

FATORES QUE LEVAM À UTILIZAÇÃO DE UMA PRÓTESE OBTURADORA

FACTORS THAT LEAD TO OBTURATOR PROSTHESIS

Marcelo Coelho **GOIATO**¹
 Ana Paula **PIOVEZAN**²
 Daniela Micheline dos **SANTOS**²
 Humberto **GENNARI FILHO**³
 Wirley Gonçalves **ASSUNÇÃO**¹

RESUMO

Uma prótese obturadora é definida como uma prótese usada para obliterar uma abertura de palato congênita ou adquirida em uma boca dentada, parcialmente desdentada ou totalmente desdentada. As aberturas no palato duro e mole podem ser o resultado de agentes traumáticos, seja por ferimentos balísticos, seja por acidentes automobilísticos ou outro acidente, doenças, variações patológicas, radiações ou intervenções cirúrgicas. Aberturas produzidas podem ser muito pequenas ou podem incluir alguma porção do palato duro e mole, crista alveolar e o soalho da cavidade nasal. As aberturas que acometem palato duro ou mole causam distúrbios estéticos, funcionais (sucção, deglutição, respiração, fonação, audição, mastigação) e de igual importância, produzem um sentimento de exclusão social com aspectos psicológicos desfavoráveis assim como conseqüências econômicas. Há um aumento mundial na incidência de aberturas palatinas, tornando necessário um aumento no número de profissionais destinados a realizar uma reabilitação protética, através do uso de uma prótese obturadora, a fim de garantir a qualidade de vida do paciente.

UNITERMOS: Prótese obturadora; Etiologia.

INTRODUÇÃO

A Prótese Bucomaxilofacial é a especialidade odontológica que visa ao estudo clínico e à reabilitação de pacientes portadores de malformações congênitas, mutilações traumáticas ou patológicas e distúrbios de desenvolvimento maxilofaciais. Goiato et al.¹⁰, afirmam que os defeitos maxilares resultam em sua grande maioria por tratamentos cirúrgicos de neoplasias benignas e malignas; mas também podem ser resultado de agentes traumáticos (ferimentos balísticos, acidentes automobilísticos, etc.), doenças, variações patológicas, radiações.

Pacientes com defeitos maxilares uni ou bilaterais apresentam colapso facial, debilidade funcional na mastigação e deglutição¹⁶, fala ininteligível, secura das mucosas, e formação de crostas na área cicatricial.⁷ Nesses casos, quando a reconstrução cirúrgica é contra-indicada, o tratamento reabilitador proposto é a confecção de próteses obturadoras, fechando a comunicação existente entre as cavidades oral, nasal e orbital, permitindo o restabelecimento da fala e melhorando a mastigação e deglutição do paciente.

Preconizados por Ambroise Paré (1590) e Fauchard (1730), obturadores palatinos têm sido modificados por meio de novas tecnologias. A atuação específica da prótese bucomaxilofacial fica para os casos de comunicação oronasal, quando se fazem obturadores palatinos temporários ou reparadores, dependendo da oportunidade de separação cirúrgica²².

Nidiffer e Shipmon¹⁷ afirmam que há duas razões importantes para a correção imediata dos defeitos palatinos: primeiro, o desenvolvimento psicológico e o bem-estar desses pacientes serão protegidos e, segundo, o desenvolvimento moral e mental será melhorado em grande parte.

Esse estudo destina abordar quais as causas de aberturas no palato que levam ao uso de uma prótese obturadora.

REVISÃO DA LITERATURA

As mutilações conseqüentes da cirurgia oncológica na face provocam deformações na fisionomia, levando os pacientes à depressão e ao isolamento¹⁶.

1- Professor Assistente Doutor do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

2- Alunas do curso de graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

3- Professor Titular do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Segundo Vergo e Andrews²⁷, a ocorrência de tumores de palato duro e mole estão em quarto lugar em relação a todos os tumores de cabeça e pescoço. De acordo com o autor essas ressecções maxilares acarretam um grave defeito oral ao paciente, com repercussões sociais e emocionais devido à presença de distúrbios estéticos e funcionais.

De acordo com Duarte et al.⁶, existe um consenso que a reconstrução da maxila, sempre que possível, deve ser plástica-cirúrgica, porém quando a cirurgia reparadora está contra-indicada devido a fatores como idade avançada do paciente, presença de deformações extensas e nos casos de pacientes submetidos à radioterapia, o tratamento deve ser instituído através de próteses da maxila ou obturadoras palatinas. Defeitos extensos de maxilectomia em pacientes desdentados são frequentemente desafiantes para a administração protética²⁰.

A reabilitação protética destes pacientes consiste no vedamento da comunicação das cavidades oral e nasal, corrigindo disfunções na mastigação, deglutição e fonética²⁹. Quando da retirada do assoalho da órbita, a prótese permite apoio dos conteúdos orbitais para prevenir enoftalmos ou diplopia e, apoio dos tecidos, restabelecendo o contorno da face, e um resultado estético aceitável^{4,7}.

A ausência de suporte, retenção e estabilidade são problemas comuns de pacientes com maxilectomia que se submetem ao tratamento protético. Segundo Wang²⁸, os fatores que afetam o prognóstico protético desses pacientes são o tamanho do defeito, o número de dentes remanescentes, a soma de estruturas sadias remanescentes, a qualidade da mucosa existente, terapia com radiação, e aptidão dos pacientes em aceitar ou não o tratamento protético. Pacientes que foram submetidos a uma maxilectomia unilateral possuem prognóstico favorável à reabilitação protética. Para pacientes completamente desdentados, o procedimento de maxilectomia usualmente resulta em um prognóstico protético desfavorável pela inadequada área destinada ao apoio da prótese, falta de estabilização na abóbada palatina e falta de estruturas para sua retenção. O tratamento protético é extremamente difícil após uma remoção total maxilar e somente com a completa integração entre médico e protesista, será possível alcançar um resultado aceitável. Essa integração é fundamental, nesses casos, para que se obtenha o mais adequado plano de tratamento para o paciente, preservando estruturas sadias e, quando possível, realizando enxertos ósseos ou de pele na parede da cavidade sinusal.

De acordo com Maccarthy e Murphy¹³, o câncer na cavidade bucal, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe, laringe, sinus e glândulas salivares maiores somam 5% dos casos de câncer nos

Estados Unidos. Quase metade dos pacientes com câncer bucal morre pela doença. Com o aumento da incidência da doença, cresce o número de pessoas que necessitam de uma reabilitação bucal através do uso de próteses e de sua manutenção. Essa realidade indica que será necessário um número cada vez maior de profissionais habilitados para atuar nessa área. Projetos em política de Saúde Pública também se tornam urgentes.

Pogrel²¹ afirma que glândulas salivares mucosecretoras estão distribuídas por toda a cavidade bucal, com maior concentração nos lábios e palato. Tumores podem ocorrer em algumas dessas glândulas, 50% se formam no palato, com predileção na junção do palato duro e mole em um lado da linha mediana. Os tumores das glândulas salivares podem ser classificados de acordo com sua benignidade e malignidade. Aproximadamente 10% de tumores da parótida, 30% de tumores da glândula submandibular e acima de 50% de tumores das glândulas salivares intrabucais são malignos. Tumores de glândula salivares são mais comumente encontrados no sexo feminino, na terceira a quinta década de vida. A exceção é o adenolipoma, que ocorre predominantemente em pessoas mais velhas e quase totalmente está confinado na glândula parótida. O autor explica também que tumores benignos que têm sido encontrados no palato incluem adenoma de célula basal e outros adenomas monomórficos inespecíficos. O tumor agressivo mais encontrado no palato é o adenoma pleomórfico. Apesar de ser um tumor benigno, ele é pobremente encapsulado e possui uma tendência de recorrer no local após uma inadequada ressecção. Recorrências múltiplas sobre o palato são graves, pois podem atingir o forame palatino acessar a base do crânio. No entanto, os tumores malignos encontrados no palato incluem carcinoma mucoepidermóide, carcinoma adenocístico, adenocarcinoma polimorfo grau 1, carcinomas de células acinares e adenocarcinoma indiferenciado. O carcinoma mucoepidermóide pode alterar seu comportamento benigno a agressivo com potencial de metástase. Carcinomas adenocísticos são sempre malignos, com um potencial de metástase e invasão perineural. Os adenocarcinomas polimorfos grau 1 possuem baixo potencial de metástase e bom prognóstico. Adenocarcinomas indiferenciados são agressivamente malignos, com considerável potencial de metástase. Os carcinomas de células acinares são raros na cavidade bucal (cerca de 2% dos tumores das glândulas salivares), mas 40% ocorrem no palato. Dessa forma, dependendo o tipo de tumor, a cirurgia consiste em enucleação local ou maxilectomia com reconstrução com prótese obturadora.

Após sofrerem com o ato cirúrgico da ressecção maxilar, os pacientes defrontam-se com muitas mudanças e estas irão variar de acordo com

a proporção dos defeitos originados pela ressecção. O paciente perceberá imediatamente a sua incapacidade de falar. A comunicação da cavidade oral com o seio maxilar, fossas nasais, rinofaringe e até mesmo com a cavidade orbital irão resultar em uma fala incompreensível, uma deglutição difícil devido à limitação da ingestão de líquidos e comida pela boca e uma mastigação deficitária e alterada pela ausência de dentes e rebordo alveolar removidos na cirurgia. Essas mudanças internas e faciais irão provavelmente influenciar psicologicamente o bem estar do paciente⁵.

Para o século XXI, se prevê no Brasil e no mundo um grande número de mutilados em decorrência do câncer de cabeça e pescoço ou câncer bucal. Com a evolução dos métodos de tratamento de tumores malignos, tem-se aumentado a sobrevivência do paciente. Com essa nova realidade, os profissionais de saúde passaram a perceber que, além da retirada do tumor, tornou-se necessária também à busca pela reabilitação, na tentativa de garantir a qualidade de vida do paciente.

As malformações congênitas podem ser definidas como anomalias estruturais, presentes ao nascimento, e que poderiam também ser chamadas de “defeitos do desenvolvimento” durante a vida intra-uterina. As fendas de lábio e palato são malformações congênitas do terço médio da face originada pela falta de fusão dos processos maxilares e palatinos que ocorrem entre a terceira e a sétima semanas de vida intra-uterina e estão presentes ao nascimento, apresentando graus variáveis de gravidade, de acordo com sua extensão, podendo ser uni ou bilateral, completas ou incompletas.

A fissura labiopalatina, segundo Hayward¹¹, é uma malformação congênita que pode ser vista, sentida e ouvida e, faz da criança um deficiente. Na hierarquização dos problemas de saúde bucal, essas lesões estão no quarto lugar de incidência³.

Um caso de fissura labiopalatal ocorre aproximadamente em cada 500 a 550 nascimentos nos Estados Unidos, nascendo, em média, 20 indivíduos com fissura labiopalatal por dia²⁵. No Brasil, os dados não são precisos. A incidência dessa anomalia parece situar-se ao redor de um paciente afetado para 650 nascidos vivos^{15,24}.

De acordo com Geis et al.⁹, fendas de lábio e palato são defeitos comuns ao nascimento, ocorrendo sozinho ou em combinação com outras malformações em aproximadamente 1,36 em cada 1000 nascidos vivos. Fendas faciais podem estar relacionadas com outras anomalias chamadas síndromes. Algumas síndromes podem ser resultados genéticos de aberrações cromossômicas, ou elas podem representar um defeito de um gene mendeliano ou uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Além disso, alguns autores associam doença congênita cardíaca em pacientes com fendas faciais^{2,12,14,23} e vice-versa^{18,19}.

Zagarelli,³⁰ ressalta que a fenda palatal ocorre duas vezes mais no sexo masculino que no feminino, sendo 70% dos casos no lado esquerdo, 25% dos casos é bilateral e 5% no lado direito. Essa atinge freqüentemente o processo alveolar e palato. A fenda do processo alveolar pode passar entre incisivos central e lateral superior, incisivo lateral e canino e distal de canino. Essa variação está relacionada com a formação da lâmina dentária após a fusão dos processos faciais, o que leva ao desenvolvimento dos brotos dentários em qualquer posição em relação à fenda.

Franco e Franco⁸, afirmam que, de acordo com a casuística do Ministério da Saúde, não há, no Brasil, estudos estatísticos precisos que determinem a incidência das fendas labiais e/ou palatais. Estima-se que, na população de raça branca, haja uma freqüência de fenda labial, associada ou não à fenda palatal, na proporção de 1/1000 nascidos vivos (com variações de 0,7 a 1,3). Nos últimos dois anos, a média anual de nascidos vivos foi de 3.100.000, o que significaria, aproximadamente, 3.100 novos casos por ano.

Vários fatores podem influir nessa malformação congênita: a força da lâmina dentária, quanto menor a força dessa na movimentação, menor será a velocidade levando a uma maior probabilidade de fissura; resistência da língua, quanto maior a resistência desta, maior a probabilidade de ocorrer a malformação; largura da cabeça, quanto maior a largura, maior a dificuldade de fusão dos maciços médio e laterais; forma da face, quanto mais larga, maior a probabilidade de fissura e alterações da cabeça e da mandíbula¹.

Embora a sua forma de transmissão não esteja, ainda determinada, fatores genéticos, mesológicos (nutricionais, químicos, endócrinos, actínicos, infecciosos, anoxiantes, mecânicos, ambientais, stress, alcoolismo, mistos), drogas (antiepléticas, antagonistas do ácido fólico e uso de ácido retinóico) e toxinas na gravidez são comumente responsabilizados como causas associadas à ocorrência da deformidade.

As perdas maxilares de origem traumática englobam ferimentos de guerra (balísticos) e acidentes. Atualmente os acidentes automobilísticos são os maiores responsáveis por tais lesões. O trauma fechado é o tipo de trauma que predomina na população pediátrica, mas os ferimentos penetrantes parecem estar aumentando, particularmente em adolescentes e jovens. Entre os principais traumas que acometem esse grupo temos:

- 0 a 1 ano: asfixia, queimadura, afogamento, queda.

- 1 a 4 anos: colisão de automóvel, queimadura, afogamento.

- 5 a 14 anos: colisão de automóvel, queimadura, afogamento, queda de bicicleta, atropelamento.

Triana et al.²⁶ reconstruíram os defeitos de maxilectomia total ou parcial de 51 pacientes resultantes de cirurgia oncológica e 7 pacientes resultantes de traumas. Após a reconstrução, realizou-se um teste de fala observando melhora na dicção desses pacientes.

Dentro desse universo, surge a atuação do cirurgião-dentista especialista em Prótese Bucomaxilofacial que tem a responsabilidade e até mesmo o dever de reabilitar esses pacientes mutilados, oferecendo-lhes melhor qualidade de vida.

DISCUSSÃO

De acordo com estimativas do Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde, o câncer de boca representa uma das maiores incidências de neoplasias entre homens e mulheres, sendo a maioria dos casos diagnosticada no estágio III ou IV, indicando um prognóstico desfavorável (Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, 2001).

Considerando-se que a maior parte dos lesados da maxila é de origem oncocirúrgica, a prevenção está diretamente ligada ao diagnóstico precoce do câncer. Dessa forma, cabe ao cirurgião-dentista este diagnóstico e o encaminhamento imediato do paciente ao oncocirurgião de cabeça e pescoço. Em muitos casos torna-se necessário à retirada do tumor através da enucleação local ou maxilectomia com uma reabilitação protética a fim de garantir a qualidade de vida do paciente.

A maxilectomia total ou parcial é um procedimento cirúrgico utilizado para remoção de tumores que envolvem a maxila, palato e seios da

face, apresentando desafios para reabilitação cirúrgica e ou protética^{16,20}. Pacientes que se submeteram a esse tipo de cirurgia além de terem a estética comprometida sofrem também pela ausência da função na fala, mastigação e deglutição.

Outro fator que também leva à reabilitação do paciente com uma prótese obturadora palatina são as malformações congênitas envolvendo fissuras labiopalatais. Chaves³ afirma que na hierarquização dos problemas de saúde bucal, essas lesões estão em quarto lugar de incidência. Da mesma forma, Mazzotini et al.¹⁵ e Silva Filho e Almeida²⁴ afirmam que, no Brasil, a incidência dessa anomalia situa-se ao redor de um paciente afetado para 650 nascidos vivos. A fenda palatal ocorre duas vezes mais no sexo masculino que no feminino, sendo 70% dos casos no lado esquerdo, 25% dos casos é bilateral e 5% no lado direito³⁰.

Maxilectomias parciais ou totais decorrentes de tratamento oncológico ou traumas (acidentes automobilísticos ou arma de fogo), podem ser reconstruídos com uma fina camada de tecido macio associado ao osso vascularizado.

As alterações da maxila geram um grave defeito oral aos pacientes, submetendo-os a alterações funcionais, estéticas muitas vezes e, psicológicas com repercussões sociais e emocionais (Figura 1). A reabilitação protética desses pacientes devolve o bem-estar físico e mental a esses indivíduos, restaurando a estética, a fala e principalmente a função, pela retomada da mastigação e deglutição (Figura 2).

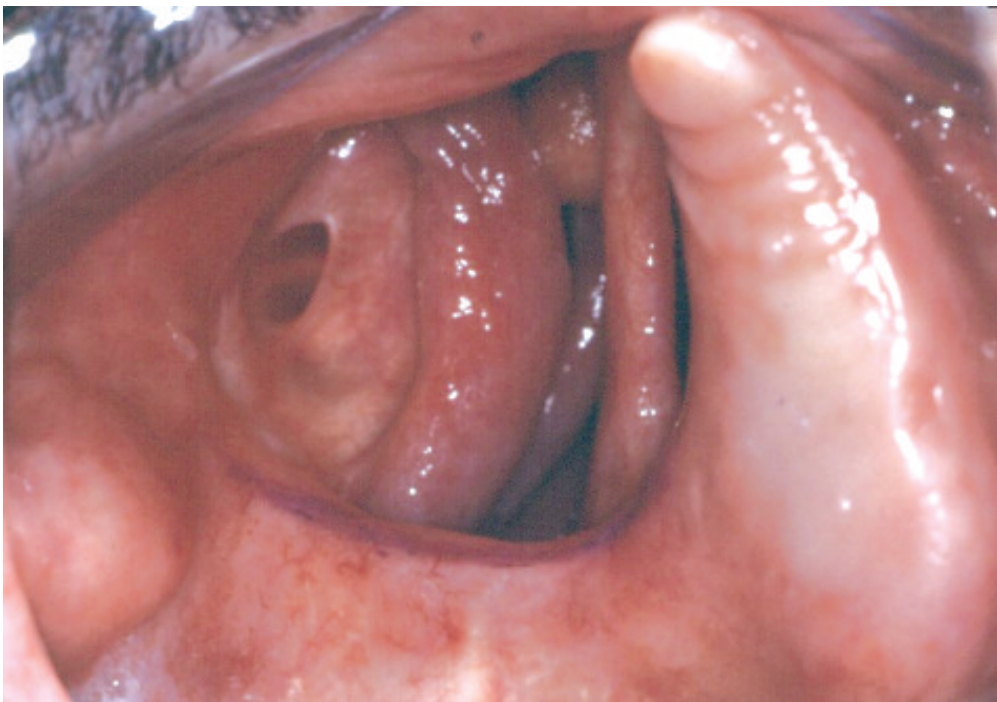


FIGURA 1: Comunicação Buco-sino-nasal



FIGURA 2: Prótese Total Obturadora

CONCLUSÃO

As aberturas no palato duro e mole podem ser o resultado de agentes traumáticos, seja por ferimentos balísticos, seja por acidentes automobilísticos ou outro acidente, doenças, variações patológicas, radiações ou intervenções cirúrgicas. Aberturas produzidas podem ser muito pequenas ou pode incluir alguma porção do palato duro e mole, crista alveolar e o soalho da cavidade nasal. Há um aumento cada vez maior na incidência de aberturas palatinas, tornando necessário um aumento no número de profissionais destinados a realizar uma reabilitação protética, através do uso de uma prótese obturadora, a fim de garantir a qualidade de vida do paciente. Essa tarefa cabe ao cirurgião-dentista integrado com outras especialidades, tornando a prótese bucomaxilofacial uma prótese humanitária.

ABSTRACT

Obturator prosthesis is defined as prosthesis used to obliterate a congenital or acquired palate opening in dentate, partially edentulate and edentulous patients. Hard and soft palate openings can be a result of congenital agents as syndromes and lip-palate defects, traumatic agents as gunshot wounds, automobilist accidents and others, or pathologic agents including their consequent surgical removal or even radiotherapy. Openings can range from very small ones to larger ones affecting parts of hard and soft palate, alveolar crest and also nasal cavity floor. Openings occurring in hard and soft palate cause esthetic and functional impairment (in suction, deglutition, breathing, speech and mastication). In equal importance, the deformity leads to social exclusion behavior with psychological compromise and economical consequences. A worldwide increase in incidence of patients with palatal openings has been reported. Thus, it is necessary to increase the number of professionals trained in maxillofacial prosthodontics to guarantee to the patient by means of obturator prosthesis a better quality of life.

UNITERMS: *Obturator prosthesis; Aetiology.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Borges-Osório M, Robinson W. Genética humana. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
- 2 - Caramelli Z, Reginato LE. The role of the association between congenital heart disease and cleft lip and palate in surgical mortality. *Br J Plast Surg.* 1959; 12: 76-7.
- 3 - Chaves MA. Odontologia social. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 1986.
- 4 - Cheng AC, Somerville DA, Wee AG. Altered prosthodontic treatment approach for bilateral complete maxillectomy: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 2004; 92(2):120-4.
- 5 - Desjardins RP. Early rehabilitative management of the maxillectomy patient. *J Prosthet Dent.* 1977; 38(3):311-8.
- 6 - Duarte JRS, Rode SM, Rode R. Confecção de porção intracavitária oca e prótese da maxila. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 1997; 51(2): 177-81.
- 7 - Fouquet ML, Amaral TCRDM, Vicente LCC. Inteligibilidade da fala em pacientes com ressecção de tumor de cavidade de boca e/ou orofaringe. In: Fundação Oncocentro de São Paulo. Fonoaudiologia em cancerologia. São Paulo: Fundação Oncocentro; 2000.
- 8 - Franco D, Franco TR. Perfil do tratamento de fissurado no Brasil. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2000; 15(3): 21-33.
- 9 - Geis N, Seto B, Bartoshesky L, Lewis MB, Pashayan HM. The prevalence of congenital heart disease among the population of a metropolitan cleft lip and palate clinic. *Cleft Palate J.* 1981; 18(1): 19-23.
- 10 - Goiato MC, Guiotti AM, Gennari Filho H, Fajardo RS, Assunção WG. Prótese parcial removível obturadora: uma reabilitação oral que devolve o bem-estar físico e mental. *Rev Reg Araçatuba Assoc Paul Cir Dent.* 2001; 22(1): 1-4.
- 11 - Hayward JR. Lábio leporino e fenda palatina In: Kruger GA. *Cirurgia bucal e maxilo-facial.* 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1977. cap.21, p.310-24.
- 12 - Kraus BS, Ooe T, Kitamura H. Malformations associated with cleft lip and palate in human embryos and fetuses. *Am J Obstet Gyn.* 1963; 85(3): 321-8.
- 13 - Maccarthy D, Murphy N. Replacement of an obturator section of an existing two-piece implant-retained edentulous obturator. *J Prosthet Dent.* 2000; 83(6): 652-5.
- 14 - Mackeprang M, Hay S. Observations on congenital heart disease in a mortality study of children with cleft lip and palate. *J Chronic Dis.* 1971; 24(1): 34-43.

- 15 - Mazzotini R, Freitas JAS, Silva Filho OG. A cirurgia ortognata no protocolo de tratamento de fissuras lábio-palatais. In: Araújo A. Cirurgia ortognata. São Paulo: Ed. Santos; 1999. p. 309-37.
- 16 - Miracca RAA, Andrade Sobrinho J, Tanaka EMG. Magnetos na retenção de prótese conjugada óculo-palpebral e obturador palatino. PCL Rev Bras Prot Clin Odontol. 2004; 6(32):365-75.
- 17 - Nidiffer TJ, Shipmon TS. The hollow bulb obturator for acquired palatal openings. J Prosthet Dent. 1957; 7(1):126-34.
- 18 - Noonan JA. Association of congenital heart disease with syndromes or other defects. Pediatr Clin North Am. 1978; 25(4): 797-816.
- 19 - Okada R, Johnson D, Lev M. Extracardiac malformations associated with congenital heart disease. Arch Pathol. 1968; 85: 649-57.
- 20 - Pigno MA, Funk JJ. Augmentation of obturator retention by extension into the nasal aperture: a clinical report. J Prosthet Dent. 2001; 85(4): 349-51.
- 21 - Pogrel MA. The management of salivary gland tumors of the palate. J Oral Maxillofac Surg. 1994; 52(5): 454-9.
- 22 - Rezende JRV, Oliveira JAP, Dias RB. Prótese buco-maxilo-facial. São Paulo: Sarvier; 1986. 105p.
- 23 - Shah EV, Harris WS. Cardiac malformations with facial clefts. Am J Dis Child. 1970; 119(3): 238-44.
- 24 - Silva Filho OG, Almeida RR. Fissuras labio-palatais: o que o cirurgião-dentista precisa saber. Rev Fac Odontol Lins. 1992; 5(2): 7-18.
- 25 - Talarová MM, Cervenka J. Classification and birth prevalence of orofacial clefts. Am J Med Gen. 1998; 75(2): 126-37.
- 26 - Triana RJ, Uglesic V, Virag M, Varga SG, Knezevic P, Milenovic A, et al. Microvascular free flap reconstructive options in patients with partial and total maxillectomy defects. Arch Facial Plast Surg. 2000; 2(2):91-101 2000.
- 27 - Vergo Junior TJ, Andrews R. Maxillofacial prosthetics: rehabilitation of head and neck cancer patients (II). Quintessence Dent Technol. 1984; 8(6): 349-56.
- 28 - Wang R R. Sectional prosthesis for total maxillectomy patients: a clinical report. J Prosthet Dent. 1997; 78(3): 241-4.
- 29 - Wieselmann-Penkner K, Arnetzl G, Mayer W, Bratschko R. Minimizing movement of an orbital prosthesis retained by an obturator prosthesis. J Prosthet Dent. 2004; 91(2): 188-90.
- 30 - Zagarelli E, Kutscher AH, Hyman GA. Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982.

Endereço para correspondência

Marcelo Coelho Goiato

Faculdade de Odontologia Câmpus de Araçatuba
(Depto. de Materias Odontológicas e Prótese)
Rua José Bonifácio, 1193
Bairro Vila Mendonça - CEP 16015-050
Araçatuba, SP - Fone (18)3636-3245
E-mail: goiato@foa.unesp.br

Recebido para publicação em 22/03/2005
Enviado para análise em 31/03/2005
Aprovado para publicação em 20/08/2006