

TL 133- CUIDADOS NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO EM PACIENTE COM COMPROMETIMENTO PULMONAR

ZAMBRANO, C.B.B.; CORREA, L.I.P.*; MARTINEZ, L.S.; XAVIER, C.B.
E-mail: lipc@planetsul.com.br

Entre as doenças obstrutivas crônicas o enfisema caracteriza-se pela obstrução das vias aéreas secundárias e alterações do parênquima pulmonar (ROBBINS,1986). A maior incidência desta patologia é em indivíduos da raça branca e do sexo masculino, possivelmente por fatores genéticos, afetando os alvéolos pulmonares onde ocorrem as trocas gasosas. Pacientes com comprometimento pulmonar demandam maiores cuidados no pré, trans e pós operatório de qualquer cirurgia (PETERSON,2000). Este trabalho aborda estes cuidados em paciente do sexo masculino, 27 anos, encaminhado ao departamento de CTBMF para a remoção dos elementos 38 e 48 semiretidos que apresentavam pericoronarite. Após o tratamento local e sistêmico da pericoronarite, procedeu-se, inicialmente, a cirurgia do 48. Durante a anamnese foi relatado pelo paciente que há cinco anos havia sido submetido a uma cirurgia para remoção de 3/4 do pulmão direito, devido a enfisema pulmonar. Sabendo-se da importância da antibióticoterapia profilática e terapêutica nestes casos para evitar a instalação de infecção, prescreveu-se 2mg de amoxicilina 1 hora antes do procedimento e complementou-se com 500 mg a cada 8 horas por 7 dias. Evitou-se a utilização de benzodiazepínicos de rotina por causar depressão respiratória. Foi realizada técnica cirúrgica padrão para 3º molares inferiores retidos. Os pacientes portadores de deficiência respiratória devem ser avaliados em relação as drogas que deverão ser utilizadas, sob pena de termos sérias intercorrências no trans operatório, seqüelas no pós operatório e até o óbito do paciente.

TL 135- TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA 3º MOLAR INFERIOR RETIDO.

AZAMBUJA, T.W.; BERCINI, F.; PEREIRA, I.A.*; PEREIRA, M.A.; - E-mail: igorarriada@hotmail.com

Dente retido é aquele que não consegue irromper, dentro do tempo esperado, até a sua posição normal na arcada. De um modo geral, as retenções dentárias de terceiros molares inferiores são tratadas cirurgicamente de forma radical. A técnica cirúrgica indicada para sua remoção depende da posição em que o dente se encontra na mandíbula além de sua angulação em relação ao 2º molar adjacente. Um planejamento criterioso deve estar baseado em exame clínico e radiográfico e incluir instruções pré-operatórias e pós-operatórias. Apresentaremos um caso clínico cirúrgico radical para remoção de 3º molar inferior retido horizontalmente (Winter), classe II e posição A (Pell e Gregory). Foram feitas anestésias regionais, incisão em "L" aberto e após descolamento do retalho muco-periosteio procedeu-se a osteotomia vestibular e odontosseção perpendicular ao longo cixo do dente, avulsão da porção coronária e por fim da porção radicular, remoção do folículo pericoronário, cuidados com a cavidade operatória e sutura a pontos isolados.

TL 137- PERDA DA CONSCIÊNCIA NO CONSULTÓRIO. O QUE FAZER?

ROSSI, M; FONSECA, M.S*; COUTINHO, T.O. e-mail: m3012@bol.com.br

Acidentes Emergenciais Podem Ocorrer Em Qualquer Lugar, Inclusive Na Clínica Odontológica, Exigindo Um Preparo Adequado Do Cirurgião-Dentista, Sendo Que Este É Um Profissional Da Saúde E Precisa Estar Preparado Para Agir Nessas Situações. Analisando Esses Quadros, Notamos Que A Alteração Ou Perda Da Consciência É A Emergência Que Mais Ocorre Nos Consultórios. Esta Prevalência Pode Ser Explicada Não Somente Pela Sensação De Medo Presente Em Muitas Pessoas Ao Se Depararem Com A Cadeira Odontológica, Mas Também Frente A Doenças Sistêmicas E Demais Quadros Que Abordamos, Como Hipotensão Ortostática E Diversos Tipos De Sincope. O Presente Trabalho Visa A Orientar O Futuro Cirurgião-Dentista A Reconhecer O Quadro De Uma Perda De Consciência, E Principalmente Sua Etiologia E Como Proceder Nestes Casos, Tendo Como Objetivo Restabelecer O Bem-Estar Do Paciente. A Escolha Do Tema Deu-Se Por Notarmos O Despreparo Que O Aluno De Odontologia Sente Ao Deparar-Se Com Situações Que, Na Maioria Das Vezes, É De Fácil Recuperação. Neste Trabalho Não Poderemos Analisar Ou Descrever Minuciosamente Cada Quadro Como Este Merecia Pela Sua Importância. O Que Queremos É Conscientizar O Aluno, O Profissional De Odontologia Que É Necessário Estarem Preparados E Motiva-los Para Que Busquem Mais Informações E Saibam O Que Fazer Em Qualquer Emergência Em Seu Consultório.

TL 134- REMOÇÃO DE 3^{OS} E 4^{OS} MOLARES COM RETENÇÃO BILATERAL EM MAXILA E MANDÍBULA.

BORBA JUNIOR, H.*; GALLI, G.B.; HOSNI, E.S.; POST, L.K.
elainhosni@terra.com.br

Os dentes que com maior frequência apresentam-se retidos são os 3^{os} molares inferiores seguidos pelos 3^{os} molares superiores, caninos superiores, pré-molares inferiores, supranumerários e outros. Relata-se a cirurgia para remoção de 3^{os} e 4^{os} molares com retenção bilateral em ambos os maxilares, por motivos ortodônticos, em paciente do gênero feminino com 17 anos de idade. Numa primeira etapa fez-se a remoção dos 3^{os} e 4^{os} MSE seguido dos 3^{os} e 4^{os} MIE. Após 15 dias realizou-se cirurgia dos 3^{os} e 4^{os} MSD e 3^{os} e 4^{os} MID. Os passos técnicos das duas etapas, consistiram de anti-sepsia intra e extra-oral, anestesia de bloqueio regional pós-tuberosidade e palatino maior, incisão mucoperiosteal para terceiros molares superiores, divulsão do retalho, ostectomia com cinzel reto sob pressão manual, na oclusal e vestibular dos retidos, aplicação de alavanca Seldin reta na mesial dos dentes, avulsão do 3^o MS e depois o 4^o MS, limpeza da loja, manobra de Valsalva e sutura. Anestesia pterigomandibular, incisão de Winter, divulsão mucoperiosteal, ostectomia sobre oclusal dos retidos, com broca esférica 6 e canaleta vestibular e distal com broca Zecrya, com alta rotação, sob irrigação constante. Aplicação de alavanca Seldin reta na mesial dos dentes, avulsão do 4^o MI e do 3^o MI, cuidados com a loja e sutura. Prescrição de analgésico e antiinflamatório. Após 7 dias os pontos foram removidos. Controle clínico e radiográfico foi feito após 5 meses, verificando-se o reparo alveolar. Concluindo-se que o procedimento apresenta grau de dificuldade similar a remoção cirúrgica de 3^{os} molares retidos.

TL 136- ANTIINFLAMATÓRIOS NA REMOÇÃO DE DENTES RETIDOS-LEVANTAMENTO DAS CONDUTAS PRATICADAS POR PROFISSIONAIS DE ODONTOLOGIA.

LEMES, B. J.; LEMES, C. H. J.; MARTINEZ, L. S.; XAVIER, J. H.* - e-mail: jhxavier@pop.com.br

Após qualquer procedimento cirúrgico ocorre formação de edema em nível dos tecidos, embora, muitas vezes, não sejam clinicamente perceptíveis, sendo assim, em cirurgia buco-maxilo-facial é de grande importância a atuação terapêutica na intensidade da resposta inflamatória, especialmente tentando reduzir as manifestações do edema, da perda funcional e da dor. Com o intuito de conhecer como é utilizada a prescrição de antiinflamatórios para remoção cirúrgica de dentes retidos, enfatize a 3^o molares inferiores, um questionário que abordou o tema foi enviado aos professores das disciplinas cirúrgicas das Faculdades de Odontologia do Rio Grande do Sul e para Cirurgiões-Dentistas, clínicos e especialistas, da cidade de Pelotas, totalizando uma amostra de 64 questionários. A análise dos dados obtidos nos mostra que as mais variadas formas de administração dos antiinflamatórios estão sendo prescritas com o intuito de prevenir ou reverter um processo inflamatório pré-existente, permitindo observar-se que não há um padrão de prescrição, o que resulta em uma grande controvérsia entre os profissionais quando abordado o assunto.

TL 138- RELATO DE ACOMPANHAMENTO RADIOGRÁFICO DE UM CASO DE REIMPLANTE DENTÁRIO.

HOSNI, E.S.; RAMPAZZO, P.*; SANTOS, L.S. - E-mail lushlee@bol.com.br

A avulsão dentária é a completa exarticulação do dente do seu alvéolo e seu tratamento é o replante. Neste trabalho é apresentado o acompanhamento radiográfico do replante do dente 12 (rizogênese completa), com avulsão ocorrida durante brincadeira de luta, em paciente masculino com 12 anos. Na avulsão o dente foi contaminado com terra, permanecendo em meio seco por 1 hora, sendo após colocado em leite pasteurizado por 12 horas. O paciente foi então atendido pelo CD que realizou curetagem e irrigação do alvéolo, raspagem radicular, reidratação do dente em soro fisiológico e esplintagem rígida, ancorada nos dentes adjacentes. Após dez dias constatou-se, radiograficamente, leve aumento do espaço do ligamento periodontal, na distal do terço apical. Clinicamente o aspecto permanecia normal, o teste térmico era negativo e não havia dor espontânea e à percussão. Vinte dias após o replante observou-se início de reabsorção na distal do terço apical do 12, realizou-se pulpectomia e preenchimento do canal com Otosporin que permaneceu por 15 dias, quando foi substituído por hidróxido de cálcio e Otosporin. Passados 65 dias do replante iniciaram-se trocas mensais do curativo de hidróxido de cálcio. Aos 90 dias removeu-se a esplintagem, fez-se a troca do curativo que passou a ser bimestral. Com 8 meses de replante observou-se radiograficamente anquilose, esperada para o caso, confirmada no teste de percussão. Realizou-se a endodontia definitiva. Clinicamente o aspecto é de normalidade e radiograficamente permanece estável.