



Colecionando Conhecimentos

5º ANO

CÁRIE DENTÁRIA

A cárie dentária é uma patologia localizada que resulta de um distúrbio do equilíbrio entre a superfície do dente e o fluído da placa bacteriana circundante. A cárie começa com a desmineralização do esmalte (lesão de mancha branca) e, se o desequilíbrio prossegue, pode levar à perda da estrutura dentária.



Os microorganismos da placa bacteriana são metabolicamente ativos. Portanto, sua eliminação leva ao controle da progressão da cárie dentária.

Para diagnosticar a cárie, observe:

- 1) Nas radiografias e visualmente: a presença de cárie primária, cárie associada a restauração, cárie da raiz.
- 2) A gravidade de cada lesão segundo os critérios visuais ICDAS-II modificados:



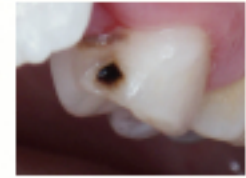
Dente sem alterações visuais aparentes



Opacidade branca ou escura no esmalte



Microcavidade



Sombra subjacente



Cárie visível



Cárie extensa

- 3) O grau de progressão de cada lesão, categorizando-a como ativa se apresenta em dois ou mais dos aspectos abaixo:

- Cor branca na lesão não cavitada / Perda estrutural
- Fatores retentores da placa bacteriana
- Presença de opacidade
- Superfície rugosa em lesão não cavitada / Estrutura enfraquecida em lesão cavitada

- 4) Risco individual de cárie dentária, de acordo com o RISCOGRAMA: baixo (0-40%), médio (50-60%), elevado (70-100%). Classifique cada fator de risco em seu paciente e, por fim, some os pontos para ver o risco de seu paciente apresentar cáries.

Fatores biológicos:

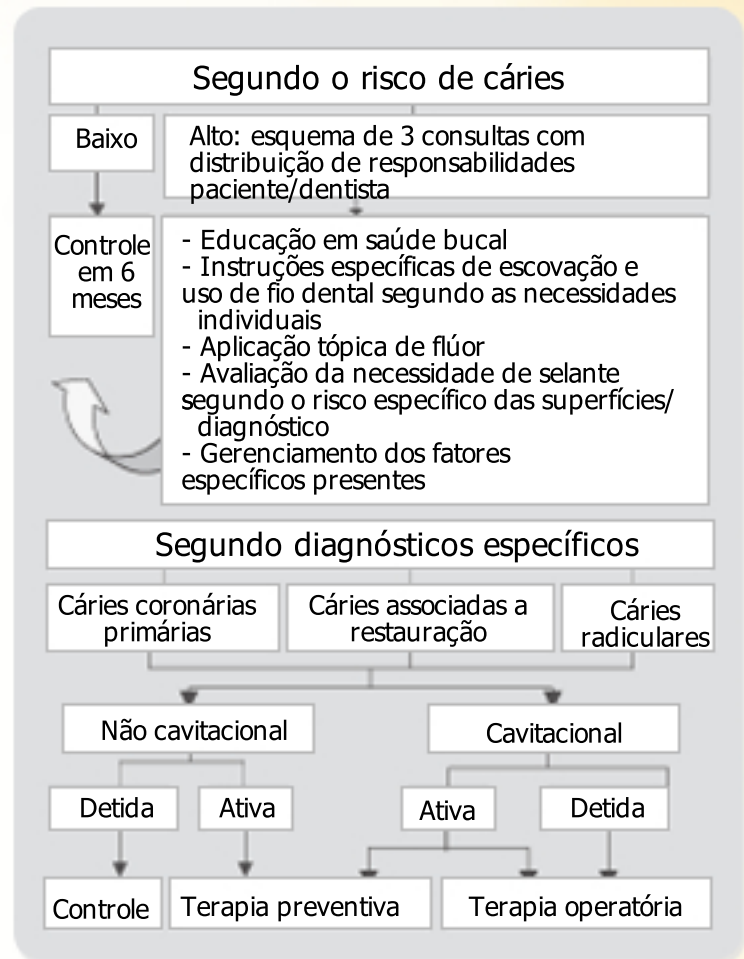
- Experiência de cáries ceo-d + COP-D (0-20)
- Índice de placa bacteriana (0-20)
- Retenção de placa localizada (0-10)
- Dieta em quantidade e frequência (0-20)
- Não-uso diário de creme dental (0-20)

Fatores sociais:

- Sem consulta no último ano / Última consulta motivada por urgência (0-10)

BIBLIOGRAFIA

1. Ekstrand KR, Martignon S., Ricketts DJ, Qvist V. Detection and activity assessment of primary coronal caries lesion: a methodologic study. OperDent 2007 May-Jun, 32 (3): 225-35
2. Bratthall D., Hänsel-Peterson G., Stjersvard JR: Cariogram manual. Cariogram, Internet version 2.01, 2004. Na Internet <http://www.db.od.mah.se/car/cariogram/cariograminfo.html>
3. ICDAS: International Caries Detection and Assessment System. Na Internet: <http://www.icdas.org/>
4. Martignon S, González MC, McCormick V, Ruiz JA, Jácome S, Guarnizo C. Guia de diagnóstico, prevención y tratamiento de la caries dental. Asociación Colombiana de Facultades de Odontología – A.C.F.O., Secretaria Distrital de Saúde – SDS Secretaria Distrital de Salud – Bogotá, 2007
5. Martignon S, Tellez M. Valoración individual de riesgo de caries RIESGOGRAMA. Colgate: Mes de la Salud Oral, Octubre 2006. Colgate Colombia: Bogotá; 2006.
6. Martignon S, Tellez M. Criterios ICDAS: Nuevas Perspectivas para el Diagnóstico de la Caries Dental. Dental Main News 2007; 3:14-19.
7. Thylstrup A, Fejerskov O. Clinical and pathological features of dental caries; in Thylstrup A, Fejerskov O. (eds): Tetbook of clinical cariology, ed. 2. Copenhagen, Munksgaard, 1994, pp 111-158.



Tópico elaborado por

Dra. Stefania Martignon
Doutorado em Cáries
Universidade de Copenhague
Especialização em Ensino Universitário
Especialização em Odontologia
Pediátrica
Universidade El Bosque

Dra. Liliana Caballero
Dra. Jeaneth López
Dentistas pediátricas
Universidad El Bosque

MANTENEDORES DE ESPAÇO

NOME	INDICAÇÕES	OBSERVAÇÕES	FOTOS
Banda- abraçadeira	Perda unilateral do primeiro molar decíduo superior (antes, durante e depois da erupção do primeiro molar permanente)	Desenho da banda com diâmetro vestibulo-palatino de aproximadamente 8mm. Não é aconselhável na mandíbula.	
Esporão distal	Perda do segundo molar decíduo inferior antes da erupção de 36 ou 46.	Uso restrito em pacientes altamente colaborativos. Paciente saudável do ponto de vista sistêmico, requer controle periódico estrito.	
Arco lingual	Perda de canino decíduo inferior. Perda de um ou vários molares decíduos inferiores.	Ancorado em 36 e 46 ou 85 e 75 e no terço médio da face lingual dos anteriores inferiores. Permite realizar guia de erupção.	
Botão de Nance	Perda unilateral ou bilateral dos caninos decíduos superiores. Perda de um ou vários molares decíduos superiores.	Ancorado em 16 e 26 ou em 55 e 65e no componente vertical do palato duro (rugos palatinas). Permite realizar guia de erupção.	
Barra transpalatina	Perda de molares decíduos superiores e/ou inferiores. Ideal na perda do segundo molar decíduo antes da erupção do primeiro molar permanente.	Requer a presença de molares que proporcionem retenção ao aparelho. Muita colaboração da parte do paciente e contra-indicado em menores de 3 anos.	
Removível ou Placa de Hawley modificada bilateral de acrílico	Perda múltipla de incisivos decíduos e/ou molares superiores e inferiores.	Para pacientes com alta colaboração, baixo índice de cáries e excelente higiene bucal.	
Placa estética	Perda prematura de um ou dois incisivos decíduos superiores. Ancorado em 55 e 65.	Restabelece estética e função. Dificulta higiene bucal indicando uso de	

Fatores a serem levados em conta na manutenção de espaços

- Perda prematura de molares decíduos
- Presença de cobertura óssea sobre o dente permanente sucessor
- Espaço disponível favorável (sem perda de espaço)
- Seqüência de erupção normal

- Imperativo quando o primeiro molar permanente se encontra no período de maior força eruptiva (com 2/3 de sua raiz formada até que atinja máxima intercuspidação), uma vez que pode mesializar os segundos molares decíduos
- Presença de dentes remanescentes que sirvam de apoio ao mantenedor

Contra-indicações

- Anodontia do sucessor, salvo se o ortodontista indicar o contrário
- Dente permanente prestes a emergir (sem cobertura óssea)
- Perda de espaço (pode-se considerar inicialmente um recuperador de espaço)
- Seqüência da erupção alterada (aceleração da emergência do sucessor)
- Paciente incapacitado de manter a higiene bucal necessária

Recomendações gerais

- Lembre-se de que sempre é necessário realizar um exame radiográfico para definir a colocação do mantenedor de espaço
- O ideal é planejar a colocação do mantenedor na mesma consulta em que se realiza a exodontia
- Excelente adaptação de bandas e elaboração com arames muito rígidos, preferivelmente com 0,40 polegada de espessura
- Controle mínimo a cada dois meses, com o objetivo de detectar qualquer alteração
- Quando se tratar de aparelho fixo, retirar a cada seis meses e realizar profilaxia e aplicação tópica de flúor
- Pode-se usar apoio com bandas em molares restaurados com coroa de aço
- Indicar o uso de passa-fio nas áreas inacessíveis à escovação diária
- Antes da retirada do mantenedor, é importante realizar um exame radiográfico

PROCESSO DE ELABORAÇÃO DE MANTENEDORES DE ESPAÇO FIXOS E REMOVÍVEIS



Desobstrução em zona de molares para a adaptação de bandas



Bandas adaptadas em 36 e 46; vista oclusal



Contorno do arame



Marcação para a dobragem das alças



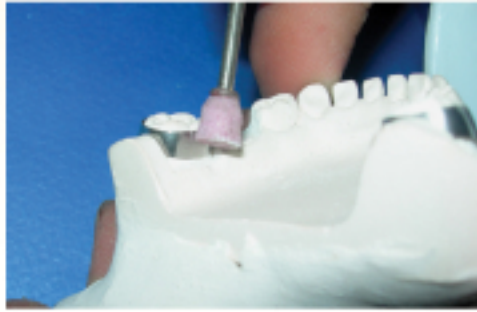
Elaboração das alças no nível de 85 e 75



Soldador, fundente e solda de prata.



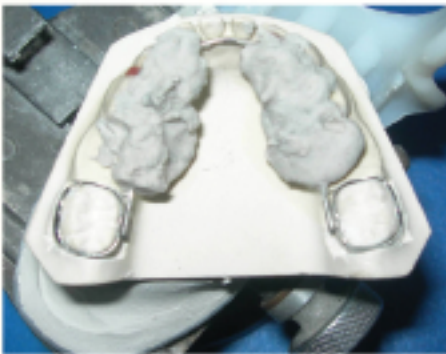
Retenção no arame no lugar da solda



Retenção das bandas em arco lingual



Fixação do arco com cera para a solda



Fixação com gesso refratário



Aplicação do fundente sobre a banda e o arame



Solda com maçarico de gás e ar

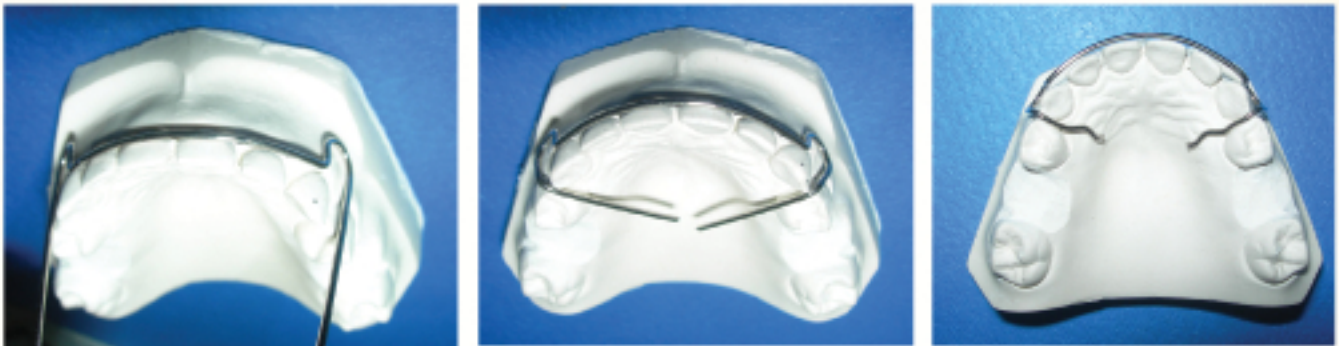


Retira-se o arco lingual do molde para polimento e acabamento final

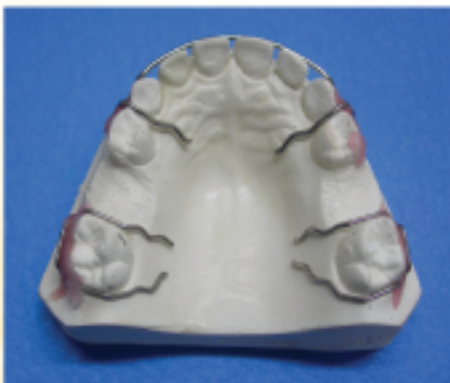
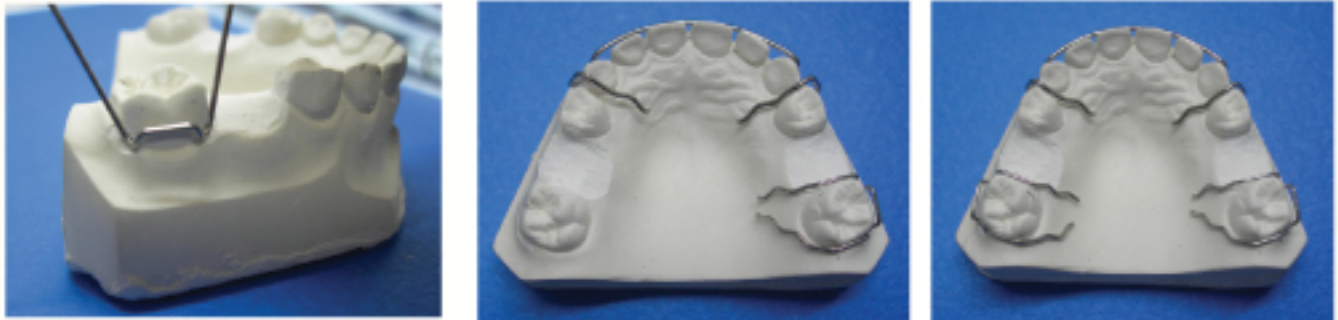


Arco lingual acabado

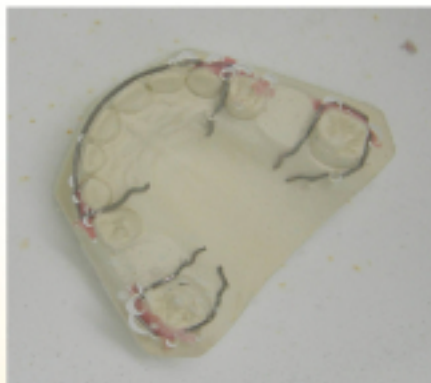
MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL: PLACA DE HAWLEY SUPERIOR MANTENEDORA DE ESPAÇO



Dobragem do arco de Hawley convencional e ganchos de retenção de Adams



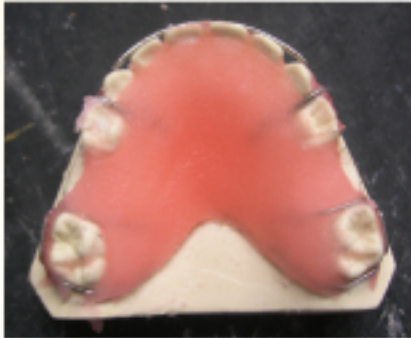
Fixação completa dos
aditamentos com cera



Imersão em água para
hidratação do modelo



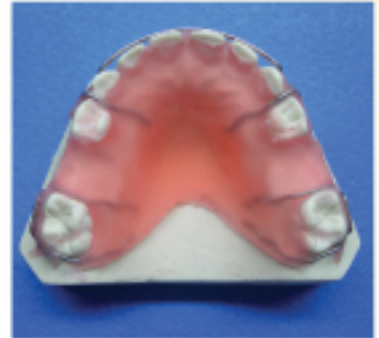
Acrilização placa superior



Acrilização completa placa superior

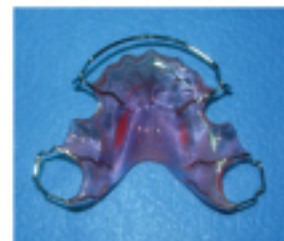
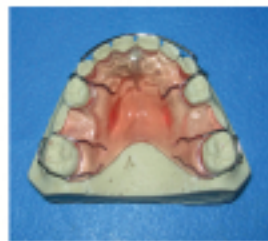


Processo de termocura



Placa acrilizada pronta para polimento

Processo de polimento, brilho e acabamento final



Tópico elaborado por

Dra. Ximena Baquero Álvarez
Dentista, Universidade Xaveriana
Odontopediatra, Universidade CES
Presidente da Academia Colombiana de Odontologia Pediátrica

Textos e fotografias clínicas:

Dr. Renata Erazo Cerón, Dentista, Universidade Xaveriana
Dra. Margarita Uzuga Vacca, Dentista, Universidade de Antioquia
Residentes de Odontopediatria II ano, Universidade Xaveriana
• Fotografias e procedimentos de laboratório

Agradecimentos a:

• LG Laboratório Dental Jairo Rodriguez
• Técnico de laboratório

CUIDADO E MANUTENÇÃO EM PRÓTESE PARCIAL FIXA, REMOVÍVEL E TOTAL

Prótese fixa:

Prótese parcial, que é cimentada ou presa a um dente natural, a uma raiz e/ou implante que proporciona apoio primário à prótese.



G.T.P Journal Prosthetic Dentistry 1999; 81: 1-142

Prótese parcial removível:

É qualquer prótese que substitui alguns dentes em um arco parcialmente dentado. Pode ser removida e substituída.



Prótese total:

É a prótese que substitui todos os dentes de um arco e pode ser removida. Não basta restaurar a boca dos pacientes e delegar a eles, por meio da higiene, a manutenção da saúde bucal recuperada, porque mesmo as próteses elaboradas dentro das mais rigorosas concepções mecânicas, biológicas e estéticas são incapazes de evitar o reaparecimento das afecções, cáries e enfermidades periodontais.

Após a colocação de uma PPF, o tratamento do paciente continua com uma sequência

cuidadosamente estruturada de visitas ao consultório para acompanhamento, cujo objetivo é monitorar a saúde dentária, estimular hábitos de controle metuculoso da placa, identificar enfermidades incipientes e introduzir o tratamento corretivo necessário, antes que se produzam lesões irreversíveis.

Para que o dentista monitore a função e comodidade da prótese, assim como verificar o correto controle da placa ensinado ao paciente, planeja-se, em geral, uma consulta a realizar-se uma semana depois da cimentação da PPF.

Faz-se um exame cuidadoso para garantir que o sulco gengival continue livre de cimento residual e que todos os aspectos da oclusão sejam satisfatórios. Dependendo do risco do paciente, tanto para doença periodontal como para cárie, os pacientes com restaurações coladas devem consultar o dentista a cada 3-6 meses.

É provável que uma restauração cimentada, esquecida ou ignorada acabe fracassando, independentemente da experiência com que tenha sido projetada e executada.

Os dentes restaurados exigem uma eliminação da placa e uma manutenção mais assídua do que os dentes hígidos não restaurados. Uma PPF exige atenção adicional.

Após a colocação de uma PPR, o paciente deve ser advertido da necessidade de manter a prótese e os dentes que lhe servem de apoio rigorosamente limpos. Para prevenir processos cariogênicos, é preciso evitar o máximo possível o acúmulo de detritos, em particular ao redor dos dentes pilares e embaixo dos conectores menores.

Ainda, evita-se a inflamação dos tecidos gengivais com a eliminação dos detritos acumulados e a substituição da estimulação normal que é feita pela língua e pelo contato dos alimentos com as áreas que serão cobertas pelo esqueleto da prótese por massagem com a escova. A boca e a prótese devem ser limpas depois de cada refeição e antes de dormir.

Uma PPR e uma prótese total podem ser limpas de maneira eficaz utilizando-se uma escova pequena com cerdas rígidas. Os detritos podem ser eliminados, de modo eficaz, com o uso de cremes dentais.

Além da escovação com creme dental, pode-se realizar uma limpeza adicional usando-se alguma solução comercial apropriada. Recomendar-se-á ao paciente que coloque a prótese na solução durante 15 minutos uma vez ao dia, escovando, em seguida, com creme dental.

Ainda que as soluções com hipoclorito sejam eficazes na limpeza da prótese, elas tendem a manchar os esqueletos com Cr^{+3} e, por isso, devem ser evitadas. Em algumas bocas, a precipitação de cálculos salivares sobre a PPR e total, exige a adoção de medidas adicionais para evitar acúmulo. A escovação diária da prótese impede, na maioria dos pacientes, o depósito de cálculos.

Quando já existe depósito de cálculos, sua remoção é fácil, usando-se um limpador ultra-sônico no consultório. Se a prótese for retirada à noite, deve permanecer coberta de água para evitar alteração dimensional do acrílico. Dependendo do risco do paciente, tanto para doença periodontal como para cárie, os pacientes com restaurações devem consultar o dentista a cada 3-6 meses. O ajuste em suporte, a estabilidade e a retenção também devem ser avaliados para evitar e prevenir a atrofia alveolar e o trauma na retenção direta.

Instrumentos para a manutenção de uma PPF:

Escova de dentes
Creme dental com flúor
Passafios
Fio dental
Escova interproximal
Antissépticos com flúor

Instrumentos para a manutenção de uma PPR:

Escova de dentes
Creme dental com flúor
Fio dental
Antissépticos com flúor
Escova rígida para a prótese
Pastilhas antisépticas, antimicóticas para a prótese

Instrumentos para a manutenção de uma prótese total:

Escova rígida para a prótese
Pastilhas antisépticas, antimicóticas para a prótese

BIBLIOGRAFIA:

Prótese fixa: procedimentos clínicos e de laboratório.

Stephen F. Rosentiel, B.D.S., M.S.D., Editorial Salvat.

Prótese parcial removível. McCracken. Editorial Panamericana, 1992, 8a edição.



Tópico elaborado por
Dra. Olga Lucia Zarta Arizabaleta
Dentista
Universidade Xaveriana
Prostodontista
Universidade El Bosque