

**P 013- ECTOPIA DO 1º MOLAR SUPERIOR PERMANENTE UMA ALTERNATIVA DE TRATAMENTO**

ARAUJO, V.P. \*; RIZZATTO, S.D.; MENEZES, L.M. [nessaajuara@zipmail.com.br](mailto:nessaajuara@zipmail.com.br)

Um dos distúrbios do desenvolvimento dentário é a erupção ectópica que acomete com frequência o 1º molar permanente provocando a interrupção da erupção e conseqüente reabsorção atípica da raiz do 2º molar decíduo. Aproximadamente 3% da população apresenta ectopia do 1º molar permanente, sendo que a maior frequência ocorre no arco dentário superior. Estatísticas demonstram que existe um aumento na incidência em 20% nos pacientes portadores de fissura de lábio e palato. Uma combinação de fatores etiológicos como o aumento da largura do 1º molar permanente, comprimento maxilar reduzido, posição posterior da maxila em relação à base do crânio e ângulo de erupção atípico têm sido descritos na literatura como possíveis causas da impacção. Em 66% dos casos há uma autocorreção decorrente do crescimento, por volta dos 7 anos de idade, levando a uma erupção normal, que é classificada como ectopia reversível. Entretanto, se o 1º molar permanente permanece em contato com a superfície distal do 2º molar decíduo e não erupciona numa posição normal, caracterizará uma ectopia irreversível necessitando intervenção. Nos casos em que há perda tecidual extensa do 2º molar decíduo poderá haver a necessidade de extração deste dente, e em conseqüência pode ocorrer uma rotação mesial do molar permanente, problemas periodontais, disfunção e perda de espaço para o 2º premolar. Este trabalho tem como objetivo, através da descrição de um caso clínico, propor uma alternativa conservadora para o tratamento da ectopia do 1º molar superior permanente preservando o 2º molar decíduo

**P 015- RECUPERAÇÃO DE ESPAÇO NA ARCADEA DENTÁRIA ATRAVÉS DO APARELHO TIPO SELA FENDIDA**

FARRET, M. M.; JURACH, E. M.; SANTOS, L. B. [lilibrise@zipmail.com.br](mailto:lilibrise@zipmail.com.br)

A perda precoce dos dentes decíduos é um fator negativo no desenvolvimento da dentição permanente, uma vez que pode provocar redução do perímetro da arcadea dentária e a conseqüente falta de espaço para o irrompimento dos dentes sucessores. O objetivo deste trabalho é apresentar dois casos de recuperação de espaço por perda precoce do dente decíduo com aparelho tipo sela fendida modificado (FARRET) enfatizando as vantagens e restrições do mesmo. Foram selecionados dois casos de perda precoce de dente decíduo na fase da dentição mista: um, na arcadea superior, e outro, na arcadea inferior. Em ambos os casos contou-se, através da análise da dentição mista, a redução do perímetro da arcadea dentária. A sela fendida preconizada inicialmente por Moyers (1991), e modificada por Farret, usada nestes pacientes apresentou uma recuperação de espaço de 1,5 mm por mês, tanto no arco superior quanto inferior. Os achados clínicos deste trabalho concordam com o trabalho de Farret et al. (1997), contrariando a opinião de Moyers que preconiza o aparelho sela fendida somente para arco superior. Apesar de não haver relato de autores sobre a transformação do aparelho recuperador de espaço em mantenedor, constatamos que isso é possível com a adição de acrílico no espaço onde a sela foi ativada. Com base em nossos resultados, podemos afirmar que o uso deste aparelho permite uma rápida recuperação de espaço em curto período de tempo; permite movimento de translação; há rápida colaboração e aceitação do paciente devido ao uso simplificado da placa e sua estabilidade; permite a manutenção do espaço recuperado

**P 017- TUMOR ODONTOGÊNICO ESCAMOSO: RELATO DE CASO COM RECIDIVA E ACOMPANHAMENTO DE 12 ANOS.**

OLIVEIRA\*, M.G.; SANT'ANA FILHO, M.; CARRARD, V.; DANESI, C.C. [manuel@ufrgs.br](mailto:manuel@ufrgs.br)

Paciente R.A.O., masculino, branco, 28 anos, aumento de volume assintomático na região de 1.º e 2.º molar inferior esquerdo, evolução de 3 anos, relatando biópsia há 1 ano sem diagnóstico conclusivo. O exame radiográfico revelou lesão radiolúcida unilocular com limites indefinidos. Foi realizada biópsia parcial e a histopatologia mostrou proliferação de epitélio odontogênico organizando-se em ilhas com característica escamosa e células da periferia baixas, concluindo o diagnóstico de Tumor Odontogênico Escamoso. Realizou-se a enucleação da lesão e após 11 meses, o exame radiográfico de controle mostrou área radiolúcida multilocular, sugerindo recidiva. Fez-se, então, uma ressecção em bloco e colocação de placa metálica. Foram realizados controles anuais, não constatando-se alteração apesar de mostrar uma área radiolúcida na base da mandíbula. Paciente foi mantido em controle radiográfico anual e após 8 anos a imagem não se alterou e foi considerada [um caso de sucesso](mailto:chimgangot@hotmail.com).  
OS, O.F.: [chimgangot@hotmail.com](mailto:chimgangot@hotmail.com)

A hiperplasia inflamatória caracteriza-se por proliferação do tecido epitelial ocasionada pela irritação crônica. A literatura relata que existe potencial de transformação maligna do tecido epitelial quando exposto a esta agressão por períodos prolongados. O objetivo deste estudo é avaliar a presença de características microscópicas de displasia epitelial nos casos de hiperplasias inflamatórias provocadas por prótese registradas e diagnosticadas no laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Foram examinados 21 casos, de um total de 127 hiperplasias inflamatórias registradas entre os anos de 2000 e 2002, localizadas em rebordo alveolar. As lâminas foram avaliadas por um examinador previamente calibrado de acordo com os critérios de displasia epitelial descritos pela OMS (k= 0,63). Foram avaliados 5 campos microscópicos escolhidos em área sem inflamação sobreposta (3 campos em 400x e 2 campos em 100x). Considerou-se como displásico o caso que apresentasse 3 ou mais características microscópicas de displasia em qualquer dos cinco campos examinados, independentemente de encontrarem-se associadas ou isoladas. A reprodutibilidade do examinador foi considerada satisfatória (k=0,72). Os resultados mostraram ausência de características displásicas no epitélio das hiperplasias inflamatórias, concluiu-se portanto que no âmbito deste estudo, não existe associação entre o trauma e a presença de displasia epitelial em hiperplasias inflamatórias provocadas por prótese.

**P 014- REABILITAÇÃO BUCAL EM PACIENTES ESPECIAIS: RELATO DE CASO**

CAMARGO, C.K.; WEBER, B.B.J;

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de reabilitação bucal com próteses removíveis superior e inferior em um paciente odontopediátrico com necessidades especiais. Paciente, 5 anos de idade, sexo feminino, apresenta ausência precoce dos dentes incisivos centrais e laterais superiores decíduos e caninos, incisivos centrais e laterais inferiores decíduos. Na História médica foi relatado hipofosfatemia e realização da cirurgia craniostenose. A reabilitação bucal foi feita com aparelhos removíveis superior e inferior com dentes artificiais de acrílico e confecção de grampos tipo Adams nos primeiros molares decíduos em ambas as arcadas e grampos tipo Kennedy nos caninos superiores decíduos. Além disso, trata-se de um paciente de difícil manejo. A reabilitação bucal em odontopediatria é de fundamental importância para o restabelecimento da estética, função mastigatória e fonação do paciente.

**P 016- RESPIRAÇÃO BUCAL E SUA RELAÇÃO CRANIOMAXILOFACIAL**

MUNDSTOCK, C., A.; TONELOTTO, P., R.\* [patonelotto@yahoo.com.br](mailto:patonelotto@yahoo.com.br)

A respiração bucal é resultado da obstrução da via aérea nasal. No respirador bucal os lábios estão entreabertos e fazem ocasionalmente contato ou separam-se mais com os movimentos respiratórios. Existem evidências que a relação da mandíbula com o complexo craniomaxilar é influenciado em parte, pela função de seus músculos elevadores. Um fator atuante nesses músculos é a posição de repouso, que pode ser influenciada pelo modo de respiração do paciente. Sendo a obstrução nasal seguida pelo abaixamento mandibular a fim de estabilizar a via aérea bucal, o modo de respiração seria um fator na estabilização da posição postural da mandíbula e a esta posição um determinante na direção do crescimento mandibular. A obstrução da via aérea superior necessita de mudanças na língua, nos lábios e na postura mandibular. Essas alterações em tecidos moles podem induzir mudanças na morfologia craniofacial e a maloclusão, inclusive retroinclinação de incisivos, mordida cruzada posterior, mordida aberta, palato estreito e profundo e aumento na altura da face. O presente trabalho objetiva através de caso clínico da disciplina de Ortodontia da UFRGS caracterizar um respirador bucal de acordo com a literatura citada.

**P 018- PRESENÇA DE ALTERAÇÕES DISPLÁSICAS (OMS) NO EPITÉLIO DE HIPERPLASIAS INFLAMATÓRIAS.**

CARVALHO, T.P.\*; BADAUY, C.M.; BARBACHAN, J.J.D.; RADOS, P.V.; SANT'ANA FILHO, M.; QUADROS, O.F.; [chimgangot@hotmail.com](mailto:chimgangot@hotmail.com)

A hiperplasia inflamatória caracteriza-se por proliferação do tecido epitelial ocasionada pela irritação crônica. A literatura relata que existe potencial de transformação maligna do tecido epitelial quando exposto a esta agressão por períodos prolongados. O objetivo deste estudo é avaliar a presença de características microscópicas de displasia epitelial nos casos de hiperplasias inflamatórias provocadas por prótese registradas e diagnosticadas no laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Foram examinados 21 casos, de um total de 127 hiperplasias inflamatórias registradas entre os anos de 2000 e 2002, localizadas em rebordo alveolar. As lâminas foram avaliadas por um examinador previamente calibrado de acordo com os critérios de displasia epitelial descritos pela OMS (k= 0,63). Foram avaliados 5 campos microscópicos escolhidos em área sem inflamação sobreposta (3 campos em 400x e 2 campos em 100x). Considerou-se como displásico o caso que apresentasse 3 ou mais características microscópicas de displasia em qualquer dos cinco campos examinados, independentemente de encontrarem-se associadas ou isoladas. A reprodutibilidade do examinador foi considerada satisfatória (k=0,72). Os resultados mostraram ausência de características displásicas no epitélio das hiperplasias inflamatórias, concluiu-se portanto que no âmbito deste estudo, não existe associação entre o trauma e a presença de displasia epitelial em hiperplasias inflamatórias provocadas por prótese.