



**Faculdades Nova
Esperança**
De olho no futuro



CURSO DE GRADUAÇÃO DE ODONTOLOGIA

Autorizada pelo MEC: Portaria nº 106 de 05 de abril de 2016.

Publicada no Diário Oficial da União (DOU) 06 de abril de 2016. Pg. 25 Seção 1.

II MOSTRA DE TUTORIA DE ODONTOLOGIA 2017.1

12 a 16 de maio de 2017

MARIA DO SOCORRO GADELHA NÓBREGA
Coordenadora do Evento

João Pessoa/Pb
2017

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

**ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR
PRESIDENTE DA ENTIDADE MANTENEDORA DAS FACULDADES**

Prof.^a. Kátia Maria Santiago Silveira

VICE-PRESIDENTE DA ENTIDADE MANTENEDORA DAS FACULDADES

Adm. Eitel Santiago Silveira

DIRETORA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE

Prof.^a. Kátia Maria Santiago Silveira

COORDENADORA DO EVENTO

Prof.^a. Maria do Socorro Gadelha Nóbrega

COMISSÃO ORGANIZADORA

Juliana Machado Amorim

Maria do Socorro Gadelha Nóbrega

Maria Leonília de Albuquerque Machado Amorim

COMISSÃO CIENTÍFICA DO EVENTO

Carolina Uchôa Guerra Barbosa De Lima

Maria Do Socorro Gadelha Nóbrega

Mônica Maria Da Silva Falcão

Rafaella Bastos Leite Cavalcanti

Raline Mendonça Dos Anjos

Suellen Maria Pinto De Menezes Silva Viana

Tânia Regina Ferreira Cavalcanti

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

Estamos trazendo a divulgação dos trabalhos apresentados na II Mostra de Tutoria de Odontologia 2017.¹ Este evento constituiu-se um espaço privilegiado para a troca de informações e experiências na área Odontológica, em muito contribuindo para a formação acadêmica dos discentes.

O conteúdo dos resumos é exclusivamente de responsabilidade dos autores.

João Pessoa, 01 de agosto de 2017

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

PÔSTER DIALOGADO

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA: DESENVOLVIDA PELO USO DE PRÓTESES

GRAZIELE RIBEIRO DE ARAUJO¹; HERRISON FÉLIX VALERIANO DA SILVA¹; MARIA EDINETE DANTAS DE OLIVEIRA¹; RAIANNY MARIA DA NÓBREGA ALVES¹; RODRIGO PARAGUAI LIMA¹; MÔNICA MARIA DA SILVA FALCÃO².

A hiperplasia fibrosa inflamatória é uma lesão no tecido conjuntivo, geralmente causada por um trauma crônico de baixa intensidade. Um dos principais motivos dessa inflamação é decorrente do uso de prótese total ou parcial. Existem também outras causas, menos frequentes, elementos dentários fraturados, restos de raízes, higiene bucal inadequada, restaurações mal adaptadas e lesões cariosas. A hiperplasia tem uma maior prevalência em mulheres, devido ao fato das mulheres procurarem mais os dentistas, para o uso de prótese, em relação aos homens, outro fato é que as mulheres vivem mais que os homens, chegando à velhice, aonde fazem o uso de próteses, afins estéticos, algumas mudanças na pós-menopausa e deficiências hormonais tornam a mucosa oral, mais suscetível a hiperplasia. Essa lesão pode aparecer em qualquer área da região oral, porem e mais comumente encontrada na região anterior da maxila e mandíbula e na região de fundo de sulco vestibular, e mais comum em indivíduos leucodermas em comparação com os xantodermas. Devido à má adaptação da prótese, ou o uso prolongado dela, o paciente pode sofrer uma lesão de baixa intensidade e vir a desenvolver hiperplasia. Em muitos casos, a HFI, ocasionada por uso inadequado de próteses, pode estar associada a infecções. Geralmente o tratamento consiste em uma remoção cirúrgica do tecido lesionado, porém existem outras formas de tratamentos como o laser, microabrasão, ou a crioterapia. Nos casos de remoção cirúrgica o material retirado deve sempre ser enviado ao exame histopatológico, para confirmar o diagnóstico, devido à hiperplasia ter uma ampla opção de diagnóstico, diferenciado com lesões do tipo lipofibroma, neurofibroma, tumores de glândulas salivares menores, lesão de glândulas salivares, dentre outras. Em casos de remoção cirúrgica os casos de recidiva são baixos, deve-se também ter cuidado na confecção de uma nova prótese, e serem dadas, todas as orientações ao paciente sobre como manter uma boa higiene bucal.

DESCRITORES: Hiperplasia fibrosa. Patologia bucal. Prótese dentaria.

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

MÍASE ORAL: BICHEIRA E VERMES NA CAVIDADE ORAL

ANA PAULA DE OLIVEIRA SOARES¹; TALLES WELTON FLORENTINO ARAÚJO¹; TATIANA VALÉRIA FLORENTINO ARAÚJO¹; MÔNICA MARIA FALCÃO DANTAS².

Míase é uma doença provocada por moscas que podem depositar seus ovos em um tecido sadio (Míase primária), como também pode depositá-los em tecidos machucados e feridas abertas (Míase secundária) e estes ovos se transformam em larvas que irão se alimentar de todo o tecido que encontrarem pela frente, incluindo nervos, ossos e dentes. A Míase primária é causada pelas lavas das seguintes moscas: *Dermatobia hominis*, a mosca varejeira; *Callitroga americana*; A larva invade o tecido sadio e nele se desenvolve, essa infestação é também conhecida por berne. A Míase secundária é causada pelas larvas da mosca pertencente a seguinte espécie: *Cochilomyia hominivorax*; A mosca coloca seus ovos em ulcerações na pele ou mucosas e as larvas se desenvolvem nos produtos de necrose tecidual. Essa doença pode atingir qualquer pessoa, mesmo estando saudável, porém pacientes com necessidades especiais (idosos, pacientes com mal de Alzheimer e pacientes com deficiência mental), tendem a ser um alvo mais fácil, devido a sua falta de percepção com a realidade e a falta de sensibilidade. Assim precisam ficar atentos com sua má higiene bucal, pois as lesões e odores acabam atraindo as moscas e sendo atingidos por estes problemas. O diagnóstico dessa lesão é sempre clínico e o tratamento é feito pelo cirurgião dentista fazendo a remoção mecânica das larvas, com irrigação com soro fisiológico e Iodofórmio. O uso de anestesia é recomendado em casos de pacientes com problemas mentais e, quando as larvas se encontrarem profundamente nos tecidos, muitas vezes comunicando-se com estruturas anatômicas importantes, como o seio maxilar as fossas nasais. As manifestações clínicas da doença não são específicas e variam de acordo com a região do corpo envolvida. O tratamento consiste na remoção mecânica das larvas, porém para os casos mais severos o uso sistêmico de ivermectina tem sido recomendado. Sobre a prevenção: os familiares e cuidadores devem ser orientados quanto a higiene bucal do paciente.

DESCRITORES: Míase. Cavidade bucal. Doença de Alzheimer.

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

LÍQUEN PLANO ORAL: DOENÇA DERMATOLÓGICA QUE ACOMETE A MUCOSA BUCAL

AMANDA DA SILVA CAMARGO¹; ANANIAS CARVALHO COIMBRA MAIA¹; EDILSON DONATO MOREIRA JUNIOR¹; FERNANDA MARIA MÁXIMO DE ARAÚJO¹; MARIA LUÍSA GOMES DE MEDEIROS BATISTA¹; RAFAELLA BASTOS LEITE CAVALCANTI²

INTRODUÇÃO: O líquen plano oral (LPO) é uma doença mucocutânea crônica de caráter inflamatório, etiologia desconhecida e natureza autoimune mediada por um mecanismo imunopatológico em que ocorre uma agregação de linfócitos T frente às células basais do epitélio da mucosa oral. Em relação às suas características clínicas, apresentam-se como lesões brancas bilaterais ocasionalmente associadas à úlcera. O diagnóstico do LPO é estabelecido através das características clínicas, e algumas vezes associado ao exame histopatológico, principalmente, para excluir a presença de displasias epiteliais ou mesmo indícios de malignidade. O LPO apresenta-se reticular, papular, em placa, erosivo, atrófico e bolhoso, apresentando os maiores índices de prevalência na forma reticular que se caracteriza pela presença de inúmeras linhas ou estrias (conhecido como estrias de Wickham) queratóticas brancas entrelaçadas, que produzem um padrão anelar ou rendilhado. Embora esta doença não tenha cura, alguns medicamentos promovem controle satisfatório. **METODOLOGIA:** Realizou-se ampla pesquisa na literatura, utilizando como base de dados seguintes bases de dados: PubMed, Web of Science, SciELO, Scopus, Cochrane Library, ScienceDirect e o portal de pesquisa BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). **RESULTADOS:** O LPO afeta principalmente mulheres entre 30 a 60 anos de idade, logo totalizando 65% dos pacientes e raramente manifesta-se em crianças. Estima-se que a prevalência do LPO varie entre 0,5% a 4% da população geral, sendo mais comum no sexo feminino quando comparado ao sexo masculino. Acredita-se que o LPO é uma doença autoimune e em alguns países é correlacionado com a hepatite C, porém essa relação com o vírus é considerada como não constante, uma vez que a prevalência deste vírus nos pacientes acometidos varia de 0% a mais de 60%, logo os resultados no Brasil são, no entanto, controversos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O LPO ainda permanece com etiologia desconhecida, mas vários fatores causais têm sido associados, entre os quais: ansiedade, diabetes, doenças autoimunes, doenças intestinais, drogas, estresse, hipertensão, infecções, materiais dentários, neoplasias, predisposição genética. Embora a causa não tenha sido claramente identificada, a patogênese é bem definida.

DESCRITORES: Líquen Plano Oral. Mucosa Jugal. Autoimune

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

SÍNDROME DE MOEBIUS E SUA ETIOLOGIA

CAMILA DE ANDRADE LIMA PEREIRA¹; ERNESTO VALENTIM DE SOUZA NETO¹; IZABEL MARIA DE LIMA MASSA¹; LETÍCIA SOARES SIQUEIRA BARBOSA¹; MARIA MICARLA AVELINO¹; CAROLINA UCHÔA GUERRA BARBOSA DE LIMA²

A Síndrome de Moebius se caracteriza por uma desordem neurológica complexa, caracterizada pelo comprometimento do VII nervo craniano (facial), que leva a uma paralisia facial periférica, com ausência da mímica facial, boca entreaberta e dificuldade em baixar a pálpebra; e também com acometimento do VI nervo craniano (abducente) ocasionando um estrabismo convergente. Com números significativos de casos, existem também malformações esqueléticas, como pés tortos, micrognatia e aplasia do peitoral, caracterizando a Síndrome de Poland. Também podemos observar em alguns casos defeitos das extremidades, dos dentes, cardíacos e disfunção respiratória. Essa Síndrome tem sua origem ainda muito especulativa, alguns estudos mostram que a Síndrome é influenciada por fatores genéticos ou ambientais. Segundo seus defensores, qualquer alteração que prejudique o fluxo sanguíneo da placenta para o feto, em um certo momento da gestação, poderia ser a origem da síndrome. Para Dotti, ela é uma doença hereditária; Ziter reconhece que a translocação do braço curto do cromossomo 1 e o longo do 13, eram responsáveis pelos casos da mesma família. Já os ambientais poderiam vir do uso de cocaína, álcool, hipertermia e o mais conhecido, o uso do Misoprostol, conhecido como Cytotec, remédio para úlceras gástricas, porém usado para abortos. Sabendo que as malformações determinadas pela presença da síndrome não têm cura, o que se pode fazer é reduzir os efeitos e a intensidade dos agravos, por meio de tratamento cirúrgico ou de terapias que promovam melhorias nas condições musculares e, conseqüentemente, nas condições e na qualidade de vida dos portadores. Os indivíduos que nascem com essa síndrome tem uma interferência na sua vida, pela falta da expressão facial prejudicada. Muitos não têm a autoestima elevada e tem problemas com a sua imagem. Desse modo, a síndrome cria problemas físicos para o indivíduo afetado, que pode, em alguns casos, levar a problemas de ajustamento emocional ou social. Os portadores síndrome de Moebius mostraram-se significativamente com traços de inibição, introversão e sensação de inferioridade, assim como menor satisfação com a vida e com pouca perspectiva de futuro. Em virtude de sua etiologia ainda não esclarecida, seu diagnóstico só é capaz de ser feito após o nascimento do RN. Ademais, a Síndrome de Moebius não possui cura. Entretanto, um tratamento em caráter multidisciplinar deve ocorrer a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao portador.

DESCRITORES: Síndrome. Paralisia. Malformações

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

FISSURA LABIOPALATINA

ANA CAROLINA EXNER FERNANDES BARROS¹; ANA LUIZA DE ARAÚJO RODRIGUES¹; JHENIFFER JHULYA BEZERRA DE LIMA¹; LIVIAN ISABEL MEDEIROS DE CARVALHO¹; MARIA EDUARDA MACIEL DE ALMEIDA SALES¹; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI².

A fenda labial e/ou palatina representa a anomalia congênita mais comum na face. Acarretada por má-formação durante o desenvolvimento embriológico, essa condição implica no lábio, no palato ou ambos, fendidos. Uma fenda labial consiste numa fissura no lábio superior que pode estender-se à base do nariz. A fissura pode ocorrer num só lado, nos dois ou no meio. Uma fenda palatal caracteriza-se pela perfuração no céu da boca, em que é possível observar o septo nasal, bem como as conchas inferiores e pode atingir o palato duro e o palato mole. O presente estudo trata-se de um trabalho de caráter descritivo, fundamentando a partir de pesquisa bibliográfica em artigos científicos, utilizando a fonte de pesquisa de dados online Scielo, ScienceDirect e o MedLine, além de literatura sobre a fenda labial considerando os últimos 10 anos.

DESCRITORES: Fenda labial. Fenda palatina. Anomalia congênita

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

CARCINOMA EPIDERMOIDE ORAL: FATORES PROGNÓSTICOS

FELIPE MUNIZ¹; IÊRIG DOMINGOS¹; MARCELOS DOS SANTOS¹; SIARA DANIELA¹; SOLANGE DO NASCIMENTO¹; RAFAELLA BASTOS LEITE²

O carcinoma de células escamosas de lábio inferior é uma das neoplasias malignas mais comuns da região oral e maxilofacial. Quando diagnosticado em fases iniciais, o prognóstico para esta lesão é considerado bom, com mais de 90% dos pacientes exibindo sobrevida de 5 anos. Entretanto, para os casos com metástase em linfonodos cervicais no momento do diagnóstico, a taxa de sobrevida dos pacientes, em 5 anos, pode chegar a apenas 30%, configurando um pior prognóstico. Clinicamente apresenta-se com um aspecto ulcerado, bordas evertidas, endurecidas e que não cicatrizam após 15 dias. Quando o diagnóstico é realizado precocemente, o paciente pode ter melhor qualidade de vida e alta taxa de sobrevida. O inverso pode ser dito sobre os pacientes com diagnóstico tardio. Objetivo: Pretende-se, com esta pesquisa, contribuir com mais esclarecimentos a respeito dos mecanismos vinculados ao desenvolvimento de metástases nestas lesões, fornecendo subsídios para diminuição do atraso do diagnóstico, sugerindo ações para modificação desse quadro. Metodologia: Para elaboração da revisão da literatura foram utilizados a base de dados PUBMED e SCIELO, onde foram pesquisados artigos da literatura médica da língua inglesa e portuguesa publicados no período de 1980 a 2017 com auxílio dos termos: fatores prognósticos, indicadores prognósticos, prognóstico do câncer oral, recorrência do câncer oral. Conclusão: Pretende-se, com esta pesquisa, contribuir com mais esclarecimentos a respeito dos mecanismos vinculados ao desenvolvimento de metástases nestas lesões, fornecendo subsídios para diminuição do atraso do diagnóstico, sugerindo ações para modificação desse quadro.

DESCRITORES: Carcinoma. Neoplasias. Diagnóstico

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

SÍNDROME DE MOEBIUS

DEBORAH CECÍLIA DA SILVA FERNANDES¹; ELLEN JONALY GOMES ARANHA¹; GREICE KELLY BERNARDO MOIZINHO¹; LARYSSA EVELYN LUCENA DA SILVA¹; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTE²

A síndrome de Moebius é uma doença difícil de ser diagnosticada e deve ser identificada após o nascimento, se constitui por um raro distúrbio neurológico caracterizado por paralisia dos nervos cranianos VII e VI. O paciente não tem mobilidade total ou parcial do rosto, chamado normalmente de "face em máscara". Alguns cientistas buscam comprovar que esta patologia seja ligada a questões genéticas, já outros acreditam que a síndrome possa estar associada ao uso do misoprostol (medicamento popularmente conhecido como cytotec). A Síndrome de Moebius pode ser classificada em duas: Síndrome de Moebius clássica que corresponde a 60% dos casos e é caracterizada por paralisia completa ou incompleta dos nervos faciais e abducente, como também existe a síndrome de Moebius ligada a outras anomalias que corresponde a 40% dos casos. Diversas manifestações são características do portador, estrabismo (desnívelamento dos olhos), perda motora facial, palato alto duro que dificulta a alimentação, pés tortos congênitos, retardo mental, miopatia primária, língua reduzida com má formação, polidactilia (anormalidade no número de dedos), alterações nos dentes e na fala, problemas na audição, dificuldade para fechar os olhos que conseqüentemente ocasiona ressecamento da córnea e problemas na audição. A síndrome relatada não tem cura, porém, há vários tipos de tratamento que proporcionam uma melhor qualidade de vida ao indivíduo que acometido pela doença. Em decorrência das necessidades apresentadas pelo paciente, vários profissionais atuam no tratamento de sua doença, dentre eles, cirurgião plástico e maxilo-facial para correção estética e funcional da face, odontólogos especializados em ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia que tem como objetivo reestruturação oral (móvel e fixa), pediatras, ortopedistas, fonoaudiólogos que auxiliam o desenvolvimento da fala, geneticistas, além de um acompanhamento psicológico tendo em vista que os portadores são vítimas de preconceito pela sociedade por apresentarem anormalidade. Nos dias de hoje estima-se que cerca de 350 pessoas no mundo foram diagnosticadas com a doença. Embora sua incidência seja baixa, no Brasil, o nível de propagação tem aumentado tendo em vista sua associação com o medicamento misoprostol.

DESCRITORES: Paralisia da face. Anomalia. Síndrome de Moebius

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

LÍQUEN PLANO ORAL

ANA PATRICIA SILVA DE SOUTO¹; ANRY CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE B. F. QUINTÃO¹; BRUNNO LEONNARDO SILVA DE SOUTO¹; ELLTON JOSÉ OLIVEIRA MARQUES¹; JANINNE DE SOUZA MEDEIROS¹; RALINE MENDONÇA DOS ANJOS².

O líquen plano oral é uma doença inflamatória crônica de origem auto-imune. Acomete principalmente indivíduos de meia idade ou mais. Embora existam possíveis explicações para causa desta afecção, sua etiologia não é bem definida. O diagnóstico é clínico e histopatológico. O tratamento tem como finalidade aliviar sintomas e reduzir incapacidades. O objetivo desse trabalho é descrever a atuação do Líquen plano na cavidade oral conforme suas diversas formas clínicas. O Líquen plano oral pode se apresentar sob várias formas clínicas: reticular – é a forma clínica mais comum e apresenta finas estrias brancas que se entrelaçam, denominadas estrias de Wickham ; erosiva – a forma clínica erosiva é mais significativo, pois apresenta lesões sintomáticas; atrófica – o LPO atrófico apresenta lesões avermelhadas difusa, podendo aparentar ser uma mistura de duas formas clínicas; tipo placa – este tipo apresenta irregularidades esbranquiçadas e homogêneas que se assemelham a leucoplasia; papular – esta forma é raramente observada e é normalmente acompanhada de algum outro tipo de variante descrita; bolhosa – o tipo bolhoso é a forma clínica mais incomum e apresenta bolhas que aumentam de tamanho e tendem à ruptura, deixando a superfície ulcerada e dolorosa. A questão do potencial de malignidade do líquen plano, particularmente na forma erosiva ainda não está resolvida. As evidências observadas em estudos de acompanhamento em longo prazo e incidência retrospectiva ainda permanecem muito controversas. É preciso cuidar da saúde da boca, pois dela depende a nutrição do organismo; O acompanhamento dos doentes deve ser periódico pela necessidade de se diminuir gradativamente as medicações e pela necessidade de acompanhar, principalmente, as lesões atrófico-cicatriciais; Deve-se levar em consideração a extensão das lesões e a gravidade dos sintomas, sendo, portanto o tratamento bastante individualizado para cada enfermo.

DESCRITORES: Líquen Plano Oral. Medicina Bucal. Diagnóstico bucal

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

CARCINOMA EPIDERMÓIDE

FLAVIA ROBERTA COSTA DE AZEVEDO¹; GILVANY MARIA DA SILVA¹;
KAROLYNE PEREIRA DA SILVA¹; RALINE MENDOÇA DOS ANJOS²

Diagnóstico precoce e conduta dos cirurgiões-dentistas do sistema público de saúde
RESUMO: O câncer é causado pelo crescimento anormal e fora de controle das células. O câncer bucal é uma denominação que inclui os cânceres de lábios e cavidade oral. Pesquisa realizada com o objetivo de descrever a conduta dos cirurgião-dentistas que atuam nos serviços de público de saúde. O estudo foi desenvolvido com 50 cirurgiões-dentistas do município de Patos-PB. A coleta de dados foi feita através de questionário específico. A análise estatística foi realizada de modo descritivo por meio de frequência relativa e absolutas para variáveis categóricas. Quanto aos resultados coletados constatou-se: a maioria dos CDs entrevistados são gênero feminino; que 38% CDs não realiza exame intrabucal associado com exame extrabucal; 28% Dos CDs não orienta os pacientes da importância do auto exame da boca. De acordo com a lei 8.080/1990 que rege o SUS estabelece que é de competência do sistema público de saúde a prevenção, diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer bucal. A pesquisa mostrou que há falha tanto na falta de conhecimento do cirurgião-dentista como falta também nas articulações das ações de prevenção e diagnóstico do câncer bucal. A falta de diagnóstico precoce do câncer é consequência de uma conjugação de fatores, entre eles falta de acesso da população à assistência odontológica; a falta a falta de desarticulações nas ações do serviço público; o despreparo dos CDs em detectar lesões que poderão se tornar câncer em seu estagio iniciais; a falta de protocolo a ser seguido do município de Patos-PB após detecção de alteração de alteração bucal que possa conduzir o paciente do setor de menor complexidade ao setor de maior complexidade. Contudo, os profissionais apresentaram postura satisfatória.

DESCRITORES: Câncer bucal. Saúde coletiva. Prevenção

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

ADENOMA PLEOMÓRFICO E SUA DIFERENCIAÇÃO MALIGNA

EMILLY BRAGA DE OLIVEIRA¹; MARIANA GUEDES DE FIGUEIREDO¹; MARIANA SANTOS DE LUCENA¹; MATHEUS ARIEL EVANGELISTA ALVES¹; RAFAEL GERMANO LUNA DE OLIVEIRA¹; MÔNICA MARIA DE SILVA FALCÃO²

O Adenoma Pleomórfico (PA), é a neoplasia de glândula salivar mais comum, representando cerca de 53% a 77% dos tumores de parótida, 44% a 68% dos tumores da glândula submandibular e 33% a 43% dos tumores de glândula salivar menor. Independentemente do sítio de origem, o adenoma pleomórfico tipicamente apresenta-se como um aumento de volume firme, indolor e de crescimento lento. O PA é um tumor geralmente encapsulado, composto de uma mistura de epitélio glandular e células mioepiteliais permeados por um fundo semelhante ao mesênquima. Geralmente o epitélio forma ductos e estruturas císticas, ou pode ocorrer na forma de ilhas ou cordões celulares. O carcinoma ex adenoma pleomórfico (CAexPA) é caracterizado pela transformação maligna do componente epitelial de um adenoma pleomórfico benigno prévio podendo constituir uma grande porção ou somente uma pequena porção da lesão. O componente maligno geralmente apresenta um padrão de crescimento agressivo, com invasão da cápsula e infiltração dos tecidos circunjacentes. Mais de 80% dos casos de CAexPA têm sido relatados nas glândulas salivares maiores, principalmente na glândula parótida. Demonstrar a caracterização e diferenciação do adenoma pleomórfico para o carcinoma ex adenoma pleomórfico é o objetivo deste trabalho. Assim, o componente do PA caracteriza-se como escasso e disperso, enquanto seu componente maligno caracteriza-se pelo pleomorfismo nuclear, células com atípica mitose frequente, hemorragia e necrose. Comprometem as células epiteliais e mioepiteliais, cuja possibilidade de transformação para CAexPA aumenta com a duração pré operatória do adenoma pleomórfico. A carcinogênese é uma sequência de eventos em que ocorre a perda progressiva da heterozigosidade (do inglês: LOH) dos braços cromossômicos 8p, 12p e 17p, respectivamente. Análises em DNA mostram que os derivados benignos de PAs e CAexPAs mostram mais LOH no braço cromossômico 8p. Já os componentes malignos de CAexPAs mostram significativo aumento de LOH nos braços cromossômicos 12p e 17p, sendo esta característica o potencial para transformação maligna. Os adenomas pleomórficos são mais bem tratados pela excisão cirúrgica, no entanto, a enucleação conservadora dos tumores da parótida resulta na sua recorrência, tendo como complicação potencial a transformação maligna, resultando em um carcinoma ex adenoma pleomórfico. O risco de transformação maligna é pequeno, mas ocorre em aproximadamente 5% de todos os casos. Quando identificada a extensão da invasão do carcinoma, a parotidectomia deve ser devidamente agressiva, pois a gravidade do carcinoma causa potencialidade de metástase, além do comprometimento da glândula parótida e muitas vezes também do nervo facial.

DESCRITORES: Adenoma Pleomórfico. Carcinoma. Carcinogênese

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

MIÍASE BUCAL

ALINE FERNANDES MACEDO¹; MARIA KAROLINE DE BRITO ALVES¹;
MARIA STHEFANI DE OLIVEIRA¹; THALIA KALITUANY ARAÚJO DO
NASCIMENTO¹; RALINE MENDONÇA DOS ANJOS²

Este trabalho relata um caso de miíase bucal, acometendo um paciente de 67 anos de idade, com DA em fase avançada, totalmente dependente para as atividades de vida diária (AVD), residente em uma instituição de longa permanência (ILP). O paciente apresentava falta de selamento labial e resistência aos cuidados de higiene bucal. diagnóstico foi estabelecido clinicamente com base na observação de sangramento na região anterior do palato, descolamento da mucosa bucal e presença de larvas. Foi prescrito o uso de ivermectina e o paciente foi hospitalizado para debridamento do tecido necrótico e remoção das larvas. Após a alta, os cuidadores foram orientados quanto ao uso de máscara pelo paciente, que não se mostrou efetiva, pois o paciente passou a mordê-la, levando a seu deslocamento e reinfestação por larvas. Após o tratamento da reinfestação, adotou-se o uso de cortinado como rotina. Pacientes com DA constituem um grupo de risco para miíase bucal, sendo necessário orientar cuidadores e familiares em relação aos cuidados odontológicos para a prevenção desta patologia. O principal tratamento para a alteração baseia-se na remoção mecânica das larvas e instituição do uso oral da ivermectina.

DESCRIÇÃO: Miíase. Cavidade Bucal. Idoso. Doença de Alzheimer. Prevenção.

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

ADENOMA PLEOMÓRFICO DE PARÓTIDA: SÍNDROME DE FREY

ANDREA TAVARES CONDE¹; ELTON FERNANDES BARROS¹; MARÍLIA HEMILY MELO DE SOUZA¹; SAYONARA SANTIAGO DOS ANJOS¹; SUELLEN MARIA PINTO DE MENEZES SILVA VIANA².

Adenoma Pleomórfico é um tumor benigno com maior incidência na glândula parótida, sendo uma lesão de crescimento lento com prevalência no sexo feminino. O tratamento adotado para essa lesão é cirúrgico, a parotidectomia, que consiste na retirada total, superficial ou parcial da glândula parótida. No entanto, como complicação pós-operatória, pode ser ocasionada a síndrome de Frey. O trabalho tem como objetivo explicar uma consequência que tem uma probabilidade de advir da parotidectomia, que é a intervenção cirúrgica mais comum adotada para o tratamento de casos de adenoma pleomórfico de parótida. Eventualmente, após o procedimento cirúrgico para a retirada do adenoma pleomórfico de parótida, a síndrome de Frey tem probabilidade de surgir. Essa síndrome, conhecida também como síndrome auriculotemporal, resulta de uma lesão das fibras do nervo auriculotemporal no decorrer da parotidectomia total, parcial ou superficial, e da regeneração inapropriada dessas, com inervação nas glândulas sudoríparas. Dessa forma, os sintomas dessa complicação consistem em calor, sudorese e hiperemia (congestão sanguínea); e tendem a aparecer de seis semanas a seis meses após a cirurgia pelo tempo necessário para a regeneração nervosa, mas existem casos que aparecem em um período superior a esse anteriormente citado. Essa seqüela está intrinsecamente relacionada à quantidade de tecido glandular retirado, com maior frequência após parotidectomia total. A prevalência dessa síndrome é de uma alta variabilidade, dependendo da técnica cirúrgica e do método de diagnóstico, sendo o clínico e o exame chamado teste de Minor para uma confirmação da síndrome. O teste de Minor, descrito pelo neurologista russo Victor Minor, é um método muito utilizado para analisar a sudação dos pacientes acometidos com essa seqüela na região parótida. Diante dos argumentos expostos, podemos observar que a síndrome de Frey tem uma alta correlação com a complicação da cirurgia mais comum adotada para retirar esse tumor na parótida. Sendo assim, essa seqüela decorre de uma lesão das fibras do nervo auriculotemporal durante a intervenção cirúrgica, ou seja, é necessário que se tenha uma atenção redobrada na parotidectomia para diminuir os riscos dessa síndrome ser desenvolvida nos pacientes acometidos com adenoma pleomórfico de parótida.

DESCRITORES: Parotidectomia. Adenoma. Síndrome de Frey

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

FISSURA LÁBIOPALATINA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

ADRIENNE MENESES GONÇALVES¹; CAMILLA ALVES SANTOS DE ANDRADE¹; LETÍCIA MARIA DIAS NÓBREGA¹; WILLIAMS DOS SANTOS GUEDES ANDRADE¹; SUELLEN MARIA PINTO DE MENEZES SILVA VIANA².

As fissuras lábiopalatinas são falhas no desenvolvimento do lábio e do palato que podem ocorrer isoladamente, ou acompanhadas de mais alterações no indivíduo (sindrômicas). Essas fissuras estão entre as anomalias congênitas orofaciais mais comuns, ocorrendo em aproximadamente 1 em cada 1000 indivíduos, e sendo as de lábio e palato (FL + P) com maior ocorrência, cerca de 58% de todos os casos. Dentro de um discurso político-conscientizador, o objetivo desse trabalho é destacar a importância de compreender o que essa malformação acomete ao indivíduo, não só em seu caráter estético, mas social, emocional e principalmente funcional. Com também, a necessidade de um tratamento precoce e multidisciplinar dos profissionais da saúde afim de realizar o melhor e mais eficiente prognóstico possível para o paciente. É fundamental que isso ocorra, pois trata-se de um processo terapêutico longo vivido pela criança podendo resultar em fatores psicológicos que afetem suas relações interpessoais. Quanto mais precoce for esse tratamento melhor será para o indivíduo fissurado. Problemas comum dessa patologia como disfunção na fala, deglutição, mastigação, respiração serão minimizados e proporcionará uma melhor qualidade de vida para esse paciente. Embora existam locais especializados no tratamento de fissuras lábiopalatinas no Brasil não conseguem atender a grande demanda do país. Isso corrobora com o crescimento das filas de espera e a demora de obter o tratamento de forma gratuita. Levando em consideração o alto custo para o financiamento das várias cirurgias necessárias, e que a malformação já é considerado um problema de saúde pública percebe-se a urgência de homologação do PROJETO DE LEI N.º 1.172, DE 2015, que confere ao Sistema único de Saúde (SUS), através de sua rede de unidades públicas e conveniadas, a prestação de serviço gratuito na reconstrução de lábio e palato para indivíduos fissurados, assim como o tratamento pós-cirúrgico com o acompanhamento multidisciplinar (fonoaudiólogos, psicólogos, dentista entre outros) que possa atuar para a recuperação integral desse paciente.

DESCRITORES: Fissura labiopalatina. Saúde pública. Cirurgião Bucomaxilofacial

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

LINFOMA DE HODGKIN: FALHA DOS GÂNGLIOS

CAYO HENRIQUE DE SANTANA MENEZES¹; FRANCIANY MARTINS CORDEIRO¹; JÉSSYCA FERREIRA SEIXAS¹; MYLLENNAY MAYARA DE FRANÇA ALVES¹; WAMBERTO FREIRE NETO¹; SUELLEN MARIA PINTO DE MENEZES SILVA VIANA².

Introdução: O Sistema linfático é uma rede de vasos onde encontram-se os linfonodos. Tendo como principais funções o armazenamento de substâncias residuais e produção de células que auxiliam no combate de infecções. Inicialmente, quando uma infecção é detectada próximo aos linfonodos, o sistema reage com o aumento do tamanho dos gânglios linfáticos, indicando que algo não está certo. Um exemplo de acometimento linfonodal é a presença de células malignas ou linfoma de Hodgkin, que acontece, geralmente, quando o câncer é alojado primeiramente nos linfonodos. Contudo, o câncer linfático também pode originar-se em outros locais, espalhando-se e atingindo os gânglios linfáticos. Os linfonodos algumas vezes serão assintomáticos, porém, podem apresentar febre, perda de peso e apatia, destacando-se principalmente o aparecimento de linfonodos aumentados. **Objetivos:** Relacionar a atuação dos gânglios, na presença de neoplasias. **Metodologia:** Revisão bibliográfica e análise de caso clínico do projeto de tutoria, realizada pelos alunos de Odontologia da FACENE. **Resultados e discussões:** O linfoma é um câncer originado a partir de um linfócito que passa a possuir uma nova forma, ou seja, neoplásica. Essa célula tem capacidade de multiplicar-se, perdendo o controle, resultando em alguns casos, na sua disseminação. Quando ocorre essa falha nos gânglios, também podemos denominá-las de doença de Hodgkin, uma neoplasia rara que envolve o sistema linfático e representa cerca de 1% de todas as neoplasias. As células malignas iniciam sua produção nos linfonodos, podendo ocorrer um aumento acentuado no volume desses gânglios, esse estágio é chamado de íngua. Como nos linfonodos há produção de células de defesa, e essas percorrem todo o corpo para realizar sua função, o linfoma por ser uma doença de ação sistemática, possui capacidade de expor os gânglios de qualquer parte do corpo. É por esse motivo que as células malignas têm grande probabilidade de espalhar-se por esses vasos, chegando aos tecidos e órgãos. **Considerações finais:** Sabendo que o sistema linfático tem como principal objetivo o de proteger o organismo, principalmente devido à grande rede de vasos espalhadas, onde estão localizados os linfonodos, é importante ter bastante atenção quando houver aparecimento de ínguas, como por exemplo, nas regiões do pescoço e axilas. Além disso, havendo aumento desses gânglios, juntamente com a ausência de dor, pode significar indicativo de linfoma. Devido a isso o médico deverá ser procurado, já que existe uma grande possibilidade de ocorrer disseminação dessa infecção para as mais diversas partes do corpo por meio dos vasos linfáticos.

DESCRITORES: Linfonodo. Gânglio. Linfoma de Hodgkin

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

MÍASE OROFACIAL E A VERIFICAÇÃO DE NEGLIGÊNCIA BASEADA NA ENTOMOLOGIA FORENSE

ALAYDE OLIVEIRA PINTO VERAS¹; ANDERSON SILVA DE LIMA¹; GOLDEMBERG SILVA DE MORAIS¹; RAFAELLA BASTOS LEITE².

Introdução: A miíase é uma doença causada pela presença de larvas de moscas em órgãos e tecidos do homem ou de outros animais vertebrados, nos quais essas larvas se nutrem e evoluem como parasitos. Além das complicações médicas e odontológicas, as miíases podem revelar casos de negligência nos cuidados tanto por parte dos portadores de condições predisponentes, quanto pelos que têm o dever de cuidado. O tratamento consiste na remoção mecânica das larvas, procedimento que é bastante sintomático e constrangedor. Fatores predisponentes como falta de informação, desnutrição, má higiene oral, preexistência de lesões bucais e halitose severa têm influência decisiva no surgimento e progressão da lesão. **Objetivo:** Realizar uma revisão da literatura a respeito desta doença, enfatizando aspectos relativos as suas características clínicas, diagnóstico, tratamento e meio auxiliar na detecção de casos de negligência. **Metodologia:** Para elaboração da revisão da literatura foram utilizados a base de dados PUBMED e SCIELO, onde foram pesquisados artigos da literatura médica da língua inglesa e portuguesa publicados no período de 1980 a 2017 com auxílio dos termos: miíase, odontologia legal e entomologia. **Resultados:** Na legislação brasileira há a proteção à criança, ao idoso e aos portadores de necessidades especiais contra qualquer forma de negligência e abuso, inclusive existem medidas de proteção para isso. Para o crime de maus-tratos exige-se a forma dolosa para sua consumação, dessa forma, quando diante de casos de negligência, é de grande importância uma investigação mais apurada, pois várias circunstâncias contribuem para o aparecimento de miíases orofaciais. **Conclusão:** As miíases podem ser estudadas pela entomologia forense para estimar o tempo de falta de cuidados, conseqüentemente auxiliando à Justiça a elucidar alguma situação criminosa ou de negligência e de abuso contra pessoas que requerem cuidados especiais.

DESCRITORES: Odontologia legal. Entomologia. Miíase

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

FISSURA LÁBIOPALATINA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

ADRIENNE MENESES GONÇALVES¹; CAMILLA ALVES SANTOS DE ANDRADE¹; LETÍCIA MARIA DIAS NÓBREGA¹; WILLIAMS DOS SANTOS GUEDES ANDRADE¹; SUELLEN MARIA PINTO DE MENEZES SILVA VIANA²

As fissuras lábiopalatinas são falhas no desenvolvimento do lábio e do palato que podem ocorrer isoladamente, ou acompanhadas de mais alterações no indivíduo (sindrômicas). Essas fissuras estão entre as anomalias congênicas orofaciais mais comuns, ocorrendo em aproximadamente 1 em cada 1000 indivíduos, e sendo as de lábio e palato (FL + P) com maior ocorrência, cerca de 58% de todos os casos. Dentro de um discurso político-conscientizador, o objetivo desse trabalho é destacar a importância de compreender o que essa malformação acomete ao indivíduo, não só em seu caráter estético, mas social, emocional e principalmente funcional. Com também, a necessidade de um tratamento precoce e multidisciplinar dos profissionais da saúde afim de realizar o melhor e mais eficiente prognóstico possível para o paciente. É fundamental que isso ocorra, pois trata-se de um processo terapêutico longo vivido pela criança podendo resultar em fatores psicológicos que afetem suas relações interpessoais. Quanto mais precoce for esse tratamento melhor será para o indivíduo fissurado. Problemas comum dessa patologia como disfunção na fala, deglutição, mastigação, respiração serão minimizados e proporcionará uma melhor qualidade de vida para esse paciente. Embora existam locais especializados no tratamento de fissuras lábiopalatinas no Brasil não conseguem atender a grande demanda do país. Isso corrobora com o crescimento das filas de espera e a demora de obter o tratamento de forma gratuita. Levando em consideração o alto custo para o financiamento das várias cirurgias necessárias, e que a malformação já é considerado um problema de saúde pública percebe-se a urgência de homologação do PROJETO DE LEI N.º 1.172, DE 2015, que confere ao Sistema único de Saúde (SUS), através de sua rede de unidades públicas e conveniadas, a prestação de serviço gratuito na reconstrução de lábio e palato para indivíduos fissurados, assim como o tratamento pós-cirúrgico com o acompanhamento multidisciplinar (fonoaudiólogos, psicólogos, dentista entre outros) que possa atuar para a recuperação integral desse paciente.

DESCRITORES: Fissura lábiopalatina. Saúde pública. Cirurgião Bucomaxilofacial

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

ADENOMA PLEOMÓRFICO DE PARÓTIDA

ACSSA DÉBORAH CORREIA DE MELO SILVA¹; BÁRBARA YASMIN CUNHA ANGRA¹; EMILIANA SOUSA FELISMINO¹; GEOVANA DE BRITO COSTA¹; PAULO RICARDO NASCIMENTO DE LIMA¹; MÔNICA MARIA DA SILVA FALCÃO²

Adenoma pleomórfico é um tumor benigno, mas podem ocorrer mudanças, alguns casos são mais frequentes nas glândulas salivares e na glândula parótida que é responsável por produzir a secreção. Apesar de sua natureza benigna, o tumor caracteriza-se pelo alto índice de reincidência, ou seja, há uma grande probabilidade de reaparecer. Seu crescimento é indolor e relativamente lento, apresentando-se firme e móvel à palpação (a menos que seja encontrado no palato). A maioria das lesões diagnosticadas acometem pacientes com idade entre 30 e 60 anos, com certa predominância no sexo feminino. Há uma pequena probabilidade da evolução do adenoma pleomórfico para um carcinoma, neoplasia (proliferação e formação atípica de determinado tecido) de natureza maligna. Diagnosticar um adenoma pleomórfico, principalmente na glândula parótida, é uma tarefa difícil no seu início pelas suas características assintomáticas. Sendo assim, normalmente o paciente, com a intenção de descobrir o crescimento anormal de alguma glândula salivar (no caso, a parótida), vai ao profissional de saúde, onde passa inicialmente por uma anamnese (entrevista em que o paciente conta ao médico os fatos relativos a uma possível doença, ponto de partida no diagnóstico de qualquer doença) e por exames físicos, ou seja, o início do diagnóstico é essencialmente clínico. Com a execução do exame clínico, o profissional da saúde certamente receitará alguma ecografia ou tomografia da região. No caso da glândula parótida, a região chama-se pré-auricular. Entretanto, é necessário fazer biópsia, um procedimento cirúrgico no qual se colhe células ou um pequeno fragmento do tecido orgânico para ser posteriormente submetido a estudo em laboratório, o diagnóstico da histopatologia tem uma grande importância para identificar se o tumor é benigno ou maligno. Portanto, tratamento é simples alguns casos a remoção é cirúrgica do tumor ou da região lesionada, procedimento chamado de parotidectomia.

DESCRITORES: Adenoma pleomórfico. Tumor benigno. Glândulas salivares

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

MIÍASE ORAL: ETIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

ELÁINE CRISTINA VELÊZ RODRIGUES¹; JEFFERSON ANTÔNIO DA SILVA¹; MAYARA MENDONÇA DO ABIAY CAMELO¹; NÁDJA INGLIDE LIMA DE BRITO TEIXEIRA¹; PAULO MONTEVAL LIMA DE BRITO¹; RAFAELLA BASTOS LEITE².

Introdução: A Miíase humana é uma ocorrência relativamente comum, é uma infestação em tecidos e órgãos ocasionada por larvas de dípteros, em humanos ou em animais, por depositarem os seus ovos em tecidos do corpo. Sua localização preferida em humanos é na pele, com ocorrências descritas nas cavidades naturais. Acometem, na maioria das vezes, pessoas de nível socioeconômico baixo, de regiões de clima tropical, imunocomprometidas e com distúrbios psiquiátricos. Devido ao grande potencial destrutivo, prevenção e tratamento apropriado em tempo hábil são necessários. Pacientes geriátricos que apresentam comprometimento sistêmico severo muitas vezes necessitam de cuidados especiais, as limitações das atividades motoras podem estar relacionadas com as diversas condições médicas que acometem esses pacientes. As manifestações clínicas da doença não são específicas e variam de acordo com a região do corpo acometida. O tratamento consiste na remoção mecânica das larvas, procedimento que é bastante sintomático e constrangedor. Fatores predisponentes como falta de informação, desnutrição, má higiene oral, preexistência de lesões bucais e halitose severa têm influência decisiva no surgimento e progressão da lesão. **Objetivo:** Realizar uma revisão da literatura a respeito desta doença, enfatizando aspectos relativos à sua prevalência, etiologia, características clínicas, diagnóstico e tratamento. **Metodologia:** Para elaboração da revisão da literatura foi utilizado a base de dados Google Scholar e BBO vinculadas à biblioteca virtual BIREME bem como PUBMED e SCIELO, onde foram pesquisados artigos da literatura médica da língua inglesa e portuguesa publicados no período de 1980 a 2017 com auxílio dos termos: miíase, idosos e doenças parasitárias. **Conclusão:** Quando diagnosticada precoce e corretamente, a miíase oral pode ser facilmente tratada pelo cirurgião-dentista, por meio da remoção mecânica das larvas com o auxílio de substâncias químicas de uso local bem como de uso oral, apresentando um prognóstico favorável. Todavia, qualquer que seja o meio empregado, é indispensável que o paciente seja orientado quanto à adoção de medidas adequadas de higiene pessoal.

DESCRITORES: Miíase. Idosos. Doenças parasitárias

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

SÍNDROME DE MOEBIUS: IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO DA CAVIDADE ORAL EM INFANTES

ANIELE DOS SANTOS¹; BEATRIZ DE CARVALHO ALEXANDRE¹; JEZREEL FERREIRA PAIVA¹; JOÃO BATISTA DOS SANTOS JÚNIOR¹; RUAN DIEGO ANDRIOLA ALVES¹; MÔNICA MARIA DA SILVA FALCÃO²

A Síndrome de Moebius, caracterizada pelo distúrbio neurológico dos nervos cranianos podem afetar a cavidade oral, comprometendo suas funções. Dentre elas, podem ser destacadas a dificuldade na mastigação e deglutição dos alimentos devido às alterações morfológicas nos órgãos que compõem o sistema digestório. A identificação da Síndrome se dá ainda na fase infantil, comprometendo o crescimento e o desenvolvimento normal das crianças afetadas. A referida pesquisa possui como objetivo relatar e analisar as implicações dessa Síndrome na fase infantil. A pesquisa abordada é do tipo documental, e tem como base a análise de sites e artigos bem como dados da MEDLINE e LILACS. Verificou-se que, apesar de não haver cura para a Síndrome, é possível orientar os pacientes a levarem uma vida de menor desconforto através de métodos cirúrgicos e terapias específicas, sendo necessário conceder atenção especial à cavidade bucal destes pacientes, uma vez que estes são mais susceptíveis ao desenvolvimento de cáries e doenças periodontais. Como em muitas doenças raras, um dos aspectos mais frustrantes de quem está envolvido com esta Síndrome é a falta de conhecimento à respeito do problema por parte de profissionais da área médica. Por essa razão, muitas crianças são diagnosticadas corretamente apenas meses e em alguns casos, anos depois do nascimento. Por não existir cura para a tal Síndrome, as soluções para melhorar a qualidade de vida dos portadores, são a inclusão de procedimentos cirúrgicos corretivos ortopédicos e oftalmológicos, o portador também pode participar de seções de fisioterapia, fonoterapia, terapia ocupacional e ser acompanhado por um cirurgião-dentista, que auxilia toda dificuldade na cavidade da boca, propondo os melhores métodos para intervenções corretivas. Com a ajuda dos profissionais qualificados, o paciente terá um desenvolvimento considerável, melhorando ações antes interferidas pela Síndrome, sendo assim, de forma a efetivar o processo de interação social, no qual as crianças possam ter dificuldades.

DESCRITORES: Síndrome. Implicações. Infantil

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

FISSURA LABIOPALATINA

ALEXANDRINA SILVEIRA NETA¹; CARINE DE FARIAS FLORENTINO¹; FRANCISCO OLIVEIRA SILVA SEGUNDO¹; MARIANA SOARES DE ANDRADE GARCIA¹; RAMON SANTANA DE LIRA¹; CAROLINA UCHÔA GUERRA BARBOSA DE LIMA².

Introdução: A fissura palatina é uma condição congênita comum. Pode ocorrer isoladamente ou como parte de um problema ou síndrome genética. Os sintomas são causados pela abertura na boca e incluem dificuldades para falar e comer. A cirurgia restaura as funções normais com cicatrizes mínimas. Se necessário, pode haver uma ajuda fonoaudiológica para corrigir dificuldades na fala. **Objetivo:** Identificar a causa da disfunção e os possíveis tratamentos, referindo-se a um trabalho bibliográfico na tentativa de descrever o fenômeno fisiopatológico. **Resultados:** As fissuras palatinas são malformações congênitas identificadas pela presença de fenda na região óssea ou mucosa da abóbada palatina, podendo ser completas e totais atingindo, nesse caso, todo o céu da boca e a base do nariz, estabelecendo, dessa forma, uma comunicação direta entre um e outro. É resultante da falta de fusão, na linha mediana, dos processos bilaterais independentes do maxilar. Seu tratamento é para fechamento completo de tal fenda e é feito por etapas, a fim de assegurar a integridade do arcabouço ósseo e a funcionalidade da musculatura de oclusão, assim como para evitar a deficiência de respiração e a voz anasalada. Para que haja um tratamento eficaz, é necessário que seja efetuado por uma equipe multidisciplinar envolvendo ginecologista obstetra, geneticista, cirurgião plástico, pediatra, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e odontólogo. Atinge um em cada 550 bebês no Brasil e acomete uma em cada 650 crianças nascidas no Brasil, segundo dados da Organização Mundial da Saúde e são mais frequentes no sexo masculino. O problema pode ser genético, pois cerca de 26% dos portadores apresentam história familiar. Ocorre no começo da gestação, entre a 4^a e a 12^a semana, sendo capaz de ser diagnosticada antes do nascimento, através de ultrassonografias a partir a 14^o semana de gestação e tratada nos primeiros meses de vida. Suas principais causas são devido aos desequilíbrios hormonais, as deficiências nutricionais, o uso de certas drogas, bem como o uso de álcool ou cigarro durante a gestação, sendo possível evitar essa condição com a mudança dos hábitos das mães e com o investimento em uma alimentação rica em vitamina B. **Considerações finais:** Com o diagnóstico que pode ser feito intra-uterino a partir da 13^a semana, o único tratamento é a opção de cirurgia. A cirurgia se divide no fechamento do lábio, que é a partir dos três meses de idade, e do palato que é a partir do décimo segundo mês de vida.

DESCRITORES: Fissura. Tratamento. Cirurgia

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

ADENOMA MONOMÓRFICO: ENTENDENDO A PATOLOGIA

ALINE NUNES DA COSTA¹; GABRIELLA PIRES DE GUSMÃO¹; MARCELLE GUEDES FIGUEIREDO DE ALENCAR¹; RAFAELA DE OLIVEIRA VIEIRA¹; MARIA DO SOCORRO GADELHA NÓBREGA².

O adenoma pleomórfico é um tipo mais comum de neoplasia (lesão benigna) de glândula salivar, sendo responsável por cerca de 70 a 80% dos casos. Essa lesão pode ocorrer nas glândulas salivares maiores e menores, principalmente no palato, lábio superior e mucosa jugal. O adenoma pleomórfico é formado a partir de uma proliferação de elementos ductais e células mioepiteliais, acredita-se que ele tenha origem a partir do ducto intercalar. O adenoma pleomórfico se apresenta como um volume, de crescimento lento, e consistência firme, coberta por mucosa ou pele de colorações normais. Nas glândulas salivares menores, as características são as mesmas citadas acima, apresentando apenas como diferencial uma certa mobilidade. Ambos são mais comuns em indivíduos com idades de 30 a 60 anos, e tem preferência por mulheres. Nos tumores pequenos localizados nas glândulas salivares menores, podem ser realizadas as biopsias excisional ou incisional. Já nos tumores das glândulas salivares maiores, pode ser realizado a punção aspirativa por agulha fina. O tratamento se dar de forma mais eficaz quando se realiza a remoção cirúrgica, nesta opção, quando feita de forma adequada, as taxas de cura são superiores a 95%. Nos tumores localizados no lobo superficial ou no lobo profundo da parótida, o mais indicado a se realizar é a protidectomia superficial ou total. Foi identificada em vários pacientes a paralisia parcial, e em alguns a definitiva. Isto ocorre devido à aproximação da patologia com o nervo facial.

DESCRITORES: Adenoma. Neoplasia. Patologia

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

CARCINOMA EPIDERMOIDE ORAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

ANA PAULA DA SILVA SANTOS¹; CAROLYNE MATIAS DE OLIVEIRA FELISMINO¹; ISABELLE CRISTINA SOUSA DE LUCENA¹; MARIA LETÍCIA DINIZ GOMES¹; RAFAELLA BASTOS LEITE²

Introdução: Dentre os 6,4 milhões de neoplasias malignas diagnosticadas no mundo, aproximadamente 10% estão localizadas na cavidade oral, estando o carcinoma epidermoide oral (CEO) compreendido entre o sexto tipo de câncer mais incidente do mundo, apresentando maior incidência na 6ª década de vida e maior predisposição pelo gênero masculino quando comparado ao feminino. O CEO pode compreender doenças no lábio, língua, gengiva, assoalho da boca, palato, glândulas salivares, amígdala e faringe. O seu desenvolvimento provém principalmente de fatores como: etilismo, tabagismo, exposição à luz ultravioleta, má-higiene oral e também de mutações herdadas. Inicialmente a doença é assintomática, e o diagnóstico é realizado após uma adequada anamnese e realização de uma biópsia. Clinicamente o CEO apresenta-se com a presença de ulceração extensa, fundo irregular e necrótico, circundado por áreas eritemato-atróficas branco avermelhadas, localizadas preferencialmente no dorso e borda lateral da língua. A escolha do tratamento depende de fatores como grau de diferenciação celular, sítio, tamanho e localização da lesão primária. **Objetivo:** Contribuir com mais esclarecimentos a respeito dos mecanismos vinculados ao desenvolvimento de metástases nestas lesões e as suas formas de apresentação clínica, fornecendo subsídios para diminuição do atraso do diagnóstico, sugerindo ações para modificação desse quadro. **Metodologia:** Para elaboração da revisão da literatura foram utilizados a base de dados PUBMED e SCIELO, onde foram pesquisados artigos da literatura médica da língua inglesa e portuguesa publicados no período de 1980 a 2017 com auxílio dos termos: fatores prognósticos, indicadores prognósticos, prognóstico do câncer oral, recorrência do câncer oral. **Resultados:** Lesões de cavidade oral, mais acessíveis ao exame clínico, são encaminhadas principalmente pelo médico em geral. Já lesões de orofaringe, não tão acessíveis, são mais encaminhadas pelo otorrinolaringologista. Nossos resultados refletem a pouca atuação do cirurgião dentista no sentido de diagnosticar e encaminhar os pacientes com câncer de boca e de orofaringe para o tratamento. **Conclusões:** Em virtude da importância do diagnóstico precoce do CEO, é necessário o conhecimento das características clínicas dessa doença por parte do profissional cirurgião dentista, a fim de encaminhar o paciente ao oncologista ou cirurgião de cabeça e pescoço quando julgar necessário, após efetuação do exame clínico bucal, para que assim seja realizado o tratamento correto. As formas de tratamento podem ser baseadas em modalidades terapêuticas, processo cirúrgico, radioterapia e quimioterapia, estando os mesmos, associados ou não. Além disso, podem ser preconizadas cirurgias reconstrutivas estéticas, na reabilitação da mastigação e fonação.

DESCRITORES: Carcinoma. Neoplasia. Lesão

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

SÍNDROME DE MOEBIUS

LILISSANE ARIADYNE OLIVEIRA DA SILVA¹; MÔNICA MARIA DA SILVA FALCÃO².

A síndrome de Moebius consiste em um raro distúrbio neurológico complexo, caracterizado por paralisia não progressiva dos nervos cranianos VII e VI, tipicamente bilateral, resultando pouca expressividade facial e estrabismo convergente. Foi descrita primeiramente no ano de 1892, pelo médico neurologista Julius Moebius. A etiologia desta síndrome ainda não foi elucidada. Alguns estudos sugerem que ocorre uma deficiência na formação do nervo motor que inerva a face. Já outros estudos apontam ausência de musculatura que permite a realização de movimentos faciais. Alguns estudiosos acreditam que esta patologia seja hereditária, enquanto outros dizem que a causa é teratogênica. Esta síndrome pode ser classificada de duas formas. Síndrome de Moebius clássica: corresponde a 60% dos casos e caracteriza-se, na maior parte dos casos, por paralisia bilateral completa ou incompleta dos nervos faciais e abducente. Síndrome de Moebius ligada a outras anomalias: corresponde a 40% dos casos.

DESCRITORES: Síndrome de Moebius. Patologia. Paralisia

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

PARTICIPAÇÃO DO HPV NA PATOGENIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

ALINE MORAIS VITÓRIO¹; IANARA VITÓRIA SOUZA DE LUCENA¹; MARIA JAMYLLS SILVA QUEIROGA¹; NADJA CRISTINA SANTOS DE ALMEIDA¹; MONICA MARIA DA SILVA FALCÃO².

INTRODUÇÃO: O carcinoma epidermoide (CE), também conhecido como carcinoma espinocelular (CEC) e de células escamosas corresponde entre 90 a 95% do câncer oral. O perfil do portador desta neoplasia é do sexo masculino, acima de 40 anos, consumidor de tabaco e álcool, considerados fatores de riscos primários para o desenvolvimento da doença, mas entre 15 a 20% dos acometidos por CE são não fumantes, não fazendo parte desse perfil. Com isto, a infecção pelo HPV tem sido reconhecida como fator de risco para o desenvolvimento desta patologia. Pacientes HPV-positivos são majoritariamente jovens, com predominância em homens com comportamento sexual de risco, como alto número de parceiros e histórico de sexo oral. Tendo em vista o aumento dos casos de HPV oral, o presente estudo busca avaliar com base na literatura a ocorrência de câncer de boca associado a infecção por esse vírus. **METODOLOGIA:** Realizou-se pesquisa em bases de dados (Lilacs, Bireme e Scielo) utilizando os descritores: Carcinoma epidermoide e HPV oral, sendo selecionados 8 artigos, em um recorte de 12 anos (2005 a 2017). **RESULTADOS:** O HPV infecta células epiteliais causando proliferações benignas na pele ou em mucosas (verrugas), e a depender do subtipo do vírus afeta proteínas relacionadas ao ciclo celular, como a P53, estimulando malignização, aumentando a importância desse vírus na etiologia do CE. Existem fatores que são de grande importância na progressão de lesões HPV para CE, como o subtipos de HPV (sendo o 06 e 11, de baixo risco, e o 16 e 18, de alto risco) e a genética do indivíduo. O carcinoma HPV positivo acomete mais células basais e tem componente inflamatório menor, possuindo uma menor mutação de P53, menor associação com tabaco e álcool, dificultando os estudos sobre a ação do HPV. A prevalência do HPV em CE varia de acordo com os sítios anatômicos acometidos pelas lesões, sendo maior em lesões na língua e assoalho bucal. Diversos métodos podem interferir na detecção do vírus, sendo o PCR preferível, o estudo histológico é um método de screening de lesões associadas ao HPV. **CONCLUSÃO:** O HPV na carcinogênese oral está associado a parte dos carcinomas orais e atua de maneira sinérgica a outros carcinógenos químicos e físicos, como o fumo e o álcool, apenas uma reduzida percentagem de CE estaria associada exclusivamente à ação das proteínas virais. Métodos de detecção eficazes e medidas preventivas são absolutamente imprescindíveis visando diminuição e erradicação do vírus.

DESCRITORES: Carcinoma. HPV. Vírus

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

MIÍASE ORAL: FATORES PREDISPONENTES E SUA PREVALÊNCIA EM PACIENTES PORTADORES DE ALZHEIMER

CLEICE KELLY GOMES DA SILVA¹; JONAS OLIVEIRA MARQUES¹; JULYANA LEITÃO DE SANTANA¹; MARTA MARTINS FERREIRA¹; RALINE MENDONÇA DOS ANJOS²

A miíase é uma afecção que ocorre raramente na cavidade oral, causada pela presença por larvas de moscas em órgãos e/ou tecidos. A ocorrência de miíase na cavidade oral é rara. Dentre os fatores predisponentes, destaca-se a senilidade, como também a doença de Alzheimer. As manifestações clínicas não são específicas e variam de acordo com a região envolvida. Seu diagnóstico costuma-se fácil, por suas características clínicas de interrupção da continuidade da borda tecidual local, odor fétido e presença de larvas no local é evidente. Na maioria das vezes vem associada a fatores que levam a notar que o paciente possuía uma pobre higiene oral, halitose severa, alguma patologia que direcionava a uma deficiência mental, paralisia cerebral, entre outras condições de comprometimento neurológico ou psicológico. Os pacientes portadores de Alzheimer constitui um grupo de risco para miíase bucal, sendo necessário orientar cuidadores e familiares em relação aos cuidados odontológicos para prevenção desta patologia. A ocorrência de miíase bucal é rara e há poucos relatos de casos clínicos na literatura descrevendo esta condição. O tratamento é realizado pela remoção mecânica das larvas, com uso de pinças associado ou não com soluções tópicas como água-oxigenada, éter, iodo tópico e o uso do antiparasitário Ivermectina. Compete ao cirurgião dentista orientar e tratar prontamente esta afecção antes que ela chegue a um estado crítico, às vezes mortal, por hemorragias ou comprometimento do sistema nervoso central.

DESCRITORES: Miíase. Alzheimer. Afecção oral

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

ADENOMA PLEOMÓRFICO DO PALATO DURO

JOANA KAROLINE DOS SANTOS¹; MAINGRIDY GALDINO BARROS¹;
RAFAEL DAVID DA SILVA¹; RÔMULO PIRES DE OLIVEIRA FILHO¹; THALITA
FERNANDES DE FREITAS PANTA¹; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI²

O adenoma pleomórfico é a neoplasia de glândulas salivares mais comum e acomete principalmente as glândulas salivares maiores, sobretudo a parótida. As lesões causadas são comumente assintomáticas e de evolução lenta, com relatos de até 25 meses para o diagnóstico final. De caráter benigno, o AP é um tumor das glândulas salivares, de crescimento lento, acometendo em sua maioria pacientes do sexo feminino, com maior incidência em sua quarta ou quinta década de vida. Embora menos frequentes em região das glândulas salivares menores, um estudo multicêntrico, avaliando 174 casos da doença, revelou-se que o palato foi o sítio mais acometido, com 54%. As lesões, geralmente, são assintomáticas e de evolução lenta, levando de 3 a 4 anos para o paciente solicitar tratamento. Lesões intraorais são menos comuns e ocorre preferencialmente no palato seguido pelo lábio superior e a mucosa jugal, geralmente apresenta uma proeminência de consistência firme, crescimento lento, indolor recoberta por uma mucosa íntegra e de coloração normal, porém em alguns casos pode exibir crescimento rápido, ulceração e grande extensão. Lesões no palato podem afetar o osso implícito, que corresponde a área radio transparente bem delimitada em exames radiográficos. Fortuitamente, podem estender-se para o seio maxilar, para lesões maiores é indicada uma ultrassonografia computadorizada, ultrassonografia e ressonância magnética são indicadas como exames complementares no diagnóstico, como também para o acompanhamento dos pacientes. O tratamento consiste na enucleação conservadora. Essa peculiaridade no tratamento apresenta uma excelente prognose quando realizada a remoção cirúrgica adequada, com baixas taxas de reaparecimento e rara transformação maligna. Embora diagnosticado em estado de evolução considerável, o tratamento mais indicado para AP é o por meio da incisão cirúrgica é indicado um dispositivo, como a placa de acrílico para a proteção da ferida cirúrgica, pode ser uma conduta terapêutica eficaz para a redução dos sintomas dolorosos.

DESCRITORES: Adenoma pleomórfico. Neoplasia. Lesões

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

SÍNDROME DE MOEBIUS

BRENO ALVES DE LACERDA¹; BRUNA APARECIDA SUCUPIRA BATISTA¹; FERNANDA ALBURQUERQUE VON SEEHAUSEN DA PAIXÃO¹; RITA DE KASSIA DANTAS DA SILVEIRA¹; CAROLINA UCHÔA GUERRA BARBOSA DE LIMA²

A síndrome de Moebius é uma patologia que afeta principalmente o segmento cefálico, sendo incluída nas síndromes crânio-faciais. É caracterizada pela paralisia congênita dos pares cranianos VI e VII. Além dos nervos facial e abducente, em certos casos, os nervos glossofaríngeo e o hipoglosso também podem ser afetado, o que produz uma aparência facial pouco expressiva e estrabismo convergente, também podem sofrer disartria (problemas com a articulação da fala), devido às dificuldades de o movimento dos lábios, o que pode adicionar dificuldades na mobilidade da língua ou o palato. Tem ocorrência no início da fase embrionária e continua sua manifestação até a etapa final do crescimento do indivíduo. Essa doença necessita do acompanhamento de diversos profissionais como o: cirurgião plástico e maxilo-facial, odontólogos especializados em ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia (móvel e fixa), pediatras, ortopedistas, fonoaudiólogos, psicólogos e geneticistas. Esta síndrome não possui cura até o momento; todavia, o tratamento visa proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente, abrangendo procedimentos cirúrgicos (ortopedia e estrabismo), fisioterapia, fonoterapia e terapia ocupacional. É preciso dar atenção especial à cavidade bucal destes pacientes, uma vez que estes são mais susceptíveis ao desenvolvimento de cáries e doenças periodontais. Em casos de presença de alterações neurológicas, o neurologista pode receitar alguns medicamentos. O diagnóstico clínico pode ser feito após o nascimento, sendo detectada uma falta de expressão facial no recém-nascido, bem como uma ausência de sucção, resultando em uma alimentação assistida para o bebê. O teste médico que pode ajudar mais no diagnóstico inicial é a eletromiografia facial, o que pode ser feito desde os primeiros dias de vida e mostrar um padrão de envolvimento no território inervado pelo nervo facial. Baseado nesses fatos, o cirurgião-dentista deve não apenas conhecer essa doença, mas também realizar seu diagnóstico, para que o controle se inicie brevemente.

DESCRITORES: Síndrome de Moebius. Paralisias de nervos cranianos. Malformações congênitas

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança

ADENOMA PLEOMÓRFICO

GABRIELLE LUCENA RODRIGUES¹; ITAINAR HENRIQUES CARVALHO¹; YASMIN AUGUSTA BEZERRA LEITE¹; MARIA DO SOCORRO GADELHA NÓBREGA².

O conhecimento de tumores de parótida é uma ferramenta essencial ao cirurgião no momento do seu diagnóstico e conduta. O adenoma pleomórfico é um tipo de neoplasia, mais frequente nas glândulas salivares, sendo responsável por cerca de 70 a 80% dos casos. Essa lesão pode ocorrer nas glândulas salivares maiores e menores, principalmente no palato, lábio superior e mucosa jugal, sendo mais frequente em mulheres e raramente sofre um processo de malignização. Apresenta um crescimento lento, indolor, de uma massa única, sólida, com margem delimitada, consistência endurecida, aspecto lobulado, indolor, móvel a palpação, a não ser que seja encontrado no palato. O adenoma pleomórfico é formado a partir de uma proliferação de elementos ductais e células mioepiteliais, acredita-se que ele tenha origem a partir do ducto intercalar. Ainda assim, é facilmente confundido com outras patologias que visivelmente são idênticas a ele, como adenoma monomórfico e fibroma. O exame de escolha para diagnosticar é a ultrasonografia, mas não é determinante para indicação cirúrgica. A tomografia computadorizada e/ou a ressonância nuclear magnética não são essenciais, mas podem ser indicadas em casos selecionados para planejar o tratamento adequado. A punção também é um recurso utilizado para diagnóstico complementar. Este exame tem como objetivo diferenciar entre neoplasia benigna e maligna, visto que a citologia geralmente não determina o diagnóstico histológico definitivo. Considerando que o exame clínico aparece como um método adequado de diagnóstico de tumores benignos, entende-se que a indicação de exames complementares ocorre predominantemente em casos em que há suspeita de malignidade. O tratamento para o adenoma é a parotidectomia subtotal com preservação do nervo facial. Uma das complicações mais temidas do pós-operatório de cirurgias de parótida é a paralisia facial, que aparece com frequência, sendo a paralisia definitiva apenas uma pequena porcentagem.

DESCRITORES: Adenoma. Diagnóstico. Tratamento

¹Discentes do curso de graduação em Odontologia das Faculdades Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação em Odontologia das Faculdade Nova Esperança