

PREV NEWS

Colgate® THE ORAL CARE REPORT



Boletim Informativo sobre Avanços em Odontologia e Saúde Bucal

Substituição Total e Imediata de um Dente: Obtenção da Função e da Estética

A colocação imediata de um implante - envolvendo a extração de um dente comprometido e sua imediata substituição por uma restauração provisória — oferece várias vantagens clínicas. Além dos benefícios estéticos podem ser obtidos: a preservação do osso, redução no tempo de tratamento, redução nos procedimentos cirúrgicos e redução do custo¹.

Chaves para o Sucesso

A chave para o sucesso na colocação imediata de um implante é uma avaliação do prognóstico do dente afetado para garantir que apenas o dente esteja comprometido e não a conformação do tecido mole e osso adjacente à área de inserção². Na avaliação do perfil do tecido mole, três aspectos distintos devem ser considerados: 1) papila interproximal mesial em cada lado do dente em questão mesial, 2) idem para papila interproximal distal 3) conformação da margem gengival. A crista do osso interproximal geralmente não deve exceder uma distância de 4,5 mm do ponto de contato da restauração até o osso ou um dos elementos de suporte (dentes / implantes). Além disso, os elementos ósseos não devem exibir nenhuma deiscência ou fenestração, e a crista deve se encontrar a menos de 3 mm da margem gengival livre

(MGL). O sucesso estético da substituição do dente também depende da remoção atraumática do dente comprometido e da ausência de qualquer dano inconveniente ao aparelho de inserção². Para permitir uma extração ideal, o dente em questão deve estar condenado por insucesso endodôntico, fratura, cáries radiculares extensas ou reabsorção externa, e não por colapso periodontal. Nesses cenários, o aparelho de inserção adjacente estará menos comprometido.

Diagnóstico

Cinco chaves diagnósticas são utilizadas para prever o resultado estético peri-implante antes de remover um dente condenado (ver figura na página seguinte)³.

Posição relativa do dente.

Dentes comprometidos com margem gengival livre (MGL) de 1 mm a 2 mm mais coronal à sua posição gengival facial estão em uma posição mais favorável, enquanto dentes com a MGL posicionada idealmente ou mais apicalmente estão em uma posição menos favorável e poderiam ser beneficiados pela extrusão ortodôntica antes da extração.

Volume 11, número 4

Nesta edição

Substituição Total e Imediata de um Dente: Obtenção da Estética e Função	1
Na Prática	4
Página Periodontal	5
Página de Higiene	6
Prática Clínica	7
Atualização Colgate	9

Editor Chefe

Chester Douglass, DMD, PhD; E.U.A.
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 Estupiñan-Day, DDS, MPH
Organização Pan-Americana de Saúde;
Washington, D.C.

Joan I. Gluch, RDH; E.U.A.

Kevin Roach, BSc, DDS, FACD; Canadá

Zhen-Kang Zhang, DDS, Hon. FDS,
RCS (Edin.); China

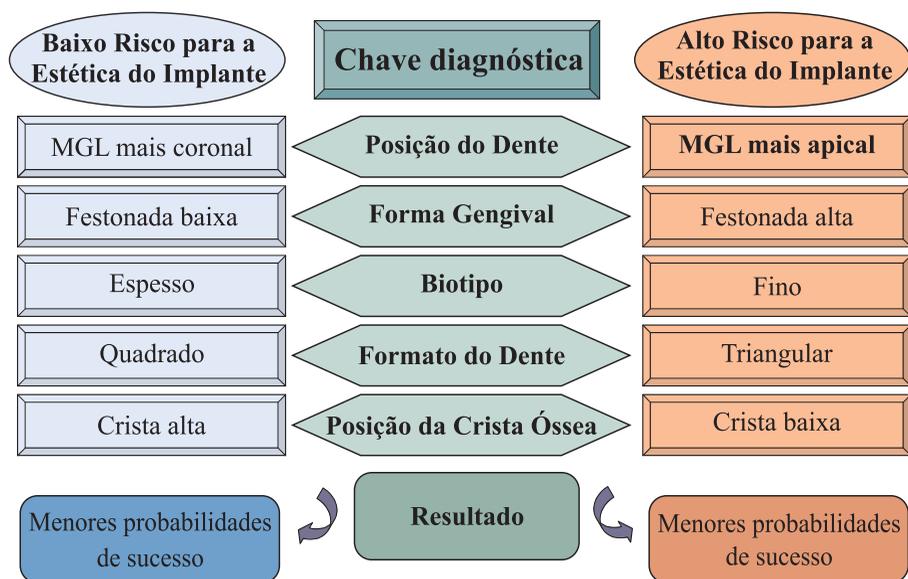
Conselho Internacional

Per Axelsson, DDS, Odont. Dr.; Suécia

Irwin Mandel, DDS; E.U.A.

Roy Page, DDS, PhD; E.U.A.

Gregory Seymour, BDS, MSc, PhD,
MRCPath; Austrália



MGL: margem gengival livre

De Kois³

Forma do Periodonto. Na arquitetura gengival normal e na arquitetura festonada alta, existe mais tecido coronal ao osso interproximalmente do que facialmente. Quanto maior essa discrepância, maior o risco para perda gengival após extração. Uma forma gengival festonada plana é, portanto, mais favorável.

Biotipo do Periodonto. O tecido mais espesso é mais resistente à recessão, enquanto o tipo mais fino é freqüentemente friável e resulta em maior risco de recessão facial e perda interproximal de tecido gengival após qualquer procedimento cirúrgico.

Formato do Dente. O formato quadrado é mais favorável porque a área de contato proximal é maior e há mais estrutura dental preenchendo a área interdental. O formato triangular cria maior risco de espaços escuros.

Posição da crista óssea. Quanto maior a distância entre a crista óssea e a MGL, maior o risco de perda de tecido após um procedimento

invasivo. Uma distância vertical da posição da crista facial e interproximal de 3 mm ou menos irá produzir os resultados mais favoráveis.

Preparação da área

A perda inevitável de tecido mole e duro após extração de um dente geralmente resulta em uma área comprometida para a estética de implantes em região anterior⁴. A colocação imediata do implante requer certas alterações no protocolo tradicional para implantação para garantir estabilidade primária sem micro-movimentos durante as fases de cicatrização inicial e osseointegração.

Para evitar complicações como recessão de tecido mole, o diâmetro da cabeça do dispositivo de fixação deve estar de acordo com a largura mesiodistal do aspecto coronal do alvéolo². Para aumentar o contato inicial osso-implante, com aumento da estabilidade e diminuição do potencial para uma interface de tecido conectivo fibroso ao redor do implante, deve-se criar uma superfície rugosa no implante através de técnicas de aplicação de jato de areia,

condicionamento ácido ou spray de plasma de titânio². A estética de um implante em região anterior é mais provavelmente alcançada na presença de uma arquitetura gengival harmoniosa, juntamente com uma relação coesiva entre gengiva e tecido ósseo subjacente. Uma vez que o tecido gengival possui memória biológica, a preservação da arquitetura óssea é uma chave para prever a posição final do tecido gengival⁴. A meta, portanto, é conservar a arquitetura óssea através de procedimentos cirúrgicos apropriados e técnicas protéticas como realização de retalho, técnica de extração e momento de colocação do implante. Como a reflexão de um retalho perióstico de espessura total compromete o suprimento sanguíneo para o osso subjacente, resultando em perda óssea marginal, pode ser vantajoso evitar a reflexão de retalhos de espessura total durante a extração dental e colocação do implante quando a parede óssea labial for mais fina e propensa à reabsorção⁴.

Extração e Substituição do Dente

No processo de extração, o sucesso na colocação do implante depende da remoção do dente sem comprometimento da área de extração. Abordagens diferentes são utilizadas para alcançar esse resultado, dependendo do cenário clínico².

Para preservar a lâmina óssea labial durante a extração, o dente deve ser removido cuidadosamente, com expansão controlada do alvéolo através de luxação mesial, distal ou rotacional. Para preservar o osso alveolar, a colocação do implante deve ser feita imediatamente após a extração do dente. No processo de implantação, um implante do tipo parafuso, com diâmetro largo, deve



ser usado para aumentar a estabilidade e maximizar o uso das paredes óssea adjacentes². A colocação imediata do implante, entretanto, é contra-indicada na presença de infecção ativa ou quando há osso insuficiente para a estabilidade inicial do implante⁴.

Seguindo a remoção do dente, o colapso da arquitetura gengival é comum e geralmente ocorre em periodonto festonado fino. Para evitar a necessidade de procedimentos dentais subseqüentes, a forma original do dente deve ser suportada por algum tipo de abutment para cicatrização ou restauração. Com esse propósito, um *waxing sleeve* ou cilindro temporário é parafusado na face de implantação e uma resina composta é colocada no alvéolo de tecido mole, que é fotopolimerizada ao adquirir formato idêntico ao original. O perfil do dente substituído é então desenvolvido, utilizando-se resina acrílica ou composta em uma matriz feita a vácuo ou utilizando-se matriz de policarbonato na cor do dente. Quando o material está polimerizado, a restauração é terminada utilizando-se brocas acrílicas e uma resina transparente, e então parafusado em posição.

Prótese

A preservação da arquitetura gengival requer a imediata reposição do dente com uma prótese fixa (réplica virtual fixa) onde resina acrílica autopolimerizante é colocada ao redor de um abutment temporário, reproduzindo o perfil gengival do dente extraído. Isso, entretanto, está contra-indicado na presença de uma oclusão desfavorável. Nessa situação, a preservação da arquitetura gengival é conseguida com a utilização de uma prótese removível com um pântico oval, reproduzindo o perfil gengival do dente condenado. A prótese deve

ser utilizada durante toda a fase de cicatrização (6 meses) e, para evitar o colapso gengival, deve ser removida por um períodos inferiores a 10 minutos para higiene bucal.

Na tentativa de minimizar as desvantagens dos dois tipos de réplicas virtuais, uma réplica de duas partes também foi criada, que consiste de um componente fixo e outro removível. O componente fixo promove suporte para a arquitetura gengival e elimina o possível efeito adverso provocado por micro-movimento. O componente removível promove estética essencial e é ajustado para minimizar o contato com o componente fixo subjacente.

Evidências a Favor de Implantes Imediatos

A estabilidade funcional a longo-prazo dos implantes imediatos foi avaliada por análise retrospectiva de 1.081 implantes em pacientes com média de idade de 42 anos (ver tabela a seguir). Embora os resultados tenham variado ligeiramente dependendo da região de implantação do dente, Wagenberg e

Ginsberg relataram índice de sucesso de 95% com a colocação imediata do implante¹.

Em conclusão, para muitos pacientes para os quais a extração dental é inevitável, a colocação de implantes na mesma sessão da remoção do dente natural é um método de tratamento viável, que reduz a necessidade de cirurgia adicional e permite que uma restauração ao mesmo tempo funcional e estética seja completada em poucos meses¹. **BN**

Referências

1. Wagenberg B, Ginsberg T. *Immediate implant placement on removal of the natural tooth: Retrospective analysis of 1,081 implants.* *Compend Cont Educ Dent* 2001;22(5):399-409.
2. Garber D, Salama M, Salama H. *Immediate total tooth replacement.* *Compend Cont Educ Dent* 2001;22(3):210-218.
3. Kois J. *Predictable single tooth peri-implant esthetics: Five diagnostic keys.* *Compend Cont Educ Dent* 2001;22(3):199-206.
4. Kan J, Rungcharassaeng K. *Site development for anterior single implant esthetics: The dentulous site.* *Compend Cont Educ Dent* 2001;22(3):221-231.

Resultados da Colocação Imediata de Implante

Total de Implantes por Localização	Número de Implantes	Porcentagem
Dispositivos de fixação colocados	1.081	
Sucessos dos dispositivos de fixação	1.027	95%
Insucessos dos dispositivos de fixação	54	5%
Implantes de anteriores	370	
Insucessos de anteriores	22	5,9%
Implantes de caninos	118	
Insucessos de caninos	4	3,4%
Implantes de pré-molares	379	
Insucessos de pré-molares	15	3,9%
Implantes de molares	214	
Insucessos de molares	13	6,1%

De Wagenberg & Ginsberg¹



NA PRÁTICA

Parecer da Conferência sobre Desenvolvimento do NIH sobre o Diagnóstico e Tratamento da Cárie Dental ao Longo da Vida

O National Institute of Health (NIH) emitiu recentemente um parecer considerando o diagnóstico e tratamento da cárie dental ao longo da vida¹. O objetivo do parecer foi oferecer aos profissionais da área de saúde, a pacientes e ao público geral uma avaliação séria dos dados atualmente disponíveis sobre questões e explicações relacionadas à cárie dental. As deliberações do comitê estão resumidas a seguir.

Melhores Métodos para Detecção de Cáries em Fase Inicial e Avançada

As modalidades diagnósticas existentes, incluindo exames visuais-tácteis, radiográficos e de estímulos elétricos, foram considerados como tendo sensibilidade e especificidade satisfatórias no diagnóstico de cáries dentais substanciais cavitadas, mas foram menos eficazes no diagnóstico de cáries não-cavitadas, cáries de superfície radicular ou cáries secundárias. O uso de qualquer modalidade diagnóstica isoladamente foi considerado de sensibilidade e especificidade insuficientes para detecção de todas as áreas em que possam existir cáries dentais. Propõe-se que o uso de testes diagnósticos múltiplos em pacientes examinados individualmente aumentaria a eficácia geral do diagnóstico da cárie. Novas modalidades diagnósticas emergentes, incluindo imagens digitais, transiluminação com fibra óptica e fluorescência por luz e por laser, embora promissoras, ainda não receberam avaliação laboratorial e clínica consistente.

Melhores Indicadores para o Risco Aumentado de Cárie Dental

Indicadores utilizados para prever cáries dentais foram sugeridos para crianças e adultos, embora o grau de importância de determinados indicadores de risco varie de acordo com a idade. Os indicadores de risco incluem a presença de *Mutans streptococci*, história progressiva de cárie, presença de cárie na mãe ou irmãos, exposição inadequada a dentifrícios com flúor, consumo e exposição a carboidratos fermentados, uso regular a longo prazo de medicações com açúcar comum, condições médicas como síndrome de Sjögren, radioterapia em cabeça e pescoço e agentes farmacológicos com efeitos colaterais que causam a xerostomia

Na população mais idosa, em particular, a retração gengival aumenta o risco de desenvolvimento de cáries radiculares. Uma interação entre agentes microbianos, genéticos, imunológicos, comportamentais e ambientais que contribuem com o risco do aparecimento de cárie, determinam a ocorrência e a gravidade da cárie dental. Consequentemente, indicadores múltiplos de avaliação são mais adequados do que um único indicador para demonstrar o risco de cárie dental.

Melhores Métodos Disponíveis para Prevenção Primária do Início da Cárie Dental ao Longo da Vida

Existem várias intervenções para prevenção primária da cárie dental em pacientes onde a evidência de risco vai de moderada a intensa. Faltam evidências para intervenções em relação à prevenção primária de cáries secundárias, assim como acontece com a prevenção primária de cáries radiculares. A mais estimuladora entre as várias intervenções preventivas

corresponde ao uso de dentifrício fluoretado, seguido pela aplicação de gel APF 1-3 vezes por ano. Outras formas de prevenção podem ser alcançadas com verniz fluoretado quando aplicado em dentes permanentes, assim como xilitol, selantes de fossas e fissuras, clorexidina usada em combinação com xilitol, fluoretos ou selantes.

Melhores Tratamentos Disponíveis para Reverter ou Paralisar a Evolução de Cáries Dentais em Fase Inicial

A paralisação ou reversão da cárie depende do diagnóstico precoce e preciso. As estratégias existentes de prevenção primária na população em geral, e estratégias preventivas demonstradas como eficazes em indivíduos de alto-risco apresentam grande probabilidade de serem eficazes na paralisação ou reversão de cáries dentais em estágio inicial se usadas de maneira apropriada (ver tabela a seguir). **PN**

Evidência de Eficácia de Intervenções para Reversão da Evolução de Cáries Dentais

Tratamento	Força da Evidência
Flúor	
na água	✓✓✓
dentifrícios	✓✓✓
vernizes	✓✓✓
enxaguatórios	✓✓
géis	✓✓
Clorexidina	
vernizes	✓✓
géis	✓✓
enxaguatórios	-
Selantes de fossas e fissuras	✓✓✓
Estratégias combinadas	✓✓✓
Modificação do comportamento	✓✓✓
Antimicrobianos-	-
Estimuladores de salivação	-
✓✓✓ eficiente; ✓✓ promissor; - ausente	

Referências

1. National Institutes of Health Consensus Development Panel. National Institutes of Health development conference statement. Diagnosis and management of dental caries throughout life. March 26-28, 2001. JADA 2001;132:1153-1161.



PÁGINA

PERIODONTAL

Uso de Antibióticos em Terapia Periodontal

O tratamento da periodontite baseia-se em quatro princípios científicos: 1) bactérias causam a doença; 2) a doença é de natureza crônica; 3) clínicos não conseguem remover toda placa e cálculo das superfícies radiculares infectadas; 4) a doença é recorrente e não tem cura¹.

Agentes químicos são utilizados na tentativa de eliminar os patógenos periodontais na microflora subgingival. Experimentos clínicos investigaram a eficácia da terapia periodontal convencional, na forma de raspagem e alisamento radicular (RAR), combinada com a administração sistêmica de antibióticos. Em geral, os resultados indicaram que a RAR combinada com administração sistêmica de antibióticos foi mais eficaz do que a RAR isoladamente em certos grupos de pacientes e em formas particulares de periodontite². Os resultados dos experimentos com tetraciclina, Augmentin®, clindamicina ou metronidazole estão resumidos a seguir.

Tetraciclina

As tetraciclina são antibióticos bacteriostáticos. A RAR em conjunto com tetraciclina, em pacientes com periodontite adulta crônica, não apresentou vantagens sobre a RAR isoladamente. Entretanto, o tratamento da periodontite juvenil localizada e periodontite adulta recorrente e refratária apresentou mais sucesso quando a RAR foi combinada com a administração de tetraciclina.

Augmentin

Augmentin é uma combinação de amoxicilina e o inibidor de β-lactamase clavulanato de potássio. Um único tratamento com Augmentin combinado com RAR demonstrou resposta favorável em um subgrupo de pacientes com periodontite refratária

Critérios Sugeridos para Seleção da Terapia Antibiótica Adjunta e Métodos para Minimizar o Desenvolvimento de Resistência Antibiótica.²



não controlados com RAR, em termos de nível de inserção clínica e profundidade de bolsa.

Clindamicina

A administração oral de clindamicina combinada com RAR demonstrou dar resultados benéficos não obtidos nos mesmos pacientes que receberam apenas RAR. Uma diminuição significativa no eritema gengival, na porcentagem de áreas com sangramento à sondagem e na porcentagem de áreas cariadas foi obtida com o uso de clindamicina em conjunto com RAR em pacientes com doença severa, susceptíveis à clindamicina e com periodontite refratária.

Metronidazole

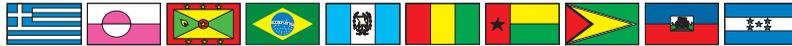
O espectro de ação desse antibiótico bactericida é limitado a bactérias anaeróbicas. Resultados mistos foram obtidos com o uso de metronidazole isoladamente no tratamento de periodontite adulta. Existe uma sugestão que o metronidazole, em conjunto com debridamento mecânico, diminua o número de dentes que requerem cirurgia periodontal ou extração. O metronidazole associado com RAR promove mais benefícios em relação à RAR isoladamente na periodontite

de evolução rápida. A antibioticoterapia combinada, consistindo de metronidazole com amoxicilina ou Augmentin, e debridamento mecânico foi bem-sucedida no tratamento da periodontite avançada, e pode ser eficaz em pacientes que não respondem às tetraciclina.

Efeitos Adversos dos Antibióticos Sistêmicos e Desenvolvimento de Resistência

O uso sistêmico de antibióticos em terapia periodontal pode ser associado potencialmente com vários efeitos adversos, e os dentistas devem consultar o DEF antes de prescrever esses agentes. Além disso, a resistência antibiótica está aumentando rapidamente em todo o mundo, desafiando a eficácia futura dessas modalidades terapêuticas no tratamento da periodontite. Conseqüentemente, a seleção de antibioticoterapia para tratamento da periodontite requer a consideração de certos critérios e implementação de métodos para minimizar o desenvolvimento da resistência antibiótica (ver figura acima).

Continua na página 8



PÁGINA

DE HIGIENE

Inter-relações Bucais e Sistêmicas: Efeitos dos Suplementos Nutricionais sobre a Condição Periodontal

A gengivite e a doença periodontal são processos inflamatórios resultantes da ação de microorganismos. Convencionalmente, essas doenças têm sido tratadas através de uma combinação de terapia no consultório e uma variedade de procedimentos realizados pelo paciente em casa¹. Através do ensino ao paciente de técnicas apropriadas de escovação e do uso do fio dental, o acúmulo de placa pode ser reduzido e a formação de cálculo evitada. Geralmente faz-se um aconselhamento sobre dieta,

ajudando a ensinar aos pacientes os efeitos nocivos do consumo de açúcar e carboidratos refinados e sua ação sobre a saúde bucal.

Mostrou-se que uma grande porcentagem de pacientes com gengivite e doença periodontal são deficientes em vitaminas essenciais para a manutenção de tecidos gengivais saudáveis². Pessoas com deficiência de vitamina C, por exemplo, geralmente apresentam doença periodontal, sangramento gengival, mobilidade dental e perda de inserção gengival³.

Num esforço para avaliar se os suplementos nutricionais podem auxiliar na melhora da saúde bucal de pacientes com essas condições, um estudo clínico randômico, duplo-cego, com 60 dias de duração foi conduzido entre 63 pacientes diagnosticados com gengivite e doença periodontal Tipo II¹. Os suplementos nutricionais foram introduzidos como adjunto ao

cuidado dental doméstico para determinar qualquer melhora quantificável na saúde dos tecidos moles. Os suplementos incluíam extratos biológicos de plantas, coenzimas selecionadas e vitaminas específicas para fortalecer a resistência do hospedeiro e nutrir os tecidos da cavidade bucal (ver tabela a seguir). O tratamento experimental consistiu de um comprimido de suplemento tomado no café da manhã, após escovação, e um segundo à noite, após o jantar e a escovação. Os parâmetros clínicos medidos foram inflamação gengival (IG), sangramento (SS), profundidade de bolsa (PB) e nível de inserção (NI).

Os resultados na avaliação aos 60 dias foram sugestivos mas não conclusivos. O IG e PB melhoraram nos indivíduos que

Continua na página 8

Funções Propostas de Vários Suplementos Nutricionais

Ingrediente Ativo	Função
Ácido Fólico (Folato)	<ul style="list-style-type: none">• Promove o desenvolvimento normal do epitélio pavimentoso estratificado saudável, liga-se a endotoxinas da placa bacteriana assim reduzindo a irritação.
Cianocobalamina (Vitamina B12)	<ul style="list-style-type: none">• Ajuda pacientes com anemia e demonstra evitar níveis elevados de monocisteína, sabidamente um fator na aterosclerose.
Ácido Ascórbico (Vitamina C)	<ul style="list-style-type: none">• É um antioxidante intracelular e intercelular aquoso que opera em sinergia com bioflavonóides e Vitamina E para evitar a oxidação das células do corpo.
Echinacea Angustifolia (Purple Cone Flower)	<ul style="list-style-type: none">• Pode estimular a imunidade celular e inibir a liberação de hialuronidase bacteriana. Este fator é o que permite que as bactérias se disseminem mais profundamente no sulco gengival.
Semente de vitis vinífera (uva)	<ul style="list-style-type: none">• Contém proantocianidinas, que se ligam a proteínas ricas em prolina nas membranas bacterianas impedindo-as de formar agregados que participam do início da doença periodontal.• Inibe a colagenase e protease sérica secretadas por bactérias, e desativa radicais livres de oxigênio que levam à destruição do periodonto.
Ubiquinona (Coenzima Q10)	<ul style="list-style-type: none">• Intensifica a produção de energia proveniente da adenosina trifosfato (ATP) na gengiva para promover a saúde.
Extrato de Piper Nigrum (pimenta preta)	<ul style="list-style-type: none">• Intensifica a absorção e biodisponibilidade de todos os outros ingredientes.



PRÁTICA

C L Í N I C A

Líquen Plano Bucal

O líquen plano bucal (LPB) é uma doença auto-imune crônica que afeta a mucosa oral. Embora não se saiba quantos indivíduos são acometidos, o LPB é mais comum em mulheres e adultos com mais de 40 anos de idade¹. A doença tende a se agravar com a idade e as remissões são raras. Embora o LPB tenha sido associado a estresse e hepatite C, a causa permanece desconhecida.

O LPB manifesta-se como lesões mucosas que variam em morfologia e gravidade. Três tipos diferentes da doença são reconhecidos: reticular, atrófico e erosivo. O LPB reticular é a forma menos severa da doença e envolve lesões queratóticas estriadas. Em pacientes com LPB atrófico, as lesões são vermelhas e inflamadas, enquanto ulcerações superficiais são típicas do LPB erosivo. Como forma mais severa da doença, o LPB erosivo pode causar dor considerável, interferir com a ingestão de alimentos e alterar a qualidade de vida.

Tratamento

Atualmente não existe cura para o LPB; o tratamento padrão com corticosteróides tópicos e sistêmicos tem por objetivo aliviar os sintomas. Pacientes com LPB devem ser acompanhados de perto devido aos possíveis efeitos colaterais do tratamento. É controversa a idéia de que pacientes com LPB apresentam risco aumentado de desenvolvimento de carcinoma de células escamosas.

Um estudo recente avaliou a resposta ao tratamento de 229 pacientes com LPB de gravidade variada¹. Os pacientes foram acompanhados por quatro anos e todos apresentavam lesões bucais. Os tratamentos incluíram corticosteróides tópicos, sistêmicos e azatioprina. Os tratamentos tópicos incluíram formulações de fluocinonida 0,05% (Lidex) ou clobetasol (Temovate), aplicadas uma a quatro vezes por dia. Ambos os

tratamentos estavam disponíveis em gel ou pomada, com a pomada misturada com pasta Orabase® em partes iguais.

Dependendo da gravidade dos sintomas, os pacientes recebiam apenas corticosteróides tópicos ou esses em combinação com curto tratamento (uma semana) com 40 a 80 mg de prednisona diariamente. Pacientes com LPB muito grave ou refratário receberam também 50 a 100 mg diariamente da droga imunossupressora azatioprina (Imuran). Alguns pacientes não receberam nenhum tratamento.

Resposta ao Tratamento

O estudo verificou que após uma ou duas semanas todos os tratamentos foram eficazes na redução dos sintomas, cicatrizando úlceras e reduzindo a inflamação. Para alguns pacientes, o controle adequado foi conseguido após tratamento de curta duração com prednisona, enquanto outros necessitaram de aplicação tópica regular de corticosteróides.

A melhora a longo prazo também foi evidente (ver figura a seguir). Dos 163 pacientes para os quais os dados de acompanhamento estavam disponíveis, remissão completa foi observada em 5% dos pacientes, 5%

não apresentavam evidência clínica da doença (mas os pacientes ocasionalmente usavam esteróides tópicos), 25% melhoraram para um tipo de LPB menos severo e 52% apresentavam o mesmo tipo presente no diagnóstico inicial. Entretanto, 13% dos pacientes evoluíram para uma forma mais severa da doença. Dos 229 pacientes do estudo, quatro desenvolveram carcinoma bucal de células escamosas, e em todos esses o carcinoma desenvolveu-se na área das lesões do LPB.

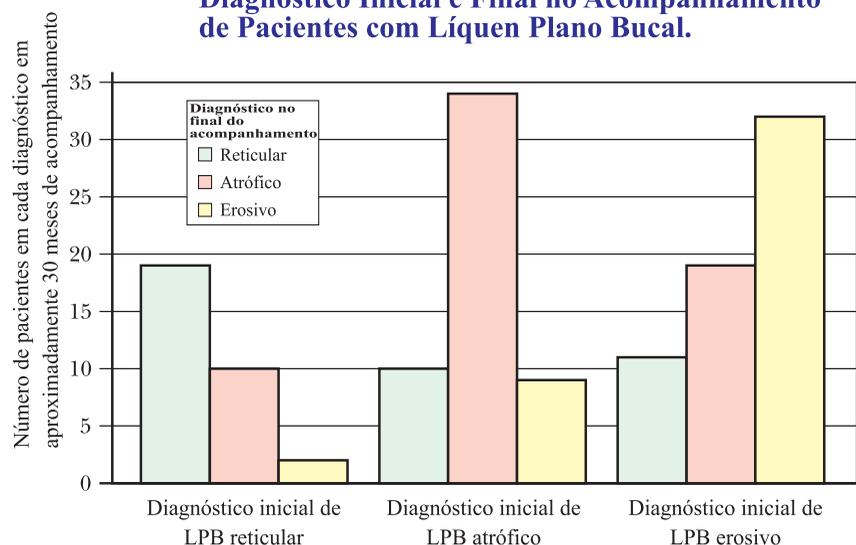
Efeitos Colaterais

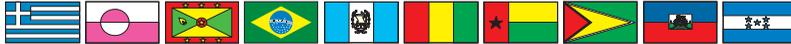
Os efeitos colaterais relatados no estudo incluíram insônia, oscilações de humor e retenção de fluidos. Entretanto, esses efeitos colaterais ocorreram apenas em pacientes recebendo terapia sistêmica. Alguns pacientes recebendo apenas terapia tópica desenvolveram candidíase oral, mas essa foi facilmente tratada com agentes antifúngicos sistêmicos ou tópicos. **IN**

Referências

1. Chainani-Wu N, Silverman S, Lozada-Nur F, Mayer P, Watson J. *Oral lichen planus*. JADA 2001;132:901-909.

Diagnóstico Inicial e Final no Acompanhamento de Pacientes com Líquen Plano Bucal.





Editor chefe Chester Douglass, DMD, PhD; E.U.A.

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

© 2001 Colgate-Palmolive Company. Todos os direitos reservados.

O 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 para:



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.

EXPEDIENTE

Informativo publicado pelo departamento de Relações Profissionais da Colgate Palmolive R. Rio Grande, 752-V. Mariana São Paulo/SP- CEP 04018-002. Coordenação: Regina Antunes. Jornalista responsável: Maristela Harada - Mtb. 28.082. Produção: Cadaris comunicação e-mail: cadariscom@uol.com.br. Fotolito e impressão: Typelaser. Tiragem: 25 mil exemplares. Distribuição gratuita. Proibida reprodução total ou parcial sem prévia autorização.

Continuação da Página Periodontal (p.5)

Aplicação Local de Antimicrobianos

Dado o sucesso variado do tratamento antibiótico para periodontite, juntamente com as preocupações com relação à resistência antibiótica, a liberação local de antimicrobianos oferece uma nova estratégia no tratamento da periodontite adulta para certos subgrupos de pacientes que não respondem favoravelmente à terapia convencional isoladamente. A aplicação local de antibióticos oferece as vantagens de acesso direto ao sítio da periodontite, um nível terapêutico acima da concentração inibitória mínima e uma captação mínima da droga pela circulação sistêmica, o que reduz os efeitos colaterais e interações da droga¹. A fibra de tetraciclina (Actisite®), chip de clorexidina (PerioChip®), gel de doxiciclina (Atridox®) e minociclina microencapsulada (Arestin®)³ são produtos de aplicação local disponíveis nos Estados Unidos, que têm demonstrado eficácia no tratamento da periodontite quando combinados com RAR, comparados à RAR isoladamente¹.

Para concluir, os antibióticos são úteis no tratamento da periodontite. Não há entretanto um antibiótico único aplicável para o tratamento de todos os pacientes com periodontite e nem para todas as formas da doença. **PN**

Referências

1. Killooy W. *Local delivery of antimicrobials: A new era in the treatment of adult periodontitis.* *Compend Cont Educ Dent* 2001;20(4):13-18.
2. Walker C. *The supplemental use of antibiotics in periodontal therapy.* *Compend Cont Educ Dent* 2001;20(4):4-12.
3. Williams R. et al. *Locally delivered microencapsulated minocycline (MPTs) in the treatment of moderate adult periodontitis.* *J Dent Res* 2001;80:221.

Continuação da Página de Higiene (p.6)

receberam suplementos nutricionais. Uma comparação do SS entre os dois grupos de tratamento indicou uma melhora de 21% para o grupo sob suplementos nutricionais, e melhora de 14% para o grupo placebo. Nenhum paciente, de nenhum dos dois grupos, demonstrou alteração no NI durante o estudo de 2 meses.

Alterações no grupo placebo indicaram ligeira redução no IG, SS e PB. Essas melhoras podem, talvez, ser atribuídas ao aumento de atenção ao cuidado bucal pelos indivíduos, sabendo de seu envolvimento em um estudo clínico com exames dentais (o que se chama de *efeito Hawthorne*).

A introdução de suplementos nutricionais pode oferecer a pacientes com doença periodontal uma terapia adjunta que melhora sua condição bucal, ao mesmo tempo inibindo irritantes biológicos como bactérias e endotoxinas associadas com gengivite e periodontite. Entretanto, embora os resultados desse estudo sugiram que melhoras estatisticamente significantes no IG, SS e PB tenham acompanhado a administração dos suplementos nutricionais, esses efeitos foram pequenos (*e.g.*, 0,39 mm na profundidade de bolsa). Estudos adicionais são necessários para avaliar o efeito do controle de placa assim como raspagem e alisamento radicular em conjunto com o uso de suplementos nutricionais para que se possa determinar seu efeito, a longo prazo, sobre os tecidos gengivais. **PN**

Referências

1. Munoz C, Kiger R, Stephens J, Kim J, Wilson A. *Effects of a nutritional supplement on periodontal status.* *Compend Cont Educ Dent* 2001;22(5):425-438.
2. Lee MM, Jewson LG, Jaynes SH. *Diet and prevention of periodontitis.* *Clin Prev Dent* 1985;7(1):11-13.
3. Leggott PJ, Robertson PB, Jacob RA, et al. *Effects of ascorbic acid depletion and supplementation on periodontal health and subgingival microflora in humans.* *J Dent Res* 1991;70(12):1531-1536.

Melhorando a Formação Odontológica nos Estados Unidos Chester W. Douglass, DMD, PhD

Aos alunos de odontologia de hoje estão sendo ensinados procedimentos preventivos, diagnósticos e restauradores que irão atender às necessidades bucais dos pacientes de amanhã?

Vários relatos importantes apareceram recentemente sobre a situação da odontologia nos Estados Unidos. O U.S. Surgeon General's Report on Oral Health, o ADA Future of Dentistry Report e diversos relatos da American Dental Education Association documentaram alterações evidentes e substanciais nas necessidades dos pacientes, materiais odontológicos, técnicas de controle de doenças e questões financeiras relacionadas com a prática da odontologia. Agora, muitas escolas de odontologia nos Estados Unidos estão sentindo pressão por realizar mudanças.

Questões críticas no ensino da odontologia incluem:

- 1) preocupações de que o currículo esteja treinando alunos de odontologia em tipos ultrapassados de tratamento odontológico;
- 2) preocupações de que a formação odontológica seja baseada numa série de cursos e experiências clínicas rígidas e com passos imutáveis;
- 3) preocupações de que haja uma falta de professores de nível ameaçando a qualidade da formação odontológica.

Alterações nos materiais dentários, nas tecnologias de substituição de dentes e nas demandas do paciente por uma odontologia estética contribuíram com a mudança da natureza da prática odontológica no século XXI. O aumento na confecção de próteses fixas, de implantes dentais, de endodontia de molares e de ortodontia para adultos mudou a prática geral da odontologia no século XX, anteriormente dominado pela dentística operatória, pelas extrações e pelas próteses totais e parciais removíveis. Entretanto, muitas escolas de odontologia estão relatando dificuldades em encontrar pacientes em números suficientes e casos operatórios avançados para atender às demandas da nova dinâmica no treinamento odontológico contemporâneo.

Numa edição recente do *Journal of Dental Education*¹, o Dr. Charles Bertolami, diretor da School of Dentistry na University of California em São Francisco, desafiou professores de odontologia com duas questões e propostas relacionadas ao conteúdo e a forma da educação odontológica.

Primeiro: Deveria haver uma modificação nos tipos de serviços que constituem a prática da clínica geral e, em caso afirmativo, quais serviços deveriam

ser encaminhados às várias especialidades? Alguns dos serviços para os quais os dentistas clínicos-gerais são treinados atualmente seriam descontinuados no currículo de graduação e transferidos para cursos de especialização. Por exemplo, como a demanda é alta, casos de ortodontia não complicados poderiam ser oferecidos por clínicos gerais, assim como procedimentos básicos de implantodontia; próteses totais poderiam ser transferidas exclusivamente

A obtenção do grau de Cirurgião Dentista seria finalmente alcançada perante a demonstração do conhecimento científico, de habilidades para tratar o paciente e de competência clínica necessária para a prática geral da odontologia.

para a especialidade de prótese.

Segundo: O currículo de odontologia deveria ter sincronicidade? Ou seja, os cursos, exercícios de laboratório e experiências clínicas necessitam ser concluídos exatamente no mesmo período de tempo e feitos na mesma ordem por todos os alunos? A duração de um curso de odontologia poderia ser de 3 a 4 anos para a maioria dos alunos, mas talvez de 5 ou mais para outros - de maneira similar à que muitos alunos estendem sua formação na faculdade. A obtenção do grau de Cirurgião Dentista seria finalmente alcançada perante a demonstração do conhecimento científico, de habilidades para tratar o paciente e de competência clínica necessária para a prática geral da odontologia. O currículo seria mais flexível, em vez de uma seqüência rígida de passos.

O que você acha da sua formação como dentista ou higienista dental? Os editores do *Oral Care Report* estão interessados em conhecer suas idéias para melhorar o ensino da odontologia. Por favor compartilhe suas experiências conosco e envie-nos sugestões que possam contribuir para tornar a formação do cirurgião dentista mais eficiente, mais apropriada ou simplesmente uma experiência mais agradável para a próxima geração de dentistas. Escreva para OralCareReport@hms.harvard.edu.

Referências

1. Bertolami CN. *Rationalizing the dental curriculum in light of current disease prevalence and patient demand for treatment: Form vs. content.* *J Dent Educ* 2001;65(8): 725-735.