde bucal		
Boa	49	29,88
Regular	90	54,88
Ruim	25	15,24
Como classifica aparência dentes/gengiva		
Boa	48	29,27
Regular	80	48,78
Ruim	36	21,95

continua...

Tabela 2 – Continuação

	N	%
Como classifica sua mastigação		
Boa	74	45,12
Regular	50	30,49
Ruim	40	24,39
Como classifica sua fala		
Boa	124	75,61
Regular	31	18,90
Ruim	9	5,49
Aparência dos dentes/gengiva e relacionamentos		
Sim, afeta um pouco	14	8,54
Sim, afeta moderado	24	14,63
Sim, afeta muito	9	5,49
Não afeta	117	71,34
Dor dentes/gengiva últimos 6 meses		
Não senti	86	52,44
Pouca dor	27	16,46
Dor moderada	22	13,41
Muita dor	29	17,68
Total	164	100,00

Ao avaliar as dimensões do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes, constatou-se que a dimensão mais afetada pela condição de saúde bucal foi desconforto psicológico, a qual apresentou maior média (1,20), tanto para a amostra geral quanto para o sexo, moradia, estado civil, escolaridade e renda familiar. Já a dimensão menos afetada e com menor média foi deficiência (0,43), conforme pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição da média das dimensões do OHIP-14 de acordo com as características sociodemográficas. Jequié-BA, 2018.

	LF	DF	DP	IF	IP	IS	D	T
Sexo								
Feminino	0,56	1,27	1,39	0,87	0,92	0,53	0,50	6,03
Masculino	0,25	0,94	0,86	0,48	0,84	0,31	0,31	3,98
Moradia								
Urbana	0,44	1,14	1,17	0,72	0,88	0,41	0,40	5,15
Rural	0,73	1,44	1,76	1,04	1,09	1,16	0,93	8,15
Estado civil								
Solteiro	0,42	1,12	1,20	0,73	0,98	0,52	0,48	5,45
Divorciado	0,07	0,38	0,75	0,44	0,54	0,37	0,48	3,04
Casado	0,45	1,24	1,15	0,66	0,70	0,28	0,31	4,79
Viúvo	1,60	1,80	2,62	2,01	1,72	1,20	0,95	11,90

continua...

Tabela 3 – Continuação

	LF	DF	DP	IF	IP	IS	D	T
Escolaridade								
1ª a 4ª série completo	0,50	1,16	1,36	1,26	1,20	0,17	0,57	6,23
1ª a 4ª série incompleto	0,99	1,69	1,43	1,40	1,34	0,73	1,04	8,63
5ª a 8ª série completo	0,76	1,14	1,68	0,96	1,16	0,82	0,87	7,39
5ª a 8ª série incompleto	0,40	1,08	1,13	0,47	0,89	0,39	0,51	4,88
2º grau completo	0,34	1,10	1,10	0,69	0,69	0,40	0,25	4,57
2º grau incompleto	0,39	1,37	1,02	0,44	1,24	0,61	0,47	5,53
Superior completo	0,40	0,90	1,63	0,45	0,76	0,41	0,34	4,88
Superior incompleto	0,30	0,83	0,88	0,67	0,58	0,06	0,00	3,32
Renda familiar								
Menos de 1 salário mínimo	0,50	1,29	1,13	0,74	1,01	0,49	0,46	5,62
1 salário mínimo	0,57	1,23	1,42	0,87	1,02	0,55	0,55	6,21
Entre 1 e 3 salários mínimos	0,22	0,81	0,99	0,52	0,46	0,22	0,20	3,43
Mais de 3 salários mínimos	0,10	0,73	0,91	0,50	0,64	0,37	0,16	3,42
Total	0,45	1,15	1,20	0,73	0,89	0,45	0,43	5,32

LF (limitação funcional), DF (dor física), DP (desconforto psicológico), IF (incapacidade física), IP (incapacidade psicológica), IS (incapacidade social), D (deficiência), T (total).

Quanto ao impacto da saúde bucal, a média geral do OHIP-14 foi 5,32 caracterizando um impacto fraco na qualidade de vida dos participantes. O percentual de

participantes que apresentaram algum impacto das condições bucais na qualidade de vida foi de 92,68%, sendo que desses, 75,00% apresentam fraco impacto (Tabela 4).

Tabela 4 – Impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos usuários de um serviço odontológico, de acordo com as características sociodemográficas. Jequié-BA, 2018.

	Sem Impacto		Fraco Impacto		Médio Impacto		Forte Impacto	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Feminino	8	7,48	76	71,03	19	17,76	4	3,74
Masculino	4	7,02	47	82,46	6	10,53	0	0,00
Moradia								
Urbana	11	7,10	118	76,13	23	14,84	3	1,94
Rural	1	11,11	5	55,56	2	22,22	1	11,11
Estado civil								
Solteiro	6	6,25	72	75,00	15	15,63	3	3,13
Divorciado	3	42,86	3	42,86	1	14,29	0	0,00
Casado	3	5,36	46	82,14	7	12,50	0	0,00
Viúvo	0	0,00	2	40,00	2	40,00	1	20,00
Escolaridade								
1ª a 4ª série completo	1	12,50	5	62,50	2	25,00	0	0,00
1ª a 4ª série incompleto	0	0,00	8	57,14	4	28,57	2	14,29
5ª a 8ª série completo	1	6,67	9	60,00	4	26,67	1	6,67
5ª a 8ª série incompleto	2	10,00	15	75,00	3	15,00	0	0,00

continua...

Tabela 4 – Continuação

	Sem Impacto		Fraco Impacto		Médio Impacto		Forte Impacto	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Escolaridade								
2º grau completo	5	7,35	56	82,35	6	8,82	1	1,47
2º grau incompleto	0	0,00	14	82,35	3	17,65	0	0,00
Superior completo	2	20,00	6	60,00	2	20,00	0	0,00
Superior incompleto	1	8,33	10	83,33	1	8,33	0	0,00
Renda familiar								
Menos de 1 salário mínimo	3	4,69	49	76,56	11	17,19	1	1,56
1 salário mínimo	5	8,20	42	68,85	11	18,03	3	4,92
Entre 1 e 3 salários mínimos	3	8,82	29	85,29	2	5,88	0	0,00
Mais de 3 salários mínimos	1	20,00	3	60,00	1	20,00	0	0,00
Total	12	7,32	123	75,00	25	15,24	4	2,44

DISCUSSÃO

A utilização de indicadores subjetivos em saúde bucal tem contribuído muito para os estudos epidemiológicos na Odontologia, uma vez que permite conhecer a percepção do indivíduo e contribui para o planejamento em saúde⁴. Nesse sentido, a autopercepção da saúde bucal é uma ferramenta útil e importante para os cirurgiões-dentistas, pois possibilita conhecer como os pacientes avaliam, qual prioridade e importância dada à saúde bucal, assim como se as condições bucais influenciam em suas atividades diárias e na qualidade de vida.

No período da coleta de dados desse estudo, a maior procura pelo serviço odontológico foi por mulheres e por pessoas solteiras. Acredita-se que talvez isso seja devido às mulheres terem um perfil de maior preocupação com a saúde em relação aos homens¹⁵, enquanto os solteiros se preocupam mais com aparência, estética e também por terem menos obrigações como chefes de família, por exemplo. Os moradores da zona rural foram os que menos procuraram, fato que pode ser justificado pela distância do módulo de Odontologia da universidade do estudo e a falta de transporte público, o que dificulta o acesso. Além disso, em relação à renda, a procura pelo serviço odontológico da universidade é majoritariamente por pessoas de baixa renda familiar, que geralmente não conseguem resolutividade para suas necessidades de saúde bucal em serviços públicos municipais e não têm acesso ao serviço particular.

No presente estudo, notou-se que a maioria dos participantes classificaram a saúde bucal como regular. Essa percepção está diretamente associada a procura por atendimento odontológico, visto que percentual importante (90,85%) declarou necessitar de tratamento nos dentes ou gengiva. Resultados semelhantes para necessidade de tratamento foram encontrados em outros estudos^{16,17}.

Em relação aos aspectos estéticos e funcionais avaliados, apesar de grande parte dos pacientes considerarem a aparência dos seus dentes ou gengiva como regular ou ruim, para a maioria ela não afeta de nenhuma forma seu relacionamento com as pessoas. Ao analisar o contexto em que essas pessoas estão inseridas, no qual a maioria possui renda familiar de menos de um salário mínimo e não chegou a concluir o ensino médio, pode-se inferir que para eles a saúde bucal tem pouca importância e influência no convívio social. Quanto à mastigação e à fala, 45,12% e 75,61% respectivamente, avaliaram como boa. Resultado superior para classificação da mastigação foi encontrado por Braga et al.¹⁷, em um estudo de base nacional que utilizou o inquérito do SB Brasil 2010.

Segundo Vale et al.¹⁸, a busca por serviços odontológicos muitas vezes pode estar limitada às situações de urgência como dor de dente, tendo em vista que ainda não existe uma cultura de se buscar assistência voltada para as ações preventivas, o que caracteriza um aspecto negativo para a saúde bucal da população. Nesse estudo, apesar da maioria dos indivíduos que passaram por atendimento nas clínicas da universidade no período da coleta de dados, relataram não ter sentido dor de dente nos últimos seis meses, percentual importante (47,56%) relatou ter sentido alguma dor de dente (pouca/moderada/muita) nesse mesmo período.

Das sete dimensões avaliadas no OHIP-14, desconforto psicológico seguida de dor física foram as que apresentaram maior influência na qualidade de vida dos pacientes desse estudo. No estudo de Silva et al. (2016)¹⁹, com adultos de São Paulo, a dimensão mais afetada foi dor física e posteriormente o desconforto psicológico. Estas também foram as dimensões mais afetadas no estudo de Guerra et al.², em Minas Gerais.

O desconforto psicológico se refere a quanto a pessoa ficou preocupada e estressada por causa de problemas

nos dentes ou na cavidade oral, já a dor física revela a presença de dor e incômodo ao se alimentar devido alterações na saúde bucal¹³. Neste estudo, desconforto psicológico foi a dimensão que mais afetou as mulheres, enquanto para os homens foi dor física.

A dimensão que menos afetou a qualidade de vida foi deficiência, ela demonstra se a vida ficou pior e, se a pessoa ficou totalmente incapaz de realizar suas atividades diárias por causa de problemas nos dentes ou na cavidade oral¹³. Desse modo, notou-se que as alterações bucais não foram limitantes para as atividades diárias desses pacientes, nas quais podem incluir tarefas domésticas, trabalho e lazer.

Vale destacar que os viúvos obtiveram maior interferência da condição bucal em todas as dimensões analisadas. Similarmente, verificou-se que, de um modo geral, quanto menor a escolaridade e renda familiar, maior a média das dimensões. Dessa forma, percebe-se o quanto esses fatores estão relacionados a percepção negativa da situação bucal, conseqüentemente refletindo na qualidade de vida, o que ratifica a importância do cuidado e valorização da saúde bucal, bem como de medidas que visem a promoção e recuperação da saúde.

O conhecimento a respeito das condições de saúde da população e seus determinantes, como também de suas reais necessidades e razões para utilização dos serviços de saúde, contribuem de forma significativa para orientar as políticas de saúde²⁰. O OHIP-14 é um instrumento subjetivo e pertinente, pois permite a participação das pessoas na avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida por meio do autorrelato²¹. A média geral do OHIP-14 nesse estudo foi semelhante a encontrada por outros autores^{2,22}.

Verificou-se prevalência alta do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes desse estudo, no entanto, para a maioria esse impacto foi fraco. Notou-se que há diferença do impacto da saúde bucal em algumas das variáveis estudadas. Destaca-se que nenhum homem apresentou forte impacto das condições bucais na qualidade de vida, do mesmo modo para aqueles que declararam serem casados ou divorciados. Por outro lado, para viúvos, verificou-se maior prevalência de impacto médio e forte. De acordo com Guerra et al.², divergências identificadas entre populações estudadas ou entre os indivíduos, acontecem devido à interferência dos valores e do contexto cultural na percepção da qualidade de vida.

Observou-se que os pacientes com menor escolaridade apresentaram maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida, semelhante a outros estudos^{2,4}. Com relação a renda, o impacto foi maior naqueles com nível econômico baixo, conforme apontado por outros autores^{4,19}. A dificuldade de acesso à informação e serviços odontológicos podem ser os responsáveis pelo impacto negativo nessas pessoas. Roberto et al.²³, sugeriram que o acesso à informação sobre saúde bucal é um fator modulador de hábitos e de percepções e que também pode ser modulado por aspectos sociodemográficos e relacionados aos serviços odontológicos utilizados.

A avaliação da autopercepção e impacto da saúde bucal na qualidade de vida relacionada com os fatores

sociodemográficos, possibilita um planejamento e execução de atividades de educação em saúde e adoção de medidas de promoção e prevenção da saúde. Contudo, reconhece-se a necessidade de outros estudos que permitam associar a avaliação subjetiva com indicadores clínicos, a fim de analisar se a percepção do indivíduo condiz com os dados clínicos.

CONCLUSÃO

Nesse estudo, para a maioria dos pacientes a autopercepção em saúde bucal foi considerada como regular e parece ser um indicativo de procura por atendimento no serviço odontológico estudado. Além disso, a percepção para classificação da mastigação e fala revelou-se mais positiva que para a aparência dos dentes e gengivas (envolvimento estético).

A saúde bucal causou impacto na qualidade de vida da maioria dos usuários desse serviço, contudo foi um impacto fraco. Ou seja, apesar dessas pessoas reconhecerem que a condição bucal é relevante e afeta seu bem-estar físico, social e psíquico, não é um fator incapacitante das suas atividades diárias.

Esse conhecimento permite desenvolver ações que culminem no aumento da participação desses usuários no serviço odontológico e no processo saúde-doença, contribuindo para melhoria da autoestima, estética e reinserção no convívio social, em que produzirá um impacto positivo na qualidade de vida.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

Não houve financiamento para a realização do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
2. Guerra MJC, Greco RM, Leite ICG, Ferreira e Ferreira E, de Paula MVQ. Impact of oral health conditions on the quality of life of workers. *Ciênc saúde coletiva.* 2014;19(12):4777-86.
3. Alvarenga FAS, Henriques C, Takatsui F, Montandon AAB, Telarolli Júnior R, Monteiro ALCC, et al. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes maiores de 50 anos de duas instituições públicas do município de Araraquara-SP, Brasil. *Rev Odontol UNESP.* 2011;40(3):118-24.
4. Miotto MHMB, Almeida CS, Barcellos LA. Impacto das condições bucais na qualidade de vida em servidores públicos municipais. *Ciênc saúde coletiva.* 2014;19(9):3931-40.

5. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(2):421-35.
6. Bezerra PCL, Opitz SP, Koifman RJ, Muniz PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(12):2441-51.
7. Jerez-Roig J, Souza DLB, Andrade FLJP, Lima Filho BF, Medeiros RJ, Oliveira NPD, et al. Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(11):3367-75.
8. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 17(12):3353-62.
9. Locker D. Clinical correlates of change in self perceived oral health in older adults. *Commun Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(3):199-203.
10. Haikal DS, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira AM, Ferreira e Ferreira E. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quantitativa. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(7):3317-29.
11. Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(2):397-406.
12. Batista MJ, Rihs LB, Gonçalo CS, Miyuchi Kubo FM, Amaral RC, Sousa MLR. Treatment needs and self-perception of oral health among adolescents. *Rev Gaúcha Odontol*. 2012;60(3):289-96.
13. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Commun Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(4):284-90.
14. Bastos RS, Carvalho ES, Xavier A, Caldanha ML, Bastos JRM, Lauris JRP. Dental caries related to quality of life in two Brazilian adolescent groups: a cross-sectional randomised study. *Int Dent Journal*. 2012;62(3):137-43.
15. Palma PV, Leite ICG, Greco RM. Associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e a capacidade para o trabalho de técnicos administrativos em educação: um estudo transversal. *Cad Saúde Colet*. 2019;27(1):100-7.
16. Nascimento AR, Andrade FB, César CC. Validade e utilidade da autopercepção de necessidade de tratamento odontológico por adultos e idosos. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(8):1765-74.
17. Braga APG, Barreto SM, Martins AMEBL. Autopercepção da mastigação e fatores associados em adultos brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(5):889-904.
18. Vale EB, Mendes ACG, Moreira RS. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(3):98-108.
19. Silva EA, Batista MJ, Sousa MLR. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adultos de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Ciênc Méd*. 2016;25(1):11-21.
20. Bulgareli JV, Faria ET, Cortellazzi KL, Guerra LM, Meneghim MC, Ambrosano GMB, et al. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:44.
21. Gabardo MCL, Moysés SJ, Moysés ST, Olandoski M, Olinto MTA, Pattussi MP. Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(5):1531-40.
22. Oliveira EJP, Rocha VFB, Nogueira DA, Pereira AA. Qualidade de vida e condições de saúde bucal de hipertensos e diabéticos em um município do Sudeste Brasileiro. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(3):763-72.
23. Roberto LL, Noronha DD, Souza TO, Miranda EJP, Martins AMEBL, Paula AMB, et al. Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(3):823-35.

CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

ORAL HEALTH CONDITION FOR ONCOLOGICAL PATIENTS

Bruna Braga da Cruz Melo¹, Gabriela Brito Vasconcelos², Rafaela Brito Vasconcelos³, Ana Carolina de Souza Leitão Arruda Falcão⁴, Viviane Colares Soares de Andrade Amorim⁵

1. Cirurgiã-Dentista (FOP-UPE).
2. Cirurgiã-Dentista, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Hebiatria (FOP-UPE).
3. Cirurgiã-Dentista, Odontopediatra (CPGO-PE).
4. Cirurgiã-Dentista, Pós Doutoranda em Odontopediatria (FOP-UPE), Doutora em Odontologia Integrada (UFPE).
5. Professora Associada de Odontopediatria da Universidade de Pernambuco (FOP-UPE) e da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Palavras-chave:

Crianças; Oncologia; Cárie; Biofilme.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a condição de saúde bucal de pacientes em terapia oncológica. Trata-se de um estudo observacional transversal realizado no Centro OncoHematológico de Pernambuco (CEONHPE), vinculado ao Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), da Universidade de Pernambuco (UPE). Foram incluídos no estudo pacientes com idade entre 1 e 19 anos, de ambos os sexos, totalizando uma amostra de 177 pacientes, dentre os quais 25 realizaram o índice de placa, 111 submeteram-se ao índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) e 129 ao índice de Dentes Decíduos Cariados, Com Extração Indicada e Obturados (ceo-d). Foi realizada coleta de dados secundários obtidos nas fichas clínicas dos pacientes que estiveram em atendimento no ano de 2018. Através da análise estatística descritiva foram consideradas as variáveis: condição de saúde bucal, idade, gênero, diagnóstico oncológico e fase atual do tratamento. Com relação às condições de saúde bucal foram avaliadas: condições de higiene oral (índice de placa de O'Leary); cárie (CPO-D e ceo-d). Verificou-se que houve predominância do índice CPO-D e ceo-d em zero e o índice de placa foi considerado insatisfatório na maioria dos pacientes. Portanto, apesar de baixo índice de cárie, foi constatado elevado índice de placa bacteriana.

Keywords:

Children; Oncology; Caries; Biofilm.

ABSTRACT

This study aimed to assess the oral health condition of patients undergoing cancer therapy. This is a cross-sectional observational study carried out at the Centro OncoHematológico de Pernambuco (CEONHPE), linked to the Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), of the University of Pernambuco (UPE). The study included patients aged between 1 and 19 years old, of both sexes, totaling a sample of 177 patients, among whom 25 underwent the plaque index, 111 underwent the Decayed, Lost and Filled Teeth Index (CPOD) and 129 to the Decayed Deciduous Teeth Index, with Extraction Indicated and Filled (ceo-d). Secondary data were collected from the clinical records of patients who were in care in 2018. Through the descriptive statistical analysis, the variables were considered: oral health condition, age, gender, cancer diagnosis and current treatment stage. Regarding oral health conditions, the following were evaluated: oral hygiene conditions (O'Leary plaque index); caries (CPOD e ceo-d). It was found that there was a predominance of the CPOD index and ceo-d at zero and the plaque index was considered unsatisfactory in most patients. Therefore, despite a low rate of caries, a high rate of plaque was found.

25

Autor Correspondente:

Gabriela Brito Vasconcelos
 Telefone: (+ 55 81) 988382803
 E-mail: gabibvasconcelos@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas em crianças e adolescentes devem ser abordadas de forma diferente de suas manifestações em adultos, dada a diferença entre os locais primários, a origem histológica e comportamento clínico. Comumente apresenta crescimento rápido, maior capacidade de invasão, contudo, tende a responder melhor ao tratamento¹.

Cerca de 70% das crianças diagnosticadas precocemente tem chance de cura. O tratamento consiste

em cirurgia, quimioterapia, radioterapia e em alguns casos, transplante de medula óssea².

O tratamento quimioterápico na dependência do seu tipo, dosagem e frequência, bem como a radioterapia; podem trazer uma série de complicações ao meio bucal, como resultado, por exemplo, do efeito imunossupressor. As principais alterações são: xerostomia, mucosite, osteorradionecrose e cárie, direta ou indiretamente (efeito tardio). Conflitos internos e desorganização psíquica também podem afetar o paciente durante o curso da doença¹⁻⁵.

O cuidado com a saúde bucal destes pacientes se faz essencial e depende de ações distintas e simultâneas: do apoio familiar, da motivação individual, de políticas públicas específicas, além da abordagem profissional multidisciplinar. A odontopediatria tem papel importante nas diversas etapas do tratamento oncológico, desde abordagens preventivas até abordagens reabilitadoras, o que vai colaborar efetivamente para uma melhor qualidade de vida destes indivíduos em terapia^{6,7}.

Desta forma, esse estudo teve como objetivo avaliar a condição de saúde bucal de pacientes oncológicos, atendidos no CEONHPE, vinculado ao HUOC, da UPE. A avaliação da situação de saúde bucal desse grupo específico, contribui na definição de protocolos de atendimento e políticas públicas mais eficientes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, observacional, de caráter descritivo, realizado com crianças, adolescentes e jovens sob tratamento oncológico, por meio da análise dos dados coletados nas fichas clínicas médicas e odontológicas. O estudo foi realizado em Recife, Pernambuco, no CEONHPE, vinculado ao Hospital HUOC da UPE. Como população-alvo, foram considerados crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, de ambos os sexos, que estiveram em tratamento no ano de 2018. A amostra foi composta pelos pacientes atendidos no consultório odontológico do CEONHPE pelo grupo de estudantes de graduação de odontologia, sob supervisão de uma professora de Odontopediatria, como atividade do Projeto de Extensão Fazendo ART com as crianças. Foram excluídos da pesquisa, os pacientes que por algum comprometimento cognitivo não puderam responder à anamnese e/ou que seus responsáveis não estavam presentes no momento do exame.

Foram anotados dados a respeito da idade, gênero, diagnóstico oncológico e fase atual do tratamento oncológico do paciente, assim como o índice CPOD e índice de placa de O'leary. Para coleta de dados de exame clínico, foram registrados sobre as condições de higiene oral e condições quanto à cárie.

Durante o exame clínico odontológico, a fim de avaliar a condição de higiene bucal, foi avaliado o índice de Placa Bacteriana. Foi aplicado o índice de Placa O'Leary para mensuração da porcentagem de placa bacteriana, através de solução evidenciadora de placa Visuplac (Maquira Solução 10ml) aplicada nas quatro faces de todos os dentes presentes na arcada, facilitando ao paciente a visualização das possíveis falhas na escovação. O cálculo dá-se pela divisão do número de faces coradas multiplicado por cem pelo número de dentes presentes multiplicado por quatro. Por fim, estabelece-se para critérios de nível de higienização bucal: de 0% até 25% como satisfatório, de 25% a 40% como irregular e de 40% acima é tido como insatisfatório⁸. Pacientes em tratamento clínico não realizaram a evidenciação de placa por não apresentarem condições sistêmicas favoráveis e risco de sangramento.

Para fins de diagnóstico da doença Cárie, foram considerados os índices CPO-D para os pacientes que se

encontravam na dentição mista ou permanente, utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar a prevalência de cárie e índice ceo-d para os pacientes que apresentavam dentição decídua. O registro foi realizado após a inspeção visual dos dentes presentes. Pacientes com impossibilidades sistêmicas devido ao tratamento não realizaram os índices.

Os dados secundários, sobre informações do tratamento oncológico, foram coletados dos prontuários hospitalares. Foi identificado o tipo de câncer diagnosticado em cada paciente, assim como categorizados os momentos do tratamento que o paciente se encontrava: em pré tratamento (1), em tratamento clínico (2), em tratamento radioterápico (3), em tratamento quimioterápico (4), em remissão (5).

Os dados foram analisados através da estatística descritiva e utilizados em números absolutos e percentuais. Os resultados foram apresentados na forma de tabelas e gráficos.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UPE, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 03501218.9.0000.5207 bem como foi conduzido de acordo com o estabelecido pela Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, para experimentos em humanos.

RESULTADOS

A amostra desse estudo foi formada por 177 pacientes, em sua maioria do sexo masculino (61,67%), sendo 15,56% menores de 3 anos, 20,5% de 4 a 6 anos, 19,44% de 7 a 9 anos, 26,7% de 10 a 14 anos e 17,78% de 15 a 19 anos. O índice de placa foi realizado em 25 pacientes (Figura 1).

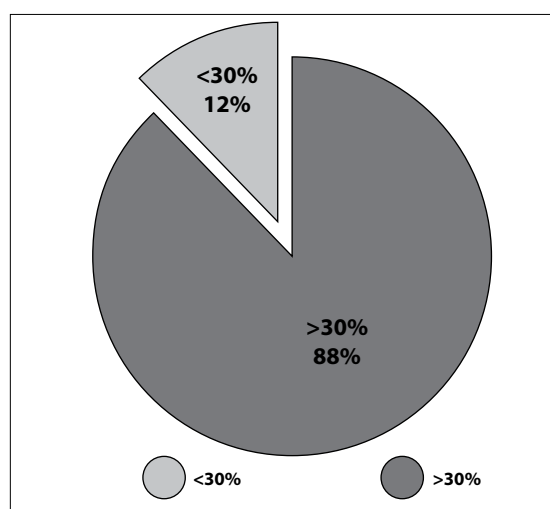


Figura 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com o índice de placa.

A maioria dos pesquisados apresentou CPO-D e ceo-d igual a zero (Tabela 1) (Tabela 2). A maioria dos pacientes encontravam-se em remissão, seguindo da fase de pré tratamento (Tabela 3).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com o CPO-D.

Variáveis	n	%
CPOD		
0	62	55,9
1 a 3	32	28,8
≥4	16	14,4
cariados (C)		
0	82	73,9
1 a 3	22	19,8
≥4	6	05,4
Restaurados (o)		
0	82	73,9
1 a 3	25	22,5
≥4	4	03,6
Perdidos (p)		
0	100	90,1
1 a 3	10	09,0
≥4	1	01,0
Total	111	100,0

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes de acordo com o ceo-d.

Variáveis	n	%
Ceo-d		
0	85	65,90
1 A 3	28	21,80
≥4	16	12,40
cariados (c)		
0	94	72,87
1 a 3	24	18,60
≥4	11	8,52
Restaurados (o)		
0	118	91,48
1 a 3	10	7,76
≥4	1	0,78
Perdidos (p)		
0	125	96,90
1 a 3	3	2,32
≥4	1	0,78
Total	129	100

Tabela 3 – Distribuição de pacientes de acordo com a fase do tratamento e o índice CPOD.

	Total		CPO-D					
			0		1 a 3		≥4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não iniciou o tratamento	23	20,72	14	6,93	6	5,40	3	2,70
Radioterapia	1	1,00	1	0,50	0	0	0	0
Quimioterapia	13	11,71	4	3,60	4	3,60	5	4,50
Remissão	74	66,67	42	37,84	22	19,81	10	9,00
Total	111	100	61	54,96	32	28,82	18	16,21

O índice CPOD igual a zero aparece em maior quantidade em todos os diagnósticos (Leucemia, linfoma, doença do SNC, sem diagnóstico), havendo uma leve tendência do índice igual a quatro ou mais em outros tipos de tumores.

Os pacientes que se encontram na fase de pré tratamento e remissão obtiveram em sua maioria um índice de placa de O'leary insatisfatório.

O índice de placa apresenta-se elevado em todos os tipos de tumores, exceto nos linfomas. Em pacientes

portadores de leucemias, outros tumores e sem diagnóstico o índice de placa foi elevado nas suas maiorias (Gráfico 1).

O índice ceo-d igual a zero apresenta-se em maior quantidade quando relacionado a fase do tratamento. Em todas as fases nota-se sua expressiva repetição (Tabela 4).

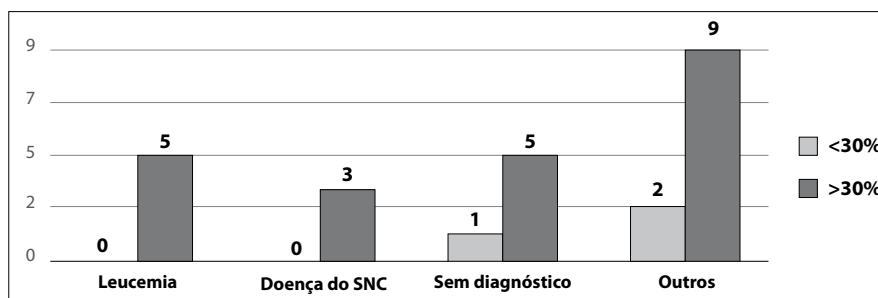


Gráfico 1 – Distribuição de pacientes de acordo com o diagnóstico e o índice de placa O'leary.

Tabela 4 – Distribuição de pacientes de acordo com a fase de tratamento e o Ceo-d.

	Total		Ceo-d					
			0		1 a 3		≥4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não iniciou o tratamento	42	32,56	29	22,49	8	6,2	5	3,88
Tratamento clínico	2	1,56	1	0,78	0	0	1	0,78
Radioterapia	6	4,66	3	2,32	3	2,32	0	0
Quimioterapia	21	16,28	11	8,52	4	3,1	6	4,64
Remissão	58	44,97	38	29,46	13	10,08	7	5,42
Total	129	100	82	63,57	28	21,70	19	14,72

Da mesma forma, foi observado que o índice ceo-d igual a zero apresenta-se em maior quantidade quando relacionado ao diagnóstico oncológico.

DISCUSSÃO

O número de casos de câncer tem aumentado consideravelmente em todo o mundo. Na infância, a incidência de neoplasias malignas varia de 1 a 4% nos registros de câncer de base populacional⁹. Neste estudo, observa-se que a maioria dos pacientes em terapia oncológica encontram-se entre 10 e 14 anos, configurando crianças e pré-adolescentes como a maioria diagnosticada. Ratificando assim, o que é citado pela literatura em relação à infância e diferenciando-se quando se trata de pré-adolescentes.

Os tumores mais comumente encontrados são leucemia e linfomas. Outros tipos também podem estar presentes como neoplasias retículo-endoteliais, tumores de sistema nervoso central e miscelânea de neoplasias intracranianas e intraespinhais¹⁰. Sendo, portanto, de acordo com o presente estudo, o qual foi observado um maior número de diagnósticos de leucemia.

O tratamento consiste em cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia. Sua escolha irá depender do tipo e estágio do tumor. As terapias preconizadas podem provocar efeitos colaterais, principalmente devido ao quadro de imunossupressão¹⁰. Os pacientes tratados com radioterapia são susceptíveis a vários efeitos secundários que incluem principalmente mucosite, perda do paladar, xerostomia e trismo^{11,12}. Já a quimioterapia pode favorecer a imunossupressão, levando a lesões na cavidade oral, devido à alta sensibilidade dos tecidos e das estruturas bucais aos efeitos tóxicos dos quimioterápicos, o que poderá resultar em complicações sistêmicas importantes³. Os dados obtidos nesse estudo nos mostram que a maioria dos pacientes se encontram em cuidados quimioterápicos.

O diagnóstico de câncer é vivido como um momento de angústia e ansiedade, pelo motivo da doença ser rotulada como dolorosa e mortal, conseqüentemente, desencadeando preocupações em relação à morte. Além do momento do diagnóstico, ao longo do tratamento, o paciente vivencia perdas e diversos sintomas que, além de acarretar prejuízos

ao organismo, incluindo a saúde bucal^{11,13,14}. Com relação a cárie dentária, os resultados encontrados neste estudo foram baixos, com CPO-D de 1,15 e ceo-d de 1,08. Já o índice de placa foi considerado elevado e insatisfatório, visto que foi concentrado em >30.

Os dados obtidos em estudo realizado em Natal-RN¹⁵ são CPO-D de 0,6 e ceo-d de 1,6 num grupo de pacientes oncológicos, assemelhando-se aos desta pesquisa. O autor justifica esses índices de cárie baixos devido o fato de que no hospital oncológico onde as crianças foram examinadas ocorram frequentemente programas educativos e preventivos de saúde bucal¹⁵. Em um estudo realizado em São Paulo¹⁶ com pacientes oncológicos e utilizando o índice CPOD, obteve uma média de 24,42 do índice, diferenciando-se bastante da média registrada no presente estudo (1,15)¹⁶. Já numa pesquisa em Criciúma¹⁷, percebeu-se que apenas em 26,1% dos 26 pacientes participantes foi realizada uma consulta odontológica, explicando a condição bucal insatisfatória em grande parte dos estudos¹⁷. (Os dados obtidos nesse estudo quanto a cárie são consideravelmente menores e os dados obtidos quanto ao índice de placa são semelhantes se comparados aos encontrados por Figueiredo e Nogueira¹⁵, que avaliando clinicamente a prevalência de cárie e gengivite em 32 crianças portadores de neoplasias, obtiveram uma média do índice CPO-D = 2,166 e ceo-d = 2,814 e CPO-D = 2,625 e ceo-d = 3,259 e biofilme bucal elevado. Na Bélgica, em 1995, foi realizado uma pesquisa que, assim como neste presente trabalho, não encontraram resultados elevados com relação à saúde gengival e higiene oral no grupo de pacientes oncológicos¹⁵).

A partir disso, o tratamento odontológico previamente ao tratamento oncológico objetiva a eliminação e estabilização de condições orais que desencadeiem uma infecção local ou sistêmica. Para isso, o dentista deve não só saber das indicações odontológicas, mas também do processo de diagnóstico do câncer, estadiamento e planejamento da oncoterapia. Além da atuação no paciente antes do início do tratamento, cabe ao cirurgião dentista o acompanhamento em longo prazo desse paciente a fim de evitar complicações bucais crônicas decorrentes do tratamento oncológico. Portanto, a função do dentista é atuar junto à equipe médica para prevenir e tratar complicações bucais decorrentes do tratamento antineoplásico^{16,18}.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que a maioria dos pacientes dessa amostra apresentaram baixo índice de cárie, sendo 62 e 85 indivíduos com CPOD e ceo-d = 0,32 e 28 apresentando CPOD e ceo-d entre 1 e 3, respectivamente, 16 com CPOD e ceo-d >4. O índice de placa foi elevado na maioria dos pacientes que foi realizado.

FINANCIAMENTO

A pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

CONFLITO DE INTERESSES

Não houve conflitos de interesses.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a colaboração e atenção de todas crianças e adolescentes atendidos durante a pesquisa, no CEONHPE do HUOC da Universidade de Pernambuco.

REFERÊNCIAS

1. Silva S, Aquino T, Santos R. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Rev Bras Ter Cogn.* 2008;4(2):73-88.
2. Lopes LF, Camargo B, Bianchi A. Os efeitos tardios do tratamento do câncer infantil. *Rev Assoc Med Bras.* 2000;46(3):277-84.
3. Hespanhol FL, Tinoco E, Teixeira H, Falabella M, Assis N. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. *Ciênc saúde coletiva.* 2010;15(Supl 1):1085-94.
4. Grimaldi N, Sarmento V, Provedel L, Almeida D, Cunha S. Conduta do cirurgião-dentista na prevenção e tratamento da osteorradionecrose: revisão de literatura. *Rev Bras Cancerol.* 2005;51(4):319-24.
5. Santos CC, Noro-Filho GA, Caputo BV, Souza RC, Andrade DM, Giovani EM. Condutas práticas e efetivas recomendadas ao cirurgião dentista no tratamento pré, trans e pós do câncer bucal. *J Health Sci Inst.* 2013;31(4):368-72.
6. Goursand D, Borges CM, Alves KM, Nascimento AM, Winter RR, Martins LHPM, et al. Sequelas bucais em crianças submetidas a terapia antineoplásica: causas e definição do papel do cirurgião dentista. *Arq Odontol.* 2016;42(3):180-9.
7. Anais da VI Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica; 2012 Out 23-26; Maringá, PR. Maringá: CESUMAR, 2012.
8. Silva A, Barbosa B, Batista B, Reis C, Ruas C, Ferreira C, et al. Análise do Índice de O'Leary [Internet]. [place unknown]: Prezi, c2020 [cited 2020 May 20]. Available from: <https://prezi.com/5qImrouidtn5/analise-do-indice-de-o039leary/>.
9. Beltrão M, Vasconcelos M, Pontes C, Albuquerque M. Childhood cancer: maternal perceptions and strategies for coping with diagnosis. *J Pediatr.* 2007; 3(6):562-5.
10. Frazão C, Alfaya T, Costa R, Rocha M, Gouvêa C, Morais A. Pacientes oncológicos pediátricos: manifestações bucais da terapia antineoplásica. *Saude e Pesqui.* 2012;5(3):587-92.
11. Peres P, Queiroz AM, Moreira MR, Faquim JPS, Ferrari MA. Odontopediatria aplicada ao câncer infantil – manifestações clínicas e protocolos de atendimento. *J Manag Prim Health Care.* 2013;4(3):191-9.
12. Gaetti-Jardim Júnior E, Souza F, Gaetti-Jardim E, Castro E, Ciesielski F, Buso-Ramos M, et al. Efeitos da radioterapia sobre as condições bucais de pacientes oncológicos. *RPG Rev Pós Grad.* 2011;18(2):96-101.
13. Cavicchioli A, Menossi M, Lima R. Câncer infantil: o itinerário diagnóstico. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007;15(5):1025-32.
14. Faria MT. Atendimento odontológico ao paciente com câncer: orientação para cirurgiões dentistas [dissertation]. Volta Redonda, RJ: Fundação Oswaldo Aranha; 2017;71.
15. Figueiredo PBA, Nogueira AJS. Prevalência de Neoplasias, Cárie e Gengivite em Pacientes Oncológicos Pediátricos no Município de Belém, Pará. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2013;13(2):141-6.
16. Quispe R, Cremonesi A, Gonçalves J, Rubira C, Santos P. Estudo caso-controle de índices de doenças bucais em indivíduos com câncer de cabeça e pescoço após terapia antineoplásica. *Einstein.* 2018;16(3):1-6.
17. Rosso M, Neves M, Araújo P, Ceretta L, Simões P, Sônego F, et al. Análise da condição bucal de pacientes pediátricos e adolescentes portadores de neoplasias na instituição casa guido na cidade de criciúma. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo.* 2015;27(3):210-9.
18. Silveira J, Oliveira V, Padilha W. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. *Pesqui Odontol Bras.* 2002;16(12):169-174.

NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A RELAÇÃO BIDIRECIONAL DOENÇA PERIODONTA – DIABETES MELLITUS

LEVEL OF KNOWLEDGE OF FAMILY HEALTH STRATEGY'S PROFESSIONALS REGARDING THE PERIODONTAL DISEASE – DIABETES MELLITUS BIDIRECTIONAL RELATIONSHIP

Danielly Vieira Gomes¹, Eduardo Sérgio Donato Duarte Filho², Renata de Oliveira Cartaxo³, João Braga da Silva Junior¹, Anna Karolline Cadengue de Siqueira¹

1. Graduados em Odontologia pela Universidade de Pernambuco – UPE.
2. Doutor em Odontologia. Professor Adjunto de Odontologia da UPE e Professor de Odontologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida – ASCES-UNITA.
3. Doutoranda em Ciências da Saúde. Professora Assistente de Odontologia da Universidade de Pernambuco – UPE.

Palavras-chave:

Diabetes Mellitus; Doenças Periodontais; Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde.

RESUMO

A relação entre as condições de saúde sistêmica e doença periodontal é bidirecional, na qual a manutenção de uma auxilia no controle da outra. O diabetes é uma dessas condições, que pode aumentar a gravidade e extensão da doença periodontal, e em contramão, a infecção periodontal pode agravar o controle glicêmico. Objetiva-se avaliar o nível de conhecimento dos profissionais atuantes na Equipe de Saúde da Família (ESF), em Arcoverde/PE, em relação à doença periodontal e o *Diabetes mellitus*. O estudo é de caráter quantitativo, exploratório e transversal, no qual foi aplicado um questionário adaptado da literatura com 18 perguntas prevalentemente objetivas a 38 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas) atuantes em 13 Unidades Básicas de Saúde. Constatou-se que a maioria dos profissionais participantes apresentam bom nível de conhecimento acerca dos principais exames laboratoriais empregados para o diagnóstico do diabetes. Entretanto, no que se refere à influência que o tratamento periodontal básico oferece sobre o controle glicêmico dos pacientes diabéticos descompensados, 50% dos médicos, 62% dos enfermeiros e 31% dos dentistas não conheciam tal mecanismo. Pode-se afirmar que o conhecimento sobre a relação *Diabetes mellitus* e doença periodontal ainda é escasso entre expressiva parte dos profissionais.

Keywords:

Diabetes Mellitus; Periodontal Diseases; Health Knowledge, Attitudes, Practice.

ABSTRACT

The relationship between the conditions of systemic health and periodontal disease is two-way, in which the maintenance of one helps in the control of the other. Diabetes is one such condition, which can increase the severity and extension of periodontal disease, and on the other hand, periodontal infection may aggravate glycemic control. The aim is to evaluate the knowledge of the professionals working in the "Family Health Strategy's", in Arcoverde / PE, in relation to periodontal disease and Diabetes mellitus. Quantitative, exploratory and cross-sectional study, in which a questionnaire adapted from the literature was applied with 18 predominantly objective questions to 38 health professionals (doctors, nurses and dentists) working in 13 Basic Health Units. It was verified that the majority of the participants present a good level of knowledge about the main laboratory tests used for the diagnosis of diabetes. However, regarding the influence that basic periodontal treatment has on glycemic control of patients decompensated diabetics, 50% of doctors, 62% of nurses and 31% of dentists did not know such mechanism. It can be affirmed that the knowledge about the relation diabetes and periodontal disease is still scarce among expressive part of the professionals.

Autor Correspondente:

Eduardo Sérgio Donato Duarte Filho
R. Arlindo Porto, 220, ap 1102 – Maurício de Nassau
Caruaru – PE, CEP: 55014-265, e-mail: eduardo.sergio@upe.br

INTRODUÇÃO

A doença periodontal (DP) representa um grave problema de saúde pública odontológica, tanto nos países subdesenvolvidos quanto nos desenvolvidos¹. No Brasil, a DP é um dos principais agravos que acometem a saúde bucal e é

objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua elevada prevalência e gravidade^{2,3}, sendo uma das principais causas de perda dentária em adultos^{4,5}.

As DPs que mais acometem a população são a gengivite, que se desenvolve em poucos dias e caracteriza-se por mudanças inflamatórias e se limitam ao tecido gengival,

induzidas pelo acúmulo do biofilme supra gengival sobre superfície dentária^{1,2}, e a periodontite, definida como uma doença inflamatória dos tecidos de suporte dos dentes, é causada por microrganismos específicos, que resultam em uma destruição progressiva do ligamento periodontal e osso alveolar, com formação de bolsa, retração ou ambas^{6,7}.

A relação entre as condições de saúde sistêmica e a doença periodontal é bidirecional, na qual a manutenção de uma auxilia no controle da outra⁸. O diabetes é uma condição sistêmica que pode aumentar a gravidade e extensão da DP^{6,9}, alterando, por exemplo, o curso da periodontite¹⁰. Colocar a DP como uma complicação do diabetes, se justifica pelo fato de existir maiores prevalência e gravidade da periodontite em pacientes diabéticos⁸.

O *Diabetes mellitus* (DM) é uma desordem metabólica de etiologia multifatorial, com alta prevalência, que constitui um sério problema de saúde pública global¹. Mundialmente, estima-se que cerca de 285 milhões indivíduos são afetados¹¹.

A hiperglicemia provocada pelo DM ocasiona modificações nas funções de células do sistema imune, além de tecidos e órgãos, reduzindo colágeno, alterando fatores de crescimento, aumentando apoptose e estresse oxidativo, diminuindo matriz extracelular, desregulando citocinas e alterando o fluxo salivar, resultando nas alterações periodontais¹². A hiperresponsividade para antígenos bacterianos seria a via para uma elevada produção de citocinas e mediadores inflamatórios, resultando numa inflamação intensa, que pode repercutir de maneira significativa na destruição periodontal¹. Assim, pacientes com diabetes têm maior probabilidade de desenvolver DP^{7,11}.

A DP é um fator de risco para o controle glicêmico em pacientes descompensados, tendo em vista que a inflamação, de maneira geral, induz resistência insulínica, não

diferentemente do quadro inflamatório da DP, já que ela pode também aumentar o estado inflamatório sistêmico¹¹. Nessa perspectiva, o tratamento periodontal tem sucesso limitado na presença de diabetes não diagnosticado ou mal controlado. Em contramão, a infecção periodontal pode agravar o controle glicêmico, e deve ser tratada de forma urgente⁵.

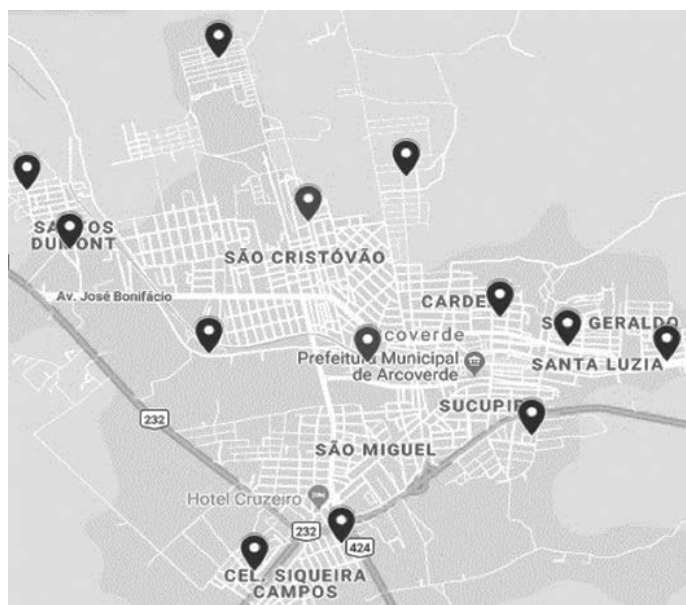
A Estratégia de Saúde da Família (ESF) organiza-se a partir de uma equipe multiprofissional (composta em sua formação básica por médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde e auxiliar ou técnico de enfermagem – havendo oferta de saúde bucal na equipe, o cirurgião dentista e seu auxiliar passam a integrar a equipe). Entretanto, nem sempre esses profissionais estão preparados e com disposição para atuar de forma integrada. Dessa maneira, é primordial a integração dos profissionais de saúde sobre esta relação bidirecional entre o diabetes e DP, sendo imprescindível o tratamento interdisciplinar para que o paciente seja orientado de forma adequada sobre os cuidados necessários com a saúde periodontal e sistêmica⁸.

Em vista do exposto, o presente trabalho objetivou avaliar o conhecimento dos profissionais atuantes na Equipe de Saúde da Família, em Arcoverde/PE, no que se refere à relação bidirecional entre a doença periodontal e o *Diabetes mellitus*.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo é transversal, exploratório, de campo e de caráter quantitativo. Foi realizado nas Unidades de Saúde da Família (USFs) da cidade de Arcoverde/PE, com profissionais de nível superior das equipes.

O recorte do cenário de pesquisa se deu por conveniência, nos diferentes bairros do setor urbano da cidade. Dentre as 24 USFs do município, foram selecionadas 13 (50% +1) conforme ilustra a Figura 1.



Fonte: Elaboração própria utilizando a ferramenta do Google Maps.

Figura 1 – Mapa territorial das UBSFs abordadas em Arcoverde/PE.

Definido o campo de pesquisa, foram convidados a participar da pesquisa os médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas (CDs) atuantes das USFs selecionadas. Foram utilizados dois tipos de Questionários com 18 perguntas cada, dos quais o Tipo 1 era destinado aos Médicos e Enfermeiros, e o Tipo 2 aos Cirurgiões-Dentistas. A diferença básica entre os dois tipos de questionários se deu apenas à questão 18, pois se tratou de uma pergunta voltada para o profissional de acordo com sua conduta (Figura 2). Estes questionários foram elaborados com base no estudo de Santos e colaboradores¹³, que possuía objetivos semelhantes ao presente estudo.

Os questionários foram aplicados nas respectivas USFs de atuação de cada um dos profissionais, durante o

horário de trabalho mais conveniente para o profissional em questão. O período de coleta ocorreu entre os meses de setembro de 2018 a março de 2019 e foi realizada uma análise descritiva utilizando o programa Microsoft Excel® versão 2013.

A pesquisa foi autorizada para sua execução após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, sob o parecer nº 2.808.876 e, em respeito à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, os profissionais participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando em participar do estudo, para que em seguida respondessem ao questionário.

<p>1. Faixa Etária: () 18 a 30 () 31 a 40 () 41 a 50 () 51 ou mais</p> <p>2. Sexo () Masculino () Feminino</p> <p>3. Categoria Profissional () Cirurgião-Dentista () Enfermeiro () Médico</p> <p>4. Tempo de Exercício Profissional () Até 5 anos () 6 a 10 anos () 11 a 20 anos () 21 a 30 anos () 31 ou mais</p> <p>5. Já atendeu algum paciente diabético? () Sim () Não</p> <p>6. Questiona fatores relacionados ao diabetes na anamnese? () Sim () Não</p> <p>7. Conhece a porcentagem estimada de diabéticos no território da sua unidade de saúde? () Sim () Não</p> <p>8. Você já suspeitou por meio da anamnese que um paciente poderia ser diabético e solicitou exames complementares para comprovar ou não essa condição? () Sim () Não</p> <p>9. Se sim, quais exames? () Hemograma () Glicemia em jejum () Glicemia rápida () Hemoglobina glicosilada () Coagulograma () Outro</p>	<p>10. Há um cuidado especial ao tratar um paciente diabético? () Sim () Não</p> <p>11. Sabe o que é Doença Periodontal? () Sim () Não</p> <p>12. Sabe qual o principal sinal clínico da Doença Periodontal? () Sim () Não</p> <p>13. Se sim, qual o principal sinal clínico? _____</p> <p>14. O tratamento da Doença Periodontal auxilia no controle da glicemia? () Sim () Não () Não sei</p> <p>15. Sabe qual o efeito sistêmico o tratamento periodontal poderá proporcionar ao paciente diabético descompensado com periodontite? () Sim () Não</p> <p>16. Se sim, qual efeito sistêmico? _____</p> <p>17. Você sabia que a Doença Periodontal é considerada a 6ª complicação do diabetes? () Sim () Não</p> <p>PARA O QUESTIONÁRIO TIPO 1: 18. Você já encaminhou algum paciente diabético para consulta odontológica? () Sim () Não</p> <p>PARA O QUESTIONÁRIO TIPO 2: 18. Você solicita de forma rotineira o teste de glicemia rápida em diabéticos previamente a procedimentos odontológicos? () Sim () Não</p>
---	---

Figura 2 – Questionário de Pesquisa (compilados os “Tipos 1” e “2”).

RESULTADOS

Das treze USFs selecionadas, participaram da pesquisa 12 Médicos (1 médico se negou a participar), 13 Cirurgiões-Dentistas e 13 Enfermeiros, totalizando 38 profissionais. Destes, 26% pertenciam a faixa etária (em anos) de 18 a 30, 50% de 31 a 40, 13% de 41 a 50 e 10% com 51 anos ou mais. Quanto ao sexo, 47% dos participantes são masculinos e 53% femininos. Em relação ao tempo de atuação

profissional, 23% dos participantes têm até 5 anos de atuação; 29% possuem de 6 a 10 anos de atividade profissional; 31% já trabalham de 11 a 20 anos, enquanto 5% estão em atividade de 21 a 30 anos e, 10% relataram apresentar 31 ou mais anos atuação profissional.

A frequência dos dados referentes ao conhecimento dos profissionais sobre DM está representada na Tabela 1. Já os resultados do conhecimento sobre a DP, DM e a relação entre as patologias estão expressos na Tabela 2.

Tabela 1 – Frequência dos dados sobre o conhecimento de *Diabetes mellitus* entre os profissionais.

Variável	Categoria Profissional							
	Médico		CD		Enfermeiro		Média	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Já atendeu algum paciente diabético?								
Sim	12	100	13	100	13	100	38	100
Não	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	12	100	13	100	13	100	38	100
Questiona fatores relacionados ao diabetes na anamnese?								
Sim	12	100	13	100	13	100	38	100
Não	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	12	100	13	100	13	100	38	100
Conhece a porcentagem estimada de diabéticos no território de sua unidade de saúde?								
Sim	7	58,33	6	46,15	13	100	26	68,42
Não	5	41,66	7	53,84	-	-	12	31,57
Total	12	100	13	100	13	100	38	100
Você já suspeitou por meio da anamnese que um paciente poderia ser diabético e solicitou exames complementares para comprovar ou não essa condição?								
Sim	12	100	11	84,61	13	100	36	94,76
Não	-	-	2	15,38	-	-	2	5,26
Total	12	100	13	100	13	100	38	100
Se sim, quais exames?								
Hemograma	5	41,66	2	18,18	2	15,38	8	22,22
Glicemia rápida	7	58,33	6	54,54	8	61,53	21	55,26
Coagulograma	1	8,33	2	18,18	-	-	3	7,89
Glicemia em Jejum	11	91,66	10	90,90	11	84,61	32	84,21
Hemoglobina glicosilada	11	91,66	4	36,36	9	69,23	24	63,15
Outro	2	16,66	-	-	6	46,15	8	22,05
Total	12	100	11	100	13	100	38	100
Há um cuidado especial ao tratar um paciente diabético?								
Sim	11	91,66	13	100	12	92,30	36	94,73
Não	1	8,33	-	-	1	7,69	2	5,26
Total	12	100	13	100	13	100	38	100

33

Tabela 2 – Dados sobre o conhecimento entre DM, DP e, sua relação bidirecional.

Variável	Categoria Profissional							
	Médico		CD		Enfermeiro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sabe o que é doença periodontal (DP)?								
Sim	8	66,66	13	100	5	38,46	26	68,42
Não	4	33,33	-	-	8	61,53	12	31,57
Total	12	100	13	100	13	100	38	100

continua...

Tabela 2 – Continuação

Variável	Categoria Profissional							
	Médico		CD		Enfermeiro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sabe qual o principal sinal clínico da doença periodontal (DP)?								
Sim	5	41,66	13	100	3	23,07	21	55,26
Não	7	58,33	-	-	10	76,92	17	44,73
Total	12	100	13	100	13	100	38	100
Se sim, qual o principal sinal clínico?								
Sangramento	3	25	6	46,15	2	15,38	11	28,94
Bolsa Periodontal	-	-	5	38,46	-	-	5	13,15
Outro	2	16,66	2	15,38	1	7,69	5	13,15
Não respondeu	7	58,33	-	-	10	76,92	17	44,73
Total	12	100	13	100	13	100	38	100
O tratamento da doença periodontal auxilia no controle da glicemia?								
Sim	7	58,33	10	76,92	6	46,15	23	60,52
Não	-	-	1	7,69	-	-	1	2,63
Não sei	5	41,66	2	15,38	7	53,84	14	36,84
Total	12	100	13	100	13	100	38	100
Sabe qual o efeito sistêmico o tratamento periodontal poderá proporcionar ao paciente diabético descompensado com periodontite?								
Sim	6	50	9	69,23	5	38,46	20	52,63
Não	6	50	4	30,76	8	61,53	18	47,36
Total	12	100	13	100	13	100	38	100
Se sim, qual efeito sistêmico?								
Melhora no controle metabólico	3	25	6	46,15	4	30,76	13	34,21
Diminuição dos níveis glicêmicos	2	16,66	2	15,38	-	-	4	10,52
Outros	1	8,33	1	7,69	1	7,69	3	7,89
Não respondeu	6	50	4	30,76	8	61,53	18	47,36
Total	12	100	13	100	13	100	38	100
Você sabia que a Doença Periodontal é considerada a 6ª complicação do diabetes?								
Sim	1	8,33	5	38,46	2	15,38	8	21,05
Não	11	91,66	8	61,53	11	84,61	30	78,94
Total	12	100	13	100	13	100	38	100
Você já encaminhou algum paciente diabético para consulta odontológica?								
Sim	1	8,33			3	23,07	4	16
Não	11	91,66			10	76,92	21	84
Total	12	100			13	100	25	100
Você solicita de forma rotineira o teste de glicemia rápida em diabéticos previamente a procedimentos odontológicos?								
Sim			11	84,61			11	84,61
Não			2	15,38			2	15,38
Total			13	100			13	100

DISCUSSÃO

Estudos recentes afirmam que o DM pode interferir na patogênese da DP, agilizando o seu aparecimento e aumentando sua taxa de gravidade^{11,14}. O DM é a alteração do sistema endócrino mais associada negativamente aos quadros inflamatórios/infecciosos da gengiva¹⁵. Já a DP não tratada pode induzir um estado crônico de resistência à insulina, contribuindo para a hiperglicemia⁸. Tendo em vista que a relação entre essas duas condições ocorre de forma bidirecional, fica evidente a necessidade do acompanhamento multi e interdisciplinar do paciente diabético no âmbito da Atenção Básica, sendo esta a porta de entrada mais usual ao Sistema de Saúde. O presente estudo pôde observar que a maioria dos profissionais atuantes na ESF em Arcoverde/PE são da faixa etária de 31 a 40 anos (19/50%), predominantemente do sexo feminino (20/53%) e com tempo de atuação profissional entre 6 e 20 anos (23/60%).

Todos os profissionais participantes afirmaram já ter atendido um paciente diabético, o que é de concordância com a literatura^{13,16}, pois em ambos os estudos com as mesmas categorias profissionais, quase 100% também afirmaram já ter atendido um paciente diabético. Isso se justifica pelo fato de que a USFs possui um programa voltado para a saúde dos diabéticos, o HiperDia¹³; tal programa do Ministério da Saúde é voltado à prestação da atenção à saúde de modo mais sistematizado e concentrado na USFs, não somente ao diabético, como também ao paciente hipertenso. Um percentual de 68% dos participantes afirmou conhecer a porcentagem estimada de diabéticos no território adstrito de atuação, o que é um bom número, entretanto, ainda 32% desconhecem esse dado tão relevante, que serve de embasamento para o planejamento adequado das ações em saúde.

É importante ressaltar que, tanto o médico, como o enfermeiro e cirurgião-dentista devem estar atentos e questionar sempre na anamnese questões referentes à poliúria, polifagia, polidipsia e perda de peso, com o intuito de diagnosticar um possível diabético¹⁷. Dentre os participantes, 100% afirmam questionar fatores relacionados ao DM na anamnese. Já 95% afirmaram que alguma vez suspeitaram durante a anamnese que um paciente poderia ser diabético e solicitaram exames complementares para confirmar essa condição. Dentre os exames mais solicitados pelos profissionais para diagnóstico estão: Glicemia em Jejum (84%), Hemoglobina Glicosilada (63%) e Glicemia rápida (55%). Sobre a hemoglobina glicosilada (HbA1c), é válido ressaltar que, atualmente, o seu valor tem direta correlação com o grau da taxa de progressão da periodontite em pacientes com DM, classificando-os como de progressão moderada (HbA1c < 7%) ou rápida (HbA1c > 7%) de suas periodontites¹⁸.

Sobre existir um cuidado especial ao tratar um paciente diabético, 95% dos participantes consentem com tal afirmativa. De forma geral, a literatura afirma que os portadores de DM bem controlados e sem muitas complicações não necessitam de cuidados especiais. Entretanto, aqueles descompensados apresentam um maior risco de desenvolver

infecções, sendo até necessária a prescrição de profilaxia antibiótica previamente a procedimentos cirúrgicos¹⁹.

Quando os profissionais foram questionados sobre conhecer o que é a doença periodontal, 33% dos médicos e 62% dos enfermeiros responderam que não. Já 100% dos CDs afirmaram saber do que se trata, o que é um dado esperado, tendo em vista que a DP é alvo de muitos estudos na Odontologia. Já sobre saber qual o principal sinal clínico da doença periodontal, 58% dos médicos e 77% dos enfermeiros o desconhecem.

Aos que afirmaram conhecer o principal sinal clínico da DP (42% dos médicos, 100% dos CDs e 23% dos Enfermeiros), foi perguntado por meio de uma questão subjetiva qual seria esse sinal: apenas 25% dos médicos, 46% dos CDs e 15% dos Enfermeiros elencaram o sangramento em suas respostas; já 38% dos CDs citaram Bolsa Periodontal ou expressões que a remetem e os demais (15%) citaram sinais que não se adequam em nenhuma das categorias citadas. Ou seja, de um total de 38 profissionais participantes, 21 afirmaram saber qual o principal sinal clínico da DP, porém apenas 11 profissionais elencaram o sangramento como este sinal. A literatura afirma que o sangramento é sinal mais característico de presença da DP²⁰, todavia, é importante entender que a doença periodontal pode se manifestar por dois quadros clínicos: a gengivite e a periodontite²⁰.

Indivíduos que manifestam apenas o quadro de gengivite, já possuem a DP instalada em sua fase incipiente causando alterações no periodonto de proteção. Sendo assim, é importante reconhecer o sangramento gengival como sinal clínico para diagnóstico em estágio inicial da doença, atualmente sob a necessidade de ser observado em pelo menos 10% dos sítios sondados¹⁰.

Quando os participantes foram questionados se o tratamento periodontal auxilia no controle da glicemia, 60% responderam "sim", 3% "não" e 37% "não sei". Reconhecidamente, a progressão da doença periodontal é favorecida pela falta de controle glicêmico¹². Já acerca de qual o efeito sistêmico que o tratamento periodontal pode proporcionar ao paciente diabético descompensado com periodontite, apenas 52% disseram que conhecem este mecanismo, apesar de poder existir resposta inexpressiva ao tratamento periodontal nesses pacientes descompensados, com mais complicações pós-operatórias²¹.

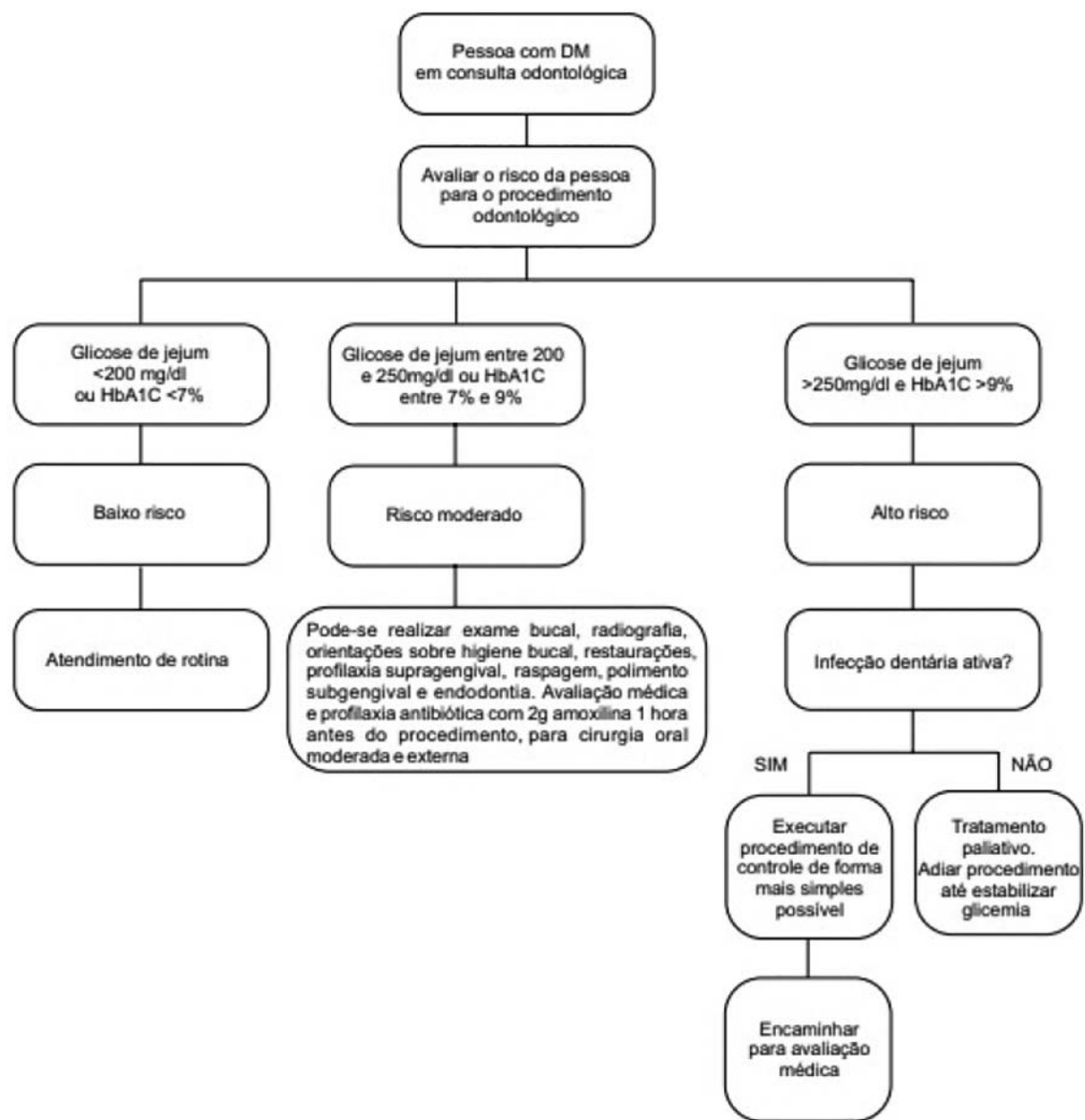
Por meio de uma questão objetiva sobre qual seria o efeito sistêmico, 34% responderam "melhora no controle metabólico", 10% "diminuição nos níveis glicêmicos" e 7% "outros". O restante não respondeu. Afecções odontológicas, como a DP, em pacientes com DM, podem agravar o controle metabólico^{11,19,22}. E como qualquer outro tipo de infecção, a doença periodontal pode tornar difícil o controle da glicemia em um paciente diabético, devido ao fato de que a infecção predispõe à resistência à insulina, podendo causar um quadro de hiperglicemia crônica^{11,22,23}, o que induz a formação e acúmulo de produtos finais da glicação avançada, que acarreta no aumento do número de periodontopatógenos e altera as funções das células de defesa^{11,23}, resultando em uma maior

destruição tecidual e na diminuição do potencial de reparo do organismo^{14,24}.

Pacientes com diabetes têm maior probabilidade de desenvolver DP e, neles, esta se instala de forma mais rápida e grave^{7,11} por prejudicar a função imune celular, diminuir a síntese e renovação de colágeno e induzir a reabsorção óssea alveolar¹¹. A literatura considera a DP como a sexta complicação crônica do diabetes²⁵⁻²⁷. Quando os profissionais foram questionados sobre o conhecimento dessa afirmativa, 78% dos profissionais afirmaram que a desconheciam.

Pacientes com diagnóstico de DM devem ter sua glicemia capilar aferida antes de intervenções odontológicas,

com o objetivo de evitar complicações como hipoglicemia ou hiperglicemia²⁷. Neste estudo, 85% dos CDs responderam que “sim” ao questionamento sobre a conduta de solicitar o exame de glicemia rápida de forma rotineira aos pacientes portadores de DM previamente a procedimentos odontológicos. Entretanto, esse seria um dado do qual se esperava unanimidade nas respostas (positivamente), tendo em vista o protocolo definido pelo Ministério da Saúde²⁸ (Figura 3) e o elevado risco que é realizar intervenções em pacientes com alterações glicêmicas exacerbadas. Ressaltasse que, normalmente, encontram-se glicosímetros e tiras reagentes nas unidades com USFs do município em que a presente pesquisa foi realizada.



Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica (2013).

Figura 3 – Orientação para manejo clínico de pessoas com DM em consulta odontológica.

Segundo a orientação definida pelo Departamento de Atenção Básica²⁸ para o manejo clínico de pessoas com DM em consulta odontológica, os procedimentos possíveis de serem realizados são definidos mediante o risco (baixo, moderado e alto) desses pacientes e esse risco é definido pela medição da glicose em jejum. Portanto, faz-se imprescindível o amplo acesso ao exame de glicemia na atenção primária, bem como o trabalho multiprofissional dos pacientes cadastrados no “Hiperdia”. Autores ressaltaram em seu estudo que o compromisso da equipe multiprofissional sobre a resolubilidade decorre da relação entre os trabalhadores nessa atenção. Dessa forma, um planejamento integrado focado no problema do usuário melhoraria a atenção prestada e o seguimento dos protocolos propostos entre as diferentes áreas²⁹.

Nesse sentido, os usuários pré-diabéticos e diabéticos devem ser encaminhados para avaliação e cuidados odontológicos para que o CD possa atuar em conjunto com toda a equipe na assistência integral à saúde dos pacientes^{6,19,28}. Médicos e enfermeiros, em especial, devem estar preparados para reconhecer a doença periodontal consequente da inflamação crônica dos tecidos periodontais que é muito frequente nas pessoas com DM que ainda conservam dentes próprios²⁸. Foi questionado apenas para os médicos e enfermeiros se eles já haviam encaminhado algum paciente diabético para consulta odontológica, dos quais 84% responderam que “não”. Estudos têm mostrado que poucos são os indivíduos com *Diabetes mellitus* que recebem tratamento odontológico na atenção básica à saúde e a busca ativa dos pacientes diabéticos pelo cirurgião-dentista é mínima quando comparada a importância do tratamento periodontal no controle do diabetes⁸.

CONCLUSÃO

De maneira geral, a maior parte dos profissionais participantes afirmou investigar durante a anamnese questões relacionadas ao diabetes e conhecer os principais exames laboratoriais necessários para o seu diagnóstico. Entretanto, sobre as principais características da doença periodontal, o conhecimento é um tanto fragmentado. No que se refere ao entendimento da relação entre esses dois agravos, pode-se perceber em todas as categorias profissionais escassez de conhecimento sobre o assunto.

Estudos que avaliem a integralidade entre os participantes atuantes nos serviços de saúde são necessários. Sugere-se que a comunidade acadêmica local realize ações de extensão com os profissionais, voltadas ao assunto e comunique à Secretaria de Saúde os principais resultados desta pesquisa; de forma a frisar a importância dessa relação de via bidirecional que necessita de tratamento multi e interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Felipe EM, Chomyszyn-Gajewska M, Fischer RG. Efeito do tratamento periodontal em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2013;12(1):84-91.

2. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*, N 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
3. Rodrigues TQ, Silva RVC, Ribeiro FS, Pontes AEF. Conhecimento sobre saúde periodontal dos pacientes submetidos à triagem nos postos de saúde de Barretos. *Braz J Periodontol*. 2014;24(2):19-23.
4. Balejo RDP, Porto S, Cortelli, SC. Bacteriemia em pacientes periodontais: revisão de literatura. *Braz J Periodontol*. 2014;24(4):29-40.
5. Ministério da Saúde. Projeto SBBrazil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
6. Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. *Carranza: Periodontia clínica*. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
7. Rodrigues IL, Silva KG, Sousa RL, Ribeiro RA, Rodrigues RQF, Sousa JNL. Efeito do tratamento periodontal não cirúrgico no nível de hemoglobina glicada e pacientes portadores de diabetes tipo 2 com periodontite crônica: uma revisão sistemática de literatura. *Braz J Periodontol*. 2015;25(1):47-56.
8. Sousa JNL, Nóbrega DRM, Araki AT. Perfil e percepção de diabéticos sobre a relação entre diabetes e doença periodontal. *Rev Odontol UNESP*. 2014;43(4):265-72.
9. Abreu IS, Takahashi DY, Silva HAB, Fukushima LMBA, Andrade PVC, Possamai SMB, et al. Diabetes Mellitus: what periodontists must know. *Braz J Periodontol*. 2014;24(4):22-8.
10. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, Mealey BL, Papapanou PN, Sanz M, Tonetti MS. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *Journal Of Clinical Periodontology*. 2018;45(20):1-8.
11. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diabetes e doença periodontal. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)*. São Paulo: A. C. Farmacêutica, 2016.
12. Trentin MS, Carli JP, Ferreira MC, Gambin DJ, Silva SO, Lisboa HRK. Prevalência e severidade da doença periodontal em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2: um estudo transversal. *Biosci J*. 2018;34(4):1114-23.
13. Santos IC, Germano SCF, Braz MCA, Araki AT, Santos-Pereira AS, Saba-Chujfi E. Conhecimento dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre diabetes e doença periodontal. *ImplantNewsPerio*. 2016;1(6):1179-87.
14. Vanderlei ACQ, Vanderlei JMTMM, Rangel MLR, Silva CAM, Aguiar JP, Carvalho AKFAC. Considerações acerca dos mecanismos patogênicos da doença periodontal. *Rev Camp Sab*. 2018;4(5):159-73.
15. Tolentino PHMP, Prado MM, Trindade DB, Franco A, Silva RF. A importância da participação do paciente para a manutenção da saúde periodontal – revisão de literatura. *Rev Bras Odontol Leg*. 2018;5(3):62-73.
16. Souza RRC. *Doença periodontal e diabetes: percepção e assistência dos profissionais da estratégia de saúde da família [dissertação]*. Patos: Faculdades Integradas de Patos, 2013.

17. Souza RR, Castro RD, Monteiro CH, Silva SC, Nunes AB. O paciente odontológico portador de diabetes mellitus. *Pesq Bras Odontopediatr Clin Integr.* 2003;3(2):71-7.
18. Costa R, Resende M, Pinto M, Mendes L. Diagnóstico periodontal: um fluxograma de decisão para a nova classificação. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial.* 2019;60(4):189-96.
19. Terra BG, Goulart RR, Bavaresco CS. O cuidado odontológico do paciente portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na atenção primária à saúde. *Rev APS.* 2011;14(2):149-61.
20. Marin C, Holderied FS, Salvati G, Bottan ER. Nível de informação sobre doenças periodontais dos pacientes em tratamento em uma clínica universitária de periodontia. *Rev Salusvita.* 2012;31(1):19-28.
21. Tsogny-Tsague NF, Lontchi-Yimagou E, Nana ARN, Tankeu AT, Katte JC, Dehayem MY, Bengondo CM, Sobngwi E. Effects of nonsurgical periodontal treatment glycated haemoglobin on type 2 diabetes patients (PARODIA 1 STUDY): a randomized controlled trial in a sub-Saharan Africa population. *BMC Oral Health.* 2018;18(1):28.
22. Izu AM, Moreira K, Nascimento MCB, Junior RP. Diabetes e a relação com a doença periodontal. *Rev Cecilians.* 2010;2(2):23-5
23. Chapple ILC, Genco R. Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the joint EFP/AAP workshop on periodontitis and systemic diseases. *J. Periodontol.* 2013;84:106-12.
24. Janket SJ, Wightman A, Baird AE, Van Dyke TE, Jones JA. Does periodontal treatment improve glycemic control in diabetic patients? A meta-analysis of intervention studies. *J Dent Res.* 2005;84(12):1154-9.
25. Loe H. Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 1993;16(1):329-34.
26. Almeida RF, Pinho MM, Lima C, Faria I, Santos P, Bordalo C. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. *Rev Port Clin Geral.* 2006;22(3):379-90
27. Alves C, Brandão M, Andion J, Menezes R, Carvalho F. Atendimento Odontológico do Paciente com Diabetes Mellito: Recomendações para a Prática Clínica. *Rev Ci Med Bio.* 2006;5(2):97-110.
28. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus – Cadernos de Atenção Básica, N 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
29. Lopes AS, Vilar RLA, Melo RHV, França RCS. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde em Debate.* 2015;39(104):114-23.

LIFTING FACIAL NÃO CIRÚRGICO COM FIOS DE POLIDIOXANONA: REVISÃO DE LITERATURA

NON-SURGICAL FACELIFT WITH POLYDIAOXANONE THREADS: LITERATURE REVIEW

Letícia Vilarim de Albuquerque¹, Nathalia Chaves Resende¹, Gabriela Queiroz de Melo Monteiro², Márcia de Almeida Durão³

1. Cirurgiã-Dentista graduada pelo Centro Universitário Maurício de Nassau - Uninassau, Recife-PE.
2. Doutora em Dentística, Professora Associada Faculdade de Odontologia Universidade de Pernambuco, FOP/UPE, Recife-PE.
3. Pós-Doutoranda em Dentística, FOP/UPE e Docente do Curso de Odontologia, Centro Universitário Maurício de Nassau - Uninassau, Recife-PE.

Palavras-chave:

Harmonização Facial; Lifting Facial; Fios de Sustentação.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura acerca do lifting facial não cirúrgico com fios de PDO, abordando os diferentes tipos, suas indicações, a degradação no organismo, plano de inserção, contra-indicações, vantagens e possíveis complicações. As buscas foram realizadas nas bases de dados Pubmed, Bireme, Scielo, Sumários de Revistas Brasileiras e BVS, selecionando-se artigos relevantes disponibilizados entre 2005 e 2020. Sendo os descritores utilizados em português e inglês para busca: "Harmonização Facial", "Fios de Sustentação", "Lifting Facial". Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, dos 44 artigos encontrados, foram selecionados 16 para esse estudo. O uso dos fios de sustentação facial consiste em um método minimamente invasivo, indolor, de caráter ambulatorial, anestesia local e efeito imediato. Diante dos possíveis riscos que acompanham o lifting cirúrgico, as pessoas estão buscando por alternativas menos invasivas, como os fios de sustentação. Apesar de não poderem ser considerados como alternativa a cirurgia reparadora convencional, os pacientes muitas vezes acabam optando pelo lifting com fios por se sentirem mais seguros, mesmo com resultados mais modestos. Observou-se que a utilização dos fios de PDO tem demonstrado eficácia no rejuvenescimento facial quando bem indicados, apesar da possibilidade de ocorrência de efeitos adversos, normalmente pequenos e passageiros.

Keywords:

Facial Harmonization; Face Lifting; Thread Lift.

ABSTRACT

The aim of this study is to perform a literature review about non-surgical facial lifting with PDO threads, addressing its variety of types, indications, organism degradation, insertion plan, contraindications, advantages and possible complications. The researches were conducted in the Pubmed, Bireme, Scielo, Sumários de Revistas Brasileiras and BVS data bases, selecting relevant articles available between 2005 and 2020. After applying the inclusion and exclusion criteria, of the 44 articles found, 16 were selected for this study. Being used the following descriptors in Portuguese and English for research purposes: "Facial Harmonization", "Supporti Threads", "Face Lift". The use of facial support threads consists in a minimally invasive, painless, outpatient method, local anesthesia and immediate effect. Faced with the possible risks that accompany the surgical facelift, people are looking for less invasive alternatives, such as the support wires. Although they cannot be considered as an alternative to conventional reparative surgery, patients often end up opting for a facelift because they feel safer, even with more modest results. It was observed that the use of PDO threads has been shown to be effective in facial rejuvenation when well indicated, despite the possibility of adverse effects, usually small and transient.

39

Autor Correspondente:

Márcia de Almeida Durão
Curso de Odontologia, Centro Universitário Maurício de Nassau - Uninassau, Recife-PE
R. Joaquim Nabuco, 712, Graças
Recife - PE, Brasil

INTRODUÇÃO

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), em 2025 o número de idosos presentes no mundo será em torno de 800 milhões de pessoas. O avanço do mercado estético está diretamente relacionado ao aumento da expectativa de vida, visto que os padrões de beleza reforçam cada vez mais a necessidade de desacelerar os sinais do envelhecimento, aumentando a busca por procedimentos estéticos¹.

De acordo com a SBCP (Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica), a ritidoplastia, também conhecida como lifting facial, é uma cirurgia reparadora realizada na face com o objetivo de melhorar os sinais causados na pele através do envelhecimento, como por exemplo, a flacidez. Assim como todo procedimento invasivo, possui riscos como dor, necrose da pele, lesão do nervo facial, cicatrizes, edema e complicações cardíacas e pulmonares. Diante deste quadro, os fios de sustentação se tornaram uma alternativa, embora estes não possam ser considerados como

substitutos da ritidoplastia, mas sim uma maneira de adiar o procedimento mais invasivo². O uso de fios não é um conceito novo, em 1964 foi desenvolvido o primeiro fio de sutura com garras, embora não tenha sido com finalidade estética³. Apenas na década de 70 começaram a ser utilizados na suspensão de tecidos e a partir de então diversas melhorias foram acontecendo até chegar à tecnologia atual⁴.

O uso dos fios de sustentação facial consiste em um método minimamente invasivo, indolor, de caráter ambulatorial, anestesia local e efeito imediato. É uma das poucas opções de procedimentos alternativos aos mais invasivos com a capacidade de reposicionar os tecidos, além das características citadas anteriormente⁵. Há diversos tipos de fios de sustentação no mercado, mas os fios de polidioxanona (PDO) são os mais eficazes para fins estéticos atualmente. Os fios de PDO destacam-se por serem atraumáticos, possuem alta biocompatibilidade com os tecidos humanos, não apresentam caráter alergênico e piogênico⁴. Além disso, possuem capacidade de absorção pelo organismo, degradam-se lentamente dando tempo suficiente para ocorrer a síntese de colágeno e cicatrização tecidual².

Por se tratar de um procedimento minimamente invasivo, o lifting facial com fio pode ser realizado em consultório com anestesia local e duração média de 40 minutos⁵. Também pode ser associado à outros métodos rejuvenescedores, como por exemplo, seu efeito potencializado quando combinado ao preenchimento com ácido hialurônico⁶. O procedimento consiste na introdução de uma agulha com o fio de PDO de acordo com a técnica escolhida pelo profissional e permanecendo na pele em torno de 20 minutos. Posteriormente a agulha é removida, apenas permanecendo o fio no local inserido⁴. Quando inserido corretamente promove de imediato o efeito lifting, que será mantido a longo prazo, mesmo após absorção do fio, devido a sua capacidade de estimular a formação de colágeno⁷. Nesse contexto, o objetivo desse estudo foi realizar uma revisão de literatura acerca do lifting facial não cirúrgico com fios de PDO, assim como seus tipos variados, indicações, degradação no

organismo, plano de inserção, contraindicações, vantagens e possíveis complicações.

METODOLOGIA

Foi realizada neste trabalho uma análise literária utilizando como referência livros, artigos científicos, anais de congresso e sites voltados a assuntos pertinentes ao lifting facial. As buscas foram realizadas nas bases de dados PUBMED (Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos), BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), Sumários de Revistas Brasileiras e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), selecionando-se artigos relevantes disponibilizados de 2005 a 2020, em português e inglês. Os descritores utilizados para busca foram: "Harmonização Facial" ("Facial Harmonization, Armonización Facial"); "Fios de Sustentação" ("Support Wires, Alambres de Soporte"); "Lifting Facial" ("Facial Lifting, Lifting Facial"). Foi selecionado, para leitura do resumo, um total de 44 estudos, atribuindo-se os critérios de inclusão e exclusão. Critérios de inclusão: estudos sobre do lifting facial não cirúrgico com fios de PDO, abordando os diferentes tipos, suas indicações, a degradação no organismo, plano de inserção, contraindicações, vantagens e possíveis complicações. Critérios de exclusão: estudos sem relevância ou correspondência ao tema proposto. Sendo selecionados para leitura na íntegra 16 estudos.

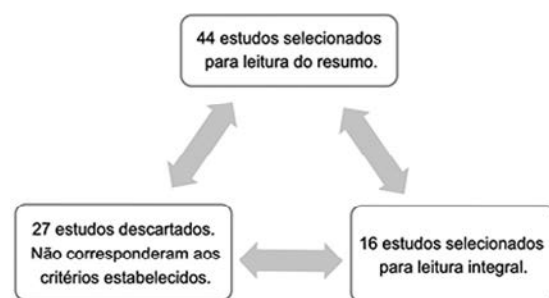


Figura 1 – Fluxograma de seleção de artigos.

RESULTADOS

Tabela 1 – Resultado da Revisão de Literatura Científica

Título/autor/ano	Objetivos	Conclusão
1- Inovações terapêuticas para rejuvenescimento facial: uma abordagem biomédica PORTELA, DUTRA 2019	Evidenciar a área da biomedicina estética e suas contribuições para a sociedade.	A biomedicina estética apresenta as novas terapêuticas estéticas para a sociedade e evidência a possibilidade de se obter o rejuvenescimento cutâneo, sem a necessidade de utilizar recursos cirúrgicos.
2- Apresentação do uso de fios de polidioxanona com nós no rejuvenescimento facial não-cirúrgico BORTOLOZO, BIGARELA 2016	Avaliar o uso dos fios de polidioxanona liso com produção manual de nós para serem utilizados no lifting por fio para proporcionar maior poder de tração e fixação dos tecidos moles.	Apesar de ainda necessitar aprimoramento na técnica de fixação e ancoragem dos fios este procedimento mostra-se promissor para o tratamento da flacidez em regiões de difícil abordagem como a região geniana.

continua...

Tabela 1 – Continuação

Título/autor/ano	Objetivos	Conclusão
3- Facial thread lifting with suture suspension TAVARES et al. 2017	Apresentar longevidade dos resultados, eficácia, segurança e risco de eventos adversos graves associados aos procedimentos de rejuvenescimento facial com fios de sustentação.	O interesse pelo lifting com fios está em alta no momento, mas esta revisão sugere que ele não deve ser apresentado como opção a uma ritidoplastia.
4- Fios de PDO: nova abordagem ao rejuvenescimento da pele LOPANDINA 2018	Mostrar eficácia no uso dos fios de PDO para o rejuvenescimento da pele complementando harmoniosamente as técnicas de medicina estética disponíveis.	O lifting de fios de PDO é um método seguro e eficaz da medicina estética e deve ser definitivamente incluído no programa de rejuvenescimento do paciente, no momento e no local certo.
5- Principais aspectos dos preenchedores faciais PAPAIZIAN et al. 2018	Revisar os principais aspectos dos preenchedores faciais como o ácido hialurônico e bem como verificar as principais complicações que podem surgir com a adoção deste tipo de procedimento estético para o cliente/paciente.	O preenchimento facial é uma inovação que juntamente com a odontologia, vem colaborar para a estética e o bem-estar do indivíduo, sempre levando em conta a segurança e a saúde do paciente, onde cada vez mais pesquisas vêm sendo realizadas para tornar tais procedimentos cada vez menos invasivos.
6- Harmonização orofacial: fios de sustentação ZANATTI 2017	Avaliar vantagens, indicações e riscos da harmonização orofacial com os fios de sustentação.	A tecnologia de fabricação e design dos fios garante um procedimento minimamente invasivo, de efeito imediato, extremamente eficaz e mais duradouro, quando comparado a alternativas disponíveis no mercado.
7- Harmonização facial com fios de polidioxanona (PDO), toxina botulínica e ácido e hialurônico SILVA 2018	Apresentar um relato de caso de associação de técnicas para harmonização facial em paciente foi submetida a um procedimento estético facial pela primeira vez.	A técnica é uma ótima alternativa aos procedimentos mais invasivos, tendo em vista que possui baixo potencial alergênico, baixo risco de complicações e ótimo resultado, com a satisfação da paciente.
8- Evolution of the rhytidectomy BARRETT, CASANUEVA, WANG 2016	Revisar de forma cronológica com foco no desenvolvimento histórico da ritidoplastia, bem como uma breve discussão sobre a eficácia em relação às outras opções de procedimentos existentes.	Atualmente não há consenso na literatura a respeito da melhor abordagem. Dessa maneira, ressalta-se a importância da inovação contínua para resultados cirúrgicos perfeitos.
9- Fundamentos da ritidoplastia MONTEDONIO et al. 2010	Abordar fundamentos considerados essenciais na ritidoplastia, enfatizando o potencial benefício de uma abordagem multidisciplinar envolvendo a dermatologia e cirurgia plástica.	A abordagem multidisciplinar, contando com a cirurgia plástica e a dermatologia/cirurgia dermatológica, favorecerá maior integralidade na atenção do paciente e, certamente, favorecerá melhores resultados.
10- Avaliação sobre resultados tardios em ritidoplastia CASTRO et al. 2005	Avaliar os resultados do face lift e definir qual é o resultado tardio.	Em vários pacientes, a aparência de alguns anos após a cirurgia é muito mais um resultado do processo de envelhecimento, do que fruto da limitação da técnica cirúrgica. Os pacientes submetidos à ritidoplastia sempre apresentarão uma melhor aparência anos após a cirurgia, se comparados àqueles que não a fizeram.
11- Necrose extensa em face pós-ritidoplastia: relato de caso FLÁVIO JÚNIOR, CLÓ 2019	Expor e discutir um caso clínico de ritidoplastia que evoluiu com grande hematoma bilateral seguido por rápida e extensa necrose de face, também bilateral.	Mesmo em grandes necroses de face, é possível se obter ótimos resultados através de tratamento conservador e pouco intervencionista.
12- Técnica de elevação de sobrancelhas com fios de polidioxanona ancorados-relato de 10 casos BORTOLOZO 2017	Revisar técnicas de inserção de fios absorvíveis e não absorvíveis para lifting.	A técnica A-PDO de lifting com fios absorvíveis de PDO liso com ancoragem parece ser uma alternativa economicamente viável e com resultados comparáveis ou mesmo superior aos fios absorvíveis atualmente existentes no mercado.

continua...

Tabela 1 – Continuação

Título/autor/ano	Objetivos	Conclusão
13- Medicina estética facial: Onde a arte e a ciência se conjugam NUNES 2010	Abordar a cosmética, no âmbito da dermatologia, complementada ou em contraposição à abordagem cirúrgica.	Várias técnicas foram abordadas, constituindo um leque variado de opções para qualquer indivíduo. Apresentaram-se técnicas invasivas e não invasivas, cirúrgicas e não cirúrgicas, de aplicação individual ou por um profissional especializado, com resultados visíveis a curto, médio e longo prazo, definitivas ou temporárias e sem custos ou com custos mais ou menos elevados para o paciente.
14-Dermossustentação no tratamento do envelhecimento cutâneo SILVA, SILVA 2019	Comprovar a eficácia dos fios de PDO na dermosustentação	O fio de PDO tem efeitos satisfatórios comparados a outras suturas.
15- Evaluation of Sternal Closure with Absorbable Polydioxanone Sutures in Children BIGDELIAN, SEDIGHI 2014	Testar a eficácia da sutura de polidioxanona no fechamento esternal em crianças.	A técnica é um método seguro e adequado em crianças, apresentando bons resultados clínicos.
16- Fios de polidioxanona (PDO) na flacidez da face: como usar? KUSZTRA 2019	Avaliar o uso dos fios de sustentação absorvíveis na sustentação do tecido facial flácido.	Os fios não foram desenvolvidos para substituir ou competir com a ritidoplastia. Eles complementam a cirurgia plástica ou a substituem somente nos casos em que a intervenção cirúrgica fica impossibilitada pelo estado de saúde geral do paciente.

DISCUSSÃO

O envelhecimento, sendo um processo natural, inevitável e progressivo de todo ser humano, resulta de múltiplos fatores, podendo ser dividido em intrínseco e extrínseco. O envelhecimento de origem intrínseca já é algo esperado, visto que suas características são diretamente relacionadas com o tempo de vida do indivíduo. Por outro lado, no envelhecimento de origem extrínseca é possível observar o processo que da origem a flacidez e ocorre nas áreas mais expostas do corpo, afetadas principalmente pela exposição aos raios ultravioletas¹.

Segundo Lopandina⁴ os sinais causados na pele, que correspondem ao processo do envelhecimento, possuem diversos tipos de tratamentos. Com o aumento mundial da população idosa, há também uma crescente busca em procedimentos que são resultantes no tratamento para amenizar estes sinais, como rugas, flacidez, linhas, ptoses, entre outros⁴.

A busca por procedimentos para rejuvenescimento facial é bastante antiga. Von Hollander é citado como pioneiro na técnica de facelift, que afirma ter realizado seu procedimento original no início do século XX⁸. As técnicas foram se desenvolvendo e em 1960 a ritidoplastia ganhou bastante destaque, se tornando grande interesse na área da cirurgia estética⁹.

A ritidoplastia consiste em um procedimento cirúrgico procurado por pessoas que desejam obter aparência

mais jovem¹⁰, porém seus riscos incluem infecções, necrose, cicatrizes, hematomas, entre outros. Sendo o hematoma como uma das complicações mais comuns, este pode gerar comprometimento na zona operada, podendo resultar em complicações na cicatrização tecidual e até necrose, sendo necessária uma nova intervenção cirúrgica¹¹.

Diante disto, técnicas não cirúrgicas foram se desenvolvendo e com o avanço do mercado estético os pacientes buscam cada vez mais por tratamentos menos invasivos, sentindo-se assim mais seguros e alcançando seus objetivos de rejuvenescimento facial¹.

Os fios de sustentação surgiram no mercado estético como opção de tratamento minimamente invasivo. Visando o rejuvenescimento facial suspendendo os tecidos e com um curto período de recuperação, destacam-se por ser um dos poucos procedimentos não cirúrgicos com esta capacidade¹². Tavares et al³ concordam afirmando que os pacientes que escolhem o lifting facial com fios ao invés da ritidoplastia estão dispostos a resultados mais suaves, mas em troca disto os riscos durante e pós procedimento são menores. Em contrapartida, o estudo de Bortolozzo e Bigarella², ressalta que o tratamento com fios PDO não devem ser considerados uma alternativa à ritidoplastia².

A prática de lifting facial com fios não é uma ideia recente, já é utilizada há mais de trinta anos com diferentes formas de inserção e tipos de fios². Na tabela 2, os fios estão classificados de acordo com sua estrutura, com o tipo de absorção e seus efeitos estéticos⁴.

Tabela 2 – Classificação dos Fios de Sustentação.

Estrutura	Tipo de Absorção	Efeitos Estéticos
Monofilamento (Fio PDO)	Não Absorvível - Ouro e Platina - Polipropileno	Efeito Rejuvenescedor (fios bioestimuladores) Fixação Dérmica e Hipodérmica (fios de blindagem)
	Longa Absorção - Poliuretano - Poliamida	Preencher Déficit de Tecidos Moles (fios de enchimento) Deslocam e Fixam Tecidos Moles + Ativação Adicional da Neocolagênese (fios de elevação)
Polifilamentado (FIO PGA)	Absorvível - Ácido Polilático - Ácido Poliglicólico - Ácido Polilático + Ácido Poliglicólico - Polidioxano	Deslocam e Fixam os Tecidos Moles Alterando Volume e Forma + Ativação Adicional de Neocolagênese (fios geradores de forma)

Fonte: Adaptado do estudo de Lopandina (2018).

Dentre os materiais que compõem os fios de sustentação, vicryl polipropileno, polycaproamide e polidioxanona estão entre eles¹³. Lopandina (2018)⁴ afirma que, apesar de existir outros tipos de fios no mercado, os que se mostram com mais eficácia para rejuvenescimento são os compostos por polidioxanona⁴. Estes são constituídos de uma fibra sintética que pode ser do tipo mono (figura 2), mola (figura 3), gêmeo (figura 4) ou com garra unidirecional (figura 5), bidirecional ou multidirecional. Cada tipo de fio possui suas respectivas indicações¹⁴, estão listadas na tabela 3.

Tabela 3 – Tipos e Indicações dos Fios de PDO.

Tipo	Indicação
Mono	Preenchimento de sucros profundos e rugas
Mola	Melhor resistência em tração de tecidos
Gêmeo	Maior produção de colágeno, melhora o aspecto da pele e reduz rugas
Com Garras	Melhor efeito lifting, maior durabilidade e reduz flacidez e rugas

Fonte: Adaptado do estudo de Silva; Silva (2018)

Tipos de Fio de PDO:

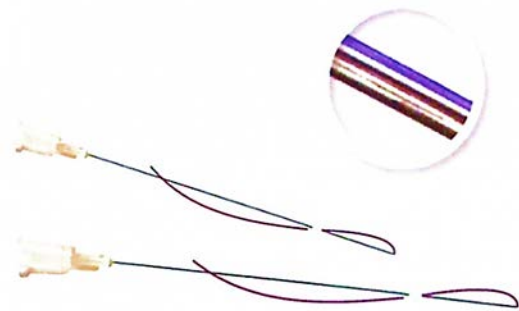


Figura 2 – Fio de PDO do Tipo Mono.

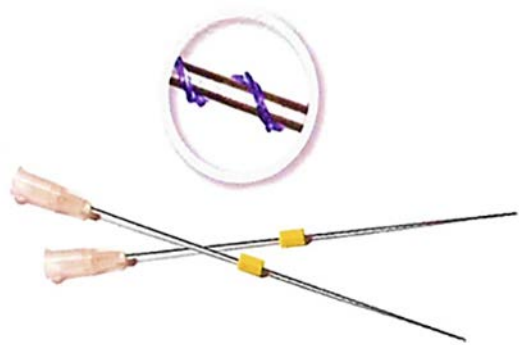


Figura 3 – Fio de PDO do Tipo Mola.



Figura 4 – Fio de PDO do Tipo Gêmeo.

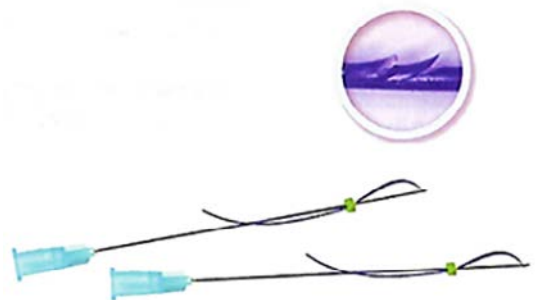


Figura 5 – Fio de PDO Tipo com garras.

Fonte das imagens: <https://www.viaaesthetic.com/produto/fios-i-thread-premium>

O uso dos fios de PDO se estende a outras áreas além do rejuvenescimento facial². Em um estudo realizado no Centro Cardíaco de Chamran no Irã, foi concluído que a sutura de PDO é segura no fechamento esternal de cirurgias cardíacas em pacientes pediátricos¹⁷, o que confirma a segurança do seu uso.

Por se tratar de um polímero absorvível, o fio de PDO é degradado pelo organismo. Zanatti⁵ afirma que, além do efeito lifting, o fio induz a formação de colágeno, permitindo assim o efeito em longo prazo, mesmo após sua absorção⁵. Lopandina⁴ concorda ao relatar que a degradação do fio pode ocorrer entre 180 a 240 dias, mas o efeito lifting dura por volta de 1,5 a 2 anos devido à neocolagênese⁴.

Segundo Kusztra¹⁶ a degradação do fio ocorre através de um processo inflamatório gerado durante sua inserção. Ao inserir o fio na pele através de uma agulha, é gerado um trauma que resulta nessa inflamação, estimulando a produção de um tecido reparador, dessa forma iniciando a construção da neocolagênese. O fio, considerado pelo organismo como um corpo estranho, degrada-se por hidrólise, sendo absorvido e substituído por um tecido cicatricial composto de colágeno¹⁶.

O sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS) é o plano correto para inserção do fio, por ser uma estrutura de suporte que conecta os músculos da expressão facial à pele, sendo utilizado também no lifting facial cirúrgico^{6,12}. Kusztra¹⁶ afirma que é necessário ter bastante atenção no momento da inserção, pois o fio com garras, por exemplo, inserido no tecido gorduroso não vai trazer a sustentação necessária para fazer o movimento de tração na pele¹⁶.

Lopandina⁴ relata que a profundidade de inserção vai depender da idade do paciente e a espessura do fio será escolhida de acordo com a espessura da pele. O uso dos fios de PDO é indicado para pacientes com idade entre 25 e 35 anos com finalidade de prevenir o envelhecimento facial e entre 35 e 75 anos para tratamento do envelhecimento⁴. As contra-indicações citadas por Kusztra¹⁶ são os pacientes com doenças autoimunes, gestantes, portadores de hepatite B ou C, pacientes HIV positivo e obesos, pois apresentam resultados muito modestos. Além disso, pondera o uso dos fios com garras, pois este possui um limite de tração, não podendo ser excedido e não sendo utilizado com a finalidade de esticar a pele, mas sim distribuindo a flacidez de maneira mais adequada¹⁶.

A técnica do lifting facial não cirúrgico possui muitas vantagens. Por se tratar de um procedimento minimamente invasivo, a anestesia é local e o tratamento é realizado em consultório, não sendo necessária internação hospitalar. Além disso, o paciente não precisa de muitas restrições, podendo retornar a maioria das suas atividades normalmente, apenas evitando nos primeiros dias realizar funções como exercícios físicos, banhos muito quentes e massagens no rosto. O tempo de procedimento costuma ser rápido, sendo realizado em torno de 30 a 45 minutos^{5,17}.

E mesmo classificado como seguro e bio-compatível, há possibilidade de complicações no pós-procedimento imediato ou de forma tardia, de acordo com o tempo de aparecimento dos sinais e sintomas⁴. Edema, hemorragia, dor e formigamento estão dentre as complicações pós-procedimento imediato, sendo esperadas pelo profissional como uma resposta do organismo. E

como efeitos tardios, a infecção, translucidez do fio, cicatrizes e migração do fio foram citados, podendo ocorrer por algum erro por parte do profissional ou do paciente, por não seguir as devidas recomendações⁴. Tavares et al.³ e Silva e Silva¹⁴ corroboram ao afirmar que não foram observadas maiores complicações, sendo as complicações menores (hematoma, assimetria facial, equimose, eritema, edema e desconforto) as mais relatadas, porém passageiras^{3,14}. Apesar de ser biodegradável e seguro, tais complicações demandam um diagnóstico rápido e ação imediata para diminuir o desconforto do paciente ou até uma conduta mais agressiva para reduzir os riscos de morbidades ou sequelas antiestéticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de possuir resultados estéticos mais modestos quando comparado ao lifting cirúrgico convencional, a literatura mostra que a utilização dos fios de PDO tem sido efetiva no rejuvenescimento facial. Esses fios podem ser considerados como uma alternativa à ritidoplastia quando bem indicados, considerando-se os diferentes tipos e técnicas, as necessidades e expectativas do paciente. Vale ressaltar que há possíveis efeitos adversos, embora a maioria seja leve e transitório, devendo o profissional estar apto a prevenir, identificar e intervir, visando reduzir ou eliminar as sequelas.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflito de interesse neste estudo.

FINANCIAMENTO

Inexistente.

REFERÊNCIAS

1. Portela DPB, Dutra R. Inovações terapêuticas para rejuvenescimento facial: uma abordagem biomédica. Rev. Eletrônica Biociências, Biotecnologia e Saúde. Curitiba. 2018;23(12):27-38.
2. Bortolozzo F, Bigarella RL. Apresentação do uso de fios de polidioxanona com nós no rejuvenescimento facial não cirúrgico. Braz J Surg Clin Res. 2016;3(16):67-75.
3. Tavares JP, Oliveira CACP, Torres RP, Bahmad Jr. F. Facial thread lifting with suture suspension. Braz J Otorhinolaryngol. 2017;83(6):712-19.
4. Lopandina I. Fios PDO: nova abordagem ao rejuvenescimento da pele. 2. Ed. São Paulo: MultiEditora; 2018. Livro 50p.
5. Papazian MF, Silva LM, Crepaldi AA, Crepaldi MLS, Aguiar AP. Principais aspectos dos preenchedores faciais. Rev. Faiepe. 2018;1(8):101-16.
6. Zanatti DM. Revista Saúde, 2015. Harmonização orofacial: fios de sustentação [acesso em 3 mai 2021]. Disponível em: <http://rsaude.com.br/bauru/materia/harmonizacao-orofacial-fios-de-sustentacao/12278>

7. Silva GA. Harmonização facial com fios de polidioxinona (PDO), toxina botulínica, e ácido hialurônico. 18º Congresso Nacional de Iniciação Científica. Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas - FMU 2018.
8. Barrett DM, Casanueva FJ, Wang TD. Evolution of the rhytidectomy. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2016;1(2):38-44.
9. Montedonio J, Queiroz Filho W, Pousa CET, Paixão MP, Almeida AEF. Fundamentos da ritidoplastia. *Surg Cosmet Dermatol.* 2010;2(4):305-14.
10. Castro CC, Aboudib JHC, Giaquinto MGC, Moreira MBL. Avaliação sobre resultados tardios em ritidoplastia. *Rev Soc Bras Cir Plást Rio de Janeiro.* 2005;20(2):124-6.
11. Flávio Júnior WF, Cló FX. Necrose extensa em face pós-ritidoplastia: relato de caso. *Rev Bras Cir Plást.* 2019;34(2):90-3.
12. Bortolozzo F. A-PDO-Técnica de elevação de sobrancelhas com fios de polidioxanona ancorados - relato de 10 casos. *Braz J Surg Clin Res.* 2017;1(20):76-87.
13. Nunes MSA. Medicina estética facial: Onde a arte e a ciência se conjugam. Covilhã. Dissertação [Mestrado em Medicina] – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior; 2010.
14. Silva LB, Silva LM. Dermossustentação no tratamento do envelhecimento cutâneo. *Anais do V Congresso de ensino, pesquisa e extensão da Universidade Estadual de Goiás.* 2019.
15. Bigdelian H, Sedighi M. Evaluation of Sternal Closure with Absorbable Polydioxanone Sutures in Children. *J Cardiovasc Thorac Res.* 2014;6(1):57-9.
16. Kusztra EJ. Fios de polidioxanona(PDO) na flacidez da face: como usar? *Face Magazine.* [acesso em 30 ago 2019]. Disponível em: <https://facemagazine.com.br/o-uso-de-fios-de-polidioxanona-pdo-na-flacidez-da-face/>

EFICÁCIA DAS MEMBRANAS NÃO ABSORVÍVEIS NA REGENERAÇÃO ÓSSEA GUIADA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

EFFECTIVENESS OF MEMBRANES NON-ABSORBIBLE IN GUIDED BONE REGENERATION: A LITERATURE REVIEW

Tháilson Ramon de Moura Batista¹, Alana Moura Xavier Dantas², Carlos Roberto Braga Dias³, Gilberto Ramos de Souza Junior³, Renata Moura Xavier Dantas⁴

1. Graduando em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus VIII, Araruna – Paraíba – Brasil;
2. Especialista em Prótese Dentária pela Universidade Paulista – UNIP;
3. Implantodontista e Protésista pela Associação Brasileira de Odontologia – Pernambuco (ABO/PE);
4. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela UFBA/HGE/HSA (Obras Sociais Irmã Dulce), Salvador – BA.

Palavras-chave:

Regeneração Óssea; Regeneração Tecidual Guiada; Membranas.

RESUMO

Introdução: As alterações dimensionais do processo alveolar após extração dentária é uma consequência natural e fisiológica indesejável, podendo dificultar a colocação de um implante dentário na posição desejada. Portanto, a Regeneração Óssea Guiada (ROG) tem um papel relevante na prevenção da perda óssea. **Objetivo:** Compreender a eficácia do uso de membranas não absorvíveis na ROG de alvéolos pós extração. **Metodologia:** A pesquisa foi realizada nas bases de dados Pubmed, Scielo e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), além da busca no Google Acadêmico. Não foi aplicado nenhum limite temporal, nem restrição de idioma, como forma de abranger a maioria quantidade de trabalhos sobre o tema. Foram excluídos estudos que se distanciavam do objetivo desta revisão, bem como estudos de casos. **Resultados e discussão:** A ROG se consolida como uma técnica de preservação óssea e o seu princípio se relaciona com a osteopromoção. A fim de melhorar a capacidade de formação de osso, as membranas têm sido utilizadas como barreiras que guiam a cicatrização óssea e auxiliando na preservação do osso alveolar. **Considerações finais:** O uso da membrana não reabsorvível é muito viável e promissor na ROG em alvéolos pós-extração, com evidência em sua vantagem de preservação alveolar significativa.

Keywords:

Bone Regeneration; Guided Tissue Regeneration; Membranes.

ABSTRACT

Introduction: Dimensional changes in the alveolar process after tooth extraction is an undesirable natural and physiological consequence, which may make it difficult to place a dental implant in the desired position. Therefore, Guided Bone Regeneration (ROG) has an important role in preventing bone loss. **Objective:** To understand the effectiveness of the use of non-absorbable membranes in the ROG of extraction sockets. **Methodology:** The research was carried out in the databases Pubmed, Scielo and BVS (Virtual Health Library), in addition to the Google Scholar search. No time limit or language restriction was applied, as a way to cover the majority of works on the topic. Studies that differed from the objective of this review were excluded, as well as case studies. **Results and discussion:** ROG consolidates itself as a bone preservation technique and its principle is related to osteopromotion. In order to improve bone formation capacity, membranes have been used as barriers that guide bone healing and assist in the preservation of alveolar bone. **Final considerations:** The use of the non-resorbable membrane is very feasible and promising in ROG in post-extraction sockets, with evidence of its significant alveolar preservation advantage.

Autor Correspondente:

Tháilson Ramon de Moura Batista
Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII
Rua Antônio Carneiro, 88, Centro
CEP: 58233-000, Araruna – Paraíba – Brasil
Phone/fax: +55 83 99186 7550
E-mail: thalison.rr@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A reabilitação com implantes dentários vem se tornando cada vez mais comum no consultório odontológico. O grande desafio da implantodontia continua sendo a instalação desses em áreas com volume ósseo adequado e arquitetura favorável para instalação de próteses funcionais e esteticamente satisfatórias^{1,2,3}.

Na prática, esta condição raramente ocorre. A reabsorção do rebordo alveolar após a extração dentária é um fenômeno comum, de caráter progressivo e irreversível, causando redução da altura e largura da crista alveolar, principalmente no primeiro ano⁴. Após a exodontia, a largura do rebordo alveolar poderá reduzir em até 50%. A reabsorção é maior no aspecto vestibular do que na superfície lingual/palatina, principalmente em região de molares⁵.

Sabendo-se que durante o processo de cicatrização normal, há perda significativa de osso, este deve ser regenerado antes ou simultaneamente com a colocação do implante para aumentar a crista alveolar reabsorvida ou tratar os defeitos localizados nesta, como deiscência e/ou fenestrações^{2,6,7,8}.

Esses defeitos ósseos são tratados principalmente por meio da Regeneração Óssea Guiada (ROG). A ROG envolve a colocação de barreiras mecânicas para proteger coágulos sanguíneos e isolar o defeito ósseo do tecido conjuntivo, fornecendo assim espaço para os fenômenos da osteoprodução do biomaterial. Diversas técnicas clínicas e uma variedade de biomateriais foram introduzidas ao longo dos anos^{2,6}.

O uso de enxerto ósseo, associado ou não a membrana, leva a resultados positivos previsíveis. Em contrapartida, porém o longo tempo necessário para que esses materiais sejam substituídos por osso maduro, a morbidade adicional da cirurgia e o aumento do custo são consideradas desvantagens nesses procedimentos⁶.

Logo, a utilização de membranas não absorvíveis de forma isolada, vem sendo estudada na ROG, destacando-se pela vantagem de possibilitar a exposição do material ao meio bucal; por permitir uma satisfatória regeneração de tecidos moles e duros, sem alteração do mecanismo natural de regeneração; e principalmente por não haver a necessidade de enxerto ósseo adicional, diminui custo, morbidade e tempo de tratamento^{6,9,10}.

Desta forma, o objetivo do presente estudo é fazer uma revisão de literatura sobre a eficácia do uso de membranas não absorvíveis na ROG de alvéolos pós-extração.

METODOLOGIA

O presente trabalho compreende uma revisão da literatura sobre a eficácia do uso de membranas não absorvíveis na ROG de alvéolos pós extração. Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados Pubmed, Scielo e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), além da busca no Google Acadêmico.

Não foi feita restrição de idiomas na pesquisa, porém só foram incluídos estudos em português, inglês e espanhol; como também não houve restrição cronológica, nem de modalidade de estudo. Sendo selecionados trabalhos do tipo revisão sistemática, ensaios clínicos e trabalhos de conclusão de curso.

Para a estratégia de busca, os termos foram consultados pelo DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), sendo selecionados os termos: Regeneração Óssea, Regeneração Tecidual Guiada e Membranas; seguidos de termos Mesh da PubMed, por apresentar descritores de assunto indexados em sua base de dados.

Essa estratégia de busca não ficou restrita somente aos descritores de assunto. Para torná-la mais sensível, optou-se por englobar também o vocabulário não controlado, que seria a utilização de palavras de texto, sinônimos, siglas, termos relacionados, palavras-chave e variações de grafia. Isto

garantiu uma recuperação de artigos mais antigos, sendo desta forma incluídos os chamados "entry terms", que se encontram dentro da definição do termo MeSH. Estes termos representam sinônimos, indexações prévias ou derivações do assunto, que contribuiu para sensibilização da estratégia.

Os termos seguintes foram escolhidos, e utilizados na estratégia de pesquisa:

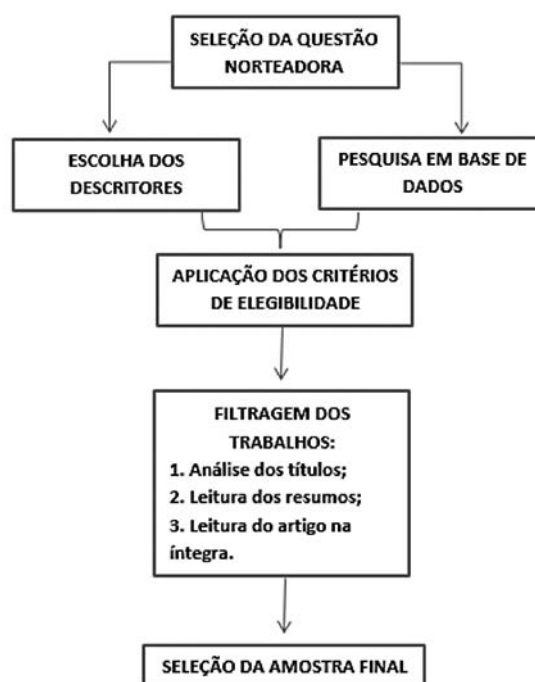
{Assunto: (Alveolar socket OR post- extraction sockets OR extraction sockets OR Socket preservation OR extraction alveolar ridge preservation OR socket after tooth extraction OR Socket healing OR Alveolar ridge preservation [text words])}

AND

{Adjetivo: Guided bone regeneration OR Guided bone regeneration with a barrier OR Non-bioabsorbable membrane OR non-reabsorbable polypropylene-bone membrane OR PTFE membrane OR high-density polytetrafluoroethylene membrane OR polypropylene membrane [text words]}.

Uma busca manual em site de empresa relacionada a membranas não absorvíveis utilizadas na ROG também foi realizada, sendo incluídos trabalhos disponíveis no site: <https://boneheal.com.br/downloads.php>.

Obedecendo aos critérios supracitados, foi realizada a leitura e análise de títulos, seguida dos resumos dos artigos selecionados. Em seguida, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos selecionados para compor a amostra final, assim como está descrito no fluxograma abaixo (Figura 1).



Fonte: Próprios autores, 2020.

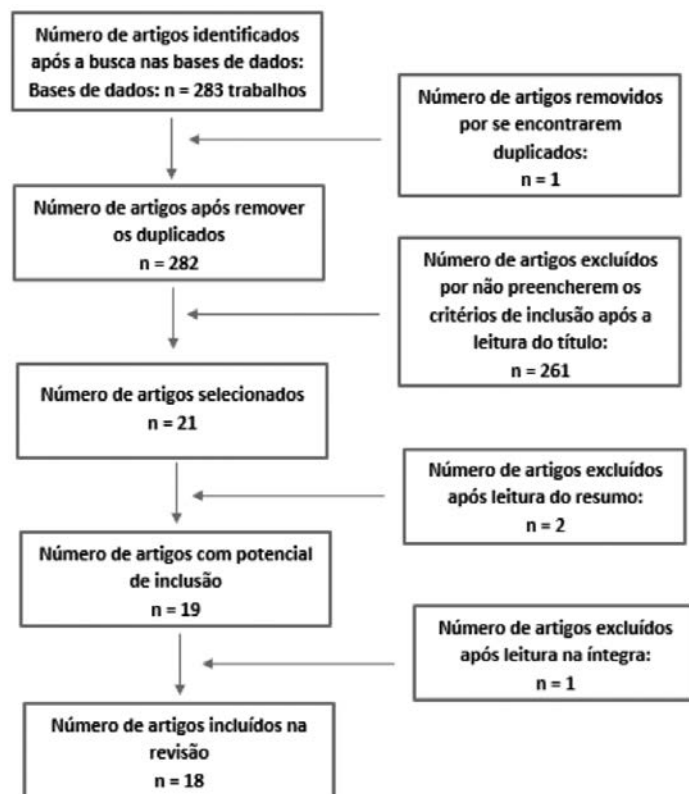
Figura 1 – Fluxograma dos estudos, com delimitação das suas etapas.

RESULTADOS

Ao final da busca, foram encontrados 283 trabalhos. Após a leitura dos títulos e resumos, restaram 18 para leitura na íntegra, os quais permaneceram no trabalho. Foram excluídos estudos que se distanciavam do objetivo desta revisão, bem

como estudos de casos. O processo de seleção da amostra final está caracterizado na Figura 2.

A fim de facilitar a leitura dos estudos selecionados, a Tabela 1 traz o resumo dos estudos incluídos na amostra final, com o respectivo ano de publicação.



Fonte: Próprios autores, 2020.

Figura 2 – Fluxograma das etapas metodológicas, com a respectiva seleção da amostra final.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos encontrados de acordo com os critérios de busca, com os respectivos resumos e ano de publicação.

Título	Resumo	Ano
Hyaluronic acid accelerates bone repair in human dental sockets: a randomized triple-blind clinical trial.	Este estudo avaliou os efeitos do ácido hialurônico (AH) no reparo ósseo de alvéolos dentais humanos. Os alvéolos tratados apresentaram maior porcentagem de formação óssea e valores de dimensão fractal (58,17% e 1,098, respectivamente) em comparação com os controles (48,97% e 1,074, respectivamente) no pós-operatório de 30 dias ($p < 0,05$). Após 90 dias, não houve diferença significativa entre os grupos. O uso de 1% de gel de HA após a extração do dente acelera o reparo ósseo em cavidades dentárias humanas.	2018
Evaluation of a new tricalcium phosphate for guided bone regeneration: an experimental study in the beagle dog.	Este estudo comparou o comportamento in vivo de dois biomateriais, xenoenxerto (Bio-Oss®) e fosfato tricálcico aloplástico (Sil-Oss®), versus um controle (sem biomaterial) em cães Beagle tratados com regeneração óssea guiada (GBR). Após 12 semanas de cicatrização, foram colocados os implantes Straumann (3,3 × 8 mm), realizando defeitos padronizados (3,3 × 6 mm) na face vestibular do osso alveolar. Os defeitos foram tratados cirurgicamente por colocação aleatória de xenoenxerto (Bio-Oss®), fosfato tricálcico aloplástico (Sil-Oss®) ou nenhum biomaterial e coberto com uma membrana de colágeno reabsorvível (BioGide®). Os defeitos tratados com o xenoenxerto apresentaram 51,40% (SD 19,83) de tecido recém-mineralizado, enquanto aqueles tratados com tricálcio aloplástico apresentaram 62,54% (SD 11,54) de tecido recém-mineralizado; o controle apresentou 71,52% (DP 6,46).	2019

continua...

Tabela 1 – Continuação

Título	Resumo	Ano
Efficacy of autogenous teeth for the reconstruction of alveolar ridge deficiencies: a systematic review.	O objetivo desta revisão sistemática foi avaliar criticamente as evidências clínicas existentes sobre a eficácia dos dentes autógenos (AT) para a reconstrução de deficiências do rebordo alveolar. Um protocolo de busca foi desenvolvido para responder à questão em foco: "Em pacientes que apresentam deficiências do rebordo alveolar e precisam de uma restauração retida por implante, qual é a eficácia dos procedimentos reconstrutivos que empregam TA nas mudanças nas dimensões do rebordo em comparação com medidas de controle?". Um total de seis estudos (um randomizado, um não randomizado controlado, dois observacionais, uma série de casos controlados, um retrospectivo) foram identificados. Os estudos limitados disponíveis envolveram amostras de pacientes relativamente pequenas e curtos períodos de acompanhamento, mas apontaram para o potencial do TA para servir como um material alternativo para a reconstrução de deficiências do rebordo alveolar.	2019
A systematic review of post-extraction alveolar hard and soft tissue dimensional changes in humans.	Objetivo: Revisar toda a literatura inglesa para avaliar a magnitude das alterações dimensionais dos tecidos duros e moles da crista alveolar até 12 meses após a extração dentária em humanos. Uma busca eletrônica MEDLINE e CENTRAL complementada pela busca manual foi conduzida para identificar ensaios clínicos controlados randomizados e estudos de coorte prospectivos sobre alterações dimensionais de tecidos moles e duros após a extração dentária. Estudos de reentrada em humanos mostraram perda óssea horizontal de 29-63% e perda óssea vertical de 11-22% após 6 meses após a extração do dente. Esses estudos demonstraram reduções rápidas nos primeiros 3-6 meses que foram seguidas por reduções graduais nas dimensões depois disso.	2012
Alveolar ridge preservation using a non-resorbable membrane: randomized clinical trial with biomolecular analysis.	O objetivo deste ensaio clínico randomizado foi avaliar os tecidos neoformados em alvéolos pós-extração e comparar as alterações dimensionais do rebordo com e sem o uso de membrana densa de politetrafluoroetileno (d-PTFE). Vinte cavidades de extração humana (molares inferiores e pré-molares) receberam uma membrana d-PTFE intencionalmente exposta (grupo de teste) ou nenhum biomaterial (grupo de controle). Clinicamente, os grupos teste e controle apresentaram ganhos médios de gengiva queratinizada de $4,30 \pm 1,20\text{mm}$ e $2,50 \pm 2,20\text{mm}$, respectivamente. Uma redução na largura da crista foi observada nos grupos controle ($2,90 \pm 2,70\text{ mm}$) e teste ($3,30 \pm 2,00\text{ mm}$). A preservação do rebordo com a membrana d-PTFE aumentou a formação de tecido queratinizado. Uma redução na largura e leve redução / ganho na altura do rebordo alveolar foi observada em ambos os grupos. A membrana não teve influência no processo de cicatrização.	2018
Alveolar bone preservation in extraction sockets using non-resorbable dPTFE membranes: a retrospective non-randomized study.	O objetivo deste estudo foi investigar a regeneração clínica de alvéolos de extração usando membranas de politetrafluoroetileno de alta densidade (dPTFE) sem o uso de material de enxerto. Um total de 276 alvéolos de extração foram avaliados em 276 indivíduos (151 homens e 125 mulheres; idade média, 50,2 anos; faixa etária: 24 a 73 anos). Após a extração, os retalhos foram elevados e uma membrana dPTFE foi colocada sobre o local da extração. As medidas foram realizadas após a extração e 12 meses após a cirurgia nas mesmas áreas com o auxílio de um stent e foram definidas como a distância dos pontos de referência ao nível do osso. Uma regeneração significativa do volume dos alvéolos pode ser notada pela avaliação histológica, indicando que o tecido neoformado nos locais de extração era principalmente osso. Nenhuma influência de gênero, fumo, idade ou nível ósseo clínico antes do tratamento foi encontrada na porcentagem de ganho ósseo. O uso de membranas dPTFE previsivelmente levou à preservação de tecidos moles e duros em locais de extração.	2008
Comparison between two bone substitutes for alveolar ridge preservation after tooth extraction: Cone beam computed tomography results of a non-inferiority randomized controlled trial.	O objetivo deste estudo foi testar a não inferioridade do osso mineral bovino desmineralizado (DBBM) em comparação ao DBBM com colágeno a 10% (DBBM-C) para manutenção do volume ósseo após exodontia na região anterior da maxila. Sessenta e seis pacientes foram tratados aleatoriamente com DBBM ou DBBM-C, ambos cobertos com uma matriz de colágeno para preservação do rebordo na região anterior da maxila. A análise tomográfica computadorizada de feixe cônico foi realizada imediatamente e 4 meses após o tratamento. O presente ensaio clínico demonstrou não inferioridade do DBBM em comparação ao DBBM-C para manutenção do volume ósseo alveolar 4 meses após a extração dentária na região anterior da maxila.	2019
Synthetic polymeric barrier membrane associated with blood coagulum, human allograft, or bovine bone substitute for ridge preservation: a randomized, controlled, clinical and histological trial.	O objetivo deste estudo foi avaliar, clínica e histologicamente, a extensão da preservação do osso alveolar por coágulo sanguíneo (BC) e os potenciais benefícios adicionais do material de aloenxerto ósseo (AL) versus o mineral ósseo bovino de última geração (BB), coberto por uma barreira de polietilenoglicol (PEG), em procedimentos de enxerto de alvéolo de extração. Mudanças na altura e largura óssea foram medidas clinicamente e a quantidade de osso formado e partículas residuais de enxerto foram medidas histologicamente após 6 meses. Mudanças na largura da crista em 6 meses foram $-1,5\text{ mm}$ para AL versus $-2,5\text{ mm}$ para BB e $-2,3\text{ mm}$ para BC. A formação de osso novo foi de 47,8%, 33,3% e 28,2% nos locais tratados com BC, AL e BB, respectivamente. O uso de AL com a barreira PEG preservou a largura da crista em 6 meses melhor do que BB ou BC e resultou em quantidades semelhantes de osso histologicamente ao BB.	2019

continua...

Tabela 1 – Continuação

Título	Resumo	Ano
Selective polypropylene membrane: alveolar behavior in post-extraction repair with a view to the future installation of osseointegrated implants.	É apresentado um caso de membrana de polipropileno pós-extração, com perspectivas de futuro implante osseointegrado e reabilitação protética. Após a retirada da membrana, que permaneceu por 10 dias, observou-se manutenção e imobilização do coágulo, mantendo uma espessura relativa da crista alveolar. O uso da membrana de polipropileno, por meio da regeneração óssea guiada e potencialização do fenômeno da osteopromoção, pode ser um importante coadjuvante no tratamento de sítios alveolares pós-extrativos para reabilitação implante-protodôntica. A membrana de polipropileno apresentou previsibilidade, com menor morbidade para o paciente e menores custos para o paciente.	2019
Regeneração óssea guiada (RGO) com uso de membrana não reabsorvível de polipropileno-bone heal em alvéolo pós-exodontia: relato de caso.	O trabalho teve como objetivo avaliar clinicamente e com auxílio de cone beam o processo de reparação óssea em alvéolo pós-exodontia, utilizando membrana não reabsorvível de polipropileno. Através de procedimentos que visam promover regeneração óssea guiada, é possível fisiologicamente manter a espessura e altura do rebordo, embora sejam necessários materiais de enxertos para preencher o alvéolo. A definição de regeneração óssea guiada foi elaborada com o princípio de que certos tecidos se regeneram quando células com esta capacidade povoam o defeito durante o reparo, sendo assim, a exclusão mecânica do tecido mole permite que células osteogênicas estimulem a formação de tecido ósseo. A utilização de membranas de polipropileno na cavidade oral contribui para estabilizar o coágulo e estimular a regeneração dos rebordos alveolares pós-exodontia.	2016
Dimensional changes of the post extraction alveolar ridge, preserved with Leukocyte- and Platelet Rich Fibrin: A clinical pilot study.	Este ensaio clínico explorou as mudanças dimensionais clínicas e radiográficas do rebordo alveolar nos primeiros 4 meses após a extração do dente em combinação com a aplicação de Fibrina Rica em Leucócitos e Plaquetas (L-PRF). Dezoito cavidades maxilares e mandibulares com enraizamento único foram preenchidas com L-PRF sem fechamento de partes moles. As medidas clínicas (sondagem óssea) foram realizadas com um stent acrílico customizado e as medidas radiográficas com a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), imediatamente após a exodontia e após 4 meses. Dentro das limitações deste estudo piloto, pode-se concluir que L-PRF pode apresentar benefícios clínicos para a preservação de crista.	2016
Limitations and options using resorbable versus nonresorbable membranes for successful guided bone regeneration.	O objetivo deste estudo foi resumir o conhecimento sobre os diferentes tipos de membranas disponíveis e atualmente utilizadas em procedimentos de ROG em uma abordagem em etapas ou com a colocação simultânea de implantes. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos publicados em inglês sobre o tema. Um número selecionado de estudos foi escolhido a fim de fornecer uma revisão das principais características, aplicações e resultados dos diferentes tipos de membranas. A complicação mais comum das membranas não reabsorvíveis é a exposição, que tem efeito prejudicial no resultado final com ambos os tipos de membranas. Para procedimentos de aumento ósseo vertical, as membranas mais adequadas são as não reabsorvíveis. Para defeitos de combinação, ambos os tipos resultam em um resultado bem-sucedido.	2017
Regeneração óssea guiada e suas aplicações terapêuticas.	O conceito de Regeneração Óssea Guiada (ROG) propõe que a regeneração de defeitos ósseos é obtida de forma previsível com a utilização barreiras oclusivas. As células não-osteogênicas do tecido mole são excluídas mecanicamente, permitindo que células ósseas oriundas das paredes do defeito proporcionem neoformação óssea. A utilização de membranas, de acordo com o princípio da ROG, pode estar associada ou não a enxertos ou substitutos ósseos. Os diferentes tipos de materiais empregados em membranas ou enxertos possuem características clínicas distintas que podem interferir na promoção óssea. Além disso, o grau de reabsorção óssea apresentado por determinado sítio, na maioria das vezes, define qual técnica deve ser aplicada. Assim, esta revisão buscou apresentar a evolução mais recente da ROG nas suas diferentes aplicações, além dos resultados obtidos pelos diversos biomateriais utilizados.	2011
Evaluation of a dense polytetrafluoroethylene membrane to increase keratinized tissue: a randomized controlled clinical trial.	Este estudo avaliou o aumento da zona de tecido queratinizado utilizando membranas de politetrafluoroetileno (d-PTFE) densas sobre os locais de extração, sem fechamento primário. No grupo teste, observou-se aumento médio da zona de tecido queratinizado de 7,06 ± 2,63 mm e 6,6 ± 2,84 mm em 60 e 90 dias, respectivamente. No grupo controle, observou-se aumento médio de 2,46 ± 1,59 mm e 1,40 ± 1,40 mm em 60 e 90 dias, respectivamente. As membranas de d-PTFE não expandidas podem ser usadas previsivelmente para aumentar a zona de tecido queratinizado na preparação para a colocação do implante.	2014
Nueva técnica de preservación de alveolo dentario. Estudio piloto.	Avaliar a relevância clínica da técnica de preservação de alvéolo com membrana Bone Heal®, em comparação à técnica convencional de preservação de alvéolo, utilizando enxerto ósseo. Um total de 12 alvéolos, pertencentes a pacientes saudáveis não fumantes, foram submetidos à técnica de preservação de alvéolo. A regeneração óssea foi observada em ambos os grupos entre as medidas iniciais e finais, sendo significativa em cada grupo separadamente, mas nenhuma diferença estatisticamente significativa foi obtida na comparação dos grupos. Entre as técnicas de preservação alveolar apresentadas, não há diferenças significativas em 3 meses de observação.	2014

continua...

Tabela 1 – Continuação

Título	Resumo	Ano
Alterations in bone quality after socket preservation with grafting materials: A systematic review.	Esta revisão sistemática teve como objetivo comparar a proporção de osso vital e tecido conjuntivo entre alvéolos enxertados e alvéolos cicatrizados naturalmente. Uma busca eletrônica de cinco bases de dados (de 1965 a novembro de 2011) e uma busca manual de periódicos revisados por pares para artigos relevantes foram realizadas. Ensaios clínicos humanos que compararam componentes histológicos de tecidos moles e duros em alvéolos aumentados e locais naturalmente curados, com pelo menos cinco amostras por grupo, foram incluídos. Com base em um número limitado de estudos comparativos prospectivos, o uso de materiais de enxerto para aumento de alvéolo pode alterar a proporção de osso vital em comparação com alvéolos que podem cicatrizar sem enxerto. Se essas mudanças na qualidade óssea influenciarem o sucesso do implante e a estabilidade do tecido peri-implantar, permanece desconhecido.	2013
Biologic agents for periodontal regeneration and implant site development.	O objetivo desta revisão abrangente foi descrever a origem e o fundamento lógico, as evidências e o entendimento mais atual dos agentes biológicos. Embora esses produtos biológicos tenham se mostrado benéficos em uma variedade de aspectos da regeneração periodontal e procedimentos de aumento ósseo, os princípios básicos da cirurgia, paciente adequado e / ou seleção do local continuam a ser essenciais para resultados clínicos previsíveis.	2015
Bone Quality and Quantity Alterations After Socket Augmentation with rhPDGF-BB or BMPs: A Systematic Review.	O objetivo deste estudo foi analisar sistematicamente o efeito dos fatores de crescimento, particularmente fator de crescimento derivado de plaquetas humano recombinante-BB (rhPDGF-BB) e proteínas morfogenéticas ósseas (BMPs), nas alterações volumétricas e histomorfométricas após aumento do alvéolo em comparação com as tomadas de cura natural. Uma busca eletrônica de quatro bases de dados (1965 a fevereiro de 2017) e uma busca manual de periódicos revisados por pares para artigos relevantes foram realizadas. Esta revisão sistemática revelou que o uso de BMPs no aumento do alvéolo resulta em melhor largura do rebordo em comparação com um alvéolo de cicatrização natural. No entanto, mais estudos são necessários para garantir a eficácia ao usar rhPDGF-BB em procedimentos de aumento de alvéolo.	2018

Fonte: Próprios autores, 2020.

DISCUSSÃO

É bem aceito que cerca de 40% da altura alveolar e 60% da largura alveolar pode ser perdida nos primeiros 6 meses após a extração⁶. Nesse mesmo sentido, a redução do osso alveolar em sua dimensão horizontal é de aproximadamente 50% após um ano da extração. É por esse motivo que cirurgias para ganho ósseo podem ser necessárias para a adequada reabilitação oral desses pacientes¹.

O ideal é que se tenha um volume adequado de osso alveolar, que se aproxime de suas dimensões originais, para proporcionar sucesso em longo prazo e estética favorável no tratamento com implantes dentários. A preservação das dimensões vertical e horizontal do rebordo alveolar pós-exodontia é extremamente importante para a diminuição da morbidade para o paciente. Assim, diversos tratamentos já foram propostos para reduzir alterações ósseas estruturais, como a utilização de biomateriais e/ou uso de membranas^{3,4,8,10,11}.

A ROG, nessa conjuntura, se consolida como uma técnica de preservação óssea e o seu princípio se relaciona com a osteopromoção, consistindo na utilização de uma barreira física, que tem por finalidade isolar a área a ser regenerada. Dessa forma, permite que haja a formação, organização e transformação de coágulo sanguíneo em tecido de granulação, que posteriormente será substituído por tecido ósseo^{6,9}.

Os defensores da ROG acreditam que é possível manter as dimensões ósseas, ou reduzir a gravidade dos

defeitos causados nos tecidos ósseos após uma exodontia, graças ao uso de membranas, que atuam como verdadeiras barreiras, evitando e/ou controlando o infiltrado de células no tecido mole, favorecendo a proliferação de células ósseas no interior do alvéolo. O uso dessas barreiras para a retenção do coágulo auxilia na ROG; entretanto, em geral faz-se necessário a adição de material de enxertos para preencher o alvéolo, e contribuir no processo de regeneração^{3,9}.

Com a finalidade de melhorar a capacidade de formação de osso e impedir a migração de células a partir de outros tecidos – que limitam a capacidade de regeneração do osso –, as membranas têm sido utilizadas como barreiras que guiam a cicatrização óssea, ajudando a manter espaço para a regeneração do osso alveolar. O principal papel dessas membranas é criar e manter o espaço no qual as células osteogênicas estão livres para migrar, uma vez que exclui as células epiteliais e do tecido conjuntivo da área da ferida a ser regenerada¹².

Membranas dos mais variados tipos de materiais têm sido empregadas na técnica de regeneração óssea guiada. Todas elas devem apresentar características para seu uso ideal: serem fáceis de cortar, moldar, e adaptar; ter resistência mecânica compatível com cargas aplicadas; maleabilidade; baixo custo; evitar recursos adicionais e incisões relaxantes desnecessárias; possível exposição ao meio bucal sem promover infecção; e ser de fácil remoção, sem o uso de brocas ou instrumentos de perfuração. Além disso, não devem promover reações que possam afetar o resultado da ROG, durante seu processo de reabsorção ou biodegradação^{9,10,12}.

Na odontologia, basicamente estão disponíveis no mercado dois tipos de membrana para ROG: as reabsorvíveis e as não reabsorvíveis. As primeiras apresentam a vantagem de eliminar o segundo tempo cirúrgico para remoção da mesma, com baixo índice de complicações, todavia, o tempo para degradação de diferentes materiais variam, e as vezes comprometem a cicatrização e regeneração¹³.

Por outro lado, as membranas não-reabsorvíveis usadas na ROG incluem politetrafluoroetileno denso (d-PTFE), malha de titânio, e politetrafluoroetileno reforçado com titânio¹². O prolipropileno vem sendo utilizado e estudado, sendo considerado um material biocompatível, não absorvível, que permite satisfatória ROG. Nas ciências odontológicas, há uma escassez de estudos com o uso de barreiras de prolipropileno expostas ao meio bucal, porém os poucos mostram o sucesso da sua utilização^{9,10}.

Apesar dos benefícios associados às membranas não-reabsorvíveis, sua utilização requer a realização de um segundo tempo cirúrgico para removê-la, o que gera desconforto e risco de alterar os tecidos neoformados. E ainda, a ocorrência frequente de complicações pós-operatórias e a exposição da membrana em alguns casos limita a sua utilização clínica¹³.

As membranas não-reabsorvíveis possibilitam a preservação da largura e da altura do cume alveolar, logo o resultado do tratamento é limitado pela arquitetura das paredes ósseas remanescentes. Acredita-se que o osso recém-formado segue o esquema de formação óssea de acordo com as paredes pré-existent, não as excedendo. A exceção está nos defeitos verticais da parede vestibular. Nos casos em que esses defeitos são inteiramente limitados à parede vestibular, a altura das margens ósseas proximais parece ser o fator determinante para garantir a regeneração possível sem um procedimento cirúrgico adicional. Apenas o uso de enxertos em bloco ou enxertos particulados juntamente com parafusos tipo tenda, e membranas ou malha de titânio, levam a ganhos significativos na altura do osso⁶.

As membranas de d-PTFE (membrana densa de politetrafluoroetileno), com porosidade <0,2 mm, resistem à incorporação bacteriana em sua estrutura e podem ficar expostas na cavidade bucal com baixo risco de infecção, apresentando bons resultados clínicos e histológicos para formação de gengiva queratinizada e ausência de inflamação⁵. Além disso, devido à superfície comparativamente lisa, as membranas de d-PTFE podem geralmente ser removidas sem um procedimento cirúrgico adicional⁶.

Barboza et al.¹⁴ utilizaram, em seu ensaio clínico randomizado, membranas de d-PTFE intencionalmente expostas, e mostraram um ganho médio de tecido queratinizado de $6,60 \pm 2,84$ mm em 90 dias, comparado a um ganho de $1,40 \text{ mm} \pm 1,40$ mm em locais de controle onde nenhuma membrana foi usada. E concluíram que as membranas de d-PTFE podem ser usadas, previsivelmente, para aumentar a zona de tecido queratinizado em preparação para a colocação de implantes.

Ainda no que diz respeito às membranas de d-PTFE, Mandarino et al.⁵ compararam as mudanças dimensionais da

crista alveolar pós-extração, com e sem o uso de uma membrana densa de politetrafluoroetileno (d-PTFE). No estudo, o grupo controle não recebia nenhum biomaterial. Após 4 meses, durante a preparação para a colocação do implante, os tecidos ósseo e gengival foram coletados para análise histológica e biomolecular. Clinicamente, os grupos teste e controle apresentaram ganhos médios de gengiva queratinizada de $4,30 \text{ mm} \pm 1,20$ mm e $2,50 \text{ mm} \pm 2,20$ mm, respectivamente. Uma redução na largura da crista foi observada nos grupos controle ($2,90 \pm 2,70$ mm) e teste ($3,30 \pm 2,00$ mm). A alteração da altura óssea variou de uma redução de 0,12 a 1,60 mm para um ganho de 0,60 a 3,60 mm em média para ambos os grupos. A análise da expressão gênica em fibroblastos gengivais e osteoblastos não revelou diferença entre os dois grupos. A preservação do rebordo utilizando a membrana de PTFE-d aumentou a formação de tecido queratinizado.

Recentemente, as membranas de polipropileno estão sendo bem indicadas na estabilização do coágulo e regeneração do rebordo alveolar pós-exodontia¹⁰. Esta barreira mantém o potencial do coágulo dentro do alvéolo de modo a contribuir com a ROG sem a necessidade de usar biomateriais granulares adicionais; permite sua exposição intencional ao meio bucal; não demanda instrumentos e/ou acessórios complementares para manuseio e fixação da barreira; não exige a necessidade de hidratação prévia, pois é dimensionalmente estável durante o período de permanência no sítio cirúrgico; pode ser removido entre 7 e 14 dias, sem aderência ao tecido cicatricial; sua superfície interna promove adsorção de osteoblastos e células precursoras; por apresentar superfície lisa dificulta o acúmulo de biofilme; e permite a regeneração simultânea de tecido ósseo e gengival inserido, além do seu baixo custo e fácil manuseio⁹.

Toledo¹⁵, em seu estudo piloto, avaliou a relevância clínica da técnica de preservação alveolar com a membrana Bone Heal[®]. Um total de 12 alvéolos foram randomizados em dois grupos, sendo o primeiro grupo preservado através de uma membrana de polipropileno, e no outro foi colocado um aloenxerto ósseo. A regeneração óssea foi observada em ambos os grupos entre as medidas inicial e final, sendo significativa em cada grupo separadamente, mas não houve diferença estatisticamente significativa quando comparados os grupos. Desta forma, dentro das técnicas de preservação alveolar apresentadas não houve diferenças significativas aos 3 meses de observação, havendo relevância clínica no uso da membrana Bone Heal[®] em relação ao aloenxerto ósseo, sobretudo em relação aos custos do procedimento.

Os procedimentos de preservação de volume ósseo alveolar frequentemente envolvem o uso de materiais de enxertia para influenciar o repovoamento celular e tecidual. O grau de alterações na qualidade óssea depende muito da taxa de renovação do material de enxerto e sua capacidade de induzir nova formação óssea^{16,17,18}.

Em geral, a adição de enxertos nos locais após a remoção de um elemento dentário vincula a necessidade adicional da utilização de membranas, sendo as mais comumente utilizadas as de colágeno, PTFE ou matriz dérmica acelular¹³.

Santana et al.⁸ avaliaram, clinicamente e histologicamente, a extensão da preservação óssea alveolar pelo coágulo sanguíneo e os potenciais benefícios adicionais do aloenxerto ósseo e do osso bovino, em todos os casos cobertos por uma barreira de polietilenoglicol. Um total de 45 alvéolos de 32 pacientes adultos foram tratados. Alterações na largura do rebordo aos 6 meses foram de 1,5 mm para alvéolo com osso alógeno (AAL), 2,5 mm para alvéolo preenchido com osso bovino (AOB) e 2,3 mm para os preenchidos coágulo (AC). A neoformação óssea foi de 47,8%, 33,3% e 28,2% nos locais tratados com AC, AAL e AOB, respectivamente. Desta forma, o uso do osso alógeno associado à membrana apresentou melhores resultados de preservação de largura alveolar, e histologicamente apresentaram resultados semelhantes de quantidade óssea em relação ao osso bovino.

Atualmente, com os progressos reais da biotecnologia, a ROG em alvéolos pós-extração vem sendo realizada através de novos métodos biologicamente ativos, desenvolvidos para superar as desvantagens de materiais não vitais e dos enxertos. Nesse contexto, destacam-se os concentrados de plaquetas de primeira e segunda geração. Mas, o efeito clínico do L-PRF (fibrina rica em plaquetas e leucócitos) na manutenção do volume alveolar ainda não foi claramente estabelecido¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso da membrana não reabsorvível é muito viável e promissor na ROG em alvéolos pós-extração. Dentre as membranas mais utilizadas, a efetividade das membranas de d-PTFE na preservação da crista alveolar vem sendo comprovada, porém, as membranas de polipropileno necessitam de mais estudos para garantir suas vantagens na prática clínica. As telas de titânio, por sua vez, são melhores recomendadas nas ROG após cicatrização do osso alveolar.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

O artigo não recebeu financiamento para sua realização.

REFERÊNCIAS

1. Alcântara CEP, Castro MAA, Noronha MS, Martins-Junior PA, Mendes RM, Caliari MV, et al. Hyaluronic acid accelerates bone repair in human dental sockets: a randomized triple-blind clinical trial. *Braz. Oral Res.* 2018;32:e84.
2. Pérez-Sayáns M, Lorenzo-Pouso AI, Galindo-Moreno P, Muñoz-Guzón F, González-Cantalapiedra A, López-Peña M, et al. Evaluation of a new tricalcium phosphate for guided bone regeneration: an experimental study in the beagle dog. *Odontology.* 2019;107(2):209-218.
3. Ramanauskaitė A, Sahin D, Sader R, Becker J, Schwarz F. Efficacy of autogenous teeth for the reconstruction of alveolar ridge deficiencies: a systematic review. *Clinical Oral Investigations.* 2019;23(12):4263-87.
4. Tan WL, Wong TLT, Wong MCM, Lang NP. A systematic review of post-extraction alveolar hard and soft tissue dimensional changes in humans. *Clinical Oral Implants Research.* 2012;23(5):1-21.
5. Mandarin D, Luz D, Moraschini V, Rodrigues DM, Barboza EDSP. Alveolar ridge preservation using a non-resorbable membrane: randomized clinical trial with biomolecular analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2018;47(11):1465-73.
6. Hoffmann O, Bartee BK, Beaumont C, Kasaj A, Deli G, Zafropoulos GG. Alveolar bone preservation in extraction sockets using non-resorbable dPTFE membranes: a retrospective non-randomized study. *J Periodontol.* 2008;79(8):1355-69.
7. Llanos AH, Sapata VM, Jung RE, Hämmerle CH, Thoma DS, César Neto JB, et al. Comparison between two bone substitutes for alveolar ridge preservation after tooth extraction: Cone beam computed tomography results of a non-inferiority randomized controlled trial. *J Clin Periodontol.* 2019;4(3):373-81.
8. Santana R, Gyurko R, Kanasi E, Xu WP, Dibart S. Synthetic polymeric barrier membrane associated with blood coagulum, human allograft, or bovine bone substitute for ridge preservation: a randomized, controlled, clinical and histological trial. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2019;48(5):675-83.
9. Pedron IG, Bispo LB, Salomão M. Selective polypropylene membrane: alveolar behavior in post-extraction repair with a view to the future installation of osseointegrated implants. *Italian Journal of Dental Medicine.* 2018;3(2).
10. Pereira SP, Oliveira Junior NG, Vieira FLD, Rodrigues CRT, Vieira AF, Elias WC. Regeneração óssea guiada (RGO) com uso de membrana não reabsorvível de polipropileno-bone heal em alvéolo pós-exodontia: relato de caso. *Full Dent. Sci.* 2016;28(7):42-8.
11. Anwandter A, Bohmann S, Nally M, Castro AB, Quiryren M, Pinto N. Dimensional changes of the post extraction alveolar ridge, preserved with Leukocyte- and Platelet Rich Fibrin: A clinical pilot study. *J. Dent.* 2016;52:23-9.
12. Soldatos NK, Stylianou P, Koidou VP, Angelov N, Yukna R, Romanos GE. Limitations and options using resorbable versus nonresorbable membranes for successful guided bone regeneration. *Quintessence Int.* 2017;48(2):131-47.
13. Ayub LG, Grisi MFM, Júnior ABN, Júnior MT, Palioto DB, Souza SLS. Regeneração óssea guiada e suas aplicações terapêuticas. *Braz J Periodontol.* 2011;21(4).
14. Barboza EP, Stutz B, Mandarin D, Rodrigues DM, Ferreira VF. Evaluation of a dense polytetrafluoroethylene membrane to increase keratinized tissue: a randomized controlled clinical trial. *Implant Dent.* 2014;23:289-94.

15. Toledo VR. Nueva técnica de preservación de alveolo dentario. Estudio piloto [monografía]. Santiago: Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo; 2014.
16. Chan HL, Lin GH, Fu JH, Wang HL. Alterations in bone quality after socket preservation with grafting materials: A systematic review. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2013;28:710-20.
17. Suárez-López DAF, Monje A, Padial-Molina M, Tang Z, Wang HL. Biologic agents for periodontal regeneration and implant site development. *Biomed Res Int.* 2015;2015:957518.
18. Yao W, Shah B, Chan HL, Wang HL, Lin GH. Bone Quality and Quantity Alterations After Socket Augmentation with rhPDGF-BB or BMPs: A Systematic Review. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2018;33:1255-65.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E OPÇÕES TERAPÊUTICAS DO LÍQUEN PLANO ORAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

CLINICAL MANIFESTATIONS AND THERAPEUTIC OPTIONS OF ORAL LICHEN PLANUS: A LITERATURE REVIEW

Andreina Da Silva Miranda¹, Isabella Cabral Dos Santos¹, Witória Mikellen Gomes Da Conceição¹, Hellen Bandeira de Pontes Santos²

1. Graduanda do curso de Odontologia das Faculdades Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

2. Professora Doutora do curso de Odontologia das Faculdades Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Palavras-chave:

Líquen plano; Estomatologia; Cavidade oral.

RESUMO

O Líquen plano oral (LPO) é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por uma resposta imune com agressão ao epitélio de revestimento, principalmente na camada basal. Por tratar-se de uma doença de etiopatogenia complexa, o LPO é comumente tratado com agentes anti-inflamatórios e corticosteroides tópicos, que buscam atenuar sinais e sintomas. Diante do exposto, este trabalho objetivou realizar uma revisão de literatura sobre o LPO, suas manifestações clínicas e opções terapêuticas. Foi realizada a busca eletrônica de publicações nas bases de dados Google Scholar, Pubmed e SciELO, utilizando os seguintes descritores: "líquen plano", "cavidade oral" e "estomatologia", e o operador booleano "AND". Em seguida, foi realizada análise a partir da leitura criteriosa dos artigos, realizou-se então a seleção de 60 trabalhos. Após o emprego dos critérios de elegibilidade, 29 artigos foram selecionados para o presente estudo. Os estudos demonstraram que o LPO possui etiologia indeterminada, tornando importante um amplo conhecimento de suas manifestações clínicas para melhor diagnóstico. Além dos corticosteroides, novas modalidades terapêuticas têm sido sugeridas e trazido bons resultados, como a laserterapia de baixa potência. Ademais, é importante para o cirurgião-dentista reconhecer suas diversas opções terapêuticas a fim de diminuir o agravo das lesões orais, visto que, a depender do quadro imunológico do paciente, poderão ocorrer remissões espontâneas.

Keywords:

Lichen planus; Stomatology; Oral cavity.

ABSTRACT

Oral lichen planus (OLP) is a chronic inflammatory disease, characterized by an immune response with aggression to the lining epithelium, mainly in the basal layer. Since it is a disease of complex etiopathogenesis, OLP is commonly treated with anti-inflammatory agents and topical corticosteroids, which seek to decrease signs and symptoms. Thus, this study performed a literature review about OLP, its clinical manifestations and therapeutic options. The electronic search for publications in the Google Scholar, Pubmed and SciELO databases was performed, using the following descriptors: "lichen planus", "oral cavity" and "stomatology", and the Boolean operator "AND". Then, an analysis was performed based on the careful reading of the articles, and then 60 articles were selected. After using the eligibility criteria, 29 articles were selected for the present study. Studies have shown that OLP has an undetermined etiology, making it important to have a broad knowledge of its clinical manifestations for a better diagnosis. In addition to corticosteroids, new therapeutic modalities have been suggested and brought good results, such as low-level laser therapy. In addition, it is important for the dentists to recognize their various therapeutic options to reduce the worsening of oral lesions, since, depending on the patient's immune status, spontaneous remissions may occur.

Autor Correspondente:

Hellen Bandeira de Pontes Santos
 Telefone/Fax: +55 (83) 2106-4777
 Endereço: Avenida Frei Galvão, n 12, Gramame - João Pessoa/PB.
 CEP: 58067-695

INTRODUÇÃO

O líquen plano (LP) é uma doença imunologicamente mediada desencadeada pela ação dos linfócitos T, em que há uma resposta imune com agressão ao epitélio de revestimento, principalmente na camada basal¹. Esta condição apresenta etiologia ainda não totalmente determinada²,

podendo acometer diversas regiões anatômicas, como a cavidade oral, genitália, couro cabeludo, glândula do pênis, e conjuntiva³. Esta condição possui forte predileção pelo sexo feminino, acometendo duas vezes mais as mulheres em relação aos homens⁴, ocorrendo preferencialmente em pacientes acima de 40 anos de idade⁵. Questiona-se ainda, que o aumento no número de casos de LP esteja associado

a uma maior prevalência de doenças como diabetes tipo I e a hepatite C na população geral⁴.

Na cavidade oral, o LP afeta principalmente a mucosa jugal, língua e gengiva apresentando comumente múltiplas lesões bilaterais simétricas. Esta condição apresenta diferentes variantes clínicas: reticular, papular, placa, erosivo/atrófico, ulcerativo e bolhoso. Sendo as formas reticular, papular e erosivas as mais comuns. Sintomas como prurido, queimação e sensação dolorosa estão particularmente presentes no tipo erosivo/atrófico⁵.

O diagnóstico do líquen plano oral (LP) comumente deve ser feito por meio de exame clínico e histológico⁶. Por sua vez, em lesões reticulares clássicas, é possível realizar o diagnóstico com base somente na aparência clínica⁶. As apresentações clínicas desta condição variam muito, podendo, em alguns casos, apresentar um início silencioso e passar despercebido ao exame⁶.

Vale ressaltar que, lesões erosivas persistentes ou aquelas que não cicatrizam, apresentam possibilidade de transformação maligna em carcinoma de células escamosas⁷.

Diante do exposto, o presente artigo objetivou realizar uma revisão de literatura sobre o LPO, suas manifestações clínicas e opções terapêuticas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica desenvolvida a partir da análise criteriosa de artigos, que foram lidos, selecionados e interpretados a partir da busca eletrônica de publicações nas bases de dados Google Scholar e SciELO utilizando-se as seguintes palavras-chave, "Líquen plano", "Estomatologia" e "Cavidade oral", usando o operador booleano "AND". Foram adotados como critérios de inclusão dos estudos: a) artigo sobre líquen plano oral, que tratasse sobre os aspectos clínicos e terapêuticos, b) artigo divulgado no período de janeiro de 2010 a maio de 2020. Foram excluídos artigos que não estivessem nas línguas portuguesa, espanhola ou inglesa. Segundo os critérios de inclusão e exclusão, realizou-se então a seleção de 60 trabalhos. Após análise, 31 foram excluídos e, ao final, 29 artigos foram selecionados para o presente estudo.

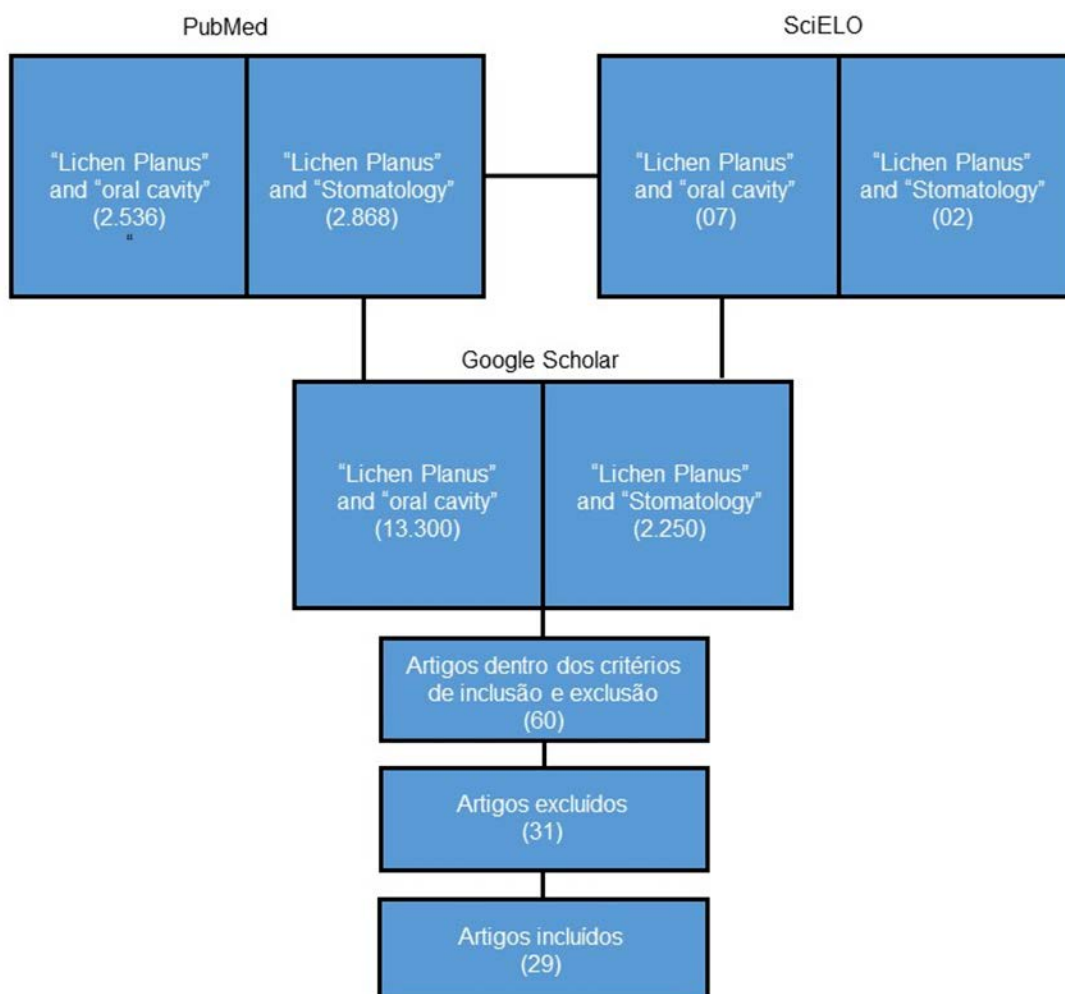


Figura 1 – Fluxograma do processo de busca e seleção de artigos.

REVISÃO DE LITERATURA

Aspectos relacionados à etiologia do Líquen plano oral

O LPO é uma condição inflamatória de etiologia desconhecida, mediada principalmente por linfócitos T citotóxicos que induzem a apoptose de células epiteliais, conduzindo a uma inflamação crônica, comum em pessoas geneticamente predispostas e ligada à presença de diferentes antígenos de histocompatibilidade⁸.

Quando comparado aos homens, as mulheres acima de 50 anos são mais acometidas pelo LPO, pois estas são mais propensas aos fatores predisponentes desta condição, como, doenças imunologicamente mediadas e estresse emocional¹.

As causas que iniciam e/ou perpetuam o LPO (com ou sem lesões de pele) são em sua maioria desconhecidas⁹. No entanto, a grande maioria das manifestações na cavidade oral estão ligadas ao fenômeno de Koebner em que a ocorrência da lesão está associada a fatores locais irritantes como bordas cortantes de restaurações ou dentes, produtos de bactérias do biofilme e cálculo dentário, dentre outros¹.

Sua denominação e descrição foram apresentadas pelo médico inglês Erasmus Wilson em 1866. Além de tudo, ele orientou que sua etiologia poderia ser resultante de “tensões nervosas”. Louis-Frédéric Wickham adicionou à definição da lesão, “*stries et punctuations grisatres*” (estrias e pontos acinzentados), nominados, posteriormente, estrias de Wickham, em 1895⁶.

Aspectos clínicos do Líquen plano oral

As lesões de LPO são quase sempre bilaterais e simétricas, de forma que, lesões unilaterais são raras e atípicas. Os locais mais acometidos são: mucosa jugal, gengiva, dorso da língua, mucosa labial e vermelhão do lábio¹⁰. Sendo a mucosa da gengiva livre e inserida acometida com frequência, exibindo descamação epitelial, eritema, erosões e/ou lesões vesículo-bolhosas, produzindo, assim, um padrão de reação chamado gengivite descamativa crônica¹¹.

O LPO pode adotar diferentes formas clínicas, que podem se apresentar sozinhas ou combinadas. Cada uma delas tem características específicas e suas manifestações geralmente persistem por anos, alternando entre períodos de latência e períodos de exacerbação¹². Estas lesões orais podem ser bolhosas, em placa, papular, reticular, erosiva/ulcerativa ou atrófica, sendo as formas atrófica e erosiva/ulcerativa, as mais apontadas como lesões com maior potencial de transformação maligna². As diferentes formas podem se apresentar simultaneamente e a morfologia clínica predominante pode mudar ao longo do tempo em um mesmo doente¹⁰.

Segundo González et al.⁸, dos vários subtipos clínicos o bolhoso é o de mais rara aparição na boca. Sendo visto como pequenas vesículas ou bolhas que variam em tamanho de alguns milímetros a vários centímetros de diâmetro¹³ muitas vezes são acompanhados de sensação de queimação e dor. As bolhas são resultado da liquefação e vacuolização da camada epitelial basal e é comumente observada na mucosa bucal⁸.

Quando aumentam de tamanho tendem à ruptura, gerando áreas com erosão superficial e com a periferia circundada por estrias finas e queratinizadas⁶.

A variante em forma de placa apresenta irregularidades esbranquiçadas e homogêneas que se assemelham à leucoplasia, ocorrendo, principalmente no dorso da língua e na mucosa jugal¹⁴. Já o LPO papular, é caracterizado por uma pápula violácea brilhante, plana, achatada, muito pruriginosa, que comumente acomete a pele, rodeadas perifericamente por finas estrias de Wickham, finos pontos esbranquiçados ou linhas rendadas, podendo ser vistos na superfície de pápulas bem desenvolvidas, semelhantemente ao LP cutâneo extragenital¹⁵.

A forma reticular é a mais comum na cavidade oral, caracterizada pela presença de linhas brancas entrelaçadas (estrias de Wickham) que acometem a mucosa jugal posterior bilateralmente, geralmente cercadas por uma borda eritematosa⁶. Esta alteração na mucosa normalmente é assintomática e costuma ser a única manifestação da forma reticular do LPO, apresentando-se em localizações como o dorso e borda lateral da língua, gengiva e palato^{6,16}, podendo, no entanto, não ser evidente em alguns locais, como o dorso da língua, onde as lesões geralmente se apresentam como placas leucoplásicas¹⁶.

O subtipo erosivo/ulcerativo é mais significativo, pois apresenta lesões sintomáticas. Clinicamente, observa-se ulceração irregular central coberta ou não por placa de fibrina ou pseudomembrana. A lesão costuma ser circundada por finas estrias radiantes queratinizadas ou rendilhadas⁶. O potencial de malignidade do líquen plano, particularmente na forma erosiva, ainda não está resolvida. As evidências mais concretas do potencial maligno são observadas em estudos de acompanhamento a longo prazo e incidência retrospectiva dos pacientes; no entanto, o assunto ainda permanece muito controverso⁶.

A forma de LPO denominada atrófico/eritematoso caracteriza-se pela presença de lesões vermelhas difusas e pode se assemelhar à combinação de duas formas clínicas, como a presença de estrias brancas características do tipo reticular cercada por uma área eritematosa¹⁴. Essas lesões resultam em diferentes graus de desconforto e quase nunca sofrem remissão espontânea, podendo levar a confusão com outras doenças vesículo-bolhosas, que compartilham características clínicas semelhantes¹⁷.

As lesões consideradas atróficas e erosivas afetam a gengiva e, normalmente, apresentam um quadro clínico padrão conhecido como “gengivite descamativa crônica” (GDC). No entanto, GDC é um processo não específico que pode aparecer em outras doenças mucocutâneas, alguns dos quais são muito relevantes, como penfigoide das membranas mucosas e pênfigo vulgar¹². Estes, por sua vez, ocorrem como lesões eritematosas e não são associados a nenhuma estria branca. Isso pode ajudar na clínica durante o diagnóstico diferencial com as formas erosivas e atróficas de LPO, que geralmente mostram forma reticular concomitante¹⁸.

O diagnóstico do LPO é feito, normalmente, por meio do exame clínico e histológico. No entanto, em lesões

clássicas (estrias brancas bilaterais em mucosa jugal), é possível realizar o diagnóstico com base, apenas, na aparência clínica⁶.

O diagnóstico diferencial é realizado levando em consideração às características clínicas: se é reticular, incluir a candidíase hipertrófica crônica, as queimaduras químicas, a leucoplasia, a hiperqueratose, o lúpus eritematoso e nevo esponjoso branco; se o padrão é atrófico ou erosivo, deve-se diferenciar do pêfigo vulgar, penfigoide benigno mucoso, eritroplasia ou eritroleucoplasia, tornando necessária a realização de uma biópsia e estudo histopatológico para o diagnóstico definitivo¹⁹.

Por vezes, há a necessidade da realização de exames complementares, entre eles, o mais importante é a imunofluorescência direta, que auxilia nos casos difíceis de lesões bolhosas de LPO que podem se assemelhar a outras doenças^{6,19}.

A complicação mais importante desta doença é sua discutida e controversa transformação maligna. O principal problema dos estudos que avaliam o potencial para transformação maligna de LP é a falta de critérios universais e específicos para o diagnóstico da doença. A maioria dos casos de transformação maligna descrita na literatura exibiu graus variáveis de atipia epitelial no momento do diagnóstico inicial e, portanto, deve ser diagnosticado como uma entidade histopatológica distinta, ou seja, displasia liquenóide. O próprio processo inflamatório originado do tabaco e álcool pode causar alterações celulares semelhantes às encontradas nas células epiteliais displásicas, podendo dificultar a diferenciação da displasia liquenóide. O diagnóstico de LPO deve ser baseado em critérios bem definidos, tendo em vista as dificuldades discutidas²⁰.

Possibilidades terapêuticas

A primeira etapa a ser estabelecida para o tratamento é a eliminação de fatores traumáticos próximos à lesão, tais como, restaurações em excesso ou metálicas, superfícies ásperas ou próteses mal adaptadas. Um histórico do uso de drogas/ medicamentos deve ser obtido para identificar as causas das reações liquenoides, pois a remoção do agente ofensivo, quando possível, pode ajudar na regressão da lesão. Um programa de higiene bucal ideal deve ser instituído em pacientes com doença gengival¹⁷.

Corticoesteroides tópicos e sistêmicos formam o pilar da terapia para controlar sinais e sintomas do LPO¹³, pois modulam a resposta inflamatória e imunológica⁴. O tempo e a dosagem são determinados pelo estado do paciente, gravidade de doença e respostas de tratamentos anteriores¹³.

Dentre os corticosteroides tópicos de média ou elevada potência mais utilizados estão: triancinolona acetona, fluocinolona acetona, dipropionato de betametasona e mais recentemente, os corticosteroides halogenados como o clobetasol. A maior desvantagem no uso de corticosteroides tópicos é a sua falta de adesão a mucosa por um período suficiente de tempo¹⁸.

Os corticosteroides sistêmicos são, portanto, geralmente reservados para casos em que abordagens com

corticoides tópicos falharam ou para casos generalizados quando a pele, esôfago ou couro cabeludo também estão envolvidos¹⁷.

Em alguns casos, a adição de antifúngicos ao tratamento potencializa os resultados clínicos. Pois, o uso por período extenso de esteroides tópicos pode levar à evolução de candidíase secundária que requer terapia antifúngica¹⁸. Nesse caso, o antifúngico é substituído principalmente com corticosteroides para prevenir ou tratar a infecção por cândida²¹.

A laserterapia de baixa potência também pode ser utilizada como terapia alternativa, no caso de pacientes que não respondem a corticosteroides tópicos, agindo como paliativo da dor¹⁸. Embora, ressalta-se a necessidade de mais estudos a fim de assegurar a segurança e o protocolo ideal no uso do laser de baixa potência nesses pacientes.

DISCUSSÃO

O LPO é uma doença inflamatória crônica imunologicamente mediada²², cuja etiologia é indeterminada e existem várias razões pelas quais uma pessoa a desenvolve¹. Afeta principalmente indivíduos do sexo feminino entre 50 e 60 anos de idade⁸, tendo em vista que as mulheres estão mais propensas a fatores predisponentes da doença¹. No entanto, observa-se a ocorrência em crianças cada vez mais frequente¹⁰.

Em relação a pacientes pediátricos, embora o LP ocorra geralmente de forma esporádica, há uma forma familiar rara mais prevalente na população pediátrica que varia de 1 a 4,3%. Nestes casos, o LP geralmente ocorre em uma idade mais precoce e com uma maior gravidade nas características clínicas²³.

Em relação aos aspectos histopatológicos, o LP apresenta hiperqueratose (ortoqueratose ou paraqueratose), que são vistos clinicamente como pápulas, estrias ou placas, além de atrofia ou ulceração epitelial, o que corresponde clinicamente a áreas avermelhadas. No tecido conjuntivo, observa-se uma faixa escura bem definida composta de células inflamatórias, especialmente linfócitos e histiócitos em um padrão denso, *band-like*. A presença de degeneração da camada basal, corpos de Civatte e cristas epiteliais em forma de "dentes de serra" podem estar presentes^{8,18}.

Assim, além da importância do diagnóstico definitivo do LPO por causa de implicações para o manejo terapêutico, o acompanhamento do caso deve ser frequente e biópsias adicionais, por vezes, precisam ser feitas para monitoração e detecção precoce de sinais de transformação de malignidade³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica o LPO como uma desordem potencialmente maligna. Acredita-se que a inflamação crônica esteja associada com vários tipos de câncer, e LPO como uma condição inflamatória crônica foi sugerida por alguns autores para representar um modelo oral para tal associação¹⁷.

Segundo González-Moles e colaboradores²⁴, o aumento do risco de transformação maligna está associado a

lesões erosivas e/ou atróficas, enquanto lesões exclusivamente reticulares não apresentaram risco. Dessa forma, tem sido sugerido que os esforços de acompanhamento devem se concentrar em lesões atróficas-erosivas (vermelhas) em vez de lesões reticulares (brancas). No que diz respeito à localização das lesões, a língua foi apontada como o sítio com um risco significativamente maior de transformação maligna em comparação com outros sítios orais e foi a área mais frequente afetada pelo câncer em decorrência do LPO. Consequentemente, lesões atróficas-erosivas na língua são de particular preocupação.

Giuliani et al.²⁵, realizaram uma revisão sistemática como o objetivo de avaliar a taxa de transformação maligna do LPO e seus fatores de risco; e se lesões liquenoides orais (LLO) têm ou não um comportamento diferente. Nos resultados, verificou-se que noventa e dois de 6559 pacientes desenvolveram carcinoma oral de células escamosas, com uma transformação maligna (TM) geral de 1,40% (1,37% para LPO e 2,43% para LLO), TM anual de 0,20%. O sexo feminino, as formas clínicas com áreas eritematosas e lesões localizadas na língua podem estar relacionados a um aumento do risco de transformação. Os autores concluíram que tanto o LPO como LLO apresentam potencial de transformação maligna, e que o último apresentou uma taxa de TM ligeiramente mais alta.

Desse modo, tem sido sugerido um rastreamento regular para câncer bucal em pacientes com LPO¹⁷. Protocolos de acompanhamento que variam a cada 2 meses, para monitoramento no mínimo anual e, favoravelmente, duas a quatro revisões, dependendo dos sinais e sintomas. Caso as alterações sejam notadas em visitas de acompanhamento, devem ser realizadas biópsias e os intervalos de acompanhamento, encurtados¹⁷.

Há ainda a necessidade de realizar-se o diagnóstico diferencial que inclui reações liquenoides a drogas ou materiais dentários, leucoplasia, lúpus eritematoso e doença do enxerto versus hospedeiro em pacientes transplantados de medula óssea. O quadro de gengivite descamativa também pode ser confundido com outras doenças, como pénfigo, pénfigoide, dermatite herpetiforme ou doença linear IgA; portanto, exames complementares são de fundamental importância para o diagnóstico e exclusão de malignidade de todos os casos⁶.

Ao contrário do líquen plano cutâneo, que, na maioria dos casos, evolui por surtos de curta duração que quase sempre respondem bem ao tratamento ou mesmo involuem após alguns meses, o LPO caracteriza-se pela cronicidade, persistência e rebeldia terapêutica¹⁰. Assim, alguns tratamentos são propostos na literatura apenas como agentes paliativos da sintomatologia do LPO, que são relativamente bem-sucedidos, porém de efeitos temporários, já que, não determinam a cura da doença⁴. Dentre eles, destacam-se, os corticosteroides, aloe vera, laserterapia e uma nova alternativa que são os probióticos.

Os corticoides são amplamente usados no tratamento do LPO sintomático por reduzirem a dor e a inflamação, e têm se mostrado como uma alternativa eficaz e confiável de tratamento⁴, sendo o Propionato de Clobetasol

um dos mais utilizados. Sua aplicação a 0,05% recebe os mesmos resultados do laser de diodo de 680 nm na redução da sintomatologia clínica, mas o laser consegue maior eficácia tanto no final do tratamento quanto em 60-90 dias. Em relação ao número de recorrências, parece não haver diferenças significativas entre as duas terapias²².

Ali e Wahbi²⁶ realizaram uma revisão e meta-análise com objetivo de avaliar o efeito da aloe vera no alívio da dor e/ou melhora clínica em pacientes com líquen plano oral sintomático. Foram utilizados cinco ensaios clínicos e dois relatos de casos, avaliando aloe vera versus placebo ou corticosteroides para o tratamento do líquen plano oral. Dos estudos incluídos, há evidências fracas de que aloe vera é mais eficiente do que o placebo e tem efeito comparável ao da triancinolona acetona. As meta-análises mostram heterogeneidade e revelam que aloe vera é inferior ao controle geral. Os autores concluem o estudo evidenciando que embora corticosteroides ainda sejam o padrão-ouro, aloe vera mostra resultados promissores, especialmente sem efeitos adversos em comparação com vários efeitos adversos de corticosteroides.

A terapia com Laser de Baixa Potência (LBP) foi proposta como uma estratégia alternativa para o tratamento do LPO. O princípio da aplicação do LBP é baseado principalmente em seus efeitos bioestimuladores. Uma revisão sistemática que incluiu cinco trabalhos, utilizando comprimento de onda do laser, potência, tamanho do spot e duração de exposição que variou entre 630-970 nm, 10-3000 mW, 0,2-1,0 cm e 6-480 s, respectivamente, demonstrou que o LBP foi eficaz no tratamento de LPO em pacientes adultos. Três estudos mostraram melhorias significativamente maiores com o uso tópico de corticosteroides em comparação ao LBP, enquanto um estudo mostrou melhora significativa com o LBP. Outro estudo mostrou resultados comparáveis entre LBP e aplicação de corticosteroide²⁷, conforme Akram et al.

Isso sugere que o LBP é uma estratégia potencial de tratamento para o manejo do LPO em contraste com a terapia tradicional com corticosteroides. Contudo, é importante interpretar esses achados com cautela devido a uma série de fatores. As evidências sugerem que, a frequência de aplicação do laser também influencia na eficácia da terapia. Portanto, pode-se supor que pelo menos 12 aplicações de laser devem ser suficientes, no entanto, é difícil contemplar este protocolo em ambientes clínicos. Os autores afirmam ainda, que há um número limitado de estudos que abordaram a questão em foco, tornando difícil determinar um limite de quantas vezes o LBP já deve ser aplicado para alcançar resultados favoráveis no tratamento de LPO²⁷.

Uma nova conduta terapêutica foi proposta por Han et al.²⁸, a fim de ser uma alternativa ao tratamento convencional. Ela é baseada no emprego de probióticos, que consistem em muitos gêneros de bactérias, como *Bifidobacterium* e *Lactobacillus*, definidos como "microrganismos vivos, que quando administrados em quantidades adequadas conferem um benefício à saúde do hospedeiro". Estes são capazes de modular a resposta imune de uma maneira específica da cepa. Agindo assim, com efeito anti-inflamatório e imunomodulador

e ainda melhorando problemas psicológicos. O estudo conclui que é extremamente provável que os probióticos possam ser usados como uma terapia potencial suplementar para tratamento do LPO. Embora os efeitos adversos comuns dos probióticos sejam sintomas gastrointestinais, sepse, fungemia e isquemia gastrointestinal, a maioria das evidências atuais sugerem que os probióticos não são tóxicos.

Por fim, vale ressaltar que de acordo com Alves et al.²⁹, ao avaliar o estado emocional de pacientes com LPO erosivo, observou que estes apresentavam ansiedade e depressão. Um impacto negativo da desordem na qualidade de vida gerando comprometimento do aspecto físico, vitalidade, saúde mental, e domínios de aspectos sociais. Assim, além de tratamentos tradicionais, pacientes com LPO requerem apoio psicológico, pois apresentam níveis mais elevados de estresse, ansiedade e depressão do que outros grupos de pacientes. Avaliação e atendimento multidisciplinar desses pacientes são importantes, pois o estresse pode ser um gatilho relevante de LPO e tem um forte impacto na exacerbação da doença.

Apesar das diversas opções terapêuticas, sua remissão espontânea é pouco comum e atualmente não há um tratamento específico para o líquen plano oral, devido a sua etiopatogenia multifatorial⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos artigos analisados, foi possível observar que a etiopatogenia do LPO é complexa, apresentando várias formas de apresentação clínica. Assim, para uma melhor conduta de tratamento, é fundamental que o cirurgião dentista conheça as suas diversas formas de manifestações e possibilidades terapêuticas, a fim de proporcionar a melhor terapia para os pacientes com LPO. Além dos corticoesteroides, novas modalidades terapêuticas têm sido sugeridas e trazido bons resultados, como a laserterapia de baixa potência.

CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Não há financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Soares MSM, Honório APRC, Arnaud RR, Oliveira Filho FDC. Oral conditions in patients with oral lichen planus. *Pesqui Bras em Odontopediatria Clín Integr*. 2012;11(4):507–10.
2. Werneck JT, de Miranda FB, Junior AS. Desafios na distinção de lesões de Líquen Plano Oral e Reação Liquenóide. *Rev Bras Odontol*. 2016;73(3):247.
3. Cheng YSL, Gould A, Kurago Z, Fantasia J, Muller S. Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American

- Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral surg oral med oral pathol oral radiol*. 2016;122(3):332–54.
4. Danielli J, Vilanova LSR, Pedroso L, Silva MAG. Protocolo de atendimento e acompanhamento do paciente com diagnóstico de líquen plano oral. *Rev Odontol do Bras Central*. 2010;19(50).
5. Miguel BF, Pires FR, Miranda ÁMMA, dos Santos TCRB, de Noronha J, Netto S. Clinicopathological features of oral lichen planus patients diagnosed in a single Oral Medicine service in Brazil: a descriptive study. *Rev Bras Odontol*. 2018;75:e1372.
6. Canto AM, Müller H, Freitas RR, Santos PSS. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. *An bras dermatol*. 2010;85(5):669–75.
7. El-Naggar AK, Chan JK, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. WHO classification of head and neck tumours. *Int Agency Res Cancer (IARC)*. 2017.
8. González MM, Rosales CA, Barrios EE, Cuenya F, Fernández ER. Aspectos clínico, psicológico, patológico y terapéutico del Líquen Ampollar. *CES Odontol*. 2016;29(2):78–85.
9. Kurago ZB. Etiology and pathogenesis of oral lichen planus: an overview. *Oral surg oral med oral pathol oral radiol*. 2016;122(1):72–80.
10. Nico MMS, Fernandes JD, Lourenço SV. Oral lichen planus. *An bras dermatol*. 2011;86(4):633–43.
11. Vasconcelos NR, Lopes FF, Cruz MCFN, Alves CMC. Gengivite descamativa em paciente com líquen plano oral: relato de caso e conduta clínica. *Rev Pesq Saúde*. 2014 maio-agost;15(2):301-303
12. Cassol-Spanemberg J, Rodríguez-de Rivera-Campillo M-E, Otero-Rey E-M, Estrugo-Devesa A, Jané-Salas E, López-López J. Oral lichen planus and its relationship with systemic diseases. A review of evidence. *J Clin Exp Dent*. 2018;10(9):e938.
13. Dhanraj T, Paulose S, Kavaya L, Sivakumar Y. Oral lichen planus bullous variety: A case report. *J Med, Radiol, Pathol Surg*. 2017;4(5):21–3.
14. Gupta S, Jawanda MK. Oral lichen planus: An update on etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and management. *Indian J dermatol*. 2015;60(3):222.
15. Miranda JA, Val ICC, Abrahão SC, Zaniboni BC, Fonseca FF, Guimaraes RV, et al. Os três Líquens: escleroso, plano e plano erosivo. *Femina*. 2014;65–72.
16. Fraga HF, Cerqueira NS, Ribeiro LSF, Souza SE, Paraguassú GM, Pinto Filho JM, et al. A importância do diagnóstico do líquen plano bucal. *J Health Sci Inst*. 2011;29(1):27-30
17. Alrashdan MS, Cirillo N, McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update. *Arch Dermatol Res*. 2016 out;308(8):539–51.
18. Lavanya N, Jayanthi P, Rao UK, Ranganathan K. Oral lichen planus: An update on pathogenesis and treatment. *J oral maxillofac pathol: JOMFP*. 2011;15(2):127.

19. Filiu MM, Pereira GAE, Heredia EG, Montoya LTM, Portuondo ALJ. Manifestaciones bucales del liquen plano. MEDISAN. 2013;17:8023–30.
20. Alves MG, Balducci I, Carvalho YR, Nunes FD, Almeida JD. Oral lichen planus: a histopathological study. Histopathology. 2015 Feb;66(3):463-4.
21. Belal MH. Management of symptomatic erosive-ulcerative lesions of oral lichen planus in an adult Egyptian population using Selenium-ACE combined with topical corticosteroids plus antifungal agent. Contemp clin dent. 2015;6(4):454.
22. García-Pola MJ, González-Álvarez L, García-Martin JM. Tratamiento del liquen plano oral. Revisión sistemática y protocolo de actuación. Med Clín. 2017;149(8):351–362.
23. Cascone M, Celentano A, Adamo D, Leuci S, Ruoppo E, Mignogna MD. Oral lichen planus in childhood: a case series. Int J dermatol. 2017;56(6):641–52.
24. González-Moles MÁ, Ruiz-Avila I, Gonzalez-Ruiz L, Ayen A, Gil-Montoya JA, Ramos-García P. Malignant transformation risk of oral lichen planus: A systematic review and comprehensive meta-analysis. Oral oncol. 2019;96:121–30.
25. Giuliani M, Troiano G, Cordaro M, Corsalini M, Gioco G, Lo Muzio L, et al. Rate of malignant transformation of oral lichen planus: A systematic review. Oral Dis. 2019;25(3):693–709.
26. Ali S, Wahbi W. The efficacy of aloe vera in management of oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. Oral Dis. 2017 Oct;23(7):913-918.
27. Akram Z, Abduljabbar T, Vohra F, Javed F. Efficacy of low-level laser therapy compared to steroid therapy in the treatment of oral lichen planus: A systematic review. J Oral Pathol Med. 2018 Jan;47(1):11-17
28. Han X, Zhang J, Tan Y, Zhou G. Probiotics: A non-conventional therapy for oral lichen planus. Arch Oral Biol. 2017 Sep;81:90-96.
29. Alves MG, do Carmo Carvalho BF, Balducci I, Cabral LA, Nicodemo D, Almeida JD. Emotional assessment of patients with oral lichen planus. Int J Dermatol. 2015 Jan;54(1):29-32.

APLICAÇÕES DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO NA CIRURGIA DE DENTES INCLUSOS

APPLICATIONS OF CONE BEAM TOMOGRAPHY IN THE SURGERY OF INCLUDED TEETH

André Pereira de Lima¹, Timóteo Sousa lopes², Francisco Belchior Rodrigues Vasconcelos³, Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri⁴

1. Graduado em odontologia pela Universidade Federal do Ceará
2. Graduado em odontologia e mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Ceará
3. Graduado em odontologia pela Universidade Federal do Ceará
4. Mestre e Doutor em Estomatologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru FOB – USP, professor do curso de Odontologia de Sobral – Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave:

*Dentes impactados;
Planejamento pré-operatório;
Tomografia computadorizada cone beam.*

Keywords:

*Impacted teeth; Preoperative planning;
Cone beam computed tomography.*

RESUMO

É necessária a utilização de critérios baseados na literatura científica, para se obter indicações corretas da tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC). Sendo assim, o objetivo deste trabalho é analisar, por meio de revisão bibliográfica, as aplicações da TCFC em cirurgia oral, abordando principalmente a cirurgia de dentes inclusos/impactados. Realizou-se um levantamento bibliográfico no banco de dados PubMed, selecionando os descritores impacted teeth AND preoperative planning AND cone beam computed tomography. Foram analisados 9 estudos relacionados ao tema, alguns relacionaram o uso da TCFC e de radiografias convencionais nas cirurgias de dentes inclusos buscando avaliar a influência da TCFC no diagnóstico e planejamento dos casos e na incidência de complicações pós operatórias como distúrbios neurossensoriais. Foi observado que a TCFC é uma boa indicação na cirurgia de dentes inclusos/impactados quando se quer obter uma localização precisa do elemento dental dentro da estrutura óssea e sua relação com as estruturas adjacentes, resultando em um melhor diagnóstico e planejamento dos casos, trazendo mais segurança e previsibilidade durante os procedimentos.

ABSTRACT

It is necessary to use criteria based on the scientific literature, in order to obtain correct indications for cone beam computed tomography (CBCT). Therefore, the objective of this work is to analyze, through a bibliographic review, the applications of CBCT in oral surgery, mainly addressing surgery for included / impacted teeth. A bibliographic survey was performed in the PubMed database, selecting the keywords impacted teeth AND preoperative planning AND cone beam computed tomography. Twelve studies related to the topic were analyzed, some related to the use of CBCT and conventional radiographs in surgeries of included teeth, seeking to evaluate the influence of CBCT on the diagnosis and planning of cases and on the incidence of postoperative complications such as sensorineural disorders. It has been observed that CBCT is a good indication for surgery of included / impacted teeth when one wants to obtain a precise location of the dental element within the bone structure and its relationship with the adjacent structures, resulting in a better diagnosis and planning of cases, bringing more security and predictability during procedures.

Autor Correspondente:

André Pereira de Lima
Endereço: Rua João XXIII, Nº285
Bairro Alto do Cristo, Sobral-CE

INTRODUÇÃO

Uma das especialidades que mais se relacionam com as diversas disciplinas da odontologia é a radiologia e a imaginologia, sendo crucial no diagnóstico, planejamento e tratamento das mais diferentes entidades patológicas na odontologia. No final do século passado, foi criada a Tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), a qual permite melhor planejamento para a Odontologia, pois emite menor

dose de radiação em relação à tomografia computadorizada convencional, apresenta menor custo e uma ótima definição de imagem¹.

Sendo assim, vem sendo cada vez mais requisitada, principalmente na cirurgia oral menor, sendo indicada em algumas situações tais como avaliação de patologias ósseas, cirurgias de terceiros molares e dentes inclusos. Quando comparada às radiografias convencionais, a dose de radiação da TCFC apresenta-se similar à do exame periapical da

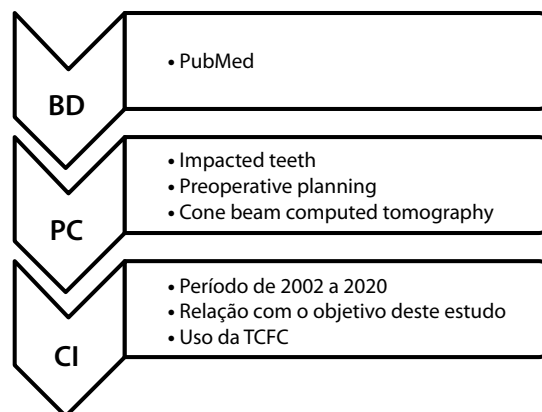
boca toda ou equivale a aproximadamente 4 a 15 vezes à dose de uma radiografia panorâmica². Embora ela possua diversas vantagens como, a obtenção e a reformatação das imagens em 3-D através de um único escaneamento da região, apresentando uma maior especificidade e precisão no diagnóstico e a ausência de distorções, ela ainda possui um alto custo e emite uma maior dose de radiação quando comparada com radiografias convencionais.

Portanto, é necessário a utilização de critérios, baseados na literatura científica, para que se obtenha as indicações corretas do uso da TCFC. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é buscar na literatura, quais as aplicações da tomografia computadorizada de feixe cônico em cirurgia oral menor, abordando principalmente a cirurgia de dentes inclusos/impactados.

METODOLOGIA

Este trabalho foi embasado na análise literária de artigos científicos que tratassem de assuntos pertinente ao uso da tomografia computadorizada na cirurgia de dentes inclusos, abordando principalmente caninos e terceiros molares. A identificação das fontes bibliográficas foi realizada por meio do sistema informatizado de busca PUBMED (Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos), selecionando os descritores impacted teeth AND preoperative planning AND cone beam computed tomography. Foram encontrados 15

artigos publicados no idioma inglês, no período de 2002 a 2020, destes 9 foram selecionados para estudo. Seis artigos foram excluídos por não serem pertinentes ao tema.



BD/Base de dados; PC/Palavras-chaves; CI/critérios de inclusão.

Fluxograma 1 – Fluxo da pesquisa.

RESULTADOS

O quadro a seguir traz de maneira objetiva a compreensão dos estudos utilizados na presente revisão de literatura.

Quadro 1 – Estudos utilizados na presente revisão de literatura.

Estudos	Objetivos	Metodologia/tipo de estudo	Conclusão
Nakagawa et al. ⁵	Descrever a utilização da TCFC antes de uma cirurgia oral menor.	Utilizando o DENTAL 3D-CT como ferramenta de avaliação / Relato de caso	Dental 3D-CT foi útil para o exame pré-operatório antes de uma pequena cirurgia oral.
Jeremias et al. ⁸	Avaliar a TCFC como guia cirúrgico de dentes anteriores impactados	Uso da TCFC para diagnóstico e planejamento dos dois casos avaliados / Relato de caso	Em todos os casos, a TCFC contribuiu tanto para o diagnóstico como para a correta localização dos dentes supranumerários.
Alqerban et al. ¹¹	Radiografia panorâmica vs TCFC no planejamento cirúrgico de impações caninas.	Avaliação de 32 pacientes, um total de 39 caninos inclusos na maxila. Conjuntos 2D e 3D avaliados por 6 observadores / Estudo comparativo	Maior segurança no planejamento 3D, melhor avaliação de posição dos caninos e relação de contato e reabsorção dos incisivos laterais.
Neugebauer et al. ¹²	Comparar o valor diagnóstico da radiografia panorâmica com a TCFC.	6 observadores avaliaram 30 radiografias panorâmicas e 30 TCFC para avaliação do ápice das raízes / Estudo comparativo	A tecnologia de feixe cônico melhora a localização do terceiro molar no planejamento pré-cirúrgico.
Umar et al. ¹³	Avaliar se o planejamento com a TCFC pode reduzir o dano ao nervo alveolar inferior quando molares inferiores de alto risco são extraídos.	Avaliação da presença ou ausência de neuropatia pós operatória após a extração de 200 terceiros molares em 185 pacientes / Ensaio clínico	Distúrbios sensoriais permanentes podem ser eliminados se as operações forem bem planejadas e realizadas por cirurgião experiente. Incidência de disfunção zero mesmo intimamente relacionados com o nervo alveolar inferior

continua...

Quadro 1 – Continuação

Estudos	Objetivos	Metodologia/tipo de estudo	Conclusão
Guerrero et al. ¹⁴	Mensurar os distúrbios sensoriais do NAI após a remoção de terceiros molares impactados, utilizando a TCFC e radiografia panorâmica.	TCFC e Panorâmica na avaliação pré-operatória medindo a eficácia dos observadores na previsão de exposição do NAI no momento da cirurgia. A amostra consistiu de 86 terceiros molares impactados / Ensaio clínico	Dentro do limite do estudo, a TCFC não foi superior a panorâmica na predição de distúrbios sensoriais no pós-operatório, mas foi superior em prever a exposição do NAI durante a remoção do terceiro molar.
Jones et al. ¹⁵	Descrever a remoção de um segundo molar inferior no qual a TCFC mostrou que o nervo estava envolto no ápice distal da raiz do dente.	Relato de caso	Descobriu-se que o nervo estava totalmente separado do ápice da raiz e não estava envolvido. Representa uma advertência sobre a dependência de imagens e softwares na tomada de decisões.
Kamio et al. ¹⁶	Descrever o autotransplante de um terceiro molar mandibular impactado horizontalmente. Baseado em imagens de TCFC.	Uso de modelo 3D baseado em imagens de TCFC para diagnóstico, avaliação morfológica, planejamento e simulação cirúrgica / Relato de caso	O uso do modelo 3D se mostrou útil no autotransplante dentário.
Curtis et al. ¹⁷	Relatar um caso em que utilizaram modelo 3D baseado em imagens de TCFC para auxiliar no transoperatório e reduzir o tempo extra-alveolar.	Relato de caso	Foi observado que os modelos impressos a partir das imagens de TCFC auxiliaram na preparação do alvéolo antes do autotransplante.

DISCUSSÃO

Considera-se dente incluso aqueles que não irromperam ainda na cavidade oral, ou que durante seu desenvolvimento, determinado dente não irrompeu quando chegou a época normal da sua erupção. Já o termo dente impactado geralmente é utilizado quando o dente não erupcionou devido alguma barreira mecânica que impediu seu trajeto normal de erupção^{6,7}.

O diagnóstico e localização dos dentes impactados é um dos grandes desafios da prática cirúrgica. O uso de imagens bidimensionais pode ser usado para avaliar a presença de dentes não irrompidos, todavia dificulta qualquer análise por causa das distorções, e superposição de imagem, não permitindo distinguir os detalhes como a localização exata desses dentes, o impacto sobre os dentes e estruturas adjacentes e a anatomia das raízes⁴.

Os terceiros molares mandibulares possuem alta prevalência de inclusões, já que é o último a erupcionar e, portanto, não encontra no arco o espaço suficiente para que ele possa irromper na cavidade oral. Além do mais, pode trazer vários problemas ao paciente, como por exemplo, formação de cistos e tumores, reabsorção do segundo molar adjacente, pericoronarite, dor de origem desconhecida, e fratura mandibular¹⁰.

Devido a essa gama de problemas que podem ser ocasionados pela presença do terceiro molar incluso, na maioria dos casos está indicada a sua extração¹⁰.

A presença de caninos inclusos não é incomum, sendo após os terceiros molares, o grupo que mais apresenta distúrbios no seu trajeto de erupção. Comumente esses dentes aparecem retidos, sendo necessário realizar algum tipo de intervenção, para tal, é importante que se saiba a localização exata destes dentes^{6,7}.

É importante ressaltar que as diversas formas de radiografias convencionais não nos permitem avaliar de forma precisa a localização desses dentes, embora elas possam nos dar uma noção acerca da sua posição, elas possuem muitas distorções e sobreposições que podem levar o cirurgião-dentista a diagnósticos errôneos ou até mesmo a abordagens cirúrgicas mais limitadas. Já as imagens tridimensionais, que são adquiridas pela tomografia computadorizada, permitem a reprodução de uma região do corpo em três planos (axial, coronal e sagital), nos dando informações mais próximas da realidade e excluindo as sobreposições, possuindo grande uso em diagnóstico^{9,10}.

Algo muito importante nas tomografias é a qualidade da imagem, o que fez a Academia Europeia de Radiologia Dentomaxilofacial - EADMFR (do inglês, European Academy of DentoMaxillofacial Radiology) e um grupo

pesquisadores de universidades europeias, entre os anos de 2007 e 2011, (University of Manchester, Katholieke Universiteit Leuven, Malmö University, Dental School Athens University, Universitatis Vilnensis e Universitas Medicinæ et Pharmaciae) desenvolverem o projeto SEDENTEXCT (do inglês, Safety and Efficacy of a New and Emerging Dental 17 X-ray Modality), na qual a comunidade europeia de energia atômica foi responsável pelo financiamento (EURATOM), foi criado um programa de garantia e controle da qualidade com o objetivo de desenvolver diretrizes para equipamentos CBCT de uso odontológico instalados no continente europeu.³

O SEDENTEXCT surgiu com o objetivo de avaliar a qualidade da imagem na tomografia computadorizada, e tem mostrado que existe a necessidade de uma padronização nos exames tomográficos, já que esses exames são muito importantes durante a avaliação, diagnóstico e planejamento dentro da área da saúde.

Nakagawa et al.⁵ e Jeremias et al.⁶ demonstraram que a TCFC possui um melhor desempenho quando se busca uma melhor avaliação dos casos, porém por questões de custo, quantidade de radiação, disponibilidade de aparelhos, seu uso acaba sendo restrito a casos mais específicos, onde seu custo-benefício é mais favorável ao paciente, podendo ocasionar em um diagnóstico mais preciso, planejamento correto e um tratamento com mais qualidade. Devido à sua alta resolução e baixa dose de radiação comparada com a tomografia convencional, a TCFC se mostrou útil para o exame pré-operatório antes de uma pequena cirurgia oral. Informações sobre localização de lesões e a relação entre as lesões e suas estruturas anatômicas adjacentes, como o canal mandibular e o seio maxilar, foram úteis para cirurgia oral menor. A TCFC também contribui para o diagnóstico e para correta localização de dentes supranumerários, auxiliando o profissional no planejamento do tratamento e, conseqüentemente, no sucesso clínico.

A tomografia computadorizada pode nos dar uma visão tridimensional mostrando não somente a localização do canino incluído e impactado no sentido vestibulo-palatino, como também a relação do mesmo com as estruturas adjacentes, principalmente se a coroa do mesmo apresenta íntima relação com as raízes dos incisivos¹⁰.

Vale ressaltar, que durante a exodontia de terceiros molares inferiores inclusos existe a possibilidade de dano ao nervo alveolar inferior devido à proximidade deste com o ápice do terceiro molar inferior. Com o auxílio dos exames de imagem pode-se chegar a um diagnóstico ou não de íntimo contato do ápice das raízes com o canal mandibular. Em alguns casos, nos exames radiográficos convencionais, devido à falta de precisão do exame, o cirurgião não consegue estabelecer de maneira específica a existência da íntima relação dessas estruturas. Caso não seja solicitado a realização de um exame mais exato, pode ocorrer durante o procedimento cirúrgico algum tipo de injúria ao nervo alveolar inferior, o que pode levar ao quadro de parestesia^{6,7}.

Estudos realizados por Alqerban et al.¹¹ e Neugebauer et al.¹² compararam o uso da TCFC e da radiografia panorâmica no planejamento do tratamento cirúrgico. Níveis

de confiança significativamente mais altos foram observados nos planos de tratamento baseados em imagens 3D do que nos planos baseados em imagens 2D ($p < 0,001$). As avaliações da posição da coroa canina, relação de contato e reabsorção radicular dos incisivos laterais foram significativamente diferentes entre as imagens 2D e 3D. Por outro lado, a escolha do tratamento através da avaliação pré e transoperatórias não foram significativamente diferentes entre as duas modalidades de imagem.¹¹ Nos casos dos terceiros molares a TCFC melhorou a localização destes no planejamento cirúrgico.¹²

Portanto, no tratamento cirúrgico de caninos inclusos se faz necessário o conhecimento da sua localização específica no arco dentário, para que se possa observar aspectos relacionados à sua angulação, posição nos sentidos vertical, horizontal e transversal e sua relação com estruturas adjacentes. Ou seja, a tomografia computadorizada nos permite uma maior segurança no planejamento, para que o cirurgião-dentista possa realizar a melhor abordagem possível, com os melhores resultados e menores danos aos pacientes, embora muitas vezes esse planejamento não mude independente do exame utilizado.

Estudo realizado por Umar et al.¹³ visou descobrir se a avaliação pré-operatória melhorada e o planejamento cirúrgico com tomografia computadorizada de feixe cônico (TC) poderiam reduzir o dano ao nervo alveolar inferior quando os terceiros molares mandibulares de alto risco são extraídos. Foi verificada a presença ou ausência de neuropatia pós-operatória após a extração de 200 terceiros molares inferiores em 185 pacientes. Cirurgias e exames pós-operatórios. Os pacientes relataram alteração temporária da sensibilidade após a operação em 12% dos dentes, mas ela foi resolvida em todos os casos e nenhum paciente relatou perda permanente da sensibilidade. Distúrbios sensoriais permanentes na distribuição do nervo alveolar inferior após a remoção dos terceiros molares podem ser eliminados em casos de alto risco se as operações forem planejadas com cuidado (incluindo tomografia computadorizada por feixe cônico), e o procedimento for feito por um cirurgião experiente. A incidência de disfunção neurosensorial permanente neste estudo foi zero, apesar de todos os dentes estarem intimamente relacionados ao canal alveolar inferior.

Um estudo controlado randomizado realizado por Guerrero et al.¹⁴ corroborou com o autor anterior ao buscar mensurar os distúrbios sensoriais do nervo alveolar inferior (NAI) após remoção dos terceiros molares mandibulares impactados e utilizou a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) e radiografia panorâmica (PAN) na avaliação pré-operatória medindo a eficácia dos observadores na previsão de exposição do NAI no momento da cirurgia com base na TCFC em comparação com PAN. A amostra consistiu de 86 terceiros molares impactados (de 79 pacientes consecutivos) em estreita relação com o NAI, conforme determinado pela PAN e julgados como apresentando um risco "moderado" de lesão do NAI. Potenciais distúrbios neurosensoriais do lábio e do mento foram avaliados antes da cirurgia e durante a recuperação pós-operatória, medindo-se a função

do NAI com o método da sensação de toque leve. Foram obtidos os seguintes resultados: Perturbações sensoriais no pós-operatório ocorreram em 1 paciente no grupo TCFC e 1 paciente no grupo PAN. O teste de sensibilidade ao toque leve não mostrou diferenças significativas nos níveis de lábio ($P = ,10$) e queixo ($P = 0,17$) para a cirurgia de TCFC versus PAN. Diferenças significativas em fazer um diagnóstico correto da exposição do feixe vasculonervoso na extração dos dentes impactados foram encontradas entre as 2 modalidades ($P = 0,029$). Dentro dos limites deste estudo, a TCFC não foi superior à PAN na predição de distúrbios sensoriais no pós-operatório, mas foi superior em prever a exposição do NAI durante a remoção do terceiro molar em casos julgados como tendo risco "moderado".

Um caso incomum foi descrito por Jones et al.¹⁵, que descreveram a remoção de um segundo molar inferior no qual a tomografia computadorizada de feixe cônico pré-operatório (TCFC) mostrou que o nervo alveolar inferior estava encapsulado no ápice distal da raiz do dente. Durante a operação, descobriu-se que o nervo estava totalmente separado do ápice da raiz e não estava envolvido. Com o uso mais amplo da TCFC no planejamento do tratamento da cirurgia dentoalveolar, este caso representa uma história de advertência para o clínico sobre a dependência de imagens clínicas e softwares para orientar o processo de tomada de decisão.

Além da utilização nas cirurgias de dentes inclusos, a tecnologia aliada aos exames de imagem tem possibilitado um melhor aproveitamento do tempo cirúrgico, uma melhor avaliação pré-operatória e tem sido utilizada de diferentes formas de maneira a trazer maiores benefícios aos pacientes.

Kamio et al.¹⁶, descreveram um caso de autotransplante de um terceiro molar mandibular impactado horizontalmente usando um modelo tridimensional (3D) baseado em imagens de TCFC para diagnóstico, avaliação morfológica 3D, planejamento pré-operatório do tratamento e simulação cirúrgica. O caso era de uma mulher de 27 anos, que buscou atendimento para tratamento conservador do segundo molar inferior esquerdo. As radiografias intraorais e as imagens de TCFC revelaram um canal radicular em forma de C na raiz mesial e reabsorção da raiz distal devido ao impacto da coroa do terceiro molar inferior esquerdo impactado horizontalmente. Vários modelos 3D de osso da mandíbula para diagnóstico pré-operatório foram fabricados usando uma impressora 3D de baixo custo. Imagens de TCFC e modelos 3D foram extremamente úteis na obtenção de uma compreensão da morfologia do dente transplantado e de suas estruturas anatômicas circundantes. Na preservação de um ano de pós-operatório, o paciente conseguiu mastigar com o dente transplantado sem dor e não foram detectadas anormalidades significativas nas radiografias intraorais, indicando um curso clínico pós-operatório bem sucedido. O uso de modelos 3D fabricados com base em imagens de TCFC usando uma impressora 3D de mesa para diagnóstico pré-operatório e simulação cirúrgica sugere que essa técnica é útil no autotransplante dentário.

Curtis et al.¹⁷, também relataram um caso em que utilizavam modelos cirúrgicos tridimensionais (3D) para auxiliar

no transoperatório e reduzir o tempo extra-alveolar. Uma tomografia computadorizada de feixe cônico pré-operatória permitiu o planejamento digital e a construção de modelos cirúrgicos que replicavam as dimensões exatas das raízes dos caninos superiores impactados. Esses modelos foram subsequentemente impressos em 3D em resina, esterilizados e utilizados no intraoperatório para auxiliar na preparação do alvéolo antes do autotransplante cirúrgico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tomografia computadorizada de feixe cônico nos fornece uma gama de informações que não podem ser obtidas com outros exames, essas imagens em três dimensões, que através de softwares podem ser exploradas e usadas para estabelecer a melhor conduta para o paciente.

Devido a maior quantidade de radiação emitida pelas tomografias e pelo seu custo elevado em relação as radiografias convencionais, são necessários critérios para seu uso, o objetivo é que se siga sempre o princípio de ALARA. A experiência profissional, a necessidade específica do caso, o poder aquisitivo do paciente e a disponibilidade do exame podem ser critérios que influenciam na solicitação desse exame.

De acordo com os estudos apresentados, foi observado que a TCFC é uma boa indicação na cirurgia de dentes inclusos/impactados quando se quer obter uma localização precisa do elemento dental dentro da estrutura óssea e sua relação com as estruturas adjacentes, resultando em um melhor diagnóstico e planejamento dos casos, trazendo mais segurança e previsibilidade durante os procedimentos.

Além disso, vem se mostrando promissora quando associado a tecnologias mais avançadas, podendo trazer ainda mais benefícios em um futuro próximo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Não houve financiamento para produção do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Andrade FB. Tomografia computadorizada de feixe cônico na odontologia. Monografia (Curso de Especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.2011;65.
2. Santos TS. et al. Relação topográfica entre o canal mandibular e o terceiro molar inferior em tomografias de feixe volumétrico. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.2009;9;3;79-88.
3. Hoffmann EC. Desenvolvimento de uma metodologia para controle da qualidade de imagens em equipamentos de

- tomografia computadorizada de feixe cônico odontológico. Porto Alegre. Dissertação [mestrado em Sinais, sistemas e tecnologia da informação]. Pontifícia universidade católica; 2015.
4. Bamba J, Araki K, Endo A, Okano T. Image quality assessment of three cone beam CT machines using the SEDENTEXCT phantom. *Dentomaxillofac Radiol.* 2013;42(8):20120445.
 5. Nakagawa Y, Kobayashi K, Ishii H, Mishima A, Ishii H, Asada K, et al. Preoperative application of limited cone beam computerized tomography as an assessment tool before minor oral surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2002;31(3):322-6
 6. Hupp JR. *Cirurgia oral e maxilofacial: contemporânea.* Rio de Janeiro: Elsevier. 2009.5;153-178.
 7. Nogueira AS. *Abordagem contemporânea dos dentes inclusos: do diagnóstico ao tratamento cirúrgico e ortodôntico.* São Paulo: Gen Santos; 2004;1;145-171.
 8. Jeremias F, Fragelli CM, Mastrantonio SD, Dos Santos-Pinto L, Dos Santos-Pinto A, Pansani CA.. Cone-beam computed tomography as a surgical guide to impacted anterior teeth. *Dent Res Journal.* 2016;13(1):85-9.
 9. Cappellette M, Jr MC, Cappellette L, Fernandes M, De AP. Caninos permanentes retidos por palatino: diagnóstico e terapêutica – uma sugestão técnica de tratamento. *Rev. Dent. Press Ortod. Ortop. Facial.* 2008;60-73.
 10. Manzi FR, Ferreira EF, Rosa TZS, Valerio CS, Peyneau PD. Uso da Tomografia Computadorizada para Diagnóstico de Caninos Inclusos Use of Computed Tomography for Diagnostics of Canines Included. 2011;20(53):103-7.
 11. Alqerban A, Hedesiu M, Baciut M, Nackaerts O, Jacobs R, Fieuws S, et al. Pre-surgical treatment planning of maxillary canine impactions using panoramic vs cone beam CT imaging. *Dentomaxillofacial Radiol.* 2013;42(9).
 12. Neugebauer J, Shirani R. Comparison of cone-beam volumetric imaging and combined plain radiographs for localization of the mandibular canal before removal of impacted lower third molars. 2008;105(5):633-42.
 13. Umar G, Obisesan O, Bryant C, Rood JP. Elimination of permanent injuries to the inferior alveolar nerve following surgical intervention of the “ high risk ” third molar. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2013;51(4):353-7.
 14. Guerrero ME, Nackaerts O, Beinsberger J, Horner K, Schoenaers J. Inferior Alveolar Nerve Sensory Disturbance After Impacted Mandibular Third Molar Evaluation Using Cone Beam Computed Tomography and Panoramic Radiography : A Pilot Study. *YJOMS.* 2012;70(10):2264-70.
 15. Jones JL, Knox J, Key SJ. Potential reformatting errors in cone-beam computed tomography for dentoalveolar surgery: a cautionary tale. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2017;55(1):71-3.
 16. Kamio T, Kato H. Autotransplantation of Impacted Third Molar Using 3D Printing Technology: A Case Report. *Bull Tokio Dent Coll.*2019;60(3);193-9.
 17. Curtis JMT, Foster EC, Ananth S. et al. Autotransplantation of a surgically removed canine using a customised 3D-printed surgical template. *J Orthod.* 2020;47(1):82-90.

ABORDAGENS TERAPÊUTICAS NÃO-CIRÚRGICAS PARA A QUEILITE ACTÍNICA

NON-SURGICAL THERAPEUTICS APPROACHES FOR ACTINIC CHEILITIS

Victor Alexandre Felício Trancoso¹; Hélen Kaline Farias Bezerra¹; Alessandra de Albuquerque Tavares Carvalho²

1. Graduando do Curso de Odontologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

2. Professora Doutora de Estomatologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave:

Doenças Labiais; Queilite; Tratamento Farmacológico; Fotoquimioterapia; Tratamento Conservador.

Keywords:

Lip Diseases; Cheilitis; Drug Therapy; Photochemotherapy; Conservative Treatment.

RESUMO

A queilite actínica (QA) é uma desordem potencialmente maligna que se desenvolve principalmente no lábio inferior, decorrente da exposição crônica a luz solar. O objetivo desse estudo é elucidar, a partir de uma revisão da literatura, as abordagens não cirúrgicas mais atuais para o tratamento da QA. Foi realizada uma busca nas bases de dados PubMed, Scielo e Cochrane, sendo obtidos 280 artigos e após aplicação dos critérios de elegibilidade, foram utilizados no presente trabalho 16 estudos. Várias abordagens, como, diclofenaco sódico, mebutato de ingenol, imiquimode, 5-fluorouracil, fludroxycortida e terapia fotodinâmica, são apontadas e estudadas como forma de tratamento para a QA. Entretanto, faltam trabalhos para que se estabeleça um consenso sobre a terapêutica não-cirúrgica mais adequada.

ABSTRACT

Actinic cheilitis (AC) is a potentially malignant disorder that develops mainly on the lower lip, resulting from a chronic exposure to sunlight. The objective of this study is to elucidate, from a literature review, the most current non-surgical approaches for the treatment of AC. A search was performed in the PubMed, Scielo and Cochrane databases, obtaining 280 papers and after applying the eligibility criteria, 16 studies were used in the present study. Various approaches, such as diclofenac sodium, ingenol mebutate, imiquimod, 5-fluorouracil, fludroxycortide and photodynamic therapy are pointed out and studied as a form of treatment for AC. However, there is a lack of work to establish a consensus on the most appropriate non-surgical therapy.

Autor Correspondente:

Victor Alexandre Felício Trancoso
Av. Professor Moraes Rêgo, 1235, Cidade Universitária
Recife – PE, CEP: 50670-901
E-mail: victortrancoso11@gmail.com

INTRODUÇÃO

A QA é uma desordem potencialmente maligna que se desenvolve a partir da exposição crônica à radiação ultravioleta (UV)¹. Acomete os lábios, principalmente o lábio inferior, devido ao fato dele possuir um epitélio mais delicado e estar mais exposto à radiação por questões anatômicas, em comparação com o lábio superior². Contudo, o lábio superior também pode ser acometido, menos comumente³. A QA é considerada como a contra-parte do vermelhão labial da queratose actínica cutânea⁴.

A QA é uma das condições orais com potencial de malignização mais comuns, acometendo com maior frequência homens, de pele clara e com idade acima dos 50 anos^{1,4}. Pode estar relacionada com atividades profissionais que necessitem de exposição solar frequente^{5,2}.

Clinicamente, a QA apresenta-se como uma perda de definição da linha de transição entre o vermelhão do lábio e a pele perioral e perda da elasticidade do lábio acometido. Com a progressão da lesão, aparecem áreas de ressecamento e

fissuras no lábio, podendo também haver áreas leucoplásicas, eritroplásicas, eritroleucoplásicas, crostosas e/ou ulceradas. Como é assintomática na maioria dos casos, muitas vezes não é percebida pelo paciente, tendo em vista seu curso lento⁵.

Microscopicamente, a QA pode demonstrar alterações tanto no tecido epitelial quanto no conjuntivo. O epitélio geralmente apresenta hiperqueratose, podendo estar atrófico ou acantótico. Além disso, também pode apresentar áreas de exocitose e ulceração e exibir ou não diferentes graus de displasia ou até um carcinoma microinvasivo, aspecto importante para a tomada de decisão terapêutica. Já o tecido conjuntivo frequentemente demonstra elastose solar, infiltrado inflamatório crônico e telangiectasia⁵.

Em relação à transformação da QA, sabe-se que a radiação UV causa danos ao gene supressor de tumor p53 e diminuição do regulador apoptótico bcl-2, promovendo uma proliferação descontrolada de células com DNA danificado². Nesse aspecto, a displasia epitelial é o principal parâmetro utilizado para avaliar o risco de malignização³. A taxa de transformação maligna da QA ainda é bastante controversa,

mas já consolidada na literatura². Acredita-se que carcinomas epidermoides originados a partir de QAs apresentem melhor prognóstico do que aqueles derivados de outras etiologias. Alguns fatores de risco também podem aumentar as chances de transformação, como xeroderma pigmentoso, albinismo, porfiria cutânea, além do tabagismo e imunossupressão⁶.

Várias abordagens são apontadas como forma de tratamento para a QA, desde métodos mais invasivos como a vermelhectomia, crioterapia, eletrocauterização e ablação à laser, até métodos menos invasivos como uso quimioterapia tópica e terapia fotodinâmica, além do uso de bloqueador solar labial, com fator de proteção solar (FPS) 30 ou maior e utilização de chapéus de aba larga³. Entretanto, não existe um consenso na literatura sobre a técnica mais efetiva para tratamento de QA. Diante disso, o presente estudo objetiva fazer uma revisão integrativa da literatura a fim de elucidar as abordagens terapêuticas não cirúrgicas utilizadas para a QA.

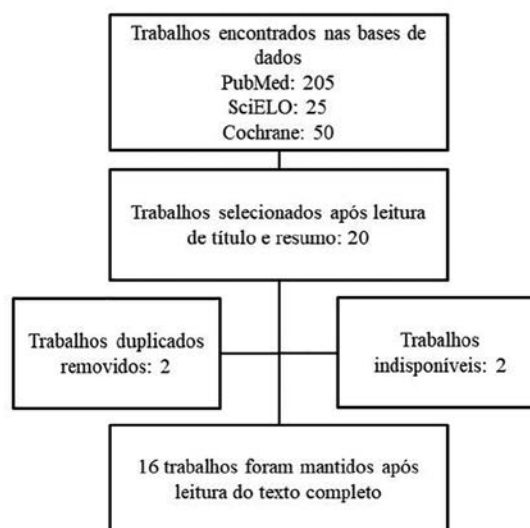
MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização deste estudo de revisão da literatura, foi feita uma busca nas bases de dados PubMed, Scielo e Cochrane. Os critérios de inclusão utilizados foram artigos relacionados aos tratamentos não cirúrgicos para QA, em língua inglesa, espanhola, francesa e em português, que foram publicados entre 2015 a abril de 2020. A escolha do lapso temporal de cinco anos justifica-se pelo fato de se buscar o levantamento das abordagens terapêuticas atuais para a QA. Foram excluídos artigos com acesso indisponível, artigos de revisão da literatura e cartas ao editor.

Para a estratégia de busca nas bases de dados, foram utilizados os descritores: ("actinic cheilitis" OR cheilitis OR cheilosis OR cheiloses OR "actinic cheilosis" OR "actinic cheiloses" OR "solar cheilosis" OR "solar cheilitis" OR "actinic keratosis in lip" OR "actinic keratoses in lip" OR "solar keratosis in lip" OR "solar keratoses in lip")

AND (*treatment* OR *therapy* OR *therapeutics*). Esses descritores foram selecionados com base em uma consulta prévia à literatura, com objetivo de averiguar quais eram compatíveis com o tema de estudo.

Os resultados da busca e seleção dos artigos estão contidos no Fluxograma 1.



Fluxograma 1 – Sequência de busca e seleção dos artigos.

RESULTADO

Foi realizada a extração e o registro dos dados dos estudos selecionados (Tabela 1) englobando, para cada estudo, os autores e ano de publicação dos artigos, a amostra utilizada, os resultados clínicos obtidos, os efeitos adversos apresentados pelos pacientes e o tipo de estudo realizado.

Tabela 1 – Dados encontrados nos estudos selecionados.

Autor e ano de publicação	Amostra	Terapia	Resultados	Efeitos adversos	Tipo de estudo
Choi et al. 2015 (7)	30	Er:YAG AFL TFD + MAL x TFD + MAL.	Efetivo	Eritema e queimação	Estudo retrospectivo
Fai et al. 2015 (8)	10	TFD-d + MAL 16%	Efetivo	Eritema e edema	Estudo prospectivo
Suárez-Pérez et al. 2015 (9)	10	LED + MAL 16%	Não foi efetivo	Eritema, edema e crostas hemorrágicas	Estudo prospectivo
Florez et al. 2016 (10)	7	Mebutato de Ingenol 0.015% gel	Efetivo	Eritema e erosão	Relato de caso
Tzika et al. 2016 (11)	1	Mebutato de Ingenol 0.015% gel	Efetivo	Sem reação local	Relato de caso
Chaves et al. 2017 (12)	16	TFD + MAL 16%	Efetivo	Eritema e edema	Ensaio clínico
Radakovic et al. 2017 (13)	11	TFD + 5-ALA	Efetivo	Edema, erosão e dor	Estudo retrospectivo
Benati et al. 2018 (14)	3	Mebutato de Ingenol 0.015% gel	Efetivo	Edema, erosão e ulceração	Relato de caso

continua...

Tabela 1 – Continuação

Autor e ano de publicação	Amostra	Terapia	Resultados	Efeitos adversos	Tipo de estudo
Cohen et al. 2018 (15)	1	5-FU 5%	Tratamento foi interrompido	Inflamação no local de aplicação e neutropenia severa	Relato de caso
Husein-Elahmed et al. 2018 (16)	30	Imiquimode 5% x Mebutato de Ingenol 0.015% gel x Diclofenaco Sódico 3% gel	As três terapias foram efetivas (Imiquimode com melhor resultado)	Não citados	Ensaio clínico
Bezerra et al. 2019 (17)	15	Fludroxicortida 0.125 mg/g	Efetivo	Queimação e dor	Ensaio clínico
Gonzaga et al. 2018 (18)	19	Diclofenaco Sódico 3% gel	Efetivo	Queimação e prurido	Ensaio clínico
Levi et al. 2019 (19)	11	TFD-d + MAL 16%	Efetivo	Eritema, dor e edema	Estudo retrospectivo
Radakovic et al. 2020 (20)	19	TFD + 5-ALA	Efetivo	Dor, erosão, edema e reativação de herpes vírus	Estudo prospectivo
Rossini et al. 2020 (21)	14	Mebutato de Ingenol 0.015% gel	Efetivo	Ardência, queilite angular e dor.	Ensaio clínico
Andreadis et al. 2020 (22)	20	TFD-d + MAL 16%	Efetivo	Eritema, edema, descamação e erosão	Ensaio clínico

Er:YAG AFL *erbium: yttrium-aluminium-gamet ablative fractional laser*; TFD: terapia fotodinâmica; TFD-d: terapia fotodinâmica-daylight; MAL: metilaminolevulinato; LED: *light emitting diode*; 5-ALA: ácido 5-aminolevulínico; 5-FU: 5-fluorouracil.

DISCUSSÃO

Terapia fotodinâmica

A TFD vem sendo utilizada nas diversas áreas da Odontologia, por sua eficácia terapêutica amplamente comprovada. O mecanismo de ação da TFD está relacionado à inibição das enzimas mitocondriais a partir da utilização de um agente fotossensibilizante e um agente emissor de fótons que o ative, seja ele diodo laser, diodo emissor de luz (LED) ou luz solar^{21,12,8}.

Três estudos analisaram a utilização de TFD-daylight + metilaminolevulinato (MAL)^{22,19,8}. A TFD-daylight consiste em aplicação de um fotossensibilizador no local desejado e sua posterior ativação a partir da exposição à luz natural. O estudo de Fai et al.⁸ com 10 pacientes que apresentavam QA refratária, utilizou um creme de MAL 16% com instrução de aplicação de bloqueador solar FPS-50 na face e outras áreas do corpo expostas ao sol 30 minutos antes da exposição e em seguida ficarem ao sol por 2 horas. A sessão de tratamento foi realizada 2 vezes, como intervalo de 7-14 dias. Sete pacientes apresentaram resposta completa ao tratamento, o que foi mantido em 5 deles após reavaliação em 6-12 meses. Já no estudo de Levi et al.¹⁹, foi orientada a aplicação de bloqueador solar FPS-20 na face e curetagem da descamação labial, seguidas de aplicação de creme de MAL no lábio afetado e exposição do paciente ao sol por 2 horas e 30 minutos e repetição da sessão em 2-4 semanas até remissão clínica da lesão, com uma média de 2 sessões para se obter o resultado

desejado. O tempo médio de reavaliação foi de 30 meses, com cura clínica de 90%. O estudo conduzido por Andreadis et al.²² consistiu na aplicação de um protetor solar orgânico em todas as áreas que seriam expostas ao sol e remoção das crostas e escamas labiais após 15 minutos. Na prega gengivolabial inferior foi colocado um rolo de algodão contendo creme de MAL a 16% e aplicação em todo o lábio acometido. Os pacientes ficaram expostos 2 horas ao sol. Assim, foram realizadas duas sessões de tratamento com uma semana de intervalo. Esses pacientes foram acompanhados em um período de 12 meses após o tratamento e avaliados em parâmetro clínicos e dermatoscópicos. Ao final do acompanhamento, foi perdido o seguimento de mais 2 pacientes e 2 tiveram recorrência comprovada histologicamente em 3 e 6 meses de acompanhamento. Ou seja, de 20 pacientes que completaram o tratamento, 16 ficaram livres da QA.

Chaves et al.¹² testou a TFD + MAL em 16 pacientes, submetidos a curetagem superficial das escamas labiais, seguido da aplicação de um creme de MAL 16% e cobertura da área com plástico filme e alumínio, por um período de 3 horas. Após remoção do curativo, uma luz de laser vermelho foi aplicada por aproximadamente 8 minutos, com dose total de 37 J/cm² e a mesma sessão foi repetida após 2 semanas, com reavaliação final e nova biópsia após 3 meses do final do tratamento. Diante disso, foi observada uma resposta clínica em 62.5% dos pacientes e alterações histopatológicas em todos os pacientes, seja de melhora ou piora da displasia, além de não apresentar alteração imunohistoquímica em nenhum paciente tratado.

Choi et al.⁷ testou a efetividade da TFD + MAL + ablação fracionada por laser de *erbium:yttrium-aluminium-garnet* (Er:YAG), dividindo os 30 pacientes em grupo teste (TFD + MAL + ALF Er:YAG) e grupo controle (TFD + MAL). O grupo teste foi submetido à sessão única, onde foi realizada curetagem das escamas labiais, aplicação de creme de lidocaína-prilocaína 5% por 30 minutos, seguido da aplicação da ablação fracionada por laser Er:YAG e aplicação de um creme de MAL 16% seguida de aplicação de um curativo por 3 horas. Foi aplicada luz vermelha (632 nm e dose total de 37 J/cm², além de prescrição de prednisolona (10-15 mg por 3 dias) para prevenir o edema do lábio. Dessa forma, o grupo controle foi submetido apenas a aplicação do creme de MAL e luz vermelha, em duas sessões, com intervalo de tempo de 1 semana entre elas. Após reavaliação, com 12 meses, o grupo teste (sessão única) apresentou maior eficácia e menor taxa de recorrência que o grupo controle (duas sessões). Entretanto, em relação ao aspecto clínico e efeitos adversos, ambos os grupos apresentaram resultados semelhantes.

O estudo de Suárez-Pérez et al.⁹ observou o tratamento que utilizava aplicação tópica de um creme de MAL 16% e curativo oclusivo sobre o lábio por 3 horas, seguido de duas aplicações de LED vermelha (630 nm), com uma primeira dose de 20 J/cm² e a segunda dose de 80 J/cm², após 2 horas. A reavaliação para observar o desfecho clínico foi feita 1 mês depois e o autor concluiu que considerando as respostas clínicas e histológicas, esse tratamento não pode ser considerado como primeira linha de tratamento para QA.

Radakovic et al.²⁰ analisaram a efetividade da TFD associada ao 5-ALA em formato de adesivo (Alacare). Os adesivos foram aplicados diretamente em todo o lábio, incluindo áreas visivelmente normais, por 4 horas. Após remoção do adesivo, o lábio era limpo com solução salina 0,9%. Os pacientes receberam uma única aplicação de laser de luz vermelha por 10 minutos, média do comprimento de onda de 635 nm, dose de 37 J/cm² e intensidade de 61,7 mW/cm². Três meses após a terapia, 17 pacientes (89,5 %) obtiveram remissão completa da lesão. Um paciente apresentou recorrência de QA no período de 6 meses. A completa remissão clínica avaliada no período de 12 meses foi de 84,2%, apresentando excelente melhora estética. Diante disso, esse protocolo terapêutico deve ser considerado como um tratamento válido para pacientes com QA.

Fludrocortida

A fludrocortida é um corticosteroide utilizado na dermatologia para tratamento de lesões inflamatórias. Apesar dos poucos estudos sobre seu mecanismo de ação, esse fármaco reduz os sinais da inflamação e estimula substâncias pró-inflamatórias¹⁷.

Bezerra et al.¹⁷ avaliaram a eficácia da fludrocortida, com 15 pacientes tratados com o creme dermatológico fludrocortida 0.125 mg/g (3 vezes ao dia por 6 semanas) associado ao uso de protetor labial antes de exposição solar. Oito pacientes compareceram ao grupo controle, usando somente protetor labial antes da exposição solar, FPS 60 para ambos os grupos. No caso de melhora clínica ou presença de

qualquer tipo de efeito adverso, a terapia foi descontinuada. Dos pacientes tratados com Fludrocortida, 5 obtiveram melhora total, 7 melhora parcial e 3 deles não apresentaram nenhuma alteração do quadro clínico. No entanto, um desses pacientes precisou interromper o tratamento pelo desenvolvimento de efeitos adversos. Já no grupo controle, 1 apresentou melhora total, 4 melhora parcial e em 3 também não houve mudança. Ao final do estudo, concluiu-se que a corticoterapia com o creme dermatológico Fludrocortida 0.125 mg/g promoveu melhora clínica na maioria dos casos e a maioria dos pacientes não apresentou queixa de efeitos adversos severos ou sistêmicos, ficando satisfeitos com o resultado.

Mebutato de ingenol (MI)

O mebutato de ingenol é a substância ativa da planta *Euphorbia peplus*. Essa substância induz a morte celular e respostas imunológicas com produção de anticorpos para promover a morte das células displásicas. Dessa forma, ele é utilizado por um curto período de tempo e apresenta resultados importantes²¹.

Em Rossini et al.²¹, os pacientes foram submetidos ao tratamento com mebutato de ingenol gel 0.015% para autoaplicação por 3 dias consecutivos. Ao final da terapia, todas as lesões apresentaram melhora clínica e foi realizada uma biópsia com *punch* para análise tecidual. Apesar da evidente melhora clínica em todos os pacientes, nenhum obteve cura completa comprovada por histopatologia ou imuno-histoquímica, pois os tecidos ainda apresentavam displasia epitelial e alterações na expressão de p53. No entanto, não houve agravamento clínico em nenhum paciente.

Benati et al.¹⁴ relataram 3 casos tratados com mebutato de ingenol gel 0.015% por 3 dias consecutivos. A resposta ao tratamento foi monitorada por meio de parâmetros clínicos, dermatoscopia e microscopia confocal de reflectância (RCM) tanto antes do início do tratamento, quanto nos dias 7 e 28 do tratamento. Caso 1: no dia 7 foram observadas, clínica e dermatoscopicamente, eritema, descamação e inchaço. A RCM demonstrou várias células inflamatórias. No dia 30 observou-se melhora completa da área tratada. Caso 2: a análise clínica e dermatoscópica do dia 7 demonstraram crostas, inchaços e erosões localizadas. Já a RCM exibiu formação de vesículas com acantólise de queratinócitos. Ao dia 30 ambas mostraram recuperação completa. Caso 3: no dia 7 foram observadas, clínica e dermatoscopicamente, eritema, descamação, inchaço e erosão, enquanto que a RCM mostrou formação de vesículas com necrose de queratinócitos, descamação e crostas. Ao dia 30 ambos os exames evidenciaram melhora completa.

O relato de caso de Tzika et al.¹¹ aponta o uso do mebutato de ingenol (MI) para o tratamento de um caso de QA refratária ao uso de TFD *red light* e a aplicação tópica de imiquimode 5% creme prévias. O regime adotado para o caso foi 150 µg de mebutato de ingenol em gel, 1 vez ao dia, por 3 dias consecutivos, inicialmente. Após esse período, foi observada melhora na aparência clínica com redução da descamação. Então, após 3 semanas, a prescrição seguiu com ciclos adicionais de 150 µg de MI em gel com 1 aplicação

ao dia por 3 dias para resolução das lesões residuais. Ao final do tratamento, o lábio apresentou melhora clínica completa. Entretanto, após 10 meses a QA reapareceu e mais um ciclo de MI gel na mesma posologia foi adicionado e assim houve a remissão da lesão novamente.

Outro relato de caso foi conduzido por Flórez et al.¹⁰ que descreveram 7 casos de QA tratados por mebutato de ingenol 0,015% gel aplicado 1 vez ao dia por 3 dias. Todos os pacientes responderam de maneira satisfatória. Quatro deles tiveram melhora da condição inicial e os outros 3 tiveram resolução completa da lesão. Após terapia não específica para resolução das reações locais, todas regrediram em 1 a 2 semanas.

Diclofenaco sódico (DS)

O diclofenaco sódico (DS) é um agente anti-inflamatório não esteroideal utilizado no tratamento das queratoses actínicas em pele. Diante disso, os estudos mostram a superexpressão frequente de COX-2 em QAs, apontando o diclofenaco sódico como uma alternativa terapêutica interessante²³.

A terapia com DS foi analisada por Gonzaga et al.¹⁸ em seu estudo, os pacientes utilizaram DS gel a 3% para aplicação tópica, no regime de 3 vezes ao dia por 90 dias. Dez pacientes apresentaram remissão clínica total da QA, enquanto 3 apresentaram melhora parcial. Em contrapartida, 1 paciente exibiu piora do quadro clínico. Além disso, 5 pacientes precisaram interromper o tratamento devido a efeitos adversos moderados no local da aplicação e 12 abandonaram o tratamento por motivos não relacionados ao estudo. Ao final do tratamento, a maioria dos pacientes relatou estar satisfeita com o tratamento e que a droga utilizada não foi irritante para a boca. O gel de DS (3%) pode ser uma alternativa promissora no tratamento da queilite actínica, porém ainda são necessários mais estudos com amostras maiores para melhor elucidação dessa terapêutica.

Imiquimode (IMI)

O imiquimode é um fármaco modificador da resposta imune que atua ativando o receptor *toll-like 7*. A partir disso, ocorre estimulação para produção e secreção de interferons e citocinas pró-inflamatórias, como, interferon-alfa (IFN- α), fator de necrose tumoral-alfa (TNF- α), interleucina 7 (IL-7), fator estimulador de colônias de granulócitos e macrófagos (GM-CSF)²⁴.

Husein-EIAhmed et al.¹⁶ estudaram a eficácia de imiquimode, mebutato de ingenol e diclofenaco no tratamento da QA. O regime de posologia adotado foi: imiquimode 5% creme, 1 vez por 3 dias a cada semana, durante 4 semanas para um grupo de 10 pacientes; MI 150 μ /g gel, 1 tubo a cada 3 dias consecutivos, em outro grupo de 10 pacientes; e diclofenaco 3% gel, 2 vezes ao dia por 6 semanas em um último grupo também com 10 pacientes. Cinco pacientes dos 10 tratados com IMI (50%), 4 dos 10 pacientes tratados com MI, (40%) e 2 dos 10 pacientes tratados com DS (20%) apresentaram eliminação total da QA.

5-Fluorouracil (5-FU)

O 5-fluorouracil (5-FU) é um quimioterápico antineoplásico amplamente utilizado em lesões dermatológicas. Esse fármaco é convertido em diversos metabólitos intracelulares que afetam o DNA e o RNA¹⁵.

Cohen et al.¹⁵ relata um caso de um homem de 69 anos com QA que desenvolveu uma neutropenia grave no dia 11 do tratamento com 5-FU 5% tópico, após 14 aplicações. Entretanto, o paciente já apresentava, antes do tratamento, vários problemas sistêmicos. A posologia proposta foi 1 aplicação por dia de 5-FU 5% tópico por uma semana, seguida de 2 aplicações por dia nas duas semanas seguintes. Durante a primeira semana do tratamento, o paciente não relatou nenhuma dificuldade e então prosseguiu para as duas aplicações diárias na semana seguinte. A partir disso, o local do tratamento ficou inflamado, mas o paciente não tinha queixas sobre sua saúde sistêmica. Após sua aplicação matinal do dia 7 (14ª aplicação) do tratamento, ele fez um hemograma de rotina (que fazia desde que teve anemia após overdose de AINEs) o qual demonstrou uma neutropenia severa, provavelmente associada a toxicidade por 5-fluorouracil. Dessa forma, foi necessária a descontinuação do tratamento. Vale ressaltar que esse é um caso raro, pois efeitos adversos sistêmicos não são esperados para o tratamento tópico com o 5-fluorouracil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento por métodos não-invasivos demonstra menos efeitos secundários quando comparados aos mais invasivos. Terapias farmacológicas são opções de tratamento não-invasivas e são representadas pelos fármacos diclofenaco sódico, mebutato de ingenol, imiquimode, 5-fluorouracil e fludrocortida. Além das terapias farmacológicas, também existem outras opções não-invasivas como o uso de proteção labial intensa e terapia fotodinâmica. Diante disso, a terapia fotodinâmica se apresenta como uma alternativa terapêutica bastante promissora para tratamento da QA, porém mais estudos são necessários estudos para avaliar melhor a eficácia e segurança desse tratamento, bem como o protocolo mais adequado e eficiente.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

FINANCIAMENTO

Esse estudo não recebeu financiamento para sua realização.

REFERÊNCIAS

1. Mello FW, Melo G, Modolo F, Rivero ERC. Actinic cheilitis and lip squamous cell carcinoma: Literature review and new data from Brazil. *J Clin Exp Dent*. 2019;11(1):62-9.
2. Dancyger A, Heard V, Huang B, Suley C, Tang D, Ariyawardana A. Malignant transformation of actinic

- cheilitis: A systematic review of observational studies. *J Invest Clin Dent*. 2018;e12343. <https://doi.org/10.1111/jicd.12343>
3. Savage NW, MacKay C, Faulkner C. Actinic cheilitis in dental practice. *Aust Dent J*. 2010;55(1):78-84.
 4. Rodríguez-Blanco I, Flórez A, Paredes-Suárez C, Rodríguez-Lojo R, González-Vilas D, Ramírez-Santos A, et al. Actinic Cheilitis Prevalence and Risk Factors: A Cross-sectional, Multicentre Study in a Population Aged 45 Years and Over in North-west Spain. *Acta Derm Venereol*. 2018;98(10):970-4.
 5. Brito LNS, Bonfim ACEA, Gomes DQC, Alves PM, Nonaka CFW, Godoy GP. Clinical and histopathological study of actinic cheilitis. *Rev Odontol UNESP*. 2019;48:e20190005. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.00519>
 6. Jadotte YT, Schwartz RA. Solar cheilosis: An ominous precursor: part. I. Diagnostic insights. *J Am Acad Dermatol*. 2012;66(2):173-84.
 7. Choi SH, Kim KH, Song KH. Efficacy of ablative fractional laser-assisted photodynamic therapy for the treatment of actinic cheilitis: 12-month follow-up results of a prospective, randomized, comparative trial. *B J Dermatol*. 2015;173(1):184-91.
 8. Fai D, Romanello E, Brumana MB, Fai C, Vena GA, Cassano N, et al. Daylight photodynamic therapy with methylaminolevulinic acid for the treatment of actinic cheilitis. *Dermatol Ther*. 2015;28(6):355-8.
 9. Suárez-Pérez JA, López-Navarro N, Herrera-Acosta E, Aguilera J, Gallego E, Bosch R, et al. Treatment of actinic cheilitis with methylaminolevulinic acid photodynamic therapy and light fractionation: a prospective study of 10 patients. *E J Dermatol*. 2015;25(6):623-4.
 10. Flórez A, Batalla A, de la Torre C. Management of actinic cheilitis using ingenol mebutate gel: A report of seven cases. *J Dermatol Treat*. 2017;28(2):149-51.
 11. Tzika E, Masouyé I, Mühlstädt M, Laffitte E. Ingenol mebutate for recalcitrant chronic actinic cheilitis. *Dermatol*. 2016;232(1):1-3.
 12. Chaves YN, Torezan LA, Lourenço S, Neto CF. Evaluation of the efficacy of photodynamic therapy for the treatment of actinic cheilitis. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2017;33(1):14-21.
 13. Radakovic S, Tanew A. 5-aminolevulinic acid patch PDT in the treatment of actinic cheilitis. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2017;33(6):306-10.
 14. Benati E, Pampena R, Bombonato C, Borsari S, Lombardi M, Longo C. Dermoscopy and reflectance confocal microscopy for monitoring the treatment of actinic cheilitis with ingenol mebutate gel: report of three cases. *Dermatol Ther*. 2018;e12613. <https://doi.org/10.1111/dth.12613>
 15. Cohen PR. Topical application of 5-fluorouracil 5 percent cream associated with severe neutropenia: discussion of a case and review of systemic reactions after treatment with 5-fluorouracil. *Dermatol Online J*. 2018;24(4): 13030/qt974797j7.
 16. Husein-ElAhmed H, Almazan-Fernandez FM, Husein-ElAhmed S. Ingenol mebutate versus imiquimod versus diclofenac for actinic cheilitis: a 6-month follow-up clinical study. *Clin Exp Dermatol*. 2018;44(2):231-4.
 17. Bezerra HIO, Gonzaga AKG, Silveira EJD, Oliveira PT, Medeiros AMC. Fludrocortidone cream as an alternative therapy for actinic cheilitis. *Clin Oral Invest*. 2019;23(10):3925-31.
 18. Gonzaga AKG, Oliveira PT, Silveira EJD, Queiroz, LMG, Medeiros AMC. Diclofenac sodium gel therapy as an alternative to actinic cheilitis. *Clin Oral Invest*. 2018;22(3):1319-25.
 19. Levi A, Hodak E, Enk CD, Snast I, Slodownik D, Lapidoth M. Daylight photodynamic therapy for the treatment of actinic cheilitis. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2019;35(1):11-6.
 20. Radakovic S, Dangl M, Tanew A. 5-Aminolevulinic acid patch (Alacare) photodynamic therapy for actinic cheilitis: data from a prospective 12-month follow-up study on 21 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020; <https://doi.org/10.1111/jdv.16247>
 21. Rossini RC, Dellatorre G, Mesquita LAF, Tarlé RG. Ingenol mebutate treatment for actinic cheilitis: clinical, histopathological and p53 profile of 14 cases. *J Dermatol Treat*. 2020; <https://doi.org/10.1080/09546634.2020.1724865>
 22. Andreadis D, Pavlou AM, Vakirlis E, Anagnostou E, Vrani F, Pouloupoulos A, et al. Daylight photodynamic therapy for the management of actinic cheilitis. *Arch Dermatol Res*. 2020; <https://doi.org/10.1007/s00403-020-02069-y>
 23. Rojas IG, Martínez A, Brethauer U, Grez P, Yefi R, Luza S, et al. Actinic cheilitis: epithelial expression of COX-2 and its association with mast cell tryptase and PAR-2. *Oral oncology*. 2009;45(3):284-90.
 24. Skinner Jr RB. Imiquimod. *Dermatologic Clinics*. 2003;21(2):291-300.

REABILITAÇÃO IMPLANTOSSUPOORTADA PELA TÉCNICA “ALL ON FOUR” APÓS PERIIMPLANTITE MANDIBULAR: RELATO DE CASO

IMPLANT REHABILITATION SUPPORTED BY THE “ALL ON FOUR” TECHNIQUE AFTER MANDIBULAR PERIIMPLANTITIS: CASE REPORT

Renato Abrantes Cavalcante¹, Tháilson Ramon de Moura Batista¹, Alana Moura Xavier Dantas², Carlos Roberto Braga Dias³, Gilberto Ramos De Souza Junior³, Renata Moura Xavier Dantas⁴.

1. Graduando em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) - Campus VIII, Araruna – Paraíba – Brasil;
2. Especialista em Prótese dentária pela a Universidade Paulista - UNIP e doutoranda em Odontologia pela UFPE;
3. Implantodontista e Protesista pela Associação Brasileira de Odontologia Pernambuco (ABO/PE);
4. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela UFBA/HGE/HSA (Obras Sociais Irmã Dulce), Salvador – BA

Palavras-chave:

Periimplantite; Implantes Dentários; Reabilitação Bucal.

RESUMO

Com o avanço da odontologia, os implantes dentários tornaram-se cada vez mais atrativos por oferecerem um melhor conforto, estética e função mastigatória. Todavia, com o aumento da sua utilização também surgiram os problemas, dentre eles a periimplantite. Vista como uma doença irreversível de caráter inflamatório, ela afeta os tecidos ao seu redor, levando à perda. No contexto da Implantodontia, os implantes dentários são afetados pela periimplantite – quando instalada – o que induz à destruição dos tecidos de suporte e proteção adjacentes, ocasionando também a perda destas reabilitações. Portanto, novas reabilitações devem ser planejadas para que possam corrigir os defeitos causados pela doença. Dentre as opções, a técnica “All on four” apresenta-se como vantajosa, podendo ser escolhida para grandes reabilitações. Logo, o presente artigo tem o objetivo de descrever um caso clínico utilizando a técnica “all on four” que reabilitou um paciente edêntulo em mandíbula, na qual possuía implantes afetados pela periimplantite, optando-se pela remoção e nova instalação de 4 implantes pela técnica escolhida. Após 4 meses, foi realizada a instalação da prótese definitiva.

Keywords:

Periimplantitis; Dental Implants; Oral Rehabilitation.

ABSTRACT

With the advancement of dentistry, dental implants have become increasingly attractive as they offer better comfort, aesthetics and masticatory function. However, with the increase in its use, problems also arose, among them the peri-implantitis disease. Seen as an irreversible disease with an inflammatory character, it affects the tissues around it, leading to loss. In the context of Implantology, dental implants are affected by peri-implantitis - when installed - which induces the destruction of adjacent support and protective tissues, also causing the loss of these rehabilitations. Therefore, new rehabilitation must be planned so that they can correct the defects caused by the disease. Among the options, the “All on four” technique presents itself as an advantage and can be chosen for major rehabilitation. Therefore, the present article aims to describe a clinical case using the “all on four” technique that rehabilitated an edentulous patient in the mandible, in which he had implants affected by peri-implantitis, opting for the removal and new installation of 4 implants by the technique chosen. After 4 months, the definitive prosthesis was installed.

Autor Correspondente:

Renato Abrantes Cavalcante
Endereço: Rua Antônio Carneiro,65 / APT 203, 2º Andar /Centro/, Araruna – PB CEP 58233000
E-mail: renato.abrantes2011@gmail.com
Telefone: (83) 99343-7796

INTRODUÇÃO

As reabilitações com implantes dentários vêm demonstrando uma taxa significativamente eficaz para reposição de um ou vários dentes perdidos. Com isso, aumentaram-se os números destas instalações, o que também se associa com as responsabilidades biológicas que esta demanda pode trazer. As complicações na Implantodontia podem ser advindas de inúmeros fatores, dentre eles, falta da história médica progressiva,

negligência no trans-operatório, macrotraumas durante o período de osseointegração ou ainda, a falta de higienização e cuidados necessários por parte do portador. Nessa perspectiva, os tecidos periimplantares adjacentes serão afetados pela falta de cuidados para com a saúde periimplantar. Isso faz com que a doença seja cada vez mais estudada e difundida nos dias atuais^{1,2}.

O aumento da prevalência das doenças periimplantares — condição de caráter inflamatório nos tecidos moles e duros que cerca os implantes dentários — concomitantemente com

a disseminação dos implantes no tratamento odontológico, traz consigo a diminuição da vida útil das instalações. Quando ocorre a remoção dos implantes acometidos pela periimplantite, existem diversas formas de substituir os elementos, dependendo do caso e do paciente. Uma das formas que se mostra eficaz nas reposições desses elementos é a reabilitação a partir do protocolo "All on Four"^{3,4,5}.

A técnica "All on Four" consiste na instalação de quatro implantes dentários em região com tecido ósseo remanescente de boa qualidade. No protocolo, instalam-se dois (2) implantes centrais de forma paralela e dois (2) implantes distais, com uma inclinação de até 45° graus. Esta inclinação tem o intuito de agregar mais vantagens funcionais à reabilitação. Dentre estes benefícios, a inclinação dos implantes distais permite melhorar a estabilidade da prótese diminuindo assim o cantilever; dispensa o uso de enxertos, uma vez proporciona a ancoragem do implante em estrutura remanescente; diminuindo também a quantidade de implantes utilizados; e apresentando uma redução nos custos, o que faz a técnica ser bem aceita entre os cirurgiões e os pacientes. Uma das principais indicações da técnica é a reabilitação de maxilares atroficos⁵.

Desta maneira, o presente artigo tem o objetivo de relatar um caso clínico de reabilitação implantossuportada em mandíbula pela técnica "All on Four", após periimplantite.

RELATO DE CASO

Paciente G.M.B., 55 anos, sexo Masculino, compareceu ao Serviço de Implantodontia da Associação Brasileira de

Odontologia – ABO/PE para reabilitação protética, mencionando ter efetuado a instalação de implantes dentários há mais de 1 ano. Ao exame clínico, paciente apresentando implantes com espiras expostas, cicatrizadores nos implantes centrais, covers nos distais, todos com mobilidade significativa, presença de cálculo, e higiene oral inadequada (Figura 1).



Figura 1 – Vista clínica intraoral do paciente no pré-operatório.

Ao exame tomográfico pode-se comprovar perda óssea periimplantar em todos os implantes mandibulares. Portanto, foi constatada a impossibilidade e inviabilidade de reabilitação através dos mesmos implantes. Porém, o paciente apresenta remanescente ósseo para instalação de novos implantes (Figura 2).

75

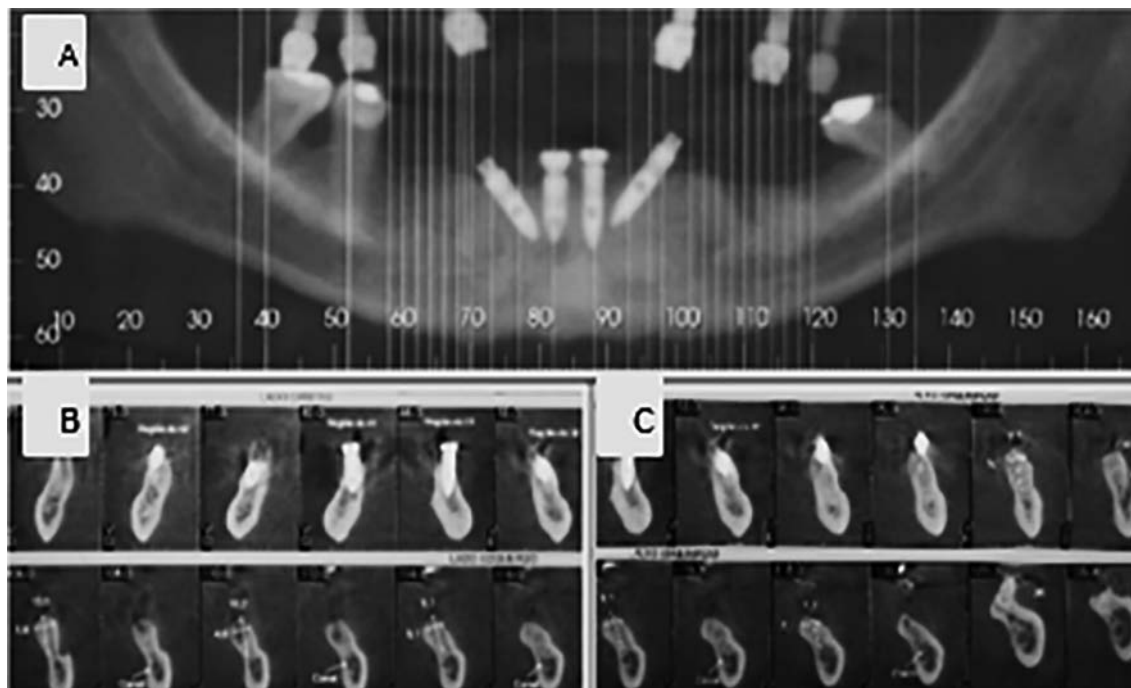


Figura 2 – Exame tomográfico. (A) reconstrução panorâmica dos implantes já instalados, (B e C) cortes parasagittais, demonstrando a perda óssea ao redor dos implantes.

Desta forma, optou-se pela remoção de todos os implantes mandibulares, com instalação imediata de quatro novos implantes. A retirada foi possível através do uso da chave *Retriever* junto com a catraca, aplicando-se um torque anti-horário,

removendo-os, sem perda de estrutura óssea. Imediatamente, foram instalados quatro implantes em osso remanescente viável na região localizada entre os forames mentuais, sendo dois centrais e os distais, com angulação de 17° (Figura 3 e 4).

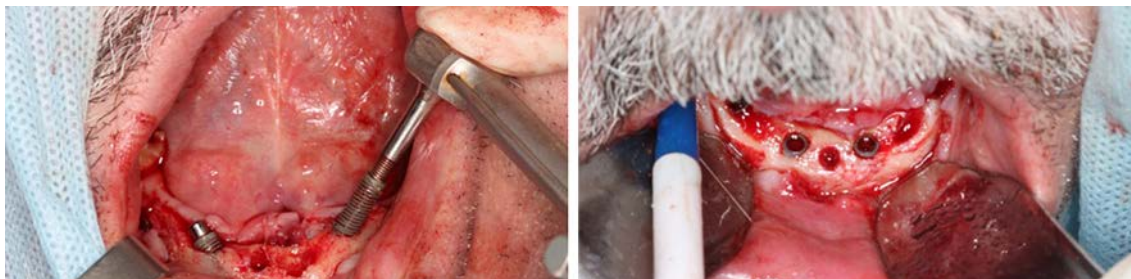


Figura 3 – Vista intraoral após remoção, e instalação imediata dos novos implantes.

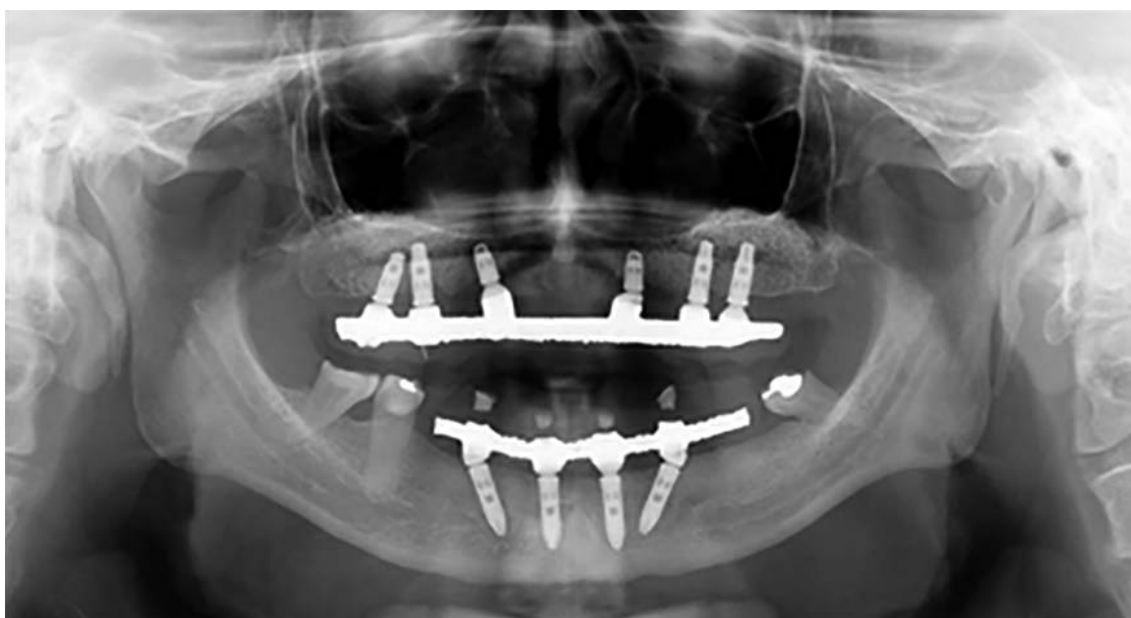


Figura 4 – Imagem radiográfica pós-operatória.

Após 4 meses, realizou-se a reabilitação protética definitiva, através de minipilares e prótese de resina.

DISCUSSÃO

Na Odontologia o implante possui sua importância por repor elementos dentários perdidos, devolvendo para o paciente entusiasmo estético e capacidade mastigatória. Contudo, pode trazer consigo uma doença de caráter inflamatório, a periimplantite. As alterações advindas dessa doença afetam os tecidos rodeados pelo implante, causando perda óssea, inflamações nos tecidos moles e impossibilitando reabilitações. O número de periimplantites vem aumentando devido ao maior número de implantes instalados a cada ano, paralelamente ao descuido dos pacientes em relação à

higienização. Em contrapartida, outros fatores também podem compactuar com a progressão dessa doença⁶.

Para se diminuir o risco da periimplantite devem ser tomadas várias medidas, tais como, a investigação do histórico do paciente, entendendo seus hábitos e condições de saúde geral. Pacientes que já são portadores de periodontite grave, hábitos tabagistas, diabéticos, imunossuprimidos, dentre outros, têm maior probabilidade de desenvolver periimplantite^{2,7}.

Além dos fatores pertinentes aos pacientes, há também os cuidados no que diz respeito à técnica cirúrgica e ao planejamento da reabilitação. O posicionamento do implante (de forma a facilitar a higienização), o super aquecimento das brocas no trans-cirúrgico, posicionamentos que causem carga oclusal excessiva e também compressão óssea, são indicativos de risco e devem ser evitados^{7,8}.

Segundo Berglundh et al.⁷, o biofilme bacteriano é um dos principais iniciadores na incidência da doença periimplantar. Um fator relevante que contribui para que a incidência diminua, é a Terapia Periodontal Básica, devendo ser realizada de quatro à cinco meses depois da instalação e assim sucessivamente, tempo ideal para manter a saúde periimplantar^{7,8}.

A doença periimplantar é multifatorial, podendo ter um conjunto de terapias para que se consiga cessar a doença. Entretanto, como é uma doença irreversível, ela pode ser tratada somente com terapia cirúrgica, seguindo 4 formas de tratamento. As formas de tratamento para periimplantite vão desde Ressecção cirúrgica (1), regeneração com enxertos ósseos e Regeneração Óssea Guiada (2), Retalho de Acesso (3) e Desbridamentos Isolados (4). Apesar de serem técnicas diferentes, todas se apresentaram com o nível de eficiência similar. Quando ocorre a remoção desses implantes afetados por periimplantite são necessários uma nova reabilitação, podendo ser utilizado diversas técnicas e protocolos, dependendo da necessidade do paciente^{7,9,10}.

A reabilitação pelo protocolo "All on Four" não é um procedimento simples, por reabilitar área com o nível reduzido de estrutura óssea. Esta técnica pode ser realizada na Maxila e/ou na Mandíbula. Na mandíbula, como no caso clínico em questão, esses são fixos na região entre os forames mentonianos; sendo dois centrais com a angulação de 90° graus e dois distais com inclinação de 15° até 45° graus, condizendo com o presente trabalho^{11,12}.

Embora exista um padrão na instalação dos implantes anteriores, a variação na angulação dos posteriores vai depender de cada caso. Essa inclinação traz diversas vantagens como a utilização de menos implantes, tornando o procedimento menos invasivo; diminuição no comprimento do cantilever e menor estresse ósseo^{13,14}.

Já no que diz respeito aos protocolos de carregamento de implantes, há diversas linhas de pesquisa e variadas formas de conduta terapêutica. Dentre as opções disponíveis para carregamento protética, há o carregamento convencional, carregamento precoce e carregamento imediato para prótese fixa de todo o arco. A elaboração da prótese permanente consiste em uma prótese fixa de arco metálico com cerâmica, instalada depois de três meses da cirurgia. É importante saber qual o material protético é usado, uma vez que podem causar estresse e deformações no osso periimplantar^{15,16}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença periimplantar pode causar perda dentária assim como outras consequências pertinentes aos implantes dentários já instalados. Portanto, sugere-se que estes implantes condenados pela doença e que necessitam ser substituídos, podem ser submetidos à técnica "All on Four", sendo uma técnica consolidada e de bastante eficácia clínica, como demonstrado no caso relatado.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

O artigo não recebeu financiamento para sua realização.

REFERÊNCIAS

1. Avila ED, Oirschot BA, Beucken JJJ. Biomaterial-based possibilities for managing peri-implantitis. J Periodont Res. 2019;00:1-9.
2. Heitz-Mayfield LJA, Heitz F, Lang NP. Implant Disease Risk Assessment IDRA—a tool for preventing peri-implant disease. Clin Oral Impl Res. 2020;31:397-403.
3. Derks J, Schaller D, Håkansson J, Wennström JL, Tomasi C, Berglundh T. Effectiveness of Implant Therapy Analyzed in a Swedish Population: Prevalence of Peri-implantitis. J Dent Res. 2016;95(1):43-9.
4. Valente NA, Andreana SJ. Peri-implant disease: what we know and what we need to know. J Periodontal Implant Sci. 2016;46(3):136-51.
5. Soto-Peñaloza D, Zaragoza-Alonso R, Peñarrocha-Diago MA, Peñarrocha-Diago M. The all-on-four treatment concept: Systematic review. J Clin Exp Dent. 2017;9(3):474-88
6. Oliveira GB, Silva PE, Araújo CSA. Peri-implantite: considerações sobre etiologia e tratamento. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR. 2013;17(1):55-59.
7. Berglundh T, Armitage G, Araújo MG, Avila-Ortiz G, Blanco J, Camargo PM, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. Journal of Periodontology. 2018;89(1):S313–S318.
8. Monje A, Aranda L, Diaz KT, Alarcon MA, Bagramian RA, Wang HL, et al. Impact of Maintenance Therapy for the Prevention of Peri-implant Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of Dental Research. 2016;95(4):372-379.
9. Liang J, Peng X, Zhou X, Zou J, Cheng L. Emerging Applications of Drug Delivery Systems in Oral Infectious Diseases Prevention and Treatment. Molecules. 2020;25(3):516.
10. Robertson K, Shahbazian T, MacLeod S. Treatment of Peri-Implantitis and the Failing Implant. Dental Clinics of North America. 2015;59(2):329-343.
11. Tannyhill RJ, Jensen OT. Computer Simulation and Maxillary All-on-Four Surgery. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America. 2019;31(3):497-504.
12. Horita S, Sugiura T, Yamamoto K, Murakami K, Imai Y, Kirita T. Biomechanical analysis of immediately loaded implants according to the "All-on-Four" concept. Journal of Prosthodontic Research. 2017;61(2):123-32.

Reabilitação "All On Four" em mandíbula
Cavalcante RA, et al.

13. Durkan R, Oyar P, Deste G. Maxillary and mandibular all-on-four implant designs: A review. *Niger J Clin Pract.* 2019;22:1033-40.
14. Hassine MBH, Bucci P, Gasparro R, Lauro AE, Sammartino G. Safe approach in "All-on-four" technique: a case report. *Ann Stomatol.* 2014;5(4):142-45.
15. Lopes A, Maló P, Araújo NM, Sánchez-Fernández E, Gravito I. Treatment Concept for Rehabilitation of Edentulous Jaws: A Retrospective Report on the 7-Years Clinical and 5-Years Radiographic Outcomes. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2017;19(2):233-244.
16. Afrashtehfar, KI. The all-on-four concept may be a viable treatment option for edentulous rehabilitation. *Evidence-Based Dentistry.* 2016;17(2):56-7.

DISPLASIA DENTINÁRIA TIPO I: RELATO DE CASO CLÍNICO

DENTAL DYSPLASIA TYPE I: A CLINICAL CASE REPORT

Matheus dos Santos Fernandez¹, Andrielle Bianck dos Santos Cardoso², Kathleen Danielle Cardoso Nascimento², Jamille Alves Araújo Rosa³, Vanessa dos Santos Viana⁴

1. Acadêmico de Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.
2. Cirurgiã-dentista, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil.
3. Professora adjunta no Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil.
4. Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Sergipe; Professora adjunta no Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil.

Palavras-chave:

Displasia da Dentina; Dentina; Radiografia Dentária; Radiografia Panorâmica.

Keywords:

Dentinal Dysplasia; Dentin; Dental radiography; Panoramic Radiography.

RESUMO

As anomalias de desenvolvimento dos dentes, como a displasia dentinária, podem ser observadas durante os exames clínicos e radiográficos em alguns pacientes. O presente relato de caso discute sobre a Displasia Ectópica Dentinária (DD), sendo um distúrbio de desenvolvimento relacionado a formação da dentina que possui obliteração da polpa e defeito da formação da raiz. Descrita como uma condição rara e transmitida geneticamente. Ela pode ser dividida em tipos I e II, uma vez que ambas podem afetar as dentaduras decídua e permanente. O Tratamento clínico transformou-se com o passar dos anos, sendo que o protocolo indicava a necessidade de exodontia para um tratamento menos invasivo, utilizando métodos que consistem na manutenção da higiene oral, a idade do paciente, a gravidade da doença, a extensão dos sintomas e atendimento odontológico regular. Este trabalho tem como objetivo apresentar o caso clínico de um menino de 8 anos, diagnosticado com displasia dentinária do tipo I e com presença de restaurações insatisfatórias na dentição mista. Dessa forma é significativo o planejamento adequado, em favor de melhorias na manutenção profilática.

ABSTRACT

Anomalies in the development of teeth, such as dentin dysplasia, can be observed during clinical and radiographic examinations in some patients. The present case report discusses Dentinal Dysplasia Ectopic (DD), being a developmental disorder related to the formation of dentin that has pulp obliteration and root formation defect. Described as a rare and genetically transmitted condition. It can be divided into types I and II, since both can affect deciduous and permanent dentures. Clinical treatment has changed over the years, and the protocol indicated the need for extraction for a less invasive treatment, using methods that consist of maintaining oral hygiene, the age of the patient, the severity of the disease, the extent of symptoms and regular dental care. This paper aims to present the clinical case of an 8-year-old boy, diagnosed with type I dentin dysplasia and with the presence of unsatisfactory restorations in the mixed dentition. Thus, adequate planning is significant, in favor of improvements in prophylactic maintenance.

Autor Correspondente:

Matheus dos Santos Fernandez
Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas
R. Gonçalves Chaves, 457, Centro
Pelotas – RS, CEP: 96015-560
Telefone: (53) 98117-8904, Fax: (53) 3029-2075
E-mail: math Santos.f@gmail.com

INTRODUÇÃO

Durante as fases do desenvolvimento dentário podem ocorrer variações genéticas devido a ocorrência de distúrbios patológicos, metabólicos ou outras mudanças ambientais, podendo ser classificadas como hereditárias, congênicas ou adquiridas¹. Essas alterações do desenvolvimento embriológico da dentição são denominadas anomalias dentárias, utilizando também o termo displasia dentinária nos casos em que há o desenvolvimento de um tecido dentinário atípico².

A Displasia Ectópica Dentinária (DD), descrita primeiramente por Rushton³, caracteriza-se como um distúrbio de desenvolvimento na formação da dentina, apresentando obliteração pulpar e defeito no processo de rizogênese⁴. A DD é considerada uma condição rara, transmitida geneticamente de forma autossômica dominante, podendo ou não estar associada a diferentes doenças sistêmicas como a Calcinose Universal, Artrite Reumatoide, Vitaminose D, Esclerose Óssea, e Calcinose Tumoral⁵.

Sendo classificada em dois diferentes tipos, a DD pode apresentar-se clínica e radiograficamente em tipo I e tipo II⁶. O levantamento realizado por White et al.⁷ analisou

os casos de DD (1:100.000) comparando-os com os casos de dentinogênese imperfeita (1:8.000), e os associou à displasia radicular (tipo I) e a displasia coronária (tipo II). Ambos os tipos podem afetar a tanto dentição decídua, quanto a permanente; em casos de DD tipo I, pode-se observar os dentes clinicamente normais, nos casos de DD tipo II, observa-se a dentição decídua com sinais semelhantes à dentinogênese imperfeita, embora radiograficamente a raiz da dentição permanente apresente aspecto normal em forma e tamanho, diferente da DD tipo I⁸.

Ambos os tipos são diagnosticados durante o exame clínico e radiográfico, apresentando prognóstico desfavorável na maioria dos casos. Quando associado a lesão cariosa e mobilidade dentária, os tratamentos conservadores, como o tratamento endodôntico e ortodôntico, podem ser realizados na tentativa de preservar a estrutura dentária, ainda assim, muitos casos não são bem-sucedidos, sugerindo-se como tratamento adequado a exodontia cirúrgica e a posterior reabilitação protética do elemento dentário perdido⁴. Com os avanços e as inovações terapêuticas, os pacientes acometidos por este distúrbio agora possuem a opção de preservar seus dentes. Para que isto ocorra, devem ser observados fatores como: a manutenção da higiene oral, a idade do paciente, a gravidade da doença, a extensão dos sintomas e atendimento odontológico regular^{9,10}.

Nesse sentido, este trabalho tem como principal objetivo apresentar o caso clínico de um menino de 8 anos, diagnosticado com displasia dentinária do tipo I e com presença de restaurações insatisfatórias na dentição mista.

RELATO DE CASO

Paciente infantil, 8 anos de idade, gênero masculino, compareceu a Clínica Odontopediátrica Universitária, acompanhado pela mãe que relatou "meu filho arrancou o dente e até agora o outro não nasceu, também está com umas restaurações feias nos dentes de trás, quando ele come sempre sente dor". Segundo a responsável, o paciente apresenta sintomatologia dolorosa em dente posterior durante a mastigação, sua dieta é rica em carboidratos, proteínas e doces, não apresentou problemas durante a gestação ou parto, não apresenta doença congênita, não está fazendo tratamento médico, além de não possuir alergias a medicações e alimentos. Foi amamentado no seio até os 3 anos de idade e também fez uso de mamadeira com conteúdo de leite sem acréscimo de açúcar e realiza a escovação sem a presença dos responsáveis por 2 vezes ao dia. Ao exame extra oral foram observadas pequenas máculas em região orbicular e labial

Durante o exame intra bucal foi observado a presença de língua saburrosa, halitose e dentição mista, com ausência dos elementos 12, 22, 75 e 85. Amplas restaurações insatisfatórias de lesões cariosas foram identificadas nas unidades 54, 64 (Figura 1A) e 84 (Figura 2A). As restaurações foram removidas e submetidas ao Tratamento Restaurador Atraumático (ART) com o uso de Cimento de Ionômero de Vidro Resinoso (CIV) (Figura 1B e 2B).

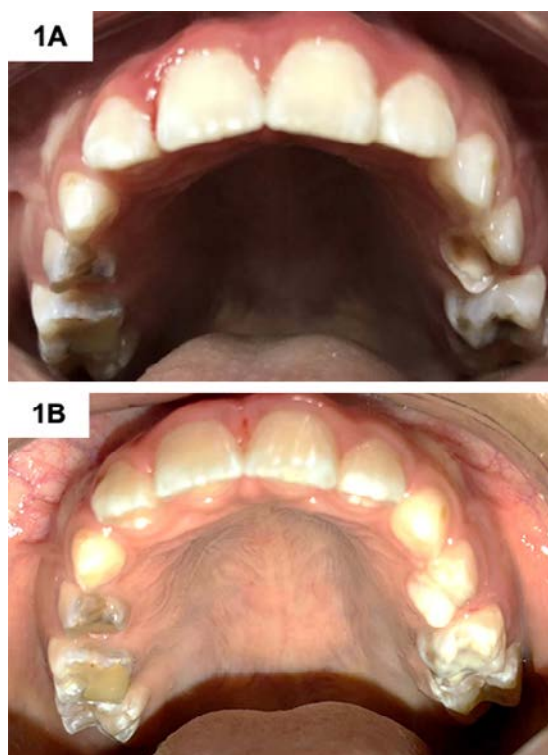


Figura 1 – 1A: imagem intra oral das restaurações insatisfatórias dos elementos 54 (classe II ocluso-mesio-distal) e 64 (classe II mesio-oclusal). 1B: imagem intra oral dos elementos 54 e 64 após nova restauração com CIV.



Figura 2 – 2A: imagem intra oral da cavidade oclusal presente no dente 84 (classe I), oriunda da remoção da restauração insatisfatória. 2B: aspecto clínico do elemento 84 após nova restauração com CIV.

O diagnóstico imagionológico foi realizado através de tomadas radiográficas periapicais na região bilateral de molares em ambas as arcadas (maxilar e mandibular inferior). Foi possível observar a presença de regiões radiopacas, sugestivas de restaurações insatisfatórias em cavidades amplas, referente aos elementos 54, 64 e 84.

Durante a análise das radiografias periapicais, observou-se alteração da unidade 45 que erupcionou precocemente, além da presença de imagem radiolúcida na região correspondente a raiz, onde se fez necessário a solicitação de exame complementar. Optou-se primeiramente pelo do exame radiográfico panorâmico para análise dos germes dentários (Figura 3). Nessa premissa, foi constatada a presença das unidades 11,12, 53, 54, 55,16, 21, 22, 63, 64, 65, 26 31, 32, 73,74, 36, 41, 42, 83,84 e 46 irrompidas na cavidade

oral e imagens radiopacas sugestiva de germes dentários das unidades 13, 14, 15, 23, 24, 25, 27, 33, 34, 37, 43, 44, 47; unidade 35 impactada estagio 06 de Nolla e 45 erupcionado na cavidade oral e sem formação de raiz.

Após a verificação da radiografia panorâmica, foi diagnosticado que a unidade dentária 45 apresentava DD do tipo I. Assim, solicitou-se a realização de uma Tomografia Computadorizada Cone Bean da região mandibular para análise minuciosa da unidade 45 (Figura 4).



Figura 3 – Radiografia panorâmica evidenciando a presença de uma região radiolúcida sobre a coroa dentária do dente 45.

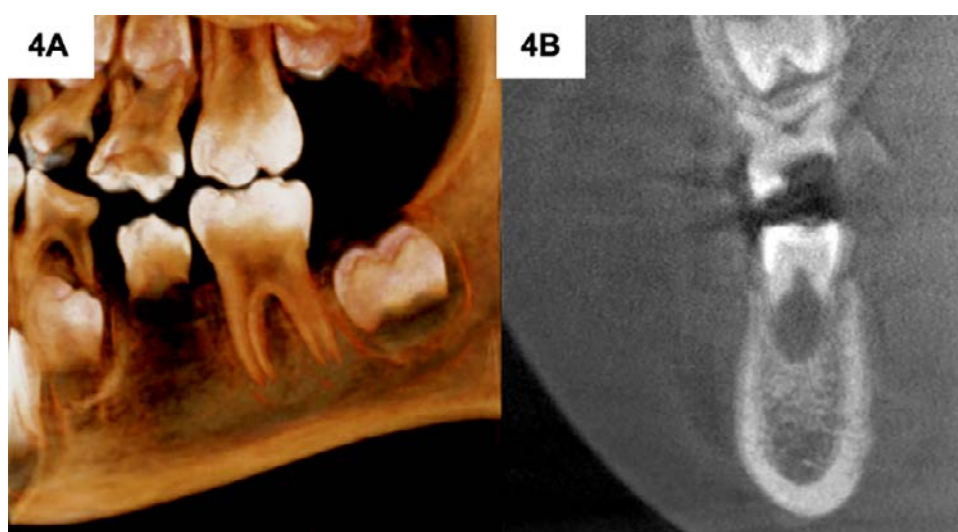


Figura 4 – Fig. 4A: Reconstrução tomográfica em 3D da porção posterior do osso mandibular. Fig. 4B: Corte tomográfico transversal oblíquo com a permanência de coroa sobre o alvéolo dentário e ausência de formação radicular do elemento 45.

O tratamento do caso relatado consistiu-se em controle da saúde bucal do paciente, abrangendo a conservação dos tratamentos restauradores efetuados, controle do biofilme com profilaxia e aplicação tópica de flúor, verbalização de controle sobre a dieta cariogênica e acompanhamento radiográfico panorâmico dos germes dentários em favor de melhorias na manutenção profilática da displasia. (Figura 5)



Figura 5 – Imagem intra oral do controle de higiene do paciente após 6 meses de última visita ao atendimento odontológico.

DISCUSSÃO

Levantamentos epidemiológicos que analisam índices de qualidade de vida relacionados à saúde bucal vêm demonstrando que as alterações bucais e dentárias podem causar transtornos na rotina dos indivíduos^{11,12}. As pessoas percebem a importância da saúde bucal para a qualidade de vida através de uma variedade de formas nos domínios físico, social e psicológico, sendo que as lesões de cárie estão entre os principais problemas da saúde bucal da criança, acarretando em dor, dificuldades na mastigação e fonética, diminuição no apetite, perda de peso, mudanças no comportamento e baixo rendimento escolar¹³.

O tratamento de lesões cáries pode envolver métodos invasivos (restaurações em resina composta ou amálgama), minimamente invasivos (uso de selantes e fluoretos) ou não-invasivos (ART)¹⁴. A Odontologia Restauradora é amplamente utilizada pelos profissionais, e engloba principalmente o tratamento de lesões de cárie primárias e substituição das restaurações com falhas, sendo responsável pelo progresso do ciclo restaurador, que por fim leva a perda dentária. Por outro lado, a aplicação clínica do ART vêm sendo associada a diminuição do número de extrações, além da preservação e aumento da longevidade da estrutura dentária¹⁵⁻¹⁷.

A utilização do CIV como material restaurador do ART é um dos fatores responsáveis pelo sucesso dessa técnica, principalmente devido às suas inúmeras vantagens, entre elas o baixo custo, fácil aplicação, constante liberação de fluoretos, biocompatibilidade pulpar e adesão química ao tecido dentário¹⁸. O paciente apresentado neste caso possuía algumas restaurações com a superfície mal adaptadas, trincas e descoloração inadequada, e para reverter esse quadro clínico, optou-se pela realização do ART com uso do CIV nos elementos

dentários afetados, isso permitiu um selamento adequado das cavidades e a preservação da estrutura dentária sadia.

A etiopatogenia da DD ainda hoje é motivo de discussões dentro da ciência odontológica. Durante as fases de desenvolvimento dentário podem ocorrer mutações genéticas devido às condições patológicas, variações metabólicas ou outras alterações ambientais que resultam em anomalias dentárias. Em 1972, o estudo de Sauk et al. afirmou que os focos dentários de calcificação são oriundos de substratos epiteliais, vindo posteriormente a formar dentina ectópica¹⁹. Indo ao contrário à hipótese sugerida por Sauk et al.¹⁹, o trabalho de Wesley²⁰ destacou que a patogênese da DD ocorre em virtude de uma na interação dos odontoblastos com os ameloblastos, sendo capaz de desencadear falhas no desempenho da atividade celular dos odontoblastos, secretores de tecido dentinário²⁰.

A maioria dos casos de DD tipo I está associado a doenças de alteração congênita com o gene DSPP (sialofosfoproteína dentinária) e com o cromossoma 4q, ocorrendo uma mutação genética e reduzindo a matriz secretora da dentina²¹. Outros relatos de casos de DD relacionam a condição presente em pacientes com Síndrome Stevens-Johnson e Síndrome de Down, Talassemia, Hipoparatiroidismo, Herpes Zoster ou Esclerodermia^{4,6,10,22-24}. No caso descrito, o paciente não possuía presença perceptível ou relatada de alteração congênita.

A DD tipo I é um distúrbio raro e clinicamente apresenta dentes com esmalte normal e uma dentina atípica. Os dentes apresentam características morfológicas normais, entretanto radiograficamente apresentam uma obstrução pulpar e desenvolvendo radicular mínimo ou ausente²⁵. A mobilidade atenuada e irrupção dentária, assim como a perda precoce dos dentes permanentes sem causa aparente, também são achados bem documentados na literatura^{26,27}. Segundo a avaliação clínica e radiográfica, esse caso apresenta características típicas da DD tipo I, incluindo coroa clinicamente normal e ausência da porção pulpar, exceto pelo paciente não apresentar mobilidade e perda dentária precoce.

Segundo Ruela et al.²⁸, após a discussão sobre a DD e suas diferenças, houve a necessidade de nomear suas subdivisões e dessa forma foram indicados 4 subtipos da DD tipo I²⁸. De acordo com o exame complementar realizado com TC Cone Bean, o caso relatado apresenta o subtipo 1A, que se classifica como a variação mais severa, tendo como característica comum a obliteração pulpar e um desenvolvimento radicular ausente⁴.

O levantamento de Machado⁶ mostrou uma grande variação na formação radicular em pacientes acometidos pela DD do subtipo 1A, visto que a desorganização dentinária pode ocorrer em diferentes estágios do desenvolvimento dentário. Portanto, quanto mais cedo ocorrer a desorganização dentinária, mais precária e deficiente será a formação radicular⁶. A partir desse acontecimento irá existir uma possível erupção precoce de acordo com a cronologia de erupção dos dentes deciduos e permanentes, observando que a erupção do primeiro pré-molar inferior deveria irromper na cavidade na entre a faixa-etária de 09 a 11 anos², porém diferentemente do caso relatado, o paciente possui a idade 08 anos, o que divergiu da cronologia relatada pela literatura, uma vez houve erupção precoce no dente 45.

O tratamento dos indivíduos afetados pela DD tipo I pode envolver associação de outras especialidades como Periodontia, Endodontia, Dentística, Prótese, Ortodontia e a Psicologia³⁰. Entre as propostas de intervenção para o caso, destaca-se a manutenção da higiene oral do paciente, acompanhamento radiográfico e em casos não bem sucedidos, extração do dente, instalação de prótese ou colocação de implantes na unidade perdida¹⁰.

Machado⁶ expõe que devido ao grau de mobilidade exacerbada que pertence ao quadro de displasia, existe a indicação de exodontia do elemento dentário afetado, retratando em um quadro da perda precoce da dentição⁶. Diferindo do caso exposto, o paciente não apresentou nenhum grau de mobilidade dentária, e assim o tratamento passou de uma conduta invasiva para uma conduta conservadora, com intuito de prevenir a perda precoce, realizando manutenção das condições bucais (restaurações e manejo profilático), além do acompanhamento regular do paciente.

Em alguns estudos a DD tipo I possui maior prevalência em pessoas do sexo masculino, principalmente em dentição permanente, geralmente atingindo as unidades dentárias correspondentes aos pré-molares e molares^{4,10,22}. Embora tenha-se poucos casos documentados na literatura em que o paciente acometido era no sexo feminino, com a idade de 8 anos e 16 anos e sem alteração congênita, na maioria dos casos relatados os pacientes descobriam o diagnóstico de DD com aproximadamente 20 anos de idade, através de tomadas radiográficas de rotina^{4,6}.

No relato de caso aqui apresentado, exame complementar foi realizado através de tomografias periapicais, panorâmica e tomografia computadorizada para avaliação do dente 45 com DD tipo I. Com a diminuição da dieta cariogênica, higiene oral adequada e acompanhamento do profissional cirurgião-dentista¹⁰, optar pela preservação do caso é fundamental e possibilita que os resultados futuros do tratamento sejam satisfatórios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de extrema importância que o Cirurgião-dentista, principalmente o Odontopediatra, realize uma anamnese minuciosa para o planejamento adequado. O profissional deve ter conhecimento das fases de erupção dentária e das condições do paciente, que podem interferir no diagnóstico das diferentes anomalias dentárias, oferecendo as melhores opções de tratamento, incluindo um as alternativas não-invasivas. Do mesmo modo, é indispensável o acompanhamento periódico para não haver a perda precoce dentária, e assim preservar a manutenção da saúde oral, funcional e estética do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Martín-González J, Sánchez-Domínguez B, Tarilonte-Delgado M, Castellanos-Cosano L, Llamas-Carreras J, López-Frías F, et al. Anomalías y displasias dentarias de origen genético-hereditario. *Av Odontoestomatol*. 2012;28(6):287-301.
2. Neville B. *Patologia oral e maxilofacial*: Elsevier Brasil; 2016.
3. Rushton MA. A case of dentinal dysplasia. *Guys Hosp Rep*. 1939;89(89):369-73.
4. Bastos JS, Agostinho CNLF, Abreu TQ, Cruz MCFN, Bastos ELA. Displasia dentinária: um relato de caso. *Rev Uningá*. 2010;24(1).
5. Andrade CEDS, Lima IHL, Silva IVDs, Vasconcelos MG, Vasconcelos RG. As principais alterações dentárias de desenvolvimento. *Rev Salusvita (Online)*. 2017:533-63.
6. Machado CV, Rocha MCBS, Pastor I, Telles PDS. Displasia dentinária do tipo I: diferentes aspectos da mesma condição. *Odontol. Clín.-Cient*. 2012;11(2):165-8.
7. White S, Pharoah M. *Radiologia Oral: fundamentos e interpretação*. 4ª Edição. Elsevier, Rio Janeiro; 2007.
8. Bhakdinaronk A. Radiographic study of dentinal dysplasia in an orthodontic patient. *Oral radiol*. 2003;19(1):56-63.
9. Kim J-W, Simmer J. Hereditary dentin defects. *J Dent Res*. 2007;86(5):392-9.
10. Pitak-Arnop P, Subbalekha K, Sirintawat N, Auychai P, Neff A. Clinical approach to rhizomicry based on a case of dentine dysplasia type 1. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2019.
11. Piovesan C, Antunes JLF, Guedes RS, Ardenghi TM. Impact of socioeconomic and clinical factors on child oral health-related quality of life (COHRQoL). *Qual Life Res*. 2010;19(9):1359-66.
12. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39(2):105-14.
13. Dini E, McGrath C, Bedi R. An evaluation of the oral health quality of life (OHQoL) instrument in a Brazilian population. *Community Dent Health*. 2003;20(1):40-4.
14. Tumenas I, Pascottos R, Saade JL, Bassani M. Odontologia minimamente invasiva. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2014;68(4):283-95.
15. Frencken J, Makoni F, Sithole W. Atraumatic restorative treatment and glass-ionomer sealants in a school oral health programme in Zimbabwe: evaluation after 1 year. *Caries Res*. 1996;30(6):428-33.
16. Fernandez MS, Bielavski CH, Santos VV, Oliveira CCC, Ferreira GS, Guedes SAG, et al. Tratamento restaurador atraumático associado a promoção de saúde bucal em crianças escolares com risco à cárie dentária. *RAS*. 2020;18(64):
17. Pitiphat W. Atraumatic restorative treatment technique (ART)- Evaluation after two years. *J Dent Res*. 1994;73:1014.
18. Mertz-Fairhurst EJ, Curtis Jr JW, Ertle JW, Rueggeberg FA, Adair SM. Ultraconservative and cariostatic sealed restorations: results at year 10. *J Am Dent Assoc*. 1998;129(1):55-66.
19. Sauk Jr JJ, Lyon HW, Trowbridge HO, Witkop Jr CJ. An electron optic analysis and explanation for the etiology of dentinal dysplasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1972;33(5):763-71.
20. Wesley RK, Wysocki GP, Mintz SM, Jackson J. Dentin dysplasia type I: Clinical, morphologic, and genetic studies of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1976;41(4):516-24.

21. Dean JA, Hartsfield Jr JK, Wright JT, Hart TC. Dentin dysplasia, type II linkage to chromosome 4q. *J Craniofac Genet Dev Biol.* 1997;17(4):172-7.
22. Giansanti JS, Allen JD. Dentin dysplasia, type II, or dentin dysplasia, coronal type. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1974;38(6):911-7.
23. Kalk WW, Batenburg RH, Vissink A. Dentin dysplasia type I: five cases within one family. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998;86(2):175-8.
24. Shankly P, Mackie I, Sloan P. Dentinal dysplasia type I: report of a case. *Int J Paediatr Dent.* 1999;9(1):37-42.
25. Melnick M, Levin LS, Brady J. Dentin dysplasia type I: a scanning electron microscopic analysis of the primary dentition. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1980;50(4):335-9.
26. Shafer W, Hine M, Levy B. Distúrbios do desenvolvimento das estruturas bucais e parabucais. *Tratado de patologia bucal* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1987:2-79.
27. Scola SM, Watts PG. Dentinal dysplasia type I. A subclassification. *British J Orthod.* 1987;14(3):175-9.
28. Ruela A, Sampaio R. Revisão de literatura: displasia dentinária e odontodisplasia regional. *Rev Univ Alfenas.* 1998;4:39-44.
29. Toomarian L, Mashhadiabbas F, Mirkarimi M, Mehrdad L. Dentin dysplasia type I: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2010;4(1):1.

ODONTOMA COMPLEXO EM MAXILA – RELATO DE CASO

COMPLEX ODONTOMA OF THE MAXILLA – CASE REPORT

Thauany Vasconcelos Soares da Silva¹ Paulo Ewerton Barros de Sena² Rafael Guedes de Paiva³

1. Graduanda do Curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)
2. Cirurgião-Dentista formado pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). Pós-Graduando em Implantodontia Pelo Instituto de Odontologia da Paraíba (IOA)
3. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Universidade Estadual da Paraíba, Professor, Mestre, do Curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Palavras-chave:

Anormalidades Dentárias; Tumores odontogênicos; Odontoma.

RESUMO

O odontoma é uma alteração definida como um tumor odontogênico benigno e representa cerca de 70% das ocorrências dos tumores odontogênicos. O objetivo desse estudo foi apresentar um caso clínico referente ao diagnóstico e tratamento de um odontoma complexo em região anterior de maxila. Paciente de 27 anos compareceu à clínica buscando avaliação de rotina e, ao exame clínico, foi verificada a ausência dos elementos dentais 13 e 14 e retenção prolongada do 54. Radiograficamente, foi observada a presença de uma lesão radiopaca sugestiva de odontoma complexo, além de impaction dos elementos dentais 13 e 14. A abordagem adotada foi a remoção da lesão, do elemento 54 e tracionamento ortodôntico do elemento 13. A cirurgia foi feita em ambiente ambulatorial, sob anestesia local, iniciando pela exodontia do elemento 54, logo depois foi feita a incisão de Newman, descolamento mucoperiosteal e remoção da lesão com broca cirúrgica esférica em alta rotação, sob refrigeração abundante com soro fisiológico estéril. Posteriormente, foi acessado o elemento 13 por vestibulare feito o desgaste ósseo com broca cirúrgica esférica, até a exposição da coroa do dente. Por fim, foi realizada a colagem do dispositivo de tracionamento ortodôntico, botão associado a fio de aço colocado com resina composta e o paciente foi encaminhado ao ortodontista. O diagnóstico e tratamento desse tipo de patologia é de suma importância, evitando implicações estéticas e funcionais ao paciente. Não é comum recorrências, e tem prognóstico excelente.

Keywords:

Tooth Abnormalities; Odontogenic Tumors; Odontoma.

ABSTRACT

Odontoma is an alteration defined as a benign odontogenic tumor and represents about 70% of the occurrences of odontogenic tumors. The aim of this study was to present a clinical case regarding the diagnosis and treatment of a complex odontoma in the anterior region of the maxilla. A 27-year-old patient came to the clinic seeking routine evaluation and, on clinical examination, the absence of dental elements 13 and 14 and prolonged retention of 54 were verified. Radiographically, the presence of a radiopaque lesion suggestive of a complex odontoma was observed, in addition to impaction of dental elements 13 and 14. The approach adopted was the removal of the lesion, element 54 and orthodontic traction of element 13. The surgery was performed in an outpatient setting, under local anesthesia, starting with the extraction of element 54, shortly afterwards Newman's incision, mucoperiosteal detachment and removal of the lesion with a high-speed spherical surgical drill, under abundant refrigeration with sterile saline. Subsequently, element 13 was accessed through the vestibular and bone wear was done with a spherical surgical drill, until the tooth crown was exposed. Finally, the orthodontic traction device was bonded, a button associated with steel wire placed with composite resin and the patient was referred to the orthodontist. The diagnosis and treatment of this type of pathology is extremely important, avoiding aesthetic and functional implications for the patient. Recurrences are not common and have an excellent prognosis.

Autor Correspondente:

Thauany Vasconcelos Soares da Silva
Endereço: Rua Agostinho Fonseca Neto, Número 170, Bairro Água fria
CEP: 58073-470. João Pessoa-PB.
Email: vasconcelosthauany@gmail.com

INTRODUÇÃO

O odontoma é uma alteração que se manifesta na cavidade bucal definida como um tumor odontogênico benigno, formado por tecidos dentários com diferentes graus de diferenciação^{1,3}. Sua etiologia não é bem determinada,

todavia, teorias sugerem que seu surgimento pode estar associado a traumatismos locais, infecção, alterações genéticas ou a patologias^{3,4}.

Comumente são diagnosticados por exames radiográficos de rotina. Geralmente têm associação de dentes inclusos, ou até mesmo desvio da posição normal dos dentes, e

podem gerar comprometimentos funcionais, estéticos e oclusais. Existem relatos de dormência labial, edema, assimetria facial, porém a sintomatologia dolorosa é rara^{1,4,6,7}.

São classificados como composto e complexo de acordo com características radiográficas e histológicas. Histopatologicamente, o odontoma composto se dá na divisão da papila dentária em duas ou mais, envolvidos por uma matriz fibrosa frouxa ao redor de tecido pulpar cercado de dentina primária, esmalte e cimento e apresenta maior prevalência. No odontoma complexo, os tecidos odontogênicos se organizam de forma desordenada, e são constituídos de dentina tubular madura. As “células-fantasma” indicam a potencialidade de ceratinização e podem ser observadas em células epiteliais do esmalte de alguns odontomas^{3,5}.

Seu diagnóstico precoce é simples e possui como aliado os aspectos radiográficos, isso é de grande valia para evitar possíveis complicações, já que, por ser um evento assintomático, pode ganhar grandes proporções¹⁴. Ainda o diagnóstico precoce pode evitar que o paciente seja submetido a procedimentos múltiplos, diminuindo a probabilidade de insucesso da intervenção aplicada¹⁵.

Radiograficamente apresentam radiopacidade bem definida, de densidade maior que os tecidos ósseos ao redor, se assemelhando às características do tecido dentário, com um halo esclerótico revestido por um halo radiolúcido^{3,4}. No odontoma composto se observam vários denticulos, já o odontoma complexo por se organizar de maneira desordenada elimina a característica de denticulos em sua apresentação radiográfica⁵.

Seu tratamento é cirúrgico conservador e consiste na retirada da lesão, utilizando para este procedimento os mesmos princípios de remoção de dentes inclusos. É um procedimento de fácil execução, porém os odontomas de maior porte localizados em áreas profundas apresentam maior dificuldade

para remoção. Não é esperado que esse tipo de lesão possa ocasionar recidivas^{8,9}.

O objetivo do presente estudo foi apresentar um caso clínico referente ao diagnóstico e tratamento de um odontoma complexo em região anterior de maxila.

RELATO DE CASO

Paciente, 27 anos, ASA 1, leucoderma, compareceu à clínica buscando avaliação de rotina. No exame intraoral verificou-se ausência dos dentes 13 e 14, além da retenção prolongada do dente 54 (Figura 1). Foi solicitada uma radiografia panorâmica com a finalidade de averiguar esta ausência. Ao analisar, foi observada a presença de uma lesão radiopaca sugestiva de odontoma complexo e impaction dos dentes 13 e 14 (Figura 2).



Figura 1 – Exame intra-oral. Verificou-se ausência dos dentes 13 e 14 e presença do dente 54.



Figura 2 – Observada presença de uma lesão radiopaca sugestiva de odontoma complexo, além de impaction do dente.

Após avaliação clínica e radiográfica, optou-se pela remoção cirúrgica da lesão e, tracionamento ortodôntico dos elementos dentários. A cirurgia foi aceita pelo paciente e feita em ambiente ambulatorial sob anestesia local (articaina a 4% com epinefrina na concentração de 1:100.000). Primeiramente realizou-se antissepsia intra-oral com digluconato de clorexidina a 0,12%, e extraoral com digluconato de clorexidina a 2%. Foi feita a exodontia do dente 54 com descolador de molt nº9. Logo em seguida, foi feita a incisão de Newman, descolamento mucoperiostal e remoção da lesão com auxílio de broca cirúrgica esférica em alta rotação, sob refrigeração abundante com soro fisiológico estéril (Figura 3).

Posteriormente, foi acessado o elemento dental 13 por vestibular, em que foi feito desgaste ósseo com broca cirúrgica esférica, até a exposição da coroa do dente. Após exposta, foi feito condicionamento ácido, com o ácido fosfórico a 37%, utilização de sistema adesivo e fotopolimerização, seguida de colagem do dispositivo de tracionamento ortodôntico, botão associado a fio de aço colocado com resina composta (Figura 4). Por motivos econômicos o paciente optou por não intervir no tracionamento do dente 14 e foi encaminhado ao ortodontista para início do tracionamento ortodôntico. Retornou após 7 dias sem interferências.

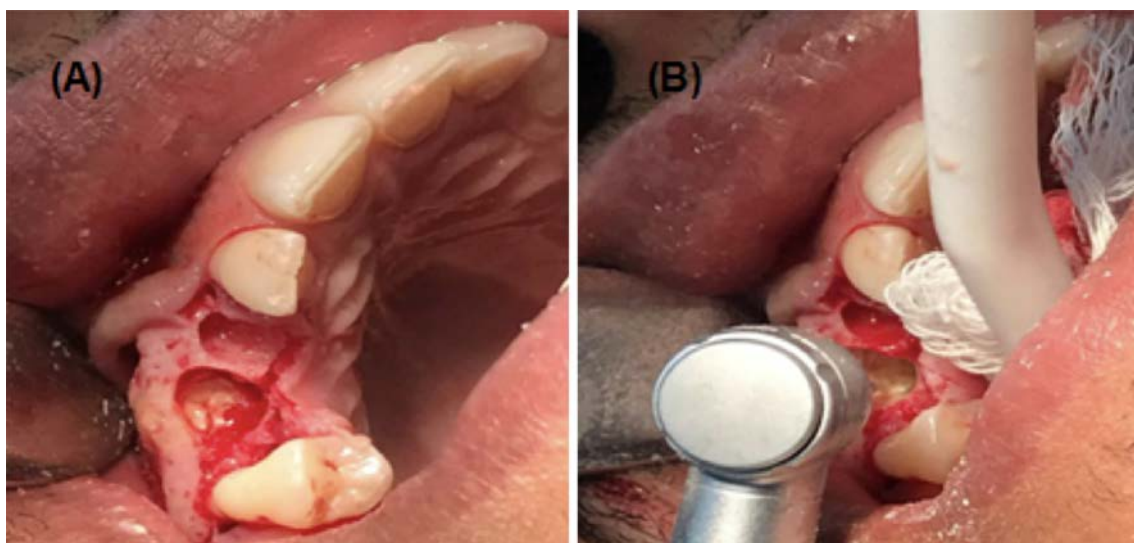


Figura 3 – (A) Acesso a lesão realizado por meio de incisão de Newman, descolamento mucoperiostal. (B) Remoção da lesão com auxílio de broca cirúrgica esférica em alta rotação, sobre refrigeração abundante com sorofisiológico estéril.

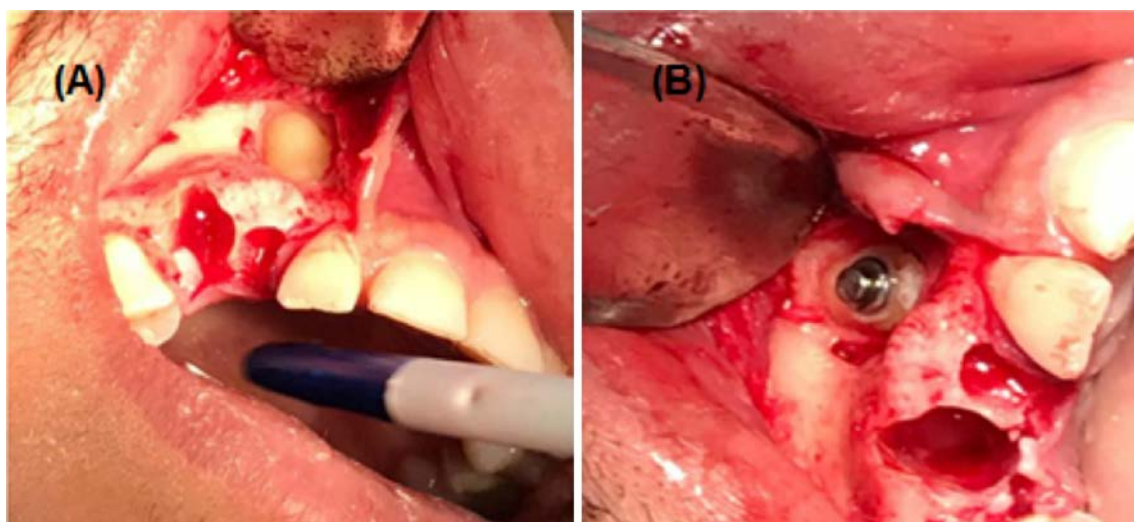


Figura 4 – (A) Acesso ao dente 13 foi realizado desgaste ósseo com broca cirúrgica esférica, até a exposição da coroa do dente. (B) Colagem do dispositivo de tracionamento ortodôntico.

DISCUSSÃO

A literatura afirma que os odontomas representam cerca de 70% dos tumores odontogênicos, os do tipo composto são comumente encontrados na região de incisivos de caninos maxilares, já os do tipo complexo em região posterior de mandíbula^{3,2,12}, o que condiz com a localização no caso supracitado. Porém esse odontoma também pode ser encontrado em outras regiões, como a região anterior de mandíbula¹⁶. Não existem estudos estatísticos expressivos quanto a predileção por sexo ou idade^{5,9}. Mas, um levantamento local realizado no sul do estado de Minas Gerais revelou uma predileção pelo sexo masculino e média de idade de 14,5 anos¹⁸.

De modo geral apresentam tamanho reduzido que raramente ultrapassam o tamanho de um elemento dentário. Existem relatos de odontomas com até 6cm, e estes podem levar a expansão óssea^{2,12}. A literatura mostra as apresentações clínicas extraóssea, erupcionada e intraóssea, sendo a intraóssea mais comum¹¹.

Alguns tumores podem ser formados por ambos os tipos de odontoma. Existe uma entidade recentemente conhecida, denominada fibroma ameloblástico. É considerado um tumor raro formado por fibroma ameloblástico e componentes do odontoma complexo^{11,13}.

É possível encontrar estudos referentes a relação do odontoma com outras patologias, dentre elas o cisto dentígero e o tumor adeno-odontogênicomatoide. Os autores alegam que a conformação celular, origem embrionária, e as características histopatológicas se assemelham e possibilitem o desenvolvimento de patologias císticas ou tumorais de origem odontogênica¹³.

Quanto ao diagnóstico, a manifestação clínica mais evidente da lesão é a falha na erupção dos dentes permanentes, podendo vir acompanhada de interferências na erupção dentária, diastemas, erupções ectópicas, oclusão inadequada, mudança de posição e má formação de dentes adjacentes⁹. Diagnosticar precocemente pode evitar que o paciente se submeta a tratamentos corretivos, além de evitar problemas estéticos, funcionais e fonéticos⁴. No caso relatado, devido ao diagnóstico tardio, foi necessária a intervenção ortodôntica, já que a lesão bloqueou a erupção dos dentes permanentes.

O tratamento cirúrgico consiste na remoção utilizando os princípios de exodontia de dentes inclusos. Geralmente, são lesões de fácil remoção já que se separam dos tecidos ossos por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso⁴. Alguns odontomas se localizam em regiões que possuem proximidades com estruturas nobres. É necessário esclarecer ao paciente os riscos de lesionar estas estruturas, tal como o risco de fratura mandibular durante e após o procedimento, sendo susceptível a um tratamento adicional^{4,11,17}.

Em situações em que existe a possibilidade eruptiva, é relatada a erupção espontânea após remoção do odontoma, contudo, a abordagem cirúrgica juntamente com a intervenção ortodôntica é a alternativa mais coerente para estabelecer o alinhamento adequado dos dentes já que a dentição permanente é a mais afetada¹³.

CONCLUSÃO

O diagnóstico e tratamento desse tipo de patologia é de suma importância. Vale salientar a importância de averiguar a saúde bucal em consultas periódicas, tendo em vista que o diagnóstico precoce pode evitar implicações estéticas e funcionais ao paciente.

Seu tratamento é de fácil execução, não é comum recorrências, e seu prognóstico é excelente. Preservar o caso é essencial, assim como avaliar se o paciente necessitará de intervenção ortodôntica.

FINANCIAMENTO

Não houve financiamento.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento LHA, Deip LFA, e Silva T da S, do Nascimento SLC, Torres RS, Tavares PMH, et al. Odontoma composto em região anterior da maxila. *Revista UNINGÁ*. 2019;56(3): 52-57.
2. Neville BW, Allen CM, Damm DD, et al. *Oral and maxillofacial pathology*, 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
3. Freires JFV, Flores N da C, Fragoso LNM, de Vasconcelos JF, Pessoa HMR, Ribeiro ED, et al. Remoção cirúrgica de odontoma composto de grande proporção sob anestesia local: relato de caso. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 2019;27(2):47-51.
4. Pires WR, Joel Motta-Junior J, Martins LP, Stabile GAV. Odontoma complexo de grande proporção em ramo mandibular: relato de caso. *RevOdontol UNESP*. 2013;42(2): 138-143.
5. Silva DJ de SS, de Souza JJ, Cavalcanti Almeida R de AC, Andrade ES de S. Estudo Clínico-Patológico de Odontomas Diagnosticados no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco-FOP. 2015;15(4): 31-36.
6. Cardoso L de C, Miyahara GI, Magro Filho O, Garcia Junior IR, Soubhia AMP. Odontoma combinado associado a dentes não-irrompidos: relato de casos clínicos. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2003;24(2): 47-51.
7. Simonetti LSC, Rodrigues AM, Diana N de B, Faria MD, Bordon AKCB, Pereira FP. Odontoma composto em paciente infantil: relato de caso. *Arch Health Invest*. 2014;3(2):26-33.
8. Neto AEM, Capella DL. Tratamento conservador de grande odontoma complexo em mandíbula. *RFO UPF*. 2011;16(3): 317-321.
9. Santos MESM, Silva AR de BL, Florêncio AG, da Silva UH. Odontoma como fator de retenção dentária: relato de casos clínicos. *Rev. cir.traumatol. buco-maxilo-fac*. 2010;10(2): 25-30.

10. Proteasa CT, Proteasa E. Compound odontoma – morphology, clinical findings and treatment. Case report. Rom J MorpholEmbryol 2018, 59(3):997–1000.
11. Ortega NMC, Villalobos DM, Porras GA, Flores AR. Exéresis de odontomacomplejo mediante osteotomía sagital de rama. Reporte de un caso. Odontol. Sanmarquina.2019; 22(4): 291-297.
12. Chan PJ, Yang JH, Jo SY, Kim BC, Lee J, Lee W. Giant complex odontoma in the posterior mandible: A case report and literature review. Imaging Sci Dent. 2018 Dec; 48(4): 289–293.
13. Falkinhoff PH, Reig ELG. Los odontomas y sus implicancias. RevAsocOdontolArgent. 2019;107:19-24.14.
14. Wanderley AEC, Souto RRFA, Pimentel MG, Leite, IF, Marques ES, Melo SVJD, et al. "Odontoma composto como fator de impactação dentária: Relato de caso." Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2019; 34: e1794-e1794.
15. De Sousa H, De Andrade RP. Relato de caso clínico: odontoma complexo. Monografia (graduação em odontologia), Universidade de Uberaba. 2019. 24f.
16. da Rocha Argolo NM, Araújo CSB, de Souza Lisboa, LM, Cavalcanti, TC, de Melo Franco, AV. Odontoma complexo em região anterior de mandíbula: relato de caso. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2019; 18: e254-e254.
17. Moraes TMSM; Neto Izolani O. Odontomas: Revisão de literatura. Revista pró-universUS. 2017; 08 (2): 62-66.
18. Silva VS de A. "Prevalência de odontomas em uma população no sul do estado de Minas Gerais." Dissertação (mestrado em ciências odontológicas). Universidade Federal de Alfenas. 2018. 61f.

FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO ORO-ANTRAL UTILIZANDO CORPO ADIPOSE DA BOCHECHA: RELATO DE CASO EM PACIENTE IDOSO

CLOSURE OF ORO-ANTRAL COMMUNICATION USING BUCCAL ADIPOSE BODY: CASE REPORT IN ELDERLY PATIENT

Wesley R. Silva¹, André A. Santos¹, Joyce M. Barros¹, Cleiton R. S. Lima², Thayanara S. Melo³; Thyago M. V. Silva³

1. Mestrandos pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
2. Graduando em Odontologia pela Universidade de Pernambuco.
3. Doutorandos pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco.

Palavras-chave:

Fístula Oroantral; Tecido Adiposo; Retalhos Cirúrgicos; Seio Maxilar.

RESUMO

A comunicação oro-antral (COA) é caracterizada pela formação de acesso direto entre a cavidade bucal e o seio maxilar. Com o decorrer do tempo, esse acesso passa a ser revestido por epitélio, sendo chamado de fístula oro-antral (FOA). Sua etiologia é variada, no entanto, está geralmente associada a procedimentos cirúrgicos na região posterior de maxila. O diagnóstico é realizado através do exame clínico e imaginológico. O tratamento envolve diferentes técnicas cirúrgicas, como uso de retalhos cirúrgicos vestibulares ou palatinos, cartilagem do septo nasal e, mais comumente, o corpo adiposo da bochecha. O objetivo desse trabalho foi descrever a conduta terapêutica frente a um caso de FOA, decorrente de complicação de implante dentário, em um paciente do sexo masculino de 65 anos. Foi realizada fistulectomia e fechamento da comunicação mediante avanço da bola de Bichat. O paciente encontra-se com total regressão da lesão e sem recidivas.

Keywords:

Oroantral Fistula; Adipose Tissue; Surgical Flaps; Maxillary Sinus.

ABSTRACT

Oroantral communication (OAC) is characterized by formation of direct access between the oral cavity and the maxillary sinus. This access can be lined by epithelium overtime, being called oroantral fistula (OAF). Its etiology is varied; however, it is usually associated with surgical procedures in the posterior region of the maxilla. Diagnosis is made through clinical and imaging evaluation. The treatment involves different surgical techniques, such as use of vestibular or palatal surgical flaps, nasal septum cartilage and, more commonly, buccal adipose body. The aim of this study was to describe therapeutic approach in a case of OAF, resulted from a dental implant complication, in a 65-year-old male patient. Fistulectomy was performed and communication was closed by advancement buccal fat pad. The patient is in complete regression of the lesion and has no recurrences.

90

Autor Correspondente:

Wesley Rodrigues da Silva
R. Jangadinha, 260, Cavaleiro
Jaboatão dos Guararapes – PE, CEP: 54250-330
Telefone: (81) 9 9535-3157
E-mail: wesleyrodriguesilva@gmail.com

INTRODUÇÃO

A relação anatômica intrínseca entre raízes dentárias e o assoalho do seio maxilar aumenta o risco de complicações durante exodontias, dentre elas, a comunicação oro-antral (COA) ou buco-sinusal, caracterizada pela formação de acesso direto entre a cavidade bucal e o seio maxilar. Quando este acesso encontra-se revestido por epitélio, passa a ser chamado de fístula oro-antral (FOA)¹.

Para chegar ao diagnóstico de COA, é necessária a realização de exames clínicos e imaginológicos^{2,3}. Destes, tomografia computadorizada, radiografias extrabucais e periapicais podem ser empregadas para investigar a descontinuidade da linha radiopaca que circunda o seio maxilar.

Entretanto, orifícios de menor diâmetro podem ser de difícil evidênciação⁴.

Dentre as técnicas cirúrgicas propostas para o fechamento da fístula estão inclusos diferentes tipos de retalho utilizando tecidos moles locais, como retalhos bucais e palatinos, e à distância, como retalhos de língua e músculo temporal. O uso de cartilagem do septo nasal e auricular também é citado na literatura. Outra técnica mais comumente utilizada é o uso do corpo adiposo da bochecha (bola de Bichat), com índice de sucesso de até 98%⁵.

Sendo assim, este estudo tem por objetivo relatar um caso clínico de fechamento de FOA, decorrente de complicação de implante dentário, em um paciente idoso, com uso de corpo adiposo da bochecha.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 65 anos de idade, aposentado, natural de Recife, foi encaminhado a um serviço odontológico para avaliação de COA. Na anamnese, relatou como queixa principal dor, febre e saída de alimentos líquidos e sólidos pela cavidade nasal durante as refeições. Referiu, na história da doença atual, que havia sido submetido a implantes dentários na região de maxila, os quais evoluíram para um quadro de infecção. Durante a cirurgia para remoção dos implantes, foi observada COA e, em seguida, o paciente foi submetido a três cirurgias para tratamento, mas nenhuma evoluiu com sucesso.

Ao exame físico apresentou face simétrica, abertura bucal e cadeias ganglionares cervico-faciais sem alterações. Evidenciou-se mucosa bucal normocromada, intensa halitose e presença de fístula na região posterior de maxila esquerda (Figura 01).

Solicitou-se exame de imagem (tomografia computadorizada helicoidal), no qual pode-se observar na reconstrução tridimensional (3D), pela visão ântero-

posterior, perda de continuidade do assoalho do seio maxilar esquerdo (Figura 02-A). Na reconstrução coronal, observou-se espessamento da mucosa sinusal, compatível com sinusopatia inflamatória (Figura 02-B).



Figura 1 – Aspecto clínico inicial do paciente, evidenciando a comunicação oro-antral.

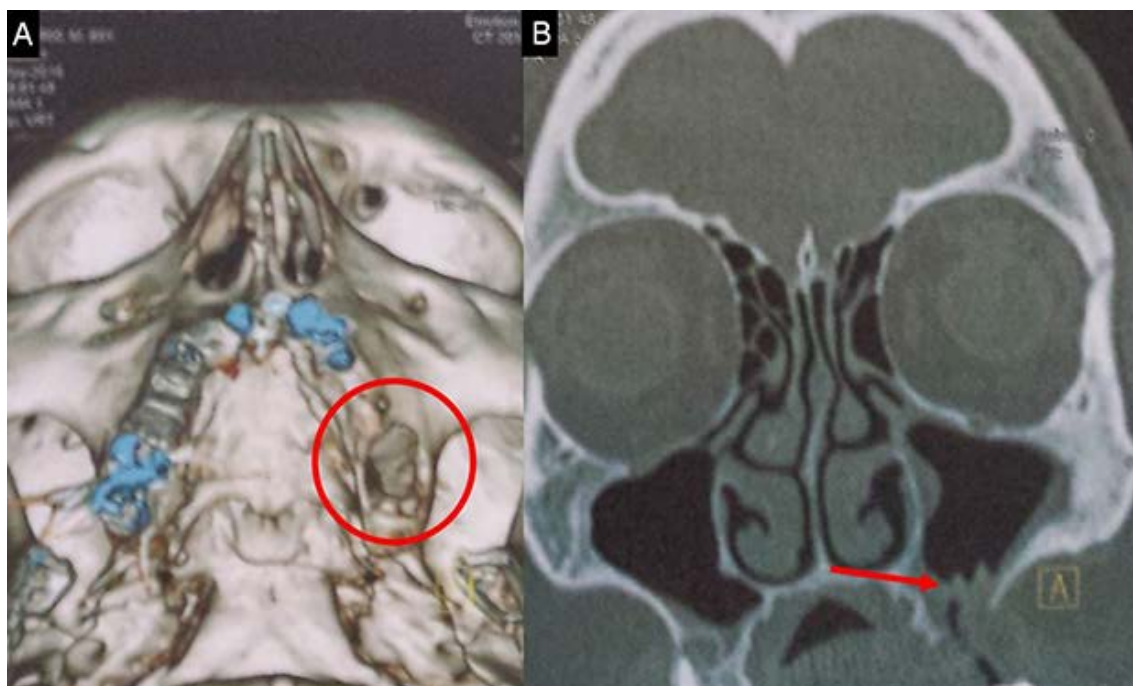


Figura 2 – Aspecto imaginológico do defeito. A: Reconstrução 3D evidenciando defeito ósseo em assoalho de seio maxilar. B: Reconstrução coronal evidenciando perda de continuidade do assoalho do seio maxilar e espessamento da mucosa sinusal.

Com o diagnóstico confirmado de FOA e sinusite maxilar inflamatória, foram dolicitados os exames pré-cirúrgicos, os quais estavam dentro da normalidade. Inicialmente, buscou-se controle do quadro infeccioso com prescrição de amoxicilina (875mg) associado à clavulanato de potássio (125mg) a cada 8 hrs, por 7 dias, e irrigação da fístula com solução fisiológica de cloreto de sódio a 0,9% por 15 dias. Propôs-se realizar

fistulectomia e fechamento da fístula mediante avanço da bola de Bichat, sob anestesia geral, devido ao trauma gerado pelos procedimentos anteriores.

Foi realizada antissepsia extra-oral com digluconato de clorexidina a 2% e antissepsia intrabucal com digluconato de clorexidina a 0,12% seguido de aposição dos campos operatórios. Realizou-se anestesia local, com lidocaína a 2% associada à

epinefrina 1:200.000, para diminuição do sangramento e controle da dor trans-operatória. A técnica utilizada foi de bloqueio dos nervos alveolar superior posterior, infra-orbitário e palatino maior. Por meio do bisturi de Bard-parker municiado com lâmina de número 15-c, foi removido tecido fistular, seguido de retalho vestibular com duas incisões relaxantes, incisão do periósteo e avanço da bola de Bichat, a qual foi suturada usando fio de poligalactina 910, 5-0, em pontos simples. Em seguida, o retalho vestibular foi avançado e suturado utilizando o mesmo fio e técnica de sutura.

No pós-operatório foi prescrito amoxicilina (875mg) associada à clavulanato de potássio (125mg) a cada 8 horas, por 7 dias, dipirona (500mg) a cada 6 horas, por 3 dias e, nimesulida (100mg) a cada 12 horas, por 3 dias. O paciente evoluiu sem qualquer intercorrência e as suturas foram removidas após 15 dias. O aspecto cicatricial da área operada pode ser observado na figura 03 (Figura 03). O paciente segue em acompanhamento, sem recidivas e com total regressão dos sintomas clínicos.



Figura 3 – Aspecto de normalidade da região 15 dias após o procedimento cirúrgico.

DISCUSSÃO

A comunicação oro-antral (COA) está frequentemente relacionada à exodontia de dentes superiores posteriores^{6,7}. Contudo, outros fatores também podem estar envolvidos, tais como processos infecciosos periapicais, trauma local, procedimentos cirúrgicos maxilofaciais complexos e colocação de implantes dentários^{7,8}. No presente caso, acredita-se que a FOA decorreu-se de complicação infecciosa gerada pelo implante dentário.

Um ou mais sintomas podem indicar a presença de COA/FOA. Em geral, são relatados halitose e entrada de fluidos na cavidade oral durante a ingestão de alimentos⁷. Caso o defeito não seja tratado, algumas complicações podem surgir. Dentre

elas, a mais frequente é a sinusite maxilar odontogênica aguda ou crônica, decorrente da infecção do seio maxilar, acarretando dor, obstrução nasal, mal-estar geral e febre^{9,10,11}. Os respectivos sinais e sintomas foram evidenciados no paciente, indicando a presença de um processo infeccioso, entretanto, sem grandes complicações. Em casos raros, pansinusite, tromboflebite e abscesso cerebral podem estar presentes⁷.

O diagnóstico é dado, em geral, pela avaliação clínica, através da inspeção visual, palpação alveolar e Manobra de Valsalva, permitindo a visualização completa do seio, cavidade oral e trajeto da comunicação⁴. Exames imaginológicos auxiliam na confirmação e avaliação do defeito, além de contribuir para escolha do tratamento adequado¹⁰. Requisita-se, geralmente, radiografias panorâmicas, periapicais e oclusais superiores. Entretanto, permitem apenas uma visão bidimensional das estruturas e presença de sobreposições ósseas¹².

A ressonância magnética (RM) e tomografia computadorizada (TC) são métodos mais específicos e sofisticados que permitem um diagnóstico mais preciso, principalmente em casos de lesões extensas, e verificam a presença de sinusite maxilar³.

O tratamento da COA é complexo, uma vez que os defeitos envolvem tecidos duros e moles, dificultando o sucesso do tratamento a longo prazo⁹. Dentre as possibilidades de intervenções, há técnicas cirúrgicas, não cirúrgicas e farmacológicas, podendo ser imediatas ou tardias, com resolução local ou à distância⁸.

No caso das técnicas cirúrgicas, pode-se fazer uso de retalhos vestibulares ou palatinos rotacionais, enxertos ósseos, corpo adiposo bucal² e, mais recentemente, fibrina rica em plaquetas (PRF), membranas de colágeno¹³ e implantes de materiais aloplásticos, tais como membrana de politetrafluoretileno expandido reforçado com titânio (Gore-Tex[®])¹⁴.

Borgonovo e colaboradores¹⁰ relataram 3 casos de COA tratadas com 3 técnicas cirúrgicas distintas, a saber: retalho vestibular, retalho palatal e avanço de corpo adiposo bucal. Segundo eles, para eleger o melhor tipo de técnica o cirurgião deve considerar, dentre outros fatores, o tamanho, a localização do defeito e se há ou não infecção do seio maxilar. Em casos de defeitos grandes na região posterior da maxila, o fechamento com a utilização do corpo adiposo da bochecha torna-se o mais indicado.

Todavia, é preciso enfatizar que nos casos cuja comunicação se encontra associada à inflamação da mucosa sinusal, é imprescindível a eliminação desta antes do fechamento da fístula. Para tanto, deve-se realizar uma drenagem nasal com a utilização de solução salina fisiológica ou solução de cefalosporina, além de antibióticos sistêmicos efetivos para infecções odontogênicas, como penicilina, clindamicina e metronidazol, condutas essas adotadas no presente caso, em que foi utilizada a drenagem por meio da solução fisiológica de cloreto de sódio a 0,9%, associada ao uso da amoxicilina com clavulanato de potássio.

Nos casos cuja infecção persiste, deve-se lançar mão de técnicas cirúrgicas associadas à drenagem para controle da infecção, como o acesso de Caldwell-Luc, feito na parede

lateral do seio e acima dos ápices dos dentes remanescentes, possibilitando que o seio seja aberto e o tecido anormal ou corpos estranhos sejam devidamente removidos².

Vale ressaltar que além da antibioticoterapia inicial, é necessário instituir outra, por cerca de 7 a 10 dias após a realização do procedimento cirúrgico final para fechamento da comunicação, a fim de prevenir infecção pós-operatória, encolher as membranas mucosas e diminuir possíveis secreções nos seios e cavidade nasal². Com base nisso, realizamos a prescrição de amoxicilina associada à clavulanato de potássio por 7 dias, além de dipirona e nimesulida por 3 dias para controle do processo inflamatório.

Assim como as demais técnicas, o fechamento da COA por meio da utilização do corpo adiposo da bochecha tem suas vantagens e desvantagens. Ao encontro disso, Farias e colaboradores¹⁵ reuniram uma série de vantagens que justificam a grande utilização desta técnica mesmo com o surgimento de outras mais inovadoras. Dentre elas, estão o fato de constituir um procedimento simples e rápido, passível de ser realizado sob anestesia local na maioria dos casos; causar pouco desconforto; não exigir a remoção de dente ou osso; não causar seqüela estética ou cicatrizes no vestíbulo; permitir ajustes após uma semana; ter grande aplicabilidade na maioria dos casos; ter mínima incidência de falha quando apropriadamente realizado; diminuir o risco de infecção, por estar presente no mesmo campo cirúrgico; possibilitar a associação com outros retalhos e não causar a perda de profundidade de sulco.

O enxerto do corpo adiposo bucal pode ficar exposto na cavidade bucal, pois sofre epitelização em até 4 semanas sem necessitar da cobertura de um enxerto cutâneo ou mucoso. O processo cicatricial se dá, pois, por segunda intenção, sendo possível observar nos primeiros dias uma reação inicial de granulação, que é logo coberta por epitélio escamoso estratificado paraqueratinizado, o qual migra das margens do enxerto⁴. O paciente em questão obteve reparo muito satisfatório, conforme pode ser observado na fotografia da área operada após 15 dias, em que já era notável epitelização da superfície.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento da COA e FOA pode ser obtido por diversas abordagens, em que cada técnica apresenta suas vantagens e desvantagens. Logo, a escolha terapêutica depende de múltiplos fatores, incluindo tamanho, localização do defeito e a presença de infecção sinusal. A experiência e preferência do cirurgião também são determinantes na eleição do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira GZ, Aita TG, Cerqueira GF, Daniel AN, Farah GJ. Tratamento de fistula bucosinusal pela técnica do retalho pediculado do corpo adiposo bucal: relato de caso. *Arq Odontol.* 2011;47(3):162-9.
2. Parise GK, Tassara LFR. Tratamento cirúrgico e medicamentoso das comunicações buco-sinusais: uma revisão de literatura. *Perspectiva.* 2016;40(149):153-62.

3. Koenig LTD, Grace C. *Diagnostic Imaging: Oral and Maxillofacial.* 2nd ed. Elsevier Health Sciences, 2017.
4. Parvini P, Obreja K, Begic A, Schwarz F, Becker J, Sader R et al. Decision-making in closure of oroantral communication and fistula. *Int J Implant Dent.* 2019;5(1):13.
5. Dias RR, Tomeh JEK, Pupim D, Tonin RH, Farah GJ, Pavan AJ. Comunicação bucosinusal através do ligamento periodontal: relato de caso. *Rev Odontol UNESP.* 2011;40(4):195-8.
6. Franco-Carro B, Barona-Dorado C, Martínez-González MJ, Rubio-Alonso LJ, Martínez-González JM. Meta-analytic study on the frequency and treatment of oral antral communications. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011;16(5):682-7.
7. Nedir R, Nurdin N, Paris M, Hage ME, Najm SA, Bischof M. Unusual Etiology and Diagnosis of Oroantral Communication due to Late Implant Failure. *Case Rep Dent.* 2017;2017:2595036.
8. Monteiro MVPL. *Tratamento das comunicações oroantrais [dissertação].* Portugal: Instituto Universitário Egas Moniz; 2018.
9. Yalçın S, Öncü B, Emes Y, Atalay B, Aktaş I. Surgical treatment of oroantral fistulas: A clinical study of 23 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69(2):333-9.
10. Borgonovo AE, Berardinelli FV, Favale M, Maiorana C. Surgical Options In Oroantral Fistula Treatment. *Open Dent J.* 2012;6(1):94-8.
11. Krishanappa SKK, Eachempati P, Nagraj SK, Shetty NY, Moe S, Aggarwal H, et al. Interventions for treating oro-antral communications and fistulae due to dental procedures. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 8: CD011784.
12. Souza KSA, Milani CM, Thomé CA. Tratamento cirúrgico de fistula bucosinusal de grande extensão: Relato de caso. *Odonto.* 2014;22(43-44):93-100.
13. Al-Juboori MJ, Al-Attas MA, Filho LCM. Treatment of chronic oroantral fistula with platelet-rich fibrin clot and collagen membrane: a case report. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2018;10:245-9.
14. Scattarella A, Ballini A, Grassi FR, Carbonara A, Ciccolella F, Dituri A, et al. Treatment of oroantral fistula with autologous bone graft and application of a non-reabsorbable membrane. *Int J Res Med Sci.* 2010;7(5):267-71.
15. Farias JG, Cândia AV, Barros LF. Fechamento de fistula bucosinusal utilizando o corpo adiposo bucal - Técnica convencional x técnica do túnel - Relato de casos clínicos. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2015;15(3):25-30.

RESSECÇÃO SEGMENTAR DE GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES: RELATO DE CASO

SEGMENTATION OF CENTRAL GIANT CELL GRANULOMA: CASE REPORT

Kalyne Kelly Negromonte Gonçalves¹, Demóstenes Alves Diniz², Priscilla Sarmiento Pinto², Jéssica da Silva Cunha², Fernando Antônio Cardoso Maciel³, Carlos Augusto Pereira do Lago³, Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos⁴

1. Mestranda em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE). Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (HR/FOP/UPE). Recife, Pernambuco, Brasil.
2. Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração (HR/FOP/UPE). Recife, Pernambuco, Brasil.
3. Preceptor do Programa de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração. Recife, Pernambuco, Brasil.
4. Coordenador do Programa de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE). Chefe do Programa de residência do serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital da Restauração (HR/UPE). Recife, Pernambuco, Brasil.

Palavras-chave:

Células Gigantes; Granuloma Central de Células Gigantes; Osteotomia Mandibular.

RESUMO

O Granuloma central de células gigantes é próprio dos ossos gnáticos, sendo um tumor benigno não odontogênico. É uma lesão de crescimento normalmente lento, bem circunscrito e assintomático, geralmente diagnosticado através de algum exame de rotina ou, em casos mais avançados, quando se começa a visualizar alguma alteração estético-anatômica. O tratamento de eleição para este tipo de lesão é a simples curetagem ou a ressecção em bloco. No entanto, em pacientes adultos jovens e em crianças, o efeito mutilante que este tipo de tratamento pode acarretar deve ser levado em consideração, utilizando tratamentos não cirúrgicos, como injeção intralesional de corticosteroides, administração de interferon alpha e calcitonina. Assim, o objetivo deste trabalho é relatar um caso de tratamento com ressecção segmentar de granuloma central de células gigantes. Tumores mais agressivos e recorrentes devem ser submetidos à ressecção e mesmo assim deve se levar em consideração o efeito estético que pode causar na face do paciente, principalmente, se forem crianças e adultos jovens.

Keywords:

Giant Cells; Giant Cell Central Granuloma; Mandibular osteotomy.

ABSTRACT

The central granuloma of giant cells is specific to gnathic bones, being a benign non-odontogenic tumor. It's a growth injury usually slow, well circumscribed and asymptomatic, usually diagnosed through some routine examination or, in more advanced cases, when it begins to visualize some aesthetic-anatomical alteration. The treatment of choice for this type of injury is a simple curettage or resection in block. However, in young adult patients and children, the mutilating effect that this type of treatment can bring must be taken into consideration, using non-surgical treatments, such as intralesional injection of corticosteroids, administration of alpha interferon and calcitonin. Therefore, the objective of this work is to report a case of treatment with resection segment of central granuloma of giant cells. More aggressive and recurrent tumors must be submitted to resection and even then taking into account the aesthetic effect it can have on the patient's face, especially if they are children and young adults.

Autor Correspondente:

Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos, DDS, MSc, PhD.
Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade de Pernambuco
Rua Arnóbio Marquês, 310, Santo Amaro
Recife – PE, CEP: 50100-130
Telefone: (81) 988868677, e-mail: belmirovasconcelos@gmail.com

INTRODUÇÃO

O granuloma central de células gigantes (GCCG), foi descrito primeiramente em 1953 por Jaffe, representando um tumor odontogênico intra-ósseo raro, benigno, assintomático, porém localmente agressivo e de natureza destrutiva¹. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o GCCG é composto de tecido fibroso, contendo múltiplos focos de hemorragia, células gigantes multinucleadas e trabéculas de osso. É mais frequente em pacientes do sexo feminino e jovens, com a média de idade variando entre 10 e 25 anos. 70% dessas lesões acometem a

mandíbula, sendo a região anterior mais prevalente, cruzando a linha média^{2,3}.

Embora de etiologia desconhecida, esta lesão é considerada como um reparo reacional ósseo decorrente de trauma, inflamação ou hemorragias⁴. Faz diagnóstico diferencial com lesões que apresentam aspecto histológico com presença de células gigantes, merecendo destaque para o tumor de células gigantes dos ossos longos, cisto ósseo aneurismático e tumor marrom do hiperparatireoidismo. Essas lesões também podem se manifestar em pacientes com síndromes, como a neurofibromatose tipo I, síndrome de Noonan e querubismo.

O tumor marrom do hiperparatireoidismo só pode ser diferenciado do GCCG através de exames laboratoriais^{1,5,6}.

Os achados radiográficos presentes são de lesões radiolúcidas bem definidas, podendo ser uni ou multilocular, reabsorções radiculares, perfuração da cortical óssea e deslocamentos dentários². O GCCG pode ser classificado em lesões agressivas ou não agressivas, sendo as não agressivas o padrão mais comum. É importante ressaltar que as lesões agressivas apresentam maior taxa de recidiva⁷.

Curetagem cirúrgica, enucleação e tratamentos terapêuticos com drogas, como corticóides, calcitonina, interferon alfa e bifosfonatos, têm sido descritos na literatura. Entretanto a taxa de recorrência desses tumores com o tratamento conservador é de 11 a 72%⁸. Ressecções cirúrgicas ainda são consideradas como primeira opção terapêutica para GCCG, principalmente quando é diagnosticada a variante agressiva do tumor⁹.

Nesse sentido, o presente artigo tem o propósito de relatar um caso de granuloma central de células gigantes, sem associação com síndromes ou hiperparatireoidismo, sendo o tratamento cirúrgico sob ressecção segmentar proposto, bem como promover uma reflexão a cerca da terapêutica desses tumores.

RELATO DE CASO

Paciente S.M.S., gênero feminino, 40 anos de idade, melanoderma, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração,

Recife-PE, com aumento de volume em face e evolução clínica de 02 anos. Apresentava diagnóstico prévio de Granuloma Central de Células Gigantes (GCCG), estabelecido por biópsia incisional 01 ano antes. Ao exame físico extra-oral evoluía com discreto aumento de volume em região anterior de mandíbula e submandibular esquerdo, sem sintomatologia dolorosa associada e de crescimento progressivo.

O exame físico intra-oral sugeria extensão do tumor para região de mucosa oral de aspecto ulcerado, com expansão de corticais óssea vestibular e lingual. O exame de imagem (Figura 1) evidenciava lesão radiolúcida multilocular em região de sínfise mandibular, parassínfise mandibular direita e corpo mandibular esquerdo bem delimitada, associada ao ápice dos dentes 41,42,43,44,31,32,33 e 34, causando reabsorção radicular dos mesmos.

Os exames laboratoriais da paciente não sugeriam alterações. Complementar ao diagnóstico, foi realizada punção aspirativa, sendo o conteúdo negativo. A proposta cirúrgica escolhida foi a realização de cirurgia sob anestesia geral, utilizando-se o acesso de Newmann modificado para completa exposição do tumor (Figura 2).

Seguiu-se a ressecção segmentar do osso envolvido através do uso da serra de Gigli, estabelecendo margem de segurança de 1,5cm, bem como reconstrução mandibular imediata com instalação de placa de reconstrução (Figura 3).

A paciente segue em acompanhamento ambulatorial há 01 ano, (Figura 4), sem sinais de infecção ou recidiva do tumor, aguardando reabilitação oral através de prótese convencional.

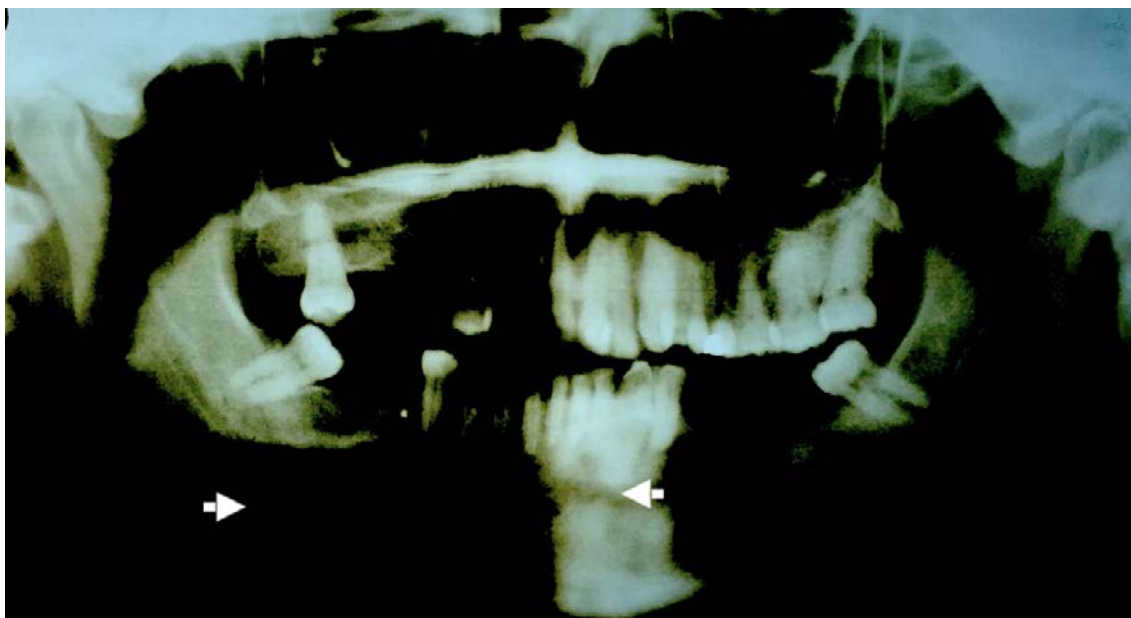


Figura 1 – Radiografia Panorâmica dos Maxilares sugerindo lesão radiolúcida multilocular em região anterior de mandíbula e corpo mandibular esquerdo, como delimitado pelas setas.

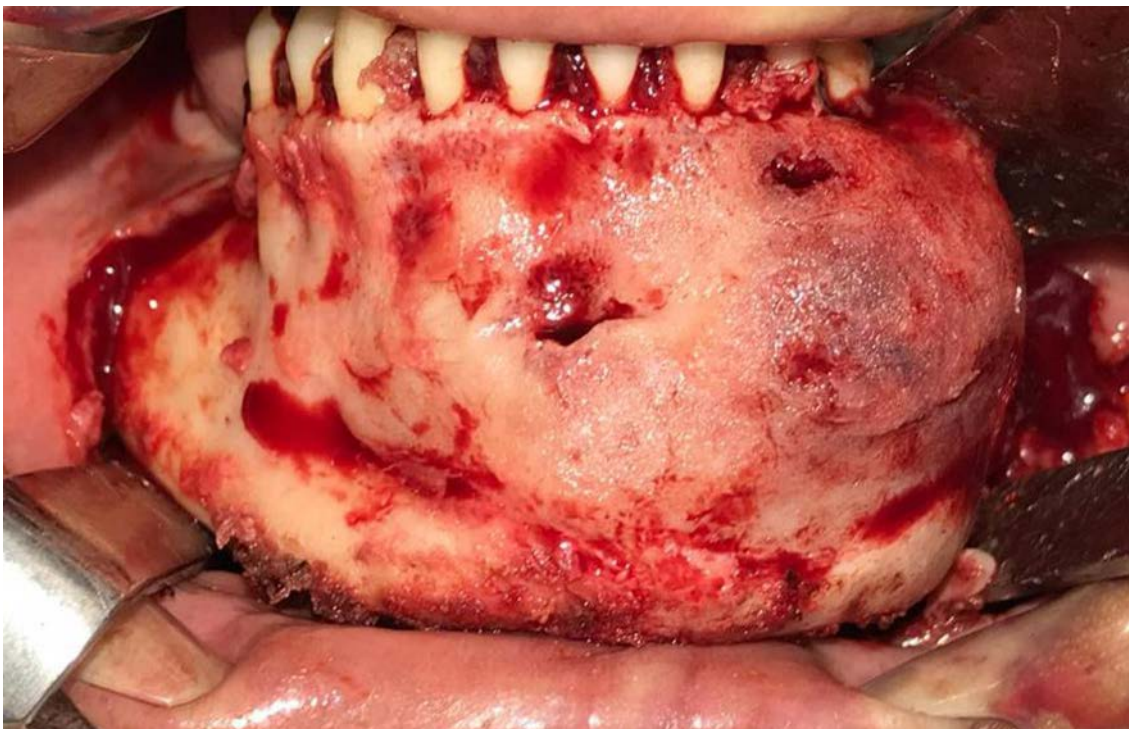


Figura 2 – Exposição total do tumor.

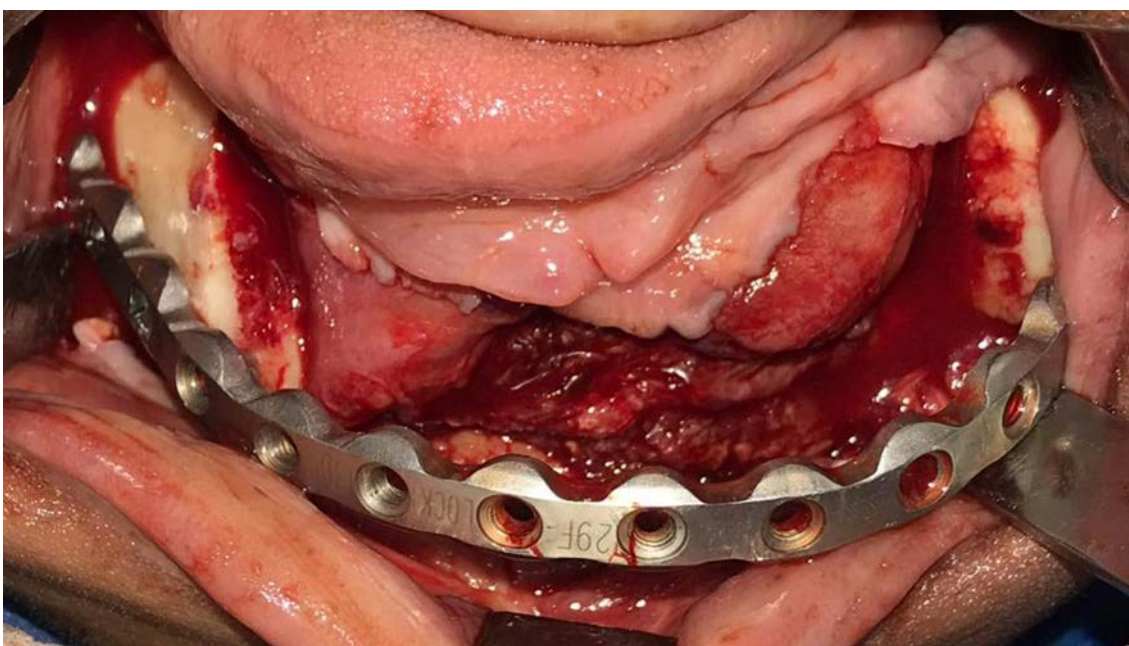


Figura 3 – Reconstrução imediata após ressecção segmentar.



Figura 4 – Um ano de pós-operatório.

DISCUSSÃO

O granuloma central de células gigantes possui uma apresentação clínica variável, com aspecto desde discreto aumento volume, de crescimento lento e assintomático, até uma extensa expansão óssea com perfuração de cortical e reabsorção radicular. Essa lesão acomete especialmente região anterior de mandíbula e pacientes do sexo feminino¹⁰. Através das características clínicas e de imagens, pode-se classificar o GCCG em agressivo ou não agressivo¹¹. O caso em questão apresentou-se como um discreto aumento de volume, assintomático, porém causando expansão de corticais ósseas e acometendo considerável extensão do osso mandibular, podendo assim ser considerado como lesão agressiva. Quanto à localização e gênero de maior acometimento, o presente caso corrobora com os achados da literatura.

Exames de imagens são fundamentais para complementar o diagnóstico e planejar um tratamento adequado. Radiografias convencionais possuem limitações quanto a observação de expansão das corticais e extensão da lesão para o tecido mole adjacente. Sendo assim, as tomografias computadorizadas de face são de grande valia, evidenciando detalhes tridimensionais do envolvimento da lesão².

O GCCG se assemelha radiograficamente e histologicamente ao tumor marrom encontrado em pacientes com hiperparatireoidismo, se fazendo assim necessários exames laboratoriais para o diagnóstico diferencial. Há casos

na literatura² de tumor marrom, em que os exames laboratoriais mostravam níveis elevados de creatinina, ureia, fosfatase alcalina e paratormônio e níveis de cálcio sérico total e iônico diminuídos. No presente estudo, foram realizados exames para avaliação de níveis de hormônio estimulante da tireoide (TSH), tiroxina livre circulante (T4 livre), hormônio luteinizante (LH), hormônio folículo estimulante (FSH), cortisol, além de fosfatase alcalina, paratormônio e níveis séricos de cálcio. Como resultados, não foram encontradas alterações hormonais e laboratoriais, descartando-se, assim, o tumor marrom associado ao hiperparatireoidismo, confirmando-se o diagnóstico de GCCG encontrado no laudo histopatológico progressivo.

A modalidade de tratamento mais adequada para esse tipo de lesão ainda é muito discutida na literatura e deve levar em consideração a idade do paciente, quadro clínico, características da lesão e sua agressividade¹². Os tratamentos propostos vão desde procedimentos conservadores até a ressecção da lesão com margem de segurança. As opções conservadoras incluem a aplicação intralesional de corticoide, interferon alfa, calcitonina subcutânea e uso de bifosfonatos. O interferon alfa pode ser utilizado sozinho ou como coadjuvante quando realizada enucleação da lesão¹³. O uso de calcitonina é baseado na afirmativa que as células gigantes da GCCG são osteoclastos e por isso seriam inativadas pela calcitonina. Já o mecanismo de ação do corticoide intralesional é explicado pela inibição da reabsorção óssea por duas vias diferentes: a primeira, pela inibição da produção extracelular de proteases lisossômicas e segunda, pela ação apoptótica sobre células semelhantes a osteoclastos⁴.

Devido à chance de recidiva desse tipo de lesão, quando submetidos a tratamentos conservadores, alguns estudos indicam a ressecção em bloco para as lesões consideradas clínicas e radiograficamente agressivas^{14,15}. No presente caso clínico, pela apresentação agressiva da lesão ao expandir corticais ósseas e promover reabsorções radiculares, optou-se pela ressecção segmentar, diminuindo assim a chance de recidiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a variante não agressiva do granuloma central de células gigantes seja mais comum, o padrão agressivo e expansivo merece atenção. Deve haver um planejamento cirúrgico minucioso, visto que necessita de ressecções ósseas, trazendo sequelas funcionais e estéticas importantes, comprometendo a qualidade de vida do paciente.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Órgão de Fomento Brasileiro Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Hospital da Restauração da cidade do Recife.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

FINANCIAMENTO

Este trabalho recebeu apoio financeiro da agência de fomento brasileira Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este trabalho foi realizado de acordo com a Declaração de Helsinki. O consentimento por escrito do paciente foi obtido para a publicação do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Chavus, et al. Coordinated pediatric reconstruction and rehabilitation of maxillary central giant cell granuloma. *Clinical Dentistry* 2018. 7(20): 528-33.
2. Abdelkarim A Z, Abu el sadat S M, Chmieliauskaite M, et al. Radiographic Diagnosis of a Central Giant Cell Granuloma Using Advanced Imaging: Cone Beam Computed Tomography. *Cureus* 10(6): e2735; June 05, 2018.
3. Gulati, et al. Central Giant Cell Granuloma of Posterior Maxilla: First Expression of Primary Hyperparathyroidism. Hindawi Publishing Corporation 2015; 35:60-6.
4. Etoz M, Asatongrol F, Akyol R. Central giant cell granulomas of the jaws: retrospective radiographic analysis of 13 patients. *Oral Radiology* 2018; 10:60-6.
5. Noleto JW, et al. Aspectos radiológicos e epidemiológicos do granuloma central de células gigantes. *Radiol Bras* 2007;40(3):167-71.
6. Özlem Filiz BAYAR, Gülsüm AK. Treatment of giant cell granuloma with intralesional corticosteroid injections: a case report. *J Istanbul Univ Fac Dent* 2015;49(3):45-50.
7. Pinheiro da Rosa MR, de Sá JL, Martins VB, de Oliveira MV. Central giant cells lesion: Report of a conservative management. *Eur J Dent* 2018; 12: 305-10.
8. Chrcanovi, et al. Central giant cell lesion of the jaws: an updated analysis of 2270 cases reported in the literature. *J Oral Pathol Med* 2018 Sep;47(8):731-39.
9. Nogueira, et al. Surgical treatment, oral rehabilitation, and orthognathic surgery after failure of pharmacologic treatment of central giant cell lesion: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2016;1(10).
10. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3ª Ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2009
11. Yuzbasioglu E, Alkan A, Özer M, Bayran M. Multidisciplinary approach for the rehabilitation of central giant cells granuloma: a clinical report. *Nigerian Journal of Clinical Practice* 2014;17(4): 528-33;
12. Carlos R, Sedano HO. Intralesional corticosteroids as an alternative treatment for central giant cell granuloma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93:161-66.
13. Bayar OF, Gulsun AK. TREATMENT OF GIANT CELL GRANULOMA WITH INTRALESIONAL. *J Istanbul Univ Fac Dent* 2015;49(3):45-50.
14. Rawashdeh AB. Long-term clinical and radiological outcomes of surgical management of central giant cell granuloma of the maxilla. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 35: 60-6.
15. De Lang J. Incidence and disease-free survival after surgical therapy of central giant cell granulomas of the jaw in the Netherlands: 1990- 1995. *Head & Neck* 2004; 26: 792-95.

ANAIS DA JORNADA ODONTOLÓGICA INTERLIGAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS DA NEURALGIA DO TRIGÊMIO.

PHYSIOPATHOLOGICAL ASPECTS OF TRIGEMINE NEURALGIA.

Ana Vitória Luna Pedrosa¹, Rayane Pereira de Araújo², Matheus Pereira de Araújo², Juliana Pinto de Medeiros²

1. Uninassau
2. Universidade Federal de Pernambuco
analuna.analu21@gmail.com

Definida como uma dor facial intensa devido à disfunção do nervo trigêmeo alterando a sensibilidade da face. É causada geralmente por uma artéria posicionada de modo anormal que comprime o nervo do trigêmeo atingindo a população idosa, sendo mais recorrente em mulheres com mais de 50 anos. O objetivo do presente trabalho foi analisar os aspectos fisiopatológicos, diagnóstico, causas e tratamento subjacentes à neuralgia do trigêmeo (NT). Foi realizado o levantamento bibliográfico de artigos científicos pelas bases de dados Pubmed, Medline, Scielo, ScienceDirect obtendo resultado de 215 artigos dos últimos 7 anos. Para a elaboração do presente trabalho, foram utilizados 8 artigos nos idiomas inglês e português. Os sinais e sintomas são importantes para realizar o diagnóstico. A neuroimagem com tomografia computadorizada de crânio ou ressonância magnética são úteis para identificar pacientes que apresentam lesão estrutural como causa da NT. Através da literatura consultada, foi possível verificar que a gama de patologias responsáveis pela NT é vasta e as possíveis áreas topográficas de comprometimento são extensas, desde a coluna cervical até a face e a base do crânio. O diagnóstico é essencialmente clínico, a participação de uma equipe multidisciplinar é imprescindível para efetuar o melhor tratamento. Palavras-chaves: *Neuralgia trigêmeo; Fisiologia; Diagnóstico.*

FOP E RECONSTRUÇÃO COM ENXERTO AUTÓGENO.

POF AND RECONSTRUCTION WITH AUTOGENOUS GRAFT.

Aline Itsuko Uji¹, Cristóvão Marcondes De Castro Rodrigues, Isabela Sol¹, Daniela Meneses Santos¹, Jonas Dantas Batista¹, Claudia Jordão Silva¹

1. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia
alineuji@gmail.com

O Fibroma Ossificante Periférico (FOP) é uma massa gengival, na qual são encontrados focos calcificados. É uma lesão nodular que envolve a gengiva inserida e interdental. Existindo uma predileção pelo sexo feminino e pela região anterior de maxila. Este trabalho tem o objetivo de relatar o manejo cirúrgico de um fibroma ossificante periférico em maxila e a reconstrução imediata com enxerto autógeno. Paciente do gênero feminino, 25 anos, apresentando FOP na região entre incisivos e pré-molares maxilares. Foi tratada cirurgicamente por meio de ressecção marginal da lesão sob anestesia geral e reconstrução imediata com enxerto autógeno de crista ilíaca, e, também, sessões de oxigenoterapia hiperbárica. Seguindo em acompanhamento por 12 meses sem sinais de recidiva. Apesar da necessidade de reconstrução e devido às consideráveis taxas de recorrência, o FOP quando tratado de modo radical, como no caso, apresenta melhores resultados se comparado com o tratamento conservador, enucleação e remoção do tecido periosteal adjacente à lesão. Dessa forma, no caso descrito, o plano de tratamento, ressecção com margem de segurança associado a reconstrução com enxerto autógeno e oxigenoterapia, obteve resultados satisfatórios, uma vez que a paciente não apresentou recidivas em um ano de acompanhamento. Palavra-Chave: *Fibroma Ossificante; Maxila; Enxerto Ósseo; Crista Ilíaca.*

IMPACTOS DO DISTANCIAMENTO SOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COMO CONSEQUÊNCIA DA COVID-19 DIAGNOSTICADOS PELOS CIRURGIÕES-DENTISTAS.

IMPACTS OF SOCIAL DISTANCING OF CHILDREN AND ADOLESCENTS AS A CONSEQUENCE OF COVID-19 DIAGNOSTICATED BY DENTAL SURGEONS.

Aline Stefany de Andrade¹, Vinícius Bomfim Santana¹, Luiz Gustavo Souza Abreu¹, Jessé Cainã Santos de Carvalho¹, João Alves Alcantara Oliveira¹, Tito Marcel Lima Santos¹

1. Centro Universitário AGES – UniAGES
alinstefanyy5800@gmail.com

A COVID-19 ameaça a saúde física e mental de crianças e adolescentes, os mais vulneráveis aos danos psicológicos em situação de distanciamento social, afinal, estão expostos ao medo, desamparo, ansiedade, tédio, solidão, privação de aprendizagem e violência. Portanto, esta revisão de literatura visa constatar e discutir os impactos desfavoráveis da quarentena domiciliar e distanciamento social nas crianças e adolescentes sob a perspectiva da Odontologia. A busca por artigos foi realizada nas bases de dados SciELO, PubMed e LILACS;

ante os critérios de elegibilidade 8 foram selecionados, em português e inglês, unanimemente publicados em 2020. O período pandêmico é caótico, sobretudo quando atrelado ao isolamento. Frente aos fatores estressores potencializados como sobrecarga dos cuidadores ao conciliar trabalho remoto, doméstico e de cuidador, a violência direcionada ao grupo têm se agravado, concomitantemente, esse está fadado a alterações na rotina (afastamento escolar, privação de socialização e impossibilidade de realizar atividades cotidianas), resultando em danos físicos e psicológicos passíveis de serem observados pelo cirurgião-dentista. Destarte, a redução do stress e suas consequências depende das estratégias adotadas. Preconiza-se restabelecimento de necessidades de relacionamento, autonomia e competência e reversão da catastrofização com distrações ludo educativas. Palavras-chaves: *Coronavírus; Maus-Tratos Infantis; Isolamento Social.*

PREVALÊNCIA DE LESÕES FACIAIS EM ACIDENTES DE TRÂNSITO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

PREVALENCE OF FACIAL INJURY IN TRAFFIC ACCIDENTS: AN INTEGRATIVE REVIEW.

Ana Beatriz Lima de Oliveira¹, Virgínia Andrade de Souza¹, Rebecka Mitsue do Nascimento¹, Luana Melo Figueirôa Acioly¹, Adriana Paula de Andrade da Costa e Silva Santiago¹

1. Universidade Federal de Pernambuco – UFPE
bialima579@gmail.com

O estudo das lesões faciais é importante para o controle eficaz do tratamento. Acidentes de trânsito continuam sendo a maior causa de fraturas faciais. A revisão integrativa foi construída a partir da seguinte pergunta norteadora: "Quais os tipos de lesões faciais mais prevalentes no caso de acidente automobilístico?". Foram utilizados os seguintes descritores (acidente de trânsito OR traffic accidents) AND (face OR face) AND (traumatismos faciais OR facial injuries) NOT (traumatismo craniocerebral OR craniocerebral trauma) no intervalo de tempo dos últimos 05 anos, na base de dados da BVS. Foram encontrados 85 artigos, os quais, após analisados, utilizaram-se 5. Dos 05 artigos selecionados, 04 trazem as lesões do terço médio da face como mais preponderante, sendo destacado nos respectivos artigos fraturas nos ossos zigomáticos, maxilares e nasais. Sendo que em 01 dos artigos utilizados aborda a mandíbula como o osso mais lesionado. Foi observado no respectivo trabalho que os acidentes motociclísticos são grandes causadores de lesões faciais e em relação a acidentes envolvendo automóveis o cinto de segurança é um atenuante das lesões. Pode-se concluir que as lesões faciais mais prevalentes em acidentes automobilísticos são as do terço médio da face, sendo estas fraturas nos ossos zigomáticos, maxilares e nasais.

Palavras-Chave: *Traumatismos faciais; Acidentes de trânsito; Odontologia Legal.*

FRENECTOMIA COMO FERRAMENTA DE REABILITAÇÃO DA COMUNICAÇÃO DE PACIENTE ADULTO – RELATO DE CASO.

FRENECTOMY AS A TOOL FOR THE REAHABILITATION OF ADULT PATIENT COMMUNICATION – CASE REPORT.

Aryana Rocha do Nascimento¹, Maria Luísa Alves Lins², Italo Ferreira Monteiro², Jady Cristina Lázaro Sales², Alfredo de Aquino Gaspar Junior², Ana Claudia da Silva Araújo²

1. Universidade Tiradentes de Pernambuco
2. Universidade Federal de Pernambuco
aryanaarocha@hotmail.com

O freio lingual é uma estrutura anatômica em forma de prega, que conecta a língua ao assoalho da cavidade bucal. Quando o freio lingual se encontra fixado muito próximo a ponta da língua, dificultando a movimentação deste órgão, trata-se de uma alteração denominada Anquiloglossia. O objetivo é relatar o caso clínico de um paciente adulto. Paciente P. V. S., 19 anos, gênero masculino, procurou o Projeto de Extensão Língua Solta requerendo a realização da frenotomia lingual, após encaminhamento de uma Cirurgiã-Dentista. Durante o diagnóstico foi detectado que o frênulo tinha inserção na crista alveolar e localizado entre o terço médio e o ápice, o paciente tinha a movimentação lingual limitada. Aplicou-se anestésico tópico no assoalho do frênulo. Em seguida foi utilizado a tentacânula para imobilizar e elevar o frênulo facilitando a incisão. Depois foi feita a compressão com gaze estéril e na ferida cirúrgica foi realizada sutura simples. A frenectomia foi realizada devido à dificuldade significativa de mobilidade da língua, fato constatado clinicamente após a verificação da fixação do freio lingual no ápice do órgão, impedindo os movimentos peculiares. Quando bem indicada poderá a frenotomia contribuir para o melhor desenvolvimento psíquico, emocional do paciente, visto que proporcionará melhora nas funções orais.

Palavras-Chave: *Anquiloglossia; Freio Lingual; Cirurgia bucal.*

TOXINA BOTULÍNICA TIPO A E DOR OROFACIAL. BOTULINUM TOXIN TYPE A AND OROFACIAL PAIN.

Ellen Amanda Silva de Santana¹, Amina Kadja Martins Cahu², Marina Rosa Barbosa³,
Tiago José Nascimento de Souza², Ana Cláudia da Silva Araújo¹

1. Universidade Federal de Pernambuco
 2. Centro Universitário Brasileiro
 3. Faculdade de odontologia do Recife
- amaandasilva001@gmail.com

A dor orofacial é uma condição dolorosa e multifatorial, causando grande sofrimento ao paciente. Atualmente, inúmeras formas de tratamento são usadas a fim de reduzir essa patologia, dentre elas, a aplicação da Toxina Botulínica Tipo A (BoNT A). Isso porque BoNT A diminui os efeitos dos músculos hiperfuncionais ou espásticos, sem efeitos colaterais. Portanto, esse estudo tem como finalidade responder a pergunta "A BoNT A é eficaz e segura para o tratamento da dor orofacial?". Para tal, realizou-se uma análise bibliográfica nas plataformas digitais Scielo, ScienceDirect, MEDLINE e Google Scholar nos últimos 10 anos, redigidos em língua portuguesa e inglesa. Os artigos revisados demonstraram que a toxina botulínica é uma escolha viável para o controle da dor orofacial, com vantagem na redução de analgésicos e sua longevidade. Apesar de a BoNT A possuir propriedades antinociceptivas para o alívio da dor, a literatura ainda é insuficiente para definir os benefícios e complicações de seu uso, apresentando muitas variáveis descontroladas como: número de amostras reduzido; diferenças nos locais de aplicação e das doses utilizadas, que inviabilizam a reprodução desses estudos. Destarte, é necessário a realização de pesquisas atualizadas que considerem o tempo dos intervalos entre as injeções e a dosagem adequada.

Palavras-chave: *Odontologia; Dor Orofacial; Toxina botulínica tipo A.*

AMBIGUIDADE CLÍNICA EM FIBROSES RELACIONADAS A LINFEDEMAS CERVICAIS PÓS CIRURGIAS MAXILOFACIAIS: RELATO DE CASO.

CLINICAL AMBIGUITY IN FIBROSIS RELATED TO CERVICAL LYMPHEDEMS POST
MAXILLOFACIAL SURGERIES: A CASE REPORT.

Emilly Dutra Amaral Meggiolaro¹, Éwerton Machado Veloso¹, Lucas Nogueira Ramos¹,
Valdir Cabral Andrade¹

1. Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares.
- emillydamaral@gmail.com

O Linfedema é o acúmulo de substâncias biológicas no sistema linfático. Seu aspecto inicial é fluido, evoluindo progressivamente, enquanto as fibroses são formações de tecido conjuntivo como parte da cicatrização. No caso clínico, paciente feminino, 20 anos, fissura palatina e histórico de cirurgias craniofaciais, apresentou aumento nos linfonodos cervicais, assintomáticos, pouco móveis e palpáveis. Indicou-se a Ultrassonografia da Cervical (USG) e o hemograma completo com exames de infecções, doenças sexualmente transmissíveis e agentes patológicos. Os exames de sangue não demonstraram alterações, enquanto, na USG, os linfonodos cervicais esquerdos possuíam as medidas aumentadas de 2,7 x 1,3 cm. A conduta foi observacional por 6 meses. Na segunda USG, os linfonodos demonstraram crescimento de 3,8 x 1,7 cm. Fechou-se o diagnóstico como fibrose associada a linfedema cervical, decorrente de cirurgias craniofaciais. Linfonodos assintomáticos, endurecidos, pouco móveis e em constante crescimento podem acarretar um diagnóstico equivocado de linfoma, entretanto é importante salientar que, em pacientes com histórico clínico de cirurgia de cabeça e pescoço, pode haver a formação de linfedema e a evolução de tecidos com fibrose por resposta ao processo cicatricial. Portanto, o cirurgião-dentista deve atentar-se ao histórico clínico para que haja um diagnóstico mais assertivo como na alteração patológica supracitada.

Palavras-chave: *Cirurgia Maxilofacial; Fissura Palatina; Reabilitação.*

TRATAMENTO ENDODÔNTICO NÃO-CIRÚRGICO DA OSTEOMIELE DE GARRÈ: RELATO DE CASO.

NON-SURGICAL ENDODONTIC MANAGEMENT OF GARRÈ OSTEOMYELITIS: CASE
REPORT.

Gabriel Araujo da Silva¹, Cleiton Rone dos Santos Lima¹, Jailton Gomes Amancio da Silva²,
Renan Lúcio Berbel da Silva³

1. Universidade Cidade de São Paulo
 2. Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco
 3. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
- garaujo.psi@gmail.com

A Osteomielite de Garrè (OG) é uma doença inflamatória crônica. Afeta, principalmente, a primeira e a segunda décadas de vida. Apresenta como fator etiológico mais comum a cárie dentária. Radiograficamente, apresenta característica de "casca de cebola", devido a neoformação periosteal. Este trabalho descreve um caso de OG, tratada endodonticamente. Paciente do sexo feminino, 11 anos de idade, encaminhada pela odontopediatra para avaliação do dente 36. Apresentava edema em região de mandíbula esquerda, além de dor e febre. A radiografia periapical inicial revelou rarefação óssea periapical difusa, em ambos os ápices radiculares do dente 36. A hipótese diagnóstica sugerida foi de OG. Foi solicitada tomografia computadorizada de feixe cônico, que confirmou a hipótese diagnóstica. A paciente foi submetida à antibioticoterapia, tratamento endodôntico e à laserterapia com laser de

baixa potência, respectivamente. Na maioria dos casos, o tratamento proposto para a OG é a extração do dente causador e antibioticoterapia. No entanto, o tratamento endodôntico tem sido relatado como um meio eficiente no tratamento da OG. Em casos de pacientes jovens diagnosticados com OG, o tratamento não-cirúrgico deve ser considerado como uma opção terapêutica viável, como evidenciado neste caso, por apresentar um bom prognóstico. Palavras-chave: *Osteomielite; Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico; Endodontia; Tratamento.*

TRÍADE DE INFECÇÕES OPORTUNISTAS ORAIS EM PACIENTE COM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA.

ORAL OPPORTUNISTIC INFECTION TRIAD IN A PATIENT WITH ACUTE MYELOID LEUKEMIA.

Giovana Xavier¹, Claudio Freire Sessenta Júnior¹, Hudson Balthazar Cavalcante de Oliveira¹,
Melissa Tomie Rissete Mozena¹

1. Universidade Federal do Paraná
giovanaxavier@gmail.com

Pacientes onco-hematológicos podem apresentar manifestações orais em consequência da imunossupressão induzida pelo tratamento quimioterápico. Devido à neutropenia decorrente dessa terapia, infecções por micro-organismos oportunistas, como espécies de *Candida* e *Herpesviridae*, são frequentes e tendem a causar dor, dificuldade de alimentação e muitas vezes limitação no tratamento. O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de um paciente do sexo masculino, 44 anos, diagnosticado com Leucemia Mielomonocítica Aguda (LMA) em estágio de alto risco por hiperleucocitose, que em internação para realização de novo ciclo de quimioterapia apresentou ulcerações em região de palato duro, seguidas de lesão ulcerada em comissura labial, ambas bilateralmente, e intenso edema em ventre lingual, cujas hipóteses diagnósticas formuladas foram herpes simples, queilite angular e sialodente infecciosa bacteriana, respectivamente. As medidas terapêuticas adotadas foram a introdução de aciclovir sistêmico associado à terapia fotodinâmica antimicrobiana (aPDT) para tratamento das lesões herpéticas, antibioticoterapia para controle da sialodente e pomada à base de Nistatina para o quadro de infecção fúngica, apresentando bom resultado. Tendo em vista as complicações relativas ao tratamento oncológico, torna-se imprescindível o acompanhamento odontológico, de modo a reduzir a severidade das complicações bucais e prevenir e/ou evitar efeitos sistêmicos.

Palavras-Chave: *Infecções Oportunistas; Leucemia Mielode Aguda; Antineoplásico.*

APLICABILIDADE DO ÁCIDO HIALURÔNICO NA PERIODONTIA

APPLICATION OF HYALURONIC ACID IN PERIODONTIA.

Jailton Gomes Amancio da Silva¹, Cleiton Rone dos Santos Lima², Gabriel Araújo da Silva²,
Ivan José Correia Neto³

1. Universidade de Pernambuco
2. Universidade Cidade de São Paulo
3. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
jailton1234gomes@gmail.com

O ácido hialurônico (AH) é um polissacarídeo encontrado em grandes quantidades no tecido conjuntivo, no líquido sinovial e matriz extracelular da cartilagem articular. Recentemente, tem sido estudado como possível adjuvante na odontologia, com resultados positivos. Este estudo tem por objetivo descrever a aplicabilidade do AH em periodontia. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura cuja estratégia de busca "(Hyaluronic Acid) AND (Periodontics)" foi utilizada na base de dados Pubmed. Foram incluídos estudos originais experimentais publicados nos últimos 2 anos. Dos 34 títulos encontrados, 12 foram selecionados após leitura de título e resumo e finalmente 8 foram incluídos após os critérios de inclusão. Na reconstrução da papila interdental, o uso do AH apresentou resultados promissores nos primeiros 6 meses após aplicação. O uso de HA tem sido eficaz no tratamento de deficiência interdental. Quando associado à técnica de enxerto, reduziu o encolhimento do mesmo. Reduziu, ainda, a quantidade de microrganismos relacionados à peri-implantite em seus primeiros estágios. Apresentou bom desempenho na cicatrização pós-gengivectomia e em feridas de alvéolos infectados pós-extração. Ao tratamento não cirúrgico, apresentou melhoria no índice de sangramento à sondagem. O AH apresenta uma diversidade em sua aplicabilidade na periodontia, com benefícios ao paciente.

Palavras-Chave: *Ácido Hialurônico; Periodontia; Odontologia.*

IMPACTO DA REDUÇÃO DAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA.

IMPACT OF REDUCING DENTISTRY CONSULTATIONS IN EARLY CHILDHOOD.

Jéssica Nicole Marinho¹, Luann Helleno dos Santos Marinho Cruz¹, Wenys Claudio Gomes da Silva¹,
Amanda Maria Chaves,
Irani de Farias Cunha Junior¹

1. Universidade Federal de Pernambuco
jessicamarinhonicole@gmail.com

Muitas questões são determinantes no processo de surgimento de patologias, frente a primeira infância, isto é período entre 0 e 3 anos de idade, a cárie se mostra como o principal problema, em especial no Brasil, tendo em vista que, a cárie atinge amplamente 53,4% das crianças brasileiras. Diante disso, este trabalho possui

o objetivo de compreender o impacto da redução da primeira consulta odontológica durante a primeira infância. As informações foram obtidas pela junção do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Utilizou-se o período de coleta entre janeiro a outubro dos anos correspondentes disponíveis do sistema. Posteriormente, foi realizado análise das consultas se comparou os resultados obtidos. Em 2019 foram registradas um total de 641.390 primeiras consultas, enquanto em 2020, o somatório permaneceu em 324.008. À vista disso, é possível perceber uma redução de 50,1% na frequência das primeiras consultas, evento que pode agravar a saúde oral do público em questão, haja vista a cárie atinge 47,1% das crianças entre 0 e 3 anos. Perante os dados expostos, se torna evidente a gravidade da situação exposta, sendo preciso procurar estratégias para diminuir os impactos para as crianças.

Palavras-chave: *Odontopediatria; procedimentos clínicos; epidemiologia.*

DOENÇA PERIODONTAL E RELAÇÕES FAMILIARES EM ADOLESCENTES BRASILEIROS. PERIODONTAL DISEASE AND FAMILY RELATIONSHIPS IN BRAZILIAN ADOLESCENTS.

Kamilla Gleice de Oliveira Medeiros¹, Adelaine Maria de Sousa¹

1. Universidade federal de Pernambuco

kamillaamedeiros@gmail.com

O desenvolvimento da doença periodontal vai além dos fatores biológicos, pois os fatores socioeconômicos e o meio ambiente doméstico também influenciam. A família exerce influência mais efetiva que outros grupos sociais, então o objetivo deste estudo é revisar na literatura pesquisas que respondam se a doença periodontal em adolescentes brasileiros está associada às suas relações familiares. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, na qual se realizou uma busca online na Biblioteca Virtual de saúde e na PubMed, usando os descritores "Periodontal Diseases" AND "Family Relations" AND "Adolescent" e "Periodontal diseases" AND "Family" AND "Adolescent". Não houve limitação para o ano de publicação e foram selecionadas publicações nos idiomas português, espanhol e inglês que tiveram o Brasil como país de referência. Três artigos completos foram selecionados e relataram que as relações no ambiente doméstico adverso podem levar a situações e comportamentos que influenciam o desenvolvimento e gravidade da doença periodontal em adolescentes. Dois estudos foram na região sudeste e um na centro-oeste. Essa revisão mostrou que há poucos estudos sobre as relações familiares e a condição periodontal em adolescentes, mesmo tendo parte da atenção primária do Sistema Único de Saúde centrada na família.

Palavras-Chave: *Periodontal diseases; family relations; family; adolescent.*

TRATAMENTO E INTERVENÇÃO DA ANQUILOGLOSSIA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS. TREATMENT AND INTERVENTION OF ANKYLOGLOSSIA IN PEDIATRIC PATIENTS.

Letícia Carneiro de Oliveira¹, Ana Paula Freitas Braga dos Santos¹, Paulo da Silva Moura Júnior¹,

Gabriel Lins dos Santos¹, Juliana Monteiro Azevedo¹

1. Universidade Estadual de Feira de Santana

lete_out@hotmail.com

A anquiloglossia é uma alteração da mobilidade lingual originada pela presença de tecido entre o assoalho bucal e língua que restringe seu movimento, causando dificuldade na mastigação e distúrbios na fala. Em recém-nascidos essa patologia manifesta dificuldades na amamentação, perda de peso do bebê e o desmame precoce. Nesse trabalho utilizou-se os descritores "anquiloglossia, recém-nascido, distúrbios da fala", a busca foi realizada na base de dados PubMed sendo incluídas publicações entre 2016 e 2020 em inglês. Dos 218 artigos encontrados, após duas etapas de busca, quatro artigos mais relevantes foram selecionados. A partir das informações selecionadas, constatou-se que técnicas cirúrgicas como a frenectomia lingual são adotadas em pacientes com anquiloglossia. Entretanto, profissionais enfrentam problemas como a falta de cooperação do paciente e, por esse motivo, alguns procedimentos são realizados em âmbito hospitalar com intuito de diminuir o risco de traumas e estresses psicológicos. Assim, o cirurgião pode adotar formas de tratamento e intervenção que visem impedir experiências de sofrimento, como a utilização do laser que tem grande capacidade hemostática e provocam mínimos danos aos tecidos vizinhos. O cirurgião-dentista deve estar familiarizado com essa patologia e seus aspectos, além de avaliar e diagnosticar a necessidade desse tratamento, sua intervenção e pós-operatório.

Palavras-chave: *Anquiloglossia; Recém-nascido; Distúrbios da fala.*

DIFERENÇA RACIAL EM CÂNCER DE BOCA/OROFARINGE. RACIAL DIFFERENCE IN ORAL/OROPHARYNGEAL CANCER.

Letícia Francine Silva Ramos¹, Adriano Referino da Silva Sobrinho¹

1. Universidade de Pernambuco

leticia.sramos@upe.br

As iniquidades em saúde refletem em condições desiguais na população brasileira, sendo afetados os indivíduos vulneráveis, como os negros. Dessa forma, buscou-se identificar o perfil dos casos de câncer de boca e orofaringe diagnosticados no Brasil, a fim de verificar diferenças entre a raça/cor dos pacientes. Para tal, o estudo ecológico utilizou dados secundários disponíveis publicamente nos Registros Hospitalares de Câncer do período de 2014 a 2018. A partir da seleção dos códigos CID-10 de malignidades da cavidade

oral e orofaringe (C00-06, C10), realizou-se análise bivariada entre raça/cor dos pacientes e hábitos de fumar e de beber, grupo de estadiamento do tumor no momento do diagnóstico e estado da doença ao final do primeiro tratamento. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para verificar diferenças estatisticamente significantes ($p < 0.05$). No período analisado foram diagnosticados 28.823 casos, sendo 16.205 em indivíduos negros e 12.613 em não-negros. Os indivíduos negros estiveram associados a maior exposição aos fatores de risco, bem como diagnóstico em estágios mais avançados e não remissão da doença/óbito ao final da primeira modalidade terapêutica ($p < 0.001$). A detecção precoce do câncer ainda é uma realidade distante à população negra, reforçando a importância das políticas públicas no combate às desigualdades raciais.

Palavras-chave: *Epidemiologia; Neoplasias bucais; Saúde das minorias étnicas.*

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ANÁLISE DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS ATUANTES EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO-SP.

DENTAL CARE TO PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN THE UNIQUE HEALTH SYSTEM: ANALYSIS OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF DENTIST OF BASIC HEALTH UNITS IN RIBEIRÃO PRETO-SP.

Luana Stefanie Silvino Gonçalves¹, Miriane Lucindo Zucoloto¹, Patricia Moreira Gomes¹, Ana Carolina Fragozo Motta¹

1. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – FORP/USP
luana.stefanie.goncalves@usp.br

Diante da importância dos ajustes no tratamento odontológico de pacientes portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 e a existência de grande divergência na literatura, há necessidade do diagnóstico das dificuldades/dúvidas dos cirurgiões-dentistas. Assim, este estudo propôs determinar o nível de conhecimento de cirurgiões-dentistas atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Ribeirão Preto-SP sobre o atendimento odontológico a pacientes com DM tipo 2. Para este estudo (aprovado sob o CAAE da FORP – USP: 35065220.2.0000.5419) foi construído e disponibilizado na plataforma eletrônica Research Electronic Data Capture (REDCap) um questionário com 38 questões. O convite para participar foi feito através de e-mail. Os critérios de inclusão foram indivíduos de qualquer idade, etnia, sexo que atuassem em UBS de Ribeirão Preto (N=117). Houve baixa adesão à pesquisa (33,4%), e uma das principais discrepâncias nas respostas foi em relação à forma de uso de antibióticos, sendo que 28,1% prescreve a forma terapêutica; 25% a forma profilática; os demais, 46,9%, prescrevem a forma profilática e terapêutica. Há necessidade de capacitação profissional para esclarecer essas dúvidas/dificuldades, no intuito de proporcionar atendimentos baseado em evidência científica e consequentemente, melhor qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-chave: *Diabetes mellitus tipo 2; Odontologia; Protocolo.*

COMPARAÇÃO ENTRE A QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS EM PERNAMBUCO ENTRE OS ANOS DE 2019 E 2020.

COMPARISON BETWEEN THE QUANTITY OF PROCEDURES IN PERNAMBUCO BETWEEN THE YEARS OF 2019 AND 2020.

Luann Helleno dos Santos Marinho Cruz¹, Jéssica Nicole Marinho¹, Wenys Cláudio Gomes da Silva¹, Amanda Maria Chaves¹, Irani de Farias Cunha Júnior¹

1. Universidade Federal de Pernambuco
luanncruz99@gmail.com

A atual expansão do novo coronavírus (COVID-19) levou rapidamente a uma crise de saúde que se espalhou pelo mundo. O Cirurgião-Dentista foi classificado como um agente de risco extremamente alto, recomenda-se a realização de procedimentos apenas em casos de urgência e a suspensão de procedimentos eletivos. A fonte de informação foi uma junção do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). O primeiro responsável por contabilizar os procedimentos realizados na Estratégia de Saúde da Família e o segundo em Unidades Tradicionais de Saúde. Foram selecionados os meses de Janeiro a Outubro dos anos correspondentes por disponibilidade do Sistema, pois para 2020 os mesmos estavam fechados até o mês de Outubro. Após selecionar todos os tipos de consulta e atendimentos se comparou os resultados obtidos. Em 2019 foram registradas 1.617.009 consultas, entretanto, em 2020 foram registradas um total de 712.424 consultas. Entre os anos de 2019 a 2020 houve uma redução de aproximadamente 55,942% do valor geral de consultas. Percebe-se uma diminuição substancial da quantidade de atendimentos odontológicos no ano de 2020 em relação a 2019. É preciso avaliar e rever estratégias para diminuir os impactos para a população.

Palavras-chave: *Coronavirus; Odontologia; Saúde bucal.*

ALTERAÇÕES OROFACIAIS E MICROCEFALIA POR ZIKV.

OROFACIAL CHANGES AND MICROCEPHALY BY ZIKA.

Lucas Dantas Virginio¹, Ludmilla dos Santos Souza¹, Pedro Henrique Sette-de-Souza¹,
Adriano Referino da Silva Sobrinho¹

1. Universidade de Pernambuco
lucas.dantas@upe.br

A infecção por Zika vírus (ZIKV) tornou-se problema de saúde pública no mundo. Dentre as consequências, destaca-se a microcefalia em bebês nascidos de mães que tiveram a infecção durante a gestação da criança. Assim, o estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre alterações orofaciais em bebês com microcefalia causada pelo ZIKV. A revisão integrativa da literatura foi realizada nas bases de dados da PubMed e da Biblioteca Virtual em Saúde; com estudos publicados em quaisquer anos e idioma; e que possuísem amostra composta apenas por indivíduos diagnosticados com microcefalia decorrente de infecção pelo ZIKV. Os descritores utilizados foram: Microcefalia, Zika vírus, Manifestações bucais e Saúde Bucal. Após a busca, identificou-se seis estudos elegíveis, que compuseram a amostra final e foram submetidos à análise da qualidade das evidências. As principais alterações encontradas em crianças com microcefalia causada pelo ZIKV foram palato ogival, inserção anormal do frênulo lingual e dificuldades de deglutição. Os estudos mostram uma falta de padronização na mensuração dos desfechos, impedindo a generalização dos achados para a população portadora de microcefalia. Devido à variedade de alterações observadas nos estudos, é importante conhecer o perfil destas para o planejamento da assistência em saúde bucal para essa população.

Palavras-chave: *Zika vírus; Sistema estomatognático; Microcefalia.*

ERUPÇÃO DENTÁRIA E MICROCEFALIA POR ZIKV.

DENTAL ERUPTION AND MICROCEPHALY BY ZIKA.

Ludmilla dos Santos Souza¹, Lucas Dantas¹,
Pedro Henrique Sette-de-Souza¹, Adriano Referino da Silva Sobrinho¹

1. Universidade de Pernambuco
ludmilla.souza@upe.br

A infecção pelo Zika vírus (ZIKV) durante a gestação pode causar diversos distúrbios de desenvolvimento ao feto. Dentre eles, a microcefalia é capaz de promover alterações no sistema estomatognático, como atrasos na erupção dentária. Assim, o estudo se propôs a analisar as evidências científicas sobre distúrbios na erupção dentária decídua de crianças com microcefalia causada pelo ZIKV. Para atingir tal objetivo, foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados da PubMed e Biblioteca Virtual de Saúde. Os descritores utilizados foram: Microcefalia, Zika vírus, Erupção Dentária e Saúde Bucal. Os critérios de inclusão abrangeram estudos publicados quaisquer idiomas; e que possuísem amostras compostas exclusivamente por crianças com microcefalia decorrente de infecção pelo ZIKV. Após a busca e aplicação dos critérios, oito trabalhos compuseram a amostra final do estudo e foram submetidos à classificação da qualidade da evidência. Todos os estudos identificaram atrasos de erupção dentária em suas respectivas amostras, variando de 17,8% a 60,7% dos casos. A literatura aponta como hipótese causal do atraso, a falta de estímulos de mastigação. Conhecer as características das crianças com microcefalia causada pelo ZIKV pode nortear a elaboração de protocolos e diretrizes clínicas de assistência em saúde bucal para essa população.

Palavras-chave: *Zika vírus; Erupção Dentária; Microcefalia.*

ESTÉTICA BRANCA E VERMELHA: INTERAÇÃO DENTÍSTICA E PERIODONTIA.

WHITE AND RED AESTHETICS: DENTIST INTERACTION AND PERIODONTICS.

Luiz Gustavo Souza Abreu¹, Aline Stefany de Andrade¹, Vinícius Bomfim Santana¹,
Jessé Cainã Santos de Carvalho¹, Wilson Déda Gonçalves Júnior¹

1. Centro Universitário AGES
luizgustavosousaabreu@gmail.com

O sorriso agradável tornou-se o anseio de muitos. Nesse cenário, a integração Dentística-Periodontia é a melhor maneira de obter sucesso clínico nos tratamentos estéticos, de forma que a reabilitação seja satisfatória e duradoura. Nesse cenário, anseia-se constatar através desta revisão de literatura a importância da associação da dentística restauradora e da periodontia na construção da estética do sorriso. A busca por artigos foi realizada em bases de dados como SciELO, MEDLINE e LILACS, 7 artigos e livros foram selecionados, nos idiomas português e inglês, publicados entre 2007 e 2019. A busca por correspondência dos padrões estéticos é demasiado grande na atualidade; não seria diferente quanto ao sorriso, que é considerado belo quando existe harmonia entre os dentes, arquitetura labial e tecido gengival, isto é, equilíbrio da estética “branca” e “vermelha”. Logo, anomalias ou alterações nesses podem desencadear problemas na autoestima, motivando a procura do Cirurgião-dentista. Para tanto, a associação entre tratamento periodontal e restaurador é recomendada, pois a integralidade entre as áreas da dentística e periodontia proporciona o atendimento integral das necessidades estéticas e funcionais, a partir da visualização global das necessidades terapêuticas e estéticas.

Palavras-chave: *Dentística Operatória; Periodontia; Estética dentária.*

CIMENTAÇÃO DE FACETAS CERÂMICAS: RELATO DE CASO. **CEMENTATION OF CERAMIC FACETS: CASE REPORT.**

Luiza Oliveira de Almeida¹, Larissa Micaella Moraes Arcoverde e Silva¹,
Gregorio Marcio de Figueiredo Rodrigues², Viviane Maria Gonçalves De Figueiredo¹

1. Universidade Federal de Pernambuco
2. Universidade Federal da Paraíba
luizalmd26@gmail.com

A longevidade das restaurações está relacionada à união entre o material restaurador e os tecidos dentários. Objetivou-se realizar um relato de caso sobre a cimentação de facetas cerâmicas. O Paciente sexo masculino, 20 anos, apresentava os elementos 11 e 21 com extensas restaurações de resina compostas e um posicionamento dental desfavorável. Foi sugerida a reabilitação com facetas de dissilicato de lítio a fim de devolver função, estética e auto-estima ao paciente. Após o preparo dental foi realizada moldagem de trabalho, seleção de cor, prova e cimentação final com cimento fotopolimerizável. Previamente a cimentação, a estrutura dental recebeu tratamento de superfície com ácido fosfórico 37%, lavagem e secagem; e aplicação do adesivo. O tratamento de superfície interno das facetas receberam ácido fluorídrico 10%, lavagem e secagem; por fim a aplicação de silano. O conhecimento do cirurgião-dentista sobre as estratégias de cimentação, conforme o tipo de cerâmica utilizada, é necessário para tomada de decisão durante a cimentação. A cimentação de facetas cerâmicas é uma etapa crucial para o sucesso clínico das restaurações, principalmente no que se refere à estratégia de adesão entre o material cerâmico e o tecido dental.

Palavras-chave: *Facetas Dentárias; Cerâmica; Cimentação.*

AValiação DA ESCALA DE CORAH EM PACIENTES COM ANSIEDADE NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.

EVALUATION OF THE CORAH SCALE IN PATIENTS WITH ANXIETY IN DENTAL CARE.

Maria Ricarda Guilherme de Lemos Bacelar¹,
Mayara Domênica Teixeira da Silva¹, Matheus Pereira de Araújo¹, Rayane Pereira de Araújo¹,
Mária Eduarda de Alencar Barreto¹, Juliana Pinto de Medeiros¹

1. Universidade Federal de Pernambuco
vaniaricarda99@gmail.com

A escala de Corah é um questionário feito a partir de perguntas feitas ao paciente a fim de avaliar os níveis de ansiedade durante um tratamento odontológico, tendo como objetivo permitir reconhecer objetivamente o nível de ansiedade através da soma das respostas fornecidas, como forma de evitar situações de urgência e emergência. Foi realizado um levantamento sobre a eficácia da Escala de Corah antes dos atendimentos, foram utilizadas as bases de dados PubMed, Scielo e Periódicos CAPES, dentro da margem de 10 anos, foram encontrados 22 artigos sendo selecionado 10 compuseram o acervo deste estudo, tendo como descritores: Ansiedade ao tratamento odontológico; Sinais Vitais; Medo. Tendo como resultado encontrados através de critérios de inclusão e exclusão dos pacientes que tiveram alteração sistêmica. A relação da ansiedade com o desenvolvimento de reações sistêmicas, a partir do aumento da pressão arterial, síncope. Por meio dos estudos realizados foi possível verificar que a ansiedade teve influência no aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial sistólica, tornando-se importante o seu controle pelo cirurgião-dentista para evitar complicações.

Palavras-chave: *Ansiedade ao tratamento odontológico; Sinais Vitais; Medo.*

AValiação DA INTER-RELAÇÃO ENTRE O BRUXISMO E A ANSIEDADE.

EVALUATION OF THE INTERRELATIONSHIP BETWEEN BRUXISM AND ANXIETY.

Maria Vitória de Melo Carvalho¹, Thais da Costa Carvalho¹, Milena Andrade Araújo Costa¹

1. Universidade Tiradentes
mvtoriamca@gmail.com

O bruxismo é o hábito parafuncional de ranger ou apertar os dentes, apresentando etiologia multifatorial, podendo ter relação com fatores emocionais, como a ansiedade. Esta é um estado psíquico natural que funciona como alerta de perigo, mas em níveis aumentados pode gerar desconforto físico, prejudicar a vida social e profissional, além de poder gerar outras doenças. Esse trabalho tem como objetivo avaliar a inter-relação entre bruxismo e ansiedade por meio de uma revisão integrativa da literatura. Foram pesquisados os termos "Bruxism and Anxiety" nas bases de dados eletrônicas Pubmed e Scielo, sendo incluídos estudos transversais de caráter observacional clínico, estudos clínicos randomizados e estudos longitudinais, publicados entre os anos de 2010 a 2020, em português, espanhol e inglês, sendo incluídos 15 artigos. Diante da análise dos dados, 80% dos artigos indicaram uma inter-relação entre o bruxismo e ansiedade, em decorrência do aumento da tonicidade dos músculos da cabeça e do pescoço e aumento da incidência de hábitos parafuncionais como consequência desse fator emocional. Os estudos também demonstraram que são necessárias mais pesquisas na área para um melhor embasamento literário, no intuito de investigar se existe relação de causalidade entre esses dois fatores.

Palavras-chave: *Bruxismo; Ansiedade; Inter-relação.*

REPERCUSSÃO DA ARTRITE REUMATOIDE NA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR. REPERCUSSION OF RHEUMATOID ARTHRITIS IN TEMPOROMANDIBULAR.

Mayara Domênica Teixeira da Silva¹, Maria Eduarda de Alencar Barreto¹, Daniela Maria Santos Falcão¹,
Rayane Pereira de Araújo¹, Maria Ricarda Guilherme de Lemos Bacelar¹, Addler Filipe da Cruz Bezerra²

1. Universidade Federal de Pernambuco
2. Universidade de Pernambuco
mayarateixeiramds@outlook.com

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença inflamatória, autoimune, sistêmica e progressiva que envolve as articulações levando a dor, deformidades e até destruição óssea e cartilaginosa. Essa revisão tem como objetivo analisar a repercussão da AR na Articulação Temporomandibular (ATM). A pesquisa foi realizada nas bases de dados Medline, PubMed e Scielo, nos idiomas inglês e português, foram encontrados 12 artigos dos últimos 5 anos, com os descritores: Artrite Reumatoide; Articulação Temporomandibular; e Disfunção Temporomandibular. A ATM é acometida pelos processos inflamatórios causados pela AR, seu envolvimento está relacionado a duração e severidade da doença. Os resultados encontrados foram demonstrados através dos critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e exclusão dos pacientes e prevalência dos sintomas mais frequentes. As articulações sinoviais são os principais alvos da AR como a ATM, os pacientes que sofrem de AR na ATM se queixam de dor articular agravada pelos movimentos mandibulares. Por meio dos estudos realizados foi possível verificar a repercussão da AR na ATM. Apesar dos sintomas mais severos que resultam em limitação dos movimentos mandibulares e alteração na oclusão, quando detectada previamente a AR pode ser conduzida a uma patologia com o mínimo de sintomas, possibilitando uma melhor função mandibular ao paciente.

Palavras-chave: *Artrite Reumatoide; Articulação Temporomandibular; Disfunção Temporomandibular.*

ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS PARA AGENESIA DO INCISIVO LATERAL SUPERIOR. THERAPEUTIC ALTERNATIVES FOR AGENESIS OF THE LATERAL SIDE INCISIVE.

Paulo da Silva Moura Júnior¹, Letícia Carneiro de Oliveira¹,
Ana Paula Freitas Braga dos Santos¹, Gabriel Lins dos Santos¹, Benedita Lúcia Barbosa Quintella¹

1. Universidade Estadual de Feira de Santana
juniorrmuderno@hotmail.com

A agenesia dentária é a anomalia de desenvolvimento mais comum na Odontologia. Se caracteriza pela falta congênita de um ou mais dentes, acomete principalmente os incisivos laterais superiores. O presente trabalho, tem como objetivo apresentar uma revisão de literatura sobre as principais alternativas terapêuticas que o cirurgião dentista dispõe para tratamento desta anomalia. Para tal, utilizou-se Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a partir de dois strings de buscas. Dos 9.850 artigos encontrados e, após a aplicação de três etapas de seleção, apenas 6 se encaixaram nos critérios escolhidos. A principal alternativa terapêutica é o fechamento do espaço dos dentes ausentes pelos caninos e transformação dos mesmos em incisivos laterais, entretanto essa alternativa pode acarretar disfunções estéticas e funcionais. Enquanto, a segunda opção de tratamento é a recuperação do espaço, compatível com os incisivos laterais, através de aparelho ortodôntico e posterior reabilitação protética. Técnica considerada, inicialmente como uma alternativa perfeita, pois não há comprometimento estético nem funcional, entretanto tem como desvantagem, insuficiência ou um excesso no espaço da agenesia levando à reabilitação protética inadequada. A decisão pelo tratamento mais adequado, deve ser bem estudada, tendo como meta os objetivos e expectativas do paciente.

Palavras-chave: *Agnesia dentária; Procedimentos de Tratamento; Incisivo.*

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DE IMAGENS FOTOGRÁFICAS BUCO DENTÁRIAS COM FINALIDADE DE IDENTIFICAÇÃO PARA ODONTOLOGIA LEGAL.

**A QUALITATIVE EVALUATION OF DENTAL PHOTOGRAPHIC IMAGES FOR IDENTIFICATION
PURPOSES IN FORENSIC DENTISTRY.**

Thiago Rios Rezende¹, Tatyane dos Santos Ferreira¹, Virginia Andrade de Souza¹,
Gabriele Gonçalves de Lima¹, Letícia Kelly de Arruda Vasconcelos¹,
Adriana Paula de Andrade da Costa e Silva Santiago¹

1. Universidade Federal de Pernambuco
tatyanesantos.f@gmail.com

O uso de fotografias como método auxiliar de perícia odontológica tem demonstrado importante relevância, por ser registro facilmente encontrado em objetos pessoais e em redes sociais. Assim, este estudo CAAE 64213416.0.0000.5208 teve objetivo a verificação da descrição de 10 imagens buco dentárias por 09 (nove) examinadores, sendo 03 (três) estudantes de Odontologia da UFPE, 03 especialistas em Odontologia Legal, 03 Cirurgiões-Dentistas clínicos, a fim de verificar a concordância inter-examinadores quanto descrição dos dentes que aparecem no sorriso fotografado. Os resultados demonstraram que a característica mais citada por todos os grupos foi a coloração, sendo sua maior ocorrência entre o grupo de estudantes. A coloração associada a higidez foi descrita frequentemente pelos cirurgiões-dentistas clínicos. No grupo especialistas, a visualização dos dentes superiores foi característica mais citada, sendo indicada em todas as avaliações por todos do grupo. Esta característica tem grande importância, pois estudos salientaram que dentes anteriores, sendo mais expostos na fotografia, revelam particularidades singulares em termos de morfologia na dentição

de um indivíduo, podendo levar a identificação positiva. Pode-se concluir que as descrições variaram muito em cada grupo, sendo mais concordantes entre os clínicos e especialistas. A ocorrência de particularidades provavelmente fora estabelecida em face das experiências práticas profissionais.

Palavras-Chave: *Odontologia legal; Identificação humana; Sorriso; Fotografia dentária.*

RELAÇÃO ENTRE BRUXISMO E TERAPIA MEDICAMENTOSA COM ANTIDEPRESSIVOS. RELATION BETWEEN BRUXISM AND DRUG THERAPY WITH ANTIDEPRESSANTS.

Thais da Costa Carvalho¹, Maria Vitória de Melo Carvalho¹, Milena Andrade Araújo Costa¹

1. Universidade Tiradentes (UNIT)

thaiscosta9819@gmail.com

O bruxismo é definido como a atividade muscular parafuncional de apertar e/ou ranger os dentes, feita de forma repetitiva. Apresenta etiologia multifatorial, envolvendo alterações na neurotransmissão do Sistema Nervoso Central (SNC). Os antidepressivos, tidos como principal terapêutica medicamentosa entre os transtornos depressivos, causam interferências no SNC, em especial aqueles que inibem seletivamente a recaptação da serotonina, podendo desencadear ou exacerbar o bruxismo. Esse trabalho tem como objetivo analisar, através da revisão integrativa da literatura, a incidência de bruxismo como efeito adverso ao uso de antidepressivos. Foram pesquisados os termos "Bruxism and Antidepressives" nas bases de dados eletrônicas Lilacs, Pubmed, Scielo e ScienceDirect, sendo incluídos estudos multicêntricos, ensaios clínicos e relatos de caso publicados entre os anos de 2010 a 2020, em português e inglês, sendo selecionados 8 artigos. Diante da análise dos dados, os estudos apresentaram unanimidade sobre o aumento na incidência de bruxismo pelo uso de antidepressivos, devido a ativação muscular inespecífica sustentada na mandíbula desencadeada bioquimicamente por tais drogas. Entretanto, foi detectada a necessidade de mais estudos que investiguem tal relação de causalidade e agravo, visto que dados da literatura baseados em relatos de caso e escassez de estudos controlados recentes são insuficientes para conclusões definitivas.

Palavras-chave: *Bruxismo; Antidepressivos; Inter-relação.*

UTILIZAÇÃO DE ABORDAGEM HUMANIZADA DURANTE UMA URGÊNCIA ENDODÔNTICA.

USE OF A HUMANIZED APPROACH DURING ENDODONTIC URGENCY.

Thayná Lacerda Almeida¹, Mirela Caroline Cunha da Cruz², Alícia Marcelly Souza de Mendonça Silva², Ana Cláudia da Silva², Rosângela Miranda de Lacerda², Kaio Aguiar Paixão Santos¹

1. Universidade Federal de Pernambuco

2. Centro Universitário Maurício de Nassau

thayna.lacerda@ufpe.br

As patologias endodônticas provocam dor aguda, sendo um dos principais motivadores na procura de urgência odontológica. Nesse contexto crítico, a humanização em saúde, pode auxiliar na busca de um tratamento integral, que alivie a dor de acordo com o contexto do paciente. Este trabalho tem o objetivo de relatar um caso de urgência endodôntica que utilizou os princípios da humanização em saúde. Paciente masculino, 44 anos, que relatou dor intensa há mais de 1 mês nos dentes 15,16,17 e 27. Ainda na anamnese foi mencionado o adiamento de visita ao dentista por medo e por não dispor de tempo livre. Procedeu-se ao exame intra-oral, constatando-se a necessidade de um tratamento endodôntico, em várias sessões, nos elementos dentários referidos, para promover o alívio da dor. No entanto, foi discutida a abordagem de tratamento com o paciente, sendo considerada outra linha terapêutica, adaptada ao tempo e necessidade do sujeito. Foi realizado, então, curativos nos dentes para o alívio completo da sintomatologia e orientado o retorno para o tratamento endodôntico definitivo. Desta forma, o caso coincide com a literatura de urgências odontológicas e de humanização em saúde. Conclui-se o sucesso do tratamento, ao aliviar a dor, respeitando a individualidade do paciente.

Palavras-chave: *Endodontia; Urgência; Humanização da Assistência.*

MOTIVOS DAS LESÕES CORPORAIS COM SEDE NA FACE DE MULHERES. UM ESTUDO NO IML-PE.

REASONS FOR INJURIES TO THE FACE OF WOMEN. A STUDY IN THEIML-PE.

Natália Rogério Borella¹, Virginia Andrade de Souza¹, Tatyane dos Santos Ferreira¹, Cibele Rafaela Barbosa da Silva¹, Albanita Gomes da Costa de Ceballos¹, Adriana Paula de Andrade da Costa e Silva Santiago¹

1. Universidade Federal de Pernambuco

vi8635@gmail.com

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública de grande relevância no Brasil. Esta pesquisa teve o objetivo de verificar o número de mulheres admitidas em 2018 para realização de perícia traumatológica com lesões faciais, no Instituto de Medicina Legal de Recife/PE, e analisar os dados relacionados a estas lesões. Foi realizado um estudo retrospectivo no qual foram coletados dados sociodemográficos das vítimas e dados acerca do trauma de 2.766 mulheres, sob o CAAE: 16535619.1.0000.5208. Os resultados demonstraram que 97,14% dos traumas foram causados por agressão física. A maioria era solteira e se

encontrava na faixa etária entre 20 e 29 anos. A maioria dos agressores era do sexo masculino (53,9%). A região labial foi a parte mais acometida da face (19,74%) e as lesões mais frequentes encontradas foram as escoriações (29%). Cerca de 61% das vítimas apresentavam idades entre 20 e 39 anos, corroborando com os dados encontrados em pesquisas anteriores. Concluiu-se haver um expressivo número de ocorrências de mulheres submetidas a exame pericial traumatológico no IML do estado de Pernambuco.

Palavras-chave: *Violência contra a mulher; Agressão; Mulheres.*

REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM RESINA COMPOSTA EM DENTES ANTERIORES DESGASTADOS PELO BRUXISMO.

ESTHETIC REHABILITATION WITH COMPOSITE RESIN ON ANTERIOR TEETH WORN BY BRUXISM.

Vitória Netto de Albuquerque¹, Maria Eduarda Marques Moreira¹, Cláudia Aparecida de Souza¹, Elvislane Ribeiro Fonseca Mucida¹, Leonardo Mucida Costa¹, Sthefane Brandão Barbosa¹

1. Faculdade Vértice

vitorianettoalbuquerque15@gmail.com

Nos dias atuais a prática de atividades parafuncionais tem aumentado devido ao estresse e ansiedade contribuindo para a degradação de tecidos dentários saudáveis. Concomitantemente a busca por um sorriso estético é cada vez maior. O trabalho busca relatar uma situação clínica de reabilitação estética. Paciente de 37 anos de idade procurou atendimento queixando-se de sorriso insatisfatório, relatando bruxismo. Ao exame físico observou-se desgastes a nível dentinário no terço incisal dos dentes: 13, 12, 11, 21, 22 e 23. O tratamento proposto iniciou com moldagem dos arcos e montagem no articulador semi ajustável para realização do enceramento. A seguir, confeccionou-se um guia de silicone. O procedimento foi feito sob isolamento absoluto modificado, seguido de condicionamento ácido fosfórico, aplicação do adesivo, inserção incremental da resina composta e fotopolimerização. Posteriormente foi confeccionada uma placa oclusal, realizado polimento das restaurações, ajuste e instalação da placa. Optou-se pelo tratamento com acréscimo restaurador em resina direta devido à etiologia dos desgastes e vantagens do material como a reprodução estética, associando o uso da placa oclusal promovendo maior longevidade restauradora. A utilização das resinas compostas tornou-se uma realidade clínica que permite a reprodução estética e funcional, desde que seja realizado um correto planejamento e execução da técnica.

Palavras-chave: *Restauração dentária permanente; Dentística operatória; Bruxismo.*

PROCEDIMENTOS POR TIPO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA EM PERNAMBUCO NO ANO DE 2020.

PROCEDURES BY TYPE OF DENTAL CONSULTATION IN PERNAMBUCO IN 2020.

Wenys Claudio Gomes da Silva¹, Luann Helleno dos Santos Marinho Cruz¹, Jessica Nicole Marinho¹, Amanda Maria Chaves¹, Irani de Farias Cunha Junior¹

1. Universidade Federal de Pernambuco

wenysgomes.ufpe@gmail.com

A disseminação do SARS-CoV-2 ocorre principalmente por meio de tosse, espirro e saliva, sendo assim, a difusão da infecção do vírus durante o atendimento odontológico é alta. Por essa razão, observa-se uma repulsa da população com a ida ao dentista por medo da contaminação, o que pode levar a uma série de agravantes na saúde bucal. Foram utilizados como fontes de informação o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIASUS). Foi estabelecido um lapso temporal entre Janeiro a Outubro de 2020. Após avaliação dos sistemas em questão, os resultados obtidos foram comparados e analisados. O número de primeiras consultas foi de 324.008 e 343.049 para consultas de retorno, já para consultas de manutenção o número foi de 45.367. No intervalo de tempo estudado foi possível observar a diminuição drástica do número de consulta de manutenção, além da considerável redução nas primeiras consultas e consultas de retorno. Observou-se, ainda, uma diminuição acentuada nos meses de abril e maio, quando comparados com os demais. Uma vez que a busca pelo Cirurgião-Dentista diminuiu gravemente em 2020, é necessário estudar estratégias para suprir os déficits que serão gerados para a população Pernambucana.

Palavras-chave: *Infecções por Coronavírus; COVID-19; Odontologia; Saúde Bucal.*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES/INSTRUCTION TO AUTHORS

ITENS EXIGIDOS PARA APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

1. Enviar duas vias do manuscrito (01 com identificação dos autores e outra sem identificação).
2. Incluir o parecer do Comitê de Ética em pesquisa, conforme resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde nas pesquisas desenvolvidas com seres humanos.
3. Informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.
4. Incluir título do manuscrito em português e inglês.
5. Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido em letras arial, corpo 12, espaço duplo e margens de 3cm.
6. Incluir título abreviado com 40 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
7. Incluir resumos para trabalhos de pesquisa, português e inglês, e, em espanhol, no caso do manuscrito nesse idioma.
8. Incluir resumos em folhas separadas, para manuscritos que não são de pesquisa, nos dois idiomas português e inglês ou em espanhol, nos casos em que se aplique.
9. Incluir declaração, assinada por cada autor, sobre "autoria e responsabilidade" e "transferência de direitos autorais".
10. Incluir nome de agências financiadoras e o número do Processo.
11. Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o nome da instituição e o ano da defesa.
12. Verificar se as referências (máximo 30) estão normalizadas, segundo estilo Vancouver (listadas consoante a ordem de citação) e se todas estão citadas no texto.
13. Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas.

Bibliografia

Internacional Committee of Medical Editors. Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Rev Saúde Pública 1999; 33
JAMA instructions for authors manuscript criteria and information. JAMA 1998; 279:67-64

Nova informação

Utilizar o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) para identificar os Descritores dos artigos. <http://decs.bvs.br/>

1. Declaração de Responsabilidade

A assinatura da declaração de responsabilidade é obrigatória. Sugerimos o texto abaixo:

Certifico(amos) que o artigo enviado à RCRO-PE/odontologia Clínico-Científica é um trabalho original, sendo que seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico.

(Certifico(amos) que participei(amos) suficientemente do trabalho para tornar pública minha (nossa) responsabilidade pelo seu conteúdo.

Colaboradores

- Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

Datar e assinar – Autor (es)

Observações: Os co-autores, juntamente com o autor principal, devem assinar a declaração de responsabilidade acima, configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado e de sua publicação, se aceito pela Revista do CRO/PE – Odontologia Clínico-Científica.

2. Transferência de Direitos Autorais

Declaro(amos) que, em caso de aceitação do artigo por parte da Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco, denominada Odontologia Clínico-Científica, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva desta, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei (emos) constar o competente agradecimento à Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco - CRO/PE .

Datar e assinar – Autor(es)

Os manuscritos devem ser encaminhados para:

Revista Odontologia Clínico-Científica do CRO-PE
Email: revista@cro-pe.org.br
Fone: 55 + 81 3194-4900

1. INSTRUÇÕES NORMATIVAS GERAIS

A Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco, denominada ODONTOLOGIA CLÍNICO CIENTÍFICA/SCIENTIFIC-CLINICAL ODONTOLOGY, se destina à publicação de trabalhos relevantes para a orientação, aconselhamento, ciência e prática odontológica, visando à promoção e ao

intercâmbio do conhecimento entre os profissionais da área de saúde.

É um periódico especializado no campo da odontologia e nas várias áreas multidisciplinares que a compõem, internacional, aberto a contribuições da comunidade científica nacional e internacional, arbitrada e distribuída a leitores do Brasil e de vários outros países.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Odontologia Clínico-

Científica, não sendo permitida sua apresentação simultânea em outro periódico tanto do texto quanto de figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O (s) autor (es) deverá (ão) assinar e encaminhar declaração, de acordo com o modelo anexo.

Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, inglês ou espanhol, em duas vias, para o Editor Científico.

Os artigos encaminhados à Revista serão apreciados por membros do Conselho de Editores e Consultores Científicos "Ad hoc", capacitados e especializados nas áreas da odontologia que decidirão sobre a sua aceitação.

As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade dos autores, cujo número máximo admitido é de 06 autores por edição.

Os originais aceitos ou não para publicação não serão devolvidos aos autores.

São reservados à Revista os direitos autorais do artigo publicado, sendo proibida a reprodução, mesmo que parcial, sem a devida autorização do Editor Científico.

Proibida a utilização de matéria para fins comerciais.

Nas pesquisas desenvolvidas com seres humanos, deverá constar o parecer do Comitê de Ética em pesquisa, conforme

Resolução 196/96 e seus complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

2. CATEGORIA DE ARTIGOS

A categoria dos trabalhos abrange artigos Originais (resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual – máximo de 20 páginas); Observatório (opinião qualificada sobre tópico específico em odontologia – a convite dos editores); Revisão (avaliação crítica de um tema pertinente à odontologia – máximo de 20 páginas); Notas de Pesquisa (nota prévia, relatando resultados preliminares de pesquisa – máximo de 5 páginas); Relato de casos, ensaios, relatos de experiências na área da educação, saúde e, sobretudo, aspectos éticos / legais e sociais da odontologia, sob a forma de artigos especiais, inclusive de áreas afins (máximo de 15 páginas); Resenha (análise crítica de livro relacionado ao campo temático da Revista, publicado nos últimos dois anos ou em redes de comunicação on-line – máximo de 5 páginas); Tese (resumo de tese ou dissertação de interesse da odontologia, defendida no último ano – máximo de 200

palavras. Resumos de teses apresentadas em instituições não afiliadas às Universidades Estadual e Federal de Pernambuco deverão ser enviados juntamente com cópia do manuscrito completo para a sua incorporação ao acervo do CRO-PE); Cartas (crítica a artigo publicado em fascículo anterior da Revista, relatando observações de campo ou laboratório – máximo de 3 páginas).

3. PREPARAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Serão aceitos artigos em português, espanhol ou inglês. Os originais deverão ser digitados em espaço duplo, papel ofício (tamanho A-4), observando-se o máximo de páginas para cada categoria, todas as páginas deverão estar devidamente numeradas e rubricadas pelo(s) autor(es), incluindo ilustrações e tabelas. Os trabalhos deverão ser enviados ao CRO/PE, online ou impressos em 02 (duas) vias, e acompanhados do CD, usando um dos programas: MSWORD, WORD PERFECT, WORD FOR WINDOWS, e da Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais. O manuscrito deverá seguir a seguinte ordem:

A) Título (língua original) e seu correspondente em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de título em português ou espanhol;

B) Nome do(s) autor(es), por extenso, com as respectivas chamadas, contendo as credenciais (títulos e vínculos). Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência;

C) Resumo e Descritores (sinopse de até 200 palavras), com descritores (unitermos, palavras-chaves) de identificação, de conteúdo do trabalho, no máximo de cinco. Utilizar o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) <http://decs.bvs.br/>

Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou espanhol;

D) Texto: o texto em si deverá apresentar introdução, desenvolvimento e conclusão (ou considerações finais).

O exemplo a seguir deve ser utilizado para estruturação de um artigo, relato de uma pesquisa: **INTRODUÇÃO:** exposição geral do tema devendo conter os objetivos e a revisão de literatura; **DESENVOLVIMENTO:** núcleo do trabalho, com exposição e demonstração do assunto, que deverá incluir a metodologia, os resultados e a discussão; **CONCLUSÃO:** parte final do trabalho baseado nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo;

E) Sinopse ou Abstract, digitado em inglês, com descritores em inglês;

F) Agradecimentos - contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria. Também podem constar desta parte instituições pelo apoio econômico, pelo material ou outros;

G) As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1).

As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão

ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

Proibida a reprodução, mesmo que parcial, sem a devida autorização do Editor Científico. Proibida a utilização de matéria para fins comerciais.

*Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

*No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote[®]), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

H) Tabelas e/ ou figuras (máximo 5)

Tabelas

Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé e não no cabeçalho ou título. Se as tabelas forem extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser apresentadas em folhas à parte e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Abreviaturas e Siglas

Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecerem nas tabelas e nas figuras, devem ser acompanhadas de explicação. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

Conflito de interesses

Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ ou financeiros associados a patentes ou propriedade,

provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

Publicação de ensaios clínicos

Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico. Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

* As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
ClinicalTrials.gov
International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
Nederlands Trial Register (NTR)
UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Fontes de financiamento

- Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo. - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país). -

No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Acompanhamento

O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo através de contato direto com a secretaria da revista.

As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail.

O contato com a Secretaria Editorial deverá ser feito através do e-mail revista@cro-pe.org.br ou + 55 (81) 31944900

Os manuscritos devem ser encaminhados para:

Revista Odontologia Clínico-Científica do CRO-PE

Email: revista@cro-pe.org.br

Fone: 55 + 81 3194-4900

Copyright do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco. Proibida a reprodução, mesmo que parcial, sem a devida autorização da Editora Científica. Proibida a utilização de matéria para fins comerciais.

MARÇO - 2021

- 6 **EDITORIAL**
Imagem 3D ou 2D em Radiologia Odontológica?
Depende!

ARTIGOS ORIGINAIS/ORIGINAL ARTICLES

- 8 **Avaliação do conhecimento de acadêmicos da área da saúde sobre queilite actínica, como lesão precursora do câncer bucal**
Evaluation of health academics' knowledge of actinic cheilitis as a precursor oral cancer injury
Oliveira MRB, et al.
- 12 **Percepção de crianças sobre a prática odontológica**
Children's perception of dental practice
Sabino JSI, et al.
- 18 **Autopercepção em saúde bucal e qualidade de vida de usuários de um serviço odontológico**
Self-perception in oral health and quality of life of users of a dental service
Reis RS, et al.
- 25 **Condição de saúde bucal de pacientes oncológicos**
Oral health condition for oncological patients
Melo BBC, et al.
- 30 **Nível de conhecimento dos profissionais da estratégia de Saúde da Família sobre a relação bidirecional doença periodontal – Diabetes mellitus**
Level of knowledge of Family Health strategy's professionals regarding the periodontal disease – *Diabetes mellitus* bidirectional relationship
Gomes DV, et al.

REVISÃO DE LITERATURA/LITERARY REVIEW

- 39 **Lifting facial não cirúrgico com fios de polidioxanona: revisão de literatura**
Non-surgical facelift with polydioxanone threads: literature review
Albuquerque LV, et al.
- 46 **Eficiência das membranas não absorvíveis na regeneração óssea guiada: uma revisão de literatura**
Effectiveness of membranes non-absorbible in guided bone regeneration: a literature review
Batista TRM, et al.

- 55 **Manifestações clínicas e opções terapêuticas do líquen plano oral: uma revisão de literatura**
Clinical manifestations and therapeutic options of oral lichen planus: a literature review
Miranda AS, et al.

- 62 **Aplicações da tomografia computadorizada de feixe cônico na cirurgia de dentes incluídos**
Applications of cone beam tomography in the surgery of included teeth
Lima AP, et al.

- 68 **Abordagens terapêuticas não-cirúrgicas para a queilite actínica**
Non-surgical therapeutics approaches for actinic cheilitis
Trancoso VAF, et al.

RELATO DE CASO/CASE REPORT

- 74 **Reabilitação implantossuportada pela técnica "all on four" após periimplantite mandibular: relato de caso**
Implant rehabilitation supported by the "all on four" technique after mandibular periimplantitis: case report
Cavalcante RA, et al.
- 79 **Displasia dentinária tipo I: relato de caso clínico**
Dental dysplasia type I: a clinical case report
Fernandez MS, et al.
- 85 **Odontoma complexo em maxila – relato de caso**
Complex odontoma of the maxilla – case report
Silva TVS, et al.
- 90 **Fechamento de comunicação oro-antral utilizando corpo adiposo da bochecha: relato de caso em paciente idoso**
Closure of oro-antral communication using buccal adipose body: case report in elderly patient
Silva WR, et al.
- 94 **Ressecção segmentar de granuloma central de células gigantes: relato de caso**
Segmentation of central giant cell granuloma: case report
Gonçalves KKN, et al.
- 99 **Anais da Jornada Odontológica Interligas da Universidade Federal de Pernambuco**