

Tratamento multidisciplinar de deformidades dentofaciais

Multidisciplinary treatment of dentalfacial deformities

Marco A. de O. Almeida

Ione H. V. P. Brunharo

Resumo

O presente artigo relata três casos clínicos de deformidades dentofaciais tratados na Clínica de Ortodontia da FO-UERJ. A integração entre as áreas da saúde foi primordial na condução, conclusão e sucesso dos casos. O primeiro relato descreve o tratamento ortodôntico de uma menina de 10 anos com síndrome de Turner do tipo mosaico. Portadora de maloclusão de classe II, o plano de tratamento consistiu no controle de crescimento facial para o estabelecimento de uma oclusão estável em conjunto a uma terapia com hormônios para estimular o crescimento corporal. O segundo relato descreve o caso de uma jovem de 20 anos portadora de microsomia hemifacial com grande comprometimento estético e psicológico. Paciente portadora de maloclusão dentária e esquelética de classe II e grande assimetria facial foi submetida a preparo ortodôntico para cirurgia ortognática associada com enxerto de costela para reconstituição da estrutura mandibular não desenvolvida. O terceiro relato descreve o caso de uma menina de 12 anos portadora de síndrome de Esco-

bar, com grande comprometimento estético e funcional. A deformação facial incluía atresia maxilar severa, classe II esquelética com padrão de crescimento vertical e mordida aberta total. Em todos os casos o tratamento multidisciplinar permitiu melhora da função oclusal e da autoestima das pacientes.

Descritores: *Maloclusão; Tratamento; Ortodontia.*

Abstract

This paper relates three clinical cases of dentofacial deformities cases treated in Orthodontic Clinic of UERJ Dental School where health areas integration were fundamental on treatment success. The first case report describes the treatment of a 10 years old female with mosaic Turner syndrome (TS). She presented a skeletal malocclusion class II and the treatment plan consisted of facial growth control to establish a good occlusion associated with a hormone therapy that was initiated for corporal growth stimulation. The second case reports a 20 years old girl with a severe hemifacial micros-

somia where a large psychological and aesthetic compromising existed. She had a dental and skeletal malocclusion class II with mandibular asymmetry. She was submitted to orthodontic preparation for orthognathic surgery associated to ribbon graft to mandibular reconstruction. The third case reports a 12 years old girl with Escobar syndrome with an extensive functional and aesthetics problems. The facial deformity included severe maxillary atresia, skeletal class II with vertical growth pattern and total open bite. In all cases the multidisciplinary treatment was the main key that allowed the improvement of occlusal function and patients self-esteem.

Keywords: *Malocclusion; Treatment; Orthodontics.*

Introdução

Os autores objetivam, com este artigo, enfatizar a importância do tratamento multidisciplinar em pacientes que necessitam de tratamento ortodôntico onde há envolvimento de patologias sistêmicas ou síndromes envolvendo alterações dentofaciais.

O sistema estomatognático é um complexo de estruturas que desenvolvem funções comuns, tais como mastigação, deglutição e fonação, e pode estar sujeito a comprometimentos oriundos de problemas orgânicos sistêmicos. O seu funcionamento está intimamente ligado à função de outros sistemas, tais como nervoso, muscular e/ou endócrino que também se comprometem a partir de uma desordem patológica. Portanto, nos estados de alterações anatômicas, patologias sistêmicas ou quadros sindrômicos o sistema estomatognático pode sofrer ou influenciar a sua estrutura e configuração dentofacial.

Nestes casos a face é comprometida durante o crescimento e desenvolvimento dos ossos, dentes e articulações e assim nas deformidades dentofaciais é necessário o planejamento de um tratamento multidisciplinar envolvendo as diferentes áreas da saúde, tais como Odontologia, Medicina, Fisioterapia, Psicologia e Fonoaudiologia para obtenção do sucesso do tratamento.

Primeiro caso clínico: tratamento ortodôntico de paciente com síndrome de Turner

A síndrome de Turner (ST), desordem cromossômica muito frequente, é caracterizada pela presença de apenas um cromossoma X funcionante.¹ Afeta meninas com a prevalência de um a cada 2.500 nascimentos.²⁻⁴

Há atraso e diminuição do crescimento das portadoras de ST, que se manifestam no período intrauterino e são mais evidentes na puberdade,⁵ resultando em características comuns como baixa estatura, tórax proeminente, pescoço curto, unhas hipoplásicas, disgenesia gonadal, linfedema congênito, dobra epicântica, ptose palpebral, orelhas proeminentes e implantação baixa do cabelo na região da nuca.⁵ As manifestações orais incluem posição retrognata da mandíbula,⁵⁻⁸ palato alto e arqueado, arco maxilar em forma de “V”,⁴ dentes com diâmetros reduzidos, erupção precoce, reabsorções radiculares idiopáticas¹⁴ e raízes curtas.^{7,9,10}

Estes pacientes desenvolvem padrões específicos de maloclusão e crescimento. O arco maxilar, apesar de estreito, possui comprimento normal quando comparado com o arco mandibular, que se apresenta geralmente com largura aumentada e comprimento diminuído, refletindo então em um desequilíbrio no crescimento facial.⁷

Relato do caso

Uma paciente do sexo feminino, com 10 anos e 6 meses de idade e diagnóstico de síndrome de Turner (ST) do tipo mosaico se apresentou para tratamento na Clínica de Ortodontia da FO-UERJ com queixa principal de protrusão dos incisivos superiores. As fotografias iniciais mostraram uma assimetria facial para a direita e um perfil convexo devido à hipoplasia mandibular. O exame intraoral revelou maloclusão de classe II de Angle, sobressaliência de 9 mm, sobremordida de 6 mm, erupção precoce dos dentes permanentes, apinhamento moderado

na região anterior da mandíbula e diastemas generalizados no arco (figura 1).

Exames radiográficos iniciais revelaram os dentes permanentes erupcionados, com exceção dos primeiros pré-molares inferiores, em processo de erupção. A análise cefalométrica mostrou a maxila bem posicionada e a mandíbula retrognata, causando uma relação de classe II esquelética. O ângulo do plano mandibular alto indicava uma tendência de crescimento vertical, caracterizando a face da paciente como longa. Os incisivos superiores mostravam uma inclinação vestibular acentuada. A radiografia de mão e punho demonstrava que a paciente estava aquém do desenvolvimento esquelético normal, de acordo com os parâmetros definidos por Greulich e Pyle,¹¹ indicando aproximadamente 8 anos de idade.

Objetivos, planejamento e desenvolvimento do tratamento

O tratamento objetivou realizar um controle do crescimento vertical e anteroposterior da face com ancoragem extraoral. Inicialmente foi instalado um aparelho extraoral de Thurow para ser utilizado pelo maior número de horas ao dia.¹² Aos 10 anos e 9 meses, uma terapia com hormônio de crescimento foi iniciada, nela

o endocrinologista responsável estimou um crescimento de 2 a 3 cm a cada três meses. Em quatro meses, a paciente atingiu uma relação de molar de classe I bilateral e uma melhora significativa no aspecto facial.

A fim de promover a completa correção da maloclusão, o tratamento ortodôntico fixo foi instalado numa segunda fase para alinhamento e nivelamento dos arcos e retração dos incisivos superiores para estabelecimento de uma oclusão estável.

Após 12 meses, a relação molar de classe I apresentava recidiva e um aparelho propulsor de Jasper Jumper bilateral foi instalado por 3 meses.¹³ Após esta fase, uma correta relação molar foi restabelecida e arcos de finalização foram utilizados para refinamento da oclusão.

As propostas do tratamento foram alcançadas e proveram à paciente um sorriso agradável e uma oclusão bem estabelecida (figura 2).

Radiografias finais mostraram um bom paralelismo radicular, apesar da reabsorção radicular já esperada das raízes dos incisivos superiores que provavelmente ocorreram devido ao longo tempo de tratamento. A radiografia cefalométrica final mostra uma boa relação dos incisivos em relação às suas bases ósseas. A relação sagital maxilomandibular foi reduzida



Figura 1: Fotografias extra e intraorais ao início do tratamento da paciente portadora de síndrome de Turner.

em 4 graus devido ao bom crescimento horizontal da mandíbula associado ao controle de crescimento maxilar, como pode ser observado nas sobreposições dos traçados cefalométricos.

Discussão

Considerando que 100% das pacientes com síndrome de Turner possuem anomalias ortodônticas o conhecimento e diagnóstico precoce das maloclusões relacionadas são de extrema importância para o ortodontista.⁷ Como a idade dentária é sempre mais avançada que a idade cronológica e a idade esquelética, estes casos requerem mais atenção.⁴

A administração de hormônio de crescimento é de grande valor em pacientes com ST, pois induzem ao crescimento e ao início da puberdade.⁴ Quando essa terapia é empregada durante a infância e a adolescência, a deficiência de massa óssea pode melhorar e até ser similar ao prognóstico para um pico de massa óssea adequado.⁴

Uma vez que portadoras de ST apresentam crescimento atrasado ou reduzido, pode-se levar em conta que a terapia com hormônios provavelmente tenha ajudado a obtenção da relação molar de classe I através do controle do crescimento maxilar com aparelho de Thurow.^{4,12}

Um excelente resultado foi alcançado no tratamento ortodôntico, com a obtenção de uma

boa função estética e, acima de tudo, a satisfação da paciente.

Segundo caso clínico: tratamento ortodôntico em paciente adulto com microsomia hemifacial

A microsomia hemifacial constitui a segunda anomalia craniofacial congênita mais frequente depois da fenda palatina, afetando 1 em 5600 nascimentos.¹⁵ Esta entidade resulta de um desenvolvimento anormal do primeiro e segundo arcos faríngeos, afetando as estruturas que derivam dos mesmos. São eles os ossos maxilar, mandibular, temporal, a cadeia ossicular, os músculos mastigadores e da mímica facial, o osso hióide e a apófise estilóide.¹⁶

Esta alteração congênita geralmente é unilateral e causa uma deformidade facial caracterizada por diminuição do corpo da mandíbula e desvio do mento para o lado afetado. Do lado contralateral, tem-se um alongamento da mandíbula e a face é achatada.¹⁶

Relato do caso

A paciente do caso chegou à Clínica de Ortodontia da FO-UERJ já com 20 anos de idade e diagnóstico de microsomia hemifacial. Relatava como queixa principal grande compro-



Figura 2: Fotografias extra e intraorais ao final do tratamento da paciente portadora de síndrome de Turner.

metimento funcional e estético devido a extensa assimetria facial e disfunção da articulação temporomandibular.¹⁷ As fotografias iniciais mostraram uma assimetria para a direita e um perfil convexo devido à hipoplasia mandibular (figura 3).

Na panorâmica o côndilo articulava no rochedo temporal e, em termos musculares, identificou-se atrofia do músculo temporal

direito.

O exame intraoral revelou maloclusão de classe II de Angle, sobressaliência de 10 mm, mordida aberta de 3 mm, incisivos projetados excessivamente nas bases ósseas e perda dos primeiros molares permanentes (figura 3).

A análise cefalométrica mostrou a maxila protruída e a mandíbula retrognática, causando uma relação de classe II esquelética severa.

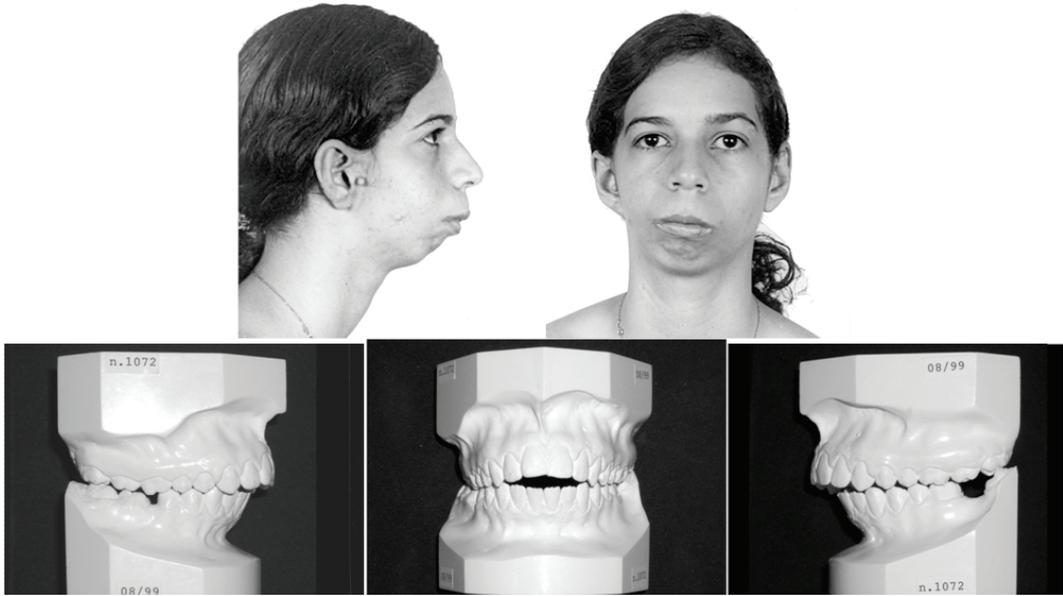


Figura 3: Fotografias extra e intraorais ao início do tratamento da paciente portadora de microssomia hemifacial.



Figura 4: Fotografias extra e intraorais ao início do tratamento da paciente portadora de microssomia hemifacial.

O plano do ângulo mandibular encontrava-se extremamente alto indicando um giro horário da mandíbula, não permitindo a expressão do pogônio caracterizando uma face com grande convexidade. Os incisivos apresentavam uma inclinação vestibular acentuada.

Objetivos, planejamento e desenvolvimento do tratamento

A paciente foi encaminhada para o Serviço de Psicologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) para tratamento psicoterapêutico por conta de questões inerentes à deformidade que possuía. No planejamento ortodôntico foi programado exodontia do incisivo central inferior direito para recolocação da bateria labial inferior na sínfise mandibular. Foi instalado o aparelho ortodôntico para alinhamento, nivelamento, fechamento do espaço da exodontia e coordenação dos arcos dentários.

A fim de promover a correção cirúrgica da deformidade esquelética, foi planejado, junto ao serviço de bucomaxilofacial, uma recolocação posterior da maxila e reconstrução do ramo mandibular direito, a partir de um enxerto de costela e mentoplastia para melhor expressão do pogônio. Para obtenção de um bom engrenamento dentário e restabelecimento das funções oclusais, os arcos dentários foram preparados ortodonticamente no tempo pré-cirúrgico.¹⁷

Por problemas pessoais, a paciente se ausentou por três anos da clínica e, ao retornar, apresentava os terceiros molares superior e inferior direitos, além do segundo molar inferior direito condenados. Após a exodontia destes elementos foi dada continuidade ao tratamento ortodôntico. Após os arcos de estabilização instalados, a paciente foi encaminhada para o Serviço de Bucmaxilofacial do HUPE para reconstrução do ramo mandibular.

Após o procedimento cirúrgico, a paciente estabeleceu uma boa função oclusal e apresentou uma estética favorável. A paciente foi submetida à terapia miofuncional com o Serviço de Fonoaudiologia do HUPE para melhora do tônus muscular do lado direito da face.¹⁶ Após a cirur-

gia, relatou parestesia da região infraorbitária.

Primariamente, os objetivos do tratamento foram alcançados e proveram à paciente um sorriso mais agradável e uma oclusão bem-estabelecida (figura 4). A tomografia pós-cirúrgica mostra o posicionamento das fixações rígidas e a nova conformação esquelética obtida.

A radiografia cefalométrica pós-cirúrgica mostrou uma boa relação dos incisivos em relação às suas bases ósseas. A relação sagital maxilomandibular foi reduzida em 10 graus e os incisivos superiores foram recolocados na base óssea.

Entretanto, durante a fase de finalização ortodôntica a paciente começou a relatar dores musculares na região articular esquerda da mandíbula e observou-se perda do engrenamento dentário obtido na cirurgia.

Nova tomografia foi solicitada e observou-se perda do enxerto de costela realizado para o avanço e correção da assimetria mandibular. O traçado cefalométrico mostra aumento da relação sagital em 3 graus devido à recolocação distal da mandíbula. Neste momento foi planejado novo procedimento cirúrgico para instalação de uma prótese articular baseado em publicações¹⁸ de pacientes submetidos a este procedimento com cinco anos de acompanhamento.

Discussão

É notório que o caso descrito é de grande complexidade visto que diferentes estruturas estão envolvidas e necessitam de intervenção. Porém, está claro que a paciente sofreu uma grande melhora da sua condição estética e funcional com o tratamento proposto. Coloca-se em questão inicialmente as perdas dentárias causadas com a duração do tratamento. Entretanto, enfatiza-se que não foi o tratamento ortodôntico ou mesmo o procedimento cirúrgico que a levou a esta condição, mas o péssimo controle de higiene oral e muito provavelmente os lapsos de ausência que teve durante o tratamento ativo, o que não permitiu a melhor orientação sobre o controle de placa e cáries.

O tratamento foi um desafio, uma vez que uma nova estrutura articular seria dada à paciente principalmente no que tange à reconstrução da articulação temporomandibular. Inicialmente um excelente resultado foi alcançado com o tratamento ortocirúrgico, com a obtenção de uma boa função estética e, acima de tudo, a satisfação da paciente.¹⁸ Mesmo com a possibilidade de realização de uma prótese condilar, a paciente atualmente possui uma estética e uma satisfação com sua face que só foi possível devido ao tratamento multidisciplinar realizado.

3º caso clínico: paciente com maloclusão devido à síndrome de Escobar

A síndrome de Escobar ou de múltiplos pterígios é uma desordem autossômica recessiva, cuja manifestação central é a presença de um múltiplo pterígio ou contraturas cutâneas. Caracteriza-se por pacientes com baixa estatura que raramente excedem o 1,35 cm, possuem marcha característica, sindactilia membranosa nas mãos, pés com morfologia anormal e convexidade na região inferior, e os homens com criptorquidia. As anomalias orofaciais presentes são a presença de uma forma facial triangular, ptose palpebral bilateral e hipertelorismo.¹⁹ Os pacientes possuem inteligência normal.¹⁹

Foi primeiramente descrita por Bussiere em 1902, entretanto em 1982 recebeu o nome de síndrome de Escobar, depois que este – em 1978 – preparou um extenso relato da doença.²⁰ O defeito genético desta condição foi identificado como uma subunidade gama do receptor da acetilcolinérgico nicotínico.²¹⁻²³

Relato do caso

A menina de 12 anos buscou o tratamento ortodôntico com queixa que não conseguia mastigar. Ao exame clínico apresentava uma face com o terço inferior extremamente alongado, perfil reto, pouca expressão anterior do mento e linha de sorriso invertida devido às comissuras baixas. A paciente mostrava uma estética facial

muito comprometida (figura 5).

Oclusalmente apresentava um arco maxilar extremamente atrésico de forma triangular, ausência dos segundos premolares, mordida aberta de 6 mm, na qual apenas os segundos molares ocluíam, relação de molares de classe II, sobresaliência de 11 mm, discrepância dentoalveolar de 2 mm (figura 5).

A radiografia cefalométrica inicial mostrava uma classe II esquelética e um comprometimento vertical de todas as medidas faciais.

Objetivos, planejamento e desenvolvimento do tratamento

Na primeira fase do tratamento foi realizada disjunção do palato para correção da forma atrésica do arco superior. No arco inferior os primeiros molares permanentes foram extraídos para melhora do padrão vertical. O segundo e terceiro molares irromperam naturalmente ocupando o espaço da exodontia mantendo uma grande divergência radicular.

Após cinco anos do início da primeira fase o tratamento ortodôntico fixo foi realizado para preparo cirúrgico, a fim de permitir uma boa articulação dentária pós-cirúrgica. Os arcos dentários foram alinhados, nivelados e coordenados previamente à cirurgia ortognática.

Foi planejado para a paciente cirurgia de impacção maxilar linear de 10 mm e avanço de 5 mm, maxila em 2 segmentos, avanço e giro mandibular (técnica do L invertido) e mentoplastia (avanço de incisivos: 15 mm e avanço do Pog: 28 mm).

O traçado cefalométrico final mostra redução das medidas verticais e da proporção inferior da face. A medida do plano mandibular reduziu em 14,5 graus, graças ao giro horário que a mandíbula ganhou com o procedimento cirúrgico. A superposição dos traçados cefalométricos inicial e final mostra a melhora do perfil.

É notório o ganho funcional que a paciente obteve com o tratamento, visto os registros fotográficos finais da oclusão, nos quais as relações oclusais melhoraram tanto transversal quanto



Figura 5:

- a) Fotografia da face ao início do tratamento da paciente portadora de síndrome de Escobar;
- b) Fotografia da oclusão anterior ao início do tratamento da paciente portadora de síndrome de Escobar;
- c) Fotografia vista oclusal ao início do tratamento da paciente portadora de síndrome de Escobar;
- d) Fotografia vista oclusal ao final do tratamento da paciente portadora de síndrome de Escobar;
- e) Fotografia da face ao término do tratamento da paciente portadora de síndrome de Escobar;
- f) Fotografia da oclusão anterior ao término do tratamento da paciente portadora de síndrome de Escobar.

sagitalmente (figura 5).

Discussão

O tratamento teve um bom resultado, pois a paciente iniciou o tratamento numa fase do seu crescimento que permitiu realizar a expansão maxilar com recursos ortodônticos através do aparelho de Hass. Além disto, a exodontia dos primeiros molares permitiu alguma redução das medidas verticais em 3 graus, devido à migração mesial do segundo e terceiro molares.

Apesar do comprometimento estético que a síndrome de Escobar impõe aos pacientes, o caso em questão ilustra positivamente o quanto o tratamento ortodôntico associado com a cirur-

gia ortognática forneceu uma grande melhora funcional e estética.

Conclusão

O Serviço de Ortodontia da FO-UERJ – sendo um serviço reconhecido internacionalmente através de suas publicações em revistas com alto *qualis* – realiza atendimento à comunidade que busca tratamento ortodôntico de alta qualidade. Desde 1981, a clínica de especialização forma ortodontistas vindos de todas as partes do Brasil e, hoje, o departamento tem formandos espalhados por diferentes partes do mundo.

Entretanto, o Serviço sofre com algumas di-

ficuldades operacionais, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico por imagem, uma vez que a falta de um tomógrafo volumétrico na Faculdade de Odontologia dificulta a obtenção de um melhor diagnóstico e possibilidade de publicações internacionais destes casos.

Referências

1. Ferguson-Smith MA. Karyotype-phenotype correlations in gonadal dysgenesis and their bearing on the pathogenesis of malformations. *J Med Genet.* 1965;2:142-55.
2. Evans HJ. Chromosome anomalies among live births. *J Med Genet.* 1977;14:309-12.
3. Gravholt CH, Juul S, Naeraa RW, Hansen J. Prenatal and postnatal prevalence of Turners syndrome: a registry study. *Br Med J.* 1996;312:16-21.
4. Midtbo M, Wisth PJ, Halse A. Craniofacial morphology in young patients with Turner syndrome. *Eur J Orthod.* 1996;18:215-25.
5. Babi. M, Glisi. B, S.epan I. Mandibular growth pattern in Turner fs syndrome. *Eur J Orthod.* 1997;19:161-4.
6. Szilagyi A, Keszthelyi G, Nagy G, et al. Oral manifestations of patients with Turner syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000;89:577-84.
7. Perkiomaki M, Kyrkanides S, Niinimaa A, et al. The relationship of distinct craniofacial features between Turner syndrome females and their parents. *Eur J Orthod.* 2005;27:48-52.
8. Filipsson R, Lindsten J, Almquist S. Time of eruption of the permanent teeth, cephalometric and tooth measurements and sulphation factor activity in 45 patients with Turner syndrome with different types of chromosome aberrations. *Acta Endocrinol.* 1965;48:91-113.
9. Midtbo M, Halse A. Root length, crown height, and root morphology in Turner syndrome, *Acta Odontol Scand.* 1994;52:303-14.
10. Midtbo M, Halse A. Occlusal morphology in Turner syndrome. *Eur J Orthod.* 1996;18:103-9.
11. Greulich WW, Pyle SI. Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist. 2nd ed. Stanford: Stanford University Press; 1959. 256 p.
12. Thurow RC. Craniomaxillary orthopedic correction with en masse dental control. *Am J Orthod.* 1975;68:601-23.
13. Jasper JJ. The Jasper Jumper-A Fixed Functional Appliance. Sheboygan, Wis: American Orthodontics; 1987:5-27.
14. Russell KA, Orthodontic treatment for patients with Turner syndrome. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2001;120:314-22.
15. Kaplan RG. Induced condylar growth in a patient with hemifacial microsomia. *Angle Orthod.* 1989;59(2):85-90.
16. Yamashi T, Yamamoto TT, Takade K. Case report: dentofacial orthopedic and surgical orthodontic treatment in hemifacial microsomia. *Angle Orthod.* 1997;67(6):463-6.
17. Preston CB, Losken HW, Evans WG. Restitution of facial form in a patient with hemifacial microsomia. *Angle Orthod.* 1985;55(3):197-205.
18. Wolford LM, Pitta MC, Reiche-Fischel O, et al. TMJ Concepts-Techmedica custom-made TMJ total joint prosthesis: 5-year follow-up study. *TMJ Disorders.* 2002;9:231-7.
19. Ribeiro, FAV, Toledo, BC, Santamaría Junior M, et al. Tratamento não cirúrgico de microssomia hemifacial por meio da ortopedia funcional dos maxilares. *Rev Gaúcha Odontol.* 2011;59(1):131-4.
20. Bussiere JA. Developement Abnormal D'un Faisceau Musculaire Acromio-Mastoidien Rudimentaire, Malformation Congenitale, Observe'e A Pondicherry (Indes Orientales) *Annales d'hygiene et de medecine Rare coloniales.* 1902;5:686-8.
21. Escobar V, Bixler D, Gleiser S, et al. Multiple pterygium syndrome. *Am J Dis Child.* 1978;132:609-61.
22. Hoffman K, Muller JS, Stricker S, et al. Escobar Syndrome is a prenatal myasthenia caused by disruption of the acetylcholine receptor fetal gamma unit. *Am J Med Genet.* 2006;79:303-12.
23. Morgan NV, Brueton LA, Cox P, et al. Mutations in the embryonal subunit of the acetylcholine receptor (CHRNA3) cause lethal and Escobar variants of multiple pterygium syndrome. *Am J Med Genet.* 2006;79:390-5.

Titulação dos Autores

Editorial

Maria Isabel de Castro de Souza

Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Ricardo G. Fischer

Departamento de Procedimentos Clínicos Integrados. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

German Villoria

Departamento de Periodontia. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo 1: A importância dos achados clínicos e microscópicos orais no diagnóstico da síndrome de Sjögren

Fábio R. Pires

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Débora L. Pereira

Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Juliana de N. S. Netto

Departamento de Patologia e Diagnóstico Oral. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Águida M. M. A. Miranda

Departamento de Estomatologia e Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial. Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Verônica S. Vilela

Unidade Docente Assistencial de Reumatologia. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Adriana R. Fonseca

Serviço de Clínica Médica, Setor de Reumatologia Pediátrica. Hospital Federal dos Servidores do Estado. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Teresa C. R. B. dos Santos

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
Departamento de Diagnóstico e Cirurgia. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro.
Boulevard 28 de Setembro, 157, sala 503
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030.
Telefone: 55 21 2868 8284
E-mail: ramoafop@uerj.br

Artigo 2: Síndrome da ardência bucal: aspectos clínicos e tratamento

Gabriella Mundim Rocha Oliveira

Curso de Especialização em Estomatologia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Geraldo Oliveira Silva-Júnior

Departamento de Ciências Básicas. Universidade Federal Fluminense. Nova Friburgo, RJ, Brasil.

Bruna Lavinias Sayed Picciani

Departamento de Patologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil.

Ruth Tramontani Ramos

Programa de Pós-graduação em Estomatologia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Silvana Gama Pestana

Setor de Fonoaudiologia, Coordenação Odontológica de Ensino. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Marília Heffer Cantisano

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro.

Boulevard 28 de Setembro, 157
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030.
Telefone: 55 21 2587 6455
E-mail: mcantisano@terra.com.br

Artigo 3: Alterações no Seio Maxilar e sua Relação com Problemas de Origem Odontológica

Antonio J. R. Castro

Programa de Doutorado em Clínica Odontológica.
Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Luciana M. Sassone

Departamento de Procedimentos Clínicos Integrados. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Georgiana Amaral

Programa de Doutorado em Endodontia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
Antonio J. R. Castro
Rua Fonte da Saudade, 246/201
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22471-210.
Telefone: 55 21 8778 6665

Artigo 4: Telerradiologia: uma nova era para a radiologia odontológica

Marcelo D. B. Faria

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Luciana F. Bastos

Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Paulo J. Medeiros

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Fábio R. Pires

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado
do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Marília H. Cantisano

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado
do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Branca H. O. Vieira

Departamento de Odontologia Preventiva
e Comunitária. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo 5: Tratamento multidisciplinar de deformidades dentofaciais

Marco Antônio de O. Almeida

Departamento de Odontologia Preventiva
e Comunitária. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil.

Ione Helena V. P. Brunharo

Programa de Pós-Graduação em Ortodontia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado
do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
Ione Helena V. P. Brunharo
Largo do Machado 54/305, Flamengo
Rio de Janeiro – RJ. CEP: 22210-020.
E-mail: ioneportella@yahoo.com.br

Artigo 6: A relação entre maloclusão e desordens temporomandibulares: uma breve digressão pelos últimos 80 anos

Francisco J. Pereira Júnior

Departamento de Prótese. Faculdade de Medicina
de Petrópolis – Arthur Sá Earp Neto. Petrópolis, RJ,
Brasil.

Endereço para correspondência:
Francisco J. Pereira Júnior

Rua Visconde de Pirajá, 595/702
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22410-003
Fone: 21 2511 1513
E-mail: francisco@occlusaoedtm.com.br

Artigo 7: Periodontite e ômega 3: o papel dos ácidos graxos no processo inflamatório

Manuela R. C. Sete

Programa de Mestrado em Periodontia. Faculdade
de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Carlos Marcelo S. Figueredo

Departamento de Procedimentos Clínicos
Integrados. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
Departamento de Procedimentos Clínicos
Integrados. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil.
Boulevard 28 de Setembro, 157, 2º andar
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030.
Telefone: 55 21 2868 8082
E-mail: cmfigueredo@hotmail

Artigo 8: Periodontite e Doença Renal Crônica

Susyane Antunes

Programa de Doutorado em Periodontia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado
do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Rachel Bregman

Departamento de Especialidades Médicas.
Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Carlos Marcelo Silva Figueredo

Departamento de Procedimentos Clínicos
Integrados. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil.

Ricardo G. Fischer

(Vide Editorial.)

Endereço para correspondência:
Departamento de Procedimentos Clínicos Integrados. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Boulevard 28 de Setembro, 157, 2º andar Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030. Telefone: 55 21 2868 8031 E-mail: ricfischer@globo.com

Artigo 9: Antissépticos bucais no controle da bacteremia de origem oral

German Villoria

(Vide Editorial.)

Lúcia Helena C. Costinha

Departamento de Periodontia. Faculdade de Odontologia. Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
German E. M. Villoria
Rua Visconde de Pirajá, 82/1005
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22410-000.
E-mail: villoria@me.com

Artigo 10: Efeito do tratamento periodontal em pacientes com diabetes mellitus tipo 2

Maria Emília Felipe

Programa de Doutorado em Periodontia. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Maria Chomyszyn-Gajewska

Periodontal Department. Dental School. Jagiellonian University. Cracóvia, Polônia

Ricardo G. Fischer

(Vide Editorial.)

Endereço para correspondência:
Departamento de Procedimentos Clínicos Integrados. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Boulevard 28 de Setembro, 157, 2º andar Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030. Telefone: 55 21 2868 8031 E-mail: ricfischer@globo.com

Artigo 11: A doença periodontal e o idoso frágil

Rivail A. S. Fidel Júnior

Coordenação Central de Extensão, Departamento de Odontologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Roberto A. Lourenço

Departamento de Medicina Interna. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Ricardo G. Fischer

(Vide Editorial.)

Endereço para correspondência:
Departamento de Procedimentos Clínicos Integrados. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Boulevard 28 de Setembro, 157, 2º andar Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030. Telefone: 55 21 2868 8031 E-mail: ricfischer@globo.com