

Colgate PREV NEWS

Boletim Informativo sobre Avanços em Odontologia e Saúde Bucal



Proporcionando Educação Profissional Continuada a Serviço da Odontologia Mundial

Manejo de Fraturas de Coroa e Raiz

Fraturas dentais podem ocorrer de várias formas, incluindo fraturas de esmalte, fraturas de esmalte-dentina, fraturas de coroa complicadas, fraturas de coroa-raiz e fraturas de raiz. Dessas, as mais comuns são as fraturas de coroa.

Fraturas de Coroa

As fraturas de coroa representam de 26% a 92% de todas as lesões traumáticas da dentição permanente, e podem ser classificadas em três grupos¹:

- *fraturas incompletas* – fraturas incompletas do esmalte sem perda da substância do dente;
- *fraturas de coroa não complicadas* – fraturas que não envolvem a polpa e podem ser divididas em fraturas de coroa, envolvendo apenas o esmalte, e fraturas de coroa envolvendo a dentina; e
- *fraturas de coroa complicadas* – fraturas envolvendo o esmalte, a dentina e a polpa.

Identificação das Fraturas de Coroa

O diagnóstico de um dente rachado pode freqüentemente ser difícil, por depender da descrição dos sintomas por parte do indivíduo afetado. A queixa mais comum é a de dor aguda quando uma pressão é aplicada, ou durante a mastigação. É importante isolar a sensação de dor durante a mastigação, para identificar com precisão as linhas de

rachadura e a gravidade da lesão. Para auxiliar na identificação, um pequeno disco de borracha é aplicado sobre cada dente suspeito, enquanto o paciente morde o disco e então o libera. Dor aguda nessa liberação geralmente identificará o dente comprometido. O mesmo resultado poderá ser obtido com o uso de palitos de laranjeira, rolos de algodão e instrumentos como o Fracfinder™ e ToothSlooth®, que podem proporcionar um diagnóstico simples e seguro do dente rachado, através de um uso de força mais dirigida. Além disso, a transiluminação e a coloração azul de metileno podem mostrar a perda de continuidade no dente. Um resumo das fraturas dentárias por tipo e tratamento associado é mostrado na figura da página seguinte.

Tratamento das Fraturas de Coroa

As lesões de fratura de coroa não requerem tratamento a menos que sejam graves, caso em que o tratamento pode seguir dois caminhos possíveis. O primeiro envolve tratar o dente rachado com coroas totais ou restaurações, ou a extração do dente quando necessário. O segundo tratamento, menos invasivo, envolve ligar o dente apenas com resina, ou resina em combinação com resina composta, porcelana ou amálgama,

Nesta edição

Manejo de Fraturas de Coroa e de Raiz	1
Página Periodontal	4
Na Prática	5
Página de Higiene	6
Prática Clínica	7
Projeto Prevenção	9
Atualização Colgate	10

Volume 11, Número 1

Editor Chefe

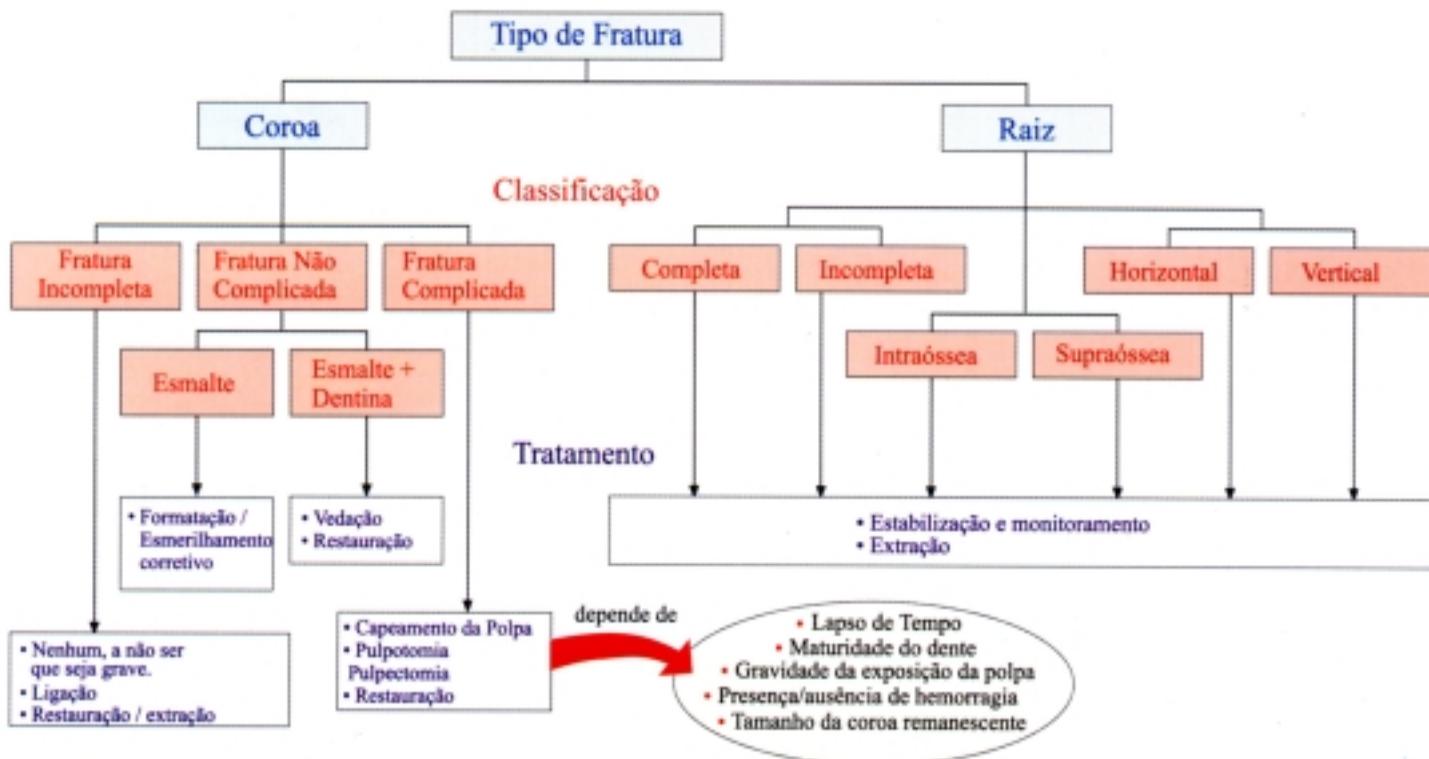
Chester W. Douglass, DMD, PhD; EUA.
Professor de Política de Saúde Oral e Epidemiologia, Harvard School of Dental Medicine e School of Public Health

Editores Associados

John J. Clarkson, BDS, PhD; Irlanda
Saskia Estupinan-Day, DDS, MPH
Organização Pan-Americana de Saúde;
Washington, DC
Kevin L. Roach, BSc, DDS, FACD; Canadá
Zhen-Kang Zhang, DDS, Hon. FDS, RCS
(Edin.); China

Conselho Internacional

Per Axelsson, DDS, Odont. Dr; Suécia
Irwin Mandel, DDS; EUA
Roy Page, DDS, PhD; USA
Gregory Seymour, BDS, MDSc, PhD,
MRCPD; Austrália



Tipos de fraturas dentárias e tratamentos associados

se for um dente posterior. Uma outra alternativa é a colocação de um ionômero de vidro ou um ionômero híbrido de vidro¹.

Dependendo da quantidade de substância dura do dente que foi perdida e do envolvimento de tecido mole, são possíveis diferentes modalidades de restauração². É sempre dada prioridade à preservação da vitalidade pulpar e vedação dos túbulos dentinários. O tratamento pode consistir em:

- esmerilhar e/ou polir o esmalte fraturado com a mínima perda de tecido;
- vedação da dentina, com ou sem um capeamento de proteção da polpa;
- reposição adesiva de fragmentos; reconstrução direta ou indireta dos tecidos duros faltantes; ou
- restauração extensa ou protética do dente com coroas veneers ou coroas totais.

O tratamento de fraturas de coroa envolvendo apenas o esmalte, consiste em desgastar as bordas agudas e/ou esmerilhar corretivamente o dente. Para fraturas de coroa simples com exposição de dentina devem ser tomadas medidas para aplicar um material protetor (como o hidróxido de cálcio) sobre a dentina exposta para impedir que irritantes externos, como condicionadores de esmalte ou resinas, possam causar inflamação pulpar. Uma resina composta como ataque ácido é a restauração de escolha. Outros tratamentos incluem a imediata colocação de uma coroa metálica ou de acrílico no dente fraturado, ou uma banda ortodôntica, ou o tratamento permanente com uma coroa de jaqueta de porcelana, porcelana fundida com ouro ou restauração metálica fundida. Da mesma forma, fraturas de esmalte em dentes primários são tratadas pelo desgaste das bordas agudas das

áreas fraturadas ou pela restauração da porção faltante do dente com resina composta.³

Em fraturas de coroa complicadas, o tratamento depende da maturidade do dente, o lapso de tempo entre o acidente e o tratamento, a gravidade da exposição pulpar, a presença ou ausência de hemorragia, e o tamanho da coroa remanescente. Com base nesses determinantes, o tratamento pode envolver capeamento pulpar, pulpotomia, pulpectomia e/ou restauração. No caso de dentição primária, a pulpotomia coronária é o tratamento de escolha para polpas primárias expostas, uma vez que resulta em taxas mais elevadas de sucesso em comparação com o capeamento pulpar direto. Quando a polpa exposta houver sido contaminada devido a uma extensa perda de coroa, ou os intervalos de tempo entre acidente e tratamento forem maiores do que 24 horas, a



pulpectomia completa, ou a extração, podem oferecer maior segurança contra infecção residual, e evitar danos residuais aos dentes permanentes subjacentes³.

Fraturas de Raiz

Fraturas de raiz são difíceis de diagnosticar pois muitos dos sinais e sintomas associados são similares àqueles de outros problemas dentários. As radiografias muitas vezes são incapazes de localizar a lesão a menos que a separação de fragmentos já tenha ocorrido. Os métodos de diagnóstico incluem o teste de mordida, corantes para visualização das rachaduras e a transluminação dos dentes. Contudo, quando a rachadura ou fratura se estende pela estrutura da raiz, o prognóstico é desfavorável, e as opções de tratamento freqüentemente se limitam à extração⁴. As fraturas de coroa-raiz de dentes primários são melhor tratadas por extração, a não ser que possam ser implementados procedimentos de terapia da polpa, que a proteção anti-bacteriana possa ser conseguida, e o dente possa ser adequadamente restaurado. Fraturas de raiz em dentes primários podem ser monitoradas (fraturas no terço apical da raiz) ou extraídas (fraturas no terço coronário da raiz)⁵.

Com base na separação dos fragmentos, tem sido descritos dois tipos de fraturas de raiz: 1) quando a separação total é visível ou os fragmentos podem ser movidos independentemente (fratura completa); e 2) quando uma fratura ocorre com ausência de uma separação visível (fratura incompleta). Na ocorrência de uma fratura completa, a dor é geralmente persistente e um exame periodontal pode revelar a presença de uma bolsa periodontal profunda junto ao dente afetado. Inchaço e sintomas de dor localizada na área do dente fraturado são comumente descritos. As fraturas

de raiz podem também ser classificadas em função da posição relativa à crista alveolar. *Fraturas intraósseas* são aquelas que terminam abaixo do nível do osso alveolar e que resultam em problemas periodontais, enquanto que as *fraturas supraósseas* não têm esta manifestação.

As fraturas de raiz são também definidas de acordo com direção das linhas de fratura. *Fraturas de raiz horizontais* geralmente resultam de trauma físico direto, enquanto que as *fraturas de raiz verticais* são mais comuns em dentes tratados endodonticamente, embora tenham sido também relatadas em dentes sem cáries e não tratados endodonticamente. Tem sido sugerido que fraturas de raiz em dentes posteriores não tratados endodonticamente estejam relacionadas com forças oclusais repetitivas em excesso.⁴

O diagnóstico precoce e correto de fraturas dentárias é importante e garantirá o tratamento necessário para restaurar a vitalidade e função da dentição. **IN**

Referências

1. Baghladi ZD. *Crown fractures: New concepts, materials, and techniques*. *Compend Cont Educ Dent* 2000;21(10):831-851.
2. Dietschi D, Jacoby T, Dietschi J-M, Schatz J-P. *Treatment of traumatic injuries in the front teeth: Restorative aspects in crown fractures*. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 2000;12(8):751-758.
3. Dummett CO. *Dental management of traumatic injuries to the primary dentition*. *J Can Dent Assoc* 2000;26(11):838-845.
4. Mallally BH, Ahmed M. *Periodontal signs and symptoms associated with vertical root fracture*. *Dent Update* 2000;27:356-360.

O Prev News está disponível na internet no site

www.colgateprofessional.com.br

Continuação de Na prática (pág. 5)

Bordas Incisais e Pontas de Cúspides

A abrasão por ar é também muito adequada para reparar lesões das bordas incisais e pontas de cúspides.⁴ Como resultado do desgaste normal, lesões por cáries nessas áreas podem resultar em exposição da dentina, que se desgasta mais rapidamente do que o esmalte adjacente. Sem o suporte da dentina, o esmalte se perde, e a coroa começa a encurtar, levando a problemas oclusais.

Como as bordas incisais e as pontas de cúspides são rotineiramente submetidas a grande pressão, a restauração busca interromper o atrito sem comprometer a microintegridade da dentina e esmalte remanescentes. O preparo mecânico do dente via abrasão por ar deve ser mínimo, removendo apenas estrutura dental suficiente para se ter uma base limpa e firme para a adesão. Seguindo-se o condicionamento de esmalte e a adesão do preparo, uma resina restauradora de alta densidade pode ser posicionada, fotopolimerizada e polida.

O uso da abrasão por ar na prática clínica tem tanto vantagens quanto desvantagens (vide figura na página 7). No entanto, quando a escolha do caso é feita adequadamente, o procedimento pode ser tanto eficiente quanto relativamente indolor. **IN**

Referências

1. Bryant CL. *The role of air abrasion in preventing and treating early pit and fissure caries*. *J Can Dent Assoc* 1999; 65(10):566-569.
2. Friedman G, Goldstep F, Seif T, Paksoo J. *Ultraconservative resin restorations*. *J Can Dent Assoc* 1999; 65(10):579-581.
3. White JM, Eakle WS. *Rationale and treatment approach in minimally invasive dentistry*. *JADA* 2000; 131:135-198.
4. Blitzer RM, Gottlieb NR. *Air abrasion: Fixing the cutting edge*. *Dentistry Today* 1999;November:64-67.



PÁGINA

PERIODONTAL

Diabetes e Doença Periodontal: Será uma Rua de Mão Dupla?

Diabetes não controlada é um fator de risco significativo na etiologia da doença periodontal, como reconhecido no *United States Surgeon General's Report 2000*. Mais intrigante, no entanto, é um modelo que detalha como esta ligação pode ser recíproca (vide figura abaixo) com a periodontite avançada afetando o controle glicêmico e exacerbando a diabetes¹. A ligação entre doença periodontal e diabetes foi abordada no volume 10 nº3 do *Prev News*, no artigo intitulado "Pode a Saúde Bucal Afetar a Saúde Geral?"

Diabetes Influencia Periodontite

A primeira parte do modelo recíproco demonstra que a diabetes causa a periodontite quando os produtos finais da glicação avançada (AGEs) são formados, e se ligam irreversivelmente a lipídios, a ácidos nucleicos e a proteínas. A modificação dos vasos por AGEs leva à deposição de colágeno maduro, reduzindo o fluxo de sangue através dos vasos até os tecidos-alvo, o que se acredita ser a razão da redução da resistência do

organismo às bactérias e da redução do seu processo curativo. Deve ser notado que as espécies bacterianas encontradas nos pacientes com periodontite – *P. gingivalis* – são similares às encontradas nos mesmos sítios em controles saudáveis, sugerindo que as defesas corporais possam desempenhar importante papel na progressão de doenças periodontais. A diabetes melito, tanto do tipo I quanto II, são consideradas fatores de risco na periodontite, especialmente quando mal controladas.

A Periodontite é um Fator de Risco para a Diabetes?

É sabido já há algum tempo que infecções bacterianas e virais agudas aumentam a resistência à insulina, mesmo em não-diabéticos, tornando difícil a entrada da glicose nas células-alvo. A resposta natural do organismo a um desafio bacteriano é segregar mais insulina, superando a resistência aumentada à insulina. Essa circunstância é exacerbada para diabéticos tipo I, que podem ter que aumentar suas doses de insulina durante e após infecções. Considerando que a área da superfície exposta a bactérias gengivais é a grosso modo equivalente à área de uma mão adulta, sugere-se que infecções periodontais tenham um efeito similar.

Bacteremias (bactérias circulando

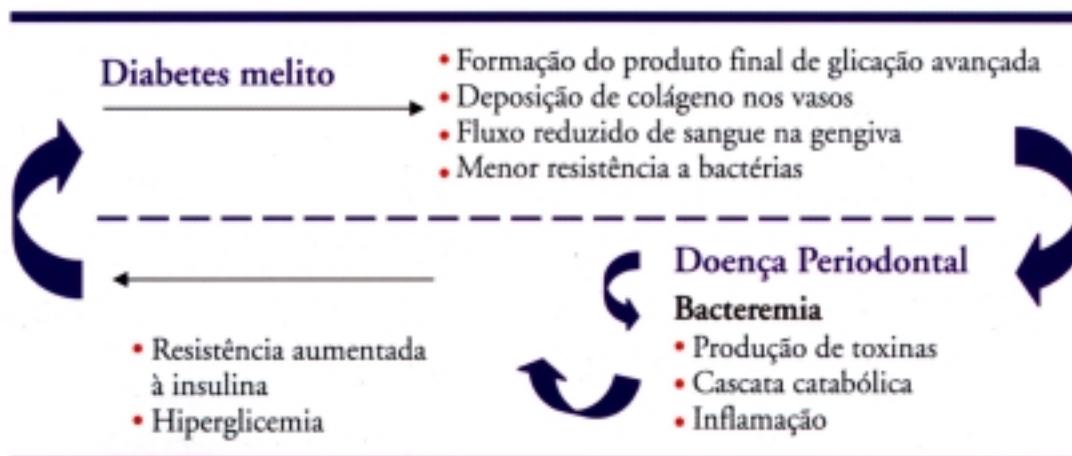
no sangue) de origem dentária estão diretamente relacionadas com a severidade da inflamação gengival. Os organismos do periodonto são capazes de se esquivar à depuração pelas células sanguíneas da linha branca e se estabelecerem como habitantes subgengivais crônicos. O hospedeiro fica exposto a milhares de toxinas e produtos bacterianos, e a interação de quaisquer desses produtos bacterianos e células mononucleares fagocitárias irá ativar uma cascata catabólica inflamatória, levando à destruição de tecido conjuntivo e resistência à insulina. Como a periodontite grave em diabetes tem sido associada a um aumento da deficiência do controle glicêmico em até seis vezes em comparação com os controles, tornam-se necessárias mais pesquisas para esclarecer o papel da periodontite como um fator de risco na diabetes.

Pode o Tratamento Periodontal Auxiliar a Regular o Controle Glicêmico da Diabetes?

Uma ligação hipotética entre a periodontite e a diabetes tem sido levantada desde o início da década de 60, e diversos estudos tem sido conduzidos desde então, com resultados variados.

Uma recente meta-análise² concluiu que

Continua na página 8





NA PRÁTICA

O Uso Emergente da Abrasão Por Ar

Modificação do Padrão da Cárie Dental

No decorrer das últimas décadas, houve uma modificação no padrão da cárie dental.¹ O uso difundido de flúor no abastecimento de água e em cremes dentais levou a superfícies mais duras de esmalte dental que são mais resistentes à cárie. Embora, de uma maneira geral a incidência de cárie seja menor, os pacientes freqüentemente apresentam cárie de sulcos e fissuras. Entre os pacientes jovens, cáries de sulcos e fissuras correspondem a 90% de todas as cáries novas.

As lesões de sulcos e fissuras são freqüentemente difíceis de serem detectadas através da visualização, exploração ou radiografias. Tradicionalmente, muitos profissionais adotam uma postura de observação e espera em relação a essas lesões pequenas e de lento crescimento. Mais

recentemente, o preparo dental através de abrasão por ar tem ganhado popularidade como um método de tratamento conservativo precoce.

A abrasão por ar é uma forma precisa e atraumática de preparo dental, que permite o tratamento conservativo das cáries iniciais de sulcos e fissuras.

Abrasão Por Ar

A abrasão por ar é um fino e controlado jato de ar comprimido que contém um abrasivo de granulação fina (27µm) de pó de óxido de alumínio.² O volume de material abrasivo é controlado pela abertura da ponta pulverizadora, com pontas maiores resultando em maior abrasão e preparos mais extensos. O jato é dirigido a menos de 2mm da superfície-alvo, para

maximizar o foco da abrasão. Quando dirigido com precisão, o jato remove pequenas áreas de estrutura dental cariada, deixando intactas as áreas vizinhas. Quanto mais tempo for aplicado o jato, mais o preparo progredirá.

Ao contrário das brocas dentais rotatórias padrão, a abrasão por ar nem inicia nem propaga rachaduras na micro-estrutura do esmalte. Além disso, a estrutura sadia do dente é preservada durante o preparo da restauração. Entretanto, como não existe um controle tátil com a abrasão por ar, a extensão do preparo do dente deve ser confirmada visualmente.

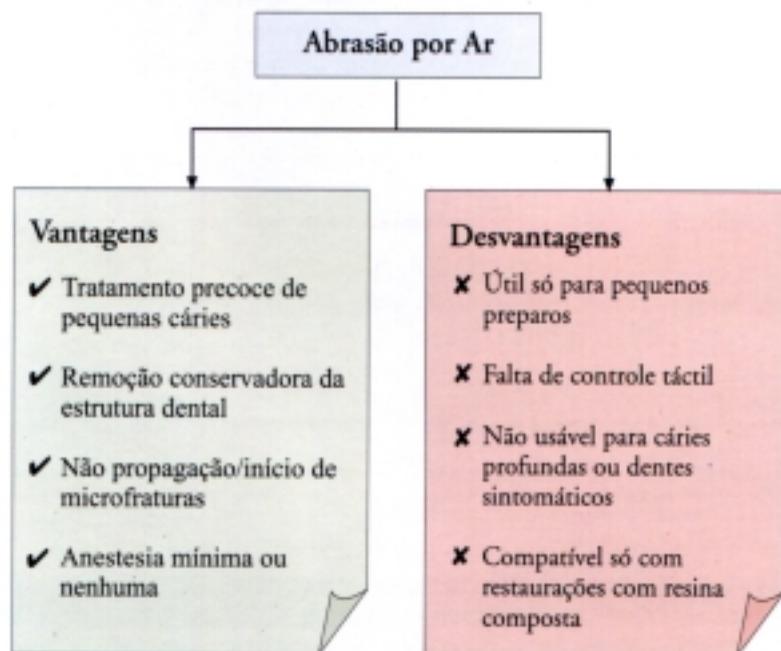
A escolha dos materiais restauradores depende da profundidade do preparo feita por abrasão por ar. Após a remoção do esmalte comprometido de uma fissura, uma resina fluida pode ser usada para uma restauração preventiva de resina. Quando a cárie se estende até a dentina, deverão ser usadas as resinas compostas convencionais.

A escolha dos casos

White e Eakle³ afirmam que "a capacidade de remover cáries em seus estágios iniciais com intervenção mínima não obriga necessariamente que todos os sulcos e fissuras devam ser tratados em busca de cáries ocultas". A escolha do caso deve se basear primariamente na extensão da cárie.¹ A abrasão por ar é apropriada para tratar pequenas áreas de cárie ou cavitação em seu estágio inicial. Se os pacientes apresentam um dente sintomático ou cárie extensa até a dentina devem ser usados os métodos tradicionais com anestésicos e brocas rotatórias.

Embora a abrasão por ar possa ser feita sem anestesia, os pacientes devem ser informados de que poderão sentir uma sensação de frio se a dentina for encontrada. A anestesia poderá ter que ser usada se a cárie for maior do que o esperado, ou se o paciente experimenta desconforto.

Abrasão por Ar na Prática Clínica: Vantagens e Desvantagens



(continua na pág. 3)



PÁGINA DE HIGIENE

Relatório Internacional sobre Flúor

Tendo sido considerada a exposição adequada ao flúor como um tópico prioritário na agenda da International Collaborative Oral Health Research do National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR), foi criado um grupo de discussão voltado para a identificação de necessidades de pesquisa sobre o flúor. Tomaram parte nesse grupo de discussão 80 especialistas que identificaram áreas de pesquisa sobre flúor que necessitam ser investigadas. Um resumo das suas recomendações é dado na tabela abaixo.

Reconhecida pelas autoridades de saúde pública como uma das mais bem-sucedidas tecnologias odontológicas preventivas, os benefícios da fluoretação contra a cárie dentária estão bem demonstrados e documentados. Além da fluoretação da água, o uso de produtos contendo flúor, tais como dentifrícios, enxaguantes bucais e suplementos, ampliou os benefícios da prevenção dental, resultando num

declínio importante na incidência e prevalência de cáries, principalmente em países com economia de mercado estabelecida (EME) como os Estados Unidos. A despeito disso, recentes dados epidemiológicos indicam que esse declínio parece haver se estabilizado.¹ Nos Estados Unidos, 20% a 30% das crianças ainda apresentam índices muito elevados de cárie dental. Embora a incidência de cáries varie marcadamente entre populações e idades, a pobreza e baixas condições sócio-econômicas são freqüentemente indicadores consistentes de risco.

Sistemas com variação de uso e eficácia estão disponíveis para liberar flúor. A fluoretação da água é um importante sistema de distribuição nos Estados Unidos, beneficiando mais de 50% da população. Ela é também o método principal de distribuição na Austrália, Nova Zelândia, Irlanda e Hong Kong, bem como na maioria das grandes cidades de outros países. Em termos mundiais, estima-se que cerca de 300 milhões de pessoas recebam fluoretação da água comunitária.

Fontes de Flúor

A manutenção de um nível ambiente constante de flúor na cavidade bucal é essencial para a prevenção e o controle das cáries dentárias. O objetivo geral da utilização do flúor é a maximização de seus benefícios (ou seja, prevenir ou controlar as cáries dentárias) ao mesmo tempo minimizando o risco da fluorose dental. Entretanto, como os indivíduos estão expostos ao flúor proveniente de fontes diversas, como por exemplo suplementos e bebidas com água natural ou tratada com flúor, sal e leite fluorado, o meio ambiente (isto é ar e solo), alimentos como chá e frutos do mar, e produtos dentais contendo flúor, então determinar o nível ideal de exposição ao flúor necessário para alcançar este objetivo é difícil. Essa dificuldade é ainda ampliada pela diferença da biodisponibilidade dos indivíduos decorrente da variedade das influências ambientais, nutricionais, fisiológicas, culturais e de dieta.

(continua na página 8)

Recomendações da International Research Agenda sobre Flúor	
1	Determinar se e como o metabolismo do flúor é influenciado por fatores ambientais, genéticos, de idade, nutricionais, farmacológicos, fisiológicos ou culturais.
2	Determinar a concentração alvo de flúor no ambiente bucal, para otimizar a ação local do flúor na prevenção da cárie. Desenvolver novos sistemas de aplicação tópica de flúor com base nesses níveis-alvo.
3	Investigar a fluorose esquelética e outros efeitos do flúor sobre os ossos em áreas de alta concentração natural de flúor.
4	Desenvolver biomarcadores de fácil coleta e análise para determinar a carga corporal, e medir a exposição aguda e crônica ao flúor. Avaliar a relação entre níveis de flúor nos ossos e o flúor em plasma em jejum, em dutos salivares, em dentina e em unhas.
5	Desenvolver métodos globais simples para análise de flúor em diferentes tipos de amostras, e padrões internacionais para a coleta, armazenamento e procedimentos laboratoriais.
6	Investigar os efeitos sinérgicos do flúor e macro/micronutrientes.
7	Desenvolver estudos cooperativos internacionais para medir o significado cosmético e de saúde pública das opacidades/fluorose do esmalte através das diferentes culturas.
8	Iniciar controle de casos e estudos longitudinais para investigar o controle de cáries e o risco de fluorose associado às diversas concentrações de veículos tópicos de flúor.
9	Identificar indivíduos e grupos de alto risco, e desenvolver estudos investigativos sobre os aspectos comportamentais e sociais da saúde bucal em relação ao uso do flúor.
10	Determinar os níveis adequados de flúor para sistemas que administram flúor à população



PRÁTICA CLÍNICA

Estenose da Artéria Carótida Não Identificada

A estenose da artéria carótida (CAS) representa um importante problema de saúde. A cada ano aproximadamente 730 mil acidentes vasculares ocorrem, a um custo estimado de US\$ 40 bilhões por ano. Acredita-se que metade desses acidentes vasculares sejam resultantes de placas ateroscleróticas na artéria carótida. Foi recentemente descoberto, por um feliz acaso, que tais placas, freqüentemente muito calcificadas, podem ser identificadas em radiografias bucais panorâmicas¹ (vide figura). O diagnóstico da CAS pode então ser confirmado por meio de *ultra-sonografia duplex*.

Embora a ultra-sonografia duplex seja não invasiva, precisa e de baixo custo, utiliza-la em todos os pacientes seria nada prático e de pobre relação custo-benefício. Para que a relação custo-benefício fosse válida, a prevalência da doença nos pacientes examinados deveria atingir pelo menos 4,5%, enquanto na realidade a CAS ocorre em menos de 1% das pessoas acima de 65 anos. Torna-se portanto importante

identificar subgrupos de pacientes de alto risco para a doença.

Como a primeira manifestação clínica da CAS é freqüentemente um acidente vascular os achados em uma radiografia panorâmica podem conduzir a um tratamento adequado e potencialmente salvador de vidas. No entanto, além da calcificação associada à aterosclerose, essas radiopacidades não homogêneas, sobrepostas à bifurcação da carótida que são vistas em radiografias panorâmicas, podem representar outro diagnóstico, incluindo calcificação da cartilagem da tireóide, ligamento estilo-hióide calcificado, calcificação da cartilagem triticea, calcificações anômalas de tecidos moles, nódulos linfáticos calcificados, flebólitos ou acne calcificada.

Diagnóstico

Com relação à doença aterosclerótica, o grau de significado clínico depende do cenário clínico, e, no caso da bifurcação da carótida, do percentual de estenose. Como comentado acima, o teste diagnóstico de escolha para a CAS é a ultra-sonografia duplex. Esse teste determina o percentual de estenose da carótida, através da documentação da velocidade da passagem das células

vermelhas do sangue através da abertura estreita, ao invés de medir diretamente seu diâmetro.

As descobertas de uma radiografia panorâmica podem conduzir a um tratamento adequado e potencialmente salvador de vidas.

A *angiografia*, antigamente o padrão ouro dos estudos diagnósticos, está associada a um risco inaceitavelmente elevado de acidente vascular (1,2%) e portanto não é mais utilizada como teste diagnóstico preventivo. Na verdade, ficou reservada para pacientes com lesões comuns subclávicas da carótida baixa ou lesões intracranianas, ou para pacientes nos quais a precisão do exame ultra-sônico seja duvidosa.

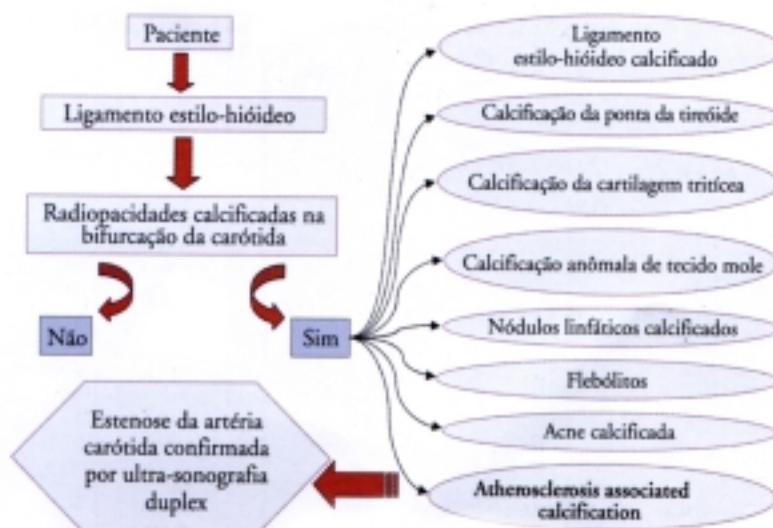
Outra possível ferramenta de teste diagnóstico que alguns investigadores acham ser tão precisa quanto a ultra-sonografia, é a *angiografia por ressonância magnética*. Entretanto, ela é cara, não é portátil e seu agendamento geralmente requer longos períodos de espera.

A despeito de sua utilidade em determinar a CAS, relatórios indicando o percentual de estenose com base na ultra-sonografia são inadequados para a tomada de decisões de cirurgia. Por enquanto, a relação entre as calcificações e o percentual de estenose e de acidente vascular é desconhecida, e espera maior investigação. No entanto, profissionais de odontologia que observarem e informarem a possibilidade de CAS com base em radiografias panorâmicas estão prestando um serviço profundamente importante a seus pacientes. **IN**

Referências

1. Alwog DM, Illig KA, Khin M, Green RM. Unrecognized carotid artery stenosis discovered by calcifications on a panoramic radiograph. *JAMA* 2000;131:1593-1597.

Possíveis Diagnósticos de Radiopacidades Calcificadas Observadas Numa Radiografia Panorâmica





**Editor-chefe Chester Douglass,
DMD, PhD; U.S.A.**

Professor de Política de Saúde Oral e
Epidemiologia Harvard School of
Dental Medicine and School of Public
Health

© 2000 Colgate-Palmolive Company.
Todos os Direitos Reservados. The Oral
Care Report/Prev News tem o apoio da
Colgate-Palmolive Company para os
profissionais da área de saúde bucal.

Dirija seus comentários, perguntas
e mudanças de endereço a:

Colgate

Oral Care Report/Prev News
Centro de Atendimento de Profissionais
0800-162966
Departamento de Relações Profissionais
Rua Rio Grande, 752
São Paulo - SP - CEP 04018-002

Continuação da Página Periodontal (pág. 4)

uma importante diferença entre aqueles estudos que encontraram controle glicêmico melhorado após tratamento periodontal (como raspagem, aplainamento radicular, cirurgia periodontal e extração de dentes irrecuperáveis), e aqueles que não o encontraram, foi o uso de antibióticos sistêmicos. Em estudos de diabetes mal controlada em que foram utilizados antibióticos, ocorreu melhoria significativa do controle glicêmico por três meses após o tratamento. Outros estudos concluíram que o tratamento periodontal por si só não conseguiu tal efeito, concluindo que é necessária a erradicação da infecção bacteriana para além do sítio da infecção ou seja, além do periodonto.

Implicações Para os Profissionais de Odontologia

O inter-relacionamento entre a periodontite e a diabetes tem um grande significado, e profissionais de odontologia deveriam estar familiarizados com os sintomas e o tratamento da diabetes, pois ainda há muitos pacientes não diagnosticados. Todos os profissionais de saúde deveriam estar cientes da probabilidade da deterioração periodontal com a diabetes, e do potencial dos benefícios do tratamento periodontal no controle da glicemia, através da diminuição do desafio bacteriano e através do encorajamento do paciente para deixar de fumar. Embora mais pesquisas sejam necessárias para confirmar o fato da periodontite ser um fator de risco para a diabetes em si, pode-se argumentar fortemente que o exame, diagnóstico, tratamento e controle de fatores de risco deveriam ser uma parte rotineira do tratamento de pacientes diabéticos. IN

Referências

1. Mealey BL. *Diabetes and periodontal disease: Two sides of a coin.* *Compend Cont Educ Dent* 2000;21(11):943-954.
2. Grossi SG, Genco RJ. *Periodontal disease and diabetes mellitus: A two-way relationship.* *Ann Periodontol* 1998;3(1):51-61.

Continuação da Página de Higiene (pág. 6)

Não obstante a exposição total ao flúor seja adequada para manter uma boa saúde bucal na maioria dos países EME, para alguns indivíduos ou comunidades a exposição total a flúor pode exceder o nível ideal em função das muitas fontes existentes. A exposição total ao flúor ainda deve ser adequadamente determinada em relação a todas essas fontes. A principal limitação tem sido a falta de métodos padronizados para a análise de teor de flúor de uma ampla faixa de substâncias, e a ausência de critérios e padrões estabelecidos, para a monitoração e controle da ingestão de flúor. Por essa razão, somado ao fato de que os múltiplos efeitos dos fatores que influenciam a biodisponibilidade de flúor ainda não serem bem compreendidos, pode ser mais importante e útil identificar a "exposição adequada" ao flúor ao invés da "exposição ideal".

Necessidade de Pesquisas

Ainda existem muitas perguntas relativas ao uso e eficácia do flúor para garantir e manter uma boa saúde bucal. De modo geral, durante a última década, foram conduzidas poucas novas pesquisas. Indubitavelmente, a colaboração internacional daria um avanço considerável às pesquisas, e aceleraria o conhecimento e a aceitação do flúor como uma medida de saúde pública. IN

Referências

1. Clarkson JJ, et al. *International collaborative research on fluoride.* *J Dent Res* 2000;79(4):893-904.



PROJETO

PREVENÇÃO

Incentivo ao conhecimento

Prêmio Nacional de Odontologia Preventiva COLGATE estimula o desenvolvimento de pesquisas científicas entre estudantes e professores de Odontologia

Com mais de 150 trabalhos inscritos e mais de 100 faculdades participantes de todo país, o 1º Prêmio Nacional de Odontologia Preventiva COLGATE elege os três melhores nas categorias "Monografia" e "Pesquisa". A entrega dos prêmios foi realizada no dia 24 de agosto, na unidade fabril da companhia, localizada na Rodovia Anchieta, em São Paulo/SP.

Com o apoio da Associação Brasileira de Odontologia - ABO Nacional - e da Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde - ABOPREV -, a marca COLGATE promove este prêmio com o objetivo de estimular a pesquisa e o desenvolvimento científico em prol da saúde e higiene bucal da população brasileira. "É uma honra para a empresa reconhecer uma pequena parte do trabalho que é feito em favor do avanço da ciência em higiene bucal", afirma Roger Pratt, presidente da companhia. "O prêmio foi marcado por trabalhos de alta qualidade, que buscam o novo, o especial, o melhor, que abrem as portas do conhecimento para novos produtos, técnicas e equipamentos que tornam a saúde e higiene bucal cada dia melhor", acrescenta Regina Antunes, coordenadora do prêmio.

Estímulo - O Prêmio Nacional de Odontologia Preventiva COLGATE é um apoio ao trabalho desenvolvido nas universidades, de acordo com Elen Marise de Oliveira Oletto e Mara Valadares



Roger, Fernanda, Mara, Elen e Mariângela: primeiro lugar na categoria "Monografia"



Roger, Rossana, Lino e Wilton: primeiro lugar na categoria "Pesquisa"

de Abreu, respectivamente diretora e professora da Universidade Federal de Minas Gerais. "A UFMG desenvolve diversos trabalhos de envolvimento em pesquisas científicas, como as bolsas de estudo por exemplo. Cada vez que uma empresa incentiva a pesquisa ela agrega valor ao nosso trabalho", diz Elen. "A competitividade cria um estímulo maior de produzir melhor e na faculdade é difícil conseguir isso do aluno, por isso ter essa oportunidade é fantástico", acrescenta Mara. Para Fernanda Carvalho de Castro, vencedora da categoria "Monografia", o primeiro lugar é uma motivação para continuar a carreira acadêmica, principalmente na área científica.

Vencer foi um resultado inesperado, na opinião de Rossana Dantas de Almeida, estudante da Universidade Federal da Paraíba e primeira colocada na categoria "Pesquisa". "Eu tinha o intuito de participar e publicar um artigo", conta Rossana. "Ganhar um prêmio nacional mostrou que realmente vale a pena a dedicação à pesquisa, ainda mais porque eu pretendo ingressar na magistratura e continuar com um mestrado." Para seu orientador, prof. dr. Wilton Wilney Padilha, o prêmio é um importante estímulo para alunos e professores. "Alunos e professores de todo Brasil se dedicam à pesquisa, então deve valer a pena."

Ganhadores do 1º Prêmio Nacional de Odontologia Preventiva COLGATE

Categoria Pesquisa

1º lugar - "Clínica integrada: é possível promover saúde bucal numa clínica de ensino odontológico", de Rossana Dantas de Almeida, da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação do prof. dr. Wilton Wilney Padilha

2º lugar - "Viabilidade de *Streptococcus mutans* em escovas dentárias transparentes e opacas", de Emy Goto, da Universidade Estadual Paulista - UNESP Araraquara, sob orientação da profa. dra. Denise Palomari Spolidório

3º lugar - "A população conhece o câncer bucal?", de Carolina de Moraes Pires, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob orientação da profa. dra. Maria Elisa Janini

Categoria Monografia

1º lugar - "Cárie dentária: para prevenir, saiba diagnosticar", de Fernanda Carvalho de Castro, da Universidade Federal de Minas Gerais, sob orientação da profa. dra. Mara Valadares de Abreu

2º lugar - "Paciente geriátrico institucionalizado: promoção da saúde bucal nos programas de atendimento odontológico", de Solange Marinho de Oliveira, da Universidade Estadual Paulista - UNESP Araçatuba, sob orientação da profa. dra. Maria Cristina Rezende

3º lugar - "O uso do xilitol em goma de mascar como coadjuvante no controle da placa bacteriana", de Ellen Carolina Jantsch, da Universidade Federal do Paraná, sob orientação da profa. dra. Moira Pedroso Leão

Atualização

AS NOTÍCIAS MAIS RECENTES SOBRE PESQUISA, PRODUTOS E TECNOLOGIAS

Colgate

Estudos Recentes Mostram:

Colgate Sensitive

PODER MÁXIMO

2X

o alívio da dor quando comparado a um creme dental tradicional com nitrato de potássio a 5% comercialmente disponível

Resultados sem precedentes relatados no Compêndio de Educação Continuada em Odontologia®

Em dois estudos clínicos tipo duplo-cego, de oito semanas, sobre efeitos desensibilizantes, o creme dental Colgate Sensitive Poder Máximo demonstrou ser duas vezes mais eficaz quando comparado a um creme dental tradicional com nitrato de potássio a 5% comercialmente disponível, nas etapas de quatro e de oito semanas ^{1, 2†}

Em ambos os estudos (o estudo Sowinsky em 102 pessoas e o estudo Schiff em 120), pacientes apresentavam sensibilidade táctil ou a jato de ar (térmica) em pelo menos dois dentes não molares. Os pacientes foram divididos aleatoriamente em dois grupos de tratamento.

Todos os pacientes foram instruídos a escovar os dentes duas vezes ao dia (pela manhã e à noite) durante um minuto com o dentífrico que lhes fora designado. Exames de sensibilidade táctil e a jato de ar foram efetuados, na data inicial, em quatro semanas e em oito semanas.

O creme dental Colgate Sensitive Poder Máximo demonstrou o dobro da eficácia quando comparado a um creme dental tradicional com nitrato de potássio a 5% comercialmente disponível ^{1, 2†}

O creme dental Colgate Sensitive Poder Máximo proporcionou o dobro da eficácia quando comparado a um creme dental tradicional com nitrato de potássio a 5% comercialmente disponível nos estudos Sowinsky e Schiff, para sensibilidade tanto táctil quanto a jato de ar, em quatro e oito semanas ^{1, 2†} (veja os gráficos na página seguinte).

A diferença é a fórmula dupla patenteada

O creme dental Colgate Sensitive Poder Máximo, como qualquer outro dentífrico contra sensibilidade disponível comercialmente, contém 5% de nitrato de potássio. Entretanto o creme dental Colgate Sensitive Poder Máximo tem um tubo patenteado de formulação dupla, que mantém separadas sílicas de alto e baixo pH até sua combinação no ponto de uso.

Uma vez combinada, essa mistura cria um depósito na superfície que permite maior penetração do nitrato de potássio nos túbulos da dentina³. O creme dental Colgate Sensitive Poder Máximo proporciona o dobro do alívio da dor quando comparado a um creme com nitrato de potássio a 5% comercialmente disponível, rápido e calmante alívio em menos de duas semanas, e proteção duradoura contra a dor através de seu uso regular. ^{1, 2, 4†}

Além disso o creme dental Colgate Sensitive Poder Máximo contém fluoreto estanoso para uma efetiva proteção anticáries. E é apresentado com um excelente sabor de menta, para maior comprometimento por parte do paciente.

* Contém 5% de nitrato de potássio (teor exigido pela FDI) contra a hipersensibilidade

† Estudos clínicos comparando o alívio de Colgate Sensitive e de creme dental para dentes sensíveis, após ojetos de efeito placebo, mostram uma redução na sensibilidade dos testados com Colgate Sensitive que foi pelo menos duas vezes maior que a redução dos testados com creme dental típico de nitrato de potássio a 5%

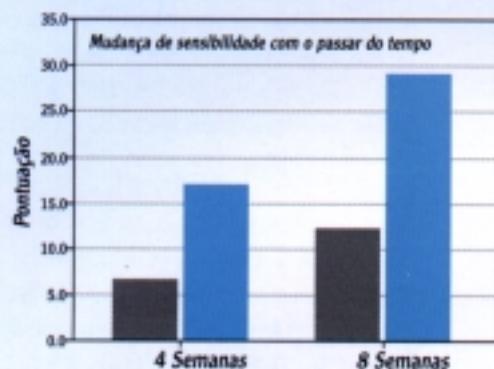
1. Schiff et al. Um teste clínico aleatório da eficácia de desensibilização de três dentífricos. *Compend Contin Educ Dent* 2000; 21 (supl. 27):4-10.
2. Sowinski J A et al. Um novo dentífrico desensibilizante - investigação clínica de 8 semanas. *Compend Contin Educ Dent* 2000; 21 (supl. 27):11-16.
3. Dados nos arquivos da Colgate Palmolive Company.
4. Coifanti N, et al. Investigação comparativa da eficácia desensibilizante de um novo dentífrico - um estudo clínico de 14 dias *Compend Contin Educ Dent* 2000; 21 (supl. 27):17-22.

Eficácia superior comprovada em dois grandes testes clínicos

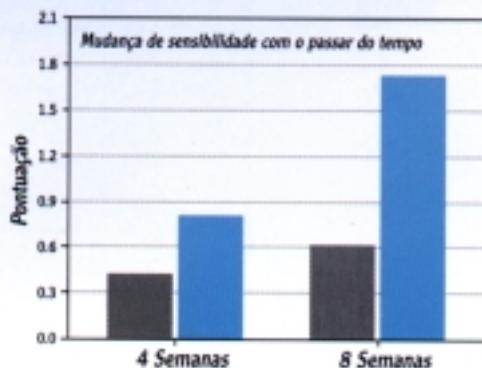
O creme dental Colgate® Sensitive Poder Máximo demonstrou o dobro da eficácia quando comparado a um creme dental tradicional com nitrato de potássio a 5%, comercialmente disponível em estudos medindo tanto a sensibilidade táctil quanto a térmica, de quatro e oito semanas ^{1, 2, †}

Estudo Sowinski — 102 Pacientes

Sensibilidade Táctil †

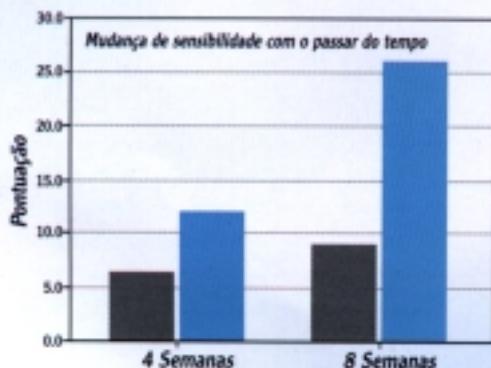


Sensibilidade Térmica †

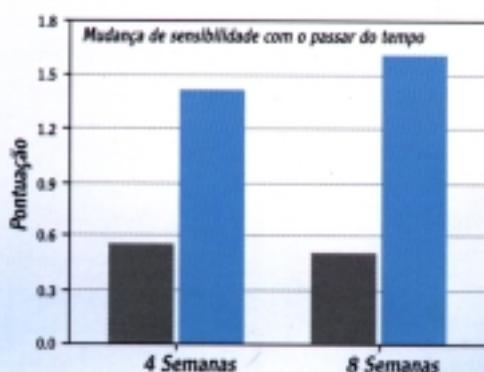


Estudo Schiff — 102 Pacientes

Sensibilidade Táctil †



Sensibilidade Térmica †



■ Crete Dental tradicional de nitrato de potássio a 5%

■ Crete Dental Colgate® Sensitive Poder Máximo

† Resultados da hipersensibilidade ajustados para o efeito placebo.



✓ Vendas somente em farmácias
✓ Disponível em SP (capital e interior)