

# ANAIS DO I CONGRESSO DE CIRURGIA ORAL E MAXILOFACIAL

## Realização:



## Apoio:



## **ANAIS DO I CONGRESSO DE CIRURGIA ORAL E MAXILOFACIAL**

**Presidente Científica do I congresso de Cirurgia oral e maxilofacila e  
organizadora e revisora dos anais**

Juliana Andrade Pereira- juhmoc@gmail.com

### **INTEGRANTES DA LACOM:**

#### **DIRETORIA:**

1. Hanna Thaynara Aves Teixeira Magalhaes hannagbi@hotmail.com
2. Dianna Rodrigues Barboza di.barboza@outlook.com
3. Nilcélia Santos Mendes nilceliasm@yahoo.com.br
4. Débora Regina Fagundes Durães deboraduraes@outlook.com
5. Naiara Maciel Alves Schiavinato nairaschiavinato@hotmail.com
6. Polliana Ferreira Mendes Capuchinho pollycapuchinho@hotmail.com

#### **PARTICIPANTES:**

- 1- Tatiane Cristina Macedo Silva taty.cristtina@yahoo.com.br
- 2- RayaneSoares Maia rayane.maia1@gmail.com
- 3- Laís Novaes de Oliveira Rodrigues laisnovae@gmail.com
- 4- Maria Gabriela Costa Franca mariagabrielacostaf@hotmail.com
- 5- Thais Emanuelle Gonçalves Nunes thaisegnunes@gmail.com
- 6- Gabriela Medeiros da Cruz gabimedeirosr@gmail.com
- 7- Guilherme Veloso Ramos - guilherme9odonto@gmail.com
- 8- Maria Aparecida da Rocha cidarochampr@gmail.com
- 9- Cleine Almeida Oliveira Andrade cleine.almeida@hotmail.com
- 10- Natália Oberhofer Nascimento naty.on@hotmail.com

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	5
2. ABSCESSO DENTOALVEOLAR: REVISÃO DE LITERATURA ..	7
3. AMELOBLASTOMA: UM RELATO DE CASO.....	9
4. AVALIAÇÃO DA RESISTÊNCIA MECÂNICA DE DOIS TIPOS DE FIXAÇÃO DE FRATURAS SUBCONDILARES: ENSAIO <i>IN</i> <i>VITRO</i> .....	12
5. AVALIAÇÃO DA FORÇA DE MORDIDA ENTRE FRATURAS DE MANDÍBULA FIXADAS COM PLACAS <i>LOCKING</i> OU NÃO- <i>LOCKING</i> : META-ANÁLISE.....	14
6. CISTO DENTÍGERO INVADINDO SEIO MAXILAR.....	16
7. CLOREXIDINA EM GEL INTRA ALVEOLAR REDUZ O ÍNDICE DE COMPLICAÇÕES APÓS EXODONTIASDE TERCEIROS MOLARES INFERIORES?.....	19
8. COMPARAÇÃO ENTRE TÉCNICA CONVENCIONAL E PIEZOELÉTRICA EM REMOÇÃO DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES: REVISÃO SISTEMÁTICA E META- ANÁLISE.....	22
9. DESENVOLVIMENTO E RÉPLICA DE CRÂNIO HUMANO PARA ESTUDO INTERATIVO POR MEIO DE QR CODE.....	25
10. DESCOMPRESSÃO COM TUBO DE POLIETILENO PARA TRATAMENTO DE CISTO DENTÍGERO: UM RELATO DE CASO.....	27

11. DICLOFENACO E CODEÍNA <i>VERSUS</i> DEXAMETASONA EM CIRURGIAS DE TERCEIROS MOLARES RETIDOS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.....	31
12. FATORES QUE DIFICULTAM O ACERTO DAS TÉCNICAS ANESTÉSICAS INTRABUCAIS DO NERVO ALVEOLAR INFERIOR EM PACIENTES ADULTOS.....	33
13. REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A EFICÁCIA DA CRIOTERAPIA APÓS A REMOÇÃO DE TERCEIROS MOLARES.....	35
14. PLASMA RICO EM FIBRINA E SUAS APLICAÇÕES EM CIRURGIA ORAL- “ CASO CLÍNICO”.....	37
15. PRESENÇA DE TERCEIRO MOLAR SEMI-ERUPCIONADO E CÁRIE NA DISTAL DOS SEGUNDOS MOLARES: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE.....	39
16. SÍNDROME DE <i>PAPILLON-LÈFEVRE</i> : RELATO DE CASO.....	42
17. TRATAMENTO CIRÚRGICO NA FIBROMATOSE GENGIVAL HEREDITÁRIA.....	44
18. UM CASO RARO DE CISTO ÓSSEO SIMPLES BILATERAL E A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	48

## **I CONGRESSO DE CIRURGIA ORAL E MAXILOFACIAL**

### **Apresentação**

Os membros da Liga Acadêmica de Cirurgia Oral e Maxilofacial (LACOM - Unimontes). A Cirurgia Bucomaxilofacial é a especialidade da Medicina Dentária responsável pelo diagnóstico e tratamento cirúrgico de patologias na cavidade oral. Os procedimentos mais frequentes são a exodontia (extração de dentes), incluindo a de dentes do siso, remoção de cistos, o tratamento de lesões periapicais (apicectomias) além de cirurgias ortognáticas. Então o congresso consiste em tornar palpável todos estes assuntos para os alunos e profissionais formados que se interessarem pela área nos dias 01 e 02 de setembro.

## **LACOM**

O curso de Odontologia da Unimontes propõe formar uma geração de cirurgiões dentistas capazes de trabalhar multiprofissionalmente, de desenvolver uma visão crítica, reflexiva e humanística, dentro do contexto social por eles vivenciados. Dentro dessa perspectiva, os acadêmicos de Odontologia propõem a implantação da Liga Acadêmica de Cirurgia Oral e Maxilofacial (LACOM).

A LACOM é, então, uma oportunidade extra-classe de caráter singular voltada para a promoção da saúde, educação e pesquisa, contribuindo para o desenvolvimento científico e aprimoramento da formação dos acadêmicos de Odontologia da Unimontes. A Liga propõe ainda, a formação de profissionais capazes de trabalhar com outros profissionais, pautados em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor de saúde integral do ser humano.

A Pró-reitoria de Extensão da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes evidencia a prática acadêmica como essencial, destacando a Extensão na articulação das atividades de Ensino e Pesquisa da Universidade. Assim, a institucionalização da LACOM na Unimontes, é uma oportunidade a mais de oferta de conhecimento exclusiva para seus acadêmicos, permitindo, dessa forma, um maior conhecimento técnico-científico em sua graduação acadêmica, capacitando-se a abordar os temas relacionados a Cirurgia Bucomaxilofacial.

A temática da LACOM será familiarizar seus acadêmicos com os principais temas da especialidade, além de promover, com os professores, integração e atualização dos principais temas vigentes na área, sem que de forma alguma seja uma pré-especialização. Além disso, a mesma irá ampliar o estímulo ao aprimoramento teórico-prático pelo profissional.

Hanna Thaynara Aves Teixeira Magalhaes

**Presidente da Liga Acadêmica de Cirurgia**

**Oral e MaxiloFacial**

Juliana Andrade Pereira

**Presidente da Comissão Científica**

## ABSCESO DENTOALVEOLAR: REVISÃO DE LITERATURA

Alves, Wislene Sarajane Moreira<sup>1</sup>; Kristiane Anemberg da Silva<sup>2</sup>; Naiara Alves Maciel Schiavinato<sup>2</sup>; Nilcéia Santos Mendes<sup>2</sup>; Polliana Ferreira Mendes Capuchinho<sup>2</sup>; Victor Comini Mól<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira graduada pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas e pós-graduanda em Gestão em Saúde pelo Instituto Federal do Norte de Minas Gerais

<sup>2</sup> Acadêmico (a) do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros

<sup>3</sup> Professor de Cirurgia III do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros

Wislene Sarajane Moreira Alves,  
wislenesarajane@live.com  
(38) 9.9132-8149

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A maioria das infecções de origem odontogênica se originam a partir de necrose pulpar com invasão bacteriana no tecido periapical e periodontal, que pode levar à formação de abscesso, quando a infecção prevalece sobre as resistências do hospedeiro <sup>(1)</sup>. O abscesso caracterizado por uma localização bem delimitada e circunscrita, apresentando consistência amolecida e flutuantes, com conteúdo purulento, pouco estiramento dos tecidos e frequentemente apresenta dor localizada. Em situações nas quais a coleção purulenta não é capaz de drenar através de superfície cutânea ou mucosa bucal, o abscesso pode se estender através dos planos fasciais dos tecidos moles, denominado assim, celulite, que representa a fase aguda da infecção, dor intensa, aumento de volume difuso, limitações funcionais, como o trismo, consistência endurecida e a palpação e representa maior risco ao indivíduo pela rápida disseminação <sup>(2)</sup>. **OBJETIVO:** Apresentar uma conduta de tratamento para abscesso de origem odontogênica com o tratamento de drenagem cirúrgica. **MÉTODOS:** A composição do presente trabalho resultou de pesquisas nas bases de dados MEDLINE, SciELO, PubMed, BVS entre os anos de 2001 a 2012, a partir das seguintes palavras-chave: infecções odontogênicas, abscesso dento alveolar. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Uma vez diagnosticado o abscesso dentoalveolar, o tratamento básico consiste na retirada da causa e drenagem cirúrgica <sup>(3)</sup>. A remoção da causa tem como objetivo tratar o foco da infecção, eliminando os agentes irritantes e reduzindo o número de microrganismos, deve ser feita o mais breve possível a fim de favorecer a melhora nos sinais e sintomas da infecção e, preferencialmente, seguida pela drenagem da coleção purulenta. O tratamento cirúrgico consiste na criação de uma via de drenagem para a coleção purulenta, podendo variar desde uma desobstrução coronária com drenagem via canal até drenagens mais complexas podendo ser realizadas intra ou extrabucais <sup>(4)</sup>. Drenagem cirúrgica tem o intuito de eliminar rapidamente as bactérias e restos necróticos da cavidade séptica. O esvaziamento favorece, também, o suprimento sanguíneo e a chegada de células de defesa na área afetada <sup>(5)</sup>. A antibioticoterapia deve ser administrada quando há disseminação da invasão bacteriana nos tecidos adjacentes ou sinais e sintomas de ordem sistêmica <sup>(2)</sup>. **CONCLUSÃO:** Portanto, o tratamento de escolha da celulite facial deve ser a drenagem rápida e agressiva da coleção purulenta em associação com antimicrobianos de amplo espectro e com características bactericidas.

**Palavras-chave:** Infecções. Odontogênicas. Abscesso dento alveolar.

## **REFERÊNCIAS**

- 1-Neville Brad W. *et al.* Patologia Oral e Maxilofacial. Trad. 3ª Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 972p.
- 2-Prado, R; Salim, MAA. Cirurgia bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento. Medsi, 2004.
- 3-Azenha, MR *et al.* Celulite facial de origem odontogênica. Apresentação de 5 casos. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac, v. 12, n. 3, p. 41-48, 2012.
- 4-Hupp, JR. *et al.* Cirurgia oral e maxillofacial contemporânea. 5ª Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- 5-Marzola, C e Pastori, CM. Tratamento cirúrgico dos processos infecciosos da cavidade bucal - Infecções Odontogênicas. Revista ATO, v. 4, n 2, 2006.

## AMELOBLASTOMA: UM RELATO DE CASO

Alves, Wislene Sarajane Moreira<sup>1</sup>; Teixeira, Keyla Eugênia da Cruz<sup>2</sup>; Schiavinato, Naiara Alves Maciel<sup>3</sup>; Capuchinho, Polliana Ferreira Mendes<sup>3</sup>; Filho, Milton Teixeira<sup>4</sup>; Cardoso, Cláudio Marcelo<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira graduada pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas e pós-graduanda em Gestão em Saúde pelo Instituto Federal do Norte de Minas Gerais

<sup>2</sup> Dentista graduada pela Universidade Estadual de Montes Claros

<sup>3</sup> Acadêmica de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros

<sup>4</sup> Médico graduado pela Universidade Federal de Minas Gerais e especialista em Pediatria pelo Hospital Universitário Clemente de Faria

<sup>5</sup> Médico graduado pela Universidade Estadual de Montes Claros, Cirurgião geral pelo Hospital Santa Casa de Montes Claros, Cirurgião de Cabeça e Pescoço pelo Hospital Ipiranga, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros

Wislene Sarajane Moreira Alves,  
wislenesarajane@live.com ,  
(38) 99132-8149

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Os ameloblastomas são neoplasias odontogênicas benignas que podem ser localmente invasivas. Possui uma ocorrência superior na mandíbula em detrimento da maxila. A maioria dos eventos é diagnosticada entre a terceira e quinta década de vida. Os sintomas mais comuns são dor, tumoração e desconforto local. Há duas formas clássicas de tratamento para os ameloblastomas, o conservador e o radical, porém o recurso terapêutico conservador geralmente leva a recidivas, o que compromete o prognóstico. No caso deste relato, optou-se pelo tratamento radical. A paciente foi submetida à mandibulectomia parcial sedimentar com reconstrução imediata com costela, prótese de titânio e parafusos. **OBJETIVOS:** Relatar o caso de uma cliente que evidencia as singularidades desse tumor odontogênico e o tratamento mais indicado para sua situação de doença. **METODOLOGIA:** Foram utilizadas informações registradas no prontuário da paciente e em exames laboratoriais, resguardando os dados que revelam a sua identidade. **RELATO DE CASO:** Paciente J.F.C, 55 anos, sexo feminino. Ao exame clínico intraoral apresentava tumescência local e sob análise da história da moléstia, constatou-se tratar de recidiva de ameloblastoma folicular cujo tratamento foi iniciado há mais ou menos 15 anos, sendo a mandibulectomia marginal, a conduta aplicada nesse período. Em sequência ao tratamaneto, realizou-se uma mandibulectomia parcial sedimentar com reconstrução imediata com costela, prótese de titânio e parafusos, sendo removido 01 cm além dos limites da lesão como margem de segurança. **CONCLUSÃO:** A intervenção radical feita com uma excisão adequada tem proporcionado melhores resultados mediante a situação de doença relatada já que favorece a uma menor chance de recidiva. Contudo, independente da escolha entre o tratamento conservador e o radical, os casos de ameloblastoma precisam ser acompanhados por muitos anos em consultas de controle a fim de garantir um bom prognóstico aos pacientes.

**Palavras-chave:** Ameloblastoma. Tumores odontogênicos. Neoplasias. Maxilo mandibulares. Recidiva.

**INTRODUÇÃO:**

O ameloblastoma é uma neoplasia benigna proveniente do ameloblasto, dos remanescentes celulares do órgão do esmalte, do revestimento epitelial de um cisto odontogênico ou das células da camada basal da mucosa oral. Possui uma morfologia aparentemente benigna, porém com uma evolução clínica agressiva e altamente infiltrativa<sup>(1, 2, 3)</sup>. Aproximadamente 80% dos casos ocorrem na mandíbula e os outros 20% na maxila. A maioria dos eventos é diagnosticada entre a terceira e quinta década de vida. Geralmente, é assintomático em estágios iniciais, o que implica diagnóstico tardio, quando o tumor já atingiu grandes proporções. Os sintomas mais comuns são inchaço, dor e desconforto local<sup>(1, 4, 5)</sup>. O exame físico deve ser realizado inspecionando a oclusão bucal espontânea, presença ou não de trismo, palpação bidigital dos dentes, gengivas e assoalho bucal, avaliando a simetria da orofaringe, do palato duro e mole, em especial nos tumores da maxila<sup>(3)</sup>. O diagnóstico do ameloblastoma é comumente baseado nesse exame físico regional, na história clínica do paciente, achados radiográficos e detalhes histológicos da biópsia incisiva<sup>(4)</sup>. O tratamento de escolha deve considerar várias características, como o tamanho da lesão, localização, tipo histológico, aspectos clínicos do paciente, e principalmente, o comportamento biológico deste tumor<sup>(6)</sup> que pode sofrer malignização expressando-se por duas maneiras: ameloblastoma maligno e carcinoma ameloblástico<sup>(7)</sup>. Há duas formas clássicas de tratamento para essa neoplasia, o conservador e o radical. O conservador inclui a enucleação seguida de curetagem. Já as formas radicais envolvem tratamento cirúrgico com margem de segurança, que poderá ser obtida por meio de ressecção parcial ou ressecção marginal com uso de substâncias químicas, físicas ou térmicas<sup>(8)</sup>. Contudo, o recurso terapêutico conservador geralmente leva a recidivas, o que compromete o prognóstico<sup>(9)</sup>. Alguns casos de recidivas de ameloblastomas, mesmo após sua remoção, estão relacionados a uma inadequada excisão e à infiltração de células do tumor no osso adjacente e nos tecidos moles. Acredita-se que nos casos em que haja, uma primeira intervenção bem conduzida, mesmo que mais radical, obtem-se um prognóstico muito mais eficaz do que em uma intervenção muito conservadora. Após, a partir da primeira recidiva, há perda de limites e referências anatômicas e com isso contaminação de áreas adjacentes por células tumorais<sup>(2, 3, 10)</sup>. No caso deste relato, optou-se pelo tratamento radical. A paciente foi submetida à mandibulectomia parcial sedimentar com reconstrução imediata com costela, prótese de titânio e parafusos.

**OBJETIVOS:**

Devido à morfologia aparentemente benigna do ameloblastoma se contrapor com uma evolução clínica agressiva e altamente infiltrativa, este trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma cliente que evidencia as singularidades dessa neoplasia e o tratamento mais indicado para sua situação de doença.

**METODOLOGIA:**

Foram utilizadas informações registradas no prontuário da paciente e em exames laboratoriais, resguardando os dados que revelam a sua identidade.

**RELATO DE CASO:**

Paciente J.F.C, 55 anos, sexo feminino, compareceu ao ambulatório do Hospital Dilson de Quadros Godinho com queixa álgica e de um aumento de volume em região mandibular anterior do lado direito. Ao exame clínico intraoral apresentava tumescência local e sob análise da história da moléstia, constatou-se tratar de recidiva de ameloblastoma folicular cujo tratamento foi iniciado há mais ou menos 15 anos, sendo a mandibulectomia marginal, a conduta aplicada nesse período. A tomografia computadorizada e a radiografia panorâmica da mandíbula revelaram a imagem radiolúcida sugestiva de ameloblastoma unicístico com zona de crescimento contínuo de sequestro ósseo. Com anestesia local, foi feita a biópsia incisiva da lesão resultando em ameloblastoma folicular. Assim, mediante a certeza do diagnóstico, foi planejada a ressecção de toda porção óssea

acometida pelo tumor. A paciente foi submetida à anestesia geral e intubação naso-traqueal. Devido à localização e à extensão da lesão, preferiu-se um acesso submandibular estendido para o lábio inferior, de modo a fendê-lo, facilitando a acessibilidade e a manipulação da articulação têmporo-mandibular. Foi removido 01 cm além dos limites da lesão como margem de segurança, através de uma mandibulectomia parcial sedimentar com reconstrução imediata com costela, prótese de titânio e parafusos.

### **CONCLUSÃO:**

A partir do conhecimento das características biológicas dos ameloblastomas, fica evidente que este tumor apresenta um alto potencial de recidivas frente a vários tipos de tratamentos. Somente um diagnóstico precoce e um plano de tratamento inicial bem conduzido podem suprimir ou minimizar os riscos de reincidência. Sabendo disso, a intervenção radical feita com uma excisão adequada tem proporcionado melhores resultados mediante a situação de doença relatada já que favorece a uma menor chance de recidiva. Contudo, independente da escolha entre o tratamento conservador e o radical, os casos de ameloblastoma precisam ser acompanhados por muitos anos em consultas de controle a fim de garantir um bom prognóstico aos pacientes.

### **REFERÊNCIAS**

- 1-Saddy MS, Chilvarquer I, Dib LL, Sandoval RL. Aspectos clínicos, radiográficos e terapêuticos do ameloblastoma. *RPG Rev PósGrad.* 2005;12(4):460-5.
- 2-Moraes, FB, Cardoso RMN, Rodrigues SV, Dutra MVF, Pereira UR, Borges TRSA. Ameloblastoma: uma análise clínica e terapêutica de seis casos. *revbras ortop.* 2014;49(3):305–308.
- 3-Kruschewsky LS, Cincurá C, Teixeira FA, Melo Filho FV. Ameloblastoma: aspectos clínicos e terapêuticos. *RevBrasCirCraniomaxilofac.* 2010;13(4): 241-245.
- 4-Antunes AA, Silva PV, Antunes AP, Romualdo Filho J. Ameloblastoma: Estudo Retrospectivo. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço,* 2006 abr-jun;2(35):70-73.
- 5-Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 703-713.
- 6-Paiva LCA, Santos MESM, Silva DN, Heitz C, Sant’Ana Filho M. Potential recurrence of ameloblastoma: a case report. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe* v.10, n.1, p. 27-34, jan./mar. 2010.
- 7-Siqueira FE, Borges HOI. *Tratamento Dos Ameloblastomas Multicísticos: Revisão De Literatura.* Londrina/PR. 2012.
- 8-Silva LP, Melo VC, Silva Júnior EZ, Oliveira CCMX, Silva EDO, Gomes ACA. Recidiva de Ameloblastoma para Tecidos Moles após Tratamento Radical. *Rev bras Ciência Saúde* 2015;19(4):307-310.
- 9-França LJJ, Curioni OA, Paiva DL, Vianna DM, Dedivitis RA, Rapoport A. Ameloblastoma demographic, clinical and treatment study - analysis of 40 cases. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2012;78(3):38-4.
- 10-Oliveira MG, Chagas Júnior OL, Pereira ACL, Post LK. Tratamento cirúrgico do ameloblastoma: revisão atualizada da literatura. *R. Ci. méd. biol.* 2008 set-dez;2(7):301-308.

## AVALIAÇÃO DA RESISTÊNCIA MECÂNICA DE DOIS TIPOS DE FIXAÇÃO DE FRATURAS SUBCONDILARES: ENSAIO *IN VITRO*

Gabriela Carolina Alves Navega <sup>1</sup>; Glaciele Maria de Souza<sup>2</sup>; Danillo Costa Rodrigues<sup>3</sup>; Saulo Gabriel Moreira Falci<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universitária, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina-MG

<sup>2</sup>Mestranda em Clínica Odontológica, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina-MG

<sup>3</sup> Professor Adjunto, Departamento de Odontologia, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros-MG

<sup>4</sup> Professor Adjunto, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina-MG

Gabriela Navega  
babinavega@gmail.com  
+553175921482

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A fratura do processo condilar é a forma mais comum de fraturas em mandíbula <sup>(1-3)</sup>. No que se refere a sua forma de tratamento ainda há controvérsia na literatura <sup>(4-6)</sup>. **OBJETIVO:** Comparar através de um teste *in vitro* o desempenho de dois métodos de fixação em fraturas do côndilo mandibular, um com duas placas retas outro com uma placa em Y modificada, ambas do sistema 2.0mm. **METODOLOGIA:** Para a realização do ensaio biomecânico, utilizou-se 40 hemimandíbulas sintéticas de poliuretano alocadas em 4 grupos com 10 hemimandíbulas em cada. Os grupos 1 e 2 receberam fixação com duas placas retas do sistema 2.0 mm, os grupos 3 e 4 receberam fixação com uma placa em Y do sistema 2.0 mm. As amostras foram seccionadas utilizando disco diamantado e um guia de resina acrílica incolor de modo a padronizar a simulação de traços de fraturas subcondilares. Em uma máquina de ensaio universal de carga (*Instron Universal 4411*), foram realizados os testes de carregamento da seguinte maneira: os grupos 1 e 3 receberam carga na direção antero-posterior (com relação ao corpo mandibular) e os grupos 2 e 4 receberam carga no sentido latero-medial (com relação ao corpo mandibular), simulando a ação da força muscular nos côndilos fraturados <sup>(5)</sup>. As forças de resistência foram medidas com 1, 3 e 5 mm de deslocamento e na carga máxima antes da falha do sistema de fixação. A análise estatística foi realizada através do teste T para amostras independentes que permitia a comparação entre os grupos. **RESULTADOS:** Os resultados experimentais mostraram que a resistência mecânica entre os sistemas de fixação se manteve proporcional nos deslocamentos de 1, 3 e 5mm. Sendo que os grupos 1 e 4 apresentaram melhor e pior valor de resistência, respectivamente. Os resultados do teste T para amostras independentes apontaram que o grupo 1, quando comparado com o grupo 3, apresentou maior resistência mecânica em todos os deslocamentos analisados e na avaliação da carga máxima ( $p < 0.001$ ). Já os grupos 2 e 4 não apontaram diferença significativa em nos deslocamentos analisados. O grupo 2 apresentou maior resistência mecânica que o grupo 4 quando avaliado a carga máxima ( $p = 0.018$ ). **DISCUSSÃO:** Um estudo avaliando a resistência mecânica entre diferentes espessuras da placa em Y mostrou que placas mais espessas apresentam maior resistência <sup>(7)</sup>. Neste estudo as placas em Y utilizadas tinham espessura de 2.0 mm, bem como o sistema utilizado neste estudo. Outro estudo, realizado em mandíbulas cadavéricas, com o objetivo de avaliar a eficácia de duas ou uma placa reta na fixação de fraturas de côndilo, também obteve uma maior resistência para a utilização de duas placas, sendo estas também investigadas neste estudo <sup>(8)</sup>. Observa-se, que até o presente momento a maioria dos estudos apresentam uma melhor

performance para a utilização de duas placas retas mediante a aplicação de cargas lineares verticais<sup>(8)</sup>. **CONCLUSÃO:** As placas retas possuem melhor resistência no sentido antero-posteriore não existe diferença estatisticamente significativa entre os dois sistemas de fixação no sentido latero-medial nos deslocamentos analisados, sugerindo resistência mecânica semelhante. Sugere-se a realização de estudos clínicos para avaliar o comportamento das placas em Y modificadas em fraturas de côndilo.

**Palavras-Chave:** Fratura de mandíbula. Fixação interna de Fratura. Análise de Elementos Finitos.

## REFERÊNCIAS:

- 1-VILLARREAL, P. M. et al. Mandibular condyle fractures: determinants of treatment and outcome. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 62, n. 2, p. 155-163, 2004. ISSN 02782391.
- 2-ASPRINO, L.; CONSANI, S.; DE MORAES, M. A comparative biomechanical evaluation of mandibular condyle fracture plating techniques. *J Oral Maxillofac Surg*, v. 64, n. 3, p. 452-6, Mar 2006. ISSN 0278-2391 (Print)0278-2391 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16487808>>.
- 3-ZROUNBA, H. et al. Epidemiology and treatment outcome of surgically treated mandibular condyle fractures. A five years retrospective study. *J Craniomaxillofac Surg*, v. 42, n. 6, p. 879-84, Sep 2014. ISSN 1878-4119 (Electronic)1010-5182 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24485271>>.
- 4-ANIRUDHAN, A.; KHALAM, S. A.; ZACHARIAH, R. K. Evaluation of clinical use of indigenously developed delta plate in management of subcondylar fracture. *Clin Pract*, v. 3, n. 2, p. e28, Aug 02 2013. ISSN 2039-7275 (Print)2039-7275 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24765516>>.
- 5-AQUILINA, P. et al. Finite element analysis of three patterns of internal fixation of fractures of the mandibular condyle. *Br J Oral Maxillofac Surg*, v. 51, n. 4, p. 326-31, Jun 2013. ISSN 1532-1940 (Electronic)0266-4356 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22981343>>.
- 6-CONCI, R. A., JR. et al. Reduction and fixation of mandibular condylar fractures with neck screw. *J Craniofac Surg*, v. 25, n. 4, p. 1432-4, Jul 2014. ISSN 1536-3732 (Electronic)1049-2275 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25006919>>.
- 7-CELEGATTI FILHO, T. S. et al. Development plates for stable internal fixation: Study of mechanical resistance in simulated fractures of the mandibular condyle. *J Craniomaxillofac Surg*, v. 43, n. 1, p. 158-61, Jan 2015. ISSN 1878-4119 (Electronic) 1010-5182 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25439088>>.
- 8-KURTADIKAR, K. et al. Evaluation of mechanical resistance after fixation of mandibular condylar fracture with single and double miniplates: a comparative in vitro study. *J Maxillofac Oral Surg*, v. 14, n. 2, p. 441-7, Jun 2015. ISSN 0972-8279 (Print) 0972-8270 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26028871>>.

## AVALIAÇÃO DA FORÇA DE MORDIDA ENTRE FRATURAS DE MANDÍBULA FIXADAS COM PLACAS *LOCKING* OU NÃO-*LOCKING*: META-ANÁLISE

Egina Maria Gomes Brum<sup>1</sup>; José Cristiano Ramos Glória<sup>2</sup>; Ighor Andrade Fernandes<sup>3</sup>; Glaciele Maria de Souza<sup>3</sup>; Ricardo Lopes Rocha<sup>2</sup>; Saulo Gabriel Moreira Falci<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Universitária, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

<sup>2</sup>Doutorando(a) em Clínica Odontológica- Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

<sup>3</sup>Mestrando(a) em Clínica Odontológica- Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

<sup>4</sup>Professor Adjunto, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

Egina Brum  
eginabrum@gmail.com  
+5538988117660

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Fraturas de mandíbula apresentam alta porcentagem dentre as fraturas faciais e podem ter como consequência mal oclusão, disfunção temporomandibular e alterações mastigatórias<sup>(1)</sup>. A força de mordida é um fundamental parâmetro na avaliação da função mandibular, impactando na eficiência mastigatória e na qualidade de vida dos pacientes<sup>(2,3)</sup>. **OBJETIVOS:** Verificar se há diferença na força de mordida entre pacientes com fraturas de mandíbula fixadas com placas *locking* ou não – *locking*. **MÉTODOS:** Inicialmente foi estabelecido a seguinte questão PICO: “Há diferença na força de mordida quando fraturas mandibulares são tratadas com placas *locking* em vez de placas convencionais?”. Em seguida, foi conduzida uma revisão sistemática da literatura utilizando o *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention* e *guideline PRISMA*<sup>(4)</sup>. Uma busca estruturada através da combinação de termos foi realizada nas seguintes bases eletrônicas indexadas (PubMed, Virtual Health Library, Web of Science e Direct Science), literatura cinzenta e busca manual, sem restrição de idioma ou data de publicação. Ensaios clínicos, estudos de caso-controle e coortes que realizaram o registro da força de mordida em pacientes tratados com placas *locking* ou não-*locking* foram incluídos em diferentes *follow-ups*. A análise do risco de viés dos artigos incluídos foi avaliada seguindo uma ferramenta estruturada da Cochrane que classificava o artigo como de alto, baixo ou não claro risco de viés. Os resultados foram apresentados através de uma análise qualitativa e quantitativa dos artigos incluídos. A Meta-análise foi realizada utilizando o *software* R. Studio versão 3.2.1. **RESULTADOS:** Foram encontrados 3.039 artigos inicialmente, sendo que apenas quatro cumpriam aos critérios de inclusão e foram incluídos na análise qualitativa desta revisão<sup>(5-8)</sup>. Dois destes artigos permitiram a análise quantitativa através da meta-análise<sup>(5,6)</sup>. Na análise do risco de viés os artigos apresentaram resultado pouco claro na maioria dos critérios analisados. No geral, os resultados mostraram uma melhor performance da força de mordida das placas *locking* em comparação com as placas não-*locking* na região de incisivos (MD: 1.18; 95% CI: 0.13-2.23) região de molar do lado direito (MD: 4.71; 95% CI: 0.63-8.79) e região de molar do lado esquerdo (MD: 10.34; 95% CI: 4.55-16.13). **CONCLUSÃO:**

Apesar dos resultados desse estudo indicar a melhor força de mordida em fraturas mandibulares fixadas com as placas *locking*, ainda não há evidências suficientes para apoiar essa informação com segurança.

**Palavras-chave:** Placas *locking*. placas não-*locking*. Força de mordida. Osteossíntese

#### REFERÊNCIAS:

- 1-Almahdi HM, Higzi MA. Maxillofacial fractures among Sudanese children at Khartoum Dental Teaching Hospital. BMC Res Notes 2016;9:120
- 2-Nabil Y. Evaluation of the effect of different mandibular fractures on the temporomandibular joint using magnetic resonance imaging: five years of follow-up. Int J Oral Maxillofac Surg 2016;45(11):1495–1499
- 3-Conforte JJ, Alves CP, Sánchez MdelP, Ponzoni D. Impact of trauma and surgical treatment on the quality of life of patients with facial fractures. Int J Oral Maxillofac Surg 2016;45(05):575–581
- 4-Chrcanovic BR. Locking versus non-locking plate fixation in the management of mandibular fractures: a meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg 2014;43(10):1243–1250
- 5-Agarwal M, Mohammad S, Singh RK, Singh V. Prospective randomized clinical trial comparing bite force in 2-mm locking plates versus 2-mm standard plates in treatment of mandibular fractures. J Oral Maxillofac Surg. 2011;69(07):1995–2000.
- 6-Giri KY, Sahu P, Rastogi S, et al. Bite Force Evaluation of Conventional Plating System Versus Locking Plating System for Mandibular Fracture. J Maxillofac Oral Surg. 2015;14(04):972–978.
- 7-Kumar S, Gattumeedhi SR, Sankhla B, Garg A, Ingle E, Dagli N. Comparative evaluation of bite forces in patients after treatment of mandibular fractures with miniplate osteosynthesis and internal locking miniplate osteosynthesis. J Int Soc Prev Community Dent 2014;4(Suppl 1):S26–S31
- 8-Rastogi S, Reddy MP, Swarup AG, Swarup D, Choudhury R. Assessment of Bite Force in Patients Treated with 2.0-mm Traditional Miniplates versus 2.0-mm Locking Plates for Mandibular Fracture. Craniomaxillofac Trauma Reconstr. 2016;9(01):62–68.

## CISTO DENTÍGERO INVADINDO SEIO MAXILAR

Brunna Cristina Silva Barbosa<sup>1</sup>; Raimundo Ielis de Souza Junior<sup>1</sup>; Rafael Veloso Rabello Marco<sup>2</sup>; Túllio Brazão Silva<sup>3</sup>.

Autor principal<sup>1</sup>; Autor<sup>1</sup>; Co-autor<sup>2</sup>; Orientador<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico (a) do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros

<sup>2</sup>Cirurgião-Dentista atuante na prática clínica privada

<sup>3</sup>Professor de Patologia e Semiologia do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros

Brunna Cristina Silva Barbosa,  
brunnabarbosaa@live.com ,  
(38) 99825 3919

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O cisto dentígero é uma lesão oral comum formada por acúmulo de fluído entre a coroa dentária totalmente formada e o epitélio reduzido do esmalte, sendo de ocorrência incomum no seio maxilar. **OBJETIVO:** Relatar a conduta de tratamento de paciente com cisto dentígero que ocupava todo o seio maxilar esquerdo associado a um dente ectópico em uma abordagem cirúrgica ambulatorial. **METODOLOGIA:** Foram necessários registros relacionados à lesão observada no paciente, de forma a restringir-se a dados que não revelam a identidade do mesmo. **DISCUSSÃO:** Foi realizado exame radiográfico, punção e a remoção através da manobra de Caldwell-Luc e em seguida enviado ao patologista para análise histopatológica. Foram feitos cortes histológicos e após a sua análise foi confirmado o suposto diagnóstico de cisto dentígero. **CONCLUSÃO:** Diante de um caso raro de cisto dentígero de grandes dimensões, o exame anátomo-patológico e o conhecimento dos riscos são fundamentais para assegurar o profissional de sua boa conduta.

**Palavras-Chave:** Cisto dentígero. Seio maxilar. Procedimentos cirúrgicos operatórios

### INTRODUÇÃO:

O Cisto Dentígero (CD) é uma lesão cística odontogênica de desenvolvimento, formada a partir do acúmulo idiopático de líquido entre a coroa de um dente impactado e o epitélio reduzido do órgão do esmalte<sup>(1-3)</sup>. A literatura mostra que o CD é o segundo cisto odontogênico mais comum, tendo predileção por homens, ocorrendo na segunda ou terceira década de vida e dispõe da característica também de habitualmente não se manifestar no seio maxilar e possuir uma taxa de recidiva de 12-14%. Embora possam envolver qualquer dente não erupcionado, geralmente abrangem terceiros molares, caninos e pré-molares, contando com uma ocorrência de 70% na mandíbula e 30% na maxila<sup>(1,2)</sup>. Logo, esse estudo contará com um relato de caso raro, no qual o cisto dentígero ocupava todo o seio maxilar esquerdo dispendo de uma abordagem cirúrgica ambulatorial que previa as possíveis complicações trans e pós-operatórias.

### METODOLOGIA:

Para a descrição deste trabalho, foram necessários registros relacionados à lesão observada no paciente, de forma a restringir-se a dados que não revelam a identidade do mesmo, conforme

especificado em termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo paciente eem posse dos pesquisadores. Assim, imagens radiográficas, histológicas e clínicas do paciente foram recuperadas para o registro e descrição do presente relato de caso.

### **RELATO DE CASO/ DISCUSSÕES:**

Paciente do sexo masculino, leucoderma de 26 anos compareceu a clínica odontológica apresentando como queixa principal a remoção dos terceiros molares, com ausência de qualquer sintomatologia. No exame intrabucal e extrabucal não foram detectadas anormalidades. O exame radiográfico mostrou uma lesão unilocular de aproximadamente 4 cm envolvendo a coroa do dente 28 que se encontrava em posição ectópica na parede posterior do seio maxilar, sugerindo diagnósticos como: CD, queratocisto odontogênico (QO), ameloblastoma unicístico (AU) e tumor odontogênicoadenomatóide (TOA), por serem lesões que também possuem com frequência o aspecto radiográfico radiolúcido, bem delimitado, unilocular e relacionados a dentes impactados<sup>(1,2,4)</sup>. Para planejamento terapêutico, foi realizada uma punção aspirativa que teve como resultado um fluido amarelo citrino, o que exclui neste instante a possibilidade de diagnóstico de lesões sólidas, como o TOA. Diante dos achados, foi solicitada a tomografia computadorizada para avaliação da extensão do envolvimento ósseo, e então, o paciente foi submetido à enucleação da lesão e remoção do terceiro molar ectópico sob anestesia local dos nervos palatino maior, infraorbitário, alveolar superior anterior, alveolar superior médio e alveolar superior posterior, com uso do anestésico articaina a 4% com adrenalina 1:100.000. Foi então realizada uma incisão do tipo Caldwell- Luc, com lâmina 15, incidindo sobre a linha muco-gengival da região do dente 23 à distal do 27. Posteriormente foi realizado o descolamento mucoperiosteal com descolador de periosteio de Molt no 9, para exposição óssea onde abriu-se uma janela com uso de broca esférica no. 8 em peça-reta sob irrigação com soro fisiológico. A janela óssea aberta foi de aproximadamente 2 cm, permitindo visualização da cápsula da lesão. Neste instante lançou-se mão de uma cureta para levantamento de seio maxilar no. 4, a fim de descolar a lesão das paredes do seio, utilizando sua face cortante contra a superfície óssea, para assim evitar o rompimento da lesão. Após descolamento da lesão, o dente foi localizado e facilmente deslocado com uma alavanca reta. Assim, foi possível enuclear a lesão e realizar a exodontia. Em manobra de Valsalva confirmou-se a comunicação buco-sinusal criada pelo ato cirúrgico. O material foi enviado a um laboratório de patologia bucal em formol a 10%. A medicação utilizada no caso constou de 4mg de Dexametasona e 2mg de Amoxicilina pré-operatórios, e amoxicilina 500mg associada a clavulanato de potássio 125 mg (8/8h por 14 dias), associação de cloridrato de fexofenadina 60mg e cloridrato de pseudoefedrina 120 mg (12/12h por 14 dias como anti-histamínico e descongestionante nasal), cloreto de sódio 3% (4/4 horas por 30 dias como descongestionante tópico), e dipirona 500 mg (6/6 horas em caso de dor). O exame anátomo-patológico revelou fragmentos de cápsula cística formada por tecido conjuntivo denso não modelado, exibindo revestimento luminal por epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado, formado em sua maior parte por três camadas celulares, confirmando a hipótese clínica de CD. Após 20 dias de acompanhamento, observou-se sinais satisfatórios de reparo, ausência de sintomas nasais e inchaço. É sugestivo de CD aquela lesão que apresentar, no exame radiográfico, a distância entre a coroa e o folículo dental superior a 2,5- 3,0 mm<sup>(1)</sup>. Pelo fato desses cistos progredirem lentamente, a sintomatologia pode ser nula por muito tempo e quando o seio é invadido, os sintomas ocorrem no final do desenvolvimento levando o paciente a experimentar sinais clássicos de doença sinusal como inchaço, dor facial e dor de cabeça, e as sequelas variam desde obstrução do seio até a perda da visão devido o aumento da pressão<sup>(2)</sup>. No presente caso, entretanto, nenhum desses sintomas foi observado. A remoção de qualquer tecido patológico é importante para a manutenção da saúde. O CD, por exemplo, se não removido, tem o

potencial de se desenvolver em ameloblastoma, carcinoma de células escamosas e carcinoma mucoepidermóide, além de aumentar consideravelmente de volume e provocar assimetria facial<sup>(1,3)</sup>. O tratamento padrão de cistos dentígeros decorrentes do terceiro molar ectópico no seio maxilar é a enucleação e a extração do dente envolvido. Entretanto, a marsupialização pode ser uma opção para cistos grandes por não oferecer danos ósseos severos, seguida da enucleação e extração dentária. A desvantagem nesse procedimento é a recorrência ou persistência da lesão juntamente com o revestimento cístico residual<sup>(1)</sup>. Quando a preservação do dente associado ao cisto é desejada, a marsupialização é sem dúvida a melhor alternativa, pois com a descompressão, o elemento envolvido pode entrar em erupção<sup>(3)</sup>. A técnica mais usual durante o procedimento cirúrgico no seio maxilar é o acesso Caldwell-Luc, que oferece como vantagem uma visão direta do seio. Entretanto, outras técnicas como a endoscopia transnasal, é uma alternativa em uso crescente na Otorrinolaringologia, podendo ser preferível para lesões pequenas próximas ao óstio sinusal, pois tem a capacidade de deixar a mucosa do seio intacta<sup>(2,5)</sup>. O paciente não se queixou de desconforto ou dor, contando com um trans e pós-operatório sem intercorrências.

### **CONCLUSÃO:**

Diante de um caso raro de cisto dentígero de grandes dimensões, associado a um dente ectópico no seio maxilar, foram essenciais condutas como a análise dos exames imagiológicos, a punção, e o conhecimento de riscos para uma abordagem cirúrgica segura, em nível ambulatorial. O exame anátomo-patológico é fundamental para assegurar o profissional de sua boa conduta, favorecendo sua decisão de acompanhamento, previsão de recidivas e necessidade de novas intervenções. Para o presente caso, o acompanhamento será de 6 meses, e se tratando de CD, não espera-se novas complicações, recidivas ou co-morbidades.

### **REFERÊNCIAS:**

- 1-Guruprasad Y, Chauhan DS, Kura U. Infected dentigerous cyst of maxillary sinus arising from an ectopic third molar. *Journal of clinical imaging science*. 2013;3 Suppl 1:1-5.
- 2-Buyukkurt MC, Omezli MM, Miloglu O. Dentigerous cyst associated with an ectopic tooth in the maxillary sinus: a report of 3 cases and review of the literature. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2010;109(1):67-71.
- 3-Wang CJ, Huang PH, Wang YL, Shyng YC, Kao WB. Dentigerous cyst over maxillary sinus: A case report and literature review. *Taiwan J Oral Maxillofac Surg*. 2009;20, 116-124.
- 4-Freitas RA. Cistos e tumores odontogênicos. In: Barroso DRC, editor. *Patologia oral e maxilofacial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. p. 679-741.
- 5-Xu GZ, Yang C., Fan XD, Hu YK, Yu CQ. Functional surgery for the treatment of dentigerous cyst in the maxillary sinus. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2015;26(2):e84-e86.

## CLOREXIDINA EM GEL INTRA ALVEOLAR REDUZ O ÍNDICE DE COMPLICAÇÕES APÓS EXODONTIAS DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES?

Dalila Figueiredo Caldeira<sup>1</sup>; Anna Catharina Vieira Armonda<sup>2</sup>; Glaciele Maria de Souza<sup>3</sup> Saulo Gabriel Moreira Falci<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Estudante de graduação, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

<sup>2</sup> Mestre em Clínica Odontológica, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

<sup>3</sup> Mestranda em Clínica Odontológica, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

<sup>4</sup> Professor Adjunto, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, MG, Brasil

Dalila Figueiredo Caldeira,  
figueiredodalila.df@gmail.com,  
+5531994687408

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A exodontia de terceiros molares inferiores é um dos mais frequentes procedimentos de cirurgia oral e maxilofacial <sup>(1)</sup>. Esse procedimento é associado a dor pós-operatória, edema e trismo <sup>(2,3)</sup>. Portanto, na tentativa de minimizar complicações pós-operatórias, aumentando assim a satisfação do paciente, bem como sua qualidade de vida, essa revisão avalia o uso da clorexidina intra-alveolar <sup>(4)</sup>. **OBJETIVO:** Avaliar a eficácia do uso de clorexidina em gel intra alveolar na prevenção da alveolite, redução de edema, dor e trismo, após exodontias de terceiros molares inferiores, detectados em ensaios clínicos randomizados. **METODOLOGIA:** Uma busca sistemática da literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: *Pubmed, The Cochrane Library, Elsevier, Science Direct e Ovid MEDLINE* até outubro de 2015. Para avaliação do risco de viés dos estudos incluídos na revisão, utilizou-se a ferramenta da *Cochrane Collaboration*. Os dados característicos dos estudos, quando disponíveis, foram extraídos na análise final dos artigos selecionados, sendo estes: autor, ano de publicação, país de origem, desenho de estudo, tipo de tratamento instituído, média de idade, número de pacientes, acompanhamento, dor, edema, trismo e alveolite. **RESULTADOS:** Um total de 11 artigos foram incluídos na análise qualitativa final e 6 na análise quantitativa <sup>(5-15)</sup>. Para as variáveis alveolite e dor os estudos incluídos mostraram que o uso da clorexidina em gel intraalveolar evidenciava resultados melhores do que o uso do placebo (OR: 0.74, 95% CI=0.62-0.89; p=0.002) e (95% CI = (-0,69)-(-0,27) p<0.001), respectivamente <sup>(8-10-12,14,15)</sup>. Em relação as variáveis analisadas edema e trismo, não foi possível realizar a meta-análise devido apenas um artigo avalia-las <sup>(15)</sup>. Neste estudo, não foi encontrado diferença estatisticamente significativa para essas variáveis. **DISCUSSÃO:** Os resultados encontrados para a variável alveolite corroboram ao de uma recente revisão <sup>(16)</sup>. Quanto ao resultado favorável para a variável dor, acredita-se que devido a clorexidina ser um anti-séptico há a redução de mediadores inflamatórios que seriam produzidos em respostas à atividade bacteriana <sup>(11)</sup>. Já para as variáveis edema e trismo a não diferença estatística encontrada foi justificada pelo tamanho da amostra utilizada <sup>(15)</sup>. **CONCLUSÃO:** Os resultados da metanálise nos sugerem que o uso de

clorexidina em gel intra-alveolar após a remoção cirúrgica de terceiros molares mandibulares reduz complicações pós-operatórias.

**Palavras-chave:** Clorexidina. Terceiro molar. Cirurgia oral.

**REFERÊNCIAS:**

- 1-Coulthard P, Bailey E, Esposito M, Furness S, Renton TF, Worthington HV. Surgical techniques for the removal of mandibular wisdom teeth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 7.
- 2-Robert RC, Bacchetti P, Pogrel MA. Frequency of trigeminal nerve injuries following third molar removal. *J Oral Maxillofac Surg* 2005;63:732–5.
- 3-Alcântara CE, Falci SG, Oliveira-Ferreira F, Santos CR, Pinheiro ML. Pre-emptive effect of dexamethasone and methylprednisolone on pain, swelling, and trismus after third molar surgery: a split-mouth randomized triple-blind clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2014;43:93–8.
- 4-Slade GD, Foy SP, Shugars DA, Phillips C, White Jr RP. The impact of third molar symptoms, pain, and swelling on oral health-related quality of life. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62:1118–24.
- 5-Torres-Lagares D, Serrera-Figallo MA, Romero-Ruiz MM, Infante-Cossío P, García-Calderón M, Gutiérrez-Pérez JL. Update on dry socket: a review of the literature. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal* 2004;10:77–85.
- 6-Haraji A, Rakhshan V. Single-dose intra-alveolar chlorhexidine gel application, easier surgeries, and younger ages are associated with reduced dry socket risk. *J Oral Maxillofac Surg* 2014;72:259–65. ]
- 7-Hita-Iglesias P, Torres-Lagares D, Flores-Ruiz R, Magallanes-Abad N, Basallote-Gonzalez M, Gutierrez-Perez JL. Effectiveness of chlorhexidine gel versus chlorhexidine rinse in reducing alveolar osteitis in mandibular third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66:441–5.
- 8-Babar A, Ibrahim MW, Baig NJ, Shah I, Amin E. Efficacy of intra-alveolar chlorhexidine gel in reducing frequency of alveolar osteitis in mandibular third molar surgery. *J Coll Physicians Surg Pak* 2012;22:91–4.
- 9-Freudenthal N, Sternudd M, Jansson L, Wannfors K. A double-blind randomized study evaluating the effect of intra-alveolar chlorhexidine gel on alveolar osteitis after removal of mandibular third molars. *J Oral Maxillofac Surg* 2015;73:600–5.
- 10-Haraji A, Rakhshan V, Khamverdi N, Alishahi HK. Effects of intra-alveolar placement of 0.2% chlorhexidine bioadhesive gel on dry socket incidence and postsurgical pain: a double-blind split-mouth randomized controlled clinical trial. *J Orofac Pain* 2013;27:256–62.
- 11-Haraji A, Rakhshan V. Chlorhexidine gel and less difficult surgeries might reduce post-operative pain, controlling for dry socket, infection and analgesic consumption: a split-mouth controlled randomised clinical trial. *J Oral Rehabil* 2015;42:209–19.

12- Jesudasan JS, Wahab PU, Sekhar MR. Effectiveness of 0.2% chlorhexidine gel and a eugenol-based paste on postoperative alveolar osteitis in patients having third molars extracted: a randomised controlled clinical trial. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2015;53:826–30.

13-Rodríguez-Pérez M, Bravo-Pérez M, Sánchez-López JD, Muñoz-Soto E, Romero-Olvid MN, Baca-García P. Effectiveness of 1% versus 0.2% chlorhexidine gels in reducing alveolar osteitis from mandibular third molar surgery: a randomized, double-blind clinical trial. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013;18:e693–700.

14-Rubio-Palau J, Garcia-Linares J, Hueto-Madrid JA, González-Lagunas J, Raspall-Martin G, Mareque-Bueno J. Effect of intra-alveolar placement of 0.2% chlorhexidine bioadhesive gel on the incidence of alveolar osteitis following the extraction of mandibular third molars. A double-blind randomized clinical trial. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2015;20:e117–22.

15-Torres-Lagares D, Gutierrez-Perez JL, Infante-Cossio P, Garcia-Calderon M, Romero-Ruiz MM, Serrera-Figallo MA. Randomized, double-blind study on effectiveness of intra-alveolar chlorhexidine gel in reducing the incidence of alveolar osteitis in mandibular third molar surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35:348–51

16-Zhou J, Hu B, Liu Y, Yang Z, Song J. The efficacy of intra-alveolar 0.2% chlorhexidine gel on alveolar osteitis: a meta-analysis. *Oral Dis* 2016, <http://dx.doi.org/10.1111/odi.12553>.

## COMPARAÇÃO ENTRE TÉCNICA CONVENCIONAL E PIEZOELÉTRICA EM REMOÇÃO DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE

Larissa Pereira Mendes<sup>1</sup>; Rafael Alvim Magesty<sup>2</sup>; Glaciele Maria de Souza<sup>3</sup>; Ighor Andrade Fernandes<sup>3</sup>; Cássio Roberto Rocha<sup>4</sup>; Saulo Gabriel Moreira Falci<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Universitária, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

<sup>2</sup> Professor Substituto, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

<sup>3</sup> Mestrando(a) em Clínica odontológica, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

<sup>4</sup> Professor Titular, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

<sup>5</sup> Professor Adjunto, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

Larissa Pereira Mendes,  
larissa\_pmendes@yahoo.com.br,  
(38)99252-1110

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Antes do desenvolvimento dos instrumentos rotatórios (alta e baixa rotação), as exodontias dos terceiros molares impactados eram realizadas com cinzéis e martelos<sup>(1)</sup>. Atualmente, estes tem sido substituídos por instrumentos ultrassônicos, como o dispositivo piezoelétrico. **OBJETIVO:** O objetivo desse estudo foi comparar em cirurgias de terceiros molares inferiores as técnicas de osteotomia com instrumentos rotatórios convencionais e motores piezoelétricos. **MÉTODOS:** Uma busca eletrônica foi realizada nas seguintes bases de dados: Pubmed, Web of Science e Cochrane Oral Health, GroupTrialsRegister. Os critérios de inclusão adotados constavam de estudos realizados com humanos, randomizados ou não randomizados, comparando a exodontia de terceiros molares, em que foram necessárias osteotomia e/ou odontossecção, com instrumentos rotatórios convencionais e osteotomia e/ou odontossecção com auxílio de motor piezoelétrico. A análise e inclusão dos artigos foi realizada por dois avaliadores independentes. A qualidade dos estudos foi avaliada usando o método verificação do risco de viés nos estudos recomendado pelo handbook da Cochrane<sup>(2)</sup>, seguido da extração dos dados. Em seguida foi realizada a meta-análise das variáveis com a utilização do programa Comprehensive Meta-analysis. Uma combinação de métodos foi utilizada para avaliação: *Meta-Analysis of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) statement*<sup>(3)</sup>, *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement*<sup>(4)</sup> e *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statement*<sup>(5)</sup>. **RESULTADOS:** De um total de 974 estudos foram incluídos 11 na análise qualitativa final e 7 na análise quantitativa. Não foi possível realizar uma análise quantitativa para a variável edema devido às diferenças entre as metodologias empregadas entre os estudos, variações entre as datas e métodos de aferição. A meta-análise permitiu comparar apenas as variáveis trismo<sup>(6-8)</sup> e tempo de cirurgia<sup>(9-12)</sup>. A cirurgia convencional foi

mais rápida do que a cirurgia piezoelétrica em cirurgias de terceiros molares (IC 95 % = 0,34-1,16). O motor Piezoelétrico apresentou melhores resultados quando comparado com instrumentos convencionais em cirurgias de terceiros molares quando o trismo foi avaliado em dois (IC 95 % = 0,65-1,69), três (IC 95 % = 0,63-1,67) e cinco (IC 95 % = 0,03-2,26) dias após a cirurgia. Apenas em 7 dias após a cirurgia não houve diferenças entre as técnicas avaliadas (IC95 % = (-0,22) – (-1,49)). **DISCUSSÃO:** A cirurgia para a remoção dos terceiros molares inclusos através do uso de motores piezoelétricos parece ser uma alternativa viável quando comparada aos motores cirúrgicos convencionais. Os esforços atuais em cirurgias dento-alveolares são por obter resultados menos mórbidos, períodos de cicatrização mais rápidos e com menor interferência na qualidade de vida dos pacientes que devem ser submetidos a esses procedimentos<sup>(13,14)</sup>. **CONCLUSÃO:** A cirurgia piezoelétrica se mostrou eficaz na redução de dor, edema e trismo nas cirurgias de terceiros molares, porém a mesma requer um tempo cirúrgico maior do que a convencional.

**Palavras-chave:** Terceiro molar. instrumento rotatório. Cirurgia piezoelétrica. Trismo, dor. Edema.

## REFERÊNCIAS:

- 1-Royer RQ. Use of the chisel in the removal of impacted mandibular third molars. J Oral Surg. 1969 Jan;27(1):26-31.
- 2-Higgins JPT GS. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions.: John Wiley & Sons Ltd, 2008.
- 3-Stroup DF BJ, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, et al. Meta -analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta -analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. Jama JAm Med Assoc 2000:2008-2012.
- 4-Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandembroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Lancet 2007;370:1453-1457.
- 5-Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Reprint--preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. Physical therapy 2009;89:873-880.
- 6-Mantovani E, Arduino PG, Schierano G, Ferrero L, Gallesio G, Mozzati M, Russo A, Scully C, Carossa S. A split-mouth randomized clinical trial to evaluate the performance of piezosurgery compared with traditional technique in lower wisdom tooth removal. J Oral Maxillofac Surg. 2014 Oct;72(10):1890-7.
- 7-Barone A, Marconcini S, Giacomelli L, Rispoli L, Calvo JL, Covani U. A Randomized Clinical Evaluation of Ultrasound Bone Surgery Versus Traditional Rotary Instruments in Lower Third Molar Extraction. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 68:330-336, 2010.
- 8-Sivolella S, Berengo M, Bressan E, Di Fiore A, Stellini E. Osteotomy for lower third molar germectomy: randomized prospective crossover clinical study comparing piezosurgery and conventional rotator osteotomy. J Oral Maxillofac Surg. 2011;69(6):e15-23.
- 9-Mantovani E, Arduino PG, Schierano G, Ferrero L, Gallesio G, Mozzati M, Russo A, Scully C, Carossa S. A split-mouth randomized clinical trial to evaluate the performance of piezosurgery

compared with traditional technique in lower wisdom tooth removal. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Oct;72(10):1890-7.

10-Rullo R, Addaboo F, Papaccio G, D'Aquino R, Festa VM. Piezoelectric device vs. Conventional rotative instruments in impacted third molar surgery: relationships between surgical difficulty and postoperative pain with histological evaluations. *J Craniomaxillofac Surg.* 2013;41(2):e33-8.

11-Piersanti L, Dilorenzo M, Monaco G, Marchetti C. Piezosurgery of conventional rotator instruments for inferior third molar extractions? *J Oral Maxillofac Surg.* 2014;72(9):1647-52.

12-Sortino F, Pedullà E, Masoli V. The piezoelectric and rotatory osteotomy technique in impacted third molar surgery: comparison of postoperative recovery. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008;66(12):2444-8.

13-Alcântara CE, Falci SG, Oliveira-Ferreira F, Santos CR, Pinheiro ML. Pre-emptive effect of dexamethasone and methylprednisolone on pain, swelling, and trismus after third molar surgery: a split-mouth randomizes triple-blind clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Jan;43(1):93-8.

14-Lopez-Lopez J, Jan-Pallí E, González-Navarro B, Jané-Salas E, Estrugo-Devesa A, Milani M. Efficacy of chlorexidine, dexpanthenol, allantoin and chitosan gel in comparison with bicarbonate oral rinse in controlling post-interventional inflammation, pain and cicatrization in subjects undergoing dental surgery. *Curr Med Res Opin.* 2015;15:1-16.

## DESENVOLVIMENTO E RÉPLICA DE CRÂNIO HUMANO PARA ESTUDO INTERATIVO POR MEIO DE QR CODE

Coelho PA<sup>1</sup>, Filho PR<sup>1</sup>, Galo R<sup>2</sup>, Volpato LER<sup>3</sup> Rocha RL<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Estudante de graduação - Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

<sup>2</sup>Professor - Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, MG, Brasil

<sup>3</sup>Professor - Departamento de Odontologia, Universidade de Cuiabá, MT, Brasil

Patrícia Azevedo Coelho,  
pazevedocoelho@gmail.com,  
(38)99986-4885

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Nos cursos da área da saúde, as peças anatômicas de cadáveres humanos envolvem dificuldades na aquisição e conservação, além do odor irritante do formol. Com relação às peças secas, as dificuldades permanecem, podendo-se considerar também o aspecto ético, já que nem todos os estudantes mantêm o devido respeito ao cadáver em que estudam. Para suprir tal carência, uma das alternativas é o uso de peças sintéticas. **OBJETIVOS:** Desenvolvimento de uma réplica de crânio humano, enriquecida por um aplicativo interativo, para estudo em laboratório de anatomia. **MATERIAL E MÉTODOS:** Realizou-se a modelagem e escultura de um crânio em tamanho natural, combinando-se diversas técnicas e materiais plásticos. Inicialmente, a modelagem foi feita com argila, a fim de se adquirir volumetria. Através da moldagem com gesso, substituiu-se a argila por cera, vertendo-a liquefeita no interior do molde. Após solidificar-se externamente, retirou-se o excesso de cera, ainda liquefeita, obtendo-se um modelo de cera oco. A partir deste modelo, utilizou-se de mini-maçaricos e espátulas de tamanhos progressivamente menores para gerar um modelo padrão com detalhamento refinado, objetivando servir ao estudo da anatomia. A mandíbula em cerapassou por um novo processo de moldagem múltipla, manipulando-se o gesso e envazando-se resina de metacrilato de metila, produzindo, assim, um modelo em resina, que possui maior resistência, visto tratar de uma peça frágil e sujeita à fratura. Com o propósito de possibilitar a escultura, a superfície da mandíbula, já em resina, sofreu um pequeno desgaste para, em seguida, receber uma fina camada de cera, na qual se realizou o detalhamento final. Todo o processo de modelagem e escultura foi feito com base em informações contidas em atlas de anatomia<sup>(1),(2),(3)</sup>. A obtenção de proporcionalidades nas dimensões, refinamento das formas anatômicas, conferência de distâncias, ângulos e planos padrões foram executados com o auxílio de fita métrica e paquímetro digital. O modelo de crânio será escaneado para ser reproduzido em impressora digital 3D, com o intuito de gerar cópias em resina. Em cada vista ortogonal do crânio ficará colado um QR code que possibilitará acesso a fotos da mesma vista com indicações de nomes de estruturas anatômicas, por meio de um aplicativo que será disponibilizado. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A etapa inicial de produção do padrão em cera já foi executada. O escaneamento, a replicação dos modelos e o desenvolvimento do aplicativo ainda estão em fase de iniciação. Os modelos servirão para facilitar o acesso de uma peça para cada estudante além de disponibilizar os nomes das estruturas anatômicas através da consulta em fotografias de atlas, concomitantemente. **CONCLUSÃO:** A

disponibilidade de modelos físicos aliada a consulta às imagens de atlas, por intermédio do aplicativo, facilitaram e incrementaram o estudo da anatomia.

**Palavras- chave:** Anatomia. Crânio. Escultura. QR code.

**REFERÊNCIAS:**

1-Sobotta. Atlas de Anatomia Humana. 21 ed. 1 vol. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

2-Madeira MC. Anatomia da Face. Bases Anatomo-Funcionais Para Prática Odontológica. 8 ed. São Paulo: Sarvier; 2013.

3-Netter FH. Atlas de Anatomia Humana. 6 ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

## DESCOMPRESSÃO COM TUBO DE POLIETILENO PARA TRATAMENTO DE CISTO DENTÍGERO: UM RELATO DE CASO

Anna Karolyne Duarte Grando<sup>1</sup>; Lidylara Lacerda Araújo Carvalho<sup>1</sup>; Mario Rodrigues de Melo Filho, DDS, PhD<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Graduanda em Odontologia pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

<sup>2</sup>Cirurgião Dentista/Professor do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Autor de correspondência:  
Anna Karolyne Duarte Grando  
karolgrandosilveira@gmail.com  
38 - 32229893

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O cisto dentígero é um cisto de desenvolvimento<sup>1,2,3</sup>. Sua etiologia está relacionada à compressão promovida pela erupção dentária no folículo pericorônico, o que induz a formação de uma cavidade delimitada pelo epitélio reduzido do esmalte e o esmalte do dente, a qual é preenchida por fluido cístico<sup>10, 11,12</sup>. Apresentam-se geralmente assintomáticos e de crescimento lento, sendo descobertos durante tomadas radiográficas para identificar dentes mal posicionados ou falhas na erupção, tendo aspecto radiolúcido unilocular<sup>7, 8</sup>. **METODOLOGIA:** Após o diagnosticar o cisto dentígero por meio de exames de imagem, como a tomografia computadorizada, bem como punção aspirativa e biópsia incisiva confeccionou-se um tubo de polietileno visando a descompressão da lesão para sua posterior remoção cirúrgica. **RELATO DE CASO:** Este artigo relata o caso de um paciente de 34 anos, com cisto dentígero envolvendo a coroa do dente 48, raízes do dente 47 e 46, base da mandíbula e o canal mandibular. **CONCLUSÃO:** Concluiu-se que a descompressão/marsupialização por meio de tubo mostrou-se um método eficaz para tratamento de cistos dentígeros.

**Palavras-chave:** Cisto dentígero. Cirurgia bucal. Descompressão cirúrgica. Tratamento conservador

### INTRODUÇÃO:

O cisto dentígero (CD) é definido como um cisto odontogênico de desenvolvimento, que normalmente envolve um dente permanente não erupcionado ou supranumerários<sup>1,2,3</sup>. Ocorre predominantemente na segunda e terceira décadas de vida e apresenta predileção pelo sexo masculino numa proporção de 2:1<sup>4,5,6</sup>. Clinicamente não há dor e a grande maioria é descoberta acidentalmente quando as radiografias são tomadas para investigar uma falha de erupção ou um dente mal posicionado<sup>7,8</sup>. Os cistos dentígeros, apesar de crescimento lento e assintomático, podem atingir um tamanho considerável e causar expansão do osso cortical seguido de deformação facial, crepitação, dor, deslocamento de dentes e estruturas adjacentes, fraturas patológicas e reabsorção radicular dos dentes adjacentes<sup>6,9</sup>. Os dentes mais frequentemente acometidos são os terceiros molares inferiores, caninos superiores e pré-molares inferiores<sup>7,10</sup>. Radiograficamente apresenta-se como uma lesão radiolúcida normalmente unilocular envolvendo a coroa de um dente impactado<sup>3,4</sup>. Sua etiologia está relacionada à compressão promovida pela erupção dentária no folículo pericorônico, o que induz a formação de uma cavidade delimitada pelo epitélio reduzido

do esmalte e o esmalte do dente, a qual é preenchida por fluido cístico<sup>10,11,12</sup>. As lesões pequenas podem ser removidas cirurgicamente para evitar danos ao dente permanente subsequente, enquanto que a descompressão e a marsupialização que pode ser seguida da enucleação são indicadas como tratamento mais conservador, sendo a principal abordagem de tratamento para lesões mais extensas ou quando é proximal às estruturas vitais, como o feixe neurovascular alveolar inferior e o seio maxilar<sup>9,13</sup>. O tratamento de descompressão empregado para lesões císticas tais como cisto dentífero, cisto radicular, queratocisto e ameloblastoma unicístico requer uma abertura na cavidade cística e sutura de um tubo de descompressão para a manutenção dessa abertura cirúrgica entre a cavidade da lesão e o ambiente bucal.<sup>13,14,15</sup> O procedimento pode liberar a pressão intramural, o que minimiza o tamanho das lesões císticas, reduzindo sua pressão osmótica, o que favorece a formação de tecido ósseo novo. O índice de recidiva é baixo (3,7%), assim possui um prognóstico favorável<sup>13,14,16</sup>. No entanto, dependem da cooperação do paciente, além da necessidade de acompanhamento mais frequente<sup>17</sup>. Este artigo relata um caso clínico de cisto dentífero associado à coroa do dente 48 impactado em um paciente adulto do sexo masculino, onde foi abordada uma técnica cirúrgica de esvaziamento cístico por descompressão mediante o uso de tubo de polietileno.

## **METODOLOGIA**

Para o diagnóstico de cisto dentífero, a princípio utilizaram-se exames de imagem como radiografia periapical, panorâmica, tomografia computadorizada, bem como punção aspirativa e biópsia incisional, sendo os resultados fortemente sugestivos para esta lesão. O tratamento proposto ao paciente visando preservar estruturas nobres circunvizinhas foi a técnica de marsupialização/descompressão com tubo de polietileno (sonda uretral nº 20). Utilizou-se uma lamparina a álcool para aquecimento do tubo, de forma que este pudesse ser modelado, confeccionando assim uma aba para que sua extremidade externa pudesse ser mantida em contato com a cavidade bucal. Para que o tubo permanecesse estável foi fixado com fio de aço no dente vizinho. Após oito meses de espera, o tubo foi removido e no intervalo de uma semana realizou-se a exodontia do dente 48 seguida de curetagem do remanescente cístico. A peça cirúrgica foi colhida para novo exame histopatológico, que confirmou o diagnóstico de cisto dentífero.

## **RELATO DE CASO:**

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 34 anos, procedente de Montes Claros queixava-se de dor e pressão na mandíbula há três meses. O exame intra-oral revelou abaulamento e dor durante palpação na região lingual referente aos elementos 47 e 48, não havia expansão da cortical óssea vestibular. Ao exame extra-oral não se detectou nenhuma assimetria notória. Solicitou-se ao paciente uma radiografia panorâmica em que se pôde observar área circunscrita, radiolúcida, bem delimitada, com delgado halo esclerótico comprometendo a coroa do dente 48, raiz do dente 47 e 46. Para melhor avaliação e delimitação da lesão a tomografia computadorizada cone beam foi solicitada. Foram realizados cortes: panorâmico, orto radial, axial e sagital em que foi possível observar presença do dente 48 retido e imagem expansiva, hipodensa na região coronária que se projetava do rebordo alveolar até a base da mandíbula e para anterior se estendia até a raiz distal do dente 46. Outras hipóteses diagnósticas levadas em consideração, condizentes com os achados clínicos e os aspectos encontrados nos exames complementares foram ceratocisto odontogênico e ameloblastoma unicístico. A conduta inicial realizada foi punção, sendo esta positiva para líquido cístico. O tratamento proposto ao paciente, no intuito de evitar fratura da mandíbula, preservar o nervo alveolar inferior e a vitalidade dos demais dentes adjacentes foi a técnica de esvaziamento cístico com introdução do tubo de polietileno (sonda uretral nº 20) conjugada com a biópsia incisional. Foi feita uma biópsia incisional para avaliação histológica, os tecidos mostraram fragmentos de cápsulas císticas formadas por tecido conjuntivo fibroso denso, delimitado por

trabéculas ósseas lamelares compatíveis com cisto dentígero. A partir da tomografia computadorizada foi realizada a reconstrução em três dimensões da mandíbula, para melhor visualização e planejamento do tratamento cirúrgico a ser realizado. Após oito meses de tratamento o tubo foi removido e com intervalo de espera de uma semana realizou-se a exodontia do dente 48 seguida de curetagem do remanescente cístico. O material foi colhido para novo exame histopatológico, confirmando o diagnóstico de cisto dentígero. O paciente continua em proervação, o controle clínico e radiográfico recente revelou remodelação óssea com vitalidade dos dentes 47 e 46.

### CONCLUSÃO:

O cisto dentígero é considerado um cisto odontogênico de desenvolvimento, que se origina a partir da separação do folículo pericoronar, apresentando um espaço folicular medindo mais de 5mm. Radiograficamente observa-se uma lesão radiolúcida unilocular, embora aspectos multiloculares possam também ocorrer. A punção aspirativa da lesão deve ser feita, pois grandes lesões podem ser tumores odontogênicos, sendo a detecção de líquido no interior da lesão um grande indicativo de cisto. A forma de tratamento mais efetiva para cistos dentígeros envolvendo grandes áreas é a descompressão/marsupialização por meio de tubo, podendo também ser utilizadas para casos de cisto radicular, queratocisto e ameloblastoma unicístico.

No presente estudo de caso o tratamento proposto foi descompressão com tubo de polietileno com subsequente enucleação devido à sua capacidade de minimizar o tamanho da lesão cística e favorecer a neoformação óssea.

### REFERÊNCIAS:

- 1-PINTO, Antonione Santos Bezerra *et al.* Value of Magnetic Resonance Imaging for Diagnosis of Dentigerous Cyst. Case Reports In Dentistry, [s.l.], v. 2016, p.1-6, 2016. Hindawi Limited.
- 2-DANTAS, João Frank Carvalho *et al.* Cisto dentígero em seio maxilar: relato de dois casos. Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac, Camaragibe, v. 13, n. 1, p.41-46, mar. 2013.
- 3-BOZDOGAN, Elif *et al.* Conservative Management of a Large Dentigerous Cyst in a 6-year-old Girl: A Case Report. Journal Od Dentistry For Children, Istanbul, v. 3, n. 78, p.163-170, mar. 2010.
- 4-BHARDWAJ *et al.* mandibular dentigerous cyst in a 10-year-old child. mandibular dentigerous cyst in a 10-year-old child: international journal of clinical pediatric dentistry, rajasthan, v. 3, n. 9, p.281-284, set. 2016.
- 5-VAZ, Luiz Guilherme Matiazi *et al.* Cisto dentígero: características clínicas, radiográficas e critérios para o plano de tratamento. Rgo, Porto Alegre, v. 58, n. 1, p.127-130, mar. 2010.
- 6-SPINI, Dra. Roxana G. *et al.* Quiste dentígero. Reporte de un caso. Arch Argent Pediatr, Ciudad Autónoma de Buenos, v. 5, n. 114, p.338-342, mar. 2016.
- 7-CARVALHO, Irla Karlinne Ferreira de; LUNA, Anibal Henrique Barbosa. Spontaneous Eruption of Premolar Associated with a Dentigerous Cyst. Case Reports In Dentistry, [s.l.], v. 2016, p.1-5, 2016. Hindawi Limited.

8-DEMIRIZ, Levent; MISIR, Ahmetferhat; GORUR, Durmusilker. Dentigerous cyst in a young child. *European Journal Of Dentistry*, [s.l.], v. 9, n. 4, p.599-602, 2015. Medknow.

9-CARLI, Marina Lara de *et al.* Conservative surgical-orthodontic treatment of a young patient with a dentigerous cyst. *Rev. Odontol. Unesp, Araraquara*, v. 42, n. 5, p.217-222, out. 2013.

10-CALIENTO, Rubens; MANNARINO, Francesco Salvatore; HOCHULI-VIEIRA, Eduardo. Cisto dentígero: modalidades de tratamento. *Rev Odontol Unesp, Araraquara*, v. 42, n. 6, p.458-462, dez. 2013.

11-CARRERA, Manoela *et al.* Conservative treatment of the dentigerous cyst: report of two cases. *Braz J Oral Sci, Salvador*, v. 1, n. 12, p.52-56, fev. 2013.

12-JEON, Jae-yun *et al.* Bilateral dentigerous cysts that involve all four dental quadrants: a case report and literature review. *Journal Of The Korean Association Of Oral And Maxillofacial Surgeons*, [s.l.], v. 42, n. 2, p.123-126, 2016. The Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (KAMJE).

13-JUNG, Eun-joo; BAEK, Jin-a; LEEM, Dae-ho. Decompression Device Using a Stainless Steel Tube and Wire for Treatment of Odontogenic Cystic Lesions: A Technical Report. *Maxillofacial Plastic And Reconstructive Surgery*, [s.l.], v. 36, n. 6, p.308-310, 30 nov. 2014. Korean Association of Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgeons.

14-GAO, Ling *et al.* Decompression as a Treatment for Odontogenic Cystic Lesions of the Jaw. *Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery*, [s.l.], v. 72, n. 2, p.327-333, fev. 2014. Elsevier BV.

15-CARNEIRO, Ariana Gonçalves *et al.* Um ano de descompressão seguida de enucleação para tratamento de tumor odontogênico queratocístico: relato de caso. *Rfo, Passo Fundo*, v. 17, n. 2, p.212-217, ago. 2012.

16-LEE, Sun-tae *et al.* The effect of decompression as treatment of the cysts in the jaws: retrospective analysis. *Journal Of The Korean Association Of Oral And Maxillofacial Surgeons*, [s.l.], v. 43, n. 2, p.83-87, 2017. The Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (KAMJE).

17-TORRES-LAGARES, Daniel *et al.* Treatment of a Large Maxillary Cyst with Marsupialization, Decompression, Surgical Endodontic Therapy and Enucleation. *J Can Dent Assoc, Avicena*, v. 5, n. 77, p.87-93, jun. 2011.

## DICLOFENACO E CODEÍNA *VERSUS* DEXAMETASONA EM CIRURGIAS DE TERCEIROS MOLARES RETIDOS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Marina Rocha Fonseca Souza<sup>1</sup>; Thiago César Lima<sup>2</sup>; Ighor Andrade Fernandes<sup>3</sup>; Saulo Gabriel Moreira Falci<sup>4</sup>; Cássio Roberto Rocha dos Santos<sup>4</sup>; Marcos Luciano Pimenta Pinheiro<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Aluna de graduação em Odontologia – UFVJM, Diamantina, MG, Brasil

<sup>2</sup>Mestre em Clínica Odontológica – UFVJM, Diamantina, MG, Brasil

<sup>3</sup>Mestrando em Clínica Odontológica – UFVJM, Diamantina, MG, Brasil

<sup>4</sup>Professor do Departamento de Odontologia – UFVJM, Diamantina, MG, Brasil

<sup>5</sup>Professor Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde – UFVJM, Diamantina, MG, Brasil

Marina Rocha Fonseca Souza  
marinarfs@hotmail.com  
(31)996337183

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A remoção de terceiros molares inferiores retidos é uma operação invasiva que resulta em uma considerável resposta inflamatória pós-operatória<sup>1-3</sup>. Com o fim de amenizar tal situação, pode-se administrar medicamentos pré-operatórios, que irão diminuir o inchaço, a dor e o trismo, proporcionando ao paciente maior conforto pós-operatório<sup>4-6</sup>. Assim, foram avaliadas várias classes de fármacos quanto a sua ação preemptiva<sup>7-9</sup>. **OBJETIVOS:** Comparar o efeito preemptivo da associação de diclofenaco sódico 50mg com fosfato de codeína 50mg *versus* a dexametasona 8mg no controle da dor, edema e limitação da abertura bucal após a extração de terceiros molares retidos. **MÉTODOS:** Realizou-se um ensaio clínico randomizado, controlado, triplo cego e de boca dividida. Foram incluídos na pesquisa trinta terceiros molares inferiores de quinze pacientes saudáveis, com idade média de 22,8 anos ( $\pm 12,62$ ). Os pacientes receberam dose oral única de um dos fármacos uma hora antes de cada procedimento cirúrgico (dente do lado esquerdo ou direito). Os critérios de inclusão foram indicações ortodônticas para a extração bilateral de terceiros molares inferiores impactados e dificuldade cirúrgica semelhante entre os terceiros molares de ambos lados (Classe II, B) com base na classificação de Pell e Gregory<sup>10</sup>. Como critérios de exclusão foram considerados: utilização de um agente anti-inflamatório ou analgésico durante o estudo ou nos 15 dias anteriores ao início do mesmo pelos pacientes; hipersensibilidade às drogas ou outras substâncias empregadas no estudo; gravidez ou lactação e histórico de pericoronarite nos últimos 15 dias. Após a cirurgia, o edema foi aferido em 24, 48, 72 horas e 7 dias, sendo determinado por medidas lineares sobre o rosto; o trismo foi determinado pela abertura máxima de boca; a dor pós-operatória foi determinada pelo paciente através de uma escala visual analógica, em intervalos de 24 horas, dentro de um período total de 72 horas. A análise dos dados envolveu estatística descritiva, teste de Shapiro-Wilk, Wilcoxon, e teste T emparelhado ( $P < 0,05$ ). **RESULTADOS:** O edema foi significativamente menor no grupo controle (dexametasona), quando avaliado em 48 horas. A variável dor pós-operatória apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos somente no período de 48 horas, favorecendo a dexametasona. A dexametasona obteve

melhores resultados nas análises de dor ( $p = 0,016$ ) e edema ( $p = 0,08$ ) no período de 48 horas. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as drogas em relação ao trismo e ao número de analgésicos consumidos. **CONCLUSÃO:** A administração preventiva da dexametasona 8mg apresentou melhor controle da dor e edema após exodontias bilaterais de terceiros molares inferiores impactados.

**Palavras-chave:** Cirurgia de Terceiro Molar. Corticosteroide. Diclofenaco de Sódio. Codeína. Edema. Dor.

## **REFERÊNCIAS:**

- 1-Bamgbose BO, Akinwande JA, Adeyemo WL, et al. Effects of co-administered dexamethasone and diclofenac potassium on pain, swelling and trismus following third molar surgery. *Head Face*.2005;1:11.
- 2- Kim K, Brar P, Jakubowski J, et al. The use of corticosteroids and nonsteroidal antiinflammatory medication for the management of pain and inflammation after third molar surgery: a review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod*. 2009; 107:630-640.
- 3-Lopez Carriches C, Martinez Gonzalez JM, Donado Rodriguez M. The use of methylprednisolone versus diclofenac in the treatment of inflammation and trismus after surgical removal of lower third molars. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006; 11:E440-445.
- 4-Costa FW, Esses DF, de Barros Silva PG, et al. Does the Preemptive Use of Oral Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs Reduce Postoperative Pain in Surgical Removal of Third Molars? A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *Anesthesia Progress*. 2015; 62:57-63.
- 5- Alcântara CE, Falci SG, Oliveira-Ferreira F, et al. Pre-emptive effect of dexamethasone and methylprednisolone on pain, swelling, and trismus after third molar surgery: a split-mouth randomized triple-blind clinical trial. *Int J Oral MaxillofacSurg*. 2014; 43:93-98.
- 6.-Grape S, Tramer MR. Do we need preemptive analgesia for the treatment of postoperative pain? *Best Pract Res ClinAnaesthesiol*.2007; 21:51-63.
- 7-Holthusen H, Backhaus P, Boeminghaus F, et al. Preemptive analgesia: no relevant advantage of preoperative compared with postoperative intravenous administration of morphine, ketamine, and clonidine in patients undergoing transperitoneal tumor nephrectomy. *Reg Anesth Pain Med*.2002; 27:249-253.
- 8-Pozos AJ, Martinez R, Aguirre P, et al. Tramadol administered in a combination of routes for reducing pain after removal of an impacted mandibular third molar. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007; 65:1633-1639.
- 9.-Bellini P, Vecci F, Dotti A, et al. Preemptive analgesia after impacted third molar extraction. *J Craniomaxillofac Surg*.2008; 36:S74.
- 10-Pell GJ, Gregory GT. Report on a ten-year study of a tooth division technique for the removal of impacted teeth. *Am J Orthod Oral Surg*.1942; 28:B660-B666.

## FATORES QUE DIFICULTAM O ACERTO DAS TÉCNICAS ANESTÉSICAS INTRABUCAIS DO NERVO ALVEOLAR INFERIOR EM PACIENTES ADULTOS

Henrique Moisés Costa Pinto<sup>1</sup>; Yuri Nonato Santos<sup>1</sup>; José Cristiano Ramos Glória<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Graduando em odontologia – Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri

<sup>2</sup> Professor do departamento de Odontologia - Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri

Henrique Moisés Costa Pinto  
henrique.dtna@yahoo.com.br  
(38)988166276

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Conseguir uma boa anestesia é imperioso para realizar a maioria dos procedimentos odontológicos <sup>(1)</sup>. O bloqueio anestésico do nervo alveolar inferior é o mais usado em odontologia, porém, possui uma taxa elevada de falhas (15 a 25 %) <sup>(2)</sup>. **OBJETIVO:** Identificar as principais causas das falhas do bloqueio anestésico do nervo alveolar inferior (NAI) e sugerir condutas que minimizem as taxas de insucesso desse bloqueio anestésico. **MÉTODOS:** Por meio de uma seleção de artigos científicos nos bancos de dados PUBMED, BVS e SCIELO, realizou-se uma revisão de literatura a respeito do tema. Previamente pesquisados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e no MeSH (Medical SubjectHeadings), os descritores utilizados na busca foram: *Inferior alveolar nerveblockand dental anesthesiaandInferior alveolar nerve*, sendo os idiomas delimitados ao português, inglês e espanhol. Optou-se previamente por artigos publicados no intervalo de tempo de 20 anos. A partir desses critérios, foram incluídos 15 artigos. **RESULTADOS:** Verificou-se altas taxas de falhas associadas ao bloqueio do NAI, sendo as principais causas a falta de conhecimento da região pterigomandibular, da técnica anestésica e de variações anatômicas como alteração na posição do forame mandibular, bifurcação do canal mandibular ou do nervo alveolar inferior, presença de inervação e/ouforaminas acessórias na mandíbula <sup>(3)</sup>. A técnica convencional do bloqueio do NAI é a mais utilizada. Essa consiste na deposição da solução anestésica no espaço pterigomandibular, na altura do forame da mandíbula. Entretanto, a incidência de falhas associadas a ela é grande (15 a 25%). Sendo assim, a técnica de Gow-Gates mostrou-se como uma alternativa bastante eficaz para diminuir tais falhas, pois, o anestésico é depositado em torno do tronco do nervo mandibular. Com a abertura máxima da boca, é traçada uma linha imaginária da comissura labial para a borda inferior do tragus do mesmo lado a ser anestesiado, tendo como referência intrabucal, a cúspide mesiopalatina do segundo ou do terceiro molar, quando presentes. A agulha deverá ser introduzida a uma profundidade de 25 a 27 mm, até tocar o osso (fóvea pterigóidea) para a injeção do anestésico <sup>(4)</sup>. **CONCLUSÃO:** Diante do insucesso da anestesia do nervo alveolar inferior, deve-se ter bons critérios ao investigar a causa do fracasso e buscar alternativas que propiciarão o sucesso do bloqueio anestésico. Portanto, o profissional deve ter um conhecimento anatômico aprofundado da região a ser anestesiada e da técnica por ele escolhida, a qual deve ser simples, de fácil manejo e eficiente.

**Palavras-Chave:** Anatomia; Anestesia do nervo alveolar inferior; Espaço pterigomandibular; Gow-Gates; Técnica convencional.

**REFERÊNCIAS:**

1-Bolaños DC, Wong LR, Guillén AJP. Comprendiendo y combatiendo el fracaso anestésico en odontología. Revista ADM. 2015; 6(72):290-8.

2-Malamed SF. Técnicas de anestesia mandibular. Manual de Anestesia Local. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

3-Holliday R, Jackson L. Superior position of the mandibular foramen and the necessary alterations in the local anaesthetic technique: a case report. British Dental Journal. 2011; 5(210):207-11.

4-Nusstein JM, Reader AI, Drum M. Local Anesthesia Strategies for the Patient With a “Hot” Tooth. Dental Clinics Of North America. 2010; 54(2):237-47.

## REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A EFICÁCIA DA CRIOTERAPIA APÓS A REMOÇÃO DE TERCEIROS MOLARES

Ana Luísa Barroso de Paula<sup>1</sup>; Ighor Andrade Fernandes<sup>2</sup>, Anna Catharina Vieira Armond<sup>3</sup>, Saulo Gabriel Moreira Falci<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Graduanda em Odontologia - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

<sup>2</sup> Mestrando em Odontologia - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

<sup>3</sup> Mestre em Clínica Odontológica - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

<sup>4</sup> Professor do Departamento de Odontologia - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Ana Luísa Barroso de Paula,  
analuisabarroso.p@gmail.com,  
(38)98811-4124

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A terapia com frio (crioterapia) é um procedimento rotineiramente recomendado por cirurgiões dentistas após remoção dos terceiros molares <sup>(1,2)</sup>. Trata-se de um procedimento terapêutico baseado na aplicação local de gelo para reduzir a temperatura da pele e dos tecidos subcutâneos <sup>(3)</sup>. **OBJETIVO:** Comparar, através de uma abordagem baseada em evidências, se a crioterapia interfere nos parâmetros inflamatórios como dor, edema e trismo no pós-operatório de cirurgias de terceiros molares mandibulares. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foi realizada uma busca eletrônica, sem restrição de idioma, nas bases de dados OVID, PubMed, VHL, Science Direct, Cochrane Library e Web of Science, até dezembro de 2016. Os critérios de elegibilidade incluíram ensaios clínicos que avaliaram o efeito da crioterapia em pelo menos uma das variáveis: dor, edema e trismo. Dois revisores independentes examinaram a qualidade dos estudos, usando o manual da Cochrane para revisões sistemáticas de intervenções 5.0.1. **RESULTADOS:** A busca eletrônica resultou na identificação de 1080 estudos. Após a exclusão das duplicatas e estudos que não cumpriam os critérios de inclusão, um total de 11 estudos foram incluídos na análise qualitativa, e destes, 4 foram incluídos na meta-análise. Risco de viés alto foi encontrado na maioria dos estudos de acordo com a avaliação da qualidade dos mesmos. Os pacientes que receberam crioterapia tiveram menos edema do que os pacientes do grupo controle no segundo dia de acompanhamento; no entanto, no sétimo dia, ao avaliar os resultados, não houve diferença estatisticamente significativa (MD: -0.94; IC95% [-1.49; -0.39]). Os resultados da meta-análise para o trismo mostraram que no primeiro, segundo e sétimo dia de acompanhamento, não houve resultados estatisticamente significativos ao comparar o grupo experimental e o grupo controle (MD: 0.43; IC95% [-0.34; 1.20]). **DISCUSSÃO:** A terapia com frio é constantemente utilizada como atenção primária após exodontias de terceiros molares. Porém, evidências científicas ainda são limitadas para confirmar a real eficácia dessa terapia. A presente meta-análise confirma este fato em partes, uma vez que não foi possível realizar análises quantitativas sobre parâmetros de dor. **CONCLUSÃO:** A crioterapia pode amenizar o edema nos primeiros dias após a remoção de terceiros molares mandibulares. Em relação ao trismo, este procedimento terapêutico não apresentou eficácia. Não há dados disponíveis suficientes para analisar a eficácia desta terapia na redução da sintomatologia dolorosa pós-operatória. Assim, ensaios clínicos bem desenhados que avaliem o uso da crioterapia após cirurgias de terceiros molares ainda são necessários.

**Palavras-chave:** Trismo. Edema. Dor. Crioterapia. Terceiro molar. Terapia com frio.

**REFERÊNCIAS:**

- 1-Greenstein G. Therapeutic efficacy of cold therapy after intraoral surgical procedures: a literature review. *J Periodontol.* 2007;78:790-800.
- 2-Forouzanfar A, Sabelis A, Ausems S, et al. Effect of ice compression on pain after mandibular third molar surgery: a single-blind, randomized controlled trial. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008;37:824-30.
- 3.-Steinagel MC. Cryotherapy in sport injury management. *J Athl Train.* 1996; 31(3):277.

## PLASMA RICO EM FIBRINA E SUAS APLICAÇÕES EM CIRURGIA ORAL – “CASO CLÍNICO”

Teixeira, Keyla Eugênia da Cruz<sup>1</sup>; Gomes, Ana Carolina de Campos<sup>1</sup>; Durães, Sarah Ormindá Andrade; Silva, Laiza Michelle Soares Silva<sup>1</sup>; Alves<sup>1</sup>, Wislene Sarajane Moreira<sup>2</sup>; Costa, Antônio Lelis Rajão<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Graduada em Odontologia pela Universidade Estadual de Montes Claros

<sup>2</sup>Graduada em Enfermagem pela Faculdade Unida do Norte de Minas

<sup>3</sup>Professor da Universidade Estadual de Montes Claros

Keyla Eugênia da Cruz Teixeira,  
keylaeugenia@hotmail.com,  
(038) 99146-4852

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O plasma rico em fibrina (L-PRF) é um concentrado obtido através de mudanças nos processos de decantação do plasma, com elevada concentração de fibrina e fatores de crescimento, o que lhe confere propriedades homeostáticas, adesivas e cicatrizantes<sup>(1)</sup>. Pertence a mais nova geração de concentrados de plaquetas orientados para preparação simplificada sem a manipulação bioquímica do sangue<sup>(3)</sup>. Além disso, possui capacidade angiogênica, ou seja, ele aumenta a velocidade e a intensidade de vascularização tecidual aprimorando assim os resultados reconstrutivos obtidos, diminuindo o tempo e os sintomas do pós-operatório e inibindo consideravelmente a invasão de lesões por contaminantes patogênicos<sup>(1)</sup>. **OBJETIVO:** Realizar uma revisão de literatura sobre o uso do plasma rico em fibrina na regeneração óssea, e avaliar através de um caso clínico as principais características, vantagens e aplicações clínicas do Plasma Rico em Fibrina na odontologia, e descrever suas características e particularidades. **MÉTODO:** Foi realizado a coleta de sangue e o mesmo foi inserido em tubos e levado a centrífuga por 12 minutos com 2.700 rpm em uma velocidade de cerca de 300g. Obtendo-se assim um concentrado de fibrina e coágulo de hemácias o qual foi cuidadosamente separado e levado até a Box obtendo a membrana de L-PRF pronta para utilização. **RELATO DE CASO:** Paciente MMM apresentou-se a clínica de cirurgia III da UNIMONTES com necessidade de exodontia dos elementos 45 e 46. Após o preparo do paciente, foi realizado as exodontias dos elementos citados, no alvéolo do elemento 46 foi preenchido com a membrana L-PRF e em seguida realizado a sutura, enquanto o alvéolo do elemento 45 foi realizado apenas a sutura. Após 15 dias pôde-se perceber um ganho de tecido ósseo no sentido vestibulo-lingual e aumento da largura da gengiva inserida e após 60 dias verificou-se através de uma radiografia periapical o ganho de tecido ósseo na região do elemento 46 mais visível que o elemento 45 que não recebeu a L-PRF. **CONCLUSÃO:** A utilização L-PRF é uma alternativa viável de opção terapêutica para acelerar a cicatrização e a regeneração óssea. Ela é de fácil obtenção através de uma simples coleta de sangue autógeno, baixo custo e não utiliza aditivos. Entretanto, mais pesquisas são necessárias para desvendar o potencial biológico do L-PRF, assim como o melhor entendimento da sua composição para que obtenhamos melhores resultados clínicos.

**Palavra- Chave:** Plasma rico em fibrina. Plasma rico em plaquetas. Regeneração óssea. Cirurgia exodontia.

**REFERÊNCIAS:**

- 1-EHRENFEST,D. M. D., *et al.*, Guidelines for publication of articles related to platelet concentrates (Platelet - PRP, or platelet- PRF): The international classification of the POSEIDO. Poseido journal, 2013.
- 2- CAMARGO, F. F., Efeito do plasma em plaquetas e da fibrina rica em plaquetas na cicatrização de feridas cutâneas em ratos, Porto Alegre, 2013.
- 3- VASCOCELOS, L. W., Utilização de PRP e PRF na odontologia. Disponível em: [www.inpn.com.br/Materia/noticia/\\_848](http://www.inpn.com.br/Materia/noticia/_848) acesso em: 30 de abril de 2014.
- 4- SIMONPIERI, A., *et al.*, Current knowledge and perspectives for the use of platelet- rich plasma (PRP) and platelet- fibrin (PRF) in oral and maxilo facial sugery part 2: Graft, implant and reconstructives sugery, p 1231- 1256, 2012.
- 5- CASSI, M. P., Plasma rico em plaquetas (PRP) gel de plaquetas (GP) autólogas. Disponível em: <[plasmaricoemplaquetas.com.br](http://plasmaricoemplaquetas.com.br)> Acesso em: 30 de abril de 2014.
- 6- ALVES, O.A., *et al.*, Efeito do palsma rico em plaquetas e da fibrina rica em plaquetas na cicatrização de feridas cutânea em ratos. XII Salão de Iniciação Científica- PUCRS, 03 a 07 de outubro de 2011.
- 7- GEETA, I. B., *et al.*, Anatural Meliorate: Revolutionary tissue Engineering in Endodontics. Journal of Clinical e diagnostic Research: 2013, nov, vol.-7(11). 2644- 2646.
- 8- YILMAZ, D., *et al.*, Effet of platelet rich fibrina and bela tricolcium phosphate on bone healing. A histological study in pigs. 2012.
- 9-DANTAS, J. C. S. , Uso do plasma rico em fibrina (L-PRF) associado a RTG e ROG: Bases Biológicas e Aplicações Clínicas. Disponível em: <[novete.com.br/comin/cadastro\\_de\\_curso/uso\\_de\\_plasma\\_rico\\_em\\_fibrina](http://novete.com.br/comin/cadastro_de_curso/uso_de_plasma_rico_em_fibrina)> Acesso em: 30 de abril de 2014.

## PRESENÇA DE TERCEIRO MOLAR SEMI-ERUPCIONADO E CÁRIE NA DISTAL DOS SEGUNDOS MOLARES: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE

Ludymilla Fernanda de Oliveira e Guimarães<sup>1</sup>; José Cristiano Ramos Glória<sup>2</sup>; Glaciele Maria de Souza<sup>3</sup>; Saulo Gabriel Moreira Falci<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Universitária, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

<sup>2</sup> Doutorando, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

<sup>3</sup> Mestrando em Clínica odontológica, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

<sup>4</sup> Professor Titular, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

<sup>5</sup> Professor Adjunto, Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil

Ludymilla Fernanda de Oliveira e Guimarães,  
ludy\_guimaraes@hotmail.com,  
+553199127-4842

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A remoção cirúrgica de terceiros molares mandibulares (TMMs) é um dos procedimentos mais comuns na cirurgia oral e maxilofacial <sup>(1)</sup>. No passado, a presença de um dente incluído ou afetado sem patologias associadas levava à sua extração. Os cirurgiões orais e maxilofaciais chamam este procedimento de remoção profilática de terceiros molares <sup>(2)</sup>. Atualmente, a remoção profilática de TMMs foi desencorajada <sup>(3,4)</sup>. Esta perspectiva mudou devido à possibilidade de complicações pós-operatórias <sup>(5)</sup>. No entanto, ainda não está claro se essa contraindicação é pertinente ao considerar a associação entre a existência de TMMs e a presença de cáries distais nos segundos molares mandibulares (SMMs). A prevalência de cáries na superfície distal dos SMMs, associada a um TMMs semi-erupcionado, pode variar de 7 a 32% <sup>(6,7)</sup>. Estudos desta condição relataram que a angulação do TMM poderia favorecer a presença de cáries na superfície distal do SMM <sup>(6,8,9,10)</sup>. Além da angulação, o gênero e o período de exposição do TMM na boca podem estar correlacionados com uma alta prevalência <sup>(8)</sup>. Assim, é importante usar uma abordagem baseada em evidências que estabeleça quais variáveis aumentam a prevalência de cáries na superfície distal dos SMM, na presença de TMM, justificando assim a remoção profilática deles. **OBJETIVO:** Determinar através de evidência científica quais características dos terceiros molares mandibulares (TMMs) são mais frequentemente associadas a um aumento na prevalência/incidência de cáries na superfície distal dos segundos molares mandibulares (SMMs). **Métodos:** Esta revisão sistemática foi registrada na base de dados PROSPERO, um registro prospectivo internacional de revisões sistemáticas (National Institute for Health Research, Reino Unido, protocolo: CRD42015029916). Inicialmente, uma busca sistemática foi realizada em três bases de dados eletrônicas: PubMed; OVID e a Biblioteca Virtual em Saúde. Estudos observacionais incluídos tiveram a avaliação do risco de viés utilizando a Escala de Newcastle-Ottawa. Para a condução da meta-análise, utilizou-se o programa de software *Comprehensive Meta-Analysis*. **RESULTADOS:** Os resultados deste estudo sugerem que a presença de TMMs aumenta a incidência de cáries na superfície distal dos SMMs. Além disso, a cárie na superfície distal dos

SMMs é mais comumente associada à posição A(Pell & Gregory) e aos molares mandibulares horizontais e mesioangulares. **DISCUSSÃO:** Além do status de erupção de TMMs, a classificação de angulação (horizontal, vertical, mesioangular, distoangular) parece ser a variável mais influente em relação à prevalência de cáries na superfície distal dos SMMs<sup>(8,11-13)</sup>. Com base nos resultados da meta-análise, bem como dos estudos encontrados na literatura, parece que os dentes horizontais e mesioangulares são fatores de risco para o aparecimento de cáries na superfície distal dos SMMs. **CONCLUSÃO:** A presença de TMMs aumenta a incidência de cáries na superfície distal dos SMMs, sendo esta mais comumente associada à posição A e aos molares mandibulares horizontais e mesioangulados.

**Palavras-chave:** Terceiro molar. Cárie dental. Cirurgia oral. Dente impactado.

## REFERÊNCIAS:

- 1-Coulthard P, Bailey E, Esposito M, Furness S, Renton TF, Worthington HV (2014) Surgical techniques for the removal of mandibular wisdom teeth. *Cochrane Database Syst Rev* 29:CD004345.
- 2-Shepherd JP, Brickley M (1994) Surgical removal of third molars. *BMJ* 10:620–621.
- 3-Mettes TD, Ghaemini H, Nienhuijs ME, Perry J, van der Sanden WJ, Plasschaert A (2012) Surgical removal versus retention for the management of asymptomatic impacted wisdom teeth. *Cochrane Database Syst Rev* 13:CD003879.
- 4-Mettes TG, Nienhuijs ME, van der Sanden WJ, Verdonschot EH, Plasschaert AJ (2005) Interventions for treating asymptomatic impacted wisdom teeth in adolescents and adults. *Cochrane Database Syst Rev* 18(CD00387):9.
- 5-Lee CT, Zhang S, Leung YY, Li SK, Tsang CC, Chu CH (2015) Patients' satisfaction and prevalence of complications on surgical extraction of third molar. *Patient Prefer Adherence* 10:257–263.
- 6-Chang SW, Shin SY, Kum KY, Hong J (2009) Correlation study between distal caries in the mandibular second molar and the eruption status of the mandibular third molar in the Korean population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 108:838–843 .
- 7-Van der Linden W, Cleaton-Jones P, Lownie M (1995) Diseases and lesions associated with third molars. Review of 1001 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 79:142–145.
- 8-Falci SG, de Castro CR, Santos RC, de Souza Lima LD, Ramos- Jorge ML, Botelho AM et al (2012) Association between the presence of partially erupted mandibular third molar and the existence of caries in the distal of the second molars. *Int J Oral Maxillofac Surg* 41:1270–1274.
- 9-Ozec, I, Hergüner Siso S, Tasdemir U, Ezirganli S, Göktolga G (2009) Prevalence and factors affecting the formation of second molar distal caries in a Turkish population. *Int J Oral Maxillofac Surg* 38:1279–1282.

10-McArdle LW, Renton TF (2006) Distal cervical caries in the mandibular second molar: an indication for the prophylactic removal of the third molar? *Br J Oral Maxillofac Surg* 44:42–45.

11- Kang F, Huang C, Sah MK, Jiang B (2016) Effect of eruption status of the mandibular third molar on distal caries in the adjacent second molar. *J Oral Maxillofac Surg* 74:684–692

12.-Polat HB, Ozan F, Kara I, Ozdemir H, Ay S (2008) Prevalence of commonly found pathoses associated with mandibular impacted third molars based on panoramic radiographs in Turkish population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 105:e41–e47

13-Silva HO, Pinto ASB, Pinto MSC, Rego MRS, Gois JF, de Araujo TLC et al (2015) Dental caries on distal surface of mandibular second molar. *Braz Dent Sci.* 18:51–59.

## SÍNDROME DE PAPILLON-LÈFEVRE: RELATO DE CASO

Ana Carolina Fraga Fernandes<sup>1</sup>, Bruna Pedral Sampaio de Souza Dantas<sup>3</sup>, Larissa Oliveira Ramos Silva<sup>2</sup>, Mariana Machado Mendes de Carvalho<sup>3</sup>, Paloma Hein Quintas<sup>3</sup>, Roberto Almeida de Azevedo<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Cirurgiã-dentista formada pela UNIME - Lauro de Freitas.

<sup>2</sup> Cirurgiã-dentista formada pela UFBA.

<sup>3</sup> Residente em CTBMF HSA – Salvador BA.

<sup>4</sup> Doutor em Radiologia – UFBA / UFPB.

Ana Carolina Fraga Fernandes,  
carolfraga\_gbi@hotmail.com,  
(77)999920786.

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Papillon-Lèfevre é uma síndrome rara, de caráter autossômico recessivo<sup>(1,2,3,4,5)</sup>, a qual apresenta manifestações dermatológicas e nos tecidos periodontais<sup>(2,3,4,5)</sup>. Sua etiologia é desconhecida, porém cerca de 1/3 dos casos estão relacionados com consanguinidade<sup>(1,2,5)</sup> e faz diagnóstico diferencial com a síndrome de Haim-Munk<sup>(1,3,5)</sup>. A principal manifestação oral é a periodontite agressiva<sup>(1,2,4,5)</sup> assim que os dentes erupcionam, levando a uma perda rápida da inserção e do suporte ósseo causando a aparência radiográfica de dentes flutuantes em tecido mole<sup>(5)</sup>. Este fenômeno é aparentemente desencadeado por defeitos na função dos neutrófilos e múltiplos mecanismos imunomediados<sup>(2)</sup>. A ceratose palmoplantar transgressiva e difusa é a principal manifestação dermatológica<sup>(1,2,3,4,5)</sup>, com lesões como placas e manchas brancas, amarelo-claras, castanhas ou vermelhas que desenvolvem crostas, fendas ou fissuras profundas. O tratamento que tem mostrado melhor resultado para lesões em pele é a administração de retinoides, porém apresentam muitas reações adversas<sup>(1)</sup>. A fim de evitar essas reações, em casos mais brandos, utiliza-se lubrificantes tópicos, agentes ceratóticos<sup>(1)</sup>, corticoides ou antibióticos<sup>(3)</sup>. Em manifestações orais o tratamento envolve a utilização de antibióticos e terapia periodontal intensa, mas com distintas aplicabilidades<sup>(1,2,5)</sup>. **OBJETIVO:** O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico do diagnóstico de um paciente portador de síndrome de Papillon-Lèfevre. **MÉTODO:** Foi realizada coleta de dados durante exame clínico e radiográfico, e relacionados com registros da síndrome de Papillon-Lèfevre para auxiliar no diagnóstico. **RELATO DE CASO:** Paciente, M.O., 12 anos, sexo masculino, procurou o serviço de CTBMF através de sua genitora, queixando-se de sensação dolorosa intensa e sangramento nas gengivas. Ao exame clínico pode-se constatar a presença de gengiva hiperemiada e de sangramento ao toque e mobilidade dentária importante. Foram solicitados exames hematológicos e radiografias periapicais. No retorno, os exames de sangue se mostraram normais e os exames radiográficos demonstraram perda óssea generalizada em todos os quadrantes, nesse momento foi observada a presença de queratose palmo plantar confirmando o diagnóstico de síndrome de Papillon Lèfevre e o paciente foi esclarecido sobre a doença e encaminhado para o periodontista. **CONCLUSÃO:** Podemos concluir que por ser uma doença rara os estudos a respeito da sua etiologia e seu tratamento ainda são restritos, porém com um diagnóstico precoce o prognóstico positivo é favorecido, levando a uma otimização do tratamento.

**Palavra-chave:** Síndrome de Papillón-Lefèvre. Ceratose Palmoplantar. Doença Periodontal.

**REFERÊNCIAS:**

- 1-Cordoda JI, *et al.* Síndrome de Papillon Lefèvre. Colegio Mexicano de Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica. Vol. 8, Núm. 6 • Noviembre-Diciembre 1999, pp 170-173.
- 2-Carrillo SR, *et al.* Síndrome de Papillon-Lefèvre: reporte de un caso clínico. Universitas Odontológica, vol. 30, núm. 64, enero-junio, 2011, pp. 89-92; Bogotá, Colombia.
- 3-Iqtadar S, Mumtaz SU, Abaidullah S. Papillon-Lefèvre syndrome with palmoplantar keratoderma and periodontitis, a rare cause of pyrexia of unknown origin: a case report. Journal Of Medical Case Reports, [s.l.], v. 9, n. 1, p.1-3, dez. 2015. Springer Nature.
- 4-Alsarheed M, Al-Sehaibany F. Combined orthodontic and periodontic treatment in a child with Papillon Lefèvre syndrome. Saudi Medical Journal, [s.l.], v. 36, n. 8, p.987-992, 1 ago. 2015. Saudi Medical Journal.
- 5-Hamon Y, *et al.* Analysis of urinary cathepsin C for diagnosing Papillon-Lefèvre syndrome. Febs Journal, [s.l.], v. 283, n. 3, p.498-509, 4 jan. 2016. Wiley-Blackwell.

## TRATAMENTO CIRÚRGICO NA FIBROMATOSE GENGIVAL HEREDITÁRIA

Samuel Trezena <sup>1</sup>; Gabriela Medeiros Cruz <sup>1</sup>; Sabina Pena Borges Pêgo, <sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

<sup>2</sup>Doutora em Ciências da Saúde/Professora de ensino superior na Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

Samuel Trezena Costa,  
samueltrezena@gmail.com,  
(38)9.9174-9401

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A fibromatose gengival hereditária (FGH) é uma condição rara, caracterizada pelo aumento generalizado do tecido gengival fibroso após início da erupção dentária, podendo ou não estar associada a síndromes. Apresenta etiologia genética e, devido sua manifestação clínica causar alterações funcionais, estéticas e psicológicas, excisões cirúrgicas periódicas são indicadas. Classicamente, são realizadas gengivectomia e gengivoplastia, sendo a recidiva um evento esperado. **METODOLOGIA:** Realização de gengivoplastia e gengivectomia nos dentes 11, 12, 21 e 22. **RELATO DE CASO:** A paciente A.J.A.S.L, 10 anos, sexo feminino, feoderma, foi levada à clínica de Estomatologia da Unimontes, com queixa de crescimento gengival excessivo após erupção dos primeiros dentes permanentes. Durante a anamnese, foi constatado que a mãe da criança portava condição semelhante. Foi realizada gengivectomia com gengivoplastia nos dentes 11 e 21 e, três meses após, nos dentes 12 e 22. **CONCLUSÃO:** Mesmo com recidivas frequentes, a gengivectomia com gengivoplastia é o único tratamento para a FGH. No presente caso, os procedimentos cirúrgicos obtiveram ótimos resultados, com ganhos estéticos, funcionais e psicológicos importantes para a paciente.

**Palavras-Chave:** Fibromatose gengival. Alteração genética. Gengivectomia.

### INTRODUÇÃO:

A fibromatose gengival hereditária (FGH) (OMIM #135300) é uma condição benigna extremamente rara, afetando 1:750.000 nativos e transmitida predominantemente como traço autossômico dominante<sup>(1,2)</sup>. É caracterizada pelo aumento excessivo e generalizado do tecido gengival fibroso maxilar e mandibular, ocorrendo após início da erupção dentária, preferencialmente na dentição permanente<sup>(1,2)</sup>. Não apresenta predileção por sexo e pode estar ou não associada a síndromes<sup>(3,4)</sup>. As manifestações da FGH podem ser observadas comumente em diversas síndromes, tais como Síndrome de Zimmerman-laband, Síndrome de Rutherford, Síndrome de Murray Puretic Dreshers e na Síndrome da amelogenese imperfeita e nefrocalcinose<sup>(5,6)</sup>. Quanto a sua etiologia, ainda não está bem esclarecida, mas sabe-se que está relacionada às alterações genéticas nos *loci* GINGF, GINGF2, GINGF3 e no gene SOS1, dentre outros<sup>(4,7)</sup>. Faz diagnóstico diferencial com outras hiperplasias gengivais induzidas pelo uso de fármacos como a fenitoína, a ciclosporina e a nifedipina<sup>(8,3)</sup>, bem como com outras neoplasias benignas e malignas<sup>(9)</sup>. Ao exame anatomopatológico, a FGH apresenta epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado

hiperplásico, projetando longas, delgadas e profundas cristas epiteliais para o tecido conjuntivo subjacente que possui feixes de fibras colágenas densas, numerosas e permeados por fibroblastos, vasos sanguíneos e ocasionalmente infiltrado inflamatório discreto<sup>(10,9)</sup>. A manifestação clínica da FGH pode levar a alterações na condição bucal, como retenção prolongada da dentição decídua, deslocamento dentário, dificuldade de erupção dos dentes permanentes, dificuldade na mastigação e na fala. Outro fator importante é a influência estética, uma vez que o tecido gengival hiperplásico pode envolver toda a coroa dos dentes acometidos, influenciando nas questões sociais e psicológicas dos indivíduos que manifestam tal condição<sup>(4,10)</sup>. O tratamento para a FGH é paliativo, através de cirurgia de gengivectomia e gengivoplastia, uma vez que a recorrência é esperada em alguns meses ou anos<sup>(9,2)</sup>.

### **METODOLOGIA:**

Foram realizadas cirurgias de gengivectomia com gengivoplastia nos dentes 11, 12, 21 e 22 e prescrito dipirona sódica 500 mg como analgésico pós-operatório, além de bochechos com digluconato de clorexidina 0,12 %, três vezes ao dia, durante sete dias.

### **RELATO DE CASO:**

A paciente A.J.A.S.L, sexo feminino, 10 anos de idade, feoderma, foi trazida ao serviço de Estomatologia das clínicas odontológicas da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, pela sua avó, a qual relatou que a gengiva de sua neta estava aumentada. Durante anamnese, a acompanhante responsável relatou que após o início da erupção dentária, a mucosa gengival da paciente começou a crescer e com isso os dentes demoraram a erupcionar. Também foi relatado que a mãe da paciente apresenta a mesma condição, diferentemente do pai e dos tios maternos. Não há história de casamentos consanguíneos na família. Clinicamente, foi observado crescimento gengival generalizado na arcada superior e inferior. Como na região anterior superior a gengiva recobria completamente as coroas dentárias, havia dificuldade de selamento labial, bem como relato de dor ao mastigar alimentos mais consistentes e dificuldade para higienização bucal. Foram realizadas radiografias periapicais da região anterior, superior e inferior, e marcado retorno para execução de cirurgia. Cirurgia de gengivectomia e gengivoplastia foi realizada nos dentes 11 e 21 e, devido à idade da paciente, optou-se pela realização da cirurgia em pequenos seguimentos da arcada. Foi prescrito dipirona sódica 500 mg, de 06 em 06 horas, bem como bochecho com solução de digluconato de clorexidina 0,12% por 7 dias juntamente com orientações pós-operatórias. Após três meses da primeira cirurgia, a criança voltou ao serviço para realização do procedimento cirúrgico nos dentes 12 e 22, sendo prescritos os mesmos medicamentos e cuidados pós-cirúrgicos.



Imagem 1 - Crescimento gengival generalizado superior e inferior.



Imagem 2 – Cirurgia de gengivoplastia nos dentes 11 e 21.



Imagem 3 – Avaliação cirúrgica após três meses.



Imagem 4 e 5 – Cirurgia de gingivoplastia nos dentes 12 e 22.

### CONCLUSÃO:

A FGH é uma condição genéticacaracterizada crescimento gengival generalizado, podendo apresentar-se como manifestação isolada ou associada a síndromes. Seu tratamento consiste na remoção cirúrgica do tecido aumentado, como mostrado no presente caso. Apesar de a recidiva ser frequente e esperada, a excisão cirúrgica é o único e melhor tratamento, devido aos ganhos, funcionais, estéticos e psicossociais.

### REFERÊNCIAS:

- 1-Sruthima NVSG, Dwarakanath CD, Suneeta K, Ramesh KSV, Guatami SP, Satyanarayana B. Hereditary gingival fibromatosis – a rare autosomal dominant disorder. J Biomed Pharm research. 2017; 6 (2): 155-159.
- 2-Coletta RD, Graner E. Hereditarygingivalfibromatosis: a systematicreview. J Periodontol. 2006; (5): 753-764.
- 3-Ricardo JH, Álvarez AL, Gutiérrez MV. Fibromatosisgingival hereditária: reporte de caso em um niño. RevEspCir Oral Maxilofac. 2014; 36 (1): 38-41.
- 4-Aghili H, Moghadam MG. Hereditary gingival fibromatosis: a review and a report of a rare case. Case reports in dentistry. 2013; 3 (1): p. 4.
- 5-Pêgo SPB, Coletta RD, Dumitriu S, Lancu D, Albanyan S, Kleta R, et al. Enamel-renal syndrome in 2 patients with a mutation in FAM20 A and atypical hypertrichosis and hearing loss phenotypes. Oral Sur Oral Med Oral Pat Oral Radio. 2017; 123 (2): 229-234.
- 6-Martelli-Júnior H, Santos Neto PE, Aquino SN, Santos CC, Borges SP, Oliveira EA, et al. Amelogenesis imperfecta and nephrocalcinosis syndrome: a case report and review literature. Nephron Physiol. 2011; 118 (3): 62-65.
- 7-Hwang J, Kim Y-L, Kang S, Kim S, Kim S-O, Lee JH, et al. Genetic Analysis of hereditary gingival fibromatosis using whole exome sequencing and bioinformatics. Oral Diseases. 2017; 23 (1): 102-109.

8-Pastor PJA, Vera PJB, Illueca FMA, Pizarro MC. Hereditary gingival fibromatosis: Characteristics and treatment approach. *J ClinExp Dent.* 2017; 9 (4): 599-602.

9-Gawron K, Bartyzel KL, Potempa J, Gajewska MC. Gingival fibromatosis: clinical, molecular and therapeutic issues. *Orphanet J of Rare Diseases.* 2016; 11 (9): p.14.

10-Bailwad SA, Patil N, Nuvulla S, Kumar S, Kotian R, Reedy PKK. Hereditary gingival fibromatosis in a 7-year-old girl: a case report. *Asian J Pharm Clin Res.* 2017; 10 (3): p.2.

## UM CASO RARO DE CISTO ÓSSEO SIMPLES BILATERAL E A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Yuri Nonato Santos<sup>1</sup>; Ighor Andrade Fernandes<sup>2</sup>; Késsia Nara Andrade Sales<sup>3</sup>; Lorena Vieira da Silva<sup>3</sup>; Cássio Roberto Rocha dos Santos<sup>4</sup>; Saulo Gabriel Moreira Falci<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Graduando em Odontologia - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

<sup>2</sup>Mestrando em Odontologia – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

<sup>3</sup>Cirurgiã dentista

<sup>4</sup>Professor do departamento de Odontologia – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Yuri Nonato Santos  
yurinonato1995@hotmail.com  
(33)987130520

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O cisto ósseo simples (COS) é classificado como uma lesão intraóssea, de origem não-odontogênica e etiologia ainda controversa, embora existam teorias amplamente aceitas na literatura científica como a de hemorragia intramedular<sup>(1)</sup>. Os locais mais comuns de ocorrência são os ossos longos. Somente 10% dos casos ocorrem em região de mandíbula<sup>(2)</sup>. Embora receba esse nome, o COS não é uma lesão cística verdadeira, pois a cavidade óssea não possui revestimento epitelial na grande maioria dos casos<sup>(3)</sup>. Geralmente é assintomático e pode ser identificado em exames radiográficos rotineiros. O COS também pode receber a denominação de cavidade óssea idiopática, cisto ósseo traumático ou cisto ósseo hemorrágico<sup>(4)</sup>. **OBJETIVOS:** Relatar um caso raro de cisto ósseo simples bilateral mandibular, o qual apresenta características radiográficas divergentes, e apontar a importância do diagnóstico diferencial. **RELATO DE CASO:** Paciente de 16 anos, sexo masculino, foi encaminhado por seu dentista para análise de duas lesões radiolúcidas presentes em mandíbula, segundo radiografia panorâmica. As hipóteses diagnósticas estabelecidas foram ameloblastoma ou tumor odontogênico queratocístico no lado esquerdo e cisto odontogênico no lado direito. No lado esquerdo, realizou-se punção aspirativa com resultado negativo para líquido e sangue. No momento em que se procedeu ao acesso cirúrgico, notou-se uma cavidade óssea vazia compatível com cisto ósseo simples. Assim, foi confirmado o diagnóstico e procedeu-se então a curetagem das paredes ósseas da cavidade. O lado direito foi investigado somente depois de quatro meses. De forma inusitada, encontrou-se durante o acesso cirúrgico, uma nova cavidade vazia, semelhante ao lado esquerdo e, assim como realizado na lesão contralateral, procedeu-se à curetagem da cavidade encontrada. Seis meses após a primeira biópsia, a radiografia panorâmica evidenciou completa formação óssea em ambos os lados. O paciente está sob acompanhamento radiográfico por três anos e não apresentou nenhuma forma de recidiva. **CONCLUSÃO:** O cisto ósseo simples bilateral é uma condição rara e há possibilidade de apresentar diferentes características radiográficas. O diagnóstico diferencial é primordial, já que o COS não possui características clínicas e radiográficas exclusivas. Sendo assim, o mesmo deve ser confirmado no momento da cirurgia. As características radiográficas auxiliam na construção do diagnóstico, entretanto, não podem ser tomadas como decisivas para a sua definição. A exploração cirúrgica precisa ser realizada logo após o diagnóstico radiográfico para que haja constatação precisa do caso.

**Palavras-chave:** Cistos ósseos. Mandibular. Curetagem. Cirurgia bucal.

**REFERÊNCIAS:**

- 1-Falci SGM, Sales KNA, Silva LV, et al. A rare case of bilateral mandibular simple bone cyst and the importance of differential diagnosis. *Rev OdontoCienc.* 2016;31(3):149-52.
- 2-Harnet JC, Lombardi T, Klewansky P, et al. Solitary bone cyst of the jaws: a review of the etiopathogenic hypotheses. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008;66:2345-8.
- 3-Mupparapu M, Milles M, Singer SR, et al. Rare, simultaneous, multiple, and recurrent mandibular bone cysts. *Quintessence Int.* 2008;39:331-6.
- 4-Cortell-Ballester I, Figueiredo R, Berini-Aytés L, et al. Traumatic bone cyst: A retrospective study of 21 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009;14:239-43.