

**P 043- ENUCLEAÇÃO CÍSTICA NAS PROXIMIDADES DO NERVO MENTONIANO.**

**BORBA JUNIOR, H; HOSNI, E. S; POST, L.K.; XAVIER, J. H. \*  
letipel@hotmail.com**

A enucleação cística apresenta maior grau de dificuldade quando o dente a ser abordado possui íntimo contato com estruturas como o nervo mentoniano. E portanto, deve ser planejada e executada com rigorosa consideração aos princípios fundamentais de cirurgia. Relata-se o caso de paciente do gênero feminino, leucoderma, 40 anos de idade, que procurou à disciplina de Cirurgia II, queixando-se de paréstesia no lado esquerdo do mento e sensação de pressão no dente 34, que persistia há 3 anos. Clinicamente o dente, que era suporte de uma prótese removível, apresentava mobilidade à palpação e possuía uma prótese unitária, cuja remoção do núcleo metálico intra-canal, oferecia risco de fratura ao dente. Ao Rx observava-se uma lesão radiolúcida, ovalada, com 1,5 cm de diâmetro, envolvendo a região de rebordo alveolar residual do 35 e o ápice do 34, que possuía paredes radiculares finas, prótese unitária e tratamento endodôntico incompleto em sua porção apical. O forame mentoniano estava em íntimo contato com a lesão. Após aquiescência do paciente, foi realizada a enucleação da lesão, apicetomia e a obturação retrógrada do 34. Durante todos os passos, cuidados especiais foram tomados com o nervo mentoniano, evitando-se injúrias ao mesmo. O laudo histopatológico confirmou tratar-se de um cisto periapical residual com origem no alvéolo do dente 34. No acompanhamento, que atualmente é de 3 anos, percebe-se que o dente 34 não possui mais mobilidade, a sensibilidade da região normalizou e ao Rx observa-se neoformação óssea local. Concluindo-se que houve sucesso na terapêutica instituída.

**P 045- ANQUILOSE ALVÉOLO-DENTÁRIA EM MOLARES DECÍDUOS: REVISÃO DE LITERATURA E APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICO-CIRÚRGICOS.**

**AZAMBUJA, T.W.F.; BERCINI, F.; CARLOTTO, I.B.; DELAMARE, E.L.  
cudelamare@pop.com.br**

A anquiose dentária é definida como uma fusão anatômica do cimento e/ou dentina com o osso alveolar podendo ocorrer em qualquer período eruptivo ou mesmo após o estabelecimento do contato oclusal (Albers, 1986). O tratamento consiste no controle e manutenção do espaço ou reconstituição da altura e pontos de contato do dente ou exodontia e substituição protética ou luxação e movimentação ortodôntica (Neville, 1998; White, 2001). A indicação de exodontia do dente decíduo anquilosado existirá se este estiver causando atraso ou erupção ectópica do sucessor permanente. Os autores apresentam dois casos clínicos nos quais foram necessários tratamentos cirúrgicos radicais de molares decíduos anquilosados. O primeiro caso foi realizado em paciente de 9 anos do gênero feminino com elemento 85 submerso associado a agenesia de seu sucessor. Em um primeiro momento foi utilizado um dispositivo de resina acrílica para restaurar a oclusão e posteriormente foi indicada a remoção do dente anquilosado. A cirurgia consistiu de incisão em "L" aberto, osteotomia vestibular e odontosseção vertical separando as duas raízes que foram removidas. O segundo caso foi realizado em paciente de 27 anos do gênero feminino, que clinicamente apresentava elemento 55 submerso em proximidade com o seio maxilar e giroversão do dente 15. O planejamento cirúrgico determinado foi a remoção do 55 anquilosado através de exodontia aberta, com incisão em "L" aberto, osteotomia vestibular, odontosseção com avulsão das raízes e porção corono-radicular palatina. Após cuidados com a cavidade operatória observamos teste de Valsalva positivo, configurando o estabelecimento de comunicação buco-sinusal e necessidade de seu fechamento imediato.

**P 047- CISTECTOMIA ASSOCIADA À CIRURGIA PERIAPICAL**

**DIAS, K. B.\*; ECHEL, J. B.; AZAMBUJA, T. W. F.; BERCINI, F.  
kellybdias@ig.com.br**

O cisto periapical é constituído por cavidade forrada de epitélio contendo exsudato inflamatório líquido ou semi-sólido, além de produtos necróticos (Kruger, 1984). Radiograficamente é representado por imagem radiolúcida de densidade homogênea, arredondada ou ovalada, relacionada a um ápice radicular com rompimento de lâmina dura sendo delimitada por linha radiopaca, que representa esclerose óssea (Freitas, 1994). O tratamento indicado para lesões endodônticas, com ou sem envolvimento do periápice, é o tratamento do canal radicular. Quando apenas este não consegue restabelecer a integridade dos tecidos periapicais podemos lançar mão das cirurgias endodônticas (All Kandary et al, 1994; Shafer, 1985). A apicetomia é um procedimento cirúrgico considerado, em muitos casos, como último recurso para a manutenção de um elemento dentário. Dessa forma, tem indicação quando a terapêutica endodôntica esgota as suas possibilidades. Além da remoção da lesão apical, visa a ressecção do ápice radicular, a eliminação dos microorganismos e zonas de imperfeição do pericemento apical e a verificação e/ou fechamento hermético deste (De Deus, 1986; Genteno, 1968). Suas fases cirúrgicas compreendem: anestesia, incisão, descolamento do retalho muco-periósteo, osteotomia, curetagem do processo apical, apicetomia propriamente dita, obturação retrógrada (quando necessário), cuidados com a ferida operatória e sutura. Apresentamos caso clínico cirúrgico de paciente submetido a cistectomia associada à apicetomia dos dentes 13, 12 e 11 com imagem radiolúcida no maxilar direito compatível com cisto periapical, confirmada pelo exame histopatológico. Foi realizado o controle radiográfico pós-operatório em 6, 12 e 24 meses, onde observamos a completa neoformação óssea.

**P 044- EXODONTIA X RADIOTERAPIA**

**BERCINI, F.; AZAMBUJA, T.W.F.de;\* Neto, A.D.; Neto, M.V.M.; Baseggio, G.  
C.andorneto@bol.com.br**

A radioterapia é uma modalidade terapêutica comum no tratamento de lesões malignas da cabeça e pescoço e que tem por objetivo destruir as células neoplásicas, mas causam a morte de células normais. A alteração nos tecidos suscetíveis da cavidade oral dependem do campo da radiação, da dose e da idade do paciente sendo possível ter como efeitos secundários a ocorrência de xerostomia, perda do paladar, osteorradionecrose, trismo e dermatite crônica. A osteorradionecrose é uma das complicações mais sérias da radiação, resultante de danos nos osteócitos e no sistema microvascular do tecido ósseo. Uma vez determinada a necessidade de radioterapia devem ser previamente instaladas e mantidas condições de higiene bucal que incluem a realização do tratamento dentário conservador e radical para todo dente com prognóstico sombrio ou duvidoso. Os procedimentos exodônticos após radioterapia são indesejáveis devido ao risco de desenvolver necrose óssea, mas algumas vezes, se fazem necessários, como é o caso clínico que apresentaremos. O paciente R. L. B., 59 anos, sexo masculino, após 6 meses de finalização de tratamento radioterápico para câncer de boca, região de pilar anterior e palato mole teve indicação de exodontia múltipla dos dentes 32, 33, 34 e 35. Após liberação médica e medicação antibiótica prévia foram realizadas as exodontias com anestésias regionais pela técnica fechada. O controle clínico pós-operatório mostra o processo de cicatrização em andamento.

**P 046- TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TERCEIRO MOLAR INFERIOR RETIDO.**

**azambuja, T.W.; bercini, f.; pereira, i.a.\*; pereira, m.a.;**

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

**P 048- DEFICIÊNCIA TRANSVERSA DA MÁXILA NO ADULTO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.**

**JACHETTI, L.C\*.; KRAUSE, R.G.; SMIDT, R.; SANTOS, A.B.; BERTON, D.; lujachetti@bol.com.br**

A deficiência transversa da maxila (ou atresia maxilar) é uma deformidade dentofacial na qual se observa certa discrepância da maxila em relação à mandíbula no sentido transversal. Clinicamente o paciente apresenta mordida cruzada posterior de dois ou mais elementos dentários uni ou bilateral, estreitamento da arcada superior e palato ogival profundo associado, muitas vezes, a distúrbios respiratórios (Jacobs et al, 1980; Betts et al, 1995). Para estabelecer o plano de tratamento o CD deve basear-se nos exames clínico e radiográfico, análise dos modelos de gesso e traçado cefalométrico em P.A. (Zanini, 1990). O diagnóstico correto promove um planejamento adequado para a resolução desse problema, que consiste em terapia ortodôntica e cirúrgica conjuntas (Betts et al, 1995). O objetivo desse trabalho é abordar, através de casos clínicos, o diagnóstico e o tratamento apropriados da deficiência transversa da maxila em pacientes adultos através da técnica de expansão rápida da maxila assistida cirurgicamente.