



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.

**III MOSTRA DE TUTORIA DE
ODONTOLOGIA
2017.2**

MARIA DO SOCORRO GADELHA NÓBREGA
Coordenadora do Evento

21 E 22 DE NOVEMBRO

JOAO PESSOA/PB
2017

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina 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

Mônica Maria da Silva Falcão

COMISSÃO CIENTÍFICA DO EVENTO

Ana Carolina Loureiro Gama Mota

Ana Luiza Andrade

Carolina Uchôa Guerra Barbosa de Lima

Josélio Soares de Oliveira Filho

Maria do Socorro Gadelha Nóbrega

Margarida Maria Pontes de Carvalho

Mônica Maria da Silva Falcão

Rafaella Bastos Leite Cavalcanti

Raline Mendonça dos Anjos

Tânia Regina Ferreira Cavalcanti

Waléria Bastos de Andrade Gomes Nogueira

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

Estamos trazendo a divulgação dos trabalhos apresentados na III Mostra de Tutoria de Odontologia 2017.2 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, 20 de novembro de 2018.

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

PÔSTER DIALOGADO

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ACTINOMICOSE ORAL *(Trabalho Premiado)*

ANRY CAVALCANTE DE A. B. F. QUINTÃO¹; BRUNNO LEONNARDO SILVA DE SOUTO¹; ELLTON JOSÉ DE OLIVEIRA MARQUES¹; GILVANY MARIA DA SILVA¹; JANINNE DE SOUZA MEDEIROS¹; ANA LUIZA DIAS LEITE DE ANDRADE²

A actinomicose é uma infecção bacteriana crônica, supurativa e granulomatosa, causada por espécies patológicas de *Actinomyces* sp., bactérias anaeróbias gram-positivas que fazem parte da microbiota bucal normal. É classificada de acordo com a região acometida, quais sejam: actinomicose cervicofacial, tóraco-pulmonar e abdominopélvica. Na cavidade oral, os filamentos bacterianos podem ser encontrados mais frequentemente cálculos e bolsas periodontais, além de lesões cariosas e na superfície da mucosa oral. Se a integridade da barreira anatômica da mucosa ficar comprometida e na dependência da susceptibilidade do hospedeiro, as espécies de *Actinomyces* sp. podem iniciar um processo inflamatório crônico prolongado, criando uma massa tumoral com conseqüente destruição tecidual e osteólise. A actinomicose pode se apresentar na forma aguda ou crônica, sendo esta última mais comum. Dentro outros quadros de imunossupressão, a hiperglicemia crônica característica da diabetes mellitus induz eventos que promovem mudanças estruturais em vários tecidos, além de estar associada a problemas na cicatrização de feridas. O diagnóstico da actinomicose é considerado difícil devido à ausência de sinais específicos da doença e à série de lesões que integram seu diagnóstico diferencial, de tal forma que esta infecção permanece amplamente desconhecida para a maioria dos clínicos. Em cavidade oral, a actinomicose pode exibir diferentes apresentações clínicas e o envolvimento palatal é extremamente raro. O tratamento é realizado normalmente com a administração de penicilina por via oral, podendo levar de 3 a 12 meses de duração. Este trabalho revisa a etiologia, patogenia, as manifestações clínicas, o diagnóstico e o tratamento da actinomicose, acerca do caso clínico avaliado e comentado de uma mulher de 46 anos que procurou o setor de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial de uma universidade pública, relatando presença de lesão em palato duro com tempo de evolução de aproximadamente 4 dias e que provocava incômodo ao deglutir. A paciente possuía história médica de diabetes mellitus e era tabagista há aproximadamente 20 anos.

DESCRITORES: Actinomicose. Infecção bacteriana crônica. Cavidade oral

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

AMELOBLASTOMA UNICISTICO

ALINE MARCEDO¹; FLÁVIA ROBERTA COSTA DE AZEVEDO¹; KAROLYNE PEREIRA DA SILVA¹; MARIA STHEFANI GOMES DE OLIVEIRA¹; THALIA KALITUANY ARAÚJO DO NASCIMENTO¹; ANA LUIZA DIAS LEITE DE ANDRADE²

O ameloblastoma é, segundo a OMS, um tumor odontogênico de origem epitelial, benigno, que apresenta características de infiltração local e elevado índice de recidiva. Considerando a sua frequência, agressividade, diversidade histopatológica, capacidade de recidiva e controvérsia quanto às formas de tratamento, muitos têm sido os motivos para que esse tumor seja constantemente citado na literatura médica e odontológica. O ameloblastoma unicístico é uma variante do ameloblastoma que apresenta melhor prognóstico com baixo índice de recidiva, mesmo se tratado por cirurgias conservadoras, como enucleação e/ou curetagem da lesão. Clínica e radiograficamente pode se assemelhar a uma lesão cística, como um cisto folicular, sendo fundamental o diagnóstico preciso para que o tratamento adequado seja instituído com menor risco de recidiva da lesão. O caso clínico relatado é de uma paciente do gênero feminino, 20 anos, com aumento volumétrico na face, em região posterior de mandíbula. A punção aspirativa seguida de biópsia excisional e análise histopatológica confirmaram o diagnóstico de ameloblastoma unicístico. A paciente foi submetida à enucleação do tumor e curetagem óssea, ambas realizadas com sucesso. A paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial de 2 anos, sem sinais de recidiva do tumor.

DESCRITORES: Ameloblastoma. Neoplasias Mandibulares. Tumores Odontogênicos

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

SIALOLITÍASE: SUA ATUAÇÃO NA GLÂNDULA SUBMANDIBULAR

EMILIANA SOUSA FELISMO¹; PAULO RICARDO NASCIMENTO DE LIMA¹;
WAMBERTO FREIRE NETO¹; WILLIAMS DOS SANTOS GUEDES ANDRADE¹;
MÔNICA MARIA DA SILVA FALCÃO²

A sialolitíase refere-se à formação de pedras (cálculos) nas glândulas salivares, também conhecidas como sialolitos. Estas pedras podem formar-se quando a concentração de cálcio salivar encontra-se aumentado. Outro fator que auxilia na formação dos sialolitos é o acúmulo de restos alimentares e bactérias naturalmente encontradas na cavidade oral que migram para o ducto salivar, obstruindo-o, favorecendo o processo de formação desses cálculos, uma vez que impedem a passagem da saliva pelo ducto salivar, resultando nos episódios de inchaço (edema). Esta patologia afeta duas vezes mais os homens, que se encontram na faixa etária entre 30 a 50 anos. O diagnóstico precoce da sialolitíase é fundamental para evitar o desconforto de técnicas mais invasivas para o paciente e pode ser realizado através de inspeção visual, palpação cuidadosa da glândula e da zona ductal associado a exames radiográficos. Outros exames complementares como ultrasonografia, sialografia, sialoendoscopia, tomografia computadorizada e ressonância magnética podem ser utilizados para estabelecer o diagnóstico, porém estes exames ainda são poucos utilizados em virtude do seu alto custo. O tratamento dos sialolitos irá depender de alguns fatores, como a duração dos sintomas, do número de repetições dos episódios, do tamanho e da localização do cálculo. O especialista indicado para tratar esta afecção é o cirurgião dentista bucomaxilofacial. O tratamento consiste desde uma simples estimulação glandular utilizando substância cítrica, massagem (“ordenha”) e hidratação, visando tornar mais fácil a excreção, ou, nos casos de sialolitos de grandes dimensões, a retirada por meio de procedimento cirúrgico. Antibióticos são habitualmente receitados, devido ao potencial bacteriano do processo.

DESCRITORES: Sialolitíase. Sialolitos. Cálcio salivar

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

HEMATOMA DE ERUPÇÃO: O HEMATOMA E SUAS DIFICULDADES

BRUNA APARECIDA BATISTA¹; CAMILA DE ANDRADE LIMA PEREIRA¹; FERNANDA ALBUQUERQUE VON SEEHAUSEN DA PAIXÃO¹; ITAINAR HENRIQUES CARVALHO¹; RITA DE KASSIA DANTAS DA SILVEIRA¹; TANIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI²

Introdução: Os cistos de erupção são considerados um tipo de cisto dentífero e podem ocorrer na dentição decídua. Essa patologia ocorre quando o dente apresenta dificuldade para vencer resistências e irromper na arcada dentária, permanecendo a face oclusal ou incisal de sua coroa recoberta por um capuz de mucosa gengival, favorecendo um processo inflamatório de natureza traumática. **Metodologia:** O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, de aspecto descritivo realizado através de consultas na base de dados e artigos científicos relacionados a Hematoma de Erupção. **Resultados e Discussão:** Quando um dente está por nascer, seja ele de leite ou não, pode aparecer uma espécie de ‘bolha’ na gengiva, podendo ser vermelha e em alguns casos arroxeadada. A gengiva fica inchada podendo apresentar leve desconforto principalmente ao comer. A histogênese do cisto dentífero, incluindo o cisto de erupção, ainda é obscura e sua etiologia também não está definida, mas em dente decíduo o aumento de volume e inchaço da gengiva pode ser ocasionado devido à própria erupção do dente ou por algum trauma na região, sendo assim conhecido por hematoma de erupção. Normalmente o hematoma se rompe espontaneamente, permitindo a erupção natural do dente. Podem ser oferecidos mordedores frios ou alimentos mais consistentes e frios para aliviar o desconforto e ajudar no rompimento. Caso haja muita dificuldade em comer e irritação constante ou não rompimento da ‘bolha’, é indicada a visita ao Odontopediatra para avaliar a necessidade de uma pequena intervenção no local. **Considerações Finais:** Assim, cisto de erupção não requeira tratamento cirúrgico, pode ser necessário para ajudar a erupção dos dentes. A sintomatologia do paciente e o estágio de formação de raízes são fatores importantes para determinar a melhor abordagem, e cabe ao profissional, cirurgião- dentista que atende bebês, diagnosticar, orientar a família e, quando necessário, intervir de forma resolutiva.

DESCRITORES: Dente Decíduo. Hematoma. Gengiva

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

SIALÓLITO: ALTERAÇÕES DE GLÂNDULAS SALIVARES

ANA PAULA DA SILVA SANTOS¹; CAROLYNE MATIAS DE OLIVEIRA FELISMINO¹; ISABELLE CRISTINA SOUSA DE LUCENA¹; MARIA LETICIA DINIZ GOMES¹; MARIA LUISA GOMES DE MEDEIROS¹; ANA LUIZA DIAS LEITE DE ANDRADE²

A sialolitíase salivar é uma condição relativamente comum, caracterizada pela obstrução da glândula salivar ou de seu ducto excretor por um cálculo, o qual recebe a denominação de sialólito. Diversas hipóteses e fatores etiológicos têm sido relatados acerca de sua gênese, como fatores mecânicos, inflamatórios, químicos, neurogênicos, infecciosos, etc., de qualquer forma, parece que a combinação dessa variedade de fatores leva à precipitação de fosfato tricálcico amorfo, que uma vez cristalizado e transformado em hidroxiapatita, resultando em foco inicial. Na maioria dos casos, essa condição está associada com edema, dor e infecção da glândula afetada, resultando em ectasia salivar e posterior dilatamento glandular. Pode ocorrer em qualquer faixa etária, apresentando leve predileção pelo gênero masculino e afeta, principalmente, a glândula submandibular. A grande maioria dos sialólitos apresenta dimensões inferiores a 10 mm, comprimentos superiores a 15 mm são raros, e, quando tal condição é vista, denomina-se sialólito gigante. O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica do cálculo ou da glândula afetada (cálculo intraglandular) por acesso intraoral, na maioria das vezes, sob anestesia local. Após a remoção o ducto deve ser suturado a mucosa, mas de forma não oclusiva, para que a drenagem salivar não seja interrompida. Para um correto diagnóstico o cirurgião dentista deve realizar uma descritiva anamnese e criterioso exame clínico em busca de um nódulo de consistência endurecida que apresenta certo grau de mobilidade, ou aumento de volume em regiões que alojam glândulas salivares ou seu sistema ductal. Em virtude da importância de um adequado diagnóstico da sialolitíase, é necessário o conhecimento das características clínicas dessa doença por parte do profissional cirurgião dentista, para que assim seja realizado o tratamento correto. O diagnóstico é dado pela correlação entre achados clínicos e radiográficos, sendo as radiografias oclusal e panorâmica as mais adequadas para esse fim.

DESCRITORES: Lesão. Glândula. Sialólito

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

AMELOBLASTOMA UNICÍSTICO: UM TUMOR ODONTOGÊNICO BENIGNO COM ALTA INCIDÊNCIA NA MANDÍBULA

ANDERSON SILVA DE LIMA¹; EDILSON DONATO MOREIRA JUNIOR¹; FERNANDA MARIA MÁXIMO DE ARAÚJO¹; LUCIANA MARINA COUTINHO DE ANDRADE VENTURA RIBEIRO¹; ANA LUIZA DIAS LEITE DE ANDRADE²

INTRODUÇÃO: O ameloblastoma é uma neoplasia odontogênica benigna que abrange aproximadamente 10% de todos os tumores odontogênicos e 1% dos tumores e cistos dos maxilares, sendo considerado o tumor odontogênico de maior significância clínica. Conforme suas características clínicas, radiográficas e histológicas, os ameloblastomas podem ser classificados em multicístico (sólido), unicístico, periférico e desmoplásico. O ameloblastoma unicístico acomete preferencialmente pacientes jovens, sendo 50% dos casos diagnosticados na segunda década de vida (NEVILLE, 2009). Mais de 90% dos ameloblastomas unicísticos são encontrados na mandíbula, usualmente nas regiões posteriores. A lesão costuma ser assintomática, apesar de grandes lesões poderem causar um aumento de volume doloroso nos ossos gnáticos. Alguns tumores se apresentam radiograficamente com uma área radiolúcida bem demarcada e, em geral, estabelecem diagnóstico diferencial com cistos primordiais, cistos radiculares ou cistos residuais, logo dependendo da relação da lesão com os dentes da região. Quanto ao seu tratamento, o ameloblastoma é comumente tratado por meio de enucleação do tumor. **METODOLOGIA:** Nesta revisão houve a pesquisa na base de dados do SciELO. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O diagnóstico do ameloblastoma é feito somente após a análise microscópica do suposto cisto. Existem algumas controvérsias sobre o tratamento, onde alguns cirurgiões dentistas indicam a enucleação do cisto como melhor opção terapêutica; outros preferem manter o paciente sob rígido controle radiográfico e adiar o tratamento adicional até que exista a evidência de recidivas; enquanto que um outro grupo de profissionais acredita na ressecção local da área como terapia mais indicada. Taxas de recidiva de 10% a 20% foram descritas após a enucleação e curetagem dos ameloblastomas unicísticos em muitas das antigas séries de casos (NEVILLE, 2009). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nos anos de 1970 e 1980, houve relatos que a resposta ao tratamento do ameloblastoma unicístico sugeriria que a lesão poderia se comportar de maneira menos agressiva, mas isso foi contestado por relatos recentes. Os ameloblastomas unicísticos são responsáveis por 10% a 40% de todos os ameloblastomas intraósseos em vários estudos. O laudo histopatológico é de fundamental importância na escolha do tipo de tratamento entre as várias modalidades terapêuticas disponíveis para o ameloblastoma.

DESCRITORES: Ameloblastoma. Neoplasia odontogênica benigna. Tumores odontogênicos

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

CISTO GENGIVAL EM CRIANÇA: CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS E FORMAS DE TRATAMENTO

ADRIENNE MENESES GONÇALVES¹; CAMILLA ALVES SANTOS DE ANDRADE¹; ELTON FERNANDES BARROS¹; RAFAELLA BASTOS LEITE CAVALCANTI²

Introdução: O cisto gengival (CG) é uma patologia de tecido mole encontrada na cavidade oral, decorrente de dificuldades de um elemento dentário conseguir se expor na cavidade oral. Esse cisto apresenta um aspecto translúcido, delimitado, e uma visível protuberância no local de erupção do dente, com conteúdo sanguíneo na cavidade cística, o qual é decorrente de trauma ou infecção, e, com isso, pode ser constatado o hematoma de erupção, que pode ser visualizado com uma coloração arroxeadada ou azulada. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de CG em região anterior superior, bem como discutir aspectos relacionados aos achados clínico-patológicos e tratamento dessa lesão. **Metodologia:** Para elaboração da revisão da literatura foi utilizada a base de dados Google Scholar e BBO vinculadas à biblioteca virtual BIREME bem com 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: cistos, cistos odontogênicos e patologia bucal. **Relato de caso:** Paciente J.B.S., do gênero masculino, com 1 ano e um mês de idade, que foi levado pela mãe ao serviço de atendimento da FONE(Faculdade de Odontologia Nova Esperança) com a queixa de que “um dente não nasceu” e que há a presença de “uma manchinha azulada na gengiva” e que devido ao hematoma, a criança se sentia desconfortável e sem se alimentar corretamente. Após adequada anamnese, durante o exame intra-oral foi observado pela cirurgiã-dentista a ausência do elemento dentário 61, este exibindo um hematoma de erupção com o tecido pouco fibrosado, e com uma coloração azulada. A cirurgia foi realizada e o paciente não apresentou mais alterações durante a fase de nascimento a dentição decídua. **Considerações finais:** Os achados do presente caso ressaltam a importância do correto diagnóstico e enaltecem a importância de um exame clínico minucioso da cavidade oral.

DESCRITORES: Lactente. Hematoma. Dente Decíduo

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

PAPILOMA VÍRUS HUMANO E SUA RELAÇÃO COM A LESÃO MALIGNA ORAL

EMILLY BRAGA DE OLIVEIRA¹; GREICE KELLY BERNARDO MOIZINHO¹; REBECCA MOHANA ALVARENGA DE SANTANA OTON¹; WALÉRIA BASTOS DE ANDRADE GOMES NOGUEIRA²

Este banner foi desenvolvido por graduandos do 2º período do curso de odontologia da Faculdade Nova Esperança (FACENE) desempenhado através do estudo clínico observado na realização da Tutoria, com o objetivo de demonstrar a relação existente entre o Papilomavírus e a lesão maligna; denominada carcinoma de células escamosas. Objetivamos também instigar a população como um todo a conhecer os riscos que o HPV pode apresentar de forma maligna para a cavidade oral. Para desenvolvimento deste estudo, fizemos uso de fontes bibliográficas, como artigos de caráter científico, disponibilizados em meio eletrônico. Como resultado, identificamos que o Papiloma vírus Humano (HPV) é um papovavírus capaz de infectar a mucosa e a pele; pode acometer a região ano-genital e a mucosa oral. Desenvolvendo-se na cavidade oral as seguintes neoplasias: carcinoma, leucoplasias, papilomas, hiperplasia epitelial focal, condiloma acuminada, verruga vulgar e líquen plano. Sendo o Carcinoma de células escamosas a neoplasia que representa 90% dos tumores malignos desta região. É um câncer bucal fácil de ser diagnosticado, porém se demorado a ser detectado pode prejudicar o tratamento, e causar seqüela estéticas e funcionais do aparelho estomatognático nos pacientes, e em casos extremos a morte. A relação entre o câncer e o HPV em alguns estudos é demonstrada como presença viral, e apresenta relação com a carcinogênese. É estudada também a possibilidade de transmissão oro genital, o que faria do vírus um importante causador do desenvolvimento de câncer na cavidade oral. Estudos revelam a existência de aproximadamente 100 tipos de papilomavírus sendo que 24 destes acometem a cavidade oral, sendo o carcinoma mais grave. Em relação ao tratamento pode ser realizado de maneira cirúrgica ou clínica, com o objetivo de realizar a remoção da lesão visível. O paciente deve ser acompanhado mesmo após o procedimento, pois o vírus permanece na mucosa oral, sendo necessário também que o mesmo realize uma boa higienização bucal e se previna com uso de preservativos, para evitar transmissão por via oro genital.

DESCRITORES: Papilomavirus. Câncer Oral. Carcinoma

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

CISTICERCOSE E SUA MANIFESTAÇÃO NA CAVIDADE BUCAL

ANIELE DOS SANTOS¹; BEATRIZ DE CARVALHO ALEXANDRE¹; CAYO HENRIQUE DE SANTANA MENEZES¹; JOÃO BATISTA DOS SANTOS JUNIOR¹; RUAN DIEGO ANDRIOLA ALVES¹; MÔNICA MARIA DA SILVA FALCÃO²

INTRODUÇÃO: A cisticercose é uma parasitose causada pela ingestão de água ou de alimentos como legumes, frutas ou verduras contaminados com os ovos de um tipo específico de Tênia, a *Taenia solium*. Mais a fundo, detalhadamente além das causas, sintomas e ciclos da doença. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso, do tipo documental e de aspecto exploratório, baseado na análise de sites e artigos científicos levando em consideração as manifestações da patologia no paciente infante. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** De manifestação comum no Brasil, a cisticercose tem como forma de transmissão a propagação de ovos da tênia através de seus dois hospedeiros: O porco, definido como hospedeiro intermediário, e o homem, cujo papel é atribuído ao hospedeiro definitivo. Após a anamnese, descobriu-se que o paciente praticava a geofagia, e o após exames histopatológicos foi diagnosticado com uma lesão cística esbranquiçada na região inferior da língua. Foi realizada e excisão cirúrgica visto que a lesão era benigna, e se fez necessário o acompanhamento junto ao cirurgião-dentista para o tratamento pós-operatório. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Após todos os procedimentos padrões realizado para com o paciente, foi constatado, após o exame histopatológico, que se tratava de um caso raro de cisticercose na língua, sem quaisquer indícios de malignidade. Alguns exames extras foram solicitados, como sorologias para HIV, hepatites B e C e VDRL; incluindo também uma tomografia do crânio, todos os exames deram negativos e o resultado da tomografia não indicou qualquer anormalidade. Com a confirmação das condições saudáveis, restou apenas o acompanhamento final junto ao dentista e médicos para finalização do tratamento.

DESCRITORES: Diagnóstico. Leishmaniose. Cão Doméstico

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

CISTO GENGIVAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

ANA CAROLINA EXNER FERNANDES BARROS¹; ANA LUIZA DE ARAÚJO RODRIGUES¹; JHENIFFER JHULYA BEZERRA DE LIMA¹; LIVIAN ISABEL DE MEDEIROS CARVALHO¹; MARIA EDUARDA MACIEL DE ALMEIDA SALES¹; RAFAELLA BASTOS LEITE CAVALCANTI²

Introdução: O cisto gengival (CG) ou cisto erupcional consiste em uma anomalia benigna associada a um dente em erupção. Esta alteração acomete apenas tecidos moles e caracteriza-se por retardar o irrompimento dentário, podendo acometer dentes decíduos, permanentes e supranumerários. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de CG em região anterior superior, bem como discutir aspectos relacionados aos achados clínico-patológicos e tratamento dessa lesão. **Metodologia:** Para elaboração da revisão da literatura foi utilizados a base de dados Google Scholar e BBO vinculadas à biblioteca virtual BIREME bem com 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: cistos, cistos odontogênicos e patologia bucal. **Relato de caso:** Criança do sexo masculino, com 1 ano e 1 mês de idade, foi acometida pela alteração. A mãe do paciente relatou que durante o exame intra-oral foi observado pela cirurgiã-dentista a ausência do elemento dentário 61, este exibindo um hematoma de erupção com o tecido pouco fibrosado, e com uma coloração azulada. Foi realizada uma anestesia tópica associada à infiltrativa, usando 0,5 mL de Lidocaína a 2% com Epinefrina 1:100.000. Logo após, foi feita uma incisão com bisturi com lâmina 15, a fim de expor parte da coroa dentária, também foi realizado a drenagem e retirada do tecido com auxílio da pinça reta e bisturi. **Considerações finais:** O paciente não apresentou mais alterações durante a fase de nascimento a dentição decídua. Por tratar-se de lesão de pequenas dimensões e assintomáticas, a ocorrência de tais cistos na boca não tem sido relatada com frequência na literatura. Os achados do presente caso ressaltam a importância do correto diagnóstico e enaltece a importância de um exame clínico minucioso da cavidade oral.

DESCRITORES: Cistos. Cistos Odontogênicos. Patologia bucal

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

SIALÓLITO ORAL: DIAGNÓSTICO E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

EMYLLY DE FREITAS FARIAS¹; FRANCIANY MARTINS CORDEIRO¹; MARÍLIA HEMILLY MELO DE SOUZA¹; MYLLENA MAYARA DE FRANÇA ALVES¹; RAFAELLA BASTOS LEITE CAVALCANTI²

Introdução: Os sialólitos são formações de estruturas calcificadas que se desenvolvem no interior do sistema ductal salivar, de crescimento sucessivo, assintomático e de evolução lenta resultando na diminuição do fluxo salivar, podendo acarretar a dilatação da glândula salivar envolvida. Os sialólitos acometem preferencialmente as glândulas submandibulares seguida da glândula parótida e sublingual. Sua patogênese permanece não totalmente elucidada, podendo ser relacionada à existência de microcálculos, os quais obstruem o ducto salivar, ou restos de alimentos e bactérias presentes na cavidade oral que migram para dentro do ducto. O diagnóstico é realizado através de perícia, palpação e verificação da quantidade e qualidade do fluxo salivar e complementado por exames radiográficos. O tratamento para esta patologia varia de acordo com seu tamanho e sua resistência, sendo mais comuns as manobras de ordenha ou incisão para retirada do sialólito. **Objetivo:** discutir aspectos relacionados aos achados clínico-patológicos e tratamento dessa lesão. **Metodologia:** Para elaboração da revisão da literatura foi utilizados a base de dados Google Scholar e BBO vinculadas à biblioteca virtual BIREME bem com 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 sialólito, glândula sublingual e fluxo salivar. **Resultados e discussão:** Clinicamente, o paciente apresenta um aumento de volume na região referente à glândula salivar envolvida, entretanto, a completa obstrução pode ocasionar dores e inchaços, principalmente durante a alimentação, por meio dos movimentos mastigatórios, o que também promove a estimulação salivar. Para confirmação da hipótese diagnóstica de sialólito e melhor elucidação do caso faz-se necessária realização de exame radiográfico, onde a maioria (80%) dos sialólitos apresentam-se radiopacos, variando o grau de radiopacidade de acordo com a composição mineral do cálculo, podendo ser facilmente observados em radiografias oclusais de mandíbula. O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica do cálculo e da glândula afetada (cálculo intraglandular) por acesso intraoral, e, na maioria das vezes, sob anestesia local. **Considerações finais:** O tratamento pode variar de acordo com o tamanho, forma e localização do cálculo.

DESCRITORES: Sialólito. Glândula Sublingual. Fluxo salivar

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR. RELATO DE CASO: PAPILOMA ESCAMOSO NA CAVIDADE ORAL

MARIANA SANTOS DE LUCENA¹; WALÉRIA BASTOS DE ANDRADE GOMES NOGUEIRA²

Caso clínico referente a uma paciente de 41 anos, a mesma relatou que apresentava uma “verruga no céu da boca”. A hipótese diagnosticada para este caso foi Papiloma Escamoso, na qual tem origem a partir de uma proliferação do epitélio escamoso estratificado ceratinizado, disposto em projeção digitiforme com centros de tecido conjuntivo fibrovascular. Resultando um aumento de volume papilar ou verruciforme. (Doorbar et al., 2012) que consiste em uma lesão induzida pelo papilomavirus humano (HPV) . É a doença sexualmente transmissível viral mais frequente. Sendo necessária a realização de um procedimento cirúrgico simples, por um cirurgião-dentista, a exérese da lesão. A paciente apresentou uma rápida recuperação após a cirurgia. O papiloma escamoso bucal (PEB) é uma lesão proliferativa benigna do epitélio escamoso estratificado, na qual está associado ao HPV. (TAGLIARI et al., 2011). Nesse estudo foi realizada uma revisão bibliográfica a respeito das manifestações orais associadas ao papiloma escamoso oral e a importância do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar e o seu diagnóstico, tratamento e profilaxia. O referido trabalho tem como objetivo enfatizar através de um relato clínico a importância da inserção do Cirurgião-Dentista na equipe multidisciplinar. Por estar associado ao human papillomavirus o dentista deve realizar um trabalho em conjunto com outros profissionais da área de saúde se fazendo assim necessário a realização de atividades que conscientizem à população sobre medidas preventivas. Vários fatores podem contribuir para a infecção por HPV, em especial, início da atividade sexual precoce, grande número de parceiros sexuais, estado civil e a escolaridade. (Nonnenmacher B, Breitenbach V, Villa LL, Prolla JC, Bozzetti MC., 2002). A integração do Cirurgião-Dentista com à equipe de saúde e usuários se evidência, observando que o profissional atua de forma interdisciplinar afim de otimizar o atendimento e atuando como educador na prevenção de doenças e na promoção de saúde.

DESCRITORES: Papiloma Escamoso. Papilomavirus Humano. Saúde integral

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

PAPILOMA ESCAMOSO: CAUSAS E TRATAMENTO

ALEXANDRE SCHULER BARROS¹; DEBORAH THAISE BEZERRA DE CAMPOS¹; JORDAN WILLY GALDINO LINS¹; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI²

O papiloma escamoso é uma proliferação benigna do epitélio escamoso estratificado e acredita-se que ela está relacionada com o HPV (papilomavírus humano). Os pacientes com o vírus da imunodeficiência adquirida apresentam uma maior predisposição para o desenvolvimento de lesões pelo HPV. A patologia não apresenta sintomas, e é solitária; entretanto, o não tratamento dessa doença pode ocasionar tumores displásicos (pré-cancerosos) ou malignos (cancerosos). A virulência e taxa de infectividade é muito baixa, os homens e as mulheres são acometidos em todas as faixas etárias. Os locais que são mais acometidos por essa patologia na cavidade oral são: língua, palato mole e lábios. Pode ser identificado por apresentar coloração branca, vermelho claro ou semelhante a mucosa normal, microscopicamente o papiloma escamoso é caracterizado pela presença de projeções digitiformes (em forma de dedos) suportadas por focos de tecido conjuntivo fibrovascular em meio ao tecido epitelial proliferativo. Além dessa característica, é importante a presença de células modificadas pela inclusão viral, que apresentam citoplasma claro e núcleo pequeno e intensamente corado; essas células são chamadas de Coilocitos e normalmente são encontradas nas camadas mais superiores do tecido epitelial dando a aparência de couve-flor no tecido epitelial hiperqueratinizado. O diagnóstico é realizado por meio de suas características clínicas, já descritas pelo cirurgião dentista e pelo auxílio de exames histopatológicos. Entretanto, o diagnóstico diferencial do papiloma oral quando em forma solitária inclui verruga vulgar, papiloma acuminado e hiperplasia focal, sendo estes últimos uma forma mais rara de se apresentar. Mesmo com diversos tipos de papilomas, os que mais ocorrem na boca são quase sempre escamosos. O tratamento indicado é a remoção cirúrgica com pequena margem de segurança e inclui base da lesão; a reincidência da lesão é bastante rara e improvável, exceto em paciente imunodeprimido.

DESCRITORES: HPV. Papiloma escamoso. Cirurgião dentista

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

SIALOLITÍASE

ALEXANDRINA SILVEIRA NETA¹; GABRIELLA PIRES DE GUSMÃO¹; LUCAS PEREIRA DIAS¹; YASMIN AUGUSTA BEZERRA LEITE¹; MÔNICA MARIA DA SILVA FALCÃO²

Os sialólitos são pedras que se formam no orifício do ducto das glândulas salivares resultantes da deposição de sais de cálcio ao redor de áreas focais de matéria orgânica. Também o acúmulo de restos alimentares e bactérias naturalmente encontradas na cavidade oral podem migrar para o ducto salivar, e obstruí-lo. A predominância faz-se maior nos adultos do gênero masculino, e ainda na faixa etária de 30 a 50 anos, sendo muito incomum em crianças. São lesões que tendem a crescer continuamente, provocando obstrução e aumento de volume do ducto afetado, redução do fluxo salivar e ocasional sintomatologia dolorosa. O sialólito geralmente mede de 1 mm a menos de 10 mm, podendo variar em seu tamanho, apresenta normalmente formato arredondado, oval ou alongado e atinge as três principais glândulas salivares: a parótida, a submandibular e a sublingual. Apesar da glândula submandibular e seu ducto, que por ser maior propicia a formação do cálculo, aparecerem como os locais mais suscetíveis a esta doença, ela também pode atingir glândulas menores. Tal quadro dificulta na hora da alimentação, gerando sensações de desconforto e inchaço, que culminam para que o indivíduo acometido procure um profissional para um devido tratamento. O procedimento envolve, inicialmente, a manobra de ordenha da glândula, para verificar se há redução da quantidade salivar quando comparado às outras glândulas. Dependendo do tamanho do cálculo, é possível proceder de maneiras diferentes. A continuidade do tratamento mais simples seria tentar dilatar o orifício do ducto realizando a ordenha da glândula, a fim de expulsar o sialólito, porém, caso não haja sucesso, opta-se pela realização de uma pequena incisão no orifício do ducto, assim fazendo a remoção do sialólito e realizando uma simples sutura. Se ainda assim não solucionar, pode haver a remoção da glândula, tornando necessária a instalação de um tubo para manutenção do ducto glandular.

DESCRITORES: Cálculo. Glândula. Obstrução

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

SIALOLITÍASE

ANDRIELLY REBECA FONSECA DO NASCIMENTO¹; MARIA EDUARDA DE ARAUJO CRUZ¹, VICTORIA RODRIGUES PEREIRA NASCIMENTO¹; WALÉRIA BASTOS DE ANDRADE GOMES NOGUEIRA²

A sialolitíase tem como definição a formação de sialólitos, também chamado de cálculos que se desenvolveram no interior do ducto salivar, de forma assintomática, lenta e de crescimento gradual, podendo trazer consigo estase salivar da glândula comprometida. A mesma pode afetar as glândulas submandibular de forma mais frequente, as glândulas sublingual de maneira rara. Além disso, grande parte dos cálculos salivares são de pequeno porte, ou seja, de pequenos tamanhos, entretanto, podem chegar pela existência de vários microtúbulos intracelulares, o por restos alimentares presentes na cavidade oral, ambos podendo acarretar a obstrução dos ductos salivares. O sialólito tem predominância para o gênero masculino, sendo formentado na proporção 2:1 em relação ao feminino. Os sialólitos são a causa mais comum de infecções crônicas e agudas, pois respondem grande parte das doenças de glândulas salivares maiores. Todavia, o exame físico é muito importante para identificação da sialolitíase, pois sintomas como dor e edema na glândula podem estar presentes na alimentação. O estímulo salivar excessivo também é considerado na detecção da patologia. Além disso, o diagnóstico é obtido por histórico do paciente, quadro clínico, e como foi citado anteriormente exame físico, com confirmação através de exames de imagem, como radiografias, ultra-sonografias, tomografia computadorizada e ressonância magnética. Ressalta-se que o método mais comumente usado é a radiografia com pouca radiação, pois mostram claramente a natureza mineral do processo. Ademais o quadro clínico dessa patologia costuma caracterizar-se por dor abrupta associada com um aumento de volume na região mandibular durante ou, perto do momento do ato alimentar, quando a síntese de saliva encontra-se no seu ápice e o fluxo salivar é empurrado contra a obstrução glandular. Por conseguinte, ocorre redução do edema, porém o aumento do volume surge repentinamente sempre que há a estimulação do fluxo salivar. Há uma evidente diminuição da produção de saliva e, através da palpação intrabucal, o cirurgião dentista consegue avaliar o cálculo com relação ao seu tamanho e sua localização no ducto salivar. Conclui-se que, seu tratamento irá depender de alguns fatores, como a duração dos sintomas, do número de repetições dos episódios, do tamanho da localização do cálculo.

DESCRITORES: Sialólito. Glândula sublingual. Edema

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

PAPILOMA ESCAMOSO: DIAGNÓSTICO E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

ATANIL FERREIRA DOS SANTOS JUNIOR¹; JOANA KAROLINI DOS SANTOS¹; RAMON SANTANA DE LIRA¹; THALITA FERNANDES DE FREITAS PANTA¹; MAINGRIDY GALDINO BARROS¹; RAFAELLA BASTOS LEITE CAVALCANTI²

Introdução: O papiloma escamoso (PE) é uma proliferação benigna do epitélio escamoso estratificado que pode ser induzido pelo Papilomavírus Humano (HPV), relacionado a dois de seus mais de 100 subtipos de HPV, o 6 e 11, esses predominantes em 50% dos papilomas orais. O PE é caracterizado como sendo uma lesão firme, indolor e normalmente exofítica, com formato ovóide de base ampla ou como uma lesão pediculada com a presença de numerosas projeções que possuem como resultado um aumento de volume papilar, de coloração branca, vermelho-clara, ou de mesma coloração da mucosa. Apresenta diferentes formas de transmissões, desde contato sexual, saliva e pelo leite materno, porém sem uma origem totalmente elucidada. O diagnóstico é realizado através do exame histopatológico. O tratamento indicado é a remoção cirúrgica com pequena margem de segurança e deve incluir a base da lesão. **Objetivo:** Discutir aspectos relacionados aos achados clínico-patológicos e tratamento dessa lesão. **Metodologia:** Para elaboração da revisão da literatura foi utilizados a base de dados Google Scholar e BBO vinculadas à biblioteca virtual BIREME bem com 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: papiloma escamoso, lesão e papilomavírus humano. **Resultados e Discussão:** O diagnóstico do HPV na mucosa oral e na orofaringe pode ser suspeitado pelo exame clínico da lesão, citologia e biópsia, porém são os exames de biologia molecular que são capazes de detectar o DNA do HPV na célula, destacando-se a reação em cadeia de polimerase (PCR) como a técnica mais sensível para pesquisar o HPV. Entretanto, é importante e fundamental para estabelecer o papel etiológico do HPV nas lesões orais a avaliação da eficácia das diferentes técnicas para a detecção do HPV. **Considerações Finais:** Dentre as técnicas utilizadas no diagnóstico do HPV, a mais sensível é a PCR. Desta forma, são necessários mais estudos com aperfeiçoamento dos métodos utilizados para a detecção do DNA do HPV e das técnicas de coletas das amostras (swabs ou biópsia), objetivando menor interferência nos resultados e maior esclarecimento sobre a infecção do HPV.

DESCRITORES: Papiloma Escamoso. Lesão. HPV

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

PAPILOMA ESCAMOSO

CARINE DE FARIAS FLORENTINO¹; IRIS THAELEN NÓBREGA DIONÍSIO¹;
JEZREEL FERREIRA PAIVA¹; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI²

Em síntese, o Papiloma Escamoso é uma proliferação benigna do epitélio escamoso estratificado, bastante conhecido, sendo relacionado com o HPV (papilomavirus humano). O vírus relacionado a essa doença é de fita dupla, da família papovaviridae, não envelopado e que apresenta considerável tropismo por células epiteliais e mucosas, sendo 25 tipos referentes ao envolvimento da região oral. Esse vírus, também possui uma capacidade de interferir no mecanismo de proliferação e apoptose celular devido à ativação de genes que favorecem a divisão da célula, por isso é possível, na maioria dos casos observarem um aumento de volume tecidual. A lesão desenvolve-se predominantemente em crianças, acomete preferencialmente a língua, lábios e palato mole, contudo, qualquer superfície oral pode ser afetada. Na realização do exame clínico, pode-se chegar a uma hipótese diagnosticada de verruga vulvar, por possuir morfologicamente uma semelhança com o papiloma escamoso, porém a sua confirmação de papiloma escamoso se dá a partir da exérese da lesão, e posteriormente exame histopatológico, onde são revelados fragmentos de mucosa revestidos por epitélio estratificado pavimentoso hiperqueratinizado e acantótico com coilócitos dispersos na porção superficial da camada espinhosa e projeções papilares na superfície e ilhas de tecido conjuntivo fibrovascular. Além disso, o meio de transmissão é pouco conhecido, dando-se algumas hipóteses de transmissão: contato sexual, não sexual, disseminação de saliva, objetos contaminados e pelo leite materno. Ademais, a lesão pode ser desenvolvida a qualquer momento da vida, sendo estimulada principalmente por estresse ou baixa na resistência imunológica. Assim sendo, o diagnóstico é rápido e fácil de ser tratado, sendo o tratamento recomendado uma excisão cirúrgica conservadora, incluindo a base da lesão; apesar disso, a pessoa diagnosticada de manter uma boa alimentação, cuidados com a exposição solar e no trabalho.

DESCRITORES: Papiloma. Vírus. Diagnóstico

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ODONTOMA COMPLEXO: RELATO DE CASO

IDALO VERNEY BENÍCIO SILVA SÁ¹; JOSÉ MATHEUS SILVA DE SOUZA¹;
PEDRO HENRIQUE GUEDES PEREIRA¹; THAIS MEDEIROS DE AMORIM¹;
MÔNICA MARIA DA SILVA FALCÃO²

Introdução: Os odontomas são os tipos mais comuns de tumores odontogênicos. São anomalias do desenvolvimento - hamartomas - compostos por muitos tecidos dentários, como cimento, polpa, esmalte e dentina. Podem ser classificados em complexos e compostos, quando apresentam desorganização tecidual e quando os tecidos dentários se apresentam de forma organizada, respectivamente. Normalmente, não se sente os sintomas e são diagnosticados através de exames radiográficos de rotina por estarem associados à falta de erupção de um dente permanente. **Objetivos:** Analisar o caso clínico do projeto de tutoria, identificar as possíveis causas e tipos de tratamento para esses tipos de tumores e apresentar uma breve revisão literária sobre o tema. **Metodologia:** A pesquisa foi realizada através de teses, dissertações, periódicos, livros e artigos, caracterizando-se como descritiva e bibliográfica. **Resultados e discussões:** O paciente não apresentou aumento de volume, assimetria, alteração de coloração facial, sensibilidade dolorosa espontânea ou provocada na área indicada e relatou não ter tido problema sistêmico durante a infância. Através do exame radiográfico, foi diagnosticado o odontoma composto, contudo, após o exame histopatológico, o diagnóstico definitivo foi de odontoma complexo. A solução do caso foi dada através de procedimento cirúrgico. **Considerações finais:** Após a análise do caso, pôde-se concluir que o odontoma costuma ser assintomático, mas a não retirada do tumor pode provocar problemas futuros. Sendo recomendado pela maior parte dos autores, a remoção cirúrgica. Além disso, é importante no pós-operatório a prescrição de antibiótico e analgésico em caso de dor, assim como a orientação do paciente quanto a necessidade de acompanhamento radiográfico durante 6 meses para preservação cirúrgica.

DESCRITORES: Tumor Odontogênico. Odontoma. Erupção dentária

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

PAPILOMA ESCAMOSO

ALLAN DE ALMEIDA MACEDO¹; DÉRIKA DE LIMA RODRIGUES¹; JODSON TAYNAN BENÍCIO DOS SANTOS¹; MARIA MICARLA¹; RAFAELA DE OLIVEIRA VIEIRA¹; JOSÉLIO SOARES DE OLIVEIRA FILHO.²

O Papiloma Escamoso e a verruga vulgar são lesões muito conhecidas e que estão bastante relacionadas com o HPV (papilomavírus humano). Atualmente sabe-se que existem mais de 100 tipos desse vírus de DNA de dupla fita pertencente a família papovaviridae. Foi descoberto que pelo menos 25 tipos estão relacionados com o envolvimento da região oral. Papiloma Escamoso é uma neoplasia benigna comum na cavidade oral originária do epitélio superficial. Apresenta-se como lesão exofítica, de superfície rugosa, normocrômica ou hipocrômica, podendo ser de base pedunculada ou séssil. Geralmente encontradas em pequenas dimensões. O Subtipo HPV mais prevalente encontrado nos papilomas é o HPV 6, seguido pelo HPV 11. O HPV 16 também tem sido detectado em alguns papilomas orais. O papiloma escamoso é a lesão mais frequente e, por isso, tem sido observado em diversas localizações anatômicas da cavidade oral. Os locais de predileção incluem a língua, principalmente borda lateral, e o palato mole. A prática do sexo orogenital é a principal via de contágio da infecção oral. O diagnóstico é feito a partir das características clínicas e histopatológicas, embora o vírus não possa ser visualizado por colorações de rotina, o mesmo pode ser confirmado por uma série de procedimentos diagnósticos, dentre eles: a técnica de hibridização in situ, imuno-histoquímica, imunofluorescência, microscopia eletrônica e Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) tanto o papiloma escamoso quanto a verruga vulgar se desenvolvem a partir de uma proliferação do tecido epitelial induzida pelo HPV. O papiloma escamoso é mais prevalente em indivíduos jovens, onde é caracterizado por um aumento de volume tecidual, pediculado, de consistência amolecida, superfície irregular com aspecto "digitiforme" ou de "couve-flor" e coloração esbranquiçada ou avermelhada. O tratamento se dá através da remoção cirúrgica, com pequena margem de segurança.

DESCRITORES: Papiloma escamoso. HPV. Papiloma Humano

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

TUMOR ODONTOGÊNICO: ODONTOMA

AMANDA PEREIRA FERRAZ¹; CLARISSE ARAÚJO DE SOUSA¹; JAN CARLOS LOPES DE SOUSA¹; RAFAELA DE SOUSA DANTAS¹; CAROLINA UCHÔA GUERRA BARBOSA DE LIMA²

Dentre os tumores odontogênicos, o odontoma é o mais frequente. Sendo definido como uma malformação benigna, em que as células alcançam completa diferenciação, atingindo o estágio, no qual todos os tecidos dentais estão representados. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), classificam-se em dois tipos principais: complexo e composto. Os odontomas compostos são aqueles que se originam de uma proliferação exagerada da lâmina dentária, em que todos os tecidos dentais estão representados de uma maneira organizada, formando estruturas semelhantes a dentículos. Verifica-se também uma maior ocorrência dos odontomas compostos na maxila. Nos odontomas complexos, por sua vez, os tecidos dentais representados estão desordenados, ou seja, morfológicamente não remetem à forma de dentes. Os tumores ósseos que podem se assemelhar radiograficamente com o odontoma complexo são osteoma osteoide, osteoblastoma, cementoblastoma e fibroma cimento-ossificante. Normalmente são assintomáticos e de crescimento lento devido ao seu desenvolvimento auto-limitante, porém, ocasionalmente podem atingir tamanhos consideráveis causando expansão das corticais ósseas. Não há predominância por gênero e são comumente encontrados em crianças e adolescentes. Geralmente, são descobertos em exames radiográficos de rotina, por estarem associados a falta de erupção de um dente permanente ou quando se investiga o atraso na esfoliação de dentes decíduos. Sua etiopatogenia ainda é um aspecto bastante investigado, apresentando-se, ainda, indeterminada. A etiologia mais aceita relaciona-se a traumas, infecção ou pressão no local da formação, causando perturbação no mecanismo genético e controlador do desenvolvimento dentário. Por sua evolução ser lenta, há quem negue suas características tumorais, pois o odontoma conclui seu crescimento uma vez terminado o processo de calcificação. O tratamento para os odontomas é usualmente a sua excisão cirúrgica, e, sempre que possível, preservar o(s) elemento(s) retido(s) e promover condições para sua erupção. Defeitos no diagnóstico e tratamento, como o atraso na remoção do odontoma, podem levar a problemas de estética, fonética e, principalmente, a alterações oclusais importantes, acarretando na junção de tratamento ortodôntico.

DESCRITORES: Tumores. Odontoma. Tumor odontogênico

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ERUPÇÃO DENTÁRIA

ACSSA DÉBORAH CORREIA DE MELO SILVA¹; BÁRBARA YASMIN CUNHA AGRA¹; GEOVANA DE BRITO COSTA¹; LILISSANE ARIADYNE OLIVEIRA DA SILVA¹; MARCELA DE SOUSA CORDEIRO¹; MÔNICA MARIA DA SILVA FALCÃO²

O termo erupção dentária vem do latim “erupere”, que significa irromper. De modo mais restrito nada mais é que a incisão feita pelos dentes através da gengiva. Entretanto, em um sentido mais amplo, a erupção compreende toda a movimentação do dente a partir da sua localização original no osso em direção axial até atingir sua posição funcional na cavidade bucal. O processo de erupção ocorre em três fases: Fase pré-eruptiva, na qual o germe dentário movimenta-se de duas maneiras, uma parte fica estacionada enquanto o restante continua o processo ou seu movimento; Fase eruptiva, onde o dente em formação movimenta-se rapidamente até alcançar o plano oclusal; Fase pós-eruptiva, na qual o dente realiza movimentos para acomodar-se ao crescimento ulterior dos maxilares. O exato mecanismo de erupção dentária ainda é obscuro, uma vez que múltiplas alterações teciduais ocorrem tais como, o desenvolvimento da raiz e periodonto, reabsorção e aposição do osso alveolar. Dentre as muitas teorias que existem sobre este processo: Crescimento da raiz; Pressão vascular ou tecidual; Remodelação óssea; Tração do ligamento periodontal. compreensível que a reabsorção óssea seletiva e a aposição ocasionadas pela atividade no folículo dentário, sejam importantes reguladores dos estágios iniciais da erupção dentária. Atração pelas células e fibras do ligamento periodontal e possivelmente também a pressão vascular, podem estar envolvidas no movimento axial do dente após sua emergência e talvez também, na erupção reativada durante uma fase mais posterior da vida. O desenvolvimento dos 20 dentes decíduos ou de leite começa por volta do quinto mês de vida intra-uterina. A saúde e a dieta da futura mamãe afetam a dentição da criança, por isso, deve-se ter uma preocupação com a dieta da gestante assim como mantê-la informada sobre a influência de sua alimentação para com o desenvolvimento de seu bebê. Os primeiros dentes primários são os incisivos centrais inferiores, que surgem com aproximadamente 6 a 8 meses de idade. Estes são seguidos de perto pelos incisivos centrais superiores. Primeiros dentes (decíduos) agem como guia para o posicionamento apropriado da dentição secundária. A dentição não provoca infecção. Entretanto, neste período o suprimento de anticorpos maternos da criança é baixo, tornando-a mais propensa a infecções. Assim, a criança pode ficar agitada, acordando durante a noite. Em geral, sinais de doença, como febre, vômito, infecções do trato respiratório, erupções cutâneas ou diarreia não constituem sintomas de dentição, mas sim de doença. Entretanto, muitos pais reportam que uma temperatura baixa é comum no período de 4 a 19 dias antes e depois do dia da erupção do dente, e para o primeiro autor supracitado, se atingir uma temperatura febril de 38,4°C esta deve ser comunicada ao pediatra.

DESCRITORES: Erupção dentária. Dentes. Folículo dentário

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

EXAMES COMPLEMENTARES PARA DIAGNÓSTICO DAS PATOLOGIAS DAS GLÂNDULAS SALIVARES

ALAYDE OLIVIERA PINTO VERAS¹; ANA PAULA DE OLIVEIRA SOARES¹;
MARIA KAROLINE DE BRITO ALVES¹; ANA CAROLINA LOUREIRO²

Introdução: Sialolite é caracterizado pela obstrução da glândula salivar ou de seu ducto excretor por um cálculo, que é estrutura mineralizada no interior do ducto salivar excretor, ou, no próprio parênquima glandular. Porém, é difícil concluir o diagnóstico apenas com o clínico. Métodos complementares podem auxiliar de forma fundamental no diagnóstico. Por causa da importância de se identificar pequenos cálculos nas glândulas salivares como a causa de um conjunto de sintomas, radiografias intrabucais e tomografia computadorizada são os melhores exames para uma avaliação inicial. **Objetivo:** Relatar o caso clínico de um sialólito gigante localizado no ducto de Wharton da glândula submandibular. **Relato de caso:** Paciente com 42 anos, com histórico de sintomatologia dolorosa em região submandibular direita com 10 anos de evolução, apresentou-se ao serviço de Estomatologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O paciente apresentou a lesão localizada em região anterior de ducto da glândula submandibular, assim, os sialólitos localizados nos dois terços anteriores do ducto de Wharton são facilmente palpados intraoralmente; para complementação do diagnóstico, foi realizado exame de imagem do tipo oclusal de mandíbula. É neste contexto que os recursos de sialografia pode ser utilizada na avaliação de sialoadenites crônicas. Estes e outros exames, como a cintilografia e a ultra-sonografia, no diagnóstico e no tratamento das patologias das glândulas salivares. O tratamento foi cirúrgico por acesso intraoral na região do ducto obliterado sob anestesia e incisão no assoalho bucal. Para Becker (2000) o tratamento indicado para cálculos salivares, geralmente, é a remoção cirúrgica, podendo, inclusive, estar acompanhado de remoção parcial ou total da glândula. **Conclusão:** O diagnóstico e tratamento efetuado no relato de caso clínico descrito foram embasados na literatura e mostrou-se adequado considerando que o paciente apresentou acompanhamento clínico de 8 meses e, durante esse período, evoluiu de maneira satisfatória, não apresentando recidivas ou intercorrências pós-operatórias.

DESCRITORES: Sialolite. Cálculo. Sialólito

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

SIALOLITÍASE COMO FATOR ETIOPATOGÊNICO DO TUMOR DE KUTTNER: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ALINE DE MORAIS VITORIO¹; AMANDA DA SILVA CAMARGO¹; IANARA VITORIA SOUZA DE LUCENA¹; MARIA JAMYLLS SILVA QUEIROGA¹; MARGARIDA MARIA PONTES DE CARVALHO²

INTRODUÇÃO: Sialolitíase é a formação de cálculo nos ductos das glândulas salivares, relacionada às irregularidades anatômicas, ao processo infeccioso e ao desequilíbrio eletro-iônico, teria origem na deposição de sais de cálcio ao redor de um acúmulo de restos orgânicos no lúmen ductal. Frequentemente nas glândulas submandibulares, devido a sua anatomia e sua saliva (mais alcalina e concentrada em cálcio), acometendo, principalmente, homens jovens. A sintomatologia é variada, sendo assintomáticos quando pequenos (fluxo salivar normal), se maiores, observa-se aumento das glândulas, principalmente durante as refeições, acompanhada de tensão e dor, diminuindo com o escoamento salivar. O quadro mais grave é a tumefação aguda, que se prolonga à infecção, apresentando cólicas salivares e secreção purulenta. O tumor de Kuttner (TK) ou sialoadenite esclerosante crônica (SEC) consiste em processo inflamatório crônico fibrosante incomum da glândula salivar, que acomete quase exclusivamente a glândula submandibular unilateralmente, ocorre em adultos de ampla faixa etária, sem predileção por sexo. Clinicamente, caracteriza-se por aumento de volume difuso com consistência endurecida semelhante a um crescimento neoplásico.

METODOLOGIA: Análise e revisão de artigos encontrados nas bases de dados Scielo, Pubmed e Lilacs, entre 2001 e 2015, em inglês, português e espanhol, utilizando os buscadores: "tumor de Kuttner", "sialolitíase" e "sialoadenite crônica esclerosante".

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Constata-se uma associação definitiva entre a sialolitíase e TK, visto que autores apresentaram uma vinculação das duas entidades em 30 a 80% dos casos por eles analisados. Quando as duas patologias coexistiam, os sialólitos encontravam-se na porção terminal do sistema ductal, porém Lindenblatt et al. (2007) relata-o em porção glandular do ducto. Ainda existem discordâncias quanto ao papel da sialolitíase no desenvolvimento da SCE, sendo questionado o sialólito como fator etiopatogênico ou apenas consequência do TK. Dentre os autores analisados, uma minoria percebe o sialólito como secundário ao processo inflamatório da SCE, enquanto é dominante a visão do sialólito como um fator desencadeante de inflamação e infecção crônicas, que podem gerar edema dos ácinos glandulares, necrose, ectasia ductal e retenção de saliva, apresentando-se clinicamente com edema e inflamação, caracterizando a SCE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A literatura está em consenso quanto a associação entre SCE e sialolitíase, e apesar do sialólito não considerado fator etiopatogênico do TK por uma minoria, a explicação fisiopatológica para tal tem amplo respaldo na literatura analisada, justificando assim a importância da pesquisa e do interesse do cirurgião dentista, visando tratar antecipadamente os pacientes com sialólitos, para evitar o desenvolvimento do TK.

DESCRITORES: Sialolitíase. Glândulas salivares. Sialólito

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ODONTOMA: OCULTO ELEMENTO NÃO DENTÁRIO

BRÍGIDA CRISTINA RUFINO DOS ANJOS BARROS¹; RENATA CATARINA FLORÊNCIO DE ARÁUJO¹; SHIRLENE OLIVEIRA DAS CHAGAS¹; RALINE MENDONÇA DOS ANJOS²

Introdução: O odontoma trata-se de uma malformação benigna dos tecidos dentários. Atualmente, esta tumoração é considerada um distúrbio de desenvolvimento, podendo aparentemente ser resultado do efeito de diversos agentes causais. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o odontoma é classificado em dois tipos: Odontoma composto: surge de uma exacerbada proliferação da lâmina dentária na qual os tecidos dentais apresentam-se organizados em um padrão, originando estruturas similares a pequenos dentes, e Odontoma complexo: surge de uma invaginação do epitélio na derme em desenvolvimento, apresentando um padrão no qual os tecidos dentais representados encontram-se desordenados, sem evidenciar similaridades com dentículos. **Objetivos:** Revisão bibliográfica e análise do caso clínico. **Metodologia:** Revisão bibliográfica e análise do caso clínico do projeto de tutoria realizado pelos alunos da Faculdade Nova Esperança (FACENE). **Resultados e discussões:** Radiograficamente os odontomas se caracterizam como um conjunto de estruturas semelhantes aos dentes de forma e tamanhos variáveis envoltos por uma zona radiolúcida, sendo sua imagem patognomônica constituída de dois ou mais dentículos de pequeno tamanho. Estes tumores odontogênicos benignos, são anomalias de desenvolvimentos considerados neoplasias, são mais encontrados nos maxilares, precisamente nos incisivos e caninos. Não há incidência de gênero e geralmente encontra-se em crianças e adolescentes. Comumente podem ser encontrados em radiografias odontológicas. **Considerações finais:** Sabendo que o odontoma é uma proliferação tumoral benigna com uma aparência semelhante a um elemento dentário, por possuir histologicamente esmalte ou matriz do esmalte, dentina, polpa e cimento, se fazem necessário à ida ao cirurgião dentista, afim da averiguação de possíveis anomalias, oriundas de erupções dentárias.

DESCRITORES: Odontoma. Semelhança dentária. Anomalia

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

CISTO DE ERUPÇÃO E SEU PROCESSO DE FORMAÇÃO

MARIANA GUEDES DE FIGUEIREDO¹; MATHEUS ARIEL EVANGELISTA ALVES¹; RAFAEL GERMANO LUNA DE OLIVEIRA¹; WALÉRIA BASTOS DE ANDRADE GOMES NOGUEIRA²

Tendo a sua etiopatogenia incerta sabemos que o cisto dentífero é derivado do epitélio odontogênico da coroa de um dente não erupcionado. Sendo o segundo cisto odontogênico mais frequente nos maxilares e de caráter benigno. Estas lesões se apresentam com o não irrompimento de um dente permanente ou decíduo. Os terceiros molares inferiores e os caninos superiores são os dentes mais afetados, podendo ocorrer também em dentes supranumerários e associados à odontomas. O cisto dentífero acontece nas três primeiras décadas de vida, uma vez que ele depende do desenvolvimento e erupção do dente para desenvolver-se. Possui crescimento lento, normalmente assintomático que pode alcançar dimensões consideráveis, levando a sintomas como dor, desconforto ou irritabilidade, até sintomas mais graves como deformidade facial, impactação e deslocamento de elementos dentários e estruturas adjacentes. Uma de suas formas é o cisto de erupção, que pode ocorrer na dentição decídua. Caracterizado pela dificuldade do dente em irromper devido à resistência gerada pelo capuz mucoso gengival na coroa do dente, favorecendo um processo inflamatório de natureza traumática. O presente estudo apresenta um relato de caso tratado através do processo de ulotomia, com o objetivo de analisar as condições que podem levar ao cisto de erupção e as devidas medidas a serem tomadas pelo odontólogo. O hematoma de erupção é um processo fisiológico normal, sem etiologia específica para o seu surgimento. É uma lesão extra-óssea localizada entre o epitélio reduzido do órgão do esmalte e a coroa do dente, causado pelo acúmulo de exsudato, com frequência hemorrágica, o que confere a gengiva a cor azulada. Normalmente o cisto se rompe devido ao traumatismo mastigatório e, ao erupcionar, a lesão desaparece. Pois assim ocorre o esvaziamento desse fluido, logo, o sintoma e a característica clínica da tumefação desaparecem. Quando isso não ocorre, se vê necessário a intervenção cirúrgica, como realizada no presente caso. Onde o paciente de um ano e um mês tinha o incisivo central superior esquerdo afetado. Segundo estudos, sabemos que o tempo normal para a erupção desse dente é entre o oitavo e décimo mês de vida. Logo, com a presença da tumefação que retardou o irrompimento dentário, foi levado ao aparecimento de lesão azulada com formato cístico, caracterizando o hematoma de erupção. Tratamento feito a partir de remoção realizada com a drenagem do exsudato e em seguida retirada do tecido com bisturi para que o dente pudesse então erupcionar de forma adequada.

DESCRITORES: Cisto de erupção. Cisto dentífero. Hematoma de erupção

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA: POSSÍVEIS PREVENÇÕES

DAVI SAMUEL ALCÂNTARA COSTA¹; RANIELY BEATRIZ QUERINO DA SILVA¹; STHEFANNY KAROLLYNE FORMIGA LEITE CAVALCANTE¹; MÔNICA MARIA DA SILVA FALCÃO²

Rubéola congênita é uma infecção viral adquirida da mãe durante a gravidez. Essa transmissão ocorre via transplacentária, após a viremia materna. Essa infecção se dá através do vírus da Rubéola, que é uma doença viral infecciosa e contagiosa, que tem como agente etiológico um Togavírus, pertencente ao gênero Rubivírus. Em nosso país, a concentração maior dos surtos de rubéola se dão no Rio de Janeiro e Rio grande do Sul, segundo o Ministério da Saúde (MS). Ao acometer gestantes pode levar à risco teratogênico grave com a presença de sequelas irreversíveis, assim como aborto espontâneo, natimortalidade e até o nascimento de bebês com anomalias simples ou combinadas. As anormalidades mais frequentes incluem atraso de crescimento intrauterino, microcefalia, meningoencefalite, catarata, retinopatia, perda da audição, anomalias cardíacas (ducto arterioso persistente e estenose da artéria pulmonar), hepatoesplenomegalia e radiolucência óssea. Ainda, trombocitopenia com púrpura, eritropoese dérmica com lesões purpúricas na pele, adenopatia, anemia hemolítica e pneumonia intersticial. Onde, através da evidenciação de anticorpos IgM específicos para a rubéola no sangue do recém-nascido, tem-se o diagnóstico. Outros testes que podem se úteis incluem hemograma completo, liquor, pesquisa de radiolucência característica na radiografia dos ossos e avaliações oftalmológica e cardíaca completas. Não há tratamento específico para a infecção, seja materna, seja congênita. É possível a prescrição de medidas sintomáticas como o uso de anti-inflamatórios, não esteroideais. Contudo, a vacinação de rotina é o meio para a prevenção, sendo está facilmente obtida, além de aconselhamento e imunoglobulina, o que não garante a prevenção, e o uso dela deve ser considerado como opção apenas para algumas mulheres. Após a vacinação, as mulheres devem ser orientadas a evitar a gravidez por 28 dias. No Brasil, a imunização com vacinas vem promovendo redução da incidência desse agravo, sem haver, até o momento, seu controle definitivo.

DESCRITORES: Rubéola congênita. Infecção viral. Togavírus

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

O AVANÇO NO TRATAMENTO DA DTM

CLEICE KELLY GOMES¹; GOLDEMBERG MORAIS¹; JULYANA SANTANA¹;
MARTA MARTINS¹; MARGARIDA MARIA PONTES DE CARVALHO²

Durante as décadas de 70 e 80, a artrografia, introduzida por Norgaard, em 1940, era considerada o método de primeira escolha para a visualização dos deslocamentos de disco da ATM. A morfologia, o posicionamento e a função do disco articular eram visualizados, de forma indireta, em função da injeção de meio de contraste nos compartimentos articulares superior e/ou inferior. Após a injeção do contraste, imagens videofluoroscópicas dinâmicas eram obtidas, com movimento de abertura e fechamento da boca. Apesar de válida na identificação de problemas como as perfurações de disco, a artrografia não é muito recomendada, atualmente, uma vez que é técnica invasiva que envolve dose de radiação ionizante relativamente alta e causa desconforto ao paciente. O exame por ressonância magnética (RM), introduzido em meados dos anos 80, tornou-se o método de primeira escolha para o diagnóstico das anormalidades dos tecidos moles da ATM, devido à alta acurácia na determinação da posição do disco articular. É o único exame capaz de apresentar a imagem do disco articular, possibilitando, dessa forma, o diagnóstico dos seus deslocamentos. Possibilita, ainda, informações a respeito da condição óssea (cortical e medular), degenerações discais, quantidade de fluido sinovial e dos tecidos retrodiscais. Método avançado e não-invasivo, a RM geralmente é bem tolerada pelo paciente e é de fácil execução, quando comparada à artrografia. Além disso, apresenta a grande vantagem de não expor o paciente à radiação ionizante, para a obtenção das imagens.

DESCRITORES: DTM. ATM. Tratamento

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

CISTOS GENGIVAIS: HEMATOMA DE ERUPÇÃO

DÉBORAH CECÍLIA DA SILVA¹, GABRIELLE LUCENA RODRIGUES¹,
LARISSA EVELYM LUCENA DA SILVA¹, RAFAEL DAVID DA SILVA¹,
JOSÉLIO SOARES DE OLIVEIRA FILHO².

Os cistos de erupção são considerados um tipo de cisto dentífero e podem ocorrer na dentição decídua. Essa patologia ocorre quando o dente apresenta dificuldade para vencer resistências e irromper na arcada dentária, permanecendo a face oclusal ou incisal de sua coroa recoberta por um capuz de mucosa gengival, favorecendo um processo inflamatório de natureza traumática. A patogênese desse cisto é desconhecida, mas, aparentemente, ele se desenvolve pelo acúmulo de líquido entre o epitélio reduzido do órgão do esmalte e a coroa do dente. Os cistos gengivais são alterações que surgem nos tecidos moles (gengiva), e que podem interromper a erupção dos dentes, onde o maior número de ocorrências é em recém-nascidos. Esse aumento de volume e inchaço da gengiva pode ser ocasionado devido à própria erupção do dente ou por algum trauma na região, sendo assim conhecido por hematoma de erupção. Consistem na presença de restos epiteliais que resultam em acúmulo de tecido, fazendo com o que o dente fique irrompido e aja um acúmulo de um líquido translúcido azulado ou com aparência de hematoma, que é capaz de provocar uma inflamação, tendo maior frequência nos maxilares. Em alguns casos o dente poderá nascer normalmente, caso não ocorra, haverá necessidade de intervenção cirúrgica de pequeno porte, realizada pelo Cirurgião-Dentista, com o intuito de expor a coroa do dente. Hematoma de erupção em bebês, cabe ao profissional orientar a família e, quando necessário, intervir, pois é um procedimento simples e resolutivo.

PALAVRAS-CHAVE: Cistos gengivais. Erupção. Restos Epiteliais

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

TUMORES ODONTOGÊNICOS: ODONTOMA COMPLEXO

IDALO VERNEY BENÍCIO SILVA SÁ¹; JOSÉ MATHEUS SILVA DE SOUZA¹;
PEDRO HENRIQUE GUEDES PEREIRA¹; THAIS MEDEIROS DE AMORIM¹;
MÔNICA MARIA DA SILVA FALCÃO²

Os odontomas são os tipos mais comuns de tumores odontogênicos. São anomalias do desenvolvimento - hamartomas -, compostas por muitos tecidos dentários, como cimento, polpa, esmalte e dentina. Classificam-se em dois tipos principais: complexos e compostos. Nos compostos, tem-se uma proliferação exagerada da lâmina dentária, em que todos os tecidos dentais estão representados de maneira organizada, formando estruturas semelhantes a dentículos, localizadas próximo a uma área com dentes, entre as raízes ou sobre a coroa de um dente impactado. Os complexos costumam aparecer na mesma região, mas os tecidos dentais apresentam-se desordenados, sob a forma de massas amorfas ou opacas, não apresentando forma de dentes. Geralmente, a maxila é um pouco mais afetada que a mandíbula, também há uma tendência de que os odontomas complexos ocorram com mais frequência na região posterior da maxila, enquanto os odontomas compostos ocorram na região anterior. A predileção por sexo é controversa, alguns autores afirmam não ter predileção por sexo, outros dizem ocorrer mais no sexo masculino e outros no sexo feminino. Quanto à idade, a maioria dos autores diz ocorrer nas duas primeiras décadas de vida. São sinais clínicos sugestivos de um odontoma, um dente decíduo retido ou impactado e a tumefação do rebordo alveolar. As lesões descobertas nos estágios iniciais do desenvolvimento tumoral são primariamente radiolúcidas, com áreas focais de radiopacidade, representando calcificações iniciais da dentina e do esmalte dentário. Normalmente, o paciente não sente os sintomas e os casos são diagnosticados através de exames radiográficos de rotina por estarem associados à falta de erupção de um dente permanente. No entanto, o diagnóstico definitivo é dado apenas pelo exame histopatológico. A recomendação por maior parte dos autores para solucionar o caso é a remoção cirúrgica. Além disso, recomenda-se no pós-operatório a prescrição de antibiótico e analgésico em caso de dor, assim como o acompanhamento radiográfico durante 6 meses para preservação cirúrgica.

DESCRITORES: Tumor odontogênico. Odontoma. Erupção dentária

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

SIALÓLITO

ANDREA TAVARES CONDE¹; BRENO ALVES DE LACERDA¹; RÔMULO PIRES DE OLIVEIRA FILHO¹; TÂNIA REGINA CAVALCANTI ²

Introdução: Os sialólitos consistem em estruturas calcificadas que se desenvolvem no sistema ductal salivar resultantes da deposição de sais de cálcio ao redor de áreas focais de matéria orgânica. São lesões que tendem a crescer continuamente, provocando obstrução e aumento de volume do ducto afetado, redução do fluxo salivar e ocasional sintomatologia dolorosa. A glândula submandibular e seu ducto parecem ser os locais mais suscetíveis a esta doença. **Metodologia:** O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, de aspecto descritivo realizado através de consultas na base de dados e artigos científicos relacionados à Sialólitíase da Glândula Submandibular. **Resultados e Discussão:** A sialolitíase está entre as enfermidades mais comuns das glândulas salivares. Sialólito é uma calcificação que ocorre nos ductos das glândulas salivares, de origem idiopática, com tamanho e localização variados. Apresenta crescimento lento, é uma patologia benigna, mas de etiologia incerta. A maioria dos casos ocorre no ducto de glândula submandibular, devido ao trajeto do ducto de Wharton que é sinuoso e ascendente, com maior facilidade para deposição dos sais de cálcio e consequente formação de cálculos, além da maior quantidade de proteínas secretadas pela glândula submandibular, o que torna a secreção mais espessa. O diagnóstico é feito por meio da avaliação intra e extraoral, além do auxílio de exames complementares, tais como radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada (TC) e sialometria. O tratamento está intimamente ligado ao tamanho e à localização do cálculo e sempre se opta, quando possível, pelo mais conservador. **Considerações Finais:** Foi observado na literatura revisada, que sialólito é uma calcificação que ocorre nos ductos das glândulas salivares, de origem idiopática, com tamanho e localização variados. Nesse sentido, o tratamento de escolha inicial para a remoção de sialólito deve ser conservador, devendo optar por excisão cirúrgica quando o primeiro não for possível. Assim, o diagnóstico precoce é imprescindível devido à sintomatologia dolorosa e o desconforto. O prognóstico é geralmente bom, e geralmente não há recorrência.

DESCRITORES: Ductos Salivares. Glândula Submandibular. Patologia Bucal

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ACTINOMYCES NAESLUNDII: TRATAMENTO DE INFECÇÃO BACTERIANA

ANTONIO OZORIO DE OLIVEIRA NETO¹; NADJA CRISTINA SANTOS DE ALMEIDA¹; TALLES WELTON FLORENTINO ARAÚJO¹; TATIANA VALÉRIA FLORENTINO ARAÚJO¹; ANA CAROLINA LOUREIRO GAMA MOTA²

Actinomyces naeslundii é uma bactéria gram-positiva do tipo bacilo, considerada anaeróbia ou microaerófila, achada na região oral, tem relação com doenças periodontais e cáries. Uma das patologias crônicas causadas é a actinomicose caracterizada por uma formação de abscesso com exsudação de pus e tecido fibrótico. Relato de caso: Paciente de sexo feminino, 46 anos que possui mal habito de higiene bucal e conseqüentemente uma boca visivelmente mal cuidada, pois apresentava ausência de elementos dentários, caries, retrações gengivais e língua saburrosa. Sendo fumante há 20 anos e diabética, após exames realizados constataram lesão ulcerativa no palato duro, destruição e exposição óssea. Não apresentando nenhuma outra lesão pelo corpo. Foi realizada uma biopsia incisional, onde evidenciou um tecido fibroso denso, discreto infiltrado inflamatório e áreas de necrose. O diagnóstico foi uma bactéria chamada de *Actinomyces naeslundii*, que é associado à placa oral, podendo também ser um fator na doença periodontal e nas infecções oportunistas ao invadir os tecidos. Essa bactéria faz parte da flora normal dos seres humanos e é um micróbio que existe com uma grande comunidade oral. Uma higiene bucal inadequada faz com que obtenhamos como resultado uma doença periodontal, onde as bactérias infectam o tecido das gengivas. Elas só são capazes de crescer em zonas do corpo onde os níveis de oxigênio são baixos, tal como nos tecidos mais profundos, como por exemplo, no palato, dentro da boca. Sinais e sintomas como os sentidos pela paciente, sendo eles, ulceração com pus, dor leve local, incômodo ao deglutir ou até mesmo febre, perda de peso, como consequência de não conseguir se alimentar direito são evidencias da bactéria. Fatores como ser fumante e ter uma má higiene bucal facilitam ainda mais a propagação da bactéria, pois o fumo/tabaco pode provocar traumas causados pela isquemia e ainda outro fator como a paciente ser diabética, faz com que lesões demorem mais para cicatrizar, sendo esse um ambiente bastante propicio para crescimento de bactérias. O tratamento primário são os antibióticos. Em geral é preciso usar altas doses de penicilina para curar a infecção. Se a pessoa for alérgica à penicilina, o médico pode receitar outros antibióticos, como amoxicilina, tetraciclina ou clindamicina. Pode demorar até um ano para que os antibióticos curem a infecção completamente. Pode ser preciso drenar ou remover qualquer erupção (abscesso) decorrente da infecção na pele.

DESCRITORES: Actinomicose. Bactéria. Lesão

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

AMELOBLASTOMA UNICISTICO

ALYNNE CORREIA DE ANDRADE¹; GRAZIELE RIBEIRO DE ARAUJO¹; RAIANNY MARIA DA NOBREGA ALVES¹; RODRIGO PARAGUAI LIMA¹; ANA CAROLINA LOUREIRO GAMA MOTA²

O ameloblastoma é o tumor odontogênico mais comum, benigno, mas que apresenta um comportamento localmente agressivo e infiltrativo, fato com que casos de recidiva sejam bastante comuns, principalmente nos casos em que a lesão não é tratada de forma correta. Acredita-se que o Ameloblastoma pode se desenvolver a partir dos remanescentes do epitélio odontogênico, epitélio de cistos odontogênicos ou a partir de células da camada basal do próprio epitélio bucal. Normalmente essa lesão é diagnosticada entre a segunda e quarta décadas de vida e não apresenta predileção por gênero. O ameloblastoma pode ser dividido em alguns subtipos com características clínicas, radiográficas e histológicas diferentes, são eles: - Ameloblastoma Sólido ou Multicístico; - Ameloblastoma Unicístico; - Ameloblastoma Periférico; - Ameloblastoma Sólido Ameloblastoma Unicístico O tipo unicístico da lesão representa aproximadamente 14% dos casos de ameloblastoma, e são caracterizados por apresentarem um comportamento menos agressivo, se comparado ao tipo sólido (multicístico). O Ameloblastoma unicístico apresenta: Aumento de volume dos ossos gnáticos, assintomático, acomete mais indivíduos entre a segunda e quarta décadas de vida e tem maior predileção pela mandíbula. Normalmente o aspecto radiográfico da lesão é representado por uma radiolucidez unilocular, bem definida e associada a um elemento dentário impactado, a lesão pode ser facilmente confundida com um cisto dentífero ou ceratocisto odontogênico, seus principais diagnósticos diferenciais. Logicamente, algumas lesões (minoria) podem ocorrer sob forma multilocular. Quanto a histopatologia, o ameloblastoma unicístico apresenta 3 variantes: Luminal, Intraluminal e mural (ou intramural). A variante luminal é caracterizada pela presença de uma parede cística contendo células epiteliais ameloblásticas em sua superfície. No intraluminal, essa parede cística é observada invadindo o lúmen cístico, no entanto, não é observada qualquer invasão celular no tecido conjuntivo subjacente (capsulacística) ao epitélio ameloblástico. O padrão mural é considerado mais invasivo e clinicamente mais agressivo, pois nesse caso, há invasão de células lesionais no interior da cápsula de tecido conjuntivo. Antes do tratamento, uma tomografia computadorizada deve ser solicitada para uma análise e mensuração mais precisas do local onde o tumor se localiza. O tratamento dos ameloblastomas ainda é alvo de muita discussão, podendo ser conservador ou mais radical, devido ao seu potencial de agressividade e infiltração local, o tratamento conservador na grande maioria das vezes está relacionado à recidiva da lesão. A curetagem e enucleação do tumor são os exemplos mais comuns de tratamento conservador, é mais indicado em lesão pequena e deve ser feito o acompanhamento do paciente por um longo período. O tratamento radical consiste na remoção da lesão com margem de segurança, essa forma de terapêutica embora mais agressiva tem sido relacionada a menores taxas de recidiva. A radioterapia tem sido uma forma de tratamento quando associada a enucleação, esse tipo de conduta só deve ser utilizada quando a lesão acometer alguma estrutura vital para o paciente, não havendo possibilidade para a ressecção.

DESCRITORES: Endocardite. Bacteremia. Doenças periodontais

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

O USO DO LASER DE BAIXA INTENSIDADE NO TRATAMENTO DAS DTM'S

HERRISON FÉLIX VALERIANO DA SILVA¹; JEFFERSON ANTÔNIO DA SILVA¹; MARCELO DOS SANTOS SILVA¹; MARIA EDINETE DANTAS DE OLIVEIRA¹; ANA CAROLINA LOUREIRO DE GAMA MOTA²

Uma tendência atual da população é aderir às novas tecnologias, como um novo aparelho telefônico, um novo modelo de televisor, um novo carro, equipado com novas funções; na área odontológica não é diferente, estão sendo cada vez mais frequentes novos tratamentos que trazem uma inovação tecnológica como uma solução mais simples determinada doença. As Disfunções temporo mandibulares (DTM's) são alterações no funcionamento da articulação temporo mandibular, essa disfunção pode causar, dificuldade ao mastigar, estalidos, travamentos das articulações da mandíbula, dentre outros; o tratamento com laser para essas alterações é recente e tem apresentado bons resultados. Na odontologia o laser já é usado a mais de duas décadas, para outras finalidades, como tratamento do herpes labial, queilite angular, tratamento de aftas, parestesia, hipersensibilidade dentinária, em pós-cirúrgicos, em ortodontia, e também na endodontia (tratamento de canal). O laser tem efeito analgésico e anti-inflamatório e está sendo utilizado para tratamento das DTM'S, porém o laser apenas, ainda não é indicado como terapia isolada para o tratamento, ele funciona apenas como terapia complementar, para sucesso do tratamento seu uso deve estar associado a outras técnicas. O laser pode ser utilizado para o tratamento de dores específicas da articulação temporo mandibular (ATM), que é uma articulação que liga o maxilar inferior (Mandíbula) e o osso temporal do crânio, ou em problemas musculares. Geralmente o uso do laser para tratamento de DTM's dura de duas a seis semanas, com duas sessões de aplicação por semana. O laser tem a característica de ser indolor com sessões de aplicação rápidas, em poucos minutos vários pontos são irradiados, não apresentando efeitos colaterais. Com tudo o tratamento das DTM's com laser de baixa intensidade, ainda é algo que necessita ser mais estudado, como todas as novidades na área medica ou odontológica, só o tempo, vai poder mostra a real eficiência desse tratamento.

DESCRITORES: Laser. ATM. Terapêutica

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

DTM EM USUÁRIO DE PRÓTESE TOTAL SOBRE IMPLANTE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

ELÁINE CRISTINA VELÊZ RODRIGUES¹; NÁDJA INGLIDE LIMA DE BRITO TEIXEIRA¹; SAULO MONTEVAL LIMA DE BRITO¹; MARGARIDA PONTES DE CARVALHO²

Este trabalho relata a presença de Disfunção Temporomandibular (DTM) em uma paciente portadora de prótese total superior e inferior sobre implante com redução de Dimensão Vertical de Oclusão (DVO). A DTM abrange muitos problemas clínicos na região orofacial, tais como, dor, ruídos articulares, fadiga, bruxismo e zumbidos. Segundo Okeson 2008 diversos são os fatores predisponentes e perpetuantes da DTM, sendo que as considerações anatômicas, que envolvem as discrepâncias inter-arcos e relações oclusais são as que podem se relacionar mais diretamente à prótese total sobre implante. A Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) corresponde à altura inferior da face quando os dentes superiores e inferiores estão em contato intercuspídico na posição de oclusão máxima. Esta medida é importante para a harmonia facial. Ao se considerar pacientes portadores de prótese total, o termo oclusão vai depender de modo direto das condições de suas próteses, pois, próteses com má adaptação, antigas e com desgastes acentuados apresentam alterações e instabilidades oclusais. Esta é uma situação bastante comum nos pacientes portadores de prótese total, tanto que em 1996, Mollo Júnior et al., realizaram um estudo com pacientes edêntulos e constataram que 62,5% dos pacientes apresentaram DVO diminuída. A falta de estabilidade oclusal e má adaptação, juntamente ao desgaste próprio dos dentes acrílicos acarretam uma perda na DVO, fazendo com que o côndilo gravite e conquiste uma posição posterior e superior, condensando a zona bilaminar, que é responsável pelo suprimento sanguíneo e pela nutrição da Articulação Temporomandibular (ATM). Considerando os dados acima expostos é pertinente a avaliação de DTM em pacientes portadores de prótese total superior com perda de DVO, pois a mesma altera todo o sistema articular e muscular podendo acarretar dores ou desconfortos na região orofacial, assim como lesões ao sistema estomatognático, Concluiu-se que mesmo após instalação de nova prótese a paciente continuou relatando presença de estalidos durante a execução dos movimentos de abertura e fechamento, mas sem a presença de quadro doloroso, orientou-se a paciente evitar movimentos extensos e prolongados de abertura de boca e foi confeccionada uma nova placa miorreloxante, que deverá ser utilizada a noite, deste modo obteve-se resultado satisfatório para o tratamento.

DESCRITORES: Disfunção. Oclusão. Prótese

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

SIALÓLITO GIGANTE EM DUCTO DE WHARTON

FELIPE MUNIZ¹; MAYARA MENDONÇA¹; SIARA DANIELE¹; MARGARIDA MARIA PONTES DE CARVALHO²

A sialolitíase é definida pela presença de cálculos nas glândulas ou ductos salivares. A maioria dos cálculos tem origem na glândula submandibular que obstrui o ducto submandibular. As glândulas submandibulares são mais suscetíveis ao desenvolvimento desses cálculos devido a fatores químicos da saliva e às características anatómicas. A glândula parótida tem menor prevalência devido ao auxílio dos músculos da expressão facial. A rara prevalência da glândula sublingual deve-se ao menor comprimento dos ductos e ao facto de possuir várias aberturas, favorecendo a drenagem da saliva. A retenção associada ao aumento do pH salivar, inflamação ou trauma do ducto ou da glândula salivar podem ser fatores predisponentes para a formação do cálculo. A literatura descreve uma leve predileção pelo género masculino. Acomete principalmente indivíduos de meia idade, embora possa atingir pacientes jovens, idosos e raramente crianças. A sialolitíase ocorre em aproximadamente da população, não tendo predileção por raça. Um único sialolito representa 75,3% dos casos, 2 representam 15,6%, 3 representam 2,9% e 4 a 8 sialolitos representam 6,2% dos casos. A forma do cálculo pode fornecer informações importantes para sua localização. Normalmente, os sialolitos alongados ou de forma cilíndrica encontram-se nos ductos e os arredondados ou de forma ovoide no interior da glândula. Na maioria dos casos, os cálculos salivares são pequenos, medindo de 1 a 10 mm. Os sialolitos maiores do que 10 mm são considerados raros e classificados como gigantes. O maior sialolito encontrado na literatura localizado no ducto da glândula submandibular atinge o tamanho de 72 mm. A sintomatologia pode variar de acordo com o tamanho e a localização do cálculo, podendo ser encontrado um aumento de volume da glândula afetada principalmente durante as refeições, sinais de infecção, longos episódios de dor e sinais flogísticos, além de disfagia e disfonia na presença de cálculos gigantes. O diagnóstico clínico e por exames radiográficos, em alguns casos, pode ser necessário utilizar técnicas mais avançadas, como tomografia computadorizada, sialografia, ultrassonografia, cintilografia e ressonância magnética para uma melhor localização, mensuração do tamanho do cálculo e planeamento cirúrgico. O tratamento adequado é a remoção cirúrgica a excisão completa da glândula afetada. Existem vários métodos de tratar os sialolitos, dependendo do tamanho, da glândula afetada e da localização do cálculo. O sialolito gigante localizado no ducto da glândula submandibular pode ser facilmente diagnosticado através do exame clínico e de imagem e tratado através de remoção cirúrgica por acesso intraoral.

DESCRITORES: Sialolitíase. Cálculo. Glândulas salivares

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

O AUTISMO E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE BUCAL

JUAN MONTEIRO¹; LAÍLTON MARTINIANO¹; RENATA FALCÃO¹; RALINE MENDONÇA DOS ANJOS²

Neste estudo realizaremos análise de caso do paciente B.C. que apresenta deficiência mental moderada (autismo) e deficiência auditiva, em decorrência da rubéola congênita. Como patologia identificada, o autismo, é um transtorno que afeta o sistema nervoso, também chamado de transtorno do espectro autista, é um Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) que tem influencia genética e é causado por má-formação em partes do cérebro, e caracteriza-se por dificuldades significativas na comunicação e interação social, além de alterações de comportamento, expressas principalmente na repetição de movimentos, como balançar o corpo, rodar uma caneta, apagar-se a objetos, um certo nível de inquietude; o que afeta e dificulta no seu entendimento e compreensão quanto a necessidade de uma boa saúde bucal. Por não compreender a necessidade de uma boa higienização na região da boca, o paciente tinha dificuldades em realizar uma boa escovação, utilização de enxaguante bucal tão pouco o uso do fio dental, em consequência disso foi constatada a presença de placas bacterianas, cáries e inflamação na região periodontal influenciada pelo uso de anticonvulsivantes (medicação que trata transtornos de humor, crises convulsivas ou epiléticas). Devido o autismo afetar o sistema nervoso e prejudicar a capacidade do paciente se comunicar e interagir com outras pessoas, tentativas anteriores na intenção de reeduca-lo quanto a higienização bucal não obteve sucesso. Pelo fato do insucesso de consultas anteriores, os responsáveis pelo paciente procuraram a clínica de uma universidade, que tem como disciplinar pacientes especiais, onde foi traçada a melhor estratégia para fazer com que ele compreendesse de forma didática e lúdica a necessidade de uma boa higiene bucal. As estratégias utilizadas foram: iniciar uma boa reeducação alimentar, utilizar figuras e cartazes ilustrativos que o façam assimilar as técnicas de higienização bucal e sua importância para saúde como um todo.

DESCRITORES: Autismo. Saúde bucal. Pacientes especiais

¹Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

²Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

