



## Mensagem

Onaldo Aguiar  
**Presidente** do IV ENNEC

Caros Colegas

Quisera que todo Cirurgião Bucomaxilofacial pudesse ter a satisfação de após 35 anos de cirurgia, acompanhar a trajetória brasileira, desde os nossos grandes mestres que fiseram um forte alicerce, até nossos jovens cirurgiões que estão consolidando com competência esta especialidade.

Com certeza o Norte Nordeste já se equipara aos padrões de qualidades dos demais centros do Brasil.

Nosso ENNEC é uma realidade, e este da Bahia além de assegurar o padrão dos anteriores, esta se empenhando em potencializar ainda mais este encontro, contando com o inestimável apoio dos outros Estados que já realizaram este evento. Esperamos vocês Colegas, para este encontro científico, certos do enriquecimento profissional e pessoal oportunizados por este centro.

Bahia, Terra da Felicidade!

Até Breve.

Onaldo Aguiar  
Presidente do IV ENNEC



## **Comissão Organizadora**

- Presidente: Onaldo Aguir
- Coordenador: Roberto de Almeida Azevedo
- Coordenador do Capítulo V: Carlos Elias de Freitas
- Comissão Científica: André Carlos Freitas  
Bráulio Carneiro  
Fernando Bastos Pereira Jr.
- Comissão Administrativa: José Rodrigo Mega Rocha  
Marcos André Oliveira  
Weber Céio Cavalcante
- Comissão Financeira: Roberto de Almeida  
João Macedo Sobrinho
- Comissão Promocional: André Rossi Ferreira  
Eduardo Azoubel
- Comissão Social: Eugênio Arcadinos Leite



## **Comissão Científica**

1. Francisco Assis (CE)
2. Fernando Bastos Pereira (BA)
3. Jocó Garcez Filho (SE)
4. Carlos Lago (PE)
5. Onaldo Aguiar (BA)
6. Hiam Vasconcelos (PA)

**Programação****17 de setembro de 2004**

	SALA 1	SALA 2
09:00	Reunião de professores de CTBMF	
	<b>Simpósio de Trauma Fraturas Zigomático-orbitárias</b>	<b>Fórum Científico</b>
10:00	Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos (PE)	1
10:20	Walter Leal de Moura (PI)	2
10:40	Roberto Dias Rego (CE)	3
11:00	Adriano Rocha Germano (RN)	4
11:20	Discussão	5
11:40	Consenso N/NE	6
12:00	Intervalo para almoço	
	<b>Simpósio de Implante Carga Imediata</b>	<b>Fórum Científico</b>
14:00	Elder Guimarães Bastos (MA)	1
14:20	Rodrigo Nunes Tavares (CE)	2
14:40	André Carlos Freitas (BA)	3
15:00	Marco Aurélio de Medeiros (RN)	4
15:20	Discussão	5
15:40	Consenso N/NE	6
16:00	Coffee-break	

## Programação

### 17 de setembro de 2004

	SALA 1	SALA 2
	Conferências	Fórum Científico
16:30	Cirurgia Ortognática da Maxila José Rodrigues Laureano Filho (PE)	1
16:55	Opções de Tratamento do Telecanto Traumático Carlos Elias de Freitas (BA)	2
17:20	Reconstrução Orbitária Luis Raimundo Serra Rabelo (MA)	3
17:45	Tratamento de Fraturas do Frontal e Teto Orbitário Talvane Sobreira (PB)	4
18:10	Inter-relação ortodôntico-cirúrgica para correção de problemas oclusais Luiz Carlos Ferreira da Silva (SE)	
18:30	Encerramento das Atividades	
21:00	Solenidade Oficial de Abertura	

### 18 de setembro de 2004

	SALA 1	SALA 2
	Curso Internacional	Fórum Científico
		1
		2
10:00	Cirurgia Ortognática e Micro-cirurgia Reconstructiva Maxilo-Facial	3
		4
	Prof. Dr. Gerson Mast University Hospital of Munich (Alemanha)	5
		6
12:00	Intervalo para almoço	

## Programação

18 de setembro de 2004		
	SALA 1	SALA 2
		Fórum Científico
		1
		2
14:00	Curso Internacional	3
		4
		5
		6
16:00	Coffee-break	
		Fórum Científico
		1
		2
16:30	Curso Internacional	3
		4
		5
		6
18:30	Encerramento das Atividades	



## RESUMO PAINÉIS

---

**P1**

### **FRATURA ATÍPICA DE MAXILA CAUSADA POR ARMA BRANCA – RELATO DE CASO E CONDOTA CIRÚRGICA**

*Walter Leal de Moura*

*Edgar Geraldo de Alencar Bona Miranda*

*Juscelino da Silva Lopes*

*Julio Cesar de Paulo Cravinhos*

Arma em sentido genérico é todo objeto ou utensílio capaz de lesionar ou matar, qualquer que seja sua forma ou destinação. O que caracteriza a arma é a potencialidade ofensiva e a circunstância de haver sido especialmente fabricada para o fim de servir de instrumento de ataque ou defesa. Inúmeros são os objetos que possuem potencialidade ofensiva, podendo ser utilizados como arma, sem necessariamente sê-los. Nas armas brancas, apenas os punhais e adagas possuem essa característica ofensiva, as facas e canivetes devem ser considerados a princípio, como instrumento útil e necessário, uma ferramenta. Com o aumento da violência nos grandes centros urbanos, é cada vez mais comum o cirurgião buco-maxilo-facial se deparar em sua rotina de atendimento de urgência com lesões na face advindas de armas de fogo ou de armas brancas. A finalidade deste trabalho é mostrar um caso clínico de uma fratura de maxila atípica causada por arma branca, bem como o tratamento dado aos tecidos moles injuriados e o método de fixação utilizado.

**P2**

### **VESTIBULOPLASTIA ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DE PLACAS DE ACRÍLICO E PARAFUSOS DE FIXAÇÃO: CASO CLÍNICO**

*AGUIAR, Elton*

*AZUBEL, Eduardo*

*AGUIAR, Onaldo*

*PORTO, Camila*

O sucesso das próteses totais depende diretamente da qualidade dos tecidos adjacentes e inúmeros pacientes apresentam extensas perdas ósseas e até ausência do processo alveolar. Nestes casos, os sulcos vestibulares se tornam rasos e com nítidas interferências dos músculos que se inserem na referida área, sendo de grande valia a correção cirúrgica para a perfeita adaptação da prótese. A vestibuloplastia permite o aprofundamento do fundo de sulco gengivolabial com o conseqüente aumento do véstíbulo, possibilitando ainda uma melhor retenção e estabilidade dos aparelhos protéticos a serem futuramente instalados para reabilitação do paciente. A cirurgia dispõe de um certo número de técnicas e modificações, cujas indicações podem variar segundo as particularidades do caso a ser solucionado. Este trabalho propõe-se a descrever uma técnica usada para aprofundamento de sulco vestibular através da utilização de placas de acrílico e parafusos de fixação.

**P3****ABORDAGEM CIRÚRGICA DA TÉCNICA DE CRICOTIREOTOMIA***LIMA, Rafael Guimarães**CARNEIRO JR., Bráulio**FERNANDES, Atson Carlos de Souza**FRAGA, Taís de Lima*

A cricotireotomia é uma conduta de urgência que fornece um acesso rápido e direto à traquéia, sendo ela, uma das últimas alternativas de que se pode lançar mão para salvar a vida da pessoa. Pode ser utilizada com qualquer instrumento perfurante disponível. É usada nos casos de obstrução total ou quase total das vias aéreas superiores, por corpo estranho por exemplo, visando manter uma oxigenação adequada no tratamento da insuficiência respiratória. O trabalho coloca em ordem a prioridade e a seqüência das medidas a serem tomadas para que a intervenção seja feita sem dificuldades no momento de maior estresse. Além disso, há uma revisão dos conhecimentos anatômicos ali encontrado e uma comparação na eficiência da ventilação em quatro diferentes manobras da cricotireotomia.

**P4****CISTO ODONTOGÊNICO CALCIFICANTE***PAIM, Jorge Marcelo de Aquino**NASCIMENTO JR, Edmundo Marques do**RIBEIRO, Luciano Schaefer**PRADO, Roberto*

F.C.O., 25 anos, feminino, leucoderma, procurou o Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ em maio de 2004 queixando-se de "rosto inchado" (SIC). Ao exame clínico, observou-se aumento de volume em região paranasal direita, elevação da asa do nariz, apagamento do sulco nasolabial, pele íntegra, de coloração normal, e assintomática. O exame intra-oral revelou aumento de volume em fundo de vestíbulo maxilar à direita, com mucosa de recobrimento de textura e coloração normais. O elemento 13 não se encontrava no arco. Os exames radiográficos e tomográfico revelaram lesão osteolítica bem delimitada, encapsulada, de aproximadamente 4 cm, com material radiodenso próximo a coroa do elemento 13 incluso, estendendo-se por toda a maxila direita. Sugerido o diagnóstico de Cisto Odontogênico Calcificante, o tratamento proposto foi a enucleação da lesão sob anestesia geral, pelo acesso cirúrgico de Weber-Fergusson. O exame histopatológico confirmou diagnóstico de Cisto Odontogênico Calcificante, em sua variante cística. A paciente encontra-se atualmente em acompanhamento, com boa evolução até o presente momento.

**P5****CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO: RELATO DE CASO***RIBEIRO, Luciano Schaefer**NASCIMENTO JR, Edmundo Marques do**PAIM, Jorge Marcelo de Aquino**MEDEIROS, Paulo José*

C.F.M., 10 anos, feminino, leucoderma, compareceu ao Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ em março de 2003 relatando "inchaço no rosto desde janeiro" (SIC). Ao exame clínico, constatou-se aumento de volume endurecido à palpação, localizado em região de corpo man-



---

dibular à direita. Ao exame intra-oral, observou-se apagamento do fundo de vestibulo em região de pré-molares à direita, bem como discreta mobilidade desses dentes. O exame radiográfico mostrou uma lesão radiolúcida unilocular bem delimitada, estendendo-se do primeiro molar ao canino inferior direitos. Foi realizada punção aspirativa intra-oral, demonstrando sangue vermelho vivo, o que sugeriu lesão vascular. Proce-  
deu-se com uma biópsia incisional, na qual observou-se, macroscopicamente, material de aspecto esponjo-  
so, hemorrágico e friável. O diagnóstico histopatológico foi de Cisto Ósseo Aneurismático. A lesão foi enucleada  
por acesso intra-oral e o pós-operatório não apresentou intercorrências. A paciente encontra-se em acompa-  
nhamento clínico e radiográfico, sem sinais de recidiva até o presente momento.

---

**P6****SÍNDROME DE GORLIN-GOLTZ: RELATO DE TRÊS CASOS EM FAMÍLIA***CASTRO E SILVA, Lucas Martins**CAVALCANTE, Roberta**MAIA, Renato Luiz*

A síndrome de Gorlin-Goltz é uma doença hereditária autossômica dominante. As características são múlti-  
plos ceratocistos odontogênicos, nevos pigmentados, carcinomas basocelulares, metacarpos encurtados,  
prognatismo mandibular, hipertelorismo e dismorfogênese facial. O objetivo deste trabalho é relatar os  
casos de três pacientes, cuja principal manifestação da síndrome foram ceratocistos odontogênicos . A mãe,  
M. A. M., 47 anos, apresentou-se com queixa de secreção purulenta na mandíbula e maxila. Ao exame clínico  
observou-se hipertelorismo, prognatismo mandibular e nevos pigmentados na pele. O exame radiográfico  
revelou lesões radiolúcidas, sendo duas localizadas na mandíbula e uma em região posterior da maxila. O  
diagnóstico de síndrome de Gorlin-Goltz foi estabelecido, sendo solicitada avaliação familiar, constatando-se  
em duas filhas. A primeira, R. S. M., 15 anos, apresentava dois ceratocistos, sendo uma em cada mandíbula.  
Na segunda filha, I.S.M., 12 anos, foram identificados três ceratocistos, sendo um na maxila e dois na man-  
díbula. As pacientes foram tratadas cirurgicamente para remoção dos ceratocistos odontogênicos.

---

**P7****LIGA DO TRAUMA BUCO-MAXILO-FACIAL: UMA NOVA ABORDAGEM DE ENSINO E PRÁTICA***CASTRO E SILVA, Lucas Martins**MAIA, Renato Luiz*

**INTRODUÇÃO:** A Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial é a especialidade da Odontologia que tem  
papel crucial no diagnóstico e o tratamento cirúrgico e coadjuvante das vítimas de trauma. **OBJETIVO:** Pro-  
porcionar ao acadêmico de Odontologia uma vivência mais efetiva da prática em Cirurgia e Traumatologia  
Buco-Maxilo-Facial a fim de que seus conhecimentos acerca do tema sejam solidificados. **METODOLOGIA:**  
Elaboração de Estágio no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Instituto Dr. José Frota,  
além da organização de cursos e aulas da capacitação para os integrantes da liga e para os acadêmicos de  
Odontologia em geral. **RESULTADOS:** Ao final dos 6 meses os estagiários estarão aptos a ajudar de maneira  
eficaz no atendimento ao paciente politraumatizado, baseados na vivência e na capacitação que obtiveram  
durante o estágio. **CONCLUSÃO:** A Liga do Trauma Buco-Maxilo-Facial é uma inovação no curso de Odontolo-  
gia e está possibilitando de maneira eficaz a formação de profissionais cirurgiões-dentistas mais qualificados  
e mais preparados para freqüentar os serviços de emergência.

**P8****TRATAMENTO DE LUXAÇÃO PROLONGADA DE ATM: RELATO DE CASO.**

*Adriano Freitas de ASSIS*  
*Elis Cristina Souza SERRA*  
*Mário Francisco Real GABRIELLI*  
*Valfrido Antonio PEREIRA FILHO*

A luxação da articulação temporomandibular (ATM) é causada pelo deslocamento do côndilo anteriormente à eminência articular, podendo ser uni ou bilateral. Os principais achados clínicos consistem em alteração da oclusão dentária, dor na região da articulação afetada e limitação dos movimentos mandibulares. O diagnóstico é clínico e pode ser confirmado por exames de imagem. A luxação prolongada da ATM é incomum, já que o incômodo e a deformidade criada fazem com que o paciente procure tratamento o mais rapidamente. Eventualmente, existem situações em que o tratamento é postergado pelo fato dos cuidados serem dirigidos para algum problema mais urgente, o estado mental do paciente o levar a uma aceitação passiva da condição ou no caso de falha no diagnóstico. O tratamento pode variar de uma redução manual em ambiente ambulatorial a uma exploração cirúrgica da ATM sob anestesia geral. Os autores se propõem a demonstrar um caso clínico de luxação bilateral de ATM com 8 meses de duração, dando ênfase ao diagnóstico e tratamento.

**P9****FIXAÇÃO DE FRATURAS ZIGOMÁTICO-ORBITÁRIAS COM PARAFUSO INTERFRAGMENTARIO**

*Jean de Pinho Mendes*  
*Jamyra Ferreira Gois*  
*Daniel de Sousa Lima*  
*Danylo Luis*

As fraturas do complexo zigomático-orbitario estão entre as mais comuns na região bucomaxilofacial. Estas fraturas são bem conhecidas sendo classificadas através de radiografias de acordo com o deslocamento (Knight e North, 1961). O tratamento dessas fraturas varia desde redução fechada sem fixação até redução aberta com fixação por meio de miniplacas e parafusos e ou parafusos interfragmentarios. Nosso trabalho visa apresentar a utilização dos parafusos interfragmentarios na fixação de fraturas do complexo zigomático-orbitario. É uma técnica mais simples de ser executada, bem como apresenta um custo financeiro menor, vantagem substancial em uma região carente como a nossa. O acesso utilizado é o supraciliar ou palpebral superior, com fixação da sutura frontozigomatica.

**P10****CONDROMATOSE SINOVIAL**

*COPPINI, Felipe de Oliveira e Lemos*  
*SOARES, Marcelo Melo*  
*CORRÊA, Cristian Alexandre*

A condromatose sinovial é uma condição benigna rara que atinge articulações. Trata-se de uma artropatia não-neoplásica caracterizada pelo desenvolvimento de nódulos cartilagosos metaplásicos dentro da membrana sinovial. Também chamada condrometaplasia, esta afecção é mais encontrada em mulheres, que podem apresentar tumefação periarticular, dor, limitação nos movimentos articulares e crepitação. Ao exame radiográfico podem ser observadas estruturas radiopacas arredondadas ("corpos soltos") na região, assim como variações na superfície e nos espaços da articulação envolvida. A tomografia computadorizada e a

---

ressonância magnética são os exames de imagem mais indicados. Este trabalho consiste em um caso clínico de condromatose sinovial em ATM tratado cirurgicamente com acesso pré-auricular para remoção da cápsula articular juntamente com os nódulos cartilagosos. Foi realizada discopexia com dispositivo do tipo âncora. O diagnóstico foi concluído de acordo com a análise histopatológica, dados clínicos e imaginológicos e a paciente evoluiu sem dor, abertura bucal de 42mm e ausência de crepitações nos 18 meses pós-operatórios.

---

**P11****ANGINA DE LUDWIG**

*COPPINI, Felipe de Oliveira e Lemos*  
*FREITAS, Ronaldo Rodrigues*  
*RAPOSO, Amanda Silveira*  
*NOGUEIRA, Gustavo Rocha*  
*QUEIROZ, Eliane dos Anjos*

**A** Angina de Ludwig é uma infecção grave, de origem odontogênica e que se espalha rapidamente pelo assoalho bucal, atingindo região sublingual e submandibular, podendo atingir a espaço retrofaringeano e evoluir rapidamente pelo mediastino, levando a conseqüências mais graves. Devido ao aumento de volume, a angina de Ludwig pode causar alargamento e protrusão da língua, dor e restrição no movimento do pescoço, obstrução das vias aéreas, dificuldade na deglutição, fonação e sialorréia. Classicamente a lesão se estende para os dois lados e não estão presentes coleções óbvias de pus. O tratamento desta afecção consiste na manutenção das vias aéreas, drenagem, eliminação do foco infeccioso e terapêutico medicamentosa com emprego de antibióticos em altas doses. A proposta dos autores é apresentar um caso clínico e o tratamento de uma Angina de Ludwig, realizando uma breve discussão a respeito dessa doença.

---

**P12****TRATAMENTO DAS FRATURAS DENTO-ALVEOLARES**

*BABADOPULOS, Carlos Nicolau*  
*SEIXAS, Leonardo Nascimento*  
*Santos, Eliardo Silveira*

**As** fraturas dento-alveolares estão freqüentemente associados aos traumas dos maxilares. Desta forma o cirurgião – dentista, durante primeiro atendimento destes traumatismos, deve estar preparado para utilizar, dentre as muitas técnicas, a mais indicada para a contenção das fraturas dento - alveolares. A utilização da técnica correta irá repercutir diretamente sobre a preservação dos dentes lesados. Neste trabalho será exposto a epidemiologia, características que predispõem ao trauma, técnicas de fixação e imobilização, período de cicatrização e materiais alternativos para imobilização destas fraturas, apresentando alguns casos de pacientes atendidos no Instituto José Frota/CE e Hospital Geral de Fortaleza/CE.

---

**P13****TERCEIRO MOLAR AVULSIONADO PARA REGIÃO DE MUCOSA JUGAL**

*CARVALHO, Ravy*  
*AZUBEL, Eduardo*  
*AZUBEL, Maria Cecília*

**Devido** a sua localização e relação íntima com diversas estruturas anatômicas, os terceiros molares superiores podem ser acidentalmente deslocados na tentativa de uma avulsão. A exemplo dessas situações estão os

---

deslocamentos de unidades dentárias para regiões como os seios maxilares e espaços de tecido mole. Os terceiros molares superiores impactados, são unidades que estão sujeitas ao deslocamento para espaços de tecido mole devido principalmente à forças excessivas das alavancas em sentido apical e posterior, deslocando essa unidade principalmente para o espaço da fossa intratemporal. O tratamento cirúrgico deste tipo de complicação apesar de simples, torna-se bastante complexo pela dificuldade em se localizar a unidade deslocada. Apresentamos neste caso uma tentativa de avulsão de um terceiro molar superior, com deslocamento do mesmo para mucosa jugal.

---

**P14****CISTO RADICULAR – RELATO DE CASO CLÍNICO***BASTOS, Luciana**MACEDO, Margareth**AZEVEDO, Roberto*

As lesões inflamatórias apicais resultam da presença de bactérias ou dos seus produtos tóxicos no canal radicular, nos tecidos apicais, ou em ambos. Os restos epiteliais do ápice de um dente não vital podem ser estimulados pela inflamação para formar um cisto verdadeiro revestido por epitélio. O cisto radicular é caracterizado por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso revestida por epitélio, com um lúmen contendo líquido e restos celulares. A maioria dos cistos radiculares cresce lentamente e podem atingir grandes tamanhos. Este trabalho refere-se a um relato de caso de um cisto radicular em um paciente de 53 anos, do sexo masculino. O cisto encontrara-se na cavidade oral, em arco superior, há 6 meses, com sintomatologia dolorosa, de tamanho relativamente grande, envolvendo as unidades: 1.3; 1.2; 1.1; 2.1; 2.2; 2.3. A importância deste cisto é que o mesmo ocasionou rompimento da cortical palatina, fusionando-se com tecidos moles adjacentes. Apesar do abaulamento por palato, o acesso foi por vestibular para visualização dos ápices radiculares das unidades envolvidas. O paciente encontra-se em acompanhamento e até o presente momento não apresentou recidiva.

---

**P15****MORDIDA DE CÃO EM FACE: RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS***SEIXAS, Alexandre M**FRAGA, Taís de Lima**CASTRO, Ana Flora Sena**BRITO, Lilibeth F**FREITAS, André Carlos de*

A mordida animal tem sido uma lesão descrita amplamente na literatura no que se refere à traumatologia bucomaxilofacial. Destaca-se, neste item, a mordida de cão, sendo uma lesão de importância estatística devido a sua prevalência nas emergências dos hospitais de trauma. As mordidas caracterizam-se por produzirem ferimentos lácero-contusos de formatos diversos, podendo ou não apresentar perda de substância. Em crianças, a face normalmente é o local mais acometido. Devido à saliva do cão, trata-se também de um ferimento contaminado, existindo, muitas vezes, controvérsia no que se refere à conduta terapêutica adotada, principalmente quanto ao fechamento primário da lesão e antibioticoterapia. Este trabalho tem como objetivo relatar dois casos clínicos de mordida de cão em face, resultando em lesões graves, em que os pacientes, em idade escolar, buscaram atendimento junto ao Hospital Geral do Estado- BA, onde foi realizado fechamento primário da lesão sob anestesia local e antibioticoterapia. Após o acompanhamento de sete meses encontram-se sem prejuízos funcionais e sem seqüelas estéticas de relevância clínica.

**P16****TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CÔNDILO EM CRIANÇA  
RELATO DE CASO**

*CASTRO, Ana Flora Sena*  
*DANTAS, Edcleverton Barros*  
*TEIXEIRA, Ivana Cristina Dias*  
*BRITO, Lilibeth Ferraz*  
*FREITAS, André Carlos*

As fraturas do côndilo mandibular em crianças com idade inferior a seis anos representam até 76% das fraturas mandibulares desta faixa etária. O diagnóstico preciso é essencial para o seu correto tratamento, principalmente nos casos onde não são observados sinais e sintomas clínicos. O tratamento destas fraturas na maioria dos casos é conservador para esta faixa etária, sendo de fundamental importância o controle destes pacientes a fim de se detectar eventuais alterações da oclusão e do crescimento facial. Pelas características morfo-funcionais particulares da articulação têmporo mandibular (ATM) o tratamento das fraturas condilares se constitui um assunto bastante pesquisado e controvertido. Apresentaremos um caso clínico de paciente com cinco anos de idade portador de fratura em região condilar atendido no ambulatório do HSA onde foi observado remodelação condilar após tratamento conservador, em um ano de acompanhamento.

**P17****FRATURA EXPOSTA DE NARIZ**

*DANTAS, Edcleverton Barros*  
*TEIXEIRA, Ivana Cristina Dias*  
*DULTRA, Joaquim de Almeida*  
*SANTOS, Maurício Lins Moura*  
*ROCHA, José Rodrigo Mega*

Por ocupar a posição de maior destaque no centro da face e apresentar um formato peculiar, o nariz é frequentemente acometido nos traumas maxilo-faciais. A sua importância estético-funcional suscita tratamento precoce para prevenir seqüela e deformidade facial permanente. A fratura exposta de nariz não é um achado comum na emergência, porém quando acontece exige do cirurgião muita destreza e precisão para o tratamento efetivo. A depender da magnitude da força injuriante pode haver avulsão de parte do esqueleto nasal, cominuição do arcabouço ósseo, deslocamento de fragmentos para tecidos moles adjacentes, lesão do complexo lacrimal e comunicação com o encéfalo nas fraturas com envolvimento do etmóide. O tratamento destas lesões compreende no restabelecimento anatômico através de sutura criteriosa, reposicionamento dos ossos envolvidos nas primeiras três horas pós-trauma e preservação.

**P18****TRANSPLANTE AUTÓGENO DE GERME DENTÁRIO DE TERCEIRO MOLAR**

*SANTOS, Maurício Lins Moura*  
*CARNEIRO JR., Bráulio*  
*CAVALCANTI, Tayguara Cerqueira*  
*DANTAS, Edcleverton Barros*  
*SEIXAS, Alexandre M.*

O transplante dentário consiste na transferência de um dente extraído de um alvéolo, para outro alvéolo natural ou cirúrgico. Esta técnica possui diversas vantagens. É simples, não mutiladora e de baixo custo. Influi positivamente no aspecto psicológico do paciente que recebe o próprio dente e não uma prótese. Além de

---

evitar o comprometimento do desenvolvimento maxilar e mandibular. Apresentamos um caso de auto-transplante de germe de terceiro molar inferior para um alvéolo de um primeiro molar inferior, com cinco anos de acompanhamento, onde serão discutidos os princípios cirúrgicos necessário para o sucesso deste procedimento.

---

**P19**

**TRAUMA FACIAL PEDIÁTRICO**

*COSTA, Fábio*  
*AMARAL, Ana Karina*  
*FERNANDES, Thaiz*  
*DOURADO, Edwaldo*

As fraturas de face em crianças são pouco comuns e possuem grande importância no aspecto de prevalência, diagnóstico e tratamento. Sendo objetivo de atenção especial no que diz respeito às condições psicológicas e fisiológicas próprias da idade. A baixa frequência dessas lesões traumáticas na infância é explicada pela elasticidade dos ossos das crianças; pela desproporção entre o neurocrânio e o viscerocrânio e pela exposição a traumas. A preocupação com as fraturas faciais na criança se deve às graves seqüelas que estes traumas ocasionam em função do crescimento e desenvolvimento dos ossos faciais. A abordagem precoce destes pacientes minimiza o surgimento de deformações ósseas e alterações na erupção dentária. Este trabalho tem por objetivo alertar aos especialistas sobre algumas particularidades em trauma facial infantil, citando os tipos mais comuns de fratura, com sua incidência, diagnóstico e tratamento mais indicado, para um melhor prognóstico.

---

**P20**

**AMELOBLASTOMA – USO DE FIO METÁLICO E DAS PLACAS DE TITÂNIO NA MANUTENÇÃO DO CONTORNO FACIAL**

*CABRAL, Antônio*  
*AGUIAR, Onaldo*  
*AGUIAR FILHO, Onaldo*  
*AGUIAR, Miller*

O ameloblastoma é uma lesão benigna originária do epitélio odontogênico, altamente recidivante com maior prevalência em região posterior de mandíbula, tem imagem radiográfica radiolúcida e esta quase sempre associada a dente incluso. Três tipos clínicos são observados: unicístico, multicístico e periférico. Neste presente trabalho propomos mostrar técnicas de tratamento anteriormente utilizadas com fio de aço metálico e atualmente a utilização de placas de fixação rígida de titânio para reconstrução mandibular após recessão do tumor.

---

**P21**

**LESÃO POR ARMA BRANCA EM FACE: RELATO DE CASO CLÍNICO**

*FRAGA, Taís de Lima e*  
*DANTAS, Edcleverton Barros*  
*DULTRA, Joaquim de Almeida*  
*SEIXAS, Alexandre Martins*  
*ROCHA, José Rodrigo Mega*

A lesão por arma branca consiste numa solução de continuidade entre a pele e o tecido subepitelial ocasionada por objeto cortante, perfurante ou contundente. Pode ser simples ou complexa, envolvendo tecidos

---

moles, duros e/ou estruturas nobres. Este tipo de ferimento é comum, tendo uma ocorrência relevante na emergência e sendo necessário o seu tratamento o mais precoce possível, restabelecendo a função normal e evitando seqüelas estéticas. Dentre as estruturas anatômicas da face, o nariz é o mais proeminente e, conseqüentemente, mais exposto ao trauma. Por se tratar de uma estrutura de importância estética crucial à harmonia facial, lesões nesta região produzem ferimentos nos quais o primeiro atendimento é fundamental para o prognóstico. Este trabalho relata o caso clínico de um paciente, vítima de agressão por arma branca (facão) em face, apresentando lesão lácero-contusa complexa, associada à fratura exposta de ossos próprios do nariz, estendendo-se às regiões paranasais bilaterais, que procurou auxílio junto à emergência do Hospital Geral do Estado da Bahia, sendo tratado sob anestesia local e obtido resultado satisfatório no pós-operatório imediato e acompanhamento durante seis meses.

---

**P22****MATERIAL PARA IMPLANTE CIRÚRGICO DO ESQUELETO FACIAL**

*CABRAL, Antonio*  
*AGUIAR, Onaldo*  
*AGUIAR FILHO, Onaldo*  
*AGUIAR, Miller*

Este presente trabalho tem a finalidade de apresentar a utilização do MEDPOR - POREX como material de implante que vem sendo utilizado com eficiência na reconstrução de defeitos do esqueleto facial. Composto de polietileno poroso de alta densidade, o MEDPOR - POREX é biocompatível, de fácil manipulação e fixação, podendo ser usado como implante em áreas do esqueleto facial desde que estejam em condições biológicas saudáveis.

---

**P23****FIBROMA AMELOBLÁSTICO : RELATO DE CASO**

*SANTOS SILVA, Danielle*  
*CERQUEIRA, Arlei*  
*DOS SANTOS, Jean Nunes*  
*SARDINHA, Sandra de Cássia*

O fibroma ameloblástico representa um verdadeiro tumor de origem odontogênica que microscopicamente é caracterizado por uma proliferação simultânea dos tecidos epitelial e ectomesenquimal. A localização mais comum é na região posterior da mandíbula. O paciente de 6 anos, sexo masculino, queixava-se de dor durante a escovação e mastigação. No exame extra-oral apresentou assimetria facial por aumento volumétrico na região submandibular direita, sem alterações na consistência e cor da pele. Ao exame intra-oral observou-se um aumento volumétrico na região dos molares inferiores do lado direito, com perda de definição do sulco vestibular e ausência das unidades 8.5 e 4.6. Radiograficamente observou-se lesão radiolúcida, multilocular, bem definida, na região de corpo mandibular direita. Foi realizada biópsia incisional e o diagnóstico histopatológico foi de fibroma ameloblástico. Decidiu-se então pela excisão cirúrgica total, com curetagem óssea. O paciente encontra-se em preservação.

**P24****PROTOCOLO DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA PARA PREVENÇÃO DE ENDOCARDITE BACTERIANA**

*AMARANTE, André*  
*GUIMARÃES, Marco Aurélio*  
*PEIXOTO, Leonardo Tavares*  
*LEITE, Eugênio Arcadinos*

Suspeita-se que a Endocardite Bacteriana Sub-aguda (EBS) seja o resultado de procedimentos cirúrgicos bucais por muitos anos. Nenhuma evidência sólida para esta causa de EBS existia até recentemente, mas a relação entre a bacteremia transitória fugaz que segue a manipulação dos tecidos bucais e a EBS está clara. Para que ocorra a EBS, vários fatores devem estar presentes. O mais importante destes é a presença de um distúrbio no fluxo no coração. Este pode ser causado por válvulas incompetentes resultando em regurgitação, válvulas estenóticas resultando em fechamento incompleto ou defeitos septais intraventriculares. Padrões de fluxo anormal são então estabelecidos de um lado de alta pressão para um lado de baixa pressão. Estas correntes anormais erodem o endocárdio de revestimento, finalmente causando a exposição do colágeno subjacente. Devido à afinidade das plaquetas com o colágeno, um trombo plaquetas - fibrina se forma sobre a área de colágeno desnudada. Enquanto este trombo ou vegetação permanece estéril, ele não representa nenhuma ameaça. Se ocorre bacteremia por um microrganismo virulento tal como o *Staphylococcus aureus*, a Endocardite Bacteriana Aguda sobrevém quando os microrganismos colonizam a vegetação. Isto raramente ocorre após a contaminação bucal.

**P25****TRANSPLANTES DENTÁRIOS**

*LIMA, Bruno Borges*  
*GUIMARÃES, Marco Aurélio*  
*PEIXOTO, Leonardo Tavares*  
*LEITE, Eugênio Arcadinos*

O transplante dentário envolve a implantação de um dente autólogo simultaneamente extraído em um novo alvéolo preparado. Entre as diversas causas, estão cáries de coroas e de raiz, as fraturas dentárias, as lesões endo-péριο, anquiloses dentárias e a anodontia. O transplante dentário é uma alternativa de tratamento, dentre outras opções, com suas corretas indicações e com a correta oportunidade cirúrgica. Este trabalho mostra as causas mais frequentes e mostra o relato de um caso clínico.

**P26****ACESSOS CIRÚRGICOS PARA O COMPLEXO BUCOMAXILOFACIAL**

*CAVALCANTI, Tayguara Cerqueira*  
*TRINDADE, Mayanna Pacheco*  
*TRINDADE, Manuela Pacheco*  
*CARNEIRO JR, Bráulio*

O acesso ao esqueleto facial é atingido por várias formas de exposição cirúrgica. O objetivo para se atingir áreas mais profundas da face, vai desde a necessidade de restabelecimento da função até o tratamento de deformidades causadas por trauma, processos patológicos ou cirurgias com objetivos fundamentalmente estéticos. O tipo e a localização do acesso irá depender de vários fatores que incluem o local do trauma, a habilidade do profissional e as possibilidades de seqüelas funcionais e estéticas de estruturas adjacentes ao



---

local da incisão, tendo com isso uma via mais objetiva possível e uma exposição suficiente da área na qual o cirurgião irar trabalhar. Portanto, o objetivo primordial desse trabalho é expor de maneira sucinta e ilustrativa as várias opções de acesso cirúrgico ao esqueleto facial sem, contudo, definir qual a melhor técnica cirúrgica ou local de acesso, sendo de suprema importância a habilidade, experiência e senso crítico do cirurgião para analisar cada caso de maneira singular, buscando o melhor tratamento e a menor seqüela estético-funcional possível para o paciente.

---

**P27**

**CERATOCISTO ODONTOGÊNICO: REVISÃO E RELATO DE INCOMUM CASO EM MAXILA**

*LIMA, Júlio Leonardo Oliveira*

*ALMEIDA JR, Paulo*

*BARRETO, Cristina Cabral*

*SANTOS, Joberg*

*GÓIS, André Silva*

**Ceratocisto Odontogênico (CO)**, termo inicialmente utilizado por PHILIPSEN em 1956, refere-se a uma lesão cística agressiva, em algumas situações sem manifestações clínicas, com características histopatológicas patognomônicas, de etiologia controversa e que tem uma tendência em particular de recidiva após o tratamento cirúrgico. O presente trabalho tem por objetivo estudar esta lesão mais detalhadamente, contribuindo para maior compreensão e tratamento desta patologia; sendo apresentado, para melhor ilustrar o estudo, um caso de CO localizado na região posterior de maxila associado a terceiro molar direito em uma paciente de 18 anos, que foi submetida a tratamento cirúrgico, com hipótese diagnóstica principal de cisto dentígero; Após a remoção por inteiro da lesão, com boa quantidade de queratina, conseguiu-se um prognóstico favorável. A peça foi enviada ao exame anátomo-patológico e com o auxílio de tomografias a paciente foi acompanhada durante 18 meses, não se observando evidências de reincidência. É válido ressaltar, que o CO é mais comumente visto em mandíbula e raro na maxila.

---

**P28**

**CISTO DENTÍGERO E CISTO ODONTOGÊNICO ORTOCERATINIZADO**

*CARRERA, Manoela*

*MARCHIONNI, Marcio*

*REIS, Silvia*

*SETÚBAL, Miguel*

Apesar do cisto dentígero ser muito incidente na cavidade bucal o cisto odontogênico ortoceratinizado é raro. A associação entre as duas lesões no mesmo paciente é ainda menos comum. Paciente compareceu ao serviço de CTBMF da FBDC com queixa de que a prótese total superior estava incomodando há 3 meses. Observava-se um aumento de volume, de coloração normal, na região anterior do rebordo alveolar superior direito, com dor devido à compressão da prótese. À palpação, a região era firme e bordos irregulares. As radiografias mostravam duas imagens radiolúcidas, distintas, uniloculares, com halo radiopaco associadas a uma unidade incluída. Uma imagem estava compreendendo a coroa e a outra o ápice do dente incluído que apresentava-se dilacerado. Realizou-se a biópsia excisional das lesões e a remoção cirúrgica do dente e as peças foram encaminhadas separadamente para anatomia patológica. O resultado mostrou a ocorrência simultânea de cisto dentígero e cisto odontogênico ortoceratinizado.

**P29****COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À EXTRAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES**

*LIMA, Júlio Leonardo Oliveira*  
*BASTOS, Alliny de Souza*  
*ARAÚJO, Marina Santos de*  
*OLIVEIRA NETO, Luiz Alves*  
*SILVA, Luís Carlos Ferreira da*

A melhor e mais fácil maneira de lidar com uma complicação cirúrgica é não deixar que esta aconteça. No entanto, é importante entender que mesmo tomando os possíveis cuidados as intercorrências podem ocorrer ocasionalmente. Por os terceiros molares serem os últimos dentes a irrupcionarem, têm mais possibilidade de não encontrarem espaço no arco, ficando freqüentemente impactados. Quando associamos a este conceito o fato de o profissional não ser preparado e o paciente estar em idade avançada, a incidência de complicações do tipo: infecções, fratura de tuberosidade e de mandíbula, parestesia, dentre outros, tornam-se mais freqüentes. O presente trabalho tem como objetivo estudar de uma forma mais abrangente as possíveis intercorrências que podem advir da extração de terceiros molares, proporcionando aos profissionais da área odontológica, conhecimentos a cerca da importância de adotar uma terapêutica preventiva e quando, eventualmente, alguma intercorrência ocorrer, estar ciente da conduta a ser adotada. Para melhor ilustrar o estudo, serão apresentadas algumas complicações que podem advir da extração de terceiro molar inferior.

**P30****OSTEORRADIONECRESE: RELATO DE UM CASO**

*BRITO, Igor*  
*CARRERA, Manoela*  
*SETÚBAL, Miguel*  
*MARCHIONNI, Marcio*

O risco de necrose no osso irradiado é grande e aumenta em presença de dentes e trauma. O tratamento é a oxigenoterapia hiperbárica e desbridamento do osso necrosado. Paciente compareceu ao serviço de CTBMF do Hospital da Cidade para exodontia da unidade 48. Sua história aponta episódio de carcinoma escamocelular no soalho bucal tratado com cirurgia. A exodontia foi solicitada pelo radioterapeuta para iniciar tratamento. Nenhum outro dente estava presente no arco inferior. Concluída a radioterapia, o paciente evoluiu com exposição de tecido ósseo na região de parassínfise do mesmo lado configurando uma osteomielite secundária a osteorradionecriose. Solicitou-se cintilografia que não mostrou áreas hipercaptantes na mandíbula. Ainda assim, o paciente foi submetido a 10 sessões de oxigenoterapia hiperbárica para ressecção superficial da área óssea exposta o que foi realizado sob anestesia geral. Seis meses após o tratamento não há sinais de osteomielite nem de neoplasia maligna.

**P31****IMAGINOLOGIA DAS PATOLOGIAS DA ATM**

*XAVIER, Ruth Lopes de Freitas*  
*PORTO, Gabriela*  
*CAUBI, Antônio*  
*VASCONCELOS, Belmiro Cavalcanti do Egito*

Existem diferentes exames imagiológicos que podem ser solicitados como elemento auxiliar de diagnóstico nas patologias da articulação temporomandibular (ATM). Transtornos de desenvolvimento, transtornos discais, luxação da ATM, anquiloses, enfermidades inflamatórias, fraturas, hiperplasias e tumores são condições

---

patológicas que requerem algum tipo específico de imagem, objetivando um melhor diagnóstico com vista a execução de um bom planejamento para o tratamento. Portanto, este trabalho tem por objetivo apresentar imagens de diferentes patologias que acometem a ATM, deixando evidente que a decisão de se solicitar qualquer exame por imagem deve vir depois de considerar a história e achados clínicos, custo do exame, quantidade de radiação exposta ao paciente, resultados de exames anteriores, assim como o plano de tratamento provisório e resultado esperado.

---

**P32****ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO TRAUMA DE FACE DO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**

*DE SOUZA, Fabíola Vasconcelos*  
*MENEZES JR, José Maria Sampaio*  
*MELLO, Manoel de Jesus Rodrigues*

O crescimento das grandes cidades abriga um cenário propício para o aumento do número e da gravidade dos traumas de face, possivelmente devido a desigualdade social associada ao consumo de drogas e álcool. Aliado a estes problemas, temos o aumento da velocidade dos veículos de transporte e da violência urbana, com o conseguinte aumento da energia desprendida no momento do trauma. Preocupados com o impacto socioeconômico gerado por este tipo de trauma, e com o objetivo de refletir sobre possíveis mecanismos de prevenção, realizamos no Instituto Dr. José Frota um estudo retrospectivo do período de 2000-2003. Observamos parâmetros absolutos de frequência e incidência e parâmetros relativos a etiologia, classificação, tipificação e ao tratamento realizado. Este instituto é o maior hospital de trauma do estado, centraliza o atendimento do traumatizado do Ceará e de estados circunvizinhos, sendo assim um lócus de pesquisa importante e fiel para a extrapolação de resultados estatísticos.

---

**P33****ATUAÇÃO DO LASER NÃO-ABLATIVO NAS DISFUNÇÕES TÊMPORO MANDIBULARES**

*DE MELO, Keyla Pereira Ferreira*  
*DE SOUZA, Sabrina Santos*  
*DE MACÊDO, Candice Ribeiro Santos*  
*SOBRINHO, João Batista Macêdo*

O Laser é uma forma de radiação não-ionizante, altamente concentrada, que em contato com os diferentes tecidos resulta, de acordo com o tipo de Laser, em efeitos fotoquímico, fototérmico, fotomecânico e fotoelétrico. Sendo uma forma de energia não-ionizante, ao contrário de outras formas de radiação usadas terapeuticamente, como os raios-X, gama, a radiação Laser não é invasiva e é muito bem tolerada pelos tecidos. Os Lasers não-cirúrgicos tem ação de biorregulação das funções celulares, com efeitos analgésicos, antiinflamatórios, cicatrizantes e miorelaxantes. Dessa forma, o Laser não cirúrgico torna-se uma alternativa para o tratamento das disfunções temporo-mandibulares articulares, desde que seu protocolo de uso seja devidamente respeitado. Discutir sobre indicações e forma de aplicação são os objetivos primários desse trabalho.

---

**P34****TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RÂNULA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO**

*DANTAS, Danilo Borges*  
*DE FREITAS, Carlos Elias*

Mucoceles são lesões de tecido mole comuns na cavidade bucal. O fenômeno de retenção de muco nos ductos glandulares, no interior dos ácinos ou no tecido conectivo ao redor da glândula geralmente é de

---

origem traumática, todavia, a obstrução de um ducto ou a contração do tecido cicatricial à volta do ducto após uma lesão traumática, também parece iniciar tal processo. As mucocèles se classificam de acordo com a retenção de muco em : mucocèle de retenção ou mucocèle de extravasamento. Quando a mucocèle se origina no assoalho bucal associada às glândulas sub-lingual e sub-mandibular ela é denominada de Rânula. A decisão do tratamento das rânulas ainda é bastante discutida. A simples marsupialização parece ter bons resultados, porém a taxa de recidiva com essa terapia tem sido muito alta. Baseado nisso a enucleação da lesão com ou sem a remoção da glândula envolvida é uma conduta frequente. O presente caso clínico tem por objetivo apresentar a enucleação de uma rânula com detalhes técnicos, chamando atenção para a preservação das estruturas nobres adjacentes e com a manutenção da glândula sub-lingual.

---

**P35****BIOFEEDBACK COMO TRATAMENTO DE PACIENTES COM APERTAMENTO DENTÁRIO***DE SOUZA, Sabrina Santos**DE MELO, Keyla Pereira Ferreira**DE MACÉDO, Candice Ribeiro Santos**SOBRINHO, João Batista Macêdo*

● Biofeedback é um meio de "tratamento cognitivo", isto é o paciente pode aprender a controlar processos fisiológicos que normalmente não estão sob o controle consciente, e que este aprendizado pode ser usado terapêuticamente. Essa técnica pode ser aplicada a diferentes funções e fenômenos, tais como o grau de relaxamento ou atividade muscular, temperatura da pele, frequência cardíaca, pressão sanguínea, resposta galvânica da pele ou atividade elétrica cerebral. O Biofeedback compreende instrumentos compostos por sensores captadores (eletrodos cutâneos ou subcutâneos) que informam para um processador eletrônico (computador) para detectar e retroalimentar os sinais fisiológicos que são retransmitidos ao paciente. O biofeedback tem sido indicado para o tratamento do apertamento dentário com o objetivo de diminuir as atividades neuromusculares incoordenadas através do aumento na conscientização e controle da atividade muscular e conseqüentemente o alívio das dores musculares que são geralmente de maior intensidade ao despertar e diminuem com o passar do dia.

---

**P36****AMELOBLASTOMA: RELATO DE CASO CLÍNICO***SOUZA, André Sampaio**CARNEIRO JR, Bráulio**TEIXEIRA, Ivana Cristina Dias**DULTRA, Joaquim de Almeida**AZEVEDO, Roberto Almeida*

● ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, de crescimento lento e localmente invasivo. É formado por epitélio odontogênico sem a participação do ectomesênquima. Ocorre normalmente na mandíbula, preferencialmente em região de ângulo e ramo ascendente. Não tem predileção por gênero, acometendo frequentemente indivíduos melanodermas. O presente trabalho tem como objetivo apresentar um caso de ameloblastoma sólido ou multicístico em paciente de 21 anos, gênero feminino, melanoderma que procurou o Serviço de CTBMF do Hospital Santo Antônio, das Obras Sócias Irmã Dulce, apresentando aumento de volume firme a palpação em corpo e ramo mandibular esquerdo. Radiograficamente a lesão mostrava-se como área radiolúcida multilocular desde a região edêntula do segundo pré-molar até próximo ao côndilo

---

envolvendo o processo coronóide. Foi realizada biópsia incisional confirmando diagnóstico clínico-radiográfico de ameloblastoma. A paciente foi submetida a hemi-mandibulectomia com colocação de placa de reconstrução. Após oito meses não se observaram sinais clínico-radiográficos de recidiva. A paciente continua sendo acompanhada pelo Serviço de CTBMF onde será realizado enxerto ósseo autógeno e posterior reabilitação com implantes ósteo-integrados.

---

**P37****FISIOPATOLOGIA DAS DISFUNÇÕES TÊMPORO-MANDIBULARES***DE SOUZA, Sabrina Santos**DE MELO, Keyla Pereira Ferreira**SANTOS, Nicole Ribeiro da Silva**SOBRINHO, João Batista de Macêdo*

As disfunções têmporo-mandibulares (DTMs) representam um termo coletivo, relacionado com vários problemas clínicos, envolvendo os músculos mastigatórios e as articulações têmporo-mandibulares (ATMs). Partindo desta premissa, as DTMs podem ser de origem articular e/ou muscular. O objetivo deste trabalho foi fazer uma revisão de literatura sobre a fisiologia das ATMs e a fisiopatologia das disfunções temporomandibulares articulares, para tanto, visou classificar e discorrer sobre as principais características clínicas das alterações que acometem a articulação temporomandibular, tais como: luxação discal anterior com redução e sem redução; subluxação e luxação têmporo-mandibulares; capsulite; retrodiscite; osteoartrose; osteoartrite; aderências e adesões discais; etc.

---

**P38****CISTO NASOLABIAL: RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS***SOUZA, André Sampaio**TEIXEIRA, Ivana Cristina Dias**DULTRA, Joaquim de Almeida**AZEVEDO, Roberto Almeida**CARNEIRO JR, Bráulio*

O cisto nasolabial é um cisto de tecido mole, não-odontogênico, raro, localizado sob o sulco nasolabial, perto da inserção da asa do nariz sobre a maxila. Caracteristicamente apresenta tumefação em lábio superior, lateralmente à linha mediana, causando elevação da asa do nariz. Normalmente não apresenta imagem em radiografias convencionais. O presente trabalho apresenta dois casos de cisto nasolabial. Paciente 53 anos, gênero feminino, melanoderma, foi encaminhada pelo seu dentista a um Serviço de CTBMF, apresentando aumento de volume em lábio superior, próximo a asa do nariz e ausência de alterações em radiografias planas. A lesão foi enucleada e o exame histopatológico confirmou o diagnóstico de cisto nasolabial. Paciente 58 anos, gênero feminino, faioderma, procurou atendimento referindo ter sido operada há 26 nos com diagnóstico de cisto nasolabial. Durante exame constatou-se aumento de volume em lábio superior, elevação da asa do nariz e tumefação intra-bucal. O exame histopatológico da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico de cisto nasolabial. Ambas pacientes encontram-se sob acompanhamento clínico e até o momento não apresentam sinais de recidiva.

**USO DO CIMENTO CIRÚRGICO EM RECONSTRUÇÃO DE CÔNDILO APÓS HEMIMANDIBULECTOMIA***ALVES, Fátima Karoline Araujo**CARNEIRO JR, Bráulio**DULTRA, Joaquim de Almeida**DIAS, Ivana Cristina Teixeira**DE CASTRO, Ana Flora Sena*

As lesões mais comuns dos maxilares são de natureza inflamatória, cística ou neoplasmas benignos. Ocasionalmente encontram-se lesões agressivas que necessitam de tratamento radical, podendo acarretar grandes perdas funcionais e estéticas para o paciente. Alguns fatores devem ser avaliados antes do tratamento cirúrgico como extensão da lesão, limites anatômicos, tipo histológico, estado geral do paciente, idade e possíveis métodos de reconstrução após a cirurgia para reabilitação. Tratando-se de cirurgias mutiladoras, elas exigem sempre restauração da parte removida por meio de prótese ou enxerto ósseo buscando devolver ao paciente funcionalidade e estética. As placas de reconstrução trazem grandes benefícios aos pacientes hemimandibulectomizados, com o objetivo de torná-las mais anatômicas e funcionais pode-se optar pela confecção de cêndilos protéticos à base de cimento cirúrgico. O presente trabalho tem como objetivo apresentar dois casos clínicos de paciente portador de ameloblastoma sólido, tratado por hemimandibulectomia em que foi utilizada placa de reconstrução e cimento cirúrgico para reconstrução de cêndilo mandibular.

**TRATAMENTO DE LUXAÇÃO PROLONGADA DE ATM: RELATO DE CASO***DE ASSIS Adriano Freitas**SERRA, Elis Cristina Souza**GABRIELLI, Mário Francisco Real**PEREIRA FILHO, Valfrido Antônio*

A luxação da articulação temporomandibular (ATM) é causada pelo deslocamento do cêndilo anteriormente à eminência articular, podendo ser uni ou bilateral. Os principais achados clínicos consistem em alteração da oclusão dentária, dor na região da articulação afetada e limitação dos movimentos mandibulares. O diagnóstico é clínico e pode ser confirmado por exames de imagem. A luxação prolongada da ATM é incomum, já que o incômodo e a deformidade criada fazem com que o paciente procure tratamento o mais rapidamente. Eventualmente, existem situações em que o tratamento é postergado pelo fato dos cuidados serem dirigidos para algum problema mais urgente, o estado mental do paciente o levar a uma aceitação passiva da condição ou no caso de falha no diagnóstico. O tratamento pode variar de uma redução manual em ambiente ambulatorial a uma exploração cirúrgica da ATM sob anestesia geral. Os autores se propõem a demonstrar um caso clínico de luxação bilateral de ATM com 8 meses de duração, dando ênfase ao diagnóstico e tratamento.

**RESUMO FÓRUM CIENTÍFICO****FC1****CONTROLE DA DOR, EDEMA E TRISMO EM CIRURGIAS DE TERCEIROS MOLARES***CAMARGO, Igor Batista**LAUREANO FILHO, José Rodrigues*

A dor, o edema e o trismo são complicações pós-operatórias presentes na remoção de terceiros molares retidos e que são assuntos de grande interesse para serem explorados em estudos bem como combatidos, pois são conseqüências indesejáveis e muito freqüentes. Através de meios terapêuticos associados ou isolados obtidos por medicamentos, aplicações de frio, colocação de drenos, uso de laserterapia ou mesmo alterações na abordagem cirúrgica procura-se diminuir a morbidade pós-operatória da extração de terceiros molares inclusos. Por esse motivo, este trabalho pretende realizar uma demonstração e sistematização dos dados atualizados da literatura, como também apresentar pesquisas desenvolvidas na Faculdade de Odontologia de Pernambuco/UPE com a utilização de medicamentos como o corticóide, o uso do gelo e do laser como meios auxiliares na diminuição da morbidade pós-operatória em pacientes submetidos à cirurgia para extração de terceiros molares retidos.

**FC2****AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO DE SEQÜELA DE FRATURAS DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO.***MEGA ROCHA, José Rodrigo**SARMENTO, Viviane Almeida*

O objetivo deste estudo foi determinar o grau de efetividade do tratamento da seqüela de fratura unilateral do complexo zigomático através da redução com a técnica do gancho. Para isso foram avaliados dezenove indivíduos do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) do Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) diagnosticados, devidamente selecionados e tratados no período de julho de 2002 a maio de 2004. Foram realizadas análises clínica e imaginológica antes e após o tratamento cirúrgico, sendo que o exame de tomografia computadorizada (TC) foi realizado apenas no pós operatório. A cada indivíduo foi questionada a sua impressão subjetiva do tratamento. A avaliação tomográfica pós-operatória teve como objetivo determinar a simetria obtida com o tratamento instituído, tomando-se como referência o lado não afetado. Os resultados dessa avaliação revelaram que não houve diferença estatística na posição do osso zigomático no sentido látero-lateral entre os dois lados, entretanto houve diferença estatística entre as dimensões ( $p=0,05$ ) e posição ântero-posterior do osso ( $p=0,04$ ). Houve satisfação dos resultados estéticos e funcionais em treze pacientes (68,4%). Pôde-se concluir que o procedimento apresentou um percentual de sucesso relevante, e que nas situações em que não haja condições de tratamento cirúrgico aberto com osteossíntese, a técnica pode ser utilizada.

**FC3****AVALIAÇÃO MORFOMÉTRICA DA ESPESSURA ÓSSEA VESTIBULAR NA REGIÃO DO CANINO 1º E 2º PMS DA MANDIBULA***FERNANDES, Atson Carlos de Souza**FREITAS, André Carlos dês**SOARES, Carla Vieira**SANTOS, Luciano Cincurá Silva*

A fixação interna rígida (FIR) através do uso de parafusos monocorticais justo-alveolares nas regiões do canino e pré-molares é muito frequente, no entanto pouco se sabe a respeito da espessura óssea vestibular, importante na prevenção de lesões radiculares. Objetivos e Metodos: Objetivando avaliar essa espessura óssea vestibular na altura do canino, 1o e 2o pré-molares, exatamente nos pontos de implantação dos parafusos, lado direito (A', B', C') e esquerdo (A'', B'', C''), foram estudadas 22 mandíbulas (11?; 11?), cujas medidas milimétricas serviram para determinar a viabilidade desses parafusos monocorticais assim como, observou-se a relação dos pontos com as raízes dentárias. Resultados: Todos os pontos estudados mantiveram relação com a cavidade alveolar em mais de 50% dos casos. O 1o pré-molar (B), em ambos os sexos e lados, foi o que obteve maior espessura óssea, sendo esta, na grande maioria, de osso compacto. As espessuras ósseas vestibulares nas regiões dos canino, 1o e 2o pré-molares não variaram quando comparados entre os lados, assim como não houve diferença entre os sexos. Conclusão: Não é recomendado o uso de parafusos de síntese óssea na direção das raízes dos dentes estudados. Porém, diante da necessidade, recomenda-se sua implantação apenas na direção do 1o pré-molar por ser esta a região de maior espessura. A região do 2o pré-molar foi a que apresentou maior risco de lesão radicular.

**FC4****EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DA LESÃO DO NERVO LINGUAL APÓS CIRURGIA DOS TERCEIROS MOLARES INFERIORES RETIDOS***FERNANDES, Thaiz Carrera Arrabal**SILVA, Emanuel Dias de Oliveira**VASCONCELOS, Belmiro Cavalcanti**GUIMARÃES, Daniela Albert**GOMES, Ana Cláudia Amorin*

Este trabalho tem por objetivo demonstrar a evidência da lesão do nervo lingual após cirurgia dos terceiros molares inferiores retidos, levando-se em consideração a utilização de duas técnicas cirúrgicas, destacando-se o procedimento descolamento e proteção ou não do retalho lingual. Com esse intuito foram observados ensaios clínicos randomizados da literatura e resultados da nossa pesquisa, onde tratou-se de um ensaio clínico randomizado, pareado, com uma amostra de 55 pacientes, de ambos os sexos, com terceiros molares inferiores retidos. Os resultados desse estudo indicaram que o fato de realizar o descolamento e proteção do retalho lingual aumenta a incidência de lesão do nervo lingual. Ao final procuraremos demonstrar um protocolo que permitirá prevenir as lesões sensoriais do tipo permanente.

**FC5****AVALIAÇÃO CLÍNICO RADIOGRÁFICA DE SEQUÊLAS DE FRATURA DE ZIGOMA***ANDRADE, Lucio Costa Safira**AZEVEDO, Roberto Almeida**SARMENTO, Viviane Almeida**FREITAS, André Carlos**MEGA ROCHA, José Rodrigo*

O presente estudo avaliou o pós-operatório de doze pacientes que apresentavam seqüela de fratura unilateral do complexo, tratados por redução do zigoma com gancho de tração e fixação com mini-placa e parafusos



---

em sutura fronto-zigomática. A simetria facial foi avaliada clinicamente através de fotografias da face. A avaliação radiográfica constou de mensurações comparativas das cavidades orbitárias em radiografias de Waters. Além disso, os pacientes foram questionados em relação à satisfação com o tratamento. Os resultados mostraram simetria facial satisfatória em 91,6% dos casos, denotando eficácia da técnica cirúrgica empregada.

---

**FC6****ANÁLISE MORFOMÉTRICA EM ÁREAS DE IMPORTÂNCIA CIRÚRGICA**

*FERNANDES, Atson Carlos de Souza*  
*WAFAE, Nader*

**Objetivo:** Avaliar a espessura do osso parietal em áreas de maior importância cirúrgica, relacionando as medidas obtidas com o sexo e o índice crânico horizontal dos espécimes estudados. **Métodos:** Foram utilizados em nosso trabalho 300 ossos parietais de 150 crânios secos, 84 ? e 66 ?, com faixa etária de 18 até 60 anos. Em cada osso parietal foram estudados os terços superior-anterior (Sa), superior-médio (Sm) e superior-posterior (Sp). As espessuras das variáveis Sa, Sm e Sp foram obtidas com uso de medidor eletrônico de alta precisão, Oditronic digital- intervalo numérico de 0,02 mm. **Resultados:** Na comparação entre as variáveis, nos três índices crânicos horizontais, Sa foi a que apresentou menor espessura. No mesocrânio, em ambos os sexos, Sp foi mais espessa no lado esquerdo. A diferença entre os sexos ocorreu apenas na variável Sa, do doliocrânio e mesocrânio, sendo mais espessa no sexo masculino. **Conclusões:** O terço superior-anterior (Sa), em ambos os sexos e nos três tipos craniométricos, lados direito e esquerdo, deve sempre ser evitado. As áreas de escolha para retirada do enxerto devem variar entre os terços superiores médio (Sm) e posterior (Sp) de acordo com o sexo do paciente, seu tipo craniométrico e lado operado. Estas três variáveis devem ser sempre consideradas pelo cirurgião para uma maior segurança em sua intervenção cirúrgica.

---

**FC7****MENSURAÇÃO DA ÁREA DA SUPERFÍCIE MÉDIA DO SEIO FRONTAL**

*DULTRA, Joaquim de Almeida*  
*TEXEIRA, Ivana Cristina Dias*  
*FRAGA, Taís de Lima*  
*SOUZA, Delano Oliveira*  
*QUEIROZ, Christiano Sampaio*

O seio frontal, dentre todos os seios da face, é o mais susceptível ao trauma em virtude de sua localização proeminente no crânio. Na tentativa de estabelecer o grau de risco da população de Salvador-Ba frente às injúrias a essa estrutura, realizou-se uma pesquisa de mensuração da área de superfície média de seio frontal em 100 pacientes dessa cidade através de radiografias P.A. de no período compreendido entre outubro de 2001 e março de 2003 com cem pacientes acima de 18 anos de idade que apresentavam trauma em terço médio ou superior de face, com indicação de solicitação de radiografias de Waters. As superfícies do seio frontal, cuja forma assemelha-se a um losango, foram medidas com régua milimetrada e tendo a partir daí, essa área calculada. Observou-se nesse aspecto que existe uma grande variação de medidas de superfície dessa região e que a média encontrada está próxima de um patamar considerado de alto risco para as injúrias acima citadas. O diagnóstico dessas fraturas é realizado através de exame clínico e tomográfico, visando o planejamento cirúrgico da correção da deformidade causada.

*PAIVA, Alan Ferreira**SANTOS, Nicole Ribeiro da Silva**MACÊDO, Candice Ribeiro Santos**SOBRINHO, João Batista de Macêdo*

O Laser é uma forma de radiação não ionizante altamente concentrada, que em contato com os diferentes tecidos resulta, de acordo com o tipo do Laser, em efeitos térmicos, fotoquímicos e não-lineares. Os principais efeitos do Laser não-cirúrgico são: antiálgico, bioestimulante do trofismo celular, antiinflamatório, antiedematoso e normalizador circulatório. O objetivo deste trabalho foi determinar o efeito anti-álgico do Laser não-cirúrgico sobre camundongos. Foram utilizados dez camundongos machos Swiss, média de peso de 20g. O efeito nociceptivo foi avaliado pelo teste da formalina, no qual cada camundongo isoladamente foi colocado em uma caixa de 20cm<sup>2</sup> com 15 cm de altura sendo o fundo de espelho e as laterais de vidro transparente. Após 5 minutos de adaptação à caixa, os camundongos foram imobilizados manualmente pela região dorsal e foram administrados 30% de solução estéril de formalina a 2% no coxim plantar da pata direita de cada camundongo. Os camundongos, após a administração da formalina, foram divididos em 2 grupos: 1) controle – cinco animais, que continuaram imobilizados por 129 segundos. 2) experimental – cinco animais, nos quais foi aplicado o Laser não-cirúrgico de 685nm, potência de 35mW e com densidade de energia de 15J/cm<sup>2</sup> por 129seg, na superfície plantar de cada camundongo. Posteriormente cada camundongo foi recolocado isoladamente na caixa e três observadores que não visualizaram os procedimentos anteriores, portanto não sabiam identificar os grupos, mediram o tempo que cada camundongo permaneceu com a pata direita erguida. Os tempos foram medidos após a administração da formalina, em intervalos de 5 min durante 30 min, sendo, em seguida, realizada uma média dos valores dos três observadores e análise estatística. Foi constatado um tempo médio total de 21,52 min para o grupo controle e 4,57 min para o grupo experimental. O Laser não-cirúrgico apresentou uma ação antiálgica em camundongos.

*FRANÇA, Luciano da Hora França**SANTOS, Nicole Ribeiro da Silva**MACÊDO, Candice Ribeiro Santos**SOBRINHO, João Batista de Macêdo*

A vasodilatação consta na literatura como sendo um dos efeitos do Laser não-cirúrgico. O objetivo deste trabalho foi demonstrar o efeito do Laser não-cirúrgico sobre a microcirculação em rã. Foram utilizadas 08 rãs *Rana catesbiana*, anestesiadas com Uretana a 20% (1,5ml/100g). Foi realizada nos animais uma incisão no abdômen, exteriorizando uma alça do intestino delgado. A microcirculação foi visualizada com um microscópio (objetiva 4) e projetada em uma TV. Os animais foram divididos em 02 grupos: Controle (04 animais); Laser (04 animais), que foram irradiados com o Laser diodo de 685nm, com potência de 35mW, densidade de energia de 10 J/cm<sup>2</sup>, por 286seg. Os experimentos foram realizados a uma temperatura ambiente de 20°C. Em seguida foram realizadas mensurações do diâmetro da arteríola, nos tempos: -286seg, 0, 5, 10, 15, 20, 25 e 30 min. Foram calculadas as variações nos dois grupos e realizada análise estatística. Os resultados obtidos demonstraram uma variação média no Controle de: -1,8% no 0 min; -6,1% nos 05 min; -6,7% nos 10min; -6,5% nos 15min; -6,8% nos 20min e -9,8% nos 25 e -10,7% nos 30min; Laser: +4,6% no 0min;

---

+10% nos 05 min; +16,5% nos 10min; +18,8% nos 15 min; +19,1% nos 20min; +20,8% nos 25 e 23,3% nos 30 min. Os resultados apresentaram uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, demonstrando que o Laser não-cirúrgico desempenhou uma ação vasodilatadora sobre a microcirculação do mesentério de rãs.

---

**FC10****ANÁLISE ESTATÍSTICA DE CIRURGIA DE PALATOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO***SEIXAS, Alexandre Martins**CARNEIRO JR, Bráulio**BRITO, Lilibeth Ferraz**AZEVEDO, Roberto Almeida**CAVALCANTE, Weber Céio*

● CENTRINHO (Centro de Fissurados) do Hospital Santo Antônio - Associação Obras Sociais Irmã Dulce foi fundado em 1999 e conta com uma equipe multidisciplinar para atender a todos os pacientes fissurados. Uma das funções da equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do hospital é a cirurgia de palatoplastia com enxerto ósseo que visa promover uma reabilitação estético-funcional. Este trabalho objetiva apresentar a estatística no período de 01 de janeiro de 2000 a 30 de junho de 2004 de pacientes submetidos a este tipo de tratamento. Será relatado o índice de sucesso/insucesso, gênero, idade média e procedência, bem como área doadora.

---

**FC11****ARTROCENTESE DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR***NEVES, Ilana**DANTAS, Danilo Borges**FREITAS, Carlos Elias*

● objetivo deste trabalho é comparar, baseado em revisão de literatura, os resultados da artrocentese da articulação temporomandibular (ATM) com outras formas de tratamento cirúrgico para o deslocamento anterior do disco articular sem auto-redução (DDSR). Além disso, fazer uma análise retrospectiva de casos clínicos onde foram aplicados um protocolo de tratamento para o DDSR, que inclui a artrocentese. Foi estudado um grupo de pacientes (n=08) que apresentavam deslocamento anterior do disco da ATM, sem redução. Existia também a confirmação diagnóstica desta patologia através de ressonância nuclear magnética (RNM). Havia limitação da movimentação mandibular e dor localizada em todos os pacientes. Foram excluídos pacientes com suspeita ou confirmação de osteoartrite da ATM. O tempo médio de acompanhamento foi de 38,7 meses (de 14 até 48 meses). Os parâmetros analisados foram exclusivamente clínicos tais como movimentação mandibular, alteração da intensidade da dor, ruídos e complicações. Sete articulações (77,7%) satisfizeram os critérios de sucesso em todos os parâmetros clínicos. Os casos de insucesso eram os que apresentavam a patologia há mais tempo, tratando-se de pacientes crônicos. Não foram anotadas complicações neste grupo de pacientes. A artrocentese da ATM, dentro do protocolo por nós utilizado, e nesta amostra preliminar de pacientes, apresentou resultados comparáveis aos da literatura mundial, confirmando que esta é uma opção válida de tratamento para os casos de deslocamento do disco articular sem auto-redução.

**FC12****ESTUDO PRELIMINAR DE PACIENTES COM TRAUMA DE FACE ATENDIDOS NO HSA, NO 1º SEMESTRE DE 2004***DULTRA, Joaquim de Almeida**TEIXEIRA, Ivana Dias**FRAGA, Taís de Lima**SOUZA, Delano Oliveira**CAVALCANTE, Wéber Ceo*

O número de pacientes acometidos por trauma em região de face é significativo, necessitando de, cada vez mais centros especializados em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial. O hospital Santo Antonio – Obras Sociais Irmã Dulce, vem sendo um importante centro de referência neste serviço no estado da Bahia. Este trabalho tem como objetivo apresentar a estatística no período de fevereiro a julho de 2004, relacionando a idade, sexo, etiologia, sítio, fixação, sistema utilizado, uso ou não de bloqueio maxilo-mandibular, acesso, enxertia óssea, assim como complicações ocorridas.

**FC13****AÇÃO DA LASERTERAPIA SOBRE FERIDAS CUTÂNEAS INFECTADAS***FRANÇA, Luciano da Hora França**SANTOS, Nicole Ribeiro da Silva**MACÊDO, Candice Ribeiro Santos**SOBRINHO, João Batista de Macêdo*

A literatura é vasta em trabalhos onde a laserterapia apresenta um efeito estimulante na cicatrização de feridas, porém, carece de estudos sobre feridas infectadas. O objetivo deste trabalho foi avaliar, através das análises microbiológica e histológica, a ação da laserterapia no processo de cicatrização de feridas cutâneas infectadas por *Staphylococcus aureus*. Foram utilizados 12 ratos, sendo realizada no dorso uma ferida (1cm<sup>2</sup>), que 4hs depois, foi infectada com 200µl de uma cultura de *Staphylococcus aureus* na concentração de 10<sup>9</sup> bactérias/ml. Após 48hs da infecção, os animais foram divididos em dois grupos: Controle – foi removida a crosta e não sofreram outros procedimentos; Laser - foi removida a crosta e tratados com uma única aplicação de Laser (660nm, 50mW, 30J/cm<sup>2</sup>, CW, 15min). Após estes procedimentos a secreção das feridas foi coletada, com um swab. O swab foi colocado em tubos com PBS, feitas diluições, foram realizadas semeaduras em meio Baird-Parker e incubadas (36°C por 48hs), para a contagem das UFC. No oitavo dia após a contaminação das feridas, foi repetido o mesmo procedimento microbiológico, sendo que, em seguida, os animais foram sacrificados e realizadas biópsias excisionais, para análise histológica em coloração HE e Picrosírius. O resultado da contagem das UFC, em 48hs e no oitavo dia, não evidenciou diferenças estatisticamente significantes. Os resultados histológicos demonstraram no grupo experimental uma maior colagenização, maior migração epitelial e uma menor intensidade do infiltrado inflamatório, em relação ao grupo controle. Conclui-se que a laserterapia promoveu uma melhor cicatrização em feridas infectadas com *Staphylococcus aureus*.

**RESUMO FÓRUM CLÍNICO****FCL1****FBROSSARCOMA NA MAXILA: RELATO DE CASO***PARENTE, José Lincoln Carvalho**SOUSA FILHO, José Carlos**GONÇALVES FILHO, Raimundo Thompson**CARNEIRO JÚNIOR, Wagner**NOGUEIRA, Renato Luiz Maia*

O fibrossarcoma do osso é um tumor fibroblástico maligno de variados graus de produção de colágeno, no entanto, sem formação de osso tumoral, osteóide ou cartilagem no tumor primário ou em qualquer local de metástase. Originam-se da porção medular do osso ou do periósteo com possibilidade de infiltrar o osso, secundariamente. É extremamente raro no complexo maxilo-mandibular representando cerca de 6% de todos os sarcomas e 1% de todas as lesões malignas. A maior incidência recai sobre pacientes da terceira a Quinta décadas de vida. Não há predileção por sexo. A dor, o aumento de volume, parestesia e mobilidade dentária são os achados clínicos mais comuns. A mandíbula é mais afetada que a maxila. Radiograficamente, apresenta imagem radiolúcida com limites mal definidos, revelando potencial altamente lítico. Os dentes vizinhos podem estar deslocados e com suas raízes em processo de reabsorção. A cortical óssea pode estar destruída irregularmente e os tecidos moles adjacentes também podem estar invadidos. Histologicamente, apresenta três tipos: bem diferenciado, pouco diferenciado e anaplástico. O tratamento consiste em cirurgia radical com ampla margem de segurança. É um tumor radiorresistente e a eficácia da quimioterapia ainda não é bem estabelecida. O prognóstico é reservado devido a altas taxas de recidiva e metástase pulmonar. O objetivo deste trabalho é discutir um caso raro de fibrossarcoma em maxila, em um senhor de 42 anos, feoderma, natural de Aracoiaba-Ce. O mesmo procurou o serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Batista Memorial, queixando-se febre e dor local em hemimaxila esquerda, onde havia sido realizado exodontia há 3 meses. Clinicamente, observava-se aumento de volume no palato e em fundo de saco vestibular do lado esquerdo. A lesão foi então biopsiada e o aspecto histopatológico foi compatível com fibrossarcoma bem diferenciado. Na tomografia computadorizada, apresentava uma massa expansiva de contornos irregulares, destruindo seio maxilar e invadindo palato duro, fossas infratemporal, retromolar e pterigopalatina. O paciente foi avaliado junto com a Cirurgia de Cabeça e Pescoço e foi decidido pelo tratamento cirúrgico radical. Porém, não se conseguiu margens livres após a hemimaxilectomia. Foi instituído quimioterapia adjuvante, mas o paciente veio a óbito após 14 meses.

**FCL2****AVANÇOS TECNOLÓGICOS EM CIRURGIA ORTOGNÁTICA***DA ROSA, Everton Luis Santos**OLESKOVICZ, Cesar*

A prototipagem rápida, tem auxiliado no diagnóstico e planos de tratamento na Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Apresenta-se um caso de cirurgia ortognática combinada maxilomandibular. Com auxílio do

---

protótipo a cirurgia foi simulada, realizando-se as osteotomias desejadas movendo o terço médio da face e a mandíbula para a posição desejada. As placas foram previamente moldadas e os parafusos medidos, ganhando-se tempo durante a real cirurgia. Apresentação do caso clínico – radiográfico pré-operatório, planejamento em modelo de prototipagem, trans-cirúrgico, e clínico – radiográfico pós-operatório. Apresentação de modelo virtual da paciente em CAD (computed aided design). O novo conceito introduz a utilização de um articulador que permite a adaptação do biomodelo e a simulação da cirurgia ortognática. Após 01 ano de proervação, observou-se estabilidade oclusal , do sistema esquelético e muscular.

---

**FCL3****TRATAMENTO DE CERATOCISTO ODONTOGÊNICO POR DESCOMPRESSÃO SEGUIDA DE ENUCLEAÇÃO E CURETAGEM- REVISÃO DE LITERATURA E APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS**

*CRAVINHOS, Julio Cesar de Paulo*  
*SILVA, Juscelino Lopes da*  
*MOURA, Walter Leal de*

O ceratocisto odontogênico, que já foi conhecido como cisto primordial, descrito inicialmente em 1956, é uma lesão cística oriunda de provavelmente de remanescentes da lâmina dentária, com características peculiares no que diz respeito ao seu aspecto histopatológico e sua alta taxa de recidiva (Shear 1998, Myoung et al. 2001). Alguns autores citam a importância da descompressão prévia a enucleação em casos de lesões extensas ou próximas a áreas nobres com objetivo reduzir o potencial hidrostático da lesão (Meara et al 1998, Blanas et al 2000). Tal método é de especial valia nos casos onde se pode evitar ressecções marginais e parciais, com vistas a preservar a anatomia prévia da área envolvida. O objetivo deste trabalho é apresentar 5 casos de ceratocistos odontogênicos tratados por descompressão seguida de enucleação com curetagem, advindos do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade Federal do Piauí, e também realizar uma revisão de literatura a respeito do tema.

---

**FCL4****OSTEOTOMIA POSTERIOR SEGMENTADA DA MAXILA PARA RECUPERAÇÃO DE ESPAÇO PROTÉTICO**

*PESSOA DE JESUS, Gorge*  
*GONÇALVES FILHO, Raimundo Thompson*  
*GALLI, Moisés*  
*CARNEIRO JR., Wagner*  
*DIAS RÉGO, Roberto*

A osteotomia maxilar posterior pode ser indicada para corrigir uma variedade de deformidades oclusais e dento-faciais. Dentre as indicações podemos citar: 1) para alterar a posição transversa da região posterior da maxila; 2) para reposicionar segmentos extruídos; 3) para reposicionar inferiormente um segmento com mordida aberta; 4) reposicionamento ântero - posterior com a finalidade de fechar espaços edêntulos. A escolha da técnica cirúrgica é baseada no movimento tridimensional do segmento, e para tanto, um planejamento cirúrgico adequado através de cirurgias de modelos é essencial para visualizar tal movimento, assim como, para confeccionar um guia cirúrgico que ajudará no posicionamento e na estabilização do segmento, no período de consolidação óssea. Este trabalho tem como propósito discutir a respeito da indicação, planejamento e técnica para reposicionamento superior de segmentos dentados que sofreram extrusão por falta de contatos com dentes antagonistas perdidos precocemente, com respectiva apresentação de caso clínico.

*OLIVEIRA, David Moraes de*  
*VASCONCELLOS, Ricardo José de Holanda*  
*NOGUEIRA, Ricardo Viana Bessa*  
*GENÚ, Paloma Rodrigues*

O c​ondilo mandibular, por ter uma anatomia peculiar e participar da mastiga​c​ao, fona​c​ao e degluti​c​ao necessita de um tratamento diferenciado quando fraturado. A fratura de c​ondilo pode ser classificada em fratura da cabe​c​a do c​ondilo, do colo ou subcondiliana, podendo ocorrer desde variadas angula​c​oes at​e desarticula​c​ao total dos cotos fraturados. O diagn​o​stico cl​inico envolve maloclus​o; limita​c​ao da fun​c​ao mandibular, edema, hematoma e dor. A realiza​c​ao de radiografia e/ou tomografia complementa o diagn​o​stico. O tratamento deste tipo de fratura, se aberto ou fechado, ​e uma das maiores controv​e​rsias da Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial na atualidade, embora trabalhos recentes mostrem que os resultados oclusais e est​e​ticos tendem a serem mais favor​a​veis com o tratamento aberto, desde que este seja precisamente indicado, j​a que o risco cir​u​rgico no tratamento aberto ​e maior, principalmente em rela​c​ao a les​o do nervo facial. Em rela​c​ao a fixa​c​ao, o sistema Unilock surgiu com a proposta ser um avan​c​o dos sistemas ditos "standarts", uma vez que a modelagem e adapta​c​ao da placa ao osso se tornam menos cr​iticas, proporcionando assim resultados mais previs​i​veis e est​a​veis. Neste trabalho temos por objetivo apresentar um caso cl​inico de fratura bilateral de c​ondilo mandibular, com deslocamento medial de um lado e lateral do outro, associada a fratura bilateral do processo coron​oide e fratura de s​in​fise mandibular. O acesso cir​u​rgico retromandibular foi utilizado, sendo as fraturas tratadas com bloqueio maxilo-mandibular trans-operat​o​rio, fixa​c​ao bilateral dos cotos fraturados com placas e parafusos sistema Unilock 2.0mm (foi necess​a​ria a remo​c​ao do c​ondilo do lado deslocado medialmente para fixa​c​ao da placa no mesmo) e fonoterapia p​o​s-operat​o​ria sem uso de el​a​sticos. O caso encontra-se em acompanhamento p​o​s-operat​o​rio de um ano, com evolu​c​ao dentro da normalidade. Os autores realizam ainda uma breve discuss​o da literatura em rela​c​ao ​a​s tend​e​ncias atuais de tratamento das fraturas de c​ondilo.

*SOUZA, Delano Oliveira*  
*CARNEIRO JR, Br​a​ulio*  
*SAMPAIO, Andr​e*  
*LINS, Mauricio*  
*AZEVEDO, Roberto Almeida*

Mixoma odontog​e​nico ​e um tumor benigno que se desenvolve a partir do ectomes​e​nquima odontog​e​nico. Les​o osteol​itica com forma​c​ao de trab​e​culas ​o​sseas que podem alcan​c​ar grandes tamanhos assintomaticamente e infiltrar-se pelo osso, sendo localmente agressivo. Os ​i​ndices de recidiva n​o s​o raros ap​o​s curetagem ou enuclea​c​ao, sendo necess​a​rio, muitas vezes, ressec​c​ao em bloco. Este trabalho apresenta um caso cl​inico de mixoma odontog​e​nico, em que foi realizada uma hemimandibulectomia com coloca​c​ao de placa de reconstru​c​ao em 1​o tempo cir​u​rgico. Em um 2​o tempo cir​u​rgico optou-se por enxertia ​o​ssea da crista do il​i​aco, para coloca​c​ao de implantes dent​a​rios. Como a enxertia n​o foi bem sucedida a paciente optou por confec​c​ao de PPR com uso de t​e​cnica dentossuportada com resultado satisfat​o​rio tanto funcional como est​e​tico para a paciente em um acompanhamento de 1 ano ap​o​s coloca​c​ao de pr​o​tese.

**FCL7****ACESSO RETROMANDIBULAR: RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS**

*DANTAS BORGES, Danilo*  
*MARCHIONNI, Márcio*  
*NEVES, Ilana*  
*SETUBAL, Miguel*

Esta técnica foi primeiramente descrita em 1967 para osteotomia vertical subcondilar e, mais tarde, popularizada no tratamento cirúrgico das disfunções da ATM e de fraturas condilares baixas. O desenho da incisão, paralela a borda posterior do ramo da mandíbula e entre os ramos bucal e mandibular marginal do nervo facial, permite um bom acesso com um fácil afastamento dos nervos quando os mesmos se fazem presentes no campo operatório. Quando a redução cruenta e a fixação interna rígida com miniplacas e parafusos em fraturas condilares está indicada, a incisão retromandibular oferece bom acesso e estética com baixa morbidade. A apresentação de dois casos clínicos do tratamento cirúrgico de fraturas condilares, vem ilustrar com clareza o sucesso da terapia proposta.

**FCL8****CORRELAÇÃO ENTRE AS IMAGENS E A FISIOPATOLOGIA DA SÍNDROME DE EAGLE**

*SETÚBAL, Miguel Gustavo*  
*MARCHIONNI, Antônio Márcio Teixeira*  
*CAMPOS, Paulo Sérgio Flores*  
*REBELLO, Iêda Crusóé*

Paciente de 64 anos procurou atendimento para quadro caracterizado por otalgia, odinofagia e cefaléias na região occipital, palpebral acompanhadas de tonturas bilateralmente e mais intensas do lado esquerdo. Outros especialistas descartaram labirintite e cervicomialgia. A radiografia panorâmica mostrou o alongamento bilateral do processo estilóide do osso temporal e foi complementada por TC com contraste. Os cortes axiais mostram a artéria carótida interna esquerda comprimida contra a coluna pelo processo estilohioideo. Os cortes coronais mostram desvio das artérias direita e esquerda pelo processo. A compressão era mais intensa do lado esquerdo onde a angulação entre o ligamento calcificado e a coluna era de 20° enquanto no direito 30°. As reconstruções 3D evidenciaram que a calcificação esquerda não era tão alongada quanto a direita. A compressão das artérias carótidas internas era melhor percebida nas reconstruções volumétricas. A paciente foi submetida a ressecção bilateral do ligamento calcificado, que foi encaminhado para anatomia patológica, e 60 dias após foi verificada a remissão dos sintomas. Conforme Diamond et al, 2001 somente este aspecto confirma o diagnóstico da síndrome.

**FCL9****MIOSITE OSSIFICANTE: RELATO DE CASOTÁRIAS**

*TEIXEIRA, Ivana Cristina Dias*  
*SAMPAIO, André Souza*  
*CASTRO, Ana Flora Sena*  
*DULTRA, Joaquim de Almeida*  
*AZEVEDO, Roberto Almeida*

A miosite ossificante é uma patologia benigna rara na qual ocorre formação óssea heterotópica, podendo atingir tecido muscular e/ou fibroso. Pode ser dividida em duas variantes distintas, a miosite ossificante progressiva (MOP) e a miosite ossificante traumática (MOT). A MOP possui caráter autossômico dominante e geralmente atinge múltiplos órgãos do paciente, podendo ser letal em alguns casos. Isto é decorrente da



---

dificuldade de movimentação dos músculos respiratórios, causada pela deposição óssea. A MOT possui um prognóstico bem mais favorável que a variante progressiva, pois é limitada ou circunscrita. Atinge na sua maioria a região femoral e raramente ocorre na região de cabeça e pescoço. Existem diversas teorias sobre a patogênese e pouca concordância sobre o mecanismo exato de formação. O tratamento é cirúrgico através da excisão da ossificação, com prognóstico bastante favorável, possibilitando a recuperação da abertura de boca, porém existem relatos de recidivas freqüentes. Este trabalho relata o caso da paciente I.S.S., 11 anos, portadora de anquilose de ATM associada a miosite ossificante sob tratamento pelo serviço de cirurgia buco maxilo facial do Hospital Santo Antônio.

---

**FCL10****ABORDAGEM AOS TERCEIROS MOLARES RETIDOS***CYPRIANO, Rafael Vago**VASCONCELLOS, Ricardo José de Holanda**OLIVEIRA, David Moraes de**GENÚ, Paloma Rodrigues*

Os dentes retidos são aqueles que passado o tempo normalmente esperado, não conseguem, erupcionar e atingir sua posição na arcada, seja por razões mecânicas ou patológicas, mantendo ou não comunicação com a cavidade bucal. Os terceiros molares são os dentes que apresentam a maior frequência de retenção, em função de serem os últimos a erupcionar e não encontrarem espaço adequado. A presença destes dentes inclusos nos ossos maxilares pode trazer conseqüências indesejadas, tais como, dor, infecção, problemas periodontais, aparecimento de cistos e tumores odontogênicos, dentre outras. O objetivo deste trabalho é discutir sobre as indicações e contra-indicações da cirurgia dos terceiros molares retidos, bem como debater sobre riscos e benefícios de sua remoção em casos clínicos tratados na clínica de pós graduação em Cirurgia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco.

---

**FCL11****USO DE MEDPOR EM CALOTA CRANIANA***AGUIAR FILHO, Onaldo**AGUIAR, Onaldo**PEIXOTO, Nivaldo**AGUIAR, Miller*

Uso de material Medpor (Porex) nas reconstruções ósseas de crânio (cranioplastias) enfatizando biocompatibilidade e facilidade de manipulação, mostrando um caso clínico operado no hospital Jaar Andrade com mais de um ano de pós-operatório.

---

**FCL12****OSTEOMA PERIFÉRICO EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO***CARRERA, Mariana**PEREIRA JR, Fernando Bastos**NUNES, Jean*

O osteoma é uma lesão benigna caracterizada pela proliferação de tecido ósseo compacto ou esponjoso. Pode ser central, periférico ou extra-ósseo, e localiza-se quase que exclusivamente nos ossos do crânio, principalmente nos seios da face. De etiologia ainda não esclarecida, os osteomas apresentam crescimento lento e geralmente assintomático, exceto em casos de compressão de estruturas nobres. São geralmente

---

descobertos em exames radiográficos de rotina ou quando se apresentam em estágio avançado de crescimento, levando à assimetria facial. O tratamento do osteoma consiste no acompanhamento clínico e radiográfico de lesões assintomáticas, e na excisão cirúrgica completa dos casos que apresentam crescimento avançado. Os osteomas não apresentam potencial de recidiva nem tendência para transformação maligna. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de osteoma periférico em mandíbula, enfocando os aspectos clínicos e tratamento de tal patologia, com acompanhamento clínico e radiográfico pós-operatório de um ano.

---

**FCL13****INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL PELA VIA SUBMENTONIANA**

*MORAIS, Hécio Henrique Araújo de*  
*CAUBI, Antônio Figueiredo*  
*ROCHA, Nelson Studart*  
*VASCONCELLOS, Ricardo José de Holanda*

A intubação endotraqueal pela via submentoniana é uma alternativa simples, rápida e efetiva para a intubação oral convencional, nasal ou traqueostomia no manejo cirúrgico de pacientes com extensos traumas crânio-maxilo-faciais. Esse tipo de intubação tem baixa morbidade e não impede o manuseio das fraturas nasais bem como o bloqueio –maxilo-mandibular trans-operatório. Nesse trabalho os autores fazem uma revisão da técnica realizada em 11 pacientes durante o ano de 2004.

---

**FCL14****TRATAMENTO DO GRANULOMA CENTRAL DE CÉLS. GIGANTES USANDO CORTICOTERAPIA INTRALESIONAL**

*CARVALHO, Abrahão Cavalcante Gomes de Souza*  
*MENEZES JR., José Maria Sampaio de*  
*NOGUEIRA, Renato Luiz Maia*

O tratamento do Granuloma Central de Células Gigantes (GCCG) tem sido a curetagem para lesões não-agressivas e a ressecção em bloco para lesões agressivas. Visando suprir os déficits estéticos-funcionais causados por estas técnicas, alternativas terapêuticas vêm sendo empregadas. O uso de glicocorticóides é bem relatado na literatura, causando efeitos nessa lesão, como: apoptose em células multinucleadas; e inibição da produção de proteases lisossomiais. O trabalho relata o caso de um paciente de 11 anos, gênero masculino, natural de Ibicuitinga-CE, que queixava-se de um crescimento mandibular com 4 meses de evolução. Após elucidação do diagnóstico de GCCG, a aplicação de corticosteróide intralesional foi a terapia indicada. Uma mineralização da lesão foi observada ao longo da terapia, dando um aspecto compatível com osso normal. Procedeu-se, então, a cirurgias para curetagem de resquícios da lesão, e plastia óssea, não observando recidiva em dois anos de acompanhamento do paciente.

---

**FCL15****ACESSO TRANSMAXILAR A BASE DO CRÂNIO**

*CAUBI, Antonio Figueiredo*  
*LAGO, Carlos Augusto Pereira*  
*ROCHA, Nelson Studart*  
*MORAIS, Hécio Henrique Araújo*

A abordagem cirúrgica de tumores na região de base do crânio é crítica por apresentar estruturas anatômicas nobres. A osteotomia maxilar consiste em um procedimento versátil, previsível e estável que proporciona

---

visão direta a região de clivus e coluna cervical, possui menor morbidade em relação a outros acessos cirúrgicos descritos na literatura. O seu emprego na remoção de lesões patológicas é descrito desde dos primeiros relatos de sua utilização. Cabe ao cirurgião bucomaxilofacial a realização do acesso e a exérese da lesão pelo neurocirurgião e/ou cirurgião de cabeça e pescoço. Neste trabalho apresentaremos análise de 10 casos, descrevendo técnica cirúrgica e discutindo complicações, viabilidade vascular e necrose tecidual.

---

**FCL16****TRATAMENTO DA LUXAÇÃO RECIDIVANTE DA ATM POR COLOCAÇÃO DE ANTEPARO E EMINECTOMIA**

*XAVIER, Ruth*  
*CARDOSO, Álvaro*  
*FREITAS, Karla*  
*VASCONCELOS, Belmiro*

O termo luxação da articulação temporomandibular refere-se ao côndilo fora da sua posição normal, podendo estar anterior, posterior, medial ou lateralmente à cavidade glenóide, sendo o deslocamento anterior o mais comum, necessitando de redução manual do côndilo deslocado para a cavidade glenóide. Este travamento anterior à eminência articular é mantido pelo espasmo dos músculos da mastigação. O deslocamento anterior poderá também surgir durante a atividade muscular normal de abrir a boca, como no bocejo, e não precisa necessariamente ser causado por trauma. As luxações podem ser bi ou unilaterais e são denominadas recidivantes quando os episódios passam a ser freqüentes, piorando progressivamente, onde geralmente estão associadas à hiper mobilidade da mandíbula e à inclinação da eminência articular. O tratamento cirúrgico tem como objetivos restringir a abertura bucal (aumentar a eminência com anteparo) ou promover movimentos mandibulares livres (remoção da eminência articular). Dessa forma, este trabalho tem por objetivo comparar a técnica da eminectomia, que consiste na remoção da eminência articular por ostectomia, com a técnica do uso de miniplacas na eminência articular.

---

**FCL17****ENXERTO DE MAXILA COM OSSO DE CRISTA ILÍACA PARA REABILITAÇÃO ORAL COM IMPLANTES DENTAIS**

*PAIVA, Alan de Freitas*  
*OLIVEIRA, Marcos André*  
*TORRES, Pedro Aurélio*  
*ABREU, Heron*

Paciente N. R. M, 53 anos, sexo masculino, apresentava extensa reabsorção de maxila por perda precoce de unidades dentais. Faz uso de PPR há mais de 20 anos. Foi discutido com o paciente as possibilidades de colocação de implantes dentais e a necessidade de enxerto. Foi programada a cirurgia sob anestesia geral para remoção da crista ilíaca e reconstrução da maxila associada a levantamento bilateral do seio maxilar. Após seis meses do enxerto foram colocados os implantes. Após mais seis meses foram colocados os cicatrizadores e paciente encontra-se com próteses provisórias em reabilitação protética.

**FCL18****TRAUMA EM REBORDO ORBITÁRIO COM UMA PRÓTESE BUCO-MAXILO-FACIAL EM ACRÍLICO***CAMARGO, Igor**PORTO, Gabriela Granja**ORESTES, Maria do Socorro**LAUREANO FILHO, José Rodrigues*

Muitos são os problemas vividos por um indivíduo com deformidade facial, sendo um deles o complexo de inferioridade. Esses defeitos sejam eles congênitos, causados por traumas ou por oncociirurgias, podem causar transtornos tanto no meio social quanto no familiar, principalmente, quando eles são bem visíveis, encontrando-se numa região de maior exposição, como a face. O tratamento reabilitador de pacientes com defeitos faciais oferece condições bastante satisfatórias na recuperação da estética e do bem-estar pessoal. Atualmente são disponíveis materiais para reconstituições tais como telas de titânio, matérias sintéticas como o polietileno poroso de alta densidade (Medpor), o silicone ou mesmo os enxertos autógenos provenientes de áreas doadoras como o ilíaco e a mandíbula. Apesar destas serem as formas mais desejadas para a reabilitação possuem dificuldades como o alto custo e o aumento da morbidade para obtenção dos enxertos autógenos. O objetivo deste painel consiste em mostrar de forma detalhada uma seqüência cirúrgica para reconstrução parcial do rebordo superior da órbita, conseqüência de um trauma na região, onde utilizamos uma prótese de resina acrílica termopolimerizável, fixada por parafusos de titânio, confeccionada após avaliação clínica e radiológica pelas equipes de Prótese Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP/UPE) e da de CTBMF do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (Recife-PE).

**FCL19****TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE CLASSE III COM MORDIDA ABERTA ANTERIOR: RELATO DE CASO***ASSIS, Adriano Freitas**KLUPPEL, Leandro Eduardo**HOCHULI-VIEIRA, Eduardo**GABRIELLI, Marisa Aparecida Cabrini*

A mordida aberta anterior possui múltiplas etiologias, mas pode ser descrita como sendo dentária ou esquelética na sua origem. Um correto diagnóstico é essencial para obter um plano de tratamento adequado: as mordidas abertas dentárias sem grandes discrepâncias tendem a fechar espontaneamente no paciente em crescimento e respondem mais favoravelmente aos tratamentos ortodônticos; já as mordidas abertas esqueléticas freqüentemente pioram com o crescimento e normalmente requerem combinação de ortodontia e cirurgia ortognática. Os autores têm por objetivo apresentar um caso clínico de deformidade dento-esquelética Classe III com mordida aberta anterior dando ênfase ao diagnóstico, plano e forma de tratamento, onde foram realizados intrusão posterior da maxila e reposicionamento posterior da mandíbula com giro anti-horário.

**FCL20****CISTO DERMÓIDE: RELATO DE CASO CLÍNICO***SOUZA, Fabíola Vasconcelos**MENEZES JR, Jose Sampaio**NOGUEIRA, Renato Luis Maia*

Lesão de desenvolvimento incomun, delimitada por epitélio semelhante a epiderme, apresentando estruturas anexas da derme em sua parede. Etiologia relacionada com a inclusão de restos epiteliais durante a fusão dos

---

arcos branquiais (1º e 2º). Ocorrem geralmente na linha média do assoalho bucal, podem deslocar a língua causando deficit na deglutição, fonação e respiração. O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico do paciente FCLC 21, gênero masculino, melanoderma, natural de Pentecoste-Ce, encaminhado ao Serviço de CTBMF do Hospital Batista Memorial-Fortaleza, queixando-se de um "Caroço embaixo da língua", ao exame clínico apresentava extensa lesão de superfície lisa, amarelada, consistência borrachóide, evolução de 17 anos, indolor, provocando dificuldade de deglutição, fonação e deslocamento da língua, o diagnóstico clínico foi cisto dermóide e o tratamento realizado exérese cirúrgica. A histopatologia confirmou o diagnóstico inicial, e o paciente está sob proervação clínica.

---

**FCL21****IMPLANTE ZIGOMÁTICO: RELATO DE CASO**

*CARNEIRO, Wagner Junior*  
*MENEZES JR, José Maria Sampaio*  
*SILVA, Antônio Materson*  
*FILHO, Raimundo Thompson G.*  
*MAIA, Renato Luiz Nogueira*

A reabilitação por prótese dentaria implanto-suportada de pacientes desdentados totais com severa atrofia maxilar é de grande complexo; ate pouco tempo só era possível com grandes reconstruções com o uso de enxerto ósseo. Atualmente, tem se publicado na literatura científica o uso de fixação zigomatica para a reabilitação destes pacientes. O presente trabalho também tem por finalidade relatar o caso clinico do paciente M.M.B., 44 anos, natural de Pedra Branca-CE, portador prótese total superior e inferior. O tratamento realizado constou de um protocolo de Branemark inferior, com seis implantes, e um superior, com quatro implantes, e na região posterior da maxila a fixação bilateral de dois implantes zigomáticos. O paciente encontra-se sendo proservado há quatro anos.

---

**FCL22****EXPANSÃO DA MAXILA ASSISTIDA CIRURGICAMENTE**

*LACERDA, Jamerson*  
*OLIVEIRA, Marcos André*  
*NETO, Nelson Ribeiro*  
*CARDOSO, Mizaél Magalhães*

Paciente M. C . X , 19 anos, sexo feminino apresentava deficiência no tamanho da maxila, assimetria facial e discreto desvio da linha média. Como havia deficiência na dimensão transversal corrigir somente com ortodontia provavelmente haveria recidiva. Foi proposta a cirurgia com expansor palatino fixo (APARELHO DE HASS). A paciente foi submetida a cirurgia sob anestesia geral. Após 48 horas iniciou-se a ativação do expansor com ¼ de volta a cada 12 horas ate atingir a expansão programada no pré-operatório. Após este período o expansor foi travado com acrílico e mantido sob acompanhamento por 4 meses sem movimentação ortodôntica. A seguir fez-se Rx oclusal de controle e atualmente encontra-se na fase final do tratamento ortodôntico.

---

**FCL23****FRATURA MANDIBULAR - MEIOS DE FIXAÇÃO: RELATOS DE CASOS CLÍNICOS**

*CANCIO, Antonio Varela*  
*HOLLANDA, Ricardo José de Vasconcelos*  
*LAUREANO FILHO, José Rodrigues*  
*CAMARGO, Igor Batista*

---

● trauma à região facial freqüentemente resulta em injúrias aos tecido moles, aos dentes e aos ossos da face, incluindo a mandíbula. A participação no manuseio e na reabilitação do paciente com trauma de face envolve uma compreensão detalhada dos tipos, princípios de avaliação e do tratamento cirúrgico das injúrias faciais. As principais causas de fraturas faciais incluem os acidentes automobilísticos e as agressões. Dependendo do tipo da injúria, da direção e da força do traumatismo, as fraturas podem ser classificadas de acordo com a localização anatômica do traço(s). O princípio básico do tratamento de qualquer fratura é o da redução e fixação dos fragmentos. A redução deve ser a mais precisa possível, pelas suas implicações estético-funcionais. A fixação vai desde o bloqueio maxilo-mandibular à fixação interna rígida com o sistema de miniplacas. Este trabalho tem como objetivo relatar casos clínicos atendidos no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia/UPE.

**CURSO INTERNACIONAL: CIRURGIA ORTOGNÁTICA E MICRO-CIRURGIA RECONSTRUTIVA MAXILO-FACIAL**

Prof. Dr. Gerson Mast

**PARTE I ORTHOGNATHIC TREATMENT**

Orthognathic treatment has a long tradition in the German speaking countries. Lots of surgical methods has been developed, but only the evolution in anesthesia, orthodontic treatment and rigid fixation methods has lead to the high standard of quality that we have today. Modern treatment is based on a precise diagnosis, a preoperative orthodontic treatment, that allows for simple, standardized procedures and individual planning, respecting the individual facial harmony. The operative part of the treatment should be a low-risk procedure that is characterized by a fast recovery and stable results. It is not to forget, that all current procedures have a risk for serious complications, what will be shown in different examples. Beside the standard osteotomies, distraction osteogenesis has become part of the concept. The initial enthusiasm is non-reduced to a more realistic view and needs through evaluation. The expected advances in orthognathic treatment will be formed in the field of digital 3-D planning prediction and perhaps computer assisted surgery.

**PARTE II RECONSTRUCTION OF THE MANDIBLE AND MIDFACE**

Despite the fact that the tumor depend end prognosis of spinal cellular carcinoma has not improved doing the last 50 years. The methods of reconstruction of the mandible and midface are closely related to the term of a quality of life. The use of alloplasts in or without combination of tissue transform offers us a full armamentarium of possibilities. It will be shown, how the indication for different reconstruction methods is made and we will discuss our experience in this field of application.

## RESUMO DAS CONFERÊNCIAS

---

**CONF 1** **CIRURGIA ORTOGNÁTICA NA MAXILA**  
José Rodrigues Laureano Filho

A utilização das osteotomias maxilares para o tratamento das deformidades dento-faciais foi o último grande avanço, ocorrido nos anos 70, no que concerne à técnica cirúrgica. Estas osteotomias permitiram que a realização dos procedimentos cirúrgicos ortognáticos alcançasse de forma satisfatória os objetivos oclusais, funcionais e, principalmente, estéticos. Atualmente o Cirurgião Bucomaxilofacial pode realizar a osteotomia total da maxila, podendo movimentá-la especialmente em todas as direções, bem como utilizar as osteotomias segmentares da maxila, isoladas ou associadas a osteotomia total, nas diversas deformidades maxilares. Nesta conferência iremos abordar as diversas possibilidades técnicas da cirurgia ortognática na maxila e suas indicações, vantagens e desvantagens; discutindo algumas indicações, passos cirúrgicos que ainda geram discussões entre os Cirurgiões Bucomaxilofaciais.

---

**CONF 2** **OPÇÕES DE TRATAMENTO DO TELECANTO TRAUMÁTICO**  
Carlos Elias de Freitas

Uma das regiões mais atingidas em traumatismos da face é o terço médio que apresenta algumas regiões com grande fragilidade anatômica e fisiologia delicada. Uma destas regiões é a porção medial da cavidade orbitária, principalmente no trecho formado pelo osso lacrimal e lâmina papirácea do etmóide. Apesar da proteção destas estruturas, pela rigidez do processo frontal do osso maxilar e da metade cranial dos ossos nasais, quando traumatismos de alta intensidade ocorrem, esta proteção é na maioria das vezes neutralizada pela gravidade da lesão óssea e a porção medial anterior da cavidade orbitária gravemente afetada. Dentre as estruturas mais afetadas e que mais desafio nos traz nestas situações está o tendão cantal medial. Ele tem sua inserção ao longo do processo frontal da maxila e teto da crista lacrimal, promovendo um suporte crucial do globo medial, como parte de um gancho suspensório em conexão com o tendão cantal lateral e a lamina tarsal superior e inferior. O canto medial também tem a função de manter as pálpebras tangenciadas ao globo. Quando traumatismos complexos afetam a chamada região naso-órbito-etmoidal (NOE), pode haver significativa alteração anatômica do segmento ósseo, no qual o tendão cantal medial está fixado. O deslocamento da pirâmide nasal para posterior e inferior produz significativa perda de projeção e altura nasal. O achatamento do dorso do nariz produz um compensatório aumento da largura e elevação do ápice nasal. Quando tais situações acontecem, muitas das vezes o processo frontal maxilar foi seriamente lesionado provocando aumento da distância inter-cantal, observado usualmente nesse tipo de fratura, caracterizando o telecanto traumático. A distância inter-cantal deve ser aproximadamente a metade da distância inter-pupilar, e esta distância medida ao nível de tecidos moles entre os cantos mediais das pálpebras deve ser em média abaixo dos 35mm. A



---

distância inter-cantal acima dos 40mm confirma o telecanto traumático. Serão enfatizados neste trabalho aspectos clínicos fundamentais do diagnóstico clínico e radiográfico relacionado ao telecanto traumático, haja vista que a ocorrência deste, indica obrigatoriamente a redução cirúrgica e fixação óssea adequada das fraturas NOE. Uma vez que a ocorrência do telecanto traumático está diretamente relacionada com estas fraturas, as opções de tratamento se confundem com o tratamento das fraturas NOE e variam de acordo com o tipo destas. Abordaremos estas variações, discutindo a indicação para cada uma das situações, com base na literatura mais recente, sistematizando em evidências o tratamento destas lesões. O momento cirúrgico e a problemática das seqüelas em casos não-tratados ou de revisão cirúrgica também será levantada. A cantoplastia também será discutida como um tratamento complementar, sobretudo nos casos de ferimentos associados. Baseado em tudo que temos pesquisado na literatura e na nossa experiência clínica, concluímos que o telecanto traumático é uma alteração traumática desafiadora que demanda absoluta atenção e empenho por parte cirurgião buco-maxilo-facial desde a fase propedêutica até a terapêutica.

---

### **CONF 3 RECONSTRUÇÃO ORBITÁRIA**

Luis Raimundo Rabelo

A órbita está envolvida em mais de 40% dos traumatismos faciais, podendo se apresentar como trauma isolado, ou mesmo associado às fraturas naso-órbita-etmoidal e zigomático-orbitárias. Seu tratamento requer muitas vezes abordagem cirúrgica por meio de acessos periorbitários e coronal, assim como de utilização de enxertos ósseos e materiais aloplásticos. O emprego adequado de fixação interna rígida no tratamento das fraturas orbitárias é recomendável sempre que possível e tem demonstrado promover uma maior estabilidade tridimensional, melhorando o resultado estético-funcional. Nesta conferência abordaremos as principais etapas das reconstruções orbitárias, assim como discutiremos os principais materiais e enxertos utilizados para o mesmo, de acordo com a literatura atual.

---

### **CONF 4 TRATAMENTO DAS FRATURAS DO FRONTAL E TETO ORBITÁRIO**

Talvane Sobreira

Este trabalho tem por objetivo discutir o diagnóstico, tratamento e formas de acesso às fraturas do frontal, bem como discutir as técnicas e utilização de materiais de fixação das fraturas envolvendo o osso frontal. As fraturas envolvendo o frontal e teto orbitário são de etiologia variada e incluem, além de outras, a agressão física, os acidentes automobilísticos e motociclísticos, podendo ter comprometimento neurológico ou não e, em alguns casos, produzindo deslocamento do globo ocular com conseqüente diplopia ou limitação dos movimentos oculares, hipertelorismo traumático e rinorréia cérebro espinhal. Ao exame clínico é comum a presença de edema na região frontal, equimose periorbitária supra-orbital e subconjuntival bilateral ou unilateral. O exame mais indicado para o diagnóstico destas fraturas é a tomografia computadorizada, podendo ser acompanhada de reconstrução 3D. O acesso cirúrgico coronal é o mais utilizado na maioria dos casos, onde uma exposição ampla permite uma melhor visualização dos fragmentos ósseos fraturados, e conseqüente melhor manipulação do segmento envolvido.

As deformidades dentofaciais são caracterizadas pela severidade das alterações oclusais e estéticas, onde o tratamento envolve uma abordagem combinada ortodôntica e cirúrgica para otimização dos resultados. O tratamento das deformidades dentofaciais podem ser realizado através de modificação do crescimento, para pacientes onde o potencial de crescimento é satisfatório, camuflagem, onde o comprometimento estético não é acentuado, e cirurgia ortognática que é a reposição cirúrgica das bases ósseas. A cirurgia ortognática tem se mostrado como uma alternativa bastante viável para casos de deformidades mais severas e, mais recentemente, para casos onde a discrepância esquelética apesar de pequena, exige uma estabilidade funcional em longo prazo, o que pode ser garantido pelo tratamento combinado. A proposta deste trabalho é discutir, baseado em revisão de literatura, as bases biológicas da inter-relação ortodôntica cirúrgica para tratamento das deformidades dentofaciais e apresentar casos clínicos que ilustrem o tema.



## RESUMO DOS SIMPÓSIOS

### RESUMO

### SIMPÓSIO DE TRAUMA

Simposiasta: Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos

1. Quais os acessos cirúrgicos e os pontos de eleição para a Fixação Interna Rígida?

Os acessos mais indicados pela literatura são:

1- Órbita:

Pálpebra inferior: acessos sub-ciliar e sub-tarsal

Rebordo infra-orbitário: acesso infra-orbitário

Pálpebra superior: acesso supra-tarsal

Rebordo supra-orbital: acesso supra-orbitário

Conjuntiva: acesso trans-conjuntival

2- Crânio:

Acesso coronal / hemi-coronal

3- Intra-bucal:

Acesso no vestíbulo maxilar

Os pontos de fixação mais indicados:

1- Pilar zigomático,

2- sutura fronto-malar,

3- rebordo infra-orbitário,

4- arco zigomático

2. Qual (is) o (s) material (is) de escolha para a enxertia de assoalho de órbita?

1- Enxertos autógenos: crânio, parede anterior do seio maxilar, mento, crista ilíaca, cartilagem da hélix da orelha.

2- Materiais aloplásticos: tela de titânio, Medpor, telas de polegalactina 910.

3- Combinação de materiais.

3. Quais os exames imaginológicos usados para o diagnóstico e planejamento cirúrgico e controle pós-operatório?

Radiografia de Waters

Tomografia de face em cortes axiais, coronais e sagitais (cortes finos = 2 mm)

4. Qual o parâmetro usado para determinar o volume de material a ser enxertado para correção de enoftalmia?

Clínico: régua de Hertel

Imagem: O volume da órbita é calculado pela identificação de linhas e ângulos que formam a órbita em TC axiais.

Estereolitografia

Simposiasta: Walter Leal de Moura

### 1. Quais os acessos cirúrgicos e pontos de eleição para a Fixação Interna Rígida?

Em geral temos 7 acessos para as fraturas, de acordo com a localização das mesmas e grau de deslocamento. São eles:

- a) Acesso de Keen ou acesso vestibular - Permite o acesso à região de pilar zigomático-maxilar.
- b) Acesso Subciliar - Permite o acesso para a região de rebordo infraorbitário, assoalho de órbita e parede lateral da órbita.
- c) Acesso Supraciliar - Permite o acesso à região de sutura fronto-zigomática, rebordo supraorbitário e parede lateral da órbita
- d) Acesso de Gilles - Realizado na região temporal, entre as artérias temporais superficiais, de forma a permitir a redução de fraturas de arco zigomático, quando não se utiliza FIR.
- e) Al-Kayat & Bramley (1979) - Técnica pré-auricular, com extensão temporal. Permite a visualização direta do arco zigomático, favorecendo a FIR
- f) Acesso Hemicoronal - Permite o acesso às regiões supraorbitárias, paredes lateral e medial da órbita, arco zigomático
- g) Acesso Bicoronal - Indicado principalmente nos casos de Fraturas do tipo NOE, com evidente comprometimento das paredes mediais das órbitas direita e esquerda.

Fixação:

Segundo ELLIS & KITTIDUMKERN (1996), a sequência e os pontos de fixação no caso de fraturas zigomático-orbitárias são:

- a) Pilar zigomático-maxilar
- b) Sutura fronto-zigomática
- c) Rebordo infra-orbitário
- d) Arco zigomático

### 2. Qual (is) o(s) material (is) de escolha para enxertia de assoalho de órbita?

Temos para a reconstrução do assoalho orbitário os materiais de implante e os enxertos autógenos.

Como áreas doadoras de enxertos autógenos, podemos destacar as seguintes regiões:

#### a) Crista ilíaca anterior:

Possui como principal vantagem a quantidade óssea. É um osso que tem uma cortical espessa adequada para grandes reconstruções, principalmente quando há envolvimento do rebordo infraorbitário. No entanto, apresenta índice de reabsorção alto que, segundo alguns autores, é justificado pela natureza histológica do osso (endocondral), contrapondo-se ao tipo de ossificação encontrada na face (intramembranosa).

#### b) Calota Craniana:

É um tipo ósseo essencialmente cortical, cuja anatomia favorece a reconstrução. Além disso, possui índice de reabsorção inferior. Tem o mesmo tipo de ossificação dos ossos da face (intramembranosa).

#### c) Parede Lateral do Seio Maxilar:

Pouco utilizado. Usado principalmente em pequenos defeitos restritos ao assoalho da órbita, sem envolvimento do rebordo infra-orbitário.

Os materiais de implantes utilizados para a reconstrução do assoalho de órbita são:

- a) Malha de titânio

---

b) Polietileno Poroso (medpor)

3. Quais os exames imaginológicos usados para o diagnóstico e planejamento cirúrgico e controle pós-operatório?

Os exames imaginológicos utilizados para o diagnóstico, planejamento cirúrgico e controle pós-operatório são:

- a) Incidência de Waters
- b) Incidência de Hirtz (p/ arco zigomático)
- c) P.A. de Face
- d) Lateral p/ osso nasal (quando há fratura nasal associada)
- e) Tomografia Computadorizada cortes axial e coronal
- f) Tomografia computadorizada com reconstrução em 3 dimensões

4. Qual o parâmetro usado para determinar o volume de material a ser enxertado para a correção de enoftalmia?

A enoftalmia é o resultado do aumento do volume da órbita decorrente de trauma. Também pode ocorrer por alterações no corpo adiposo da órbita e de mudanças no globo ocular. Em geral, o tratamento para a enoftalmia é a reconstrução das paredes orbitais atingidas, através de enxertos autógenos ou de implantes. A quantidade de enxerto necessário para atingir este objetivo ainda é feita de forma empírica, sendo os resultados da cirurgia não predictíveis. CHAN et al. em 2000, propôs um método para determinar a quantidade de enxerto a ser utilizada nos casos de enoftalmia. Selecionou para o estudo 20 pacientes que apresentavam enoftalmia decorrente de fratura do complexo zigomático-orbitário unilateral. Através de um estudo tomográfico, determinou o volume da órbita íntegra e da órbita alterada, realizando então o procedimento cirúrgico de tal forma que o volume de enxerto utilizado fosse suficiente para proporcionar dimensões similares das órbitas. Verificou que 51% dos casos houve correção da enoftalmia, índices abaixo dos que são encontrados quando os enxertos são colocados de forma empírica. Outro parâmetro que se deve levar em conta é o tipo de material utilizado, se enxerto autógeno ou implantes. As vantagens do enxerto autógeno são a resistência à infecção, rapidamente incorporados ao leito receptor e serem constituídos do mesmo tecido nativo. No entanto, algum índice de reabsorção pode ocorrer, fazendo com que haja um aumento de volume orbitário e por consequência, recidiva da enoftalmia. Com isto, pode-se concluir que ainda não há um parâmetro definido para determinar a quantidade de volume de material a ser empregado nestes casos, sendo ainda a forma empírica, com as suas limitações, a mais utilizada.

Simposiasta: Roberto Dias Rêgo

1) Quais os acessos cirúrgicos e os pontos de eleição para Fixação Interna Rígida? Os acessos cirúrgicos para o tratamento das fraturas zigomático-orbitárias podem variar de acordo com alguns fatores como: padrão da fratura, grau de cominuição, idade do paciente e experiência do cirurgião. Da mesma forma, os pontos de eleição para fixação podem variar em função desses mesmos fatores. Para acessar a região da sutura fronto-zigomática pode-se usar dois tipos de acessos – incisão para blefaroplastia superior e incisão superciliar - que fornecem uma boa exposição com bons resultados estéticos 1. Para acessar o pilar zigomático-maxilar deve-se realizar uma incisão no fundo de sulco vestibular da maxila, com uma extensão aproximada de primeiro pré-molar a primeiro molar do lado afetado. O acesso ao rebordo infraorbitário é o que mais pode variar, podendo-se lançar mão dos acessos transconjuntival, subciliar, subtarsal e infraorbital. Os acessos transconjuntival e o subciliar são os mais relacionados a problemas como ectrópio 2, 3, e, o infraorbital está mais relacionado a cicatrizes antiestéticas. O acesso subtarsal, em nossa experiência e de acordo com a literatura, fornece um bom resultado estético com o mínimo de complicações como ectrópio 4, 5. Por ser mais relacionada a complicações estéticas, a região infraorbitária somente deverá ser acessada diante da necessidade de reconstrução do assoalho orbitário ou diante da insegurança da qualidade da redução devido a cominuição de outros pilares 6. Fraturas não deslocadas na sutura fronto-zigomática, com rotação medial e um traço linear no assoalho orbital podem ser reduzidas e fixadas no pilar zigomático-maxilar de forma satisfatória 2, 7. Em casos de grandes deslocamentos muitas vezes torna-se necessário o acesso e fixação nos três pontos. Nos casos em que há fratura do arco zigomático com a presença de um fragmento intermediário e/ou deslocamento lateral do mesmo, torna-se necessária a fixação através de acesso coronal ou pré-auricular modificado 8.

2) Qual (is) o (s) material (is) de escolha para enxertia no assoalho de órbita?

São vários os materiais que podem ser usados para reconstrução do assoalho orbitário. Enxertos ósseos autógenos, cartilagem autógena, implantes aloplásticos não reabsorvíveis, malhas e membranas reabsorvíveis, malhas de titânio, dentre outros. O material ideal para reconstrução da órbita deve ser de fácil modelagem, ancoragem, biocompatível, resistente e de pronta disponibilidade 9. Antes de escolher que tipo de material será utilizado na reconstrução, algumas considerações devem ser feitas como o tamanho do defeito a ser reconstruído e o tempo decorrido do trauma inicial até a cirurgia. Do ponto de vista biológico nada supera a utilização de enxertos autógenos 9, portanto em pequenos defeitos damos preferência para enxertos ósseos ou de cartilagem autógena 9-11. Nos casos de defeitos extensos com grandes alterações na morfologia dos tecidos moles no interior da órbita, devemos pensar em que tipo de material poderá devolver, de forma mais adequada, a anatomia das paredes internas da órbita e com baixo potencial de complicações. Os materiais reabsorvíveis, como os ácidos poliláticos (PLLA/PLDLA) e a Polidioxanona, parecem não induzir neoformação óssea em largos defeitos, além de não recuperarem a arquitetura natural das paredes internas, acarretando em uma permanência da forma que a órbita adquiriu com o trauma, após a reabsorção do material implantado 12, 13. Outro problema potencial é a reação inflamatória tecidual acarretada pelo processo de degradação do material, que pode estar presente em graus variáveis 14, 15, embora existam trabalhos demonstrando que esses materiais são bem tolerados no assoalho de órbita 16. Com relação aos implantes aloplásticos, tem-se observado um bom padrão sucesso na reconstrução de fraturas em assoalho de órbita 17-19. Problemas como, reação de corpo estranho e extrusão do material, foram minimizados com a utilização de implantes bioinertes e com certo grau de porosidade. Implantes de polietileno poroso de alta densidade possuem

---

características importantes como biocompatibilidade, resistência, fácil modelagem, boa adaptação e estabilidade 20, 21. Entretanto, existem casos de infecção pós-operatória reportados na literatura que obrigaram a remoção desse material, fato que se torna dificultado pela penetração tecidual nas porosidades do implante 22. Ellis e Tan (2003) demonstraram que tanto as malhas de titânio quanto os enxertos de calvária foram satisfatórios na reconstrução de assoalho orbitário, porém um melhor contorno foi obtido com as malhas de titânio. Nenhuma avaliação funcional foi levada em consideração nesse estudo. Malhas de titânio, apesar de proporcionar bons resultados, também oferecem algumas desvantagens como dificuldade de remoção pela fibrose que penetra na estrutura da malha e pelo risco de uma injúria as estruturas do ápice orbital 9, 23, 24. Em suma, todos os materiais disponíveis possuem suas vantagens e desvantagens. Biologicamente, o material que proporciona o reparo de forma mais fisiológica é o enxerto ósseo autógeno, apesar de seu padrão de reabsorção ainda ser imprevisível, estando dentro da nossa preferência. Para a correção de grandes defeitos, muitas vezes, podemos fazer uma associação de materiais na busca de um melhor resultado. Com base nesse aspecto damos preferência as malhas de titânio, associadas ou não aos enxertos ósseos, principalmente quando há dificuldade de ancoragem desses enxertos.

3) Quais os exames imageológicos usados para o diagnóstico, planejamento cirúrgico e controle pós-operatório? Os avanços dos métodos de diagnóstico por imagens refletiram diretamente na melhoria dos resultados no tratamento das fraturas faciais, especialmente no terço médio, onde a sobreposição de imagens vista através de radiografias convencionais dificulta sobremaneira um correto diagnóstico. O emprego da tomografia computadorizada, além de tornar o diagnóstico mais preciso, trouxe contribuições importantes para o planejamento cirúrgico e decisões de tratamento que, conseqüentemente, refletem diretamente na precisão dos resultados pós-operatórios 25. É importante a obtenção de cortes tomográficos axiais e coronais para uma adequada avaliação da extensão da(s) fratura(s). As reconstruções 3D proporcionaram uma melhor visualização do grau e direção de deslocamento do osso fraturado, fornecendo informações valiosas para o planejamento cirúrgico. Os tomógrafos espirais têm a capacidade de realizar cortes contíguos tornando as reconstruções mais fiéis, aumentando a precisão do diagnóstico e do planejamento. Na medida em que este recurso vem sendo utilizado com mais freqüência no pré-operatório, a única forma de se verificar a qualidade da redução e a estabilidade pós-cirúrgica, de forma comparativa, é através do mesmo método 6, 26. A situação ideal seria a possibilidade de se realizar um exame tomográfico no trans-operatório para avaliar a precisão da redução cirúrgica, com a possibilidade de efetuar correções de acordo com a necessidade, o que já foi demonstrado em alguns trabalhos 27. De acordo com algumas investigações, a observação de alterações na posição do osso fraturado pode estar mais relacionada a uma redução insatisfatória do que propriamente a uma instabilidade do método de fixação, o que torna esse controle por imagens, realizado precocemente, ainda mais importante 2.

4) Qual o parâmetro usado para determinar o volume de material a ser enxertado para correção de enoftalmia? De acordo com a literatura existem alguns métodos para se calcular o volume da órbita pós-trauma e para verificar o grau de enoftalmia, quando presente nas fraturas zigomático-orbitárias, estabelecendo-se uma correlação entre esses dois dados 28-30. A tomografia computadorizada parece ser o método mais empregado na atualidade para se calcular o volume da cavidade orbitária no pré-operatório. A avaliação do grau de protrusão do globo ocular pode ser realizada através da Hertel exoftalmometria, imagens 3D captadas através de sensores ópticos ou pela medição em cortes tomográficos axiais da distância do globo ao canal óptico 30, 31. Já foi constatado que, em indivíduos sem alterações de desenvolvimento da face, congênitas ou adquiridas, a dimensão das duas órbitas é muito semelhante, de forma que nos casos em que há aumento das dimensões de uma cavidade orbitária por trauma, a órbita do lado oposto poderá ser usada como parâmetro para a

---

restituição das dimensões normais 32, 33. Medidas do volume da órbita através de reconstruções 3D têm proporcionado o estabelecimento de uma relação entre a extensão da fratura e o grau de enoftalmo existente. De acordo com algumas investigações, um deslocamento de 1 cm<sup>3</sup> de tecido mole em defeitos orbitários refletem em cerca de 1 mm de enoftalmo, porém, somente quando houver uma perda de aproximadamente 3 cm<sup>3</sup> do volume orbitário é que haverá alguma repercussão clínica 34, 35. Portanto, torna-se necessário não só o acesso aos métodos imageológicos atualmente disponíveis para a execução dessas medidas, mas, sobretudo uma atuação multidisciplinar e integrada com outros profissionais, nesse caso os radiologistas, no planejamento das fraturas do complexo zigomático-orbitário, com o objetivo de se evitar o empirismo empregado nas reconstruções orbitárias.

---

**RESUMO****SIMPÓSIO DE TRAUMA: FRATURA ZIGOMÁTICO-ORBITÁRIA**

Simposiasta: Adriano Rocha Germano

\*Disponível pela Internet

---

**RESUMO****SIMPÓSIO DE IMPLANTE: CARGA IMEDIATA**

Simposiasta: Eider Guimarães Bastos

1. Quais os fatores mais importantes para o sucesso em carga imediata?

a. Alta estabilidade primária (boa qualidade óssea que permita força mínima de 32N/cm)

b. Implantes longos (no mínimo 10 milímetros);

c. Ausência de hábitos para-funcionais;

d. Presença de estabilidade oclusal dentária prevenindo a sobrecarga ao implante;

e. Ajuste oclusal livre de contatos prematuros ou interferências oclusais em máxima intercuspidação e movimentos excursivos.

2. O que é mais importante para os implantes submetidos a carga imediata: ancoragem ou osseointegração?

A ancoragem inicial é mais importante, pois a partir do momento que esta permita mobilidade inferior a 100µm, conseqüentemente favorecerá à osseointegração.

3. Quais fatores de risco podem estar associados aos casos de implantes submetidos a carga imediata?

Má qualidade óssea (osso tipo III e IV); instabilidade inicial, presença de hábitos para-funcionais, presença de contatos oclusais em máxima intercuspidação habitual e nos movimentos excursivos.

4. Os fatores de determinantes oclusais são importantes para a manutenção da estabilidade primária dos implantes? Por quê?

Sim, pois diminuem a carga funcional sobre a área implantada



Simposiasta: Rodrigo Nunes Tavares

1. Quais os fatores mais importantes para o sucesso em carga imediata?

- Estabilidade Primária: O implante deverá apresentar clinicamente imóvel no momento de sua colocação
- o Comprimento do implante: mínimo de 10 mm;
- o Torque de inserção: mínimo 30Ncm;
- o Qualidade Óssea: preferencialmente tipo I e II;
- o Ancoragem Bicortical;
- o Modificação na técnica cirúrgica: a última broca deve ser, pelo menos, 1 mm menor do que o diâmetro do implante;
- o Número e disposição geométrica dos implantes.
- Esplintagem rígida dos implantes.
- Esquema Oclusal sobre o provisório
- o PRÓTESES UNITÁRIAS: colocação da prótese fora de oclusão.
- o PRÓTESES COM MÚLTIPLOS IMPLANTES:
  - Planos inclinados das cúspides de trabalho sem profundidade;
  - Toques bilaterais na posição cêntrica, com o máximo de dentes possíveis;
  - Movimentos laterais: evitar forças excessivas em um único implante
  - Movimento de proteusão: o máximo de dentes anteriores possíveis
- Superfície dos implantes: o uso de superfícies tratadas promove o processo de osseointegração mais rápido.

2. O que é mais importante para os implantes submetidos a carga imediata: ancoragem ou osseointegração?

A ancoragem do implante é o fator chave para se conseguir o sucesso com carga imediata sobre implantes, visto que, evita o aparecimento de micromovimentos com grandes amplitudes na superfície do implante/osso.

3. Quais fatores de risco podem estar associados aos casos de implantes submetidos a carga imediata?

- Instabilidade primária do implante
- Implantes curtos (<10mm)
- Pobre qualidade óssea: tipos III e IV (localizados, principalmente, na maxila)
- Trauma oclusal: pacientes com bruxismo ou classe II, divisão 2.
- Infecção pós-operatória
- Presença de defeitos ósseos tipo fenestrações ou deiscências
- Próteses provisórias mal adaptadas
- Falta de cooperação do paciente

4. Os fatores de determinantes oclusais são importantes para a manutenção da estabilidade primária dos implantes? Por quê?

Sim, principalmente nos casos de implantes unitários submetidos à carga imediata. Porque, caso haja forças oclusais excessivas, principalmente laterais, haverá a presença de micromovimentos maiores que 150µm. Provocando a não formação do processo de osseointegração.

Simposiasta: André Carlos Freitas

1. Quais os fatores mais importantes para o sucesso em carga imediata?

Preparo prévio protético; Estabilidade primária (com torque maior ou igual a 32N/cm); Estabilidade secundária dada pela fixação rígida de uma barra metálica com característica de passividade para não haver tensão sobre os implantes instalados; Qualidade do osso; Ajuste oclusal para uma melhor estabilidade.

2. Qual o mais importante para os implantes submetidos a carga imediata; ancoragem ou osseointegração?

Em um primeiro momento a ancoragem é o principal fator no sucesso da carga imediata pois possibilita um período de cicatrização sem micromovimentos, favorecendo desta forma o processo de osseointegração que será determinante para o sucesso final da reabilitação.

3. Quais fatores de risco podem estar associados aos casos de carga imediata?

Parafunção (bruxismo ou apertamento); Um longo cantilever; Técnica cirúrgica (curva de aprendizado); Falta de integração Cirurgião-Protésista-Protético; Falta de ajuste oclusal com Oclusão mutuamente protegida.

4. Os fatores de determinantes oclusais são importantes para a manutenção da estabilidade primária dos implantes? Por quê?

Sim. Por que a sobrecarga e interferências oclusais podem levar a folga de parafuso do abutment; sobrecarga na interface implante-osso aumentando o fenômeno da salcerização.

Simposiasta: Marco Aurélio de Medeiros

1-Quais os fatores mais importantes para o sucesso em carga imediata?

A simplificação dos procedimentos clínicos, a redução dos custos e etapas de tratamento, são os principais benefícios desta técnica. A literatura tem demonstrando resultados promissores baseados em dados retrospectivos para o sucesso de carga imediata em implantes. Embora sejam necessárias pesquisas randomizadas para assegurar a evidência científica da técnica, o consenso atual na literatura disponível é de que alguns fatores são indispensáveis para o sucesso do protocolo em carga imediata: seleção dos pacientes, tipo e qualidade do osso, comprimento do implante, micro e macro estrutura do implante, habilidade cirúrgica, estabilidade primária, controle de carga oclusal, tipo de prótese utilizada, componentes cirúrgico / protéticos, confiável do ponto de vista biomecânico, próteses bem ajustadas, conexão rígida entre os implantes através de infra-estrutura metálica, preferências por próteses fixas ao invés de removíveis, não remover a prótese fixa ou a esplintagem dos implantes antes dos quatros meses, encerramento diagnóstico, sempre que possível próteses parafusadas, distribuição em arco cruzado, ausência de hábitos para-funcionais, torque em torno de 50 Ncm, entrosamento cirurgião e protésista.

---

2 - O que é mais importante para os implantes submetidos a carga imediata: ancoragem ou osseointegração?

A ancoragem, pois esta favorece a neoformação óssea durante o período de cicatrização e permite a melhor distribuição de forças ao longo eixo do implante. Este princípio biológico também chamado de estabilidade inicial, viabiliza a osseointegração na utilização do protocolo de carga imediata funcional. A obtenção de uma alta estabilidade inicial deverá ser mantida através da estabilidade secundária conferida pela reabilitação protética, evitando assim micromovimentações interfaciais durante as fases iniciais da cicatrização.

3 - Quais os fatores de risco podem estar associados aos casos de implantes submetidos a carga imediata  
Fatores Sistêmicos de risco para carga imediata: osteoporose, tabagismo, síndrome Sjögren, síndrome Rickets, diabetes Tipo II

Fatores locais de riscos para Carga Imediata: Pequeno volume ósseo, qualidade pobre de osso, bruxismo, patologias presentes, locais irradiados, pacientes que não cooperam, enxertos ósseos.

4 - Os fatores de determinantes oclusais são importantes para a manutenção da estabilidade primária dos implantes? porque?

Sim. Porque o princípio básico para o protocolo com carga imediata, consiste em minimizar as cargas excessivas a fim de controlar a micromovimentação do implante durante o período de cicatrização. Existe um consenso entre pesquisadores em unir rigidamente os implantes com carga imediata a fim de aumentar a estabilidade do conjunto de implantes, usando para isto, conexão rígida entre os mesmos, através de infra-estrutura metálica. Além deste cuidado, o uso de cantilevers deve ser cauteloso, próteses bem ajustadas de preferência fixas e parafusadas, parece ser também consenso dentro da comunidade científica.