

**TL 173- FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR: RELATO DE CASO**

**GALVAN, F. M. \*; HOSNI, E.S; MARTINEZ,S.L; SELIG Jr., J.A; POST, L.K.**  
E-mail: letipel@hotmail.com

Os freios podem ser classificados em: labiais superior e inferior, e lingual. Os freios labiais superiores com inserção baixa, muitas vezes, são responsáveis pela formação de diastemas, reabsorções ósseas na linha média, lábio duplo, recessão gengival e podem interferir no sucesso do tratamento ortodôntico. Nestas situações fica indicada a intervenção cirúrgica. A frenectomia (remoção total do freio) e a reinserção do freio (deslocamento superior) são as técnicas de eleição nestes casos, sendo necessário, normalmente, além destas, a desinserção do cordão fibroso situado entre os incisivos centrais e que pode se estender até a papila incisiva palatina, uma vez que estas são responsáveis pela recidiva do diastema após remoção do aparelho ortodôntico. Este trabalho tem por objetivo relatar um caso de frenectomia labial superior, em paciente do gênero feminino, 15 anos de idade, leucoderma, que foi encaminhado por ortodontista para remoção do freio labial superior com inserção baixa. A indicação cirúrgica teve o intuito de prevenir a recidiva do diastema anterior e alterar o posicionamento do lábio superior, de forma a permitir movimentos labiais com consequente melhora estética. A técnica cirúrgica utilizada foi a do pinçamento único, associada a desinserção das fibras, na região de linha média. O acompanhamento será mantido além do término do tratamento ortodôntico, para constatar o efetivo sucesso do procedimento. Salienta-se a importância do conhecimento das diversas técnicas cirúrgicas, pois muitas vezes é necessário associá-las para melhor resultado estético-funcional.

**TL 175- Interação entre o diabete melito e alterações estomatológicas. Revisão da Literatura.**

**AMARAL, F.B. \*; SILVEIRA, H. E. D. – E-mail: fbamaral@tutopia.com.br**

O diabete melito (DM) é uma doença caracterizada por defeitos na ação e/ou secreção da insulina que levam ao surgimento de hiperglicemia. A elevação crônica da glicose no sangue tem relação direta com disfunção e dano nos olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos. Adicionalmente, a presença do DM associa-se com o desenvolvimento de patologias orais e interfere no seu tratamento. Mundialmente, segundo a última estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano 2000, existem 177 milhões de indivíduos acometidos e a prevalência do DM vem crescendo, e tende a aumentar a pelo menos 300 milhões de pessoas no ano 2025. O diabete melito é classificado conforme a Associação Americana de Diabete (ADA) em 4 grupos: tipo 1, tipo 2, gestacional e outros tipos específicos. As manifestações orais do diabete são a dificuldade de cicatrização, redução do fluxo salivar, neuropatia diabética atingindo o nervo trigêmeo, cárie dental, doença periodontal e candidíase oral. Tendo em vista todas essas informações, o paciente diabético deve ser abordado pelo cirurgião-dentista como um paciente especial. O domínio dessas informações poderá ser o diferencial tanto no diagnóstico quanto no tratamento do paciente.

**TL 177- DIAGNÓSTICO DE CISTO PARADENTAL - ABORDAGEM DE SEUS DIVERSOS ASPECTOS NA REVISÃO DE LITERATURA**

**MARTINEZ, L.S.\*; POST, L.K.; XAVIER, J.H.; ZAMBRANO, C.B.B.; E-mail: luzandrasmartinez@yahoo.com.br**

O cisto paradental, de natureza inflamatória, ocorre na face distal, vestibular e, raramente, mesial de um terceiro molar parcialmente irrompido. Na maioria dos casos está associada com episódios de pericoronarite. ACKERMANN et al (1987), CEBALLOS et al (2000). Esta entidade foi inicialmente descrita por MAIN (1970), como cisto inflamatório colateral porém, em 1976, CRAIG o descreveu como cisto paradental. Após vários anos de divergências entre os autores, em relação à nomenclatura, etiologia, localização e classificação desta lesão, foi emitida pela O.M.S. em 1992, a última classificação da região Buco-Maxilo-Facial, introduzindo-o como cisto odontogênico inflamatório. Isto posto, suas características histológicas são idênticas aos outros cistos inflamatórios (como o cisto radicular, por exemplo) e, até o momento, sua patogênese não está bem definida. Este trabalho é uma revisão de literatura abordando seus diversos aspectos supra citados. Enfatiza-se a importância do encaminhamento do material obtido na cirurgia: elemento dentário e seu suposto saco pericoronário apenso ao dente nos casos de terceiros molares inferiores, para o exame microscópico. Portanto a somatória dos aspectos clínicos, radiográficos e microscópicos próprios deste cisto, associado à sua etiologia, proporcionam maior precisão para um correto diagnóstico. Características semelhantes a outras lesões, podem levar a erros de diagnóstico e tratamento, interferindo na verdadeira prevalência desta entidade patológica. Por estas razões, há necessidade de intensificar as pesquisas a seu respeito.

**TL 174- QUERUBISMO; TRATAMENTO RADICAL OU CONSERVADOR?**

**PEDUZZI, C. B.\*; SCARTON, F.; PATIAS, T.B.; LEMES, C.H.J.; E-mail: ceciliapeduzzi@bol.com.br**

O Querubismo é uma patologia diagnosticada na infância, por volta dos cinco anos de idade. O paciente apresenta a face arredondada, causada por uma displasia óssea bilateral da maxila e da mandíbula, mas principalmente os ângulos mandibulares, conferindo ao portador o aspecto dos "querubins renascentistas". A tumefação é progressiva, indolor e simétrica, sendo que a grande maioria dos casos envolve somente a mandíbula. Foi descrito a primeira vez por Jones em 1933. O querubismo é uma doença rara, considerada hereditária, herdada como um gene autossômico dominante, com 100% de penetração nos homens e 50 a 75% nas mulheres, segundo estudo de Anderson e Mc Clendon. A dentição decídua pode esfoliar prematuramente, ao redor dos três anos de idade, enquanto que a permanente pode estar ausente ou mal formada. Não há manifestações sistêmicas associadas, os pacientes apresentam desenvolvimento normal, tanto físico como mental. O aspecto radiográfico é de áreas radiolúcidas multiloculares bem delimitadas, com expansão da cortical e os dentes não erupcionados são com frequência deslocados, parecendo flutuar em espaço cistóide. O principal objetivo desse trabalho é alertar que esta patologia não deve ser tratada cirurgicamente e nem com radioterapia, pois apesar de ser bastante ativa na infância a tendência é estabilizar e até mesmo regredir na puberdade, ocorrendo a remodelação após a idade de crescimento ósseo.

**TL 176- PROTOCOLO CLÍNICO E CIRÚRGICO PARA COLOCAÇÃO DE IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS.**

**FRANCO, D.M\*., TEIXEIRA, B.S., FOGAÇA, A.C.M., BERGOLI, R.D., FONSECA, A.A.R. E-mail: biba\_soares@ig.com.br**

Por entender que a implantodontia deve ser uma realidade na formação acadêmica da Faculdade de Odontologia de Pelotas, o Centro de Cirurgia e Estudos em Implantes apresenta este trabalho demonstrando sua rotina, inserida dentro de um protocolo clínico cirúrgico, o qual julgamos essencial para uma melhor previsibilidade de resultados. Esse trabalho disserta sobre as etapas pré, trans e pós-operatórias, enfatizando a importância do planejamento do ato cirúrgico, através de uma anamnese direcionada para o implante, exames complementares, e por imagem que revela a oportunidade ou inoportunidade cirúrgica. Torna-se indispensável abordar o ato cirúrgico em si, incluindo nessa fase trans-operatória a técnica anestésica, tipo de incisão, verificação da qualidade do leito ósseo, culminando com a colocação do implante. Por último, e não menos importante descrever a conduta pós-cirúrgica direcionando-a para o acompanhamento clínico radiográfico e colocação subsequente da prótese sobre implante. Entende-se, dessa forma, ser de extrema importância para o sucesso da cirurgia de implante inserir o paciente dentro de um protocolo, que se inicia na primeira consulta e que não se finda no momento da colocação do implante. Saber avaliar informações coletadas na etapa pré-operatória constitui fator favorável para o sucesso da osseointegração.

**TL 178- TRAUMA FACIAL CAUSADO POR ACIDENTE COM ARMA DE FOGO RELATO DE CASO**

**SANTOS, M.E.S.M.\*; MARTINS, C.A.M.; TORRES, B.C.A. marconimaci@bol.com.br**

Acidentes com armas de fogo são extremamente comuns nas regiões de Agreste e Sertão pernambucano principalmente pelo fato de ainda existir hábitos de caça, utilização de armas caseiras e artesanais bem como cuidados com segurança totalmente negligenciados. É nesse contexto que vamos abordar nesse trabalho um caso clínico onde um paciente de 22 anos de idade foi vítima de um acidente com arma de fogo artesanal em que uma peça do frágil instrumento foi refugada contra sua face causando uma fratura complexa de zigomático do lado direito com perda de substância e alojamento de corpo estranho. Como tratamento primário, foi realizado a remoção do corpo estranho e limpeza cirúrgica sob anestesia geral. Do ponto de vista terapêutico, as fraturas dos ossos faciais causadas por armas de fogo possuem um tratamento secundário a base de enxertos ósseos e fixação com placas de titânio sem compressão.