

01. INTER-RELAÇÃO ENTRE O CIRURGIÃO-DENTISTA E O RADIOLOGISTA ODONTÓLOGO.

COCLETE, Gilberto Aparecido; SALZEDAS, Leda Maria Pescinini; DEMATHÉ, Adriana; VIEIRA, Evanice Menezes Marçal; PELISSON, Danielle Cristina Guollo; CASTILHO, Helen Ribeiro*. Faculdade de Odontologia da UNESP/Araçatuba. Faculdade de Odontologia de Cuiabá/UNIC-MT.

Cabe ao radiologista odontólogo a realização de todos os exames da área de radiologia fazendo a programação, execução e avaliação de todas as técnicas radiológicas que intervêm na prevenção da doença e promoção da saúde. Para que estes objetivos sejam alcançados ele deve ter capacidade de cooperação e integração numa equipe multidisciplinar. Foram distribuídos 200 questionários constituídos de 16 questões objetivas para cirurgiões dentistas (CDs) excluindo-se os radiologistas. Os dados foram coletados de 176 questionários que foram tabulados e analisados estatisticamente pelo programa Epi Info 6.04/2000. Os achados mostraram que 54% tinham título de especialista sendo que a especialidade mais freqüente foi a dentística (21,3%) seguida da ortodontia (10%). Quanto ao local de realização do exame radiográfico 72,9% encaminha para centros especializados sendo que 24,7% não têm o hábito de informar o motivo do exame. A maioria dos entrevistados (70,7%) afirma ter um bom relacionamento profissional com o radiologista, considerando o contato telefônico o meio de comunicação mais freqüente. Diante dos resultados obtidos, foi possível concluir que existe um distanciamento desses profissionais causado pela falta de esclarecimentos e informações, principalmente por parte dos cirurgiões-dentistas. A eficácia do exame radiográfico está intimamente ligada às relações de trabalho profissionais, visando sempre o benefício do paciente.

Referências

OPINION, MAKERS – Radiografia. Conceitos e procedimentos para uma nova Odontologia. 1ª Ed, São Paulo, VM comunicações, 2002.
YACOVENCO A, ORIVALDO T, TAUHATA L, YACOVENCO, M. Análise crítica dos serviços que visam à implementação da portaria 453 em radiologia odontológica. Rev da ABRO 2002; 5(1):16-20.

02. CORRELAÇÃO ENTRE SÍNDROME FIBROMIÁLGICA E DOR OROFACIAL.

BECKER, Cristiane Saddi*; MURAYAMA, Rafael Akira; MORAES, Norberto Perri. – Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

A síndrome fibromiálgica (SFM) é uma desordem músculo-esquelética, não-inflamatória, de etiologia ainda não conhecida, cujo diagnóstico é eminentemente clínico. Abrange um conjunto de sinais e sintomas que podem ocorrer simultaneamente em diferentes doenças, sendo que a dor, seu principal sintoma, pode iniciar-se em uma região específica do corpo tornando-se generalizada com o tempo, e variar de moderada a severa. Por afetar músculos e seus locais de fixação nos ossos podendo ser responsável pela produção de dores na região orofacial, é propósito neste trabalho mostrar a correlação existente entre a SFM e Disfunção Temporomandibular através da apresentação de um caso clínico e enfatizar a importância do trabalho de uma equipe multidisciplinar nesses casos, onde o cirurgião-dentista assume papel importante para alívios dos sintomas manifestados na região de cabeça e pescoço.

Caso clínico: Paciente M.J.F.M., 54 anos, gênero feminino, leucoderma, procurou o Serviço de Dor Orofacial Crônica do Centro de Oncologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP com queixa de dor crônica na face há 3 anos. Ao exame clínico constatou-se DTM por Deslocamento de Disco com Redução e história de artrite reumatóide além de dados sugestivos para SFM, o que foi posteriormente confirmado por médico reumatologista. Sendo realizado tratamento por equipe multidisciplinar que envolveu cirurgião dentista, médico reumatologista, fisioterapeuta e psicólogo, conseguiu-se bons resultados com controle da dor e melhora na qualidade de vida da paciente constatados em período de acompanhamento de 2 anos e 4 meses. O cirurgião dentista deve considerar no diagnóstico diferencial das Dores Orofaciais, em especial as DTMs, a SFM para realização de diagnóstico e tratamento corretos, visando a melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Referências

WOLFE, F. *Temporomandibular Disorders and Related Pain Conditions*. Progress in Pain and Management, Vol. 4, IASP Press, Seattle, 1995.
SIQUEIRA, T.T.J. e TEIXEIRA, M.J. *Dor Orofacial: Diagnóstico, Terapêutica e Qualidade de Vida*, Ed. Maio, 2001.
FRICTON JR. *The relationship of temporomandibular disorders and fibromyalgia: implications for diagnosis and treatment*. Curr Pain Headache Rep. 2004 Oct;8(5):355-63. Review.

03. MÉTODOS DE LOCALIZAÇÃO RADIOGRÁFICA NA AVALIAÇÃO DE INCLUSÃO DENTAL PATOLÓGICA.

MUNHOZ, Felipe Camargo; COCLETE, Gilberto Aparecido; SALZEDAS, Leda Maria Pescinini; MARQUES, Thiago Macedo; DANELON, Marcelle*; CAMARA, Danielle Mendes*. Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP.

O exame radiográfico embora seja imprescindível na Odontologia, apresenta limitações que procuramos contornar, como a avaliação nos diversos planos e a sobreposição de imagens. Os métodos de localização radiográfica são recursos técnicos importantes na avaliação de dentes inclusos, corpos estranhos e estruturas anatômicas, pela fácil execução e resultados satisfatórios. Porém, pode ser insuficiente em algumas situações clínicas especiais. A proposta deste trabalho foi identificar e localizar a inclusão patológica do dente 15, e avaliar a presença de reabsorção radicular externa no dente 14, utilizando diversos métodos de localização radiográfica e tomografia espiral. Paciente com 23 anos de idade, compareceu à clínica de radiologia para localização do dente 15 incluso e impactado. Ao exame periapical não foi possível localizá-lo, nem mesmo com a técnica de Clark. Realizou-se o método de Balter's que não foi conclusivo na localização. A tomografia espiral foi indicada, evidenciando a real localização do elemento dental, estando com a coroa entre o 14 e 16, e a raiz voltada para palatina, sem reabsorção radicular do 14. Pode-se concluir que os métodos de localização radiográfica convencional nem sempre são suficientes na localização de patologias, sendo necessária a utilização de métodos avançados de diagnóstico como a tomografia espiral.

Referências

VASCONCELLOS, R.J.H.; OLIVEIRA, D.M.; MELO, L.A.C.; GONÇALVES, R.B. Ocorrência de dentes impactados. Rev. Cirurg. buco.maxilo-facial, v.3, n.1, jan/marc.2003.
DOMONGOS, V.B.T.C. Localização radiográfica de caninos superiores permanentes impactados. São Paulo, s.n.; 2001. 83p. ilus.
GAMBIER, V. C. Verification of impacted maxillary canines position through lateral cephalometric radiograph and panoramic radiograph. São Paulo; s.n.; 2003. 81 p. ilus.

04. CISTO ÓSSEO TRAUMÁTICO: RELATO DE CASO.

OLIVEIRA*, Gabriela Queiroz; BUCILO*, Juliana Pompeo; BERNABÉ, Daniel Galera; KAWATA, Leandro Toyoji; MORAES, Norberto Perri; BIASOLI, Eder Ricardo. Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP

O cisto ósseo traumático é uma lesão benigna também denominada de cisto ósseo simples, sua patogênese não é definida, é aceito como decorrência de trauma. Esta lesão afeta mais comumente a mandíbula e clinicamente pode ocorrer em 20% dos casos aumento volumétrico indolor no local afetado, normalmente não produzindo sintomatologia bem definida. Radiograficamente mostra-se como lesão radiolúcida bem definida. CASO CLÍNICO: Paciente feminina, 13 anos, cor parda, compareceu a clínica de estomatologia da FOA UNESP encaminhada por uma profissional à qual realizava planejamento ortodôntico da paciente, verificando na radiografia panorâmica presença de lesão cística. A anamnese e exame físico intra e extra bucal não apresentaram lesão digna de nota. A localização radiográfica da lesão cística era próxima à base da mandíbula na região mentoniana, com formato oval de aproximadamente dois centímetros de diâmetro. O diagnóstico clínico foi de cisto ósseo traumático, a conduta realizada foi com punção aspirativa e curetagem da lesão. Após 15 meses de preservação a paciente mostrou-se com a área cicatrizada sem indicio de recidiva.

Referências

CASTRO, A.L.; PARO, M.L.C. Cisto ósseo traumático em mandíbula. Rev. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo, v.7, n.1, p.39-42, jan.-jun. 2002.
DAMANTE, J.H.; GUERRA, E.N.; FERREIRA JUNIOR, O.; Spontaneous resolution of simple bone cysts Dentomaxillofac Radiol. v.31, n.3, p.182-6 May; 2002.
MATSUMURA, S.; MURAKAMI, S.; KAKIMOTO, N.; FURUKAWA, S.; KISHINO, M.; ISHIDA, T.; FUCHIHATA, H. **Histopathologic and radiographic findings of the simple bone cyst.** *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 85, n.5, p:619-625, May 1998.

05. MANIFESTAÇÕES BUCAIS ASSOCIADAS AO HPV.

VIEIRA, Evanice Menezes Marçal; DEMATHÉ Adriana; SIMONATO, Luciana Estevam; AMARAL Caril Constante Ferreira*; MIYAHARA, Glauco Issamu, PIRES-SOUBHIA, Ana Maria. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

A cavidade bucal pode ser acometida por agentes biológicos de origem viral capazes de provocar alterações clínicas semelhantes na mucosa, com diagnósticos diferenciais de papiloma, condiloma acuminado, hiperplasia epitelial focal, dentre outras. Estas lesões são provocadas pelo papilomavírus humano (HPV), que é altamente transmissível sexualmente, sendo freqüente na região ano-genital e presente na mucosa bucal. O exame clínico e histopatológico possibilitam informações sobre as características da lesão sugestiva do HPV, enquanto que reação em cadeia da polimerase (PCR) e captura híbrida identificam os tipos do HPV, sendo estes considerados os exames de maior sensibilidade e os mais usados na atualidade. O tratamento da lesão pode ser clínico e/ou cirúrgico. Neste trabalho apresentaremos casos clínicos de papiloma, condiloma e hiperplasia epitelial focal, mostrando o diagnóstico diferencial destas lesões, bem como suas características histopatológicas. O papiloma é um neoplasma benigno de origem epitelial, bastante comum na cavidade bucal, normalmente associado à infecção pelo HPV, tendo incidência aumentada em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Condiloma acuminado é uma proliferação do epitélio estratificado pavimentoso de regiões como boca, laringe e região genital, que está relacionado com vários tipos de HPV, sendo considerado uma doença sexualmente transmissível (DST). Hiperplasia epitelial focal são lesões nodulares múltiplas de base séssil, consistência mole, que acomete com mais freqüência o lábio inferior e que está associada com infecção da mucosa oral pelos tipos 16 e 32 do HPV. Considerando a freqüência com que algumas destas lesões aparecem na cavidade bucal, bem como o fato de serem transmissíveis, ressalta-se então, a importância do cirurgião dentista na sua identificação e tratamento.

Referências

CASTRO TMPG, NETO CER, SCALA KA, SCALA WA. Manifestações orais associadas ao papilomavírus humano (hpv) conceitos atuais: revisão bibliográfica. Rev Bras Otorrinolaringol 2004;70(4):546-550.
 DELGADO Y; TORRELO A; COLMENERO I; ZAMBRANO A. Hiperplasia epitelial focal. Acta Dermosifiliogr 2005;96(10):697-699.
 OLIVEIRA MC; ANDRADE MC; SOARES RC; COSTA ALL. Aspectos morfológicos que sugerem a presença do papilomavírus humano (hpv) em lesões do epitélio de revestimento da mucosa oral. Rev Bras Patol Oral 2003;2(2):34-43.
 SILVA LM, GUIMARÃES ALS, SANTORO LC, GÓMEZ RS. Vírus do herpes simples do tipo 1: revisão de literatura. Arq Odontol 2002;38(3):167-178.

06. A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO NO TRATAMENTO DE RECESSÕES GENGIVAIS: RELATO DE CASO CLÍNICO.

RODRIGUES, Alan Souza*; FERNANDES, Leandro Araújo; ALMEIDA, Juliano Milanezi; GARCIA, Valdir Gouveia. Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

O recobrimento de raízes desnudas constitui-se um dos desafios do tratamento periodontal e os resultados estão intimamente relacionados ao diagnóstico do tipo de recessão gengival. Dentre as várias técnicas propostas para este fim está o posicionamento lateral de retalho, que passou a ser associado a outras técnicas, como o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, na busca por melhores resultados clínicos. Relataremos um caso clínico de um paciente do gênero masculino, 50 anos, leucoderma que apresentou recessão gengival na face vestibular do dente 45. O paciente durante a anamnese relatou hipersensibilidade dentinária. Realizaram-se exames clínico e radiográfico e diagnosticou-se recessão gengival Classe II de Miller causada por inflamação gengival devido ao acúmulo de placa bacteriana associado a trauma oclusal. Após o tratamento periodontal básico e ajuste oclusal foi realizada a cirurgia periodontal a fim de realizar o recobrimento radicular. Como a área adjacente à recessão apresentava uma boa quantidade de gengiva inserida, optou-se pela técnica do retalho posicionado lateral associado ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. As avaliações pós-operatórias possibilitaram mostrar um completo recobrimento e eliminação de qualquer sensibilidade radicular.

Referências

GARCIA, R. V.; SAKAKURA, C. E. Tratamento de recessões gengivais com a técnica de Harris. Rev. Paul. Odontol, v.26, n.4, p.36-39, jul.-ago. 2004.
 ISHI, E. P.; SAKAKURA, C. E.; MARGONAR, R.; CIRELLI, J. A. Procedimentos mucogengivais para cobertura radicular. Revisão de literatura. Rev. Paul. Odontol, v.26, n.4. p.20-22, jul.-ago. 2004.
 PICCININ, F. B.; PAGNOCELLI, L.; MEUSEL, D. R. V.; BRUGGEMANN, E.; FLORES, M. M. Recobrimento radicular múltiplo: relato de caso. Rer. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo, v.7, n.1, p.33-7, jan.-jun. 2002.

07. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MIXOMA ODONTOGÊNICO.

PEREIRA, Flávia Priscila Pereira; FERNANDES, Elda Maiara Lopes*; ZANETTI, Liliane Scheidegger da Silva; DEMATHE, Adriana; LUVIZUTO, Eloá Rodrigues; GARCIA – JUNIOR, Idelmo Rangel. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

O mixoma odontogênico é uma neoplasia benigna originada da porção mesenquimatosa do germe dentário, seja da papila dentária, do folículo ou do ligamento periodontal. É encontrado predominantemente em adultos jovens, com média de idade de 25 a 30 anos, sendo a mandíbula comumente mais afetada que a maxila. Frequentemente as lesões são assintomáticas, sendo descobertas durante exames radiográficos de rotina. Este trabalho tem por objetivo demonstrar o tratamento cirúrgico de uma lesão localizada na maxila esquerda diagnosticada após biópsia incisiva como mixoma odontogênico. A paciente do gênero feminino apresentou ao exame clínico aumento volumétrico em maxila esquerda na região de pré-molares, doloroso à palpação e causando assimetria facial ao exame extrabucal. Radiograficamente foi observado uma lesão unilocular radiolúcida circunscrita, envolvendo o dente 25. Após o diagnóstico, foi realizada a exérese do tumor com margem de segurança, tendo em vista o comportamento relativamente agressivo atribuído a estes tumores. O tratamento cirúrgico para exérese da lesão foi realizado em ambiente hospitalar e sob anestesia geral. O acompanhamento clínico e radiográfico pós-operatório indicou ausência de complicações. A paciente permanece sem sinais de recidiva após preservação de 2 anos.

Referências

KUMAR N; JAIN S; GUPTA, S. Maxillary odontogenic myxoma: a diagnostic pitfall on aspiration cytology. *Diagn Cytopathol.*, 27(2): 111-114, 2002.
NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. Patologia Oral & Maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 798p.
SILVERMAN, S.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. Fundamentos de Medicina Oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384 p.

08. FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO. RELATO DE CASO CLÍNICO.

GARCIA-JÚNIOR, Idelmo Rangel; DA SILVA, Jorge Barbosa Gutierrez; LUVIZUTO, Eloá Rodrigues; PEREIRA, Flávia Priscila; FAVERANI, Leonardo Perez; GAETTI-JARDIM, Ellen Cristina*. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

O fibroma ossificante periférico apresenta-se como uma das lesões hiperplásicas inflamatórias reacionais mais comuns da cavidade bucal. Sua localização mais frequente é na papila interdentária anterior da maxila. Aparece clinicamente como um crescimento focal de tecido bem delimitado e seu aspecto histopatológico mais marcante consiste na presença de calcificações em um estroma de tecido conjuntivo com inúmeros fibroblastos. O tratamento recomendado é a excisão cirúrgica total da lesão, que apresenta alto índice de recidiva, em média de 15%. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de fibroma ossificante periférico na região anterior da maxila. Foi feita a biópsia excisional da lesão e para corrigir o defeito a cirurgia seguiu de um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial sobre a área. Não houve recidiva da lesão após acompanhamento do paciente por longo tempo e o defeito resultante da biópsia foi reparado satisfatoriamente.

Referências

HANEMANN JA, PEREIRA AA, RIBEIRO JUNIOR NV, OLIVEIRA DT. Peripheral ossifying fibroma in a child: report of case. *J Clin Pediatr Dent*, 2003 Spring;27(3):283-5.
FLAITZ CM. Peripheral ossifying fibroma of the maxillary gingiva. *Am J Dent*. 2001 Feb;14(1):56.
CARLI JP; SILVA SO. Análise clínico-histopatológico do granuloma piogênico e do fibroma ossificante periférico. *Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo* 2004;9(2):13-17.

09. HEMANGIOMA PROFUNDO DE LÍNGUA ASSOCIADO A TROMBO EM ORGANIZAÇÃO.

BERNABÉ, Daniel Galera; FERRARI, Nielma Mazini; SILVA, Jakeline da; KAWATA, Leandro Toyoji; CRIVELINI, Marcelo Macedo; BIASOLI, Éder Ricardo. Disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba -UNESP.

Hemangioma é o tumor mais comum da infância em crianças brancas (10-12%) e a região de cabeça e pescoço é o sítio mais comumente envolvido (60%). A maioria das lesões são solitárias (80%) e o sexo feminino é mais afetado que o masculino (3:1). De acordo com a profundidade que se encontra, o hemangioma pode ser classificado em superficial, profundo e composto. O hemangioma profundo origina-se da derme reticular ou tecido subcutâneo e aparece clinicamente como massas azuladas (também chamado de hemangioma cavernoso). Caso Clínico: Paciente do sexo feminino, 60 anos, raça branca, foi encaminhada para a Clínica de Estomatologia da FOA-UNESP para avaliação de lesão na língua. Clinicamente apresentava nódulo submucoso de consistência fibrosa, de cerca de 1 cm de diâmetro, indolor, localizado do lado esquerdo da língua. A mucosa superficial mostrava-se íntegra e sem alteração de cor. A paciente referia aumento progressivo da lesão e mostrava-se cancerofóbica. Com hipóteses diagnósticas de uma lesão de origem neural ou muscular foi realizada exérese da lesão. O exame histopatológico revelou diagnóstico histopatológico de hemangioma cavernoso com trombo em organização. A área operada evoluiu satisfatoriamente sem indícios de recidiva. Este trabalho irá reportar um caso de hemangioma profundo de língua que se apresentou inicialmente sem alteração de cor da mucosa superficial e abordará a classificação das lesões vasculares da região maxilofacial.

Referências

WANER M, SUEN JY. Hemangiomas and vascular malformations of the head and neck. NewYork: Wiley-Liss; 1999.
ETHUNANDAN M, MELLOR TK. Haemangiomas and vascular malformations of the maxillofacial region—a review. Br J Oral Maxillofac Surg. 2006 Aug;44(4):263-72.
WERNER JA, DUNNE AA, FOLZ BJ, ROCHELS R, BIEN S, RAMASWAMY A, LIPPERT BM. Current concepts in the classification, diagnosis and treatment of hemangiomas and vascular malformations of the head and neck. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2001 Mar;258(3):141-9.

10. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE LINFANGIOMA CAVERNOSO DE LÁBIO INFERIOR.

DEMATHE, Adriana; MELO Fernanda Caldeireiro Alves*; OLIVEIRA, Fernando Moreno; TAKANO, Rodrigo Yuji; MIYAHARA, Glauco Issamu, CRIVELINI, Marcelo Macedo. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Linfangiomas são tumores hamartomatosos benignos dos vasos linfáticos. Sua provável etiologia está associada a malformações do desenvolvimento que se originam a partir do seqüestro de tecido linfático que não se comunica normalmente com o restante do sistema linfático. São classificados nos tipos simples, cavernoso e cístico. Usualmente, o tratamento consiste na excisão cirúrgica, embora a remoção total possa não ser possível em todos os casos devido ao seu grande tamanho ou ao envolvimento com estruturas vitais. As recidivas são comuns, principalmente nos linfangiomas cavernosos da cavidade oral, por causa de sua natureza infiltrativa. Paciente do sexo feminino, leucoderma, 20 anos de idade, compareceu à Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP com queixa de "ferida no lábio inferior, que doía e aumentava de volume ao ingerir bebidas quentes". A anamnese não foi contributória. Ao exame intra-oral, observou-se nódulo arroxeado, localizado em mucosa labial do lado direito, próxima a comissura labial, com 1 cm de diâmetro, única, limites nítidos, superfície irregular, séssil, consistência flácida e mucosa íntegra. Foi realizada biópsia excisional e o diagnóstico histopatológico foi de linfangioma cavernoso. O prognóstico para o caso é bastante favorável. O intuito deste trabalho é apresentar o diagnóstico e tratamento de um caso de linfangioma cavernoso de lábio inferior de pouca complexidade ao cirurgião dentista.

Referências

BRENNAN, T. D.; MILLER, A. S.; CHEN, S. Y. Lymphangioma of the oral cavity: a clinicopathologic immunohistochemical, and electron-microscopic study. J Oral Maxillofac Surg 1997, v. 55, p. 932-5.
NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. Patologia Oral & Maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 798p.
SILVERMAN, S.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. Fundamentos de Medicina Oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384 p.

11. ASPECTOS RADIOGRÁFICOS DO CISTO MUCOSO DE RETENÇÃO DO SEIO MAXILAR.

MARQUES, Thiago Macedo; SALZEDAS, Leda Maria Pescinini; COCLETE, Gilberto Aparecido; MUNHOZ, Felipe Camargo; SANTOS, Murillo Rezende*; ZAGATO, Nilva Rodrigues. Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

O cisto mucoso do seio maxilar é uma entidade patológica freqüente, assintomática na maioria dos casos, sendo diagnosticada nos dias atuais devido ao emprego da radiografia panorâmica como exame de rotina nos consultórios dentários. Sua etiologia tem possível relação com quadros alérgicos, períodos de elevação da umidade relativa do ar e com a condição de saúde bucal tanto dentária quanto gengival. O objetivo deste trabalho foi apresentar os aspectos radiográficos importantes para o diagnóstico diferencial desta patologia, destacando a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce. Foi demonstrado que as características radiográficas apresentam-se como padrão a todos os cistos mucosos. Identificada como área homogênea radiopaca, com limites bem definidos, em forma de cúpula ou esférica, de dimensão variável e sem cortical óssea circunscrevendo-a, sendo sua presença mais evidente devido ao comprometimento unilateral, na maioria dos casos. O tratamento ocorre com ruptura do cisto sem dano residual, ou a regressão espontânea, podendo fazer exames radiográficos periódicos para controle e manutenção do tamanho da lesão. Pode-se concluir que é importante o conhecimento desta entidade patológica pelo cirurgião dentista para o diagnóstico diferencial com as outras lesões, tendo a segurança de interpretar corretamente uma radiografia, que é um fator positivo na qualidade e sucesso do tratamento

Referências

MANHÃES JÚNIOR, Luiz Roberto Coutinho; et all. CISTO MUCOSO DO SEIO MAXILAR: IMPORTÂNCIA NO DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO. São José dos Campos. [s. n.]. 2006.
NEVILLE, Brad W.; et all. PATOLOGIA ORAL E MAXILO FACIAL. RIO de Janeiro, RJ. 2ª Edição, Editora Guanabara Koogan.2004.
BULGARELLI, Alexandre Fávero; et all. CISTO DE RETENÇÃO DO SEIO MAXILAR – CONSIDERAÇÕES PARA O CLÍNICO GERAL. [S. 1.]. [s. n.]. 2002.

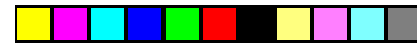
12. USO DO HcT20 NO TRATAMENTO DA XEROSTOMIA RADIOINDUZIDA.

TORRES, Kelly Regina*; COLOMBO, Natália Helena*; CORREIA, Christiano Marinho; FREITAS, Suzy Elaine Nobre; BIASOLI, Éder Ricardo. Centro de Oncologia Bucal - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" Câmpus de Araçatuba.

O câncer bucal tem como principal terapêutica a cirurgia e a radioterapia, podendo ser empregados associados ou não. A radioterapia, na sua dose curativa é a que mais afeta os tecidos bucais, levando entre outras conseqüências, a redução do fluxo salivar quando o campo de radiação envolve as glândulas salivares maiores. Na busca da melhoria da qualidade de vida dos pacientes irradiados que desenvolveram xerostomia, o uso do HcT20 pode ser uma alternativa barata, de fácil aplicação e simples para umedecer a mucosa. Este trabalho de revisão tem como objetivo apresentar dados da literatura sobre esta modalidade terapêutica para xerostomia radioinduzida.

Referências

MARMIROLI L.; SALVI G.; CAIAZZA A.; DI RIENZO. L.; MASSACCESI, M.; MURINO, P.; MACCHIA, G. Dose and volume impact on radiation-induced xerostomia. Rays 30(2),145-8, 2005.
CORREIA, C.M.; MARINHO, M.A.O.; RAPOPORT, A.; MARINHO, E.O.; NOVO, N.E.; JULIANO, I. Avaliação do fluxo salivar total não estimulado, após o emprego do lauril-dietileno-glicol-éter sulfato de sódio associado ao hidróxido de cálcio em pacientes irradiados com carcinoma espinocelular da boca e orofaringe. Rev. Bras. Otorrinolaringol. V.65 (5), 677-81, 2001.
MARINHO, M.A.O. Avaliação do fluxo salivar durante radioterapia com uso da associação de lauril-dietileno-glicol-éter sulfato de sódio e hidróxido de cálcio.1999. Dissertação de mestrado – Pós-Graduação em Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Complexo Hospitalar do Heliópolis, São Paulo.

**13. APRESENTAÇÃO CLÍNICA INCOMUM DE CERATOACANTOMA DE LABIO INFERIOR.**

REIS, Bruno Alvarez Quinta*; CINTRA, Cristiane Silveira*; BERNABÉ, Daniel Galera; KAWATA, Leandro Toyoji; CRIVELINI, Marcelo Macedo; BIASOLI, Éder Ricardo. Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP.

O ceratoacantoma consiste em uma proliferação epitelial autolimitante com forte semelhança clínica e histopatológica com o carcinoma de células escamosas. Acomete principalmente o sexo masculino, com uma relação homem-mulher de 3:1. Apesar de a radiação solar e o HPV serem citados como fatores etiológicos sua verdadeira causa ainda é desconhecida. Clinicamente, apresenta-se geralmente como um nódulo queratinizado com uma cratera no centro. É de evolução rápida podendo involuir espontaneamente. O objetivo deste trabalho é relatar e discutir um caso de ceratoacantoma que se apresentou com aspecto clínico incomum. Caso clínico: Paciente CHS, 33 anos, sexo masculino, leucoderma, fumante, compareceu à clínica de estomatologia da FOA – UNESP queixando-se de um “calo” no lábio inferior. Ao exame intrabucal, foi observada placa branca de forma arredondada de limites nítidos com mancha branca difusa periférica, localizada na semi-mucosa labial inferior, de cerca de 1cm de diâmetro, superfície rugosa e não destacável à manipulação. Foi realizado biópsia excisional e diagnóstico histopatológico foi de ceratoacantoma. Atualmente, a área operada se encontra cicatrizada e sem indícios de recidiva.

Referências

DE VISSCHER JG, VAN DER WAL KG, BLANKEN R, WILLEMSE F. Treatment of giant keratoacanthoma of the skin of the lower lip with intralesional methotrexate. a case report. J Oral Maxillofac Surg. 2002, Jan; 60(1):93-5.
CRIBIER B, ASCH P, GROSSHANS E. Differentiating squamous cell carcinoma from keratoacanthoma using histopathological criteria. Is it possible? A study of 296 cases. Dermatology. 1999;199(3):208-12.
DE VISSCHER JG, VAN DER WAL JE, STARINK TM, TIWARI RM, VAN DER WAAL I. Giant keratoacanthoma of the lower lip. Report of a case of spontaneous regression. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1996 Feb;81(2):193-6.

**14. VERRUGA VULGAR EM LÁBIO: ASPECTOS CLÍNICOS, MICROSCÓPICOS E POSSÍVEL ASSOCIAÇÃO COM PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV).**

RIBEIRO, Ana Carolina Prado, HIDALGO, Lidia Regina da Costa*; PIRES-SOUBHIA, Ana Maria; CASTRO, Alvimar Lima de. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

A verruga vulgar é a mais comum e mais prevalente lesão de pele associada ao papilomavírus humano, no entanto, raramente se manifesta na boca. Possui caráter contagioso, podendo se espalhar para outras partes do corpo por auto-inoculação. Caso clínico: Paciente sexo masculino, xantoderma, 13 anos compareceu a Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, queixando-se de “verruga na boca”. Durante o exame físico extrabucal notou-se um nódulo em semimucosa labial superior do lado esquerdo, com aproximadamente 0,5 cm de diâmetro, base sésil, superfície rugosa, coloração branco-amarelada e indolor à palpação. O paciente ainda apresentava diversos nódulos próximos ao cotovelo que se assemelhavam a lesão em lábio. Mediante os achados clínicos, o diagnóstico diferencial foi de condiloma, papiloma e verruga vulgar. A conduta adotada foi a realização de biópsia excisional. O material foi encaminhado para análise histopatológica tendo como resultado verruga vulgar. O paciente encontra-se em acompanhamento, não tendo apresentado recidiva da lesão.

Referências

CASTRO, T.M.P.G. et. al. Manifestações orais associada ao papilomavírus humano (HPV) conceitos atuais: revisão bibliográfica. Rev. Bras. Otorrinolaringol., v.70, n.4, p.546-550, 2004.
NEVILLE, B.W. et. al. Patologia Oral e Maxilofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan – 2004.
SANFILIPPO, A.M. et. al. Common Pediatric and adolescent. Skin contidions. J. Pediatr Adolesc Gynecol., v. 16, n.5, p. 269-283, 2003.
SYRJÄNEN. S. Human papilloma virus infections and oral tumors. Med Microbiol Immunol., v. 192, n. 3, p. 123-128. 2003.



15. CRESCIMENTO GENGIVAL INDUZIDO POR DROGA. RELATO DE CASO CLÍNICO.

GARCIA-JÚNIOR, Idelmo Rangel; DA SILVA, Jorge Barbosa Gutierrez; LUVIZUTO, Eloá Rodrigues; PEREIRA, Flávia Priscila; FAVERANI, Leonardo Perez; GAETTI-JARDIM, Ellen Cristina*. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Hiperplasias gengivais são alterações caracterizadas pelo aumento de volume da gengiva que pode ser limitada a uma área ou envolver várias regiões. Tal condição pode estar relacionada ao uso freqüente de certos medicamentos, como a ciclosporina, a fenitoína e a nifedipina, sendo, portanto denominada crescimento gengival induzido por drogas. Dentre os fatores etiopatogênicos, desta patologia, além das características farmacológicas dos medicamentos envolvidos, destaca-se, como principal, o acúmulo de biofilme dentário, proveniente de uma higiene bucal deficiente. O propósito deste trabalho consiste em relatar um caso clínico de um paciente que fazia uso de fenitoína e apresentava crescimento gengival generalizado. Iniciou medidas imediatas para o controle da infecção como orientação de higiene, raspagem e alisamento corono-radicular e bochechos diários de clorexidina. Após essa etapa foi feita cirurgia periodontal e avaliação histopatológica. O paciente está sobre controle periódico e até o presente momento não houve recidiva. Conclui-se que a motivação do paciente em manter a higiene bucal é pré-requisito para a manutenção da saúde periodontal.

Referências

OZCELIK O, HAYTAC MC, SEYDAOGLU G. The effects of anabolic androgenic steroid abuse on gingival tissues. *J Periodontol.* 2006 Jul;77(7):1104-9
CIANCIO SG. Medications: a risk factor for periodontal disease diagnosis and treatment. *J Periodontol.* 2005 Nov;76(11 Suppl):2061-5.
KATAOKA M, KIDO J, SHINOHARA Y, NAGATA T. Drug-induced gingival overgrowth – a review. *Biol Pharm Bull.* 2005 Oct;28(10):1817-21.

16. QUERUBISMO.

SILVA, Marcell Moço; ASSUMPÇÃO, Tatiane Aparecida*; DINI, Jordana Rondon*; FONSECA, Mariana Saraiva Marthes; CASTRO, Alvimar Lima de; PIRES-SOUBHIA, Ana Maria. Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp.

Querubismo é um quadro caracterizado por displasia fibrosa óssea bilateral dos maxilares de caráter hereditário que confere ao paciente o aspecto de querubins da Arte Renascentista. É uma doença autossômica dominante de penetrância variável mais comum em homens que em mulheres. Clinicamente apresenta-se como tumefação nos ângulos mandibulares e túberes da maxila. Caso clínico: paciente do sexo feminino com dez anos de idade queixando-se que “a bochecha estava crescendo”, bem como de problemas psicológicos em relação à queixa. Clinicamente observou-se tumefação bilateral em terço médio e inferior da face de limites difusos, consistente à palpação, de coloração e textura normais. Radiograficamente, áreas radiolúcidas com áreas multiloculares bem definidas na região de base, ângulo e ramo mandibular. Com diagnóstico diferencial de querubismo, displasia fibrosa e mixoma odontogênico, realizou-se biópsia incisiva que revelou ser compatível com lesão fibro-óssea, permitindo o exercício clínico com a proposta do diagnóstico final de querubismo. A paciente foi encaminhada a um serviço de psicologia para melhoria nas relações sociais. Conclusão: por ser uma manifestação na qual ocorre remodelação óssea após a idade de crescimento, não é necessária intervenção cirúrgica ao menos que esteja atrapalhando as funções vitais do paciente como a fala, deglutição, respiração, mastigação, uma vez que o acompanhamento clínico de 5 meses mostrou estabilidade do quadro.

Referências

ABREU, L.G., FONSECA; L.C., FREITAS; J.B. Lesão com células gigantes: diagnóstico diferencial baseado nas características clínicas e radiográficas. *Revista Mineira de Estomatologia.*, v.1, n.2, janeiro/julho 2004.
CARVALHO, T.N. et al. Querubismo: relato de caso e revisão de literatura com aspectos imaginológicos. *Radiol Bras.*, v.37, n.3, p.215-217, 2004.
CASTRO, A.L. *Estomatologia.* São Paulo: Livraria e editora Santos, 3° ed., 2000.
NEVILLE et. al. *Patologia Oral & Maxilofacial.* Rio de Janeiro: Guanabara koogan. 2° edição, 2004.

17. GENGIVITE ÚLCERO NECROSANTE (GUN).

SILVA, Marcellino Maço; SILVEIRA NETO, Antônio Bento da*; SIBOLDI, Amanda Carolina*; HALAK, Flávio de Oliveira Campos; FONSECA, Mariana Saraiva Marthes; CASTRO, Alvimar Lima de. Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

A GUN é uma doença provocada por um grupo de bactérias que para atuar necessitam de ambiente propício, ocasionado por alterações locais e sistêmicas associadas a estresse emocional. Acomete ambos os sexos, mais freqüente em pessoas brancas entre 21 e 30 anos de idade, podendo atingir outras idades. Clinicamente caracteriza-se por inversão gengival ocorrendo edema, de fácil sangramento e apresenta-se com pseudomembrana acinzentada. A dor e o odor fétido são sintomas comuns relatados pelo paciente. A terapêutica consiste basicamente de remoção dos irritantes locais, raspagem e polimento corono-radicular, e também antibioticoterapia nos casos mais graves. Este trabalho objetivou relatar um caso clínico de GUN em paciente do sexo feminino, com 15 anos de idade, queixando-se de dor. Intrabucalmente foi observada lesão ulcerada na papila incisiva com inversão das papilas dos incisivos inferiores e entre os dentes 16 e 17. Com o diagnóstico de gengivite ulcerativa necrosante, realizou-se limpeza com água oxigenada e soro fisiológico em partes iguais, bem como bochechos com essa solução, além da antibioticoterapia e vitaminoterapia C. Após uma semana realizou-se raspagem e polimento corono-radicular. O pós-operatório de 3 semanas mostrou remissão completa do quadro. Conclusão: para o tratamento de lesões desta natureza é indispensável a colaboração do paciente, visto a importância da realização de bochechos com substâncias antimicrobianas para a regressão do quadro, bem como na higienização oral.

Referências

BUSSATO, C.; TOCHETTO, L.R.; LINDEN, M. S. S. Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda - Revisão Bibliográfica – Sitientibus, Feira de Santana, v. 30, p. 147-164, jan/jun 2004.
CASTRO, A.L. Estomatologia. 3 ed. São Paulo: Editora Santos, 2000.
NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. SHAFER et al. Tratado de Patologia Bucal. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

18. SIALOLITÍASE EM GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: RELATO DE CASO.

CASTRO, Alvimar Lima de; SILVA, Marcellino Maço; ZAGATO*, Nilva Rodrigues; CAMPOS, Natalia de; COCLETE, Gilberto Aparecido; PIRES-SOUBHIA, Ana Maria. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

A sialolitíase é uma patologia caracterizada pela formação de massas calcificadas que podem obstruir o sistema excretor de uma glândula salivar acometendo principalmente o ducto da glândula submandibular. Clinicamente é caracterizado por dor, inchaço e ausência de salivagem da glândula afetada. Geralmente, os cálculos salivares envolvidos não ultrapassam 10,0 mm de extensão, no entanto, alguns podem atingir tamanhos maiores que 15,0 mm, os quais são considerados cálculos salivares gigantes ou mega sialólitos. Caso clínico: paciente do sexo masculino, com 50 anos de idade, com história de sialólito na glândula submandibular diagnosticado pelo seu médico há um ano, sem tratamento no período por se tratar de uma lesão de reduzido tamanho. Intrabucalmente, presença de um nódulo duro e móvel de aproximadamente 20,0 mm na região do ducto da glândula submandibular do lado esquerdo. Realizou-se radiografia panorâmica e oclusal da mandíbula, onde se pôde observar a presença de massa radiopaca oval. Com o diagnóstico clínico de Sialolitíase foi realizado tratamento cirúrgico. O pós-operatório de 60 dias mostrou aspecto de normalidade. Conclusão: a terapêutica do sialólito quando adequado reflete prognóstico favorável

Referências

NEVILLE, B.W. Patologia das glândulas salivares. In: NEVILLE, B.W. et al. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2004. p. 373-388.
COSTA, L.J.; SAMPAIO, M.C.C.; CARVALHO, A.A.T.; LUCENA, L.B.S.; ROCKENBACH, M.I.B. Sialolitíase de glândulas salivares menores: relato de um caso. Rev. ABO nac v.9, n.5, p.307-9, out./nov. 2001.
LANDGRAF, H. et al. Extenso sialólito no ducto da glândula submandibular: Relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buc-Maxilo-Fac., Camaragibe, v.6, n.2, p.29-34, abril/junho 2006.

19. GRANULOMA PIOGÊNICO.

SILVA, Marcell Moço; CAMPOS, Natália*; ZAGATO, Nilva Rodrigues; CRIVELINI, Marcelo Macedo; CASTRO, Alvimar Lima de. Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

O granuloma piogênico é definido como resposta tecidual exuberante a traumatismo ou irritação local. Os locais de maior ocorrência na boca são os sítios expostos a traumatismos freqüentes como gengiva, lábio e mucosa jugal. Além do trauma, admite-se que infecção e fatores hormonais também atuem no desenvolvimento da lesão. No entanto, certos casos apresentam etiologia desconhecida e a confirmação de granuloma piogênico se faz pelo exame histopatológico, que se apresenta como um tecido de granulação hiperplásico, nos quais os capilares são proeminentes, podendo ser observada certa fibrose. Podem ser encontradas células de inflamação crônica e neutrófilos quando a lesão é ulcerada. Este trabalho objetiva mostrar o caso clínico de um paciente do sexo masculino, 56 anos de idade, que compareceu à consulta queixando-se de uma lesão na ponta da língua. Ao exame intrabucal observou-se uma lesão nodular localizada no ápice da língua, com aproximadamente 0,3 cm em seu maior diâmetro, com evolução de 2 meses, de coloração avermelhada, com superfície irregular, com consistência fibrosa, de base pediculada e com a mucosa adjacente íntegra. Realizou-se biópsia excisional que confirmou o diagnóstico clínico de granuloma piogênico. O pós-operatório de 15 dias foi favorável.

Referências

CARLI, J.P.; SOULUETE, O. Análise clínico-histopatológico do granuloma piogênico e do fibroma ossificante periférico. Rev. Fac. Odontol. Univ Passo Fundo. V.9, n.2, p.13-17, 2004.
 COSTA, M.R. et al. Diagnóstico e tratamento de granuloma piogênico: relato de casos clínicos. Rev. paul. Odontol. v.26, n.4, p.9-11, 2004.
 NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral e Maxilo Facial. 2.a ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2004
 SHAFER et al. Tratado de Patologia Bucal. 3.a ed. São Paulo: Pancast Editora, 2002.

20. LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO COM MANIFESTAÇÃO BUCAL.

SILVA, Marcell Moço; BRUNELLI, Gabriel Penteadro Melles Figueiredo*; MANFREDI, Guilherme Gonçalves do Prado*; JAROUCHE, Amira Saadi; CASTRO, Alvimar Lima de; CRIVELINI, Marcelo Macedo. Faculdade de Odontologia de Araçatuba UNESP.

O lúpus eritematoso é um exemplo clássico de condição imunologicamente mediada, de difícil diagnóstico que pode ser observado sob duas formas clínicas: o sistêmico e o crônico discóide. O sistêmico é mais grave, atinge mais as mulheres com uma média de 31 anos de idade e é caracterizado por poliartrite, exantema malar e discóide caracterizando "asa de borboleta", fotossensibilidade, alterações renais e cardíacas. A forma crônica discóide tem poucos ou nenhum sinal ou sintoma sistêmico, as lesões são limitadas a pele. Ambas as formas podem apresentar manifestação bucal, como úlceras. A terapêutica é apenas paliativa, evitando exposição ao sol, bem como medicação corticosteróide. Este trabalho objetiva relatar um caso clínico de uma paciente com 58 anos de idade, queixando-se de "ferida na boca", notada há dois anos. À anamnese a paciente relatou ser portadora de lúpus eritematoso em tratamento há 7 anos, e sem lesões cutâneas há 6 anos. Extrabucalmente não foi observado nada digno de nota. Intraoralmente observou-se úlcera na mucosa jugal, 1,0 cm em seu maior diâmetro, bem delimitada circundada por estrias brancas finas e delicadas, e mucosa adjacente íntegra. Realizou-se biópsia incisiva que confirmou o diagnóstico clínico de lúpus eritematoso. A terapêutica instituída para a úlcera bucal foi a aplicação de corticosteróide tópico. Conclusão: Tendo em vista a ausência de cura destas doenças, bem como a melhoria nas condições de vida desses pacientes, é fundamental o papel do cirurgião-dentista, visto que a boca representa uma região de relevante interesse clínico para o diagnóstico desta patologia, cujos cuidados orais auxiliam a diminuir os sintomas da enfermidade.

Referências

GOMES, D.Q. et al. Lúpus eritematoso: uma revisão de literatura. RBPO., v.3, n.4, p.219-226, 2004.
 NEVILLE et al. Patologia oral e maxilofacial. 2a. ed., Rio de Janeiro (R.J.): Guanabara Koogan, 2004.
 REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J. Patologia Bucal. Correlações Clinicopatológicas. 3ª. Ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 2000.
 VERLI, F.D. et al. Lúpus eritematoso: uma abordagem estomatológica. RBPO., v.3, n.1, p.26-31, 2004.

21. PÊNFIGO VULGAR - CONSIDERAÇÕES GERAIS E RELATO DE CASO.

SIMONATO, Luciana Estevam; OLIVEIRA, Maria Cecília Querido de*; D'ALMEIDA, Lucimara; SANTOS, Cleide dos Anjos; CRIVELINI, Marcelo Macedo; MIYAHARA, Glauco Issamu. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

O pênfigo vulgar é uma doença mucocutânea crônica de origem auto-imune caracterizada pela formação de vesículas e/ou bolhas que, ao se romperem, dão origem a dolorosas ulcerações na superfície das mucosas e pele. Considerando que suas manifestações clínicas podem se iniciar e estarem restritas à cavidade bucal, esse trabalho teve como objetivo familiarizar o cirurgião dentista a esta patologia através do relato de um caso clínico. Paciente leucoderma, 74 anos, sexo masculino foi encaminhado para clínica de Estomatologia da FOA/UNESP. Durante a anamnese relatou estar fazendo bochechos de água oxigenada uma vez ao dia a pedido do pelo cirurgião dentista do posto de saúde da sua cidade. Ao exame extrabucal nenhuma alteração digna de nota pode ser evidenciada. Ao exame intrabucal, foram constatadas áreas ulceradas envolvendo mucosa labial, assoalho bucal, língua e palato mole. Foi realizada uma biópsia incisional perilesional em região de mucosa labial superior. Os achados clínicos associados às características histopatológicas permitiram o diagnóstico definitivo de pênfigo vulgar. O tratamento inicial foi feito pela administração de elixir de dexametazona seguido pelo encaminhamento do paciente ao dermatologista para a instituição de um tratamento especializado. Em retorno a clínica após três meses observou-se melhora significativa no quadro clínico, com quase inexistência das lesões. Diante do relato desse caso, pode-se concluir que o cirurgião dentista deve estar apto a reconhecer os sinais e sintomas do pênfigo vulgar, possibilitando o diagnóstico precoce e o melhor prognóstico.

Referências

BERNABÉ DG, MORAES NP, CORREIA CM, FURUSE CF, CRIVELINI MM. Tratamento do pênfigo vulgar oral com corticosteróides tópicos e sistêmicos associados a dapsona e pentoxifilina. Rev Odontol UNESP 2005;34(1):49-55.
 CAZAL C, MORAES ES, COSTA LJ, MARCHI M. Pênfigo vulgar e penfigóide benigno de mucosa considerações gerais e relato de casos. Rev Bras Patol Oral 2003;2(3):8-13.
 FARIA JÚNIOR NB, SILVEIRA ÉJD, FREITAS RA, GALVÃO HC. Estudo de lesões orais associadas a doenças dermatológicas. Rev Bras Patol Oral 2004;3(2):81-87.
 SOUZA FACG, BRANDÃO AAH, ALMEIDA JD, CABRAL LAG. Importância do conhecimento de pênfigo vulgar pelo cirurgião dentista. Rev Ass Pau Cir Dent 2005;59(2):122-6.

22. PARACOCIDIOIDOMICOSE: RELATO DE CASO CLÍNICO.

VIEIRA, Evanice Menezes Marçal; DEMATHÉ, Adriana; JOAQUIM, Renata Couturato*; VELASCO, Daniel Castro; MIYAHARA, Glauco Issamu, CRIVELINI, Marcelo Macedo. Faculdade de Odontologia da UNESP/Araçatuba.

Paracoccidioidomicose é uma infecção fúngica sistêmica, causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis*, que acomete preferencialmente indivíduos adultos, do sexo masculino. Apresenta-se inicialmente como infecção pulmonar após a exposição a esporos do microorganismo, podendo disseminar pela via linfática ou hematogênica para outras regiões. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de paracoccidioidomicose com manifestação oral, mostrando a importância do cirurgião-dentista para a realização do diagnóstico de uma doença sistêmica. O paciente de 48 anos, sexo masculino, leucoderma, fumante, pescador, compareceu a clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, acompanhado pelo seu dentista de Barbosa-SP, que relatou o aparecimento de úlcera com halo eritematoso há aproximadamente dois meses, surgindo posteriormente vesículas avermelhadas. Ao exame físico da lesão, observou-se úlceras de aspecto moriforme com pontos avermelhados, localizadas no palato mole e região retromolar direita, com aproximadamente 3 cm no seu maior diâmetro, com limites mal definidos e base endurecida. Foi feito diagnóstico diferencial de paracoccidioidomicose e carcinoma espinocelular, sendo este último considerado diagnóstico clínico, devido o hábito nocivo de quarenta anos, idade e sexo do paciente. Foi realizada biópsia incisional e citologia esfoliativa, sendo o material encaminhado para exame histo e citopatológico, onde se estabeleceu o diagnóstico definitivo de paracoccidioidomicose. O paciente foi encaminhado ao médico de sua cidade para tratamento. É de extrema importância o diagnóstico pelo cirurgião-dentista, pois as manifestações bucais podem ser a primeira manifestação clínica da doença observada pelo paciente.

Referências

GARCIA AM, TAYLOR AM, LUZ RM, RIVERA LMRG. Paracoccidioidomycosis: report of 2 cases mimicking squamous cell carcinoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 94:609-13.
 VIEIRA EMM, BORSATTO-GALERA B. Manifestações clínicas bucais da paracoccidioidomicose. Rev de Patologia Tropical 2006; 35,p.23-30.

23. CISTO PERIODONTAL LATERAL EM ADOLESCENTE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.

DEMATHÉ, Adriana; OLIVEIRA, Fernando Moreno*; SIMONATO, Luciana Estevam, MELO, Fernanda Caldeireiro Alves; MIYAHARA, Glauco Issamu, CRIVELINI, Marcelo Macedo. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

O cisto periodontal lateral é um tipo raro de cisto odontogênico de desenvolvimento, não queratinizado que ocorre adjacente ou lateral a uma raiz dentária de dente vital. É encontrado principalmente em adultos (5ª a 7ª décadas de vida). Em 75% a 80% dos casos, ocorrem na região de incisivo-lateral canino e pré-molares inferiores. Sem sinais dolorosos ou sintomas clínicos, são normalmente diagnosticados durante exames radiográficos de rotina. Aparece como uma área radiolúcida bem circunscrita, arredondada ou em forma de "gota de lágrima". O cisto periodontal lateral é tratado por enucleação cirúrgica e não tende à recorrência. O paciente M. F. S., sexo masculino, 15 anos de idade, foi encaminhado à Clínica de Estomatologia da FOA - UNESP devido a um exame radiográfico para tratamento ortodôntico que apresentava anormalidade periodontal. Ao exame clínico intra-bucal foi observada anormalidade na forma da coroa do dente 45. Ao exame radiológico verificou-se uma área radiolúcida circunscrita entre os dentes 45 e 46, mediando 5 mm em seu maior diâmetro. O teste de vitalidade pulpar dos dentes 45 e 46 foi positivo. Foi realizada enucleação cirúrgica da lesão. A descrição histopatológica somada às características clínicas permitiu o diagnóstico definitivo de cisto periodontal lateral. O paciente está sendo preservado e foi observado um início de mineralização óssea na região após 1 mês da exérese da lesão. O intuito deste trabalho é apresentar o diagnóstico e tratamento de um caso de cisto periodontal lateral em adolescente.

Referências

COLGAN, C. M.; HENRY, J.; NAPIER, S. S.; COWAN, C. G. Parodontal cysts: a role for food impaction in the pathogenesis? A review of cases from Northern Ireland. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2002, v. 40, n.2, p.163-8.
 NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. *Patologia Oral & Maxilofacial.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 798p.
 PEZZI, L. P. G.; STUDART-SOARES, E. C.; SANT'ANA FILHO, M. Cisto Periodontal Lateral e Cisto Odontogênico Botrióide. *Rev. Fac. Odontol., Porto Alegre,* v. 41, n. 1, p.14-17, 2000.
 SILVERMAN, S.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. *Fundamentos de Medicina Oral.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384 p.

24. AMELOGÊNESE IMPERFEITA AUTOSSÔMICA DOMINANTE: ANÁLISE GENÉTICA DE UMA FAMÍLIA AFETADA E RELATO DE CASO.

KOTAKE, Bruna Gabriela dos Santos*; MARQUES, Thiago Macedo; COCLETE, Gilberto Aparecido; SALZEDAS, Leda Maria Pescinini - Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

A amelogenese imperfeita é um grupo heterogêneo de distúrbios clínicos e genéticos, que resultam em incompleta ou defeituosa formação do esmalte dental. Diferentes padrões hereditários foram descritos, como os genótipos autossômico dominante, autossômico recessivo e ligado ao X, com os fenótipos, hipoplásico, hipomaturado e hipocalcificado. Este trabalho apresenta a análise genética e clínica de uma família acometida por amelogenese imperfeita autossômica dominante, provavelmente do tipo hipoplásico. Um heredograma foi criado para quatro gerações, 18 pessoas apresentaram a doença e dois membros deste grupo, sendo duas irmãs, foram examinadas clinicamente. As pacientes apresentaram-se com queixa de dor em todos os dentes. O esmalte ao exame clínico apresentava-se fino, duro e brilhante, com pontos de contatos abertos devido à espessura inadequada. Radiograficamente os dentes mostraram-se sem a radiopacidade característica do esmalte, evidenciando-se apenas a dentina. A conduta foi o encaminhamento para reabilitação protética com coroas totais e aconselhamento genético.

Referências

BLANCA, U. O., et al. Análisis genético, clínico y molecular de una familia afectada con una malformación del esmalte dental. *Rev Méd Chile,* v. 133, n. 11, p. 1331-40, Nov. 2005.
 Neville et al. *Anomalias Dentárias.* In: _____. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 2. e, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2004. p. 49-103.
 SANTOS, M. C. L. G.; LINE, S. R. P. The genetics of amelogenesis imperfecta: a review of the literature. *J Appl Oral Sci,* v. 13, n. 3, p. 212-7, July-Sept. 2005.

25. ODONTOMA COMPLEXO.

BECKER, Cristiane Saddi; MURAYAMA, Rafael Akira; BERNABÉ, Daniel Galera; FERNANDES*, CORBUCCI, Daniel Castro; MUNHOZ, Felipe Camargo; CRIVELINI, Marcelo Macedo; MORAES, Norberto Perri. Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

Os odontomas são os tumores odontogênicos de maior prevalência, sendo considerados hamartomas. Podem ser de dois tipos, o composto ou o complexo, existindo, ainda, alguns que mostram características de ambos os tipos. Apresentar um caso clínico onde, através de exame radiográfico de rotina, observou-se um odontoma complexo em região de mandíbula. **Caso clínico:** Paciente S.S.S, leucoderma, 36 anos, gênero feminino, procurou a Faculdade de Odontologia de Araçatuba com queixa de dor bilateral na face em região pré-auricular, ramo de mandíbula e temporal há 6 meses. Ao exame clínico o diagnóstico foi de DTM por Deslocamento de Disco sem Redução e ao exame radiográfico de rotina, observou-se lesão radiopaca com halo radiolúcido, próxima ao canal mandibular do lado direito em região desdentada posterior e, na seqüência, procedeu-se a biópsia excisional da lesão e envio do material biopsiado para análise histopatológica. Os aspectos radiográficos e histopatológicos permitiram definir para o caso o diagnóstico de odontoma complexo.

Referências

TOMIZAWA M, OTSUKA Y, NODA T. *Clinical observations of odontomas in Japanese children: 39 cases including one recurrent case.* Int J Paediatr Dent. 2005 Jan;15(1):37-43.
CHANG JY, WANG JT, WANG YP, LIU BY, SUN A, CHIANG CP. *Odontoma: a clinicopathologic study of 81 cases.* J Formos Med Assoc. 2003 Dec;102(12):876-82.
MIKI Y, et al. *Clinicopathological studies of odontoma in 47 patients.* J Oral Sci. 1999 Dec;41(4):173-6.

26. OSTEOMIELITE CRÔNICA.

PREVIATTO, Bruna Aciardi; ROCHA, Cristina Silva; CASTRO, Alvimar Lima de; CASTRO, Eni Vaz Franco Lima de. FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE SANTA FE DO SUL - FUNEC. FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA - UNESP.

Osteomielite é um processo inflamatório agudo ou crônico nos espaços medulares ou nas superfícies corticais do osso que se estendem além do sítio inicial de envolvimento. Caso clínico: paciente melanoderma, sexo masculino, 59anos, com queixa de dor e tumefação na mandíbula, lado esquerdo. À anamnese o paciente não soube informar do surgimento da lesão, pois estava internado em hospital psiquiátrico. Ao exame extrabucal observou-se assimetria facial e, intrabucalmente, foi notado um nódulo na região do 36 e 37, com 3cm de diâmetro, limites nítidos, superfície lisa, séssil, consistência mole. Foi realizada uma biópsia incisional, notando-se presença de seqüestro ósseo, confirmando-se a suspeita clínica. O pós-operatório foi favorável.

Referências Bibliográficas

NEVILLE, B.N.et al. *PATOLOGIA ORAL E MAXILOFACIAL.* 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2004.
CASTRO, A.L. *ESTOMATOLOGIA.* 3.ed. São Paulo: Santos, pg 204-207,2000.
COTRAN, R.S.et.al. *PATOLOGIA ESTRUTURAL E FUNCIONAL.* 6.ed. Guanabara koogan,1999.

27. FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO.

SIMONATO, Luciana Estevam; CURSINO, Natalia Manrique; SANTOS, Cleide dos Anjos; TAKANO, Rodrigo Yuji; PIRES-SOUBHIA, Ana Maria; MIYAHARA, Glauco Issamu. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

O fibroma ossificante periférico é um crescimento não-neoplásico da gengiva classificado como uma lesão reativa hiperplásica inflamatória. Aparece mais frequentemente no sexo feminino entre a segunda e terceira décadas de vida, na região de incisivos e caninos superiores. Seu aspecto histopatológico mais marcante consiste na presença de calcificações em um estroma de tecido conjuntivo com inúmeros fibroblastos. Paciente leucoderma, 42 anos, sexo feminino compareceu a clínica de Estomatologia da FOA/UNESP queixando-se de uma "bolinha na gengiva". Durante a anamnese a paciente relatou o aparecimento da lesão há, aproximadamente, 2 meses, tendo crescimento lento e progressivo. Ao exame intrabucal foi verificado um nódulo medindo 1,5 cm de diâmetro, localizado na gengiva da região vestibular dos dentes 36 e 37, de coloração rósea-pálido, base pediculada, flácido e indolor à palpação. Radiograficamente, nenhuma alteração digna de nota pode ser observada. Foi realizada uma biópsia excisional da lesão e o material obtido foi encaminhado para análise anátomo-patológica. Os achados clínicos associados às características histopatológicas permitiram o diagnóstico definitivo de fibroma ossificante periférico. A paciente esta sob acompanhamento clínico, uma vez que essa lesão apresenta um alto índice de recidiva.

Referências

- BUDUNELI E, BUDUNELI N, UNAL T. Long-term follow-up of peripheral ossifying fibroma: report of three cases. *Periodontol Clin Investig* 2001;23(1):11-4.
- CARLI, JP; SILVA, SO. Análise clínico-histopatológico do granuloma piogênico do fibroma ossificante periférico. *Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo* 2004;9(2):13-7.
- CARRERA GRANO I, BERINI AYTÉS L, ESCODA CG. Peripheral ossifying fibroma. Report of a case and review of the literature. *Med Oral* 2001;6(2):135-41.
- CUISIA ZE, BRANNON RB. Peripheral ossifying fibroma—a clinical evaluation of 134 pediatric cases. *Pediatr Dent* 2001;23(3):245-8.
- FELLER L, BUSKIN A, RAUBENHEIMER EJ. Cemento-ossifying fibroma: case report and review of the literature. *J Int Acad Periodontol* 2004;6(4):131-5.
- LOURENÇO SQC, BALASSIANO KZ, NUNES AJG. Fibroma ossificante periférico: relato de caso e histórias de recidivas. *Rev Bras Odontol* 2004;61(2):127-9.

28. HERPES SIMPLES INTRABUCAL: RELATO DE CASO CLÍNICO.

VIEIRA, Evanice Menezes Marçal; *MORENO, Amália; BERNABÉ, Daniel Galera; CASTRO, Alvimar Lima de. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

As lesões herpéticas são infecções virais que freqüentemente acometem pele peribucal e linha cutâneo-mucosa dos lábios, após manifestação febril associada a estado gripal ou queda de imunidade. Condição menos freqüente em mucosa firmemente aderida ao periósteo, tais como palato, gengiva inserida e rebordo alveolar. É uma doença infecto contagiosa que se apresenta na forma de lesões vesículo-bolhosas. Uma vez expostos previamente ao vírus, a luz ultravioleta ou traumatismos podem desencadear recorrências. Caso clínico: paciente do sexo feminino, leucoderma, 48 anos de idade, compareceu a consulta relatando presença de feridas no "céu da boca" acompanhada de sensação de queimação. Ao exame físico intrabucal observaram-se lesões múltiplas, ulceradas, localizadas em mucosa de palato duro de forma arredondada de cor branca, circundada por halo eritematoso, de limites definidos com superfície lisa, sem a presença de exsudato purulento. A dor foi um sintoma apresentado pela paciente durante o exame físico da lesão. Considerou-se diagnóstico diferencial com outras lesões virais, lesão fúngica e doença imuno-mediada. Pela história da lesão e suas características clínicas, estabeleceu-se o diagnóstico de herpes simples intrabucal. O objetivo deste trabalho foi apresentar por meio de um caso clínico, a participação efetiva do cirurgião-dentista no diagnóstico desta lesão além de relatar uma manifestação em área de rara ocorrência.

Referências

- NEVILLE, B. W. et. al. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 2ª ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004
- SILVA, F.M.; PAIANO, G.; GONÇALVES, J.H.P.; Orige, S.R. Lesões Herpéticas: uma revisão de Literatura *Rev. Odontol. Araçatuba*, v.23, n.1, p.9-14, jan-jul, 2002.

29. CISTO RESIDUAL.

RIBEIRO, Ana Carolina Prado; SUZUKI, Thaís Yumi Umeda*; MARUTA, Simone Harumi*; CASTRO, Eni Vaz Franco Lima de; CASTRO, Alvimar Lima de, CRIVELINI, Marcelo Macedo. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Lesões císticas odontogênicas podem acometer pacientes independentemente da idade, sexo ou raça. Dentre os tipos de cistos odontogênicos, o cisto periapical é o mais comum. E destes o residual quando se faz uma exodontia sem enucleação cística. Paciente sexo feminino, leucoderma, 75 anos, foi encaminhada à consulta para verificação de aumento de volume em rebordo alveolar inferior. Ao exame intrabucal notou-se um nódulo na região anterior do rebordo alveolar, recoberto por mucosa íntegra, com aproximadamente 3 centímetros de diâmetro, endurecido e indolor à palpação e com tempo de evolução de 1 ano. A conduta inicial foi a realização de radiografia oclusal, que evidenciou extensa área radiolúcida bem delimitada, de aproximadamente 5 cm de diâmetro, localizada na região anterior da mandíbula. Em seguida realizou-se uma punção aspirativa e o material obtido foi compatível com conteúdo cístico. Diante dos achados clínicos, radiográficos e a positividade da punção aspirativa, os diagnósticos propostos foram cisto residual, tumor odontogênico queratocístico e ameloblastoma cístico. Foi realizada biópsia incisiva da lesão e o material encaminhado para análise histopatológica. O diagnóstico foi de cisto residual. Após o diagnóstico definitivo, a lesão foi tratada por excisão cirúrgica. A paciente está sendo acompanhada clinicamente, sem evidências de recidiva.

Referências

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J.E.; Patologia Oral e Maxilofacial, 2004, segunda edição. Editora Guanabara Koogan S.A.
 CAWSON, R.A.; Atlas Colorido de Enfermidades da Boca, 1997, segunda edição; Editora Artes Médicas Ltda; p.513.
 BORAKS, S.; Diagnóstico Bucal, 2001, terceira edição. Editora Artes Médicas Ltda; p.265,271 e 272.
 CASTRO, A.L.; Estomatologia, 2000, terceira edição. Editora Livraria Santos; p. 172 e 173.

30. LIPOMA EM MUCOSA LABIAL.

DEMATHE, Adriana; MIYAHARA, Glauco Issamu; BALTAZAR, Aline Hiromitsu*; RIGO, Fernanda de Castro*; PIRES-SOUBHIA, Ana Maria; SANTOS, Cleide dos Anjos. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Incomum na cavidade bucal, o lipoma é uma neoplasia benigna que consiste em massa bem circunscrita, lobulada, de células adiposas maduras. Não há predileção por sexo ou raça e sua etiologia é desconhecida. A mucosa jugal e o vestíbulo são as localizações intrabucais mais comuns representando 50% dos casos intra-orais, a língua e assoalho bucal e os lábios são locais menos comuns. O lipoma comumente apresenta-se como nódulo flácido, de superfície plana, séssil e de coloração amarelada. O tratamento é excisão cirúrgica e as recidivas são raras. O paciente A. D. N., 70 anos de idade, melanoderma, sexo masculino, fumante, procurou a clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP com queixa principal de ressecamento dos lábios. Ao exame físico intra-bucal foi observada uma placa amarelada, localizada em lábio inferior de aproximadamente 2 mm de diâmetro, superfície lisa, limites nítidos, com tempo de evolução de 30 dias. Foi realizada biópsia excisional e o diagnóstico histopatológico foi de lipoma. O intuito deste trabalho é apresentar um caso de lipoma em mucosa ceratinizada, lembrando que observamos somente 4 casos de lipoma de lábio inferior na literatura.

Referências

FREGNANI, E. R.; PIRES, F. R.; FALZONI, R.; LOPES, M. A.; VARGAS, P. A. Lipomas of the oral cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 2003, v. 32, n. 1, p.49-53.
 FURLONG, M. A.; FANBURG-SMITH, J. C.; CHILDERS, E. L. Lipoma of the oral and maxillofacial region: Site and subclassification of 125 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004, v. 98, n. 4, p.441-50.
 LISCHNER, S.; ROSIEN, F.; EILING, S.; HAACKE, T. C.; HAUSCHILD, A. Lipoma of the lip. A rare differential diagnosis. Hautarzt 2002, v. 53, n. 6, p.400-2.
 NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. Patologia Oral & Maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 798p.
 SILVERMAN, S.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. Fundamentos de Medicina Oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384 p.

31. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RADIOGRÁFICAS E HISTOPATOLÓGICAS DO ODONTOMA COMPOSTO.

SIMONATO, Luciana Estevam; DEMATHÉ, Adriana, HARADA, Vivian Yuriko*; SILVEIRA, Catarina Soares; PIRES-SOUBHIA, Ana Maria; MIYAHARA, Glauco Issamu. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Os odontomas são os tumores odontogênicos mais comuns. Ocorrem na maioria das vezes na região anterior da maxila entre a primeira e segunda décadas de vida, sem predileção por sexo. Geralmente, são assintomáticos e de crescimento limitado, sendo descobertos em exames radiográficos de rotina. Podem ser classificados em odontoma complexo ou composto. O tratamento consiste na remoção da lesão, sem, contudo, necessitar de margem de segurança. O presente trabalho objetivou apresentar as características clínicas, radiográficas e histopatológicas de um caso de odontoma composto. Paciente de 17 anos de idade, sexo masculino, leucoderma foi encaminhado para realização de documentação ortodôntica. Ao exame físico não foi detectada nenhuma alteração digna de nota. Ao exame radiográfico foi constatada área radiolúcida de forma circular irregular localizada entre os dentes 22 e 23. Com base nas avaliações clínico-radiográficas, foi estabelecido o diagnóstico clínico de odontoma composto. A conduta inicial foi à remoção cirúrgica da lesão e o encaminhamento do material obtido para análise histopatológica. Histopatologicamente observou-se características dentárias muito claras, contendo tecido pulpar, cimento, dentina e matriz de esmalte, sugerindo o diagnóstico de odontoma composto. O paciente encontra-se sob acompanhamento clínico-radiográfico. O conhecimento das características clínicas, radiográficas e histopatológicas do odontoma composto são de grande relevância para o cirurgião dentista, otimizando o diagnóstico e o tratamento dessa lesão.

Referências

CHANG JY, WANG JT, WANG YP, LIU BY, SUN A, CHIANG CP. Odontoma: a clinicopathologic study of 81 cases. J Formos Med Assoc 2003;102(12):876-82.
 AMADO CUESTA S, GARGALLO ALBIOL J, BERINI AYTÉS L, GAY ESCODA C. Revisión de 61 casos de odontoma. Presentación de un odontoma complejo erupcionado. Med Oral 2003;8(5):366-73.
 HISATOMI M, ASAUMI J-I, KONOUCHE H, HONDA Y, WAKASA T, KISHI K. Case of complex odontoma associated with lower deciduous second molar and analysis odontomas Oral Diseases 2002;8(2):100-5.

32. CISTO DENTÍGERO: ASPECTOS DIAGNÓSTICOS.

SIMONATO, Luciana Estevam; VIEIRA, Evanice Menezes Marçal; BECKER, Tiago Augusto*; RINALDI, Gabriel Augusto Tozo*; PIRES-SOUBHIA, Ana Maria; MIYAHARA, Glauco Issamu. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

O cisto dentígero é definido como um cisto odontogênico que se origina pela separação do folículo que envolve a coroa de um dente incluso. É comum na clínica odontológica, correspondendo a 16% das lesões odontogênicas. Ocorre na maioria dos casos em homens brancos de 10 a 30 anos e é mais freqüente na região de terceiros molares inferiores e caninos superiores. Clinicamente são assintomáticos, sendo descobertos em exames radiográficos de rotina. O objetivo deste trabalho é enfatizar os aspectos diagnósticos dessa lesão, através do relato de um caso clínico. Paciente leucoderma, sexo masculino, 13 anos de idade foi encaminhado a Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP por seu ortodontista que observou uma imagem de caráter cístico na documentação ortodôntica. Ao exame físico extrabucal não foi observado nada digno de nota. Ao exame físico intrabucal constatou-se tumefação localizada no rebordo alveolar na região do dente 37, de coloração rósea-pálida, limites imprecisos e indolor à palpação. Foram realizadas tomadas radiográficas, onde foi possível notar uma lesão radiolúcida bem delimitada envolvendo o dente 37. Com diagnóstico clínico de cisto dentígero procedeu-se a punção aspirativa, cujo resultado mostrou-se compatível com conteúdo cístico. A conduta foi a remoção cirúrgica da lesão e o resultado histopatológico foi de cisto dentígero. O paciente encontra-se sob acompanhamento clínico-radiográfico periódico em nossa clínica. A partir do caso clínico relatado, pode-se concluir que o conhecimento por parte do cirurgião dentista das características clínico-radiográficas dessa lesão, se fazem necessárias para que o seu diagnóstico seja realizado adequadamente.

Referências bibliográficas:

CAMISASCA DR, JANINI MER, SILVA JÚNIOR JÁ, BERNARDO V. Cistos e tumores odontogênicos: estudo epidemiológico. Rev Assoc Paul Cir Dent 2005;59(4):261-6.
 GODOY GP, PINTO LP, SOUZA LB, TERRA RG. Cisto dentígero: relato de um caso de possível etiologia. Rev Bras Odontol 2005;62(1/2):44-6.
 JONES AV, CRAIG GT, FRANKLIN CD. Range and demographics of odontogenic cysts diagnosed in a UK population over a 30-year period. J Oral Pathol Med 2006;35(8):500-7. Motamedi MH, Talesh KT. Management of extensive dentigerous cysts. Br Dent J 2005;198(4):203-6.

33. TUMOR ODONTOGÊNICO CÍSTICO CALCIFICANTE: RELATO DE CASO.

VIEIRA, Evanice Menezes Marçal; *PELINSSON, Danielle Cristina Guollo; GAETTI-JARDIM JR, Elerson, NEVES Meire Heris Martinez; BETONI JUNIOR, Valter; MORAIS, Sylvania. Faculdade de Odontologia de Cuiabá/UNIC.

Tumor odontogênico cístico calcificante anteriormente denominado de cisto de Gorlin ou cisto odontogênico calcificante, é uma lesão incomum que apresenta comportamento clínico variável, características histopatológicas peculiares, podendo eventualmente estar associado com outros tumores odontogênicos. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de cisto de Gorlin, descrevendo suas principais características radiográficas e histopatológicas. Paciente do sexo masculino, 10 anos, compareceu ao consultório odontológico apresentando discreto aumento volumétrico na região de maxila do lado esquerdo. Ao exame clínico intrabucal observou-se ausência do dente 23. Foi feita radiografia panorâmica e oclusal, revelando presença de lesão unilocular, radiotransparente bem definida na região anterior de maxila, contendo um agrupamento de estruturas radiopacas. A conduta inicial foi à remoção de janela cirúrgica, descompressão cística com encaminhando dos fragmentos de cápsula cística para análise histopatológica no Laboratório de Patologia do Hospital Geral Universitário HGU/Cuiabá, que estabeleceu o diagnóstico de Cisto de Gorlin associado a odontoma complexo. Diante deste diagnóstico, um mês após a descompressão, exame radiográfico revelou diminuição da área radiotransparente e o paciente foi submetido a exérese total da lesão, sendo a peça cirúrgica encaminhada para exame histopatológico no mesmo laboratório anteriormente mencionado, tendo o diagnóstico de cisto de Gorlin mantido. Atualmente o paciente se encontra sob tratamento ortodôntico, com formação satisfatória de tecido ósseo no local onde a lesão foi removida. Apesar da ocorrência mais evidente em adultos, pode acometer crianças e o cirurgião-dentista deve estar atento para possíveis diagnósticos desta lesão.

Referências

CARVALHOSA AA, TUCCI R, STUCCHI N, OLIVEIRA FA, SILVA KBG. Cisto de Gorlin: revisão de literatura. Pesq Brás Odontoped Clin Integ. João Pessoa, v.5, n.3, p.291-297, set./dez.2005.
GALLANA AS, MAYORGA JF, TORRES GFJ, AVELLÁ VFJ, SALAZAR FC. Quiste odontogênico calcificante asociado con odontoma complejo: Presentación de un caso y revisión bibliográfica. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:243-7.
BARNES L, EVESON J, REICHART P, SIDRANSKY D. Histological classification of odontogenic tumours. WHO Classification of tumours. Pathology & genetics: head and neck tumor. Lyon, France: IARC Press; 2005.p.284.

34. CARCINOMA EPIDERMÓIDE –RELATO DE UM CASO EM ESTÁGIO AVANÇADO.

TRENTO, Cleverson Luciano; SCANDELA E, Lunara*, GOTTARDO Vilmar D.; VELTRINI, Vanessa C.; ZARDETTO-JUNIOR, Renato.

Paciente G.M.S. 58 anos, gênero masculino, raça parda, procurou a clínica de lesões bucais do CESUMAR, encaminhado por Cirurgião Dentista clínico da cidade. O paciente não soube precisar o tempo de evolução, mas relatou sintomatologia dolorosa na região alveolar antero - inferior. Ao exame extra bucal apresentou cadeia glaglionar submandibular e submentoniana enfiadas. Ao exame físico intra bucal, observou-se extensa úlcera exofítica, de limites imprecisos e irregulares, entremeadas áreas atróficas, eritematosas e focos necróticos. As radiografias oclusal total de mandíbula e periapical mostravam osteólises difusas, com aspecto de "roído de traça". Procedeu-se biópsia incisiva. O laudo histopatológico foi de Carcinoma epidermoide, sendo uma neoplasia maligna mais comum de cavidade oral. Apresenta uma maior prevalência no sexo masculino (3:1), após a quarta década de vida. A causa é multifatorial, não há um agente ou fator causador (carcinógeno) isolado, claramente definido, mas tantos fatores extrínsecos (como fumo e álcool) quanto fatores intrínsecos (estados sistêmicos) podem estar em atividade.

Referências

NEVILLIE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, M.C.; BOUQUOT, J.E. Patologia Oral e Maxilofacial. ed. Guanabara Koogan, 2004.
REGEZI, J.A.; SCIUBA, J.J. Patologia bucal-Correlações clinicopatológicas. Rio de Janeiro. ed. Guanabara Koogan, 1987.
SHAFER, W.G.; HINE, M.K.; LEVY, B.M. Tratado de Patologia Bucal. Rio de Janeiro. ed. Guanabara Koogan, 1987.
TOMMASI, A.F. Diagnóstico em Patologia bucal. São Paulo: Pancast editorial, 1989.
AMORIM, A.G.; AMORIM de B.F.R.; FREITAS, R.A. Estudo Epidemiológico do Carcinoma Epidermoide Oral: análise de 85 casos. Odontologia Clínica-Científica, Recife, jan/abr, 2002.

**35. HEMANGIOMA CAVERNOSO.**

LAZARO, Pablo Hernandez; CASTRO, Alvimar Lima de; CASTRO, Eni Vaz Franco Lima de; PIRES-SOUBHIA, Ana Maria; LINS, Sâmira Âmbar. Faculdade de Odontologia de Santa Fé do Sul - FUNEC. Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP.

O Hemangioma é uma proliferação benigna dos vasos sanguíneos, sendo que em muitas situações a lesão representa provavelmente um hamartoma ou má-formação congênita. CASO CLÍNICO: Paciente leucoderma, sexo masculino, 62 anos de idade, com queixa de um caroço arroxeadado na mucosa labial inferior esquerda. À anamnese o paciente relatou que houve um trauma à mastigação há mais ou menos 26 anos. Ao exame intrabucal se observou nódulo arroxeadado na mucosa labial inferior do lado esquerdo, ovalado, 3 cm de diâmetro, limites nítidos, superfície lisa e homogênea, séssil, consistência mole. Com o diagnóstico clínico de Hemangioma Cavernoso, foi realizada biópsia excisional, onde o exame histopatológico confirmou a suspeita clínica. O pós-operatório foi favorável.

Referências

- NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004, 797p.
TOMMASI, A.F., Diagnostico em Patologia Bucal – Pancast Editoria, 4ª reimpressão, 2000, São paulo.
CASTRO, A.L. Estomatologia. 3. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000.
ROBBINS, S.L. et al. Patologia estrutural e funcional. 6. ed. Rio de Janeiro: ed. Guranabara Koogan, 2000.

**36. QUEILITE ACTÍNICA.**

SILVA, Marcell Moço; RESENDE, Mauro Augusto*; MOREIRA Jr, Joel Carlos*; FURUSE, Takeo Adhemar; MATHEUS, Gildo; MATHEUS, Maria Tereza Giroto. Faculdades Adamantinenses Integradas FAI. Faculdade de Odontologia de Araçatuba UNESP.

A queilite actínica é uma alteração dos lábios causada pela exposição crônica aos raios solares ultravioletas. É mais freqüente em pessoas acima de 40 anos, de pele clara e que mantém hábitos ocupacionais ou de lazer ao ar livre expondo-se à radiação actínica. CASO CLÍNICO: paciente leucoderma do sexo masculino com 48 anos de idade, fumante há mais de 30 anos, encaminhado pelo seu cirurgião dentista para avaliação e conduta de mancha branca no lábio inferior. A história médica, não foi contributiva. Loco-regionalmente foi observado placa branca na semimucosa labial inferior, 2,0 cm em seu maior diâmetro e limites imprecisos, sobre um lábio que se mostrou tumefacto. A biópsia incisional revelou ser compatível com queilite actínica confirmando o diagnóstico clínico. Foi recomendadas a utilização de protetor solar labial e Hipoglós de 4 a 6 vezes ao dia. O acompanhamento clínico de um ano mostrou melhora na sintomatologia, porém, sem desaparecimento completo, estando atualmente sob controle. Conclusão: em pacientes notadamente adultos brancos, e sob exposição contínua de raios solares, o acompanhamento clínico periódico é imprescindível, tendo em vista a alta freqüência de Carcinoma espinocelular nessa região.

Referências

- ALVES, P.M. et al. Prevalência das lesões cancerizáveis na cavidade oral no Município de Campina Grande - Paraíba – Brasil. Ver Bras Ciênc Saúde., v.8, n.3, p.247-254, 2004.
DOMANESCHI, C. et al. Queilite actínica. RGO., v.51, n.2, p.101-104, abr.-jul. 2003.
NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
PIRES, F. R. et al. Queilite Actínica: Aspectos Clínicos e Preventivos. Revista da APCD, v. 55, n. 3, mai.-jun. 2001.



37. LINFANGIOMA EM MUCOSA JUGAL – RELATO DE CASO.

RIBEIRO, Ana Carolina Prado; SIMONATO, Luciana Estevam; SILVA, Alan Roger dos Santos; LIMA, Luciana Barbieri*; PIRES-SOUBHIA, Ana Maria; MIYAHARA, Glauco Issamu. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Os linfangiomas são hamartomas de vasos linfáticos com distribuição, tamanho e características bastante variáveis. De ocorrência relativamente rara, acomete principalmente a região de cabeça e pescoço, sendo mais comum na língua, mas também pode ser observado em mucosa jugal, gengiva, lábios e palato, quando em cavidade bucal. Trata-se de uma lesão com alto índice de recidiva, com prognóstico favorável. Paciente de 10 anos de idade, sexo masculino, leucoderma foi encaminhado por cirurgião dentista particular para Clínica de Estomatologia da FOA-UNESP. Ao exame físico extrabucal nenhuma alteração digna de nota foi constatada. Ao exame físico intrabucal observou-se a presença de um nódulo de coloração vermelho-arroxeadada, localizado na mucosa jugal esquerda, próximo à região retromolar, medindo aproximadamente 2cm, base sésil, limites imprecisos, superfície globosa e irregular com áreas ulceradas. Com diagnóstico diferencial de hemangioma, linfangioma e hiperplasia fibrosa inflamatória, foi realizada biópsia excisional. O resultado do exame histopatológico foi linfangioma. Após 3 anos, o paciente retornou a clínica queixando-se do reaparecimento da lesão que foi constatado ao exame clínico intrabucal. A conduta inicial foi a remoção cirúrgica da lesão e o encaminhamento do material para a análise histopatológica. Histologicamente confirmou-se o diagnóstico de linfangioma, sugerindo a recidiva da lesão. O paciente está sendo preservado.

Referências

SANTOS RB, CORRES M, CHERUBINI K, FIGUEIREDO MAZ. Nódulo em dorso de língua: um exercício de diagnóstico. Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo 2002;7(1):51-4.
 QUEIROZ AM, SILVA RA, MARGATO LC, NELSON-FILHO P. Dental care management of a young patient with extensive lymphangioma of the tongue: a case report. Spec Care Dentist 2006;26(1):20-4.
 JEEVA RATHAN J, HARSHA VARDHAN BG, MUTHU MS, SARASWATHY K, SIVAKUMAR N; VENKATACHALAPATHY. Oral lymphangioma: A case report. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2005;23(4):185-9.
 TEI E, YAMATAKAA, KOMURO Y, OHSHIRO K, YANAI A, LANE GJ, MIYANO T. Huge lymphangioma of the tongue: a case report. Asian J Surg 2003;26(4):228-30.
 GOLD L, NAZARIAN LN, JOHAR AS, RAO VM. Characterization of maxillofacial soft tissue vascular anomalies by ultrasound and color Doppler imaging: an adjuvant to computed tomography and magnetic resonance imaging. Oral Maxillofac Surg 2003;61(1):19-31.

38. ÚLCERAS BENIGNAS E MALIGNAS – DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.

RIBEIRO, Ana Carolina Prado; SIMONATO, Luciana Estevam; KOTAKE, Bruna Gabriela dos Santos*; SANTOS, Cleide dos Anjos; PIRES-SOUBHIA, Ana Maria; MIYAHARA, Glauco Issamu. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

As úlceras são lesões que normalmente acometem a cavidade bucal, são caracterizadas por uma perda local do epitélio de revestimento, com exposição do tecido conjuntivo adjacente. É resultante de uma variedade de fatores, incluindo microrganismos, fatores ambientais, emocionais, traumáticos e hábitos pessoais. Sua diferenciação em úlceras benignas ou malignas é feita, principalmente, a partir de suas características clínicas. As úlceras benignas, em geral, apresentam-se pequenas, pouco profundas, dolorosas, com halo inflamatório altamente hiperêmico e formação do coágulo fibrinoso. Podem aumentar de tamanho, contudo, após 2 ou 3 dias, abruptamente, ocorre uma transformação na sintomatologia, a dor cede, continuando a subsistir apenas como sensação de desconforto e em aproximadamente 1 ou 2 semanas desaparecem totalmente, sem deixar seqüelas cicatriciais visíveis. Já as úlceras malignas possuem típicas bordas evertidas, base endurecida, crescimento lento, leito necrótico, tamanho variável, ausência de cicatrização e indolor. O objetivo desse trabalho é através de dois casos clínicos propor condutas clínicas para se obter o diagnóstico correto e o melhor tratamento para úlceras benignas e malignas.

Referências

BASCONES-MARTINEZA, FIGUERO-RUIZ E, ESPARZA-GOMEZ GC. Oral ulcers. Med Clin (Barc)2005;125(15):590-7.
 Campisi G, Mravak-Stipetic M. US7 Oral mucosal ulcerations. Oral Dis 2006;12 Suppl 1:4.
 GIRDLER NM. Oral ulceration: benign or malignant? A diagnostic dilemma. Br Dent J 1990;168(10):386.
 HITCHINGS A, MURRAY A. Traumatic ulceration mimicking oral squamous cell carcinoma recurrence in an insensate flap. Ear Nose Throat J 2004;83(3):192, 194.
 SCHNEIDER LC, SCHNEIDER AE. Diagnosis of oral ulcers. Mt Sinai J Med 1998;65(5-6):383-7.
 SLEEMAN DJ, THOMAS S, TELFER M, IRVINE GH. Intra-oral carcinoma simulating benign oral disease. Br Dent J 1992;173(9):312-3.

39. CARCINOMA ESPINOCELULAR BUCAL DE CRESCIMENTO ENDOFÍTICO: RELATO DE UM CASO CLÍNICO.

ORTEGA Rose Mara, MASSUCATO Elaine Maria Sgavioli, BUZZÁ Cinthia Maria. Faculdade de Odontologia de Araraquara –UNESP - Depto de Diagnóstico e Cirurgia

O carcinoma de células escamosas na boca pode apresentar vários aspectos clínicos, incluindo úlceras e formas exofíticas. A doença pode alterar a estética do paciente, sua capacidade de comunicação, alimentação e aceitação do mesmo pela família e amigos. Apresentamos caso de carcinoma espinocelular de língua que levou o paciente a perder funções normais deste órgão. O paciente ACM, 53 anos, procurou o Serviço de Medicina Bucal (FOAr-UNESP) com lesão em língua que limitava sua movimentação há vinte dias. Ao exame clínico intrabucal constatou-se lesão nodular, ulcerada, dura à palpação, que se estendia desde a parte anterior da língua até sua borda lateral esquerda abrangendo também parte do assoalho bucal. O aspecto clínico inicial sugeria carcinoma de células escamosas. Foi realizada biópsia incisional em borda lateral de língua, mais próximo do dorso utilizando-se o punch. O exame histopatológico revelou papiloma verrucoso sendo então sugerida outra biópsia mais profunda e em outra área. Realizou-se nova biópsia utilizando-se lâmina de bisturi e o resultado histopatológico foi de carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado de crescimento endofítico. O paciente foi encaminhado ao cirurgião cabeça e pescoço que indicou pelviglossectomia submandibular com reconstrução e esvaziamento cervical bilateral além de radioterapia pós-operatória. Este relato mostra a importância do diagnóstico precoce das lesões de câncer bucal não apenas para a instituição do tratamento, mas também para que se minimizem as mutilações e haja mais qualidade de vida para estes pacientes.

Referências

Jose J, COATESWORTH AP, JOHNSON C, MACLENNAN K. Cervical node metastases in oropharyngeal squamous cell carcinoma: prospective analysis of prevalence and distribution. *J Laryngol Otol.* 2002; 116 (11): 952-8.
DE ZINIS LO, BOLZONI A, PIAZZA C, NICOLAI P. Prevalence and localization of nodal metastases in squamous cell carcinoma of the oral cavity: role and extension of neck dissection. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2006; disponível em: www.springerlink.com/content/d0424x02412u7646/.
ENDO K, SHIRAI A, FURUKAWA M, YOSHAZAKI T. Prognostic value of cell motility activation factors in patients with tongue squamous cell carcinoma. *Epub Hum pathol* 2006; 37(8): 1111-6.

40. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES.

PEREIRA, Flávia Priscila, TOSTA, Juliana Nicolino*; BORRASCA, Albanir Gabriel; CALLESTINE - FELIPINI, Renata; GARCIA – JUNIOR, Idelmo Rangel. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

A lesão central de células gigantes ou granuloma central de células gigantes é considerada uma lesão não neoplásica, embora em alguns casos demonstrem um comportamento agressivo semelhante aos neoplasmas. Pode ocorrer em qualquer faixa etária, havendo maior incidência antes dos 30 anos de idade, com predileção pelo gênero feminino. Normalmente são assintomáticos, sendo detectados em exames radiográficos de rotina ou por uma expansão indolor do osso afetado. Este trabalho objetiva descrever um caso clínico de um paciente do gênero masculino, 20 anos de idade, queixando-se de uma “carne crescida envolvendo os dentes”. Nenhuma alteração sistêmica foi relatada durante a anamnese. Ao exame clínico intrabucal constatou-se uma lesão nodular, lobulada, avermelhada, consistência fibrosa, fixa, indolor a palpação, localizada em região posterior direita de mandíbula, envolvendo os dentes 47 e 48. Radiograficamente observou-se uma área radiolúcida circunscrita, unilocular. Foi realizada a biópsia incisional e obteve-se o diagnóstico de lesão central de células gigantes. Posteriormente a lesão foi removida cirurgicamente com curetagem da área, em ambiente hospitalar sob anestesia geral. Este caso tem preservação de 4 meses e não há queixas álgicas, nem sinais clínicos de recidiva.

Referências

ADORNATO, M.C.; PATICOFF, K.A. Intralesional corticosteroid injection for treatment of central giant-cell granuloma. *JADA*, vol. 132.p.186 -190. Feb. 2001.
NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 798p.
SILVERMAN, S.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. *Fundamentos de Medicina Oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384 p.

41. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÃO BRANCA EM LÍNGUA. RELATO DE CASO CLÍNICO.

TRENTO, Cleverson; TORMENA Mariana; VELTRINI, Vanessa Cristina; BIANCHI, Juliana Fernandes CESUMAR- Centro Universitário de Maringá

Paciente leucoderma, 55 anos, gênero feminino, ex-fumante, compareceu à clínica de lesões bucais do Curso de Odontologia, Centro Universitário de Maringá (CESUMAR), queixando-se de lesão em língua, com tempo de evolução indeterminado. Ao exame físico intrabucal, observou-se placa branca em borda lateral de língua, bilateralmente, exibindo limites imprecisos e pontos eritematosos de atrofia e ulceração. A mucosa jugal também apresentava placa branca, porém mais espessa, de bordas irradiadas, próxima à linha alba. Foi realizada biópsia incisiva na borda lateral esquerda da língua e o laudo anátomo-patológico apontou "Hiperqueratose com atipia moderada, compatível com diagnóstico clínico de leucoplasia". Recomendou-se remoção total das lesões, seguida de preservação. As leucoplasias são lesões brancas identificadas por meio da exclusão de outras possibilidades diagnósticas, como Líquen Plano, Mucosa Mordiscada, Queratose Friccional, Estomatite Nicotínica, Leucoedema e Nevo Branco Esponjoso. O exame histopatológico oportuniza a distinção entre essas lesões e a atribuição do grau de atipia, importante para o plano de tratamento, por isso a biópsia é mandatória. A etiologia não está totalmente esclarecida, mas há relação com tabaco, álcool e radiação ultravioleta. Nosso propósito apresentar um caso clínico interessante, de lesões múltiplas, não homogêneas, e discutir o espectro do diagnóstico diferencial.

42. MIXOMA ODONTOGÊNICO: ASPECTOS RADIOGRÁFICOS E HISTOPATOLÓGICOS.

VIEIRA, Evanice Menezes Marçal; MONTANARI, Camila Lacerda*;MORAIS, Sylvania; CARVALHOSA, Artur Aburad de; GAETTI-JARDIM JR, Elerson;. CASTRO, Paulo Henrique de Souza. Faculdade de Odontologia de Cuiabá/UNIC. Faculdade de Odontologia de Araçatuba/UNESP.

O mixoma odontogênico é um tumor odontogênico benigno, de origem ectomesenquimatosa, que tem localização preferencial na mandíbula, em região de molares. A média de idade dos pacientes acometidos é de 25 a 30 anos e não há predileção por sexo. Clinicamente é uma lesão assintomática de evolução lenta e a consistência é endurecida, podendo causar um abaulamento intra e extra-oral além de promover mobilidade dentária devido à reabsorção radicular. Geralmente, não provoca alterações na mucosa como ulcerações, sangramento e muitas vezes a cor não é alterada. Radiograficamente apresenta-se como uma área radiolúcida, multiloculada, produzindo um aspecto de bolha de sabão, favo de mel ou raquete de tênis, podendo ser confundida com outras entidades como o ameloblastoma, cisto ósseo aneurismático, lesão central de células gigantes, querubismo e displasia óssea. Macroscopicamente o tecido se mostra liso, de cor esbranquiçado e desprovido de cápsula, contendo, no interior do tumor substância líquida mucóide. Histologicamente a lesão apresenta células poliédricas entrelaçadas imersas em um estroma mucóide, lembrando o retículo estrelado do órgão do esmalte. O tratamento indicado é a ressecção cirúrgica com margem de segurança ou a curetagem com cauterização, devido ao seu caráter invasivo e recidivante. Neste trabalho serão discutidos os aspectos macroscópicos e radiográficos relevantes para o direcionamento do diagnóstico desta neoplasia.

Referências bibliográficas

NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE: Patologia Oral e Maxilofacial. 2. edição. Rio de Janeiro: Guanabara koogan S.A, 2004, pp 611-612 .

SIMON EN, MERLOX MA, VUHAHULA E, NGASSAPA D, STOELING PJ: Odontogenic myxoma: a clinicopathological study of 33 cases. Int J Oral Maxillofac Surg: 33(4):333-7, 2004 jun.

HEYMANS O, NÉLISSEN X, GILON Y, JACQUEMIN D, FISSETTE J: Myxoma of the mandible: a case report. Rev Stomatol chir maxillofac: 103(4):239-41, 2002 sep.

43. NEVO AZUL: RELATO DE CASO CLÍNICO.

SERENO, Vanessa Jagnow*; BELICE, Ana Paula do Nascimento*; ALFERES-ARAÚJO, Cíntia de Souza; GONÇALVES, Keith Jimmy; LOPES, Luis César, MELHADO, Ronaldo Maia. Universidade Paranaense – UNIPAR – Umuarama.

O nevo azul é caracterizado como uma lesão benigna, pigmentada, de coloração escura devido a migração dos melanócitos da crista neural em direção a epiderme, onde alguns melanócitos podem manter-se no tecido conjuntivo subepitelial. São lesões raras, de etiologia desconhecida. São classificados em nevo azul comum e nevo azul celular, mas apenas o nevo azul comum é encontrado na boca, onde apresenta melanócitos alongados, abarrotados de melanina e dispostos em paralelo à superfície epidérmica, sendo que essas células estão localizadas no terço médio e inferior da derme e não possuem atividade juncional. A localização intra-oral mais freqüente é o palato duro, podendo também ser observado na mucosa jugal, lábios e palato mole. É assintomático, com predileção pela terceira década de vida, e por mulheres. O tratamento consiste na remoção cirúrgica da lesão, o prognóstico é excelente sendo inexistente relatos de recidiva, malignização e metástase. O diagnóstico diferencial deve ser com hemangioma, tatuagem de amálgama e melanoma. Este trabalho objetiva relatar um caso clínico de um paciente com 41 anos, pardo, que compareceu à Clínica de Estomatologia da UNIPAR queixando-se de uma pequena mancha de cor azulada no palato duro. Clinicamente, na região anterior esquerda do palato duro, observou-se uma mancha de cor arroxeadada, esférica e limites definidos, com cerca de 0,5 cm de diâmetro, indolor e de formato irregular. O diagnóstico clínico foi de nevo azul. Foi realizada a remoção cirúrgica excisional, e o exame histopatológico confirmou o diagnóstico de nevo azul comum. No estudo deste caso, e de acordo com a literatura consultada, releva-se a importância de que as lesões pigmentadas da mucosa bucal devem ter seu diagnóstico embasado em características histopatológicas através da peça cirúrgica, uma vez que a biópsia incisiva é contra-indicada.

Referências

LASKARIS, G. *Atlas Colorido de Doenças da Boca*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 386.
NEVILLE, B.W.; DAMM, D. D.; WHITE, D. K. *Atlas Colorido de Patologia Oral Clínica*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 236.
REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J.; POGREL, M. A.; *Atlas Colorido de Patologia Oral e Maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 49.

44. MIELOMA MÚLTIPLO – RELATO DE CASO CLÍNICO.

RAYMUNDO, Vanessa Augusti*; ALFERES-ARAÚJO, Cíntia de Souza*; MELHADO, Ronaldo Maia; GONÇALVES, Keith Jimmy; BREMM, Laerte Luiz; FURLANETO, Emerson Chaves. Universidade Paranaense – UNIPAR.

O mieloma múltiplo é uma neoplasia maligna relativamente incomum resultante da proliferação monoclonal e difusa de células plasmáticas na medula óssea, representando cerca de 10% das neoplasias malignas hematogênicas e 1% de todas as formas de neoplasias malignas, e produz uma grande quantidade de anticorpos anormais, que se acumulam no sangue ou na urina. Pode ser considerado multifocal ou unifocal com lesões osteolíticas, hipercalcemia, anemia, insuficiência renal, amiloidose, distúrbios na coagulação sanguínea, infecções recorrentes e presença da proteína M ou de Bence-Jones na urina, em 60 a 85% dos casos. O diagnóstico completa-se com o histopatológico e o prognóstico é sombrio. Neste trabalho é apresentado um caso de uma paciente do gênero feminino com 58 anos de idade, que procurou o Curso de Odontologia da UNIPAR com queixa de "aumento de volume do lado esquerdo da face". Ao exame físico observou-se mucosa íntegra com expansão da cortical vestibular na região dos dentes 34/35/36 e assintomática. No exame radiográfico observou-se área radiolúcida com cerca de 25mm de diâmetro. Foi realizada biópsia excisional e o diagnóstico histopatológico sugestivo de plasmocitoma/mieloma múltiplo e após achado de outras lesões confirmou-se como sendo mieloma múltiplo. A paciente foi então encaminhada à um médico hematologista que em conjunto com o oncologista estabeleceram o tratamento. Apesar do tratamento ser de responsabilidade médica, o cirurgião-dentista tem papel importante no diagnóstico precoce dessa doença, uma vez que alguns dos seus primeiros achados clínicos e radiográficos estão relacionados ao complexo maxilo-mandibular.

Referências

CASTRO, L. A. *Estomatologia*. Livraria editora Santos; 3ª ed. 2000.
NEVILLE, B.W. *Patologia Oral e Maxilofacial*. Guanabara Koogan, 2ª ed. 2004.
MARCUCCI, G. *Estomatologia: Fundamentos de Odontologia*. Guanabara Koogan, 1ª ed. 2005.

45. PARACOCIDIOIDOMICOSE: APRESENTAÇÃO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS.

BUZZÁ, Cinthia Maria*; ONOFRE, Mirian Aparecida; ORTEGA, Rose Mara; MASSUCATO, Elaine Maria Sgavioli. Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP

A Paracoccidioidomicose é uma infecção fúngica, causada pelo *Paracoccidioides brasilienses*. Envolve primeiramente os pulmões por inalação do fungo, com lesões secundárias em mucosas, linfonodos e pele. J.A.C., 49 anos, sexo masculino, fumante, alcoólatra, compareceu ao Serviço de Medicina Bucal queixando-se de “verruca na bochecha”. Observamos úlcera dolorosa com 2 cm, leito amarelado, com pontos hemorrágicos, de aspecto moriforme. F.C.C., 49 anos, sexo masculino, fumante, ex-alcoólatra compareceu ao Serviço queixando-se de “dor na boca” e dificuldade para se alimentar. Ao exame clínico, observamos úlcera extensa, dolorosa, de aspecto moriforme envolvendo toda mucosa interna do lábio, mucosa jugal e língua, endurecimento e edema arroxeados dos lábios. C.F.T., 37 anos, sexo masculino, fumante, alcoólatra, apresentava problema cardiovascular em história médica, compareceu ao Serviço queixando-se de “lesão ulcerada no céu da boca”. Ao exame clínico, observamos úlcera difusa, avermelhada, de aspecto moriforme em rebordo palatino superior. Em todos os casos, seguimos o protocolo do Serviço e foram solicitados os seguintes exames: micológico direto, cultura para fungos, sorologia para fungos, exames de avaliação da função hepática e radiografia de pulmão. Com o resultado final de Paracoccidioidomicose, foi instituído tratamento com Cetoconazol -200 mg ao dia e os pacientes estão sendo acompanhados no Serviço. Por ser um tratamento de longo prazo e pelas lesões bucais responderem rapidamente ao tratamento, o sucesso do mesmo consiste na conscientização e colaboração do paciente.

Referências

VIEIRA, E. M. M.; BORSATTO-GALERA, B.. Oral clinical manifestations of paracoccidioidomycosis. Revista de Patologia Tropical; 35(1): 23-30, jan.-abr. 2006.
BICALHO, R.N.; ESPÍRITO SANTO, M.F.; FERREIRA DE AGUIAR, M.C.; SANTOS, V.R. Oral paracoccidioidomycosis: a retrospective study of 62 Brazilian patients. **Oral Dis**, Houndmills, v.7, n.7, p.56-60, jan. 2001.
ISRAEL, M. S.; MUGAYAR FILHO, J.; CUNHA, M. S.; DIAS, E. P.. Paracoccidioidomycosis: report case. Revista Brasileira de Odontologia; 60(5): 335-336, set.-out. 2003.

46. LESÃO PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES EM PACIENTE UTILIZANDO ANTICOAGULANTE ORAL.

SOLER, Mateus Pereira Alonso*; BERNABÉ, Daniel Galera; KAWATA, Leandro Toyoji; FREITAS, Suzy Elaine Nobre; PIRES-SOUBHIA, Ana Maria; BIASOLI, Éder Ricardo. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

A lesão periférica de células gigantes é um processo proliferativo não neoplásico que pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais comum na 5ª e 6ª décadas de vida e que em 60% dos casos acometem o sexo feminino. Clinicamente apresenta-se principalmente como lesão nodular de coloração roxo-avermelhada, localizada na gengiva mandibular, com tamanho dependendo do tempo de evolução. Paciente do sexo masculino, com 83 anos de idade compareceu na Faculdade de Odontologia com queixa de “ferida embaixo da dentadura”. Na anamnese, relatou que a lesão já havia sido removida há 1 ano com resultado histopatológico de lesão periférica de células gigantes. Na história médica referiu embolia pulmonar há 6 anos, desde então, faz uso de warfarina 5mg, ½ comprimido ao dia. Ao exame físico intrabucal foi observada uma lesão nodular, localizada em rebordo alveolar superior direito, coloração arroxeadas, sangrante ao toque, com base pediculada, de aproximadamente 2 cm de diâmetro. Foi realizada radiografia periapical. O diagnóstico clínico foi de lesão de células gigantes periférica. Foi solicitado exames laboratoriais pré-operatórios: hemograma completo, contagem de plaquetas, TP, TTPA, INR. Após a avaliação destes, optou-se por realizar a exérese da lesão. O diagnóstico histopatológico confirmou o diagnóstico clínico. Os exames bioquímicos do sangue encontravam-se com valores dentro da faixa de normalidades. O paciente está em acompanhamento clínico há sete meses sem lesão clínica em atividade.

Referências

CHAPARRO-AVENDANO, A.V.; BERINI-AYTES, L.; GAY-ESCODA, C. Peripheral giant cell granuloma. A report of five cases and review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal., v.10, n.1, p.53-7; Jan-Feb. 2005
FORTES, T.M.V.; QUEIROZ, L.M.G.; PIVA, M.R.; SILVEIRA, É.J.D. Estudo epidemiológico de lesões proliferativas não neoplásicas da mucosa oral: análise de 20 anos Cienc. odontol. Bras., v.5, n.3, p.54-61, Set.-Dez. 2002.
MARTELLI, J.H.; LINS, L.H.S.; JOLY, J.C.; ALMEIDA, O.P.; LIMA, A.F.M. Diagnóstico diferencial de processos proliferativos não neoplásicos. Relato de casos clínicos Rev. ABO Nac., v.11, n.4, p.243-7, Ago.-Set. 2003.

47. SCHWANNOMA DE PALATO: RELATO DE CASO CLÍNICO.

XANDER, Érika Wessel*; MORESCHI, Eduardo; VELTRINI, Vanessa; TRENTO, Cleverson Luciano; VIEIRA, Fábio. CESUMAR.

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico referente à paciente M.A.P.S, 32 anos, leucoderma, gênero feminino, a qual compareceu ao Projeto de Lesões, na Clínica Odontológica do Cesumar, com queixa principal de "bolinha no céu da boca". Ao exame físico intrabucal, notou-se nódulo de aproximadamente 5mm na rafe palatina mediana, exibindo coloração rósea, formato ovalado, limites precisos e, na superfície, uma pequena pápula. A lesão evoluía há cinco anos e apresentava-se resiliente e discretamente dolorosa à palpação. O aspecto clínico e a localização nos fizeram pensar em Adenoma Pleomórfico. Procedeu-se biópsia excisional. Após fixação, a peça cirúrgica foi encaminhada ao Laboratório de Histopatologia do Cesumar, a fim de ser submetida aos procedimentos histotécnicos de rotina. A análise microscópica dos cortes mostrou tratar-se de um Schwannoma, padrão Antoni B. A paciente continua em preservação. O schwannoma, também conhecido como neurilemoma, é o principal tumor benigno do sistema nervoso periférico. Origina-se das células de Schwann, sendo relativamente incomum, embora 25 a 48 % ocorram na região de cabeça e pescoço. Apresenta-se como um tumor encapsulado, de crescimento lento, podendo variar de alguns milímetros a vários centímetros. Normalmente, é assintomático, embora possa haver sintomatologia dolorosa em alguns casos. Sua incidência é maior em adultos jovens.

Referências

ANIL HT, GOWDA BV, LAKSHMI S, NIVEDITHA SR. Schwannoma of the palatine tonsil. J Laryngol Otol 2005 Jul; 119(7): 570-2.
HWANG K, KIM SG, AHN SI, LEE SI. Neurilemmoma of the Tongue. J Craniofac Surg 2005 Sep; 16(5): 859-861.
KOZAKIEWICZ J, WLOCZYK ES, WOLANSKA-KARUT J. A rare case of schwannoma in the parotid gland. Otolaryngol Pol 2005; 59(3): 449-51.
BRAD W. NEVILLE, D.D.S.; DOUGLAS D. DAMM, D.D.S.; CRAL M. ALLEN, D.D.S., M.S.D.; JERRY E. BOUQUOT, D.D.S., M.S.D. Patologia oral & Maxilofacial. Ed. Guanabara Koogan, p. 370, 1995.

48. LESÃO PIGMENTADA MALIGNA EM CAVIDADE BUCAL: DIAGNÓSTICO TARDIO.

VIEIRA, Evanice Menezes Marçal; PELINSSON, Danielle Cristina Guollo*; MONTANARI, Camila Lacerda; SALZEDAS, Leda Maria Pescinini; CARVALHOSA, Artur Aburad de; BUSTAMANTE, Erik Fordes. Faculdade de Odontologia de Cuiabá/UNIC. Faculdade de Odontologia de Araçatuba/UNESP.

O exame clínico minucioso da cavidade bucal e estruturas adjacentes é fundamental e dever do cirurgião-dentista, objetivando o diagnóstico de qualquer desvio dos padrões de normalidade que acometem os tecidos moles ou estruturas ósseas do complexo maxilo-mandibular, para planejamento da propeidética adequada. O objetivo deste trabalho foi apresentar o diagnóstico e o acompanhamento de um caso de melanoma acometendo mucosa bucal, estruturas adjacentes como assoalho de órbita, seio maxilar, cavidade nasal e comprometimento de linfonodos cervicais. O paciente com 41 anos de idade compareceu ao Hospital do Câncer do Estado de Mato Grosso, relatando que, há aproximadamente dezoito meses, notou uma alteração na gengiva e procurou o médico que iniciou antibioticoterapia sem diagnóstico prévio da doença. Não ocorrendo a regressão da lesão e com evolução exacerbada da mesma, o paciente procurou um cirurgião-dentista, que devido à extensão e evolução, encaminhou-o para o hospital, onde foi realizada biópsia incisiva. O diagnóstico definitivo pela análise histopatológica foi melanoma. O paciente encontra-se em acompanhamento médico. Esta neoplasia maligna é rara em boca, sendo que, nesta localização, é muito mais agressiva do que sua contraparte cutânea, com prognóstico sombrio. Dessa forma, ressalta-se a relevância da participação do cirurgião dentista no diagnóstico das lesões pigmentadas em cavidade bucal, pois o diagnóstico precoce favorece melhor qualidade de vida com maior tempo de sobrevida.

Referências

NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT EJ. Patologia Oral & Maxilofacial, 2ª edição. Rio de Janeiro: ed. Guanabara, 2004.
NOVAES PERS: Radioterapia no melanoma: há lugar? Acta oncol. Brás 2003; 23:536-540.
PERRY BN, COHEN C, GOVINDARAJAN B, COTSONIS G, ARBISER JL. Wilms tumor 1 expression present in most melanomas but nearly absent in nevi. Arch Dermatol 2006;142:1031-4.

49. ESCLEROTERAPIA DE HEMANGIOMA UTILIZANDO ETHAMOLIN®.

PEREIRA, Flávia Priscila, TOSTA, Juliana Nicolino*; ZANETTI, Liliane Scheidegger da Silva; DEMATHE, Adriana; LUVIZUTO, Eloá Rodrigues; GARCIA – JUNIOR, Idelmo Rangel. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

O hemangioma é uma proliferação benigna dos vasos sangüíneos, constituída tanto do acúmulo de elementos vasculares como da distensão de múltiplos elementos vasculares. São lesões comuns nos recém-nascidos e na infância, com maior incidência em mulheres. A localização mais afetada é a região da cabeça e pescoço, acometendo em torno de 60% dos casos algumas vezes associados a síndromes. São representados clinicamente por bolhas ou manchas de conteúdo sangüíneo de coloração avermelhada ou arroxeada que empalidecem momentaneamente à compressão. Histologicamente caracterizam-se por apresentar numerosas células endoteliais dilatadas e lúmen vascular frequentemente indistinto. Este trabalho objetiva apresentar um caso clínico de uma paciente de 38 anos de idade, gênero feminino, que se apresentou queixando-se de uma mancha localizada em lábio inferior. A lesão se apresentava de coloração arroxeada, consistente à palpação, com limites bem definidos, indolor, de superfície lisa e com tamanho aproximado de 1 cm de diâmetro. O diagnóstico de hemangioma foi dado baseado nas características clínicas e após diascopia (vitropressão) e aspiração. A conduta instituída foi a escleroterapia por injeção local de Oleato de Monoetanolamina (Ethamolin®) diretamente na lesão. Após duas sessões de aplicação pode-se observar total desaparecimento da lesão. A terapia instituída confirmou a eficácia da técnica empregada em hemangiomas de pequeno tamanho e localizados superficialmente.

Referências

JOHANN, A. C. B. R.; AGUIAR, M. C. F.; do CARMO, M. A. V.; GOMEZ, R. S.; Castro, W. H.; MESQUITA, R. A. Sclerotherapy of benign oral vascular lesion with ethanolamine oleate: An open clinical trial with 30 lesions. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, & Endodontics*. 100(5):579-584, Nov. 2005.
NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. Patologia Oral & Maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 798p.
SILVERMAN, S.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. Fundamentos de Medicina Oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384 p.

50. TRATAMENTO CIRÚRGICO ASSOCIADO À CRIOTERAPIA DE LESÃO CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES: RELATO DE CASO.

KAWATA, Leandro Toyoji; BERNABÉ, Daniel Galera; TSUMURA, Juliana Akemi*; PIRES-SOUBHIA, Ana Maria; CRIVELINI, Marcelo Macedo; BIASOLI, Eder Ricardo. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

A lesão central de células gigantes é um processo proliferativo não neoplásico que ocorre principalmente no sexo feminino, antes dos trinta anos de idade e na mandíbula. Paciente do sexo masculino, 70 anos de idade, leucoderma, procurou a Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP com queixa principal de "dor e inchaço embaixo da dentadura". Na história da moléstia atual relatou que notou o aparecimento da lesão 40 dias após a instalação da prótese total que usa há 3 anos. Ao exame físico intrabucal observou-se tumefação com aproximadamente 1,5 de comprimento no rebordo alveolar superior vestibular do lado direito, recoberto por mucosa íntegra, consistência fibro-endurecida e de limites nítidos. Foram realizadas radiografias periapical e oclusal que mostravam discreta alteração óssea. Foi realizada cirurgia exploradora na qual foi removida lesão com coloração avermelhada. O diagnóstico histopatológico foi de lesão de células gigantes. Foi solicitado exame bioquímico do sangue para dosagem de cálcio, fósforo e fosfatase alcalina que estavam dentro dos padrões de normalidade excluindo assim tumor marrom do hiperparatireoidismo. No 13º mês de acompanhamento, o paciente relatou dor na mesma região e no exame físico intrabucal foi observada lesão. Para melhor definição da lesão foi solicitada tomografia computadorizada de terço médio de face na qual se observou lesão com imagem hipotenuante em relação ao osso. Foi realizada a exérese da lesão seguida de crioterapia. O paciente está sob acompanhamento clínico, sem evidências de lesão.

Referências

LANGE, L.; VAN DER AKKER, H. P. Clinical and radiological features of central giant-cell lesions of the jaw. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v.99, n.4, p.464-470, Apr. 2005.
CARLOS, R.; SEDANO, H. O. Intralesional corticosteroids as an alternative treatment for central giant cell granuloma. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v.93, n.2, p.161-166, Feb. 2002.
ALBERGARIA BARBOSA, J.R.; RALDI, F.V.; SARDINHA, S.C.S.; BATISTA, A.E. Granuloma central de células gigantes dos maxilares: relato de caso clínico. *BCI*, v.9, n.32, p.320-323, Nov-Jan. 2001/2002.

51. NEUROMA CAUSADO POR TRAUMA DE PRÓTESE: RELATO DE CASO CLÍNICO.

SILVA, Marcell Moço; CHIBA, Fernando Yamamoto*; MATONO, Daniela*; CASTRO, Alvimar Lima de; CRIVELINI, Marcelo Macedo. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

O neuroma traumático é caracterizado por proliferação de tecido neural após trauma ou trans-secção de um feixe nervoso que durante a tentativa de regenerar-se encontra um tecido cicatricial ou não restabelece a inervação, podendo desenvolver uma massa semelhante a um tumor no local do trauma. Clinicamente apresenta-se na mucosa bucal como nódulo submucoso de superfície plana e não ulcerada. Ocorre em qualquer idade e parece ter uma predisposição pelo sexo feminino, principalmente na língua, lábio inferior e região do forame mentoniano. A dor pode estar presente de forma constante ou intermitente, variando de leve sensibilidade até dor forte e irradiada. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica, incluindo pequena porção do feixe nervoso envolvido, sendo que a maioria das lesões não recidivam, embora a dor possa persistir ou retornar posteriormente. O presente trabalho objetivou relatar um caso clínico de neuroma traumático em paciente do sexo feminino, com 60 anos de idade com queixa de “bolinha na gengiva”, que atrapalhava a utilização da prótese parcial removível inferior. Clinicamente observou-se nódulo submucoso em gengiva livre, com 1,0 cm de diâmetro, próximo a região do forame mentoniano. Realizou-se biópsia excisional que se mostrou compatível com neuroma traumático. A paciente foi encaminhada para confecção de nova prótese parcial removível e aos três meses de pós-operatório não foram observadas recidivas.

Referências

- CASTRO, A.L. Estomatologia. 3a.ed. São Paulo: Santos, 2000.
 WHITTLE, V.M. et al. Neuroma traumático pulpar: “variedad histologica”. Rev. Fac. Odont. Univ. Chile; v.20, p.39-43, 2002.
 NEVILLE B.W. Tumores dos tecidos moles. In: NEVILLE B.W. et al. Patologia oral e maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2004. p. 435-436.
 BENTO, R.F. et al. Neuroma de osso temporal de origem traumática. Relato de um caso. Revista brasileira de otorrinolaringologia; v.58, p.279-281, 1992.
 SCARDOVI, S.A. et al. Neuroma traumático mandibular: caso clínico. Odontol. Urug; v.46, n.1, p.7-13, 1997.

52. A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA ERITROLEUCOPLASIA.

DEMATHÉ, Adriana; VIEIRA, Evanice Menezes Marçal; FERNANDES, Elda Maiara Lopes*; PEREIRA, Flávia Priscila, PIRES-SOUBHIA, Ana Maria; MIYAHARA, Glauco Issamu. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Também conhecida como leucoplasia salpicada a eritroleucoplasia é uma lesão cancerizável caracterizada como uma mácula difusa avermelhada, de aspecto aveludado e associada a placas brancas. Cerca de 90% das lesões eritrolásicas apresentam histopatologicamente displasia epitelial grave, carcinoma *in situ* ou carcinoma de células escamosas microinvasivo. Os locais mais comuns de envolvimento são: assoalho da boca, língua e palato mole. Ocorre predominantemente em homens, faixa etária dos 65-74 anos e normalmente é assintomática. O paciente C. C. S., sexo masculino, 58 anos de idade, melanoderma, fumante, compareceu à clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP com encaminhamento para avaliação de lesão em palato. À anamnese o paciente relatou fazer uso de 60 cigarros/dia. Ao exame físico intra-bucal observou-se presença de mancha avermelhada em todo o palato mole e região posterior de palato duro com aproximadamente 6 x 4 cm, superfície irregular, limites imprecisos, tempo de evolução desconhecido. Com o diagnóstico clínico de eritroleucoplasia foi realizada biópsia incisional e o diagnóstico histopatológico foi de eritroleucoplasia. Foi explicado a etiopatogenia da doença ao paciente que reduziu o uso do tabaco para 7 cigarros/dia. O paciente continua em tratamento.

Referências

- CHI, A.C.; RAVENEL, M.C. AAOMP case challenge: a “speckled” lesion. J Contemp Dent Pract. 2005, v.6, n.1, p. 168.
 NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. Patologia Oral & Maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 798p.
 NEVILLE, B.W.; DAY, T.A. Oral cancer and precancerous lesions. CA Cancer J Clin. 2002, v. 52, n. 4, p. 195-215.
 SILVERMAN, S.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. Fundamentos de Medicina Oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384 p.

53. ADENOMA PLEOMÓRFICO DE PALATO: RELATO DE CASO.

DEMATHÉ, Adriana; VIEIRA, Evanice Menezes Marçal, LIMA, Márcio Silvério*; PEREIRA, Flávia Priscila; MIYAHARA, Glauco Issamu; PIRES-SOUBHIA, Ana Maria. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Neoplasia salivar mais comum, o adenoma pleomórfico é considerado um tumor misto benigno que acomete cerca de 38% a 43% dos tumores de glândulas salivares menores, sendo que o palato é acometido em 60% dos casos. Apresenta-se tipicamente como um nódulo firme, indolor e de crescimento lento sendo mais comum em adultos jovens. A degeneração maligna é uma complicação que pode ocorrer em cerca de 5% dos casos. A paciente E. P. S., 71 anos de idade, sexo feminino, melanoderma, procurou a clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP com queixa de dor ao colocar a prótese. A anamnese revelou que a paciente é cardiopata, tem labirintite e depressão. Ao exame físico intra-bucal foi observado um nódulo séssil em palato duro, com aproximadamente 2,5 cm de diâmetro, superfície ulcerada, de coloração semelhante à mucosa e flácido à palpação e tempo de evolução desconhecido. Com o diagnóstico clínico de adenoma pleomórfico foi realizada uma biópsia incisional e o resultado anatomopatológico foi de adenoma pleomórfico. Devido às condições sistêmicas da paciente e abertura bucal limitada, ela foi encaminhada para tratamento com auxílio de anestesia geral.

Referências

DO PRADO, R. F.; CONSOLARO, A.; TAVEIRA, L. A. Expression of betacatenin in carcinoma in pleomorphic adenoma, pleomorphic adenoma and normal salivary gland: an immunohistochemical study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006, v. 11, n.3, p. E247-51.

JIMENEZ, Y. Pleomorphic adenoma of the palate. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005, v. 10, n. 2, p.186.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 798p.

SILVERMAN, S.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. *Fundamentos de Medicina Oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384 p.

54. PAPILOMA: RELATO DE CASO.

TABUSE, Adriana Tiemi*; JAROUCHE, Amira Saadi*; BERNABÉ, Daniel Galera; KAWATA, Leandro Toyoji; FELIPINI, Renata Callestini; BIASOLI, Eder Ricardo
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

O papiloma é uma neoplasia benigna do epitélio, caracterizando-se clinicamente como uma lesão exófitica com projeções epiteliais, resultando em um aspecto verrucoso semelhante à couve-flor, de base geralmente pediculada, podendo variar sua coloração de branca à vermelha-clara ou idêntica à mucosa normal, dependendo da quantidade de ceratinização. Na maioria dos casos são lesões únicas e seu tamanho depende do tempo de evolução da lesão. A literatura apresenta como sendo o Papilomavirus humano (HPV) o fator etiológico mais provável. Paciente do sexo masculino, 45 anos, leucoderma, foi encaminhado por médico devido à lesão em palato. Na anamnese, relatou evolução de 1 ano, com crescimento lento. Ao exame físico intrabucal, observou-se uma lesão vegetante, aproximadamente 1,5 cm de diâmetro, coloração esbranquiçada em palato mole do lado esquerdo, com limites nítidos e superfície rugosa. Com diagnóstico clínico de Papiloma, foi realizada exérese associada à cauterização do leito cirúrgico. O resultado do histopatológico foi de lesão epitelial de origem viral sugestivo de papiloma, tendo como diagnóstico definitivo papiloma. A evolução pós-operatória não apresentou intercorrências.

Referências

CAMPOS, J.A.D.B.; ZUANON, A.C.C.; CAMPOS, A.G. Papiloma bucal. *RGO*, v.50, n.3, p.169-71, jul.-set. 2002.

OLIVEIRA, M.C.; ANDRADE, M.C.; SOARES, R.C.; COSTA, A.L.L. Aspectos morfológicos que sugerem a presença do papilomavírus humano (HPV) em lesões do epitélio de revestimento da mucosa oral. *Rev. bras. patol. oral*, v.2, n.2, p.34-43, abr.-jun. 2003

SOARES, R.C.; CAMPELO, A.J.T.; OLIVEIRA, M.C.; GALVÃO, H.C. Lesões verrucosas orais: papiloma, verruga vulgar e carcinoma verrucoso oral: estudo epidemiológico de 77 casos e avaliação histológica. *RGO*, v.53, n.3, p.201-205, jul.-set. 2005.



ISSN 1677-6704





ISSN 1677-6704



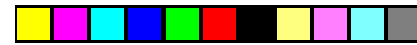
PAINÉIS





ISSN 1677-6704



**P 01. CARCINOMA ESPINOCELULAR DE REBORDO ALVEOLAR INFERIOR.**

SILVA, Marcell Moço; RESENDE, Mauro Augusto*; CARVALHO, Eduardo Borges de*; FURUSE, Takeo Adhemar; MATHEUS, Gildo; MATHEUS, Maria Tereza Giroto. Faculdades Adamantinenses Integradas – FAI/Faculdade de Odontologia de Araçatuba UNESP.

O Carcinoma espinocelular é neoplasia maligna, constituindo mais de 90% de todos os tumores malignos que afetam a boca. Ocorre mais comumente em homens adultos, principalmente acima da quinta década de vida. Caso clínico: paciente leucoderma do sexo masculino, com 51 anos de idade, encaminhado para avaliação e conduta de lesão ulcerada em rebordo alveolar inferior, com evolução de 6 meses, história de exodontia na mesma região e auto medicação com antibióticos há 1 mês sem qualquer melhora. Em radiografia realizada antes das exodontias observou-se reabsorção óssea difusa na região comprometida. Outras informações não foram contributivas. Extrabucalmente foi observado tumefação na região de mento e linfonodos regionais não palpáveis e intrabucalmente úlcera crateriforme em rebordo alveolar inferior, 5,0 cm em seu maior diâmetro, de bordas evertidas e leito necrótico. Pelos aspectos clínico e radiográfico o diagnóstico clínico foi de carcinoma espinocelular, confirmado pela análise de fragmento de biopsia incisiva. O paciente foi encaminhado a um centro especializado em oncologia, onde se encontra em tratamento. Conclusão: o cirurgião dentista exerce papel fundamental no diagnóstico do câncer de boca, e na conscientização da população com respeito às informações de prevenção.

Referências

- CASTRO, A.L. Estomatologia. 3ª ed. São Paulo: Santos; 2000.
DEDIVITIS RA, et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. Rev Bras Otorrinolaringol., v.70, n.1, p.35-40, 2004.
MATHEUS G. Considerações sobre neoplásias malignas, com ênfase para o câncer bucal. OMNIA Saúde v.1, n1, p.82-94, 2004.
NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004

**P 02. ERITEMA MULTIFORME IDIOPÁTICO.**

FONSECA, Mariana Saraiva Marthes*; CORBUCCI, Daniel Castro; SILVA, Marcell Moço; CASTRO, Alvimar Lima de. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Eritema multiforme é uma condição mucocutânea bolhosa e ulcerativa de etiopatogenia incerta. Em cerca de 50% dos casos identifica-se uma infecção precedente, como herpes simples, ou exposição a medicamentos. Na forma leve desenvolvem-se ulcerações que afetam a mucosa bucal, sendo que na forma severa observam-se áreas de descamação difusa e ulcerações da superfície da pele e mucosa. Caso clínico: paciente do sexo feminino, 36 anos, relatava "dor na bochecha", em região onde dizia morder durante ataques epiléticos. Clinicamente observaram-se úlceras na mucosa jugal direita e mucosa labial inferior, de limites nítidos, eritematosos, de leito fibrinoso e bordas suaves, com 5 cm em seu maior diâmetro. As lesões incluíam fundo de fórnix inferior, em área distante da oclusão, descartando a possibilidade de serem traumáticas, e o diagnóstico clínico foi eritema multiforme. A anamnese foi direcionada para detecção de causas desencadeantes, e o único fator relevante foi o uso de Carbamazepina, três vezes ao dia, há dez anos, para tratamento de epilepsia. O diagnóstico diferencial foi eritema multiforme, penfigóide benigno de mucosas e pênfigo vulgar. Em razão da dor e dificuldade de abertura bucal, nenhum procedimento laboratorial foi realizado, e a conduta terapêutica foi prescrição de corticosteróide (Celestone) 2 mg, duas vezes ao dia, durante 15 dias. Após 7 dias houve regressão total das lesões. No acompanhamento clínico de 5 meses não houve recidiva, mesmo com a continuidade do tratamento com Carbamazepina, mostrando que este nada tem a ver com o surgimento das lesões. Conclusão: O diagnóstico do eritema multiforme baseia-se principalmente na apresentação clínica e exclusão de outras doenças vesículo-bolhosas, uma vez que agentes desencadeantes podem não estar presentes ou não serem detectados, caracterizando-o como eritema multiforme idiopático.

Referências

- CASTRO, A.L. Estomatologia. 3ª ed. São Paulo: Santos, 2000.
GOMES, D.Q.C. et al. Eritema multiforme: atualizações. *RBPO*. v.2, n.4, p. 28-33, 2003.
NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
SUN, Y. J. Et al. Detection of Herpes simplex Virus Genomic DNA in Various Subsets of Erythema multiforme by Polymerase Chain Reaction. *Dermatology*. v. 207, p. 349-353, 2003.
VILLIGER, R.M. et al. Precipitants in 42 cases of erythema multiforme. *Eur J PED.*, v. 158, n. 11, p. 929-932, Nov. 1999.



P 03. FIBROMA TRAUMÁTICO OU DE IRRITAÇÃO.

ODA, Denise*; SILVA, Marcell Moço; GONÇALVES, Patrick Raphael Vicente*; GIROTTO-MATHEUS, Mirella; MATHEUS, Gildo; FURUSE, Takeo Adhemar. Faculdades Adamantinenses Integradas – FAI.

O fibroma de irritação é considerado a neoplasia benigna mais freqüente da cavidade bucal, resultando de uma hiperplasia reacional causada por irritante crônico de longa duração e baixa intensidade (LÓPEZ-LABAD et al. 2000; SILVERMAN; EVERSOLE; TRUELOVE, 2004). Portanto não é um neoplasma verdadeiro como sugere o termo (LANGLAIS; MILLER, 2002). Afeta igualmente ambos os sexos (REGEZI; SCIUBBA, 2000) com predomínio no sexo feminino (66%), atingindo preferencialmente indivíduos adultos (1,2%) acima de 40 anos e, muito embora possa ocorrer em qualquer idade, é raro na primeira década de vida (SANTOS et al., 2005). Pode localizar-se na língua, no palato, no lábio e na gengiva, porém segundo Neville (2004) sua localização mais comum é na mucosa jugal. A maioria destas lesões apresenta, em média, 1,5 centímetros de diâmetro, crescimento exófito, séssil ou pediculada e assintomática. **Caso Clínico.** Paciente M.C.S.C., 42 anos de idade, gênero feminino, leucoderma, foi encaminhada à Clínica do Curso de Odontologia - FAI, com queixa de aumento volumétrico na mucosa jugal esquerda, com cinco anos de duração, aproximadamente. Durante a anamnese, informou ter o hábito de morder a região considerada. Ao exame físico loco-regional observou-se nódulo exófito com 1cm de diâmetro no seu maior eixo, séssil, bem definido, ovalado, superfície lisa e brilhante, móvel, com mucosa adjacente íntegra. A histopatologia mostrou uma lesão constituída por epitélio atrófico e por grande quantidade de feixes de fibras colágenas entrelaçados, interpostos por raros fibrócitos, representando um tecido conjuntivo denso, intensamente colagenizado com múltiplos focos de degeneração hialina, pobremente vascularizado e com raras células inflamatórias crônicas, com diagnóstico de Fibroma Traumático.

Referências

- LANGLAIS, R.P.; MILLER, C.S. Atlas colorido de doenças comuns da boca. 2ª. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, 199p.
- LÓPEZ-LABAD, J.; VILLAROEL, M.; LAZARDE, J.; RIVERA, H. Fibroma traumático. Revision de la literatura y reporte de dos casos. Acta odontol. Venez., 38(1): 47-49, 2000.
- REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J. Patologia bucal. Correlações clinicopatológicas. 3ª. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- SANTOS, A.P.; CARVALHO, L. RUAH, C.; SILVA, M. Fibroma traumático da cavidade oral (caso clínico). Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, 43(1), 2004. < www.sporl.pt/Section/articles/Default.aspx. > Acesso em: 01 outubr. 2006.
- SILVERMAN, Jr.S.; EVERSOLE; L.R.; TRUELOVE, E.L. Fundamentos de Medicina Oral. 2a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pg. 230, 2004.

P 04. QUEILITE ACTÍNICA.

SILVA, Marcell Moço; FLORES, Felipe Carvalho*; JAROUCHE, Amira Saadi*; TOZO, Gabriel Augusto; CASTRO, Alvimar Lima de; FELIPINI, Renata Callestine. Faculdade de Odontologia de Araçatuba UNESP.

Queilite actínica é uma afecção encontrada principalmente em lábio inferior de homens brancos, devido a exposição excessiva aos raios solares. A terapêutica instituída pode ser cirúrgica por vermelhectomia ou o uso de vitaminoterapia A e aconselhamento do uso de protetor solar. Este trabalho objetivou relatar um caso clínico de um paciente do sexo masculino, leucoderma, com 43 anos de idade, queixando-se de mancha branca no lábio, notada há trinta anos. Ao exame físico peribuca notou-se placa branca em semimucosa labial inferior, dois centímetros em seu maior diâmetro e limites nítidos. Realizou-se citologia esfoliativa que revelou intenso infiltrado inflamatório agudo, grande quantidade de escamas córneas, filamentos e raras células epiteliais. Receitou-se vitamina A e uso de protetor solar labial. O pós-operatório de duas semanas mostrou regressão completa da lesão. Conclusão: A queilite actínica, por ser lesão cancerizável, necessita de diagnóstico precoce e tratamento imediato, bem como adoção de medidas preventivas, principalmente em pacientes leucodermas que ficam expostos a luz solar.

Referências

- ALVES, P.M. et al. Prevalência das lesões cancerizáveis na cavidade oral no Município de Campina Grande - Paraíba – Brasil. Ver Bras Ciênc Saúde., v.8, n.3, p.247-254, 2004.
- DOMANESCHI, C. et al. Queilite actínica. RGO., v.51, n.2, p.101-104, abr.-jul. 2003.
- NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- PIRES, F. R. et al. Queilite Actínica: Aspectos Clínicos e Preventivos. Revista da APCD, v. 55, n. 3, mai.-jun. 2001.

**P 05. HEMANGIOMA CAVERNOSO EM MUCOSA LABIAL.**

SILVA, Marcell Moço; CORBUCCI, Daniel Castro; LIMA, Ludmila Mangialardo*; GIL, Naiara Reis; CASTRO, Alvimar Lima de; PIRES-SOUBHIA, Ana Maria. Faculdade de Odontologia de Araçatuba UNESP.

O Hemangioma Cavernoso é um dos tipos de má-formações vasculares que aparecem predominantemente por ocasião do nascimento ou, pouco depois. Pode ocorrer em qualquer idade, sexo, raça, com predominância no sexo feminino, na região de cabeça e pescoço, principalmente em língua e bochecha, mostrando algumas características clínicas similares ao hemangioma capilar, no entanto, tendem a ser maior e menos circunscrito, envolvendo estruturas profundas com maior frequência. Clinicamente, apresentam-se como grandes espaços vasculares delimitados por células endoteliais, geralmente de cor vermelho-azulada ou púrpura homogênea e escura, sem alteração da mucosa de revestimento. Possui etiologia desconhecida. O exame clínico e a diascopia devem estabelecer o diagnóstico definitivo. O tratamento pode cirúrgico, crioterápico, eletrocirúrgico ou injeções de soluções esclerosantes, além de laserterapia ou simplesmente expectante com acompanhamento clínico nos casos menores e sem expressividade clínica. Caso Clínico: paciente do sexo feminino, com 64 anos de idade, encaminhada por motivo de lesão nodular em lábio, arredondada, de coloração arroxeada, localizada em mucosa labial superior, base sésil, de 0,3 cm em seu maior diâmetro, mucosa adjacente íntegra com desaparecimento da cor da lesão a diascopia. A conduta adotada foi a realização de biópsia excisional da lesão. A análise histopatológica revelou-se compatível com hemangioma cavernoso, confirmando o diagnóstico clínico. O pós-operatório mostrou-se favorável. Conclusão: Muito embora lesões hemangiomatosas congênitas tenham evolução limitada e alguns autores aconselhem apenas o seu acompanhamento, pode ser indicada a remoção cirúrgica quando de ocorrência de qualquer alteração funcional e por escolha do paciente.

Referências

CASTRO, A.L. et al. Estomatologia. 3. São Paulo (S.P.): Livraria Editora Santos, 2000.
NEVILLE et al. Patologia oral e maxilofacial. 2a. ed., Rio de Janeiro (R.J.): Guanabara Koogan, 2004.
REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J. Patologia Bucal. Correlações Clinicopatológicas. 3ª. Ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 2000.

**P 06. IMPORTÂNCIA DA BIÓPSIA E HISTOPATOLOGIA NOS PROCEDIMENTOS DE ROTINA EM ODONTOLOGIA.**

GIROTTI-MATHEUS, Mirella*; BARBOSA, Alan Fressato*; MATHEUS, Gildo; MATHEUS, Maria Tereza Girotti; MENEGAZZO, Virgílio. Faculdades Adamantinenses Integradas – FAI.

A biópsia de uma lesão bucal é um meio confiável e de fácil execução, que contribui para o diagnóstico da grande maioria das lesões bucais, apresentando riscos mínimos que superam, em muito, as conseqüências de um diagnóstico errôneo e inadequado (CAUBI et al., 2004). No entanto, elevado número de odontólogos atuantes no mercado de trabalho é refratário à realização de biópsias e/ou ao envio como procedimento de rotina, de material cirúrgico retirado de pacientes, para exame anatomopatológico (histopatológico). Esta conduta pode também ser observada em alguns Cursos de Odontologia refletindo-se negativamente nos acadêmicos e novos profissionais da área, razão pela qual várias estratégias de ensino têm sido propostas para melhor orientar alunos na utilização rotineira da biópsia como recurso de diagnóstico de múltiplas patologias (GUIMARÃES, 2003). Visando colaborar na construção de nova postura de acadêmicos e profissionais diante do assunto, tomamos como exemplo um profissional odontólogo que realiza biópsias rotineiramente enviando-as para exame histopatológico ao Laboratório de Histopatologia das Faculdades Adamantinenses Integradas – FAI e que resultou em achados interessantes porque foram descobertas ao acaso, em biópsias de hiperplasia fibrosa inflamatória. Trata-se de um cisto gengival em desenvolvimento, da presença de glândulas sebáceas ectópicas em mucosa bucal (Fordyce) e de um cisto odontogênico calcificante ou Tumor de Gorling, este último considerado por Neville (2004), bastante incomum.

Referências

CAUBI, A.F.; XAVIER, R.L.F.; LIMA FILHO, M.A.; CHALEGRE, J.F. Biópsia. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, 4(1):39-46, 2004.
GUIMARÃES, P.F. A importância do ensino da biópsia no curso de odontologia: retrospectiva realizada na Faculdade de Odontologia da PUC-Campinas. III Encontro de Pesquisadores PUC-Campinas, 2003.
NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. Patologia Oral & Maxilofacial. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pg. 420, 2004.



**P 07. NEUROFIBROMATOSE COM MANIFESTAÇÃO BUCAL.**

SILVA, Marcell Moço; MATHEUS, Mirela Giroto*; SANTOS, Carlos Rafael da Costa; MATHEUS, Gildo; MATHEUS, Maria Tereza Giroto; ARANEGA, Alessandra Marcondes. Faculdades Adamantinenses Integradas – FAI. Faculdade de Odontologia de Araçatuba UNESP.

Neurofibromatose é uma síndrome geralmente de caráter hereditário, autossômico dominante, podendo ocorrer em qualquer idade, sexo ou raça. Suas características clínicas marcantes são manchas cor de “café com leite” e neurofibromas múltiplos em pele e mucosa bucal. Não havendo tratamento satisfatório, visa-se melhorar a estética e a prevenção a malignização, pois neurofibromas múltiplos são lesões cancerizáveis e radiorresistentes. Caso clínico: Paciente S.K., leucoderma, gênero masculino, 56 anos de idade, procurou a clínica odontológica encaminhado por médicos para avaliação de lesões bucais. O paciente relatou ser portador de neurofibromatose, tendo sido submetido a vários tratamentos inespecíficos, sem melhora. Ao exame físico extrabucal observaram-se neurofibromas múltiplos na face, cabeça, pescoço, tórax e membros superiores. Loco-regionalmente foram observados dois nódulos exofíticos, um na mucosa labial inferior e outro na superior, medindo 1,0 cm em seus maiores diâmetros, sésseis, fibrosos, superfícies lisas e brilhantes. Após excisão cirúrgica de nódulos exofíticos bucais, as peças foram enviadas para exame histopatológico tendo sido confirmado o diagnóstico de neurofibromatose. Radiografia panorâmica evidenciou alargamento do canal mandibular como freqüentemente ocorre na neurofibromatose. Frente a este diagnóstico e ao tratamento das lesões bucais, o paciente foi reencaminhado ao médico para tratamento de lesões de pele. Conclusão: não havendo tratamento definitivo para neurofibromatose, optou-se apenas para o aconselhamento genético e acompanhamento clínico de equipe multidisciplinar, visto que de 5% a 15% dos neurofibromas evoluem para neurofibrossarcomas, tornando o prognóstico reservado.

Referências

- CASTRO, A.L. Estomatologia. 3ª ed. São Paulo: Santos; 2000.
MUNIZ, M. P. et al., Prevalência de achados radiográficos da neurofibromatose tipo 1 – estudo de 82 casos. Radiol. Brás., v. 35, n. 2, Mar. 2002.
NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

**P 08. SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL.**

SILVA, Marcell Moço; TEODORO, Joana Teresa Guimarães*; SANTOS, Julielle Migueloti dos*, FURUSE, Takeo Adhemar. Faculdades Adamantinenses Integradas FAI; Faculdade de Odontologia de Araçatuba UNESP.

A síndrome da ardência bucal ou queimação bucal é caracterizada pela sensação de queimação em toda a mucosa bucal, principalmente, nos dois terços anteriores da língua, no palato duro e na mucosa labial em mulheres acima de 45 anos. Além da dor, os pacientes relatam xerostomia e alteração no sabor. Sua etiologia parece ser multifatorial, sendo que alguns medicamentos como diuréticos, anti-hipertensivos, anti-histamínicos e descongestionantes podem estar relacionados a esta síndrome. Para a terapêutica devem-se investigar as prováveis etiologias para agir diretamente na causa, e a utilização de estimuladores salivares como tratamento complementar também podem ser utilizados. Caso clínico: paciente do sexo feminino com 67 anos de idade, com queixa principal de dor e queimação bucal, relatando ainda, ser cardiopata e hipertensa sob tratamento com diversos medicamentos. Intra-bucalmente notou-se secura da mucosa bucal. A terapêutica recomendada foi a utilização de substitutos salivares. Tendo mostrado melhora moderada na sintomatologia após duas semanas. Foi solicitada também a reavaliação aos médicos responsáveis, sobre a terapêutica sistêmica instituída. Conclusão: A síndrome de ardência bucal é uma manifestação complexa principalmente quando sua etiologia é medicamentosa, pois para a sua melhora seria necessária a remoção de alguns medicamentos, que poderia complicar as enfermidades presentes.

Referências

- DANHAVER, S.C.; MILHER, C.S.; RHODUS, N.L.; CARLSON, C.R. Impact of criteria-based diagnosis of burning mouth syndrom on treatment outcome. J Orfac Pain, v.16, n.4, p.305 – 308, 2002. GRUSHKA, M. et al. Burning mouth Syndrome. *Am Family Phisc*, v. 65, p. 615 – 620, 2002.
NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. PAJUKOSHI, H. et al. Prevalence of subjective dry mouth and burning mouth in hospitalized elderly patients and outpatients in relation to saliva, medication, and systemic diseases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, v.92, n.6, p.641 – 649, dec. 2001.



P 09. CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MUCOCELES.

PEREIRA, Flávia Priscila, BERTUCCI, Daniela Vendrame*; ZANETTI, Liliane Scheidegger da Silva; DEMATHE, Adriana; LUVIZUTO, Eloá Rodrigues; GARCIA – JUNIOR, Idelmo Rangel. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Mucocele é um termo utilizado para diagnosticar clinicamente dois fenômenos que podem acometer as glândulas salivares menores, sendo eles: o fenômeno de extravasamento e o cisto de retenção mucoso. Consiste em uma lesão comum na cavidade oral, resultando da ruptura de um ducto de glândula salivar e conseqüente derramamento de mucina para o interior dos tecidos moles circunjacentes. Estas lesões estão freqüentemente associadas ao traumatismo local como fator causal. Apresentam-se mais comumente em crianças e adultos jovens, preferencialmente em lábio inferior. Clinicamente é caracterizada por uma tumefação da mucosa em forma de cúpula, de coloração normal (profundos) ou translúcida azulada (superficiais), consistência flácida, limites nítidos, evolução rápida e indolor. Histologicamente observa-se uma área de mucina extravasada, circundada por um tecido de granulação reacional, com infiltrado inflamatório crônico. O tratamento do mucocele inclui desde o seu acompanhamento clínico durante a total involução da lesão ou a excisão cirúrgica local. Diante disto, este trabalho objetiva apresentar através de ilustrações com casos clínicos, considerações sobre a prevalência, aspectos clínicos, histopatológicos e detalhes sobre o tratamento cirúrgico de mucoceles.

Referências

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. Patologia Oral & Maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 798p.
SHAREFF, B. T; AL-SALIHI, K. A; SAMSUDIN, A. R; POHCHI, A. Histopathology and ultrastructural features in mucous extravasation phenomenon: report of a case. *Braz. j. oral sci*;4(13):749—752, Apr.-June 2005.
SILVERMAN, S.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. Fundamentos de Medicina Oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384 p.

P 10. QUEILITE ACTÍNICA.

Queilite Actínica. SILVA, Marcellino Moço; FLORES, Felipe Carvalho*; ASAHI, Fabio Hirohito*; TOZO, Gabriel Augusto; CASTRO, Alvimar Lima de; FELIPINI, Renata Callestine. Faculdade de Odontologia de Araçatuba UNESP

Queilite actínica é uma afecção encontrada principalmente em lábio inferior de homens brancos, devido a exposição excessiva aos raios solares. A terapêutica instituída pode ser cirúrgica por vermelhectomia ou o uso de vitaminoterapia A e aconselhamento do uso de protetor solar. Este trabalho objetivou relatar um caso clínico de um paciente do sexo masculino, leucoderma, com 43 anos de idade, queixando-se de mancha branca no lábio, notada há trinta anos. Ao exame físico peribucal notou-se placa branca em semimucosa labial inferior, dois centímetros em seu maior diâmetro e limites nítidos. Realizou-se citologia esfoliativa que revelou intenso infiltrado inflamatório agudo, grande quantidade de escamas córneas, filamentos e raras células epiteliais. Receitou-se vitamina A e uso de protetor solar labial. O pós-operatório de duas semanas mostrou regressão completa da lesão. Conclusão: A queilite actínica, por ser lesão cancerizável, necessita de diagnóstico precoce e tratamento imediato, bem como adoção de medidas preventivas, principalmente em pacientes leucodermas que ficam expostos a luz solar.

Referências

ALVES, P.M. et al. Prevalência das lesões cancerizáveis na cavidade oral no Município de Campina Grande - Paraíba – Brasil. *Ver Bras Ciênc Saúde.*, v.8, n.3, p.247-254, 2004.
DOMANESCHI, C. et al. Queilite actínica. *RG.O.*, v.51, n.2, p.101-104, abr.-jul. 2003.
NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
PIRES, F. R. et al. Queilite Actínica: Aspectos Clínicos e Preventivos. *Revista da APCD*, v. 55, n. 3, mai.-jun. 2001.

**P 11. FIBROMA: RELATO DE CASO CLÍNICO.**

RIBEIRO, Ana Carolina Prado; TRENTTO, Cleverson Luciano; CAMPOS*, Natália; ZAGATO, Nilva Rodrigues CRIVELINI, Marcelo Macedo; CASTRO, Alvimar Lima. Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp.

Fibroma é uma neoplasia benigna de tecido conjuntivo, que ocorre em qualquer parte da boca, sendo mais comum em mucosa jugal. Apresenta-se como uma lesão nodular, globosa, assintomática, geralmente submucosa, podendo apresentar base séssil ou pediculada, consistência elástica e coloração semelhante a da mucosa. Histopatologicamente é uma lesão bem definida, formada por feixes entrelaçados de fibras colágenas entremeadas por fibroblastos ou fibrócitos e pequenos vasos sangüíneos, cobertos por epitélio pavimentoso estratificado. O presente trabalho relata um caso de fibroma em mucosa labial inferior em um paciente do sexo masculino, xantoderma, 76 anos de idade que compareceu a Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, queixando-se da presença de uma “carne crescida no lábio” sic. Ao exame intrabucal notou-se um nódulo localizado em mucosa labial inferior com aproximadamente 1,2 cm de diâmetro, base pediculada, coloração rosa pálido, consistência borrachóide e indolor á palpação, tendo um tempo de evolução de oito anos. A conduta clínica adotada foi a realização de uma biópsia excisional e encaminhamento da peça para análise histopatológica confirmando o diagnóstico de fibroma. O pós-operatório evoluiu favoravelmente, não havendo recidivas da lesão.

Referências

CASTRO, A.L. et al. Lesão Nodular Benigna de Língua. Rev Odontol Araçatuba, v.23, n.2, p.43-45, 2002.
NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 2.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2004.
SHAFER et al. Tratado de Patologia Bucal. 3 ed. São Paulo: Pancast Editora, 2002.

**P 12. MUCOCELE: RELATO DE CASO CLÍNICO E DIFERENCIAÇÃO COM CISTO DE RETENÇÃO DE MUCO**

SILVA, Marcell Moço; ZAGATO*, Nilva Rodrigues; CASTRO, Alvimar Lima de; PIRES-SOUBHIA, Ana Maria.

Mucocele é caracterizada por extravasamento e acúmulo de muco no tecido conjuntivo, por trauma. Geralmente ocorre em lábio inferior de crianças como nódulo submucoso de consistência flácida e de limites nítidos. O cisto de retenção de muco quase sempre se assemelha ao mucocele, caracterizando-se por tumefação mole e flutuante de ocorrência preferencial em assoalho de boca de adultos, mas podendo atingir tanto glândulas salivares maiores quanto menores, cuja verdadeira etiologia é ainda incerta, em alguns casos, representa uma dilatação do ducto e, em outros, parecendo representar o desenvolvimento de um cisto a partir do ducto salivar, tratando-se de um “cisto verdadeiro” já que apresenta cavidade patológica revestida por epitélio, no interior da qual se observa acúmulo de muco. Em ambas as lesões o tratamento pode ser através de micromarsupialização, marsupialização e cirúrgico, dependendo do tamanho e localização da lesão. O presente trabalho objetiva relatar um caso clínico de mucocele em mucosa labial inferior, com 1,0 cm de diâmetro que foi tratado cirurgicamente e aos três meses de pós-operatório se encontra em padrões de normalidade. Além disso, este trabalho se propõe a mostrar as diferenças clínicas e histopatológicas de mucocele e cisto de retenção de muco.

Referências

CASTRO, A.L. Estomatologia. 3ª ed. São Paulo: Santos, 2000. p.152.
LARGURA, L.Z. et al. Remoção cirúrgica de mucocele. Rev. Assoc Paul Cir Dent.; v.52, p.435-438, 1998.
NEVILLE, B.W. Patologia das glândulas salivares. In: NEVILLE, B.W. et al. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2004. p. 373-388.
OLIVEIRA, K.C. et al. Mucocele: aspectos clínicos, histopatológicos e de tratamento. Rev Bras Odontol., v.57, n.1, p.46-50, 2000.



P 13. TORO PALATINO: REMOÇÃO CIRÚRGICA OU ACOMPANHAMENTO CLÍNICO?

SILVA, Marcell Moço; CORBUCCI, Daniel Castro; FERRARI, Nielma Mazini*; SILVA, Jakeline da*; CASTRO, Alvimar Lima de; CRIVELINI, Marcelo Macedo. Faculdade de Odontologia de Araçatuba Unesp.

Toro palatino é uma exostose que ocorre como nódulo de consistência óssea na região mediana de palato duro. Apresenta crescimento assintomático e lento. É de etiologia incerta, acreditando-se que possa ser uma condição hereditária que se desenvolva por estímulos traumáticos. O acompanhamento clínico é a conduta instituída nos casos de lesões que não atrapalham as funções (mastigação, fonação e deglutição) e em pacientes que não necessitam de prótese. A remoção cirúrgica se faz necessária nos casos de alteração funcional e necessidade de prótese. O objetivo deste trabalho foi relatar dois casos clínicos, o primeiro referente a um toro palatino com dois centímetros em seu maior diâmetro, com lobulações em uma paciente do sexo feminino, sessenta e dois anos de idade, que necessitava da confecção de prótese total. Realizou-se remoção cirúrgica da lesão e análise histopatológica revelou-se compatível com exostose óssea. O pós-operatório de três meses mostrou dentro dos padrões de normalidade. O segundo caso referia-se a uma paciente do sexo feminino, trinta e quatro anos de idade, com lesão semelhante a anterior, porém de menores proporções e sem lobulações. A terapêutica instituída foi o acompanhamento clínico, pois a referida lesão não atrapalhava nas funções da paciente e não seria necessário a confecção de próteses que futuramente traumatizariam a região.

Referências

- AL QURAN, F.A.; AL-DIBIRI, Z.N. Torus palatinus and torus mandibulares in edentulous patients. J. Contemp Dent Pract., v.7, n.2, p.112-119, May, 2006.
 MEZA FLORES, J.L. Torus palatinus and torus mandibulares. Rev. Gastroenterol Peru., v.24, n.4, p.343-348, Oct-Dec, 2004.
 CAGIRANKAYA, L.B.; KANSU, O.; HATIPOGLU, M.G. Is torus palatinus a feature of a well-developed maxilla? Clin Anat., v.17, n.8, p.623-625, Nov, 2004.
 BELSKY J.L. et al. Torus palatinus: a new anatomical correlation with bone density in postmenopausal women. J. Clin Endocrinol Metab., v.88, n.5, p.2081-2086, May, 2003.
 CHOAYEB, A.A.; VOLPE, A.R. Occurrence of torus palatinus and mandibularis among women of different ethnic groups. Am J Dent., v.14, n.5, p.278-280, Oct, 2001.

P 14. OSTEOMA. RELATO DE CASO CLÍNICO.

COSTA, Iracy; PEREIRA, Leonardo Viana; RODRIGUES, Guilherme Battistela; CASTRO, Alvimar Lima de, PIRES-SOUBHIA, Ana Maria. Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

O osteoma é um tumor ósseo benigno que afeta principalmente os seios paranasais e a mandíbula. Clinicamente se apresenta como expansão de consistência dura, arredondada, assintomática e de crescimento lento. Pode se apresentar isolado e quando múltiplos fazer parte dos sinais da síndrome de Gardner. Radiograficamente apresenta-se geralmente como imagem radiopaca de forma arredondada de limites definidos. A cirurgia é o método indicado para seu tratamento. Quando a sua localização é central é chamado de osteoma endóstico e na maioria das vezes está envolto por uma cápsula fibrosa. CASO CLÍNICO: paciente R.V.L, 30 anos, caucasiano, procurou a clínica de Estomatologia da FOA-UNESP devido a presença de um pequeno nódulo localizado próximo do rebordo inferior junto ao canino inferior esquerdo. O paciente referia constante e lento desenvolvimento e que a lesão prejudicava sua fonação. O exame físico extra-oral não mostrou nenhum dado relevante. Ao exame clínico intra-bucal constatou-se no local referido uma massa nodular rígida à palpação, fixa, de implantação séssil, coberta por mucosa íntegra, assintomática, com aproximadamente 15 mm de diâmetro. Foi realizada biópsia excisional e o exame histopatológico foi de Osteoma. O paciente encontra-se sob acompanhamento clínico não apresentando sinais de recidiva.

Referências

- THEODOROU DJ; THEODOROU SJ; SARTORIS DJ. Primary non-odontogenic tumors jawbones: an overview of essential radiographic findings. Clin Imaging;27(1):59-70, 2003 Jan-feb.
 SAYAN NB; UÇOK C; KARASU HA; GÜNHAN O. Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: a study of 35 new cases. J Oral Maxillofac Surg; 60(11):1299-301, 2002 Nov.
 MANCINI JC; WOLTMANN M; FELIX VB; FREITAS RR. Peripheral osteoma of the mandibular condyle. Int J Oral Maxillofac Surg; 34(1):92-3, 2005 Jan.



ISSN 1677-6704





ISSN 1677-6704

INDICE AUTORES NÚMERO DOS TRABALHOS





ISSN 1677-6704



ALFERES-ARAÚJO, Cíntia de Souza 43,44
ALMEIDA, Juliano Milanezi 06
AMARAL, Caril Constante Ferreira do 05
ARANEGA, Alessandra Marcondes P07
ASSUMPÇÃO, Tatiane Aparecida 16
BALTAZAR, Aline Hiromitsu 30
BARBOSA, Alan Fressato P06
BECKER, Cristiane Saddi 02,25
BECKER, Tiago Augusto 32
BELICE, Ana Paula do Nascimento 43
BERNABÉ, Daniel Galera 04,09,13,25,28,46,50,54
BETONI JUNIOR, Valter 33
BERTUCCI, Daniela Vendrami P09
BIANCHI, Juliana Fernandes 41
BIASOLI, Eder Ricardo 04,09,12,13,46,50,54
BORRASCA, Albanir Gabriel 40
BREMM, Laerte Luiz 44
BRUNELLI, Gabriel Penteado Melles Figueiredo 20
BUCILO, Juliana Pompeo 20
BUSTAMANTE, Erik Fordes 48
BUZZÁ Cinthia Maria 39,45
CAMARA, Danielle Mendes 3
CAMPOS, Natália 18,19,P11
CARVALHO, Eduardo Borges de P01
CARVALHOSA, Artur Aburad de 42,48
CASTILHO, Helen Ribeiro 01
CASTRO, Alvimar Lima de 14,16,17,18,19,20,26,28,29,35,51,P02, P04, P05, P11, P12, P13, P14
CASTRO, Eni Vaz Franco Lima de 26,29,35
CASTRO, Paulo Henrique de Souza 42
CHIBA, Fernando Yamamoto 51
CINTRA, Cristiane Silveira 13
COLETE, Gilberto Aparecido 01,03,11,18,24
COLOMBO, Natália Helena 12
CORBUCCI, Daniel Castro 25, P02, P05, P13
CORREIA, Christiano Marinho 12
COSTA, Iracy P14
CRIVELINI, Marcelo Macedo 09,10,13,19,20,21,22,23,25,29,50,51, P11, P13
CURSINO, Natalia Manrique 27
D'ALMEIDA, Lucimara 21
DA SILVA, Jorge Barbosa Gutierrez 8,15
DANELON, Marcelle 3
DEMATHÉ, Adriana 01,05,07,10,22,23,30,31,49,52,53, P09
DINI, Jordana Rondon 16
FAVERANI, Leonardo Perez 8,15
FELIPINI, Renata Callestini 40,54, P04
FERNANDES, Elda Maiara Lopes 07,52
FERNANDES, Leandro Araújo 6
FERRARI, Nielma Mazini 9, P13
FLORES, Felipe Carvalho P04, P10
FONSECA, Mariana Saraiva Marthes 16,17, P02
FREITAS, Suzy Elaine Nobre 12,46
FURLANETO, Emerson Chaves 44
FURUSE, Takeo Adhemar 36, P01, P03, P08
GAETTI-JARDIM JR, Elerson 33,42
GAETTI-JARDIM, Ellen Cristina 8,15
GARCIA-JÚNIOR, Idelmo Rangel 8, 15,40,49,P09
GIL, Naiara Reis P05
GIROTTI-MATHEUS, Mirella P03, P06, P07
GONÇALVES, Keith Jimmy 43,44
GONÇALVES, Patrick Raphael Vicente P03
GOTARDO, Vilmar D. 34

Revista Odontológica de Araçatuba, v.27, Suplemento - 5º Encontro de Estomatologia - UNESP - Outubro 2006

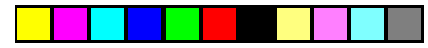


ISSN 1677-6704

GARCIA, Valdir Gouveia 6
HALAK, Flávio de Oliveira Campos 17
HARADA, Vivian Yuriko 31
HIDALGO, Lidia Regina da Costa 14
JAROUCHE, Amira Saadi 20,54,P04
JOAQUIM, Renata Couturato 22
KAWATA, Leandro Toyoji 04,09,13,46,50,54
KOTAKE, Bruna Gabriela dos Santos 24,38
LAZARO, Pablo Hernandez 35
LIMA, Luciana Barbieri 37
LIMA, Ludmila Mangialardo P05
LIMA, Márcio Silvério 53
LINS, Sâmira Âmbar 35
LOPES, Luis César 43
LUVIZUTO, Eloá Rodrigues 07,08,15,49, P09
MANFREDI, Guilherme Gonçalves do Prado 20
MARQUES, Thiago Macedo 03,11,24
MARUTA, Simone Harumi 29
MASSUCATO, Elaine Maria Sgavioli 39,45
MATHEUS, Gildo 36, P01, P03, P06, P07
MATHEUS, Maria Tereza Giroto 36, P01, P06
MATONO, Daniela 51
MELHADO, Ronaldo Maia 43,44
MELO, Fernanda Caldeireiro Alves 10,23
MENEGAZZO, Virgílio P06
MIYAHARA, Glauco Issamu 05,10,21,22,23,27,30,31,32,37,38,52,53
MONTANARI, Camila Lacerda 42,48
MORAES, Norberto Perri 02,04,25
MORAIS, Sylvania 33,42
MOREIRA Jr, Joel Carlos 36
MORENO, Amália 28
MORESCHI, Eduardo 47
MUNHOZ, Felipe Camargo 03,11,25
MURAYAMA, Rafael Akira 02,25
NEVES Meire Heris Martinez 33
ODA, Denise P03
OLIVEIRA, Fernando Moreno 10,23
OLIVEIRA, Gabriela Queiroz 04
OLIVEIRA, Maria Cecília Querido de 21
ONOFRE, Mirian Aparecida 45
ORTEGA, Rose Mara 39,45
PELISSON, Danielle Cristina Guollo 01,33,48
PEREIRA, Flávia Priscila 07,08,15,40,49,52,53, P09
PEREIRA, Leonardo Viana P14
PIRES-SOUBHIA, Ana Maria 05,14,18,27,30,31,32,35,37,38,46,50,52,53,P05,P12,P14
PREVIATTO, Bruna Aciardi 26
RAYMUNDO, Vanessa Augusti 44
REIS, Bruno Alvarez Quinta 13
RESENDE, Mauro Augusto 36, P01
RIBEIRO, Ana Carolina Prado 14,29,37,38, P11
RIGO, Fernanda de Castro 30
RINALDI, Gabriel Augusto Tozo 32
ROCHA, Cristina Silva 26
RODRIGUES, Alan Souza 06
RODRIGUES, Guilherme Battistela P14
SALZEDAS, Leda Maria Pescinini 01,03,11,24,48
SANTOS, Carlos Rafael da Costa P07
SANTOS, Cleide dos Anjos 21,27,30,38
SANTOS, Julielle Migueloti dos P08
SANTOS, Murillo Rezende 11
SCANDELAE, Lunara 34

Revista Odontológica de Araçatuba, v.27, Suplemento - 5º Encontro de Estomatologia - UNESP - Outubro 2006

68



ISSN 1677-6704

SERENO, Vanessa Jagnow 43
SIBOLDI, Amanda Carolina 17
SILVA, Alan Roger dos Santos 37
SILVA, Jakeline da 9, P13
SILVA, Marceli Moço 16,17,18,19,20,36,51,P01, P02,P03,P04,P05,P07, P08, P12,P13
SILVEIRA NETO, Antônio Bento da 17
SILVEIRA, Catarina Soares 31
SIMONATO, Luciana Estevam 05,21,23,27,31,32,37,38
SOLER, Mateus Pereira Alonso 46
SUZUKI, Thaís Yumi Umeda 29
TABUSE, Adriana Tiemi 54
TAKANO, Rodrigo Yuji 10,27
TEODORO, Joana Teresa Guimarães P08
TORMENA Mariana 41
TORRES, Kelly Regina 12
TOSTA, Juliana Nicolino 40,49
TOZO, Gabriel Augusto P04
TRENTO, Cleverson Luciano 34,41,47,P11
TSUMURA, Juliana Akemi 50
VELASCO, Daniel Castro 22
VELTRINI, Vanessa Cristina 34,41,47
VIEIRA, Evanice Menezes Marçal 01,05,22,28,32,33,42,48,52,53
VIEIRA, Fábio 47
XANDER, Érika Wessel 47
ZAGATO, Nilva Rodrigues 11,18,19,P11,P12
ZANETTI, Liliâne Scheidegger da Silva 07,49,P09
ZARDETTO-JUNIOR, Renato 34

