

PREPARATÓRIO PARA ———
FORÇAS ARMADAS
————— EM ODONTOLOGIA



PREPARATÓRIO PARA ——— **FORÇAS ARMADAS** ————— **EM ODONTOLOGIA**

Coordenadora

Susyane Almeida

Autores

Roberta Catapano | Justine Monnerat | Ane Poly
Luciana Sassone | Nancy Kudsí | Andrea Cavalcante | Leonardo Costa
Vivian Martins | Bruna Carneiro | Ana Carla Robatto
Maria Cecília Azoubel | Maria Emília Ramos | Tércio Ramos
Eduardo Azoubel | Blanca Torres | Livia Soares | Carla Gurgel

SANAR 

© Todos os direitos autorais desta obra são reservados e protegidos à Editora Sanar Ltda. pela Lei nº 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume ou qualquer parte deste livro, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, gravação, fotocópia ou outros), essas proibições aplicam-se também à editoração da obra, bem como às suas características gráficas, sem permissão expressa da Editora.

Título | Forças Armadas em Odontologia
Editora | Fernanda Fernandes
Diagramação | Galleti | Marketing 360º
Capa | Fabrício Sawczen
Edição de Texto | Thais Alvarenga
Conselho Editorial | Caio Vinicius Menezes Nunes
Itaciara Larroza Nunes
Paulo Costa Lima
Sandra de Quadros Uzêda
Silvio José Albergaria da Silva

Dados Internacionais de Catalogação-na- Publicação (CIP)

C569 Forças Armadas em Odontologia / Susyane Almeida, coordenação geral. – Salvador : SANAR, 2019. 535 p. ; 16x23 cm.

ISBN 978-85-5462-152-0

1. Odontologia. 2. Forças armadas. 3. Odontologia pediátrica. 4. Periodontia. 5. Endodontia. 6. Boca - Cirurgia. 7. Maxilares - Cirurgia. 8. Face - Cirurgia.
I. Almeida, Susyane, coord.

CDU: 616.314:355

Elaboração: Fábio Andrade Gomes - CRB-5/1513

SANAR

Editora Sanar Ltda.

Rua Alceu Amoroso Lima, 172
Caminho das Árvores,
Edf. Salvador Office & Pool, 3º andar.
CEP: 41820-770, Salvador - BA.
Telefone: 71.3052-4831
www.editorasanmar.com.br
atendimento@editorasanmar.com.br

AUTORES

COORDENADORA

SUSYANE ALMEIDA DE SOUZA ANTUNES

Doutora e mestre em Periodontia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Atualmente é professora adjunta de Periodontia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, e coordenadora do curso de especialização em Periodontia e professora do curso de aperfeiçoamento em Periodontia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

LIVIA PRATES SOARES ZERBINATI

Graduação em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia (2002), Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Mestrado em Odontologia na área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Facial pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2005) e Doutorado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2011). Professora da graduação em Odontologia da Escola Bahiana de Saúde Pública. Preceptora e Vice-Coordenadora dos Programas de Residência em CTBMF da Bahiana/HGRS e da Especialização em CTBMF Bahiana/HGRS. Professora Orientadora do Mestrado Profissionalizante em Odontologia da Escola Bahiana em Medicina e Saúde Pública.

BLANCA LILIANA TORRES LEÓN

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Cayetano Heredia (1996), mestrado em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas (2001) e doutorado em Clínica Odontológica - Área Prótese Dental pela Universidade Estadual de Campinas (2003). Atualmente é professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia (UFBA), professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), e coordenadora da Especialização Prótese Dentária (EBMSP). Professora do Curso de Especialização da Inovare e do Curso de Extensão do Núcleo. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Clínica Odontológica, atuando principalmente nos seguintes temas: prótese sobre implantes, prótese parcial removível, prótese parcial fixa, prótese total e sistemas cerâmicos.

MARIA CECÍLIA FONSÊCA AZOUBEL

Doutora em Ciências Médicas e Mestre em Farmacologia pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Especialista em Periodontia pela ABO-BA. Atua como Professora Adjunta dos componentes curriculares Estomatologia e Periodontia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Principal linha de pesquisa centrada no uso de fármacos em Periodontia.

AUTORES

ANA CARLA ROBATTO NUNES

Doutora em Ciências, pelo Instituto de Ciências Biomédicas II, Universidade de São Paulo. Mestre em Odontopediatria, pela Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo. Especialista em Odontopediatria, pela Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo. Graduada em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia. Atualmente é professora das disciplinas de Odontopediatria e Cariologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia.

TERCIO CARNEIRO RAMOS

Graduado em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba, Especialista em Farmacologia pela Universidade Federal de Lavras-Mg, Mestre em Farmacologia Clínica pela Universidade Federal do Ceará, Doutor em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará, Atualmente é professor Adjunto da Universidade do Estado da Bahia e Prof Adjunto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

MARIA EMILIA SANTOS PEREIRA RAMOS

Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Especialista em Farmacologia pela Universidade Federal de Lavras. Pós-graduada em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial. Atualmente professor Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana e professor Adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública nos cursos de graduação e pós-graduação.

SUSYANE ALMEIDA DE SOUZA ANTUNES

Doutora e mestre em Periodontia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Atualmente é professora adjunta de Periodontia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, e coordenadora do curso de especialização em Periodontia e professora do curso de aperfeiçoamento em Periodontia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

VIVIAN LEITE MARTINS

Doutoranda em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, pela Universidade Federal da Bahia. Mestre em Odontologia, com ênfase em Clínica Odontológica, pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Graduada em Odontologia pela Bahiana. Especialista em Periodontia, pela ABO - Bahia. Atualmente é professora assistente do Curso de Atualização em Odontologia Estética e Restauradora, no INNOVARE.

AUTORES

JUSTINE MONTEIRO MONNERAT TINOCO

Doutor em Odontologia com ênfase em Endodontia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Mestre em Odontologia com ênfase em Endodontia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista em Endodontia pela Universidade Gama Filho (UGF). Graduada em Odontologia pela UGF. Serviu como cirurgiã-dentista R2 na Aeronáutica por 8 anos. Atualmente é professora Adjunta da Unidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

LUCIANA MOURA SASSONE

Possui graduação em Odontologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Mestrado em Odontologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Doutorado em Odontologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Pós-doutorado pela Universidade de Guarulhos (UERJ). Atualmente é professora Associada da Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Coordenadora Geral do Programa de Pós-graduação e Pesquisa da FO-UERJ. Bolsista do edital Jovem Cientista do Nosso Estado da FAPERJ de 2009 a 2018. PROCIENTISTA UERJ desde 2012.

ANDREA NÓBREGA CAVALCANTI

Mestre e Doutora em Clínica Odontológica/Dentística na Universidade Estadual de Campinas (FOP-UNICAM). Atualmente é Professora Associada do Departamento de Clínica Odontológica da UFBA e Professora Adjunto do curso de Odontologia e do Mestrado em Clínica Odontológica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Faz parte da equipe de Odontologia Estética do Núcleo Innovare de Educação em Saúde.

ANE POLY DA ROCHA

Doutora em Clínica Odontológica com área de concentração em Endodontia pela Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FO-UERJ) com estágio em pesquisa na Universidade da Pensilvânia, EUA; Mestre em Clínica Odontológica com área de concentração em Endodontia pela FO-UERJ; Especialista em Endodontia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FO-UFRJ). Atualmente é professora substituta do programa de graduação da FO-UFRJ.

AUTORES

NANCY KUDSI DE CARVALHO

Doutoranda em Endodontia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Endodontia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista e graduada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Atualmente é professora de Endodontia nas Faculdades São José e instrutora no curso de Especialização de Endodontia da UERJ. Experiência em materiais endodônticos.

EDUARDO AZOUBEL

Graduou-se em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia (1988 a 1992), fez Especialização e Mestrado em Odontologia (Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Facial) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) (1995 a 1998) e Especialização em Implantodontia Pela Universidade Federal da Bahia (2012). É membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial desde 2009. Atualmente é professor da Universidade Estadual de Feira de Santana (desde 1999), foi Professor Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (2000 a 2011) e Professor substituto da Universidade Federal da Bahia (1999 a 2000) . Doutor em ciências Morfofuncionais pela Universidade Federal do Ceará e Doutorando em Odontologia na Universidade Federal da Bahia.

CARLA VECCHIONE GURGEL

Doutora e Mestre em Ciências Odontológicas Aplicadas - área de concentração Odontopediatria - pela Faculdade de Odontologia de Bauru (USP). Especialista em Odontopediatria pela Associação Brasileira de Odontologia (ABO-BA). Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Atualmente é Professora Adjunta das disciplinas de Cariologia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia (UFBA).

BRUNA MOTA CARNEIRO

Graduada em Odontologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

ROBERTA CATAPANO NAVES

Mestre em Odontologia pelo EBMSp com ênfase em estomatologia. Especialista em Periodontia pela ABO- Ba.Pós Graduação em implantodontia pela EBMSp. Professora da graduação e pós graduação de Periodontia da EBMSp.Professora de pós graduação de Periodontia da ABO-Ba. Professora da graduação de Periodontia da Unirb.

APRESENTAÇÃO

A **Coleção Forças Armadas - Odontologia** é o melhor e mais completo preparatório voltado para a capacitação e aprovação de dentistas em concursos prestados para integrar as Forças Armadas. Elaborada a partir de uma metodologia que julgamos ser a mais apropriada ao estudo direcionado para as provas em Odontologia, com os seguintes recursos:

- ✓ Teoria esquematizada de todos os assuntos;
- ✓ Questões comentadas alternativa por alternativa (incluindo as falsas);
- ✓ Quadros, tabelas e esquemas didáticos;
- ✓ Novo projeto gráfico para evidenciar as alternativas corretas;
- ✓ Questões categorizadas por grau de dificuldade, de acordo com o modelo a seguir:

FÁCIL

GRAU DE DIFICULDADE 

INTERMEDIÁRIO

GRAU DE DIFICULDADE 

DIFÍCIL

GRAU DE DIFICULDADE 

Elaborado por professoras com sólida formação acadêmica em Odontologia, a presente obra é composta por um conjunto de elementos didáticos que em nossa avaliação otimizam o estudo, contribuindo assim para a obtenção de altas performances nas provas objetiva e específica na área.

Fernanda Fernandes

Editora



| SUMÁRIO

1. Biologia do Periodonto	12
2. Endodontia	80
3. Dentística	158
4. Odontopediatria	250
5. Farmacologia	340
6. Prótese Dentária	408
7. Buco-Maxilo-Facial	476

ENDODONTIA

01. (CAERONÁUTICA - CADAR – 2019)

O estabelecimento de um diagnóstico correto é de extrema relevância para a resolução das alterações pulpares e perirradiculares. Qual característica melhor se aplica às pulpites reversíveis?

- Ⓐ Uma exposição pulpar pode estar presente.
- Ⓑ A dor, quando presente, é sempre provocada.
- Ⓒ A dor é intermitente nos estágios mais avançados.
- Ⓓ O tipo de dor não se assemelha à descrita para a hipersensibilidade dentinária.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: Relembrando Pulpite Reversível.

PULPITE REVERSÍVEL

- Sinais e sintomas: É usualmente assintomática, contudo, o paciente pode acusar dor aguda, rápida, localizada e fugaz, e cessa depois da remoção do estímulo.
- Testes pulpares: Ao calor, o paciente pode acusar dor tardia

à aplicação do estímulo, ou relatar dor aguda e imediata que passa com a remoção do estímulo. O frio evoca dor aguda, rápida e localizada que passa imediatamente ou poucos segundos depois da remoção do estímulo. Em teste elétrico, a intensidade de corrente é igual ou levemente inferior à de um dente normal. Positivo ao teste de cavidade.

- Testes perirradiculares: Negativo para percussão e palpação.
- Achados radiográficos: Podem ser detectadas lesões cariosas e/ou restaurações extensas próximas à câmara pulpar.
- Tratamento: Remoção da cárie ou restauração defeituosa e aplicação de um curativo à base de óxido de zinco-eugenol o qual é dotado de efeito analgésico e anti-inflamatório. O paciente é remarcado para, pelo menos 7 dias depois, e é avaliada a possibilidade de restauração definitiva.

ALTERNATIVA A: INCORRETA. Na pulpite reversível não há exposição pulpar. Geralmente está relaciona-

da à presença de cárie ou restauração defeituosa.

ALTERNATIVA B: CORRETA. Nas pulpites reversíveis a dor é sempre provocada, rápida e localizada que passa imediatamente ou poucos segundos depois da remoção do estímulo.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. Dor intermitente (ou seja, não contínua) está relacionada à pulpite irreversível assintomática.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. O tipo de dor se assemelha à descrita para a hipersensibilidade dentinária. O frio evoca dor aguda, rápida e localizada que passa imediatamente ou poucos segundos depois da remoção do estímulo.

02. (AERONÁUTICA - CADAR – 2019)

Paciente P.L.M., 35 anos, compareceu ao consultório odontológico com queixa de dor intensa no dente 46, provocada pelo contato com alimentos frios e quentes, cessando logo após a remoção desses estímulos. O exame clínico radiográfico revelou a presença de cárie profunda sob restauração extensa e fraturada e discreta recessão gengival. Considerando o exposto, responda: qual das alternativas a seguir apresenta o correto diagnóstico, bem como o respectivo tratamento indicado para

o caso clínico supracitado?

- Ⓐ Pulpite reversível, capeamento pulpar indireto e restauração provisória.
- Ⓑ Pulpite irreversível, remoção da cárie e da restauração defeituosa e curetagem pulpar.
- Ⓒ Hipersensibilidade dentinária e restauração da região cervical com resina composta ou cimento de ionômero de vidro.
- Ⓓ Pulpite reversível, remoção de toda a cárie e da restauração defeituosa, proteção do complexo dentina-polpa e restauração definitiva.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: Sobre Hipersensibilidade dentinária, vale a pena ler sobre a “Teoria Hidrodinâmica de Brännström”.

ALTERNATIVA A: INCORRETA. A restauração a ser feita deve ser definitiva.

ALTERNATIVA B: INCORRETA. O diagnóstico para dor provocada pelo contato com alimentos frios e quentes, cessando logo após a remoção desses estímulos é pulpite reversível e não irreversível.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. Como o exame clínico radiográfico revelou a presença de cárie profunda sob restauração extensa e fraturada, logo o diagnóstico não é de hipersensibilidade dentinária, que

seria apenas devido à exposição de túbulos dentinários.

ALTERNATIVA D: CORRETA. Diante do caso exposto, o diagnóstico é pulpíte reversível, e o tratamento deve ser a remoção total da cárie e da restauração defeituosa, fazer uma proteção indireta do complexo dentina-polpa normalmente com cimento de hidróxido de cálcio e realizar uma restauração definitiva. A remoção da causa, a correta proteção do complexo dentina-polpa e selamento da cavidade devem ser instituídos.

03. ((CSM - MARINHA - 2017))

De acordo com Cohen (2011), em relação às características da periodontite apical sintomática, marque a opção correta.

- (A) A necrose total da polpa é um pré-requisito para o seu desenvolvimento.
- (B) Esses dentes, geralmente, respondem negativamente ao teste de percussão.
- (C) O exame radiográfico, geralmente, mostra destruição apical do dente envolvido.
- (D) É uma forma de resposta adaptativa que requer especificidade e memória apuradas.
- (E) Pode resultar em formação de

abcesso se ocorrer invasão acentuada de bactérias piogênicas nos tecidos periapicais.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: A periodontite apical sintomática é também conhecida como periodontite apical aguda. Vamos relembrar as características deste tipo de alteração periapical.

PERIODONTITE APICAL AGUDA

- Sinais e sintomas: Dor intensa, espontânea e localizada podendo ser relatada sensibilidade ao toque e uma sensação de “dente crescido”.
- Testes pulpares: Negativos pois a periodontite apical aguda costuma estar associada à necrose pulpar. Quando estiver associada à inflamação pulpar irreversível, os resultados dos testes serão similares aos da pulpíte irreversível.
- Testes perirradiculares: Positiva à percussão e pode ser positiva ou não à palpação dependendo da extensão da resposta inflamatória.
- Achados radiográficos: Espesamento do espaço do ligamento periodontal apical.
- Tratamento: Deve-se retirar o dente de oclusão e prescrever

analgésico/anti-inflamatório para gerar alívio da sintomatologia. Após, deve-se realizar instrumentação, irrigação e medicação do sistema de canais radiculares com posterior obturação.

ALTERNATIVA A: INCORRETA. Para que ocorra a periodontite apical sintomática, é necessário que a polpa tenha sido invadida por microorganismos e que estes tenham chegado ao terço apical do canal radicular, porém ainda que a necrose ocorra durante este processo, parte da polpa ainda pode apresentar vitalidade, ou seja, a necrose total da polpa não é um pré-requisito para o desenvolvimento da periodontite apical sintomática.

ALTERNATIVA B: INCORRETA. Esses dentes, geralmente, respondem positivamente ao teste de percussão.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. O exame radiográfico, geralmente, mostra espessamento do espaço do ligamento periodontal apical.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. Por ser um quadro de caráter agudo, a resposta imunológica é inata, sem especificidade. Desse modo, não requer resposta adaptativa (específica) e nem memória apurada que são pertinentes a quadros crônicos.

ALTERNATIVA E: CORRETA. A formação de abscesso pode ser influen-

ciada pelo número, virulência e tipo de bactérias nos tecidos periapicais. A invasão acentuada de bactérias piogênicas nos tecidos periapicais pode resultar em formação de abscesso.

04. (ESSEX – CFO - 2018)

Lesão geralmente encontrada ao redor dos ápices de dentes ínfero-posteriores, os quais apresentam uma inflamação pulpar ou necrose, pode ser assintomática ou estar associada à dor, representa um aumento no osso trabecular em resposta à irritação persistente. A lesão acima descrita trata-se segundo TORABINEJAD (2010) de:

- (A) Cisto Odontogênico Calcificante.
- (B) Osteíte Condensante.
- (C) Abscesso Dento Alveolar Crônico.
- (D) Hipercementose.

GRAU DE DIFICULDADE 

DICA DO AUTOR: Sobre diagnóstico, recomendamos ver a leitura dos quadros patológicos de diagnóstico diferencial.

ALTERNATIVA A: INCORRETA. O cisto odontogênico epitelial calcificante ou cisto de Gorlin é uma neoplasia de comportamento agressivo que pode ser intra ou extra-ósseo, raro, afeta mais mulheres acometem mais a maxila em região ante-

rior, sendo uma lesão radiolúcida unilocular bem definida.

ALTERNATIVA B: CORRETA. Resposta inflamatória de baixa intensidade advinda de uma alteração pulpar, que apresenta um aumento da densidade óssea e consequentemente a radiopacidade da região apical, que comumente afeta dentes inferiores posteriores.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. O abscesso dentoalveolar crônico é representado pelo quadro de lesão perirradicular associado ao elemento dentário e presença de fístula.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. A hiper cementose representa a hiperplasia do cimento, radiograficamente a raiz do elemento dentário apresenta espessamento ou forma rômbrica, sendo mais comum em pré-molares de adultos.

05. (CADAR - AERONÁUTICA – 2019)

Em relação à classificação das infecções endodônticas, analise as afirmativas seguintes.

I. A origem das infecções extrarradiculares é usualmente a infecção intrarradicular.

II. A infecção intrarradicular primária é causada por micro-organismos que colonizam o tecido pulpar necrosado.

III. A infecção intrarradicular secundária é causada por micro-organismos que estavam presentes na infecção primária.

IV. Na infecção intrarradicular persistente, os micro-organismos envolvidos foram membros da infecção secundária exclusivamente.

Está correto apenas o que se afirma em:

- (A) I e II.
- (B) II e IV.
- (C) III e IV.
- (D) I, II e III.

GRAU DE DIFICULDADE (M) (M)

DICA DO AUTOR: Cuidado com palavras como “exclusivamente”. Em geral, são falsas e podem confundir o candidato! Fique atento!

Assertiva I: CORRETA. As infecções extrarradiculares usualmente ocorrem devido a presença de microrganismos no terço apical do Sistema de Canais Radiculares.

Assertiva II: CORRETA. O tecido pulpar necrosado não possui sistema de defesa e dessa forma se torna vulnerável à invasão e colonização de micro-organismos.

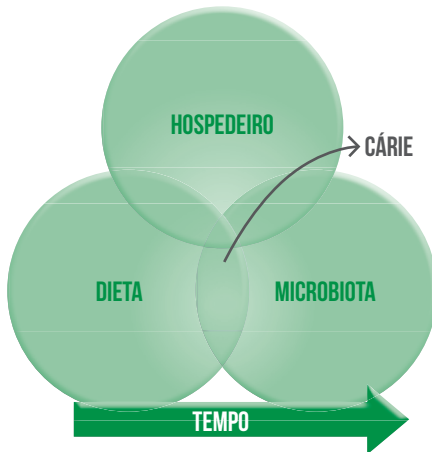
Assertiva III: INCORRETA. A infecção intrarradicular secundária é causada por micro-organismos que não estavam presentes na infecção

RESUMO PRÁTICO

DOENÇA CÁRIE E ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL

A cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa, transmissível e dieta-dependente, que produz a desmineralização das estruturas dentárias.

O desenvolvimento da lesão de cárie dental é diferente em cada den-



te e superfície. Existem três sítios que possuem maior suscetibilidade à doença, por serem áreas de maior retenção de alimentos e de acúmulo de biofilme bacteriano, que são:

Superfície radicular: mais prevalente em idosos, pois a retração gengival irá expor a dentina radicular no ambiente bucal. O acúmulo de biofilme bacteriano sobre a região mais cervical dos dentes pode promover lesões, que quando cavidadas, são rasas, largas e em forma de “pires”.

Superfície proximal: tem como localização preferencial a região mais cervical e para vestibular do ponto de contato. São lesões que progridem lentamente no ambiente bucal.

Superfície oclusal: o modo de progressão nessas superfícies se dá pelas paredes laterais da entrada da fissura; local de acesso à remoção de placa e ação do flúor.

Diagnóstico clínico

QUADRO 1 - ASPECTO CLÍNICO DAS LESÕES DE CÁRIE EM ESMALTE E DENTINA

	LESÃO DE CÁRIE	ASPECTO CLÍNICO
ESMALTE	Ativa (mancha branca)	Opaca, rugosa.
	Inativa (mancha branca)	Brilhante, lisa, pode estar pigmentada.
DENTINA	Ativa (com cavitação)	Coloração clara, fundo amolecido e mancha branca ativa nos bordos.
	Inativa (com cavitação)	Coloração escurecida, fundo endurecido à sondagem, sem halo de mancha branca nos bordos.

Exames complementares

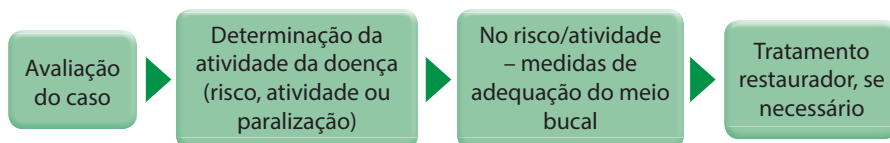
A radiografia interproximal é o exame complementar mais frequentemente utilizado para detectar a presença ou não da cárie dental. É um método não invasivo que avalia a profundidade da lesão em relação à câmara pulpar e ao espaço

biológico, identifica lesões de difícil acesso, como os espaços proximais e as cavidades subgingivais.

Outros métodos de diagnóstico utilizados para a detecção de lesões de cárie são a Fibra Ótica para Transluminância (FOTI), fluorescência a laser e detecção eletrônica.

Tratamento da doença cárie

CRITÉRIOS GERAIS PARA A REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO INDIVIDUALIZADO EM DENTÍSTICA



A adequação do meio bucal envolve ações para controle da infecção bacteriana e fornecimento de subsídios para o autocuidado. Uma série de medidas pode ser instituída nessa fase de tratamento, e pode

ser necessário o envolvimento de diversas especialidades.

Algumas questões devem ser respondidas para determinação das ações recomendadas:

QUADRO 2 - CINCO QUESTÕES PARA DEFINIÇÃO DAS AÇÕES DE ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL A SEREM EMPREGADAS

PERGUNTA	AÇÃO RECOMENDADA
O controle mecânico do biofilme é eficiente?	Instrução de higiene oral; indicação de métodos auxiliares para controle de biofilme como escovas interdentais, dispositivos interproximais.
Há necessidade remineralização?	Uso racional do íon flúor em suas diversas formas de apresentação.
Existem áreas que atrapalham a eficiência dessa remoção?	Eliminação de nichos retentivos, com fechamento temporário de cavidades, raspagem e alisamento periodontal, extração de dentes condenados; realização de endodontias, etc.
A dieta é cariogênica?	Estabelecer medidas para controle da ingestão de alimentos cariogênicos, diário de dieta.
O tampão salivar funciona adequadamente?	Avaliação do uso de medicamentos ou presença de doenças autoimunes, diabetes mellitus, má nutrição, anorexia nervosa, cálculos em glândulas salivares.

PRINCÍPIOS GERAIS DO PREPARO CAVITÁRIO

Segundo Black (1908), os princípios gerais do preparo cavitário orientam a execução correta de um preparo e atendem a princípios específicos relacionados aos materiais restauradores.

Forma de contorno: formato dado à cavidade após envolvimento de toda lesão cariada. Na atualidade, entende-se que não há necessidade de extensão preventiva, e sempre que possível, deve-se preservar as estruturas de reforço do dente, como cristas marginais e vertentes das cúspides.

Forma de resistência: característica dada à cavidade para que estruturas remanescentes e a restauração sejam capazes de resistir às forças mastigatórias e alterações volumétricas decorrentes de variações térmicas e da reação de presa dos materiais.

Forma de retenção: é o ajuste do preparo cavitário responsável pela manutenção da restauração em posição, sem o seu deslocamento

quando submetida a cargas mastigatórias e a tração de alimentos pegajosos.

Forma de conveniência: envolve diversas etapas operatórias que auxiliam no acesso e dão maior facilidade de trabalho durante a instrumentação da cavidade e inserção do material restaurador.

Remoção da dentina cariada: tem por objetivo deixar a cavidade livre de tecido cariado, após etapas iniciais do preparo cavitário.

Acabamento das paredes de esmalte: melhora o vedamento marginal entre as paredes cavitárias e o material restaurador, através da remoção de irregularidades de esmalte deixadas pela instrumentação inicial.

Limpeza da cavidade: consiste na remoção de resíduos de esmalte e dentina e outros detritos das paredes cavitárias a fim de proporcionar melhor contato do material restaurador/protetor aos tecidos dentários mineralizados.