

DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO EM DENTÍSTICA



EDUFMA

Darlon Martins Lima
Jessilene Ribeiro Rocha
Raysa Theresa Pinheiro Santos
Alexandre Palmares Cunha de Linhares
Luanna Marinho Sereno Nery
Leily Macedo Firoozmand

DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO EM DENTÍSTICA

São Luís



EDUFMA

2023



Reitor
Vice-Reitor

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho
Prof. Dr. Marcos Fábio Belo Matos



Diretor
Conselho Editorial

EDITORA DA UFMA

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira
Prof. Dr. Luís Henrique Serra
Prof. Dr. Elídio Armando Exposto Guarçoni
Prof. Dr. André da Silva Freires
Prof. Dr. José Dino Costa Cavalcante
Prof^a. Dra. Diana Rocha da Silva
Prof^a. Dra. Gisélia Brito dos Santos
Prof. Dr. Edson Ferreira da Costa
Prof. Dr. Marcos Nicolau Santos da Silva
Prof. Dr. Carlos Delano Rodrigues
Prof^a. Dr. Felipe Barbosa Ribeiro
Prof. Dr. João Batista Garcia
Prof. Dr. Flávio Luiz de Castro Freitas
Bibliotecária Dra. Suênia Oliveira Mendes
Prof. Dr. José Ribamar Ferreira Junior



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Associação Brasileira das Editoras Universitárias

Copyright © 2023 by EDUFMA

Projeto Gráfico, Diagramação e Capa: Jessilene Ribeiro Rocha
Raysa Theresa Pinheiro Santos
Alexandre Palmares Cunha de Linhares
Luanna Marinho Sereno Nery

Revisão: Prof. Dr. Darlon Martins Lima
Prof. Dra. Leily Macedo Firoozmand

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Diagnóstico e planejamento em dentística [recurso eletrônico] / Darlon Martins Lima ... [et al.]. — São Luís: EDUFMA, 2023.
100 p.: il.

Modo de acesso: World Wide Web
<<https://www.edufma.ufma.br/>>

ISBN 978-65-5363-233-2

1. Dentística – Diagnóstico. 2. Dentística – Planejamento. 3. Exame clínico. I. Lima, Darlon Martins. II. Rocha, Jessilene Ribeiro. III. Santos, Raysa Theresa Pinheiro. IV. Linhares, Alexandre Palmares Cunha de. V. Nery, Luanna Marinho Sereno. VI. Firoozmand, Leily Macedo.

CDD 617.6
CDU 616.314

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Marcia Cristina da Cruz Pereira
CRB 13 / 418

CRIADO NO BRASIL [2023]

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, microimagem, gravação ou outro, sem permissão do autor.

| EDUFMA | EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Av. dos Portugueses, 1966 | Vila Bacanga
CEP: 65080-805 | São Luís | MA | Brasil
Telefone: (98) 3272-8157
www.edufma.ufma.br | edufma.sce@ufma.br

QUEM SOMOS

Esse material foi elaborado e organizado por professores doutores em Dentística Restauradora e alunos de pós-graduação e graduação em Odontologia da Universidade Federal do Maranhão.



Darlon Martins

Doutor em Dentística



Jessilene Ribeiro

Graduada em Odontologia



Raysa Pinheiro

Graduada em Odontologia



Alexandre Palmares

Graduando em Odontologia



Luanna Nery

Doutoranda em Dentística



Leily Firoozmand

Doutora em Dentística

Índice

01	Abordagem pré-clínica.....	05
02	Exame clínico.....	23
03	Diagnóstico.....	34
04	Tratamento.....	73
05	Referências.....	94

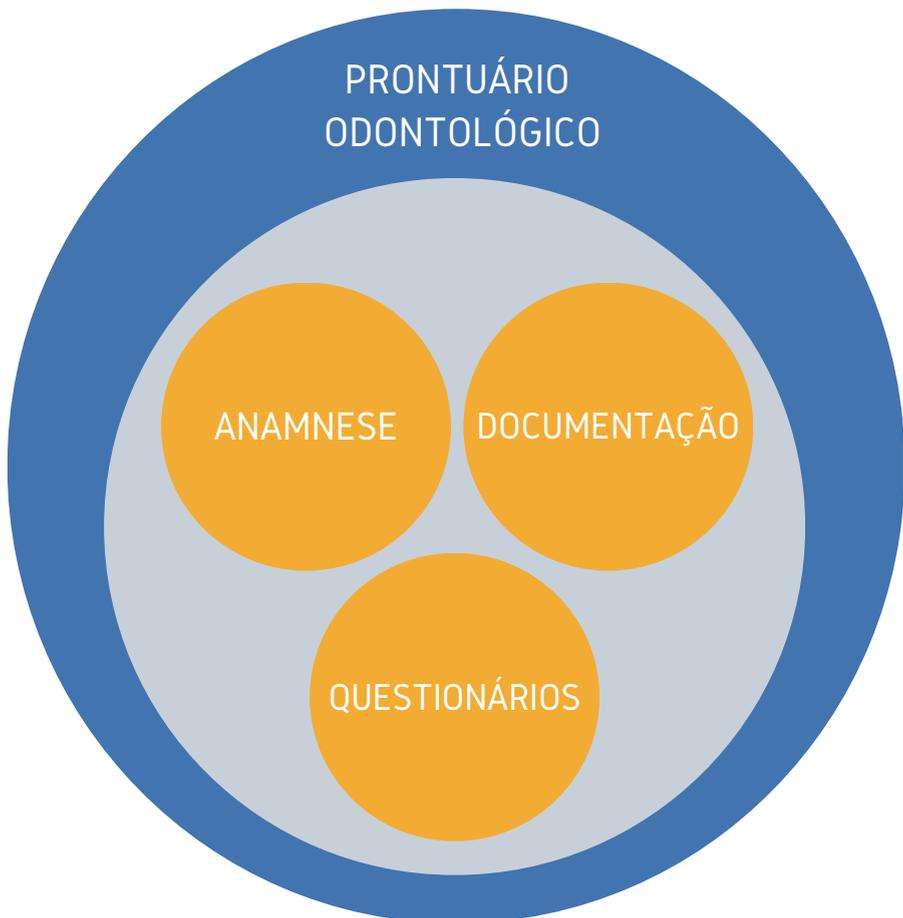
1

Abordagem pré-clínica

PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

Conjunto de toda documentação obtida durante o tratamento odontológico.

BENEDICTO et al, 2010



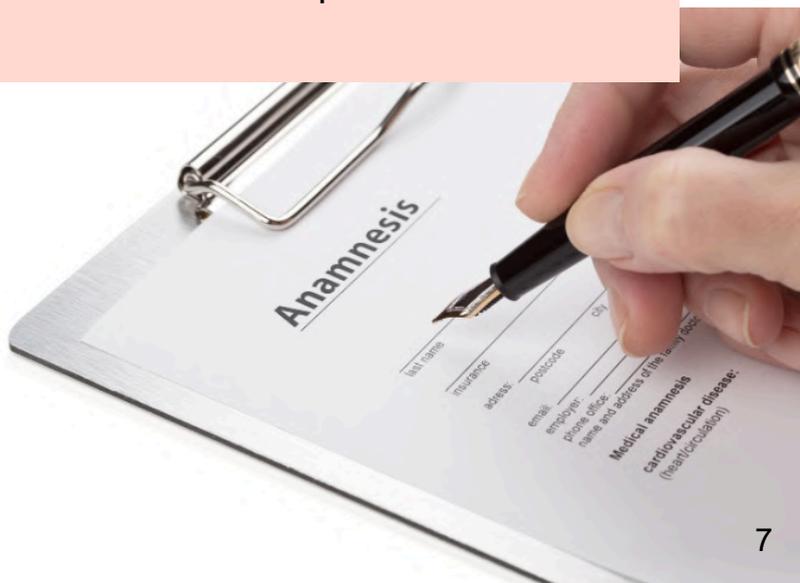
ANAMNESE

O QUE É?

Momento onde será traçado o perfil do paciente, conhecendo seus aspectos socioeconômicos, história médica, dieta e os hábitos de higiene bucal.

MALTZ; CARVALHO, 2003

Durante a anamnese devem ser coletadas informações que auxiliem na prevenção, diagnóstico e tratamento do paciente.



ITENS NECESSÁRIOS



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Informações como nome, idade, cor, profissão, endereço e estado civil.



QUEIXA PRINCIPAL

Motivo pelo qual o paciente procurou o profissional. Deve-se anotar utilizando as próprias palavras do paciente.



HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

Descrever detalhes sobre a queixa (como/quando iniciou, características).



HISTÓRICO DE SAÚDE GERAL

Doenças, internações, cirurgias, uso de medicamentos, alergias.



HISTÓRICO FAMILIAR

Investigar a presença de doenças na família.



HÁBITOS E VÍCIOS

Hábitos parafuncionais (apertar/ranger dentes, morder objetos) ou vícios (drogas, álcool).

QUESTIONÁRIOS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- Nome completo, RG, CPF, data de nascimento
- Naturalidade, nacionalidade, endereço, telefone
- Estado civil, gênero, cor, profissão,

HISTÓRIA CLÍNICA

- Queixa principal
- História da doença atual
- História familiar

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

- Está sob cuidado médico?
- Usa algum medicamento?
- Alergia a algum medicamento ou substância?
- Está grávida? Usa anticoncepcional?
- Problema cardíaco?
- Teve febre reumática?
- Cirurgia grave?

EXAME FÍSICO GERAL

- Peso, altura
- Pressão, pulso, temperatura, respiração
- Locomove-se com dificuldades?

EXAME EXTRAORAL

- Linha média coincidente?
- Assimetria facial?
- Face braquicefálico, mesocefálico ou dólicocefálico?
- Cadeia ganglionar (consistência, sensibilidade, tamanho, lateralidade, aderência e superfície)
- Lesões na pele
- ATM

EXAME INTRAORAL

- Perdas dentais? Desdentado total?
- Prótese total? Prótese parcial?
- Higiene bucal? Higiene da prótese?
- Hábitos parafuncionais? Quais?
- Variações de normalidade? Lesões secundárias?

EXAME MORFOLÓGICO INTRAORAL

- Macroglossia?
- Diastema?

OCLUSÃO

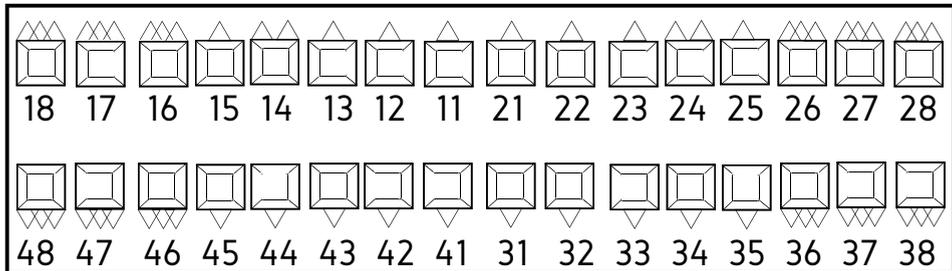
- Relação molar? (Classe I, Classe II e Classe III)
- Protusão facial?
- Mordida aberta anterior?
- Mordida cruzada anterior?
- Mordida cruzada posterior?
- Apinhamento?

ANÁLISE PERIODONTAL

- Índice de placa visível
- Sangramento gengival
- Grau de mobilidade
- Recessão gengival
- Avaliação da furca

ODONTOGRAMA

Representação gráfica dos dentes na qual registra-se a condição inicial do paciente.



Legenda para preenchimento do odontograma:

- X** Dente extraído
- A** Dente ausente
- MB** Mancha branca
- Lesão cavitada de cárie
- ▨ Restauração insatisfatória
- Restauração satisfatória

AVALIAÇÃO ESTÉTICA

FACE

- Forma da face
- Linha mediana da face
- Tipo de sorriso

PERIODONTO

- Contorno gengival
- Zênite gengival
- Papila interdental

DENTES

- Curvatura incisal
- Linha media dentária
- Alinhamento dental
- Proporções dentárias
- Inclinação axial dos dentes
- Corredor bucal
- Ameia incisal e cervical
- Forma, textura superficial, cor dos dentes

QUESTIONÁRIO PARA LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS (LCNC)

Para o correto diagnóstico e adequado plano de tratamento das LCNCs deve-se aplicar um questionário específico e bem elaborado.

Nesse questionário devem ser coletadas informações a respeito dos hábitos comportamentais e fatores sistêmicos do paciente.

FATORES SISTÊMICOS

- Sente a boca seca?
- Tem algum problema gástrico?
- Tem histórico de vômitos frequentes?
- Costuma ser estressado/ansioso ou já foi diagnosticado com ansiedade/depressão?
- Costuma ranger ou apertar os dentes (dia ou noite)?
- Sente a musculatura da face dolorida ou tensionada?

FATORES COMPORTAMENTAIS

- Tem hábito de roer unha ou morder lápis/caneta?
- Come frutas ou bebe sucos cítricos/bebidas gaseificadas com frequência?
- Costuma escovar os dentes 4x ou mais por dia?
- Tipo de escova (macia, média ou dura)?
- Creme dental arenoso?
- Utiliza outros produtos (além do creme dental) para escovar seus dentes? Quais?

DOCUMENTAÇÃO

ANAMNESE



Informações referentes ao histórico médico e odontológico do paciente até o momento do exame.

PLANOS E OPÇÕES DE TRATAMENTO

Possibilidades de tratamento apresentadas ao paciente.



EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIA DO TRATAMENTO



Registro dos procedimentos e materiais utilizados, faltas e orientações adicionais, sempre assinados pelo paciente.

CONTRATO E RECIBOS

Estes deverão ser redigidos em linguagem simples, em duas vias assinadas pelo paciente.



PREVISÃO DE HONORÁRIOS E FORMAS DE PAGAMENTO

Planejamento orçamentário, previsão de tempo de trabalho, custos e formas de pagamento.



ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

Cuidados que o paciente deve ter após a realização de qualquer procedimento cirúrgico.



CARACTERIZAÇÃO DE ABANDONO DO TRATAMENTO



Todas as faltas devem ser anotadas no prontuário do paciente. Quando este comparecer, solicitar a assinatura.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Documento no qual o paciente explicita seu consentimento para a realização dos procedimentos.

”O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) deve ser o mais completo possível no formulário do odontólogo, com timbre, nome, especialidade, endereço do profissional, telefone, e-mail, site (...)”

CERRI et al, 2015

Eu, _____ CPF _____ declaro que todas as informações sobre minha saúde são verdadeiras e que se omiti algo, estarei dificultando o tratamento, além de colocar em risco a minha saúde e de toda equipe envolvida. Autorizo a divulgação e publicação dos dados coletados e fotos que preservem a minha identidade.

Declaro que é de meu conhecimento que (NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL) realizará (PROCEDIMENTOS, DIAGNÓSTICO, PROGNÓSTICO, RISCOS E OBJETIVOS DO TRATAMENTO). Estou ciente que deverei (CUIDADOS E ORIENTAÇÕES) a fim de alcançar o melhor resultado, bem como retornar ao consultório nos dias determinados e mencionar imediatamente sobre possíveis alterações que possam surgir.

Por ser verdade, firmo o presente.

(CIDADE), ___ de _____ de _____

(NOME E ASSINATURA DO PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL)

RECEITAS

Documentos odontolegais, cuja cópia deve ser anexada ao prontuário do paciente, constando sua assinatura e seu consentimento, informando ter recebido a cópia autêntica.

Receituário Simples

Utilizado para prescrição de medicamentos paliativos e de tarja vermelha.

Receituário de antimicrobianos

Utilizado para a prescrição de medicamentos de combate bacteriano. Essa receita possui validade de 10 dias a contar da sua emissão.

Receituário de Controle Especial

Utilizado para a prescrição de substância capazes de causar dependência física ou psíquica. Deve ser acompanhado da Notificação de Receita que é padronizado pelas cores amarela, azul e branca dependendo do tipo de substância e sua classificação de acordo com a ANVISA.

ATESTADO

Documento de valor legal que possui a finalidade de apontar o comparecimento do paciente ao atendimento e comprovar dias de repouso.

Esse documento deve conter os seguintes itens:

- Dados do profissional: Nome e endereço.
- Dados do paciente: Nome completo do paciente.
- Fim a que se destina: Escolares? Trabalhistas?
- Estado mórbido: O que aconteceu ao paciente.
- Conclusão (consequências): o que ele precisa fazer? Ex.: repouso.
- Data e assinatura do profissional.



A emissão de atestado falso atribui ao Cirurgião-dentista o crime de falsidade ideológica estabelecida pelo artigo 299 do Código Penal e Código de Ética Odontológica.

SIGILO PROFISSIONAL E A CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS COM A SAÚDE (CID)

É permitido a divulgação do CID mediante a autorização do paciente por escrito. Caso o cirurgião-dentista divulgue o código, sem a permissão, estará divulgando o diagnóstico e isso configura-se quebra do sigilo.

Exceções que autorizam a quebra do sigilo:

- Autorização expressa do paciente;
- Justa causa;
- Dever legal.



O www.cid10.com.br e o aplicativo do DataSUS oferecem serviços de busca e para encontrar o CID desejado.

2

Exame clínico

EXAME CLÍNICO

O QUE É?

Avaliação que tem como objetivo a coleta de sinais e sintomas para que se possam elaborar hipóteses de diagnóstico.

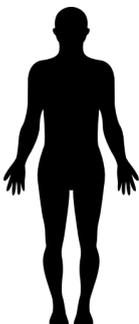
BORAKS, 2013

Pode-se dividir didaticamente o exame clínico em duas etapas, **ANAMNESE** e **EXAME FÍSICO**. Como a anamnese foi abordada anteriormente, vamos focar apenas do exame físico.

EXAME FÍSICO



GERAL (sistêmico)



EXTRAORAL



INTRAORAL



1. ANAMNESE

Fase subjetiva do exame clínico, onde o paciente irá relatar os sintomas.

2. EXAME FÍSICO

Fase objetiva do exame clínico, onde o dentista irá coletar sinais por meio de manobras de semiotécnica.

2.1 Exame físico geral (sistêmico)

Biótipo, possíveis alterações na pele e nos dentes, respiração, pressão, temperatura.

2.2 Exame físico regional

Dividido em exame extraoral e intraoral.

EXAME FÍSICO GERAL (SISTÊMICO)

Pressão arterial



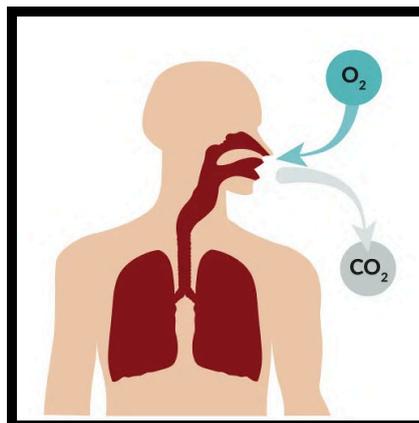
Normal - 120/80 mmHG

Temperatura



Normal - 36 a 36,5 graus Celsius

Frequência Respiratória



Normal - 16 a 20 irpm

EXAME EXTRAORAL

PONTOS A SEREM OBSERVADOS DURANTE O EXAME EXTRAORAL

Simetria Facial

Lado esquerdo espelhado



Foto original

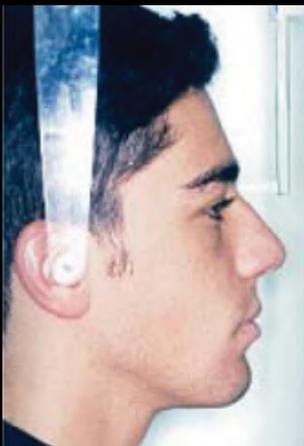


Lado direito espelhado



Perfil Facial

Perfil reto



Perfil côncavo



Perfil convexo



Cadeias ganglionares



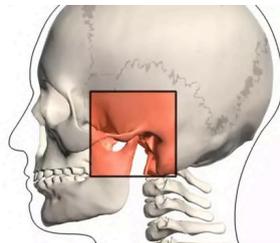
Os linfonodos podem encontrar-se alterados devido a doenças tanto locais, quanto sistêmicas, assim, sua palpação é de grande valor diagnóstico.



Para palpar um linfonodo, é necessário relaxar a musculatura da área. Normalmente um linfonodo sadio é flácido e não palpável.

Articulação Temporomandibular (ATM)

A palpação deve ser bilateral e simultânea, solicitando-se ao paciente para abrir e fechar a boca. Deve-se procurar estalidos, sensação arenosa e crepitação.



Presença de alterações na pele

Notar se há alterações de cor (cianótica, descorada, etc.), pigmentares (vitiligo, icterícia, etc.) ou de textura (pele áspera, crostas, etc.)

EXAME INTRAORAL

Esse exame será direcionado para dentro da cavidade bucal. Ele deve ser feito de maneira ordenada e completa, examinando pausadamente cada estrutura para que nenhuma seja esquecida e deixada de ser examinada.

AHMAD, 2009

PARA UM BOM EXAME INTRABUCAL, O CAMPO OPERATÓRIO DEVE ESTAR:

Limpo



Pasta de pedra
pomes
+
Escova de Robinson
Taça de borracha

Seco



Isolamento relativo
+
Secagem dos
dentes com seringa
tríplice

Bem iluminado



Manter o
refletor sempre
limpo

Tecidos moles

Avaliar mucosas, língua, palato, orofaringe e lábios através de inspeção visual e palpação.

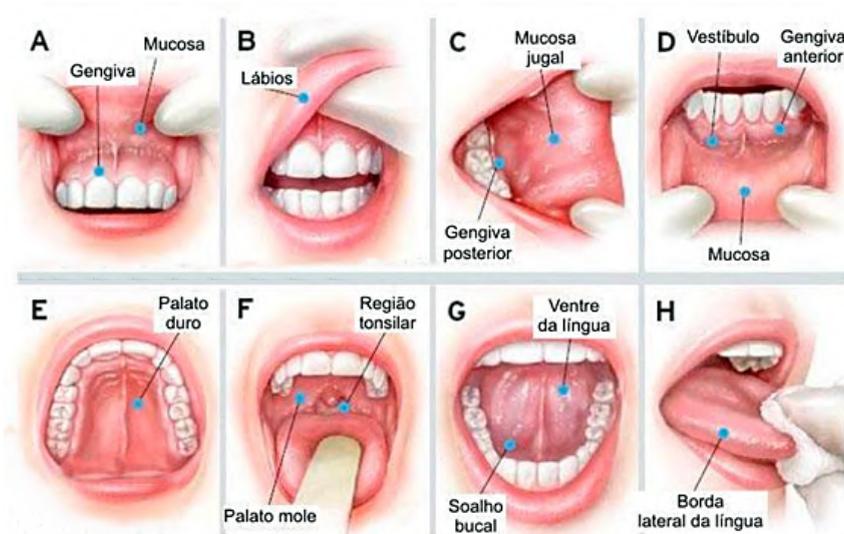


Imagem: Krystyna Srodulski

Periodonto

Verificar a gengiva, se há presença de recessões gengivais, exposição radicular, inflamações.

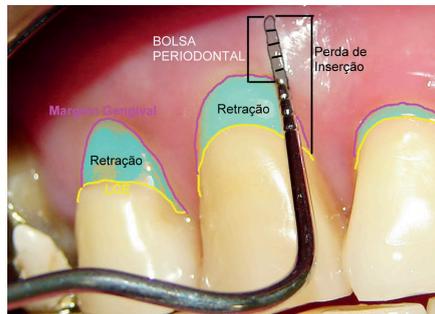


Imagem: José Sani Neto

Dentes

Alterações de forma (ex.: dentes conóides), tamanho (ex.: microdente, macrodente) e quantidade dos elementos dentais (ex.: supranumerários), além da verificação de todas as faces dentais;

Lesões cariosas

Lesões de mancha branca, cáries ativas ou inativas, presença de lesões cavitadas.

Lesões Cervicais Não Cariotas (LCNC)

Biocorrosão, abfração, atrição e abrasão;

Oclusão

Verificar se existe presença de apinhamentos, verificação de guias (canina/em grupo, protusiva) e se há presença de mordida aberta ou cruzada.



Tudo que for encontrado no exame físico deve ser transcrito no prontuário do paciente de forma clara e detalhada.

EXAMES COMPLEMENTARES

São exames que auxiliam o cirurgião-dentista na busca pelo correto diagnóstico.

Algumas alterações bucais apresentam um quadro clínico bastante característico, dispensando sua realização. Todavia, alterações complexas a fim de que possam ser diagnosticadas com precisão, requerem investigações mais abrangentes e, nesses casos, faz-se o uso de exames complementares.

OS EXAMES COMPLEMENTARES PODEM SER CLASSIFICADOS EM:

INESPECÍFICOS - Não são suficientes para definir um diagnóstico, necessitam de uma investigação clínica apurada;

SEMIESPECÍFICOS - São aqueles que indicam a presença de um processo patológico, mas não apresentam a origem e localização;

ESPECÍFICOS - São aqueles que teoricamente deveriam ser suficientemente por si só capazes de identificar uma alteração.

EXAMES DE IMAGEM - RADIOGRAFIAS

Exames complementares mais utilizados na prática clínica em Dentística.

RADIOGRAFIA PANORÂMICA

A radiografia panorâmica fornece uma visão geral do paciente.



RADIOGRAFIA PERIAPICAL

Possibilita a visão geral da raiz e região do periápice.



RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL

Conhecidas como bitewing. São as mais utilizadas em Dentística.



Auxiliam na percepção de profundidade das lesões e na detecção de lesões ocultas ao exame clínico visual.



A imagem radiográfica é bidimensional, logo podem haver sobreposições.

3

Diagnóstico



CÁRIE DENTÁRIA



CÁRIE DENTÁRIA

O QUE É?

Doença multifatorial com interação entre fatores genéticos, ambientais e comportamentais, resultando em uma dissolução química da superfície dentária.

FEJERSKOV et al., 2017; MALTZ et al., 2016

DETECÇÃO E AVALIAÇÃO

Padrão-ouro

Inspeção visual cuidadosa e metódica

+

Radiografias, quando necessário

Critérios para o diagnóstico

O diagnóstico e plano de tratamento adequados devem ser pautados nos seguintes questionamentos:

1

EXISTÊNCIA

Existe ou não lesão?

2

ATIVIDADE

Paralisada ou em progressão?

3

CAVITAÇÃO

Cavitada ou não cavitada?

4

PROFUNDIDADE

Em esmalte ou em esmalte e dentina?

BRAGA et al., 2012

LESÃO NÃO CAVITADA (MANCHA BRANCA)

Aspecto inicial da cárie, onde há desmineralização do esmalte, sem rompimento dos prismas.



MALTZ et al., 2016

LESÃO ATIVA

- Opaca
- Rugosa
- Porosa



MALTZ et al., 2016

LESÃO INATIVA

- Brilhante
- Lisa
- Polida

Existem manchas brancas com diferente etiologia, assim, deve ser realizado o diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL - MANCHA BRANCA

CÁRIE DENTÁRIA (lesão inicial ativa)



MALTZ et al., 2016

- Rugosa;
- Opaca;
- Locais onde há maior retenção de biofilme (fóssulas, fissuras, sulcos e região cervical).

HIPOPLASIA DO ESMALTE



SANTOS, G.; CALDAS, I.

- Pontos ou linhas branco-opacas;
- Rugosa;
- Pode ocorrer perda parcial ou total do esmalte por conta da mineralização defeituosa.

FLUOROSE



NISHIDA, A.; FRANCCI, C.

- Podem se apresentar como manchas, linhas ou erosão, dependendo do grau da fluorose;
- Suscetíveis à colonização bacteriana, podendo gerar perda mineral.

LESÕES CAVITADAS

Resultado da desmineralização causada pelo avanço da cárie, onde há perda de estrutura dentária.



MALTZ et al., 2016

LESÃO ATIVA

- Tecido amolecido;
- Cor amarelada ou castanho-claro;
- Aspecto úmido.



MALTZ et al., 2016

LESÃO INATIVA

- Tecido endurecido no fundo da lesão;
- Cor marrom escuro;
- Aspecto seco.

LESÕES CARIOSAS NA FACE OCLUSAL

Suscetibilidade

Os sulcos e fissuras presentes na superfície oclusal favorecem a retenção de biofilme.

ABUCHAIM et al., 2011



Dra. Livia Tenuta

Progressão da lesão



EM ESMALTE

Direção dos prismas de esmalte.

EM DENTINA

Forma cônica, com ápice voltado para a oclusal.

RODRIGUES; BASTING; SERRA, 2000

LESÕES CARIOSAS NA FACE OCLUSAL

Uso de sonda exploradora

O encontro de resistência pela sonda exploradora não é indicativo de cavitação, podendo ser apenas devido à morfologia da superfície oclusal.

SANTOS et al., 2003



A sondagem do esmalte desmineralizado (lesão de mancha branca) pode causar um efeito traumático irreversível (cavitação).



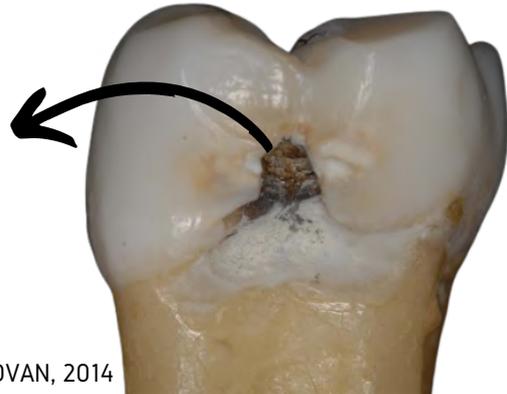
A sonda exploradora com ponta romba pode ser utilizada em auxílio à inspeção visual, sem pressão, apenas para remover detritos da superfície.

LESÕES CARIOSAS NA FACE PROXIMAL

Em geral, são detectadas clinicamente apenas quando estão avançadas, por provocarem alteração de cor na crista marginal ou seu rompimento.

PASCOTTO et al., 2014

Dente extraído com extensa lesão de cárie abaixo do ponto de contato, o que dificulta a detecção precoce.



RITTER; SCOTT; DONOVAN, 2014

Progressão da lesão



DentalJuce

EM ESMALTE

Forma cônica com a base voltada para a superfície do esmalte.

EM DENTINA

Seguindo a direção dos túbulos dentinários.

BRAGA et al., 2015; KIDD; FEJERSKOV, 2004

LESÕES CARIOSAS NA FACE PROXIMAL

Exame radiográfico

O acesso e visualização dessas lesões são difíceis, logo, deve-se associar o exame clínico ao exame radiográfico.



Clínica de Radiodiagnóstico

A radiografia interproximal (bitewing) é complementar na detecção de cárie proximal.

LIMITAÇÕES

- Pequenas perdas minerais podem não ser identificadas;
- Possibilidade de falsos positivos ou falsos negativos.

LESÕES CARIOSAS NA FACE PROXIMAL

Separadores elásticos

Permite a visualização direta das faces proximais.

Separação dentária
temporária por meio elástico



Visualização direta da face
proximal após separação



Dra. Ana Raquel Benetti

Transiluminação por fibra óptica

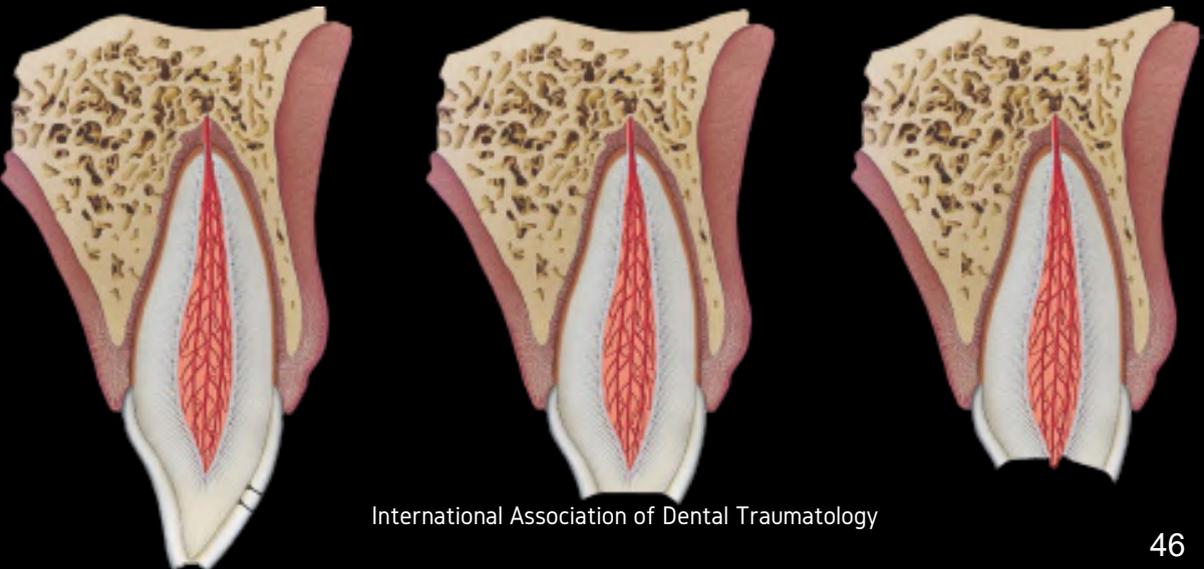
Método auxiliar para a identificação de lesões proximais. Trata-se de um exame simples, não invasivo e confortável para o paciente.



Dra. Ana Raquel Benetti



FRATURAS CORONÁRIAS



FRATURAS CORONÁRIAS

O QUE SÃO?

Lesões de natureza externa com impactos na função e estética dos dentes, além de afetar os aspectos psicológicos do paciente.

BORGES et al., 2017; FREIRE-MAIA, 2015

DETECÇÃO E AVALIAÇÃO

Podem estar presentes:

- Mobilidade
- Mudança na cor do elemento dental
- Fratura
- Dor

EXAME NEUROLÓGICO BÁSICO

Checar sinais vitais do paciente e seu relato quanto à:



Caso ocorra algum desses sintomas, deve-se encaminhar o paciente imediatamente para atendimento médico, em nível hospitalar.

HISTÓRIA MÉDICA DO PACIENTE



HISTÓRIA DO TRAUMA

Saber quando, onde e como ocorreu o trauma irá direcionar na escolha da terapêutica adequada à situação.

Quando

Período decorrido desde o traumatismo até o atendimento pelo cirurgião-dentista.

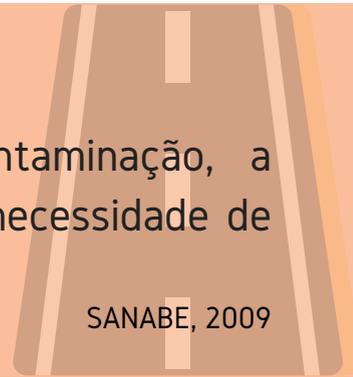
BORSATTI et al., 2013



Onde

Permite verificar o grau de contaminação, a presença de corpos estranhos e a necessidade de profilaxia antitetânica e antibiótica.

SANABE, 2009



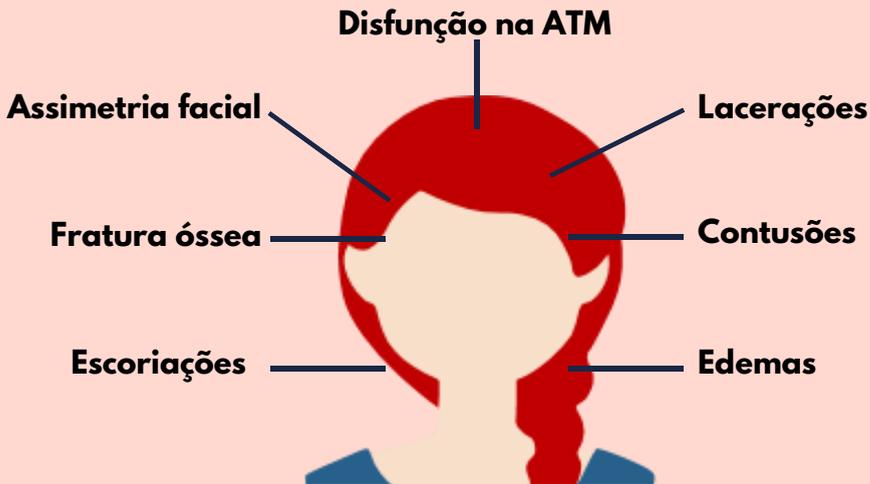
Como

Direção do impacto e em qual região.

VASCONCELLOS; MARZOLA; GENU, 2006



EXAME EXTRAORAL

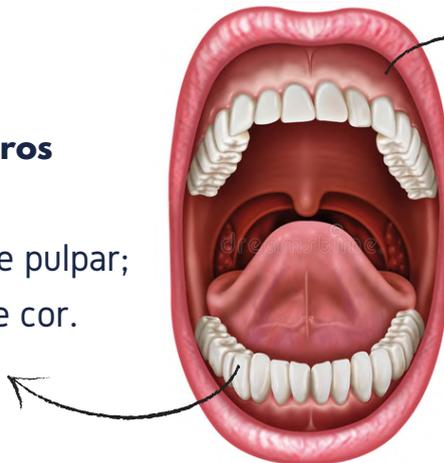


FERNANDES; MONACO; TENIS, 2009

EXAME INTRAORAL

Deve-se limpar a área com gaze umedecida em soro fisiológico antes do exame.

- Tecidos duros**
- Mobilidade;
 - Sensibilidade pulpar;
 - Alteração de cor.



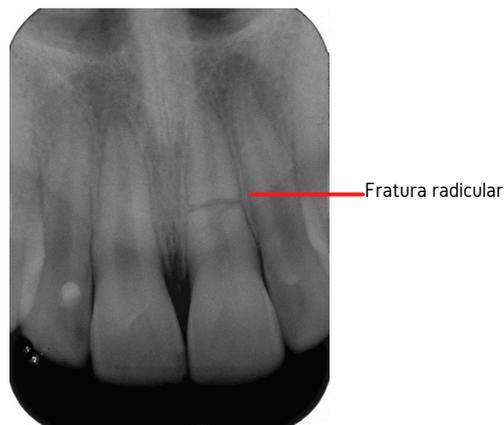
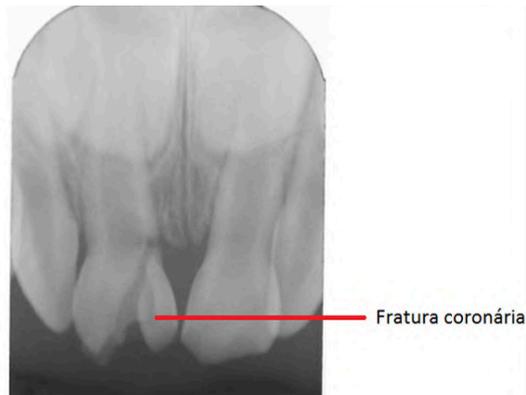
- Tecidos moles**
- Edemas;
 - Dilacerações;
 - Sangramentos.

VASCONCELLOS; MARZOLA; GENU, 2006

EXAME RADIOGRÁFICO

Radiografias em diferentes angulações permitem a obtenção de informações sobre a presença de fraturas e a sua localização, além de indicar se há corpos estranhos nos tecidos moles bucais.

FLORES et al., 2007



TRINCA DE ESMALTE

Fratura incompleta do esmalte, sem perda de estrutura.

TROPE et al., 2007



Dr. Douglas Streb

- Linha vertical ou horizontal;
- Mobilidade normal;
- Teste de sensibilidade pulpar positivo;
- Ausência de dor à percussão/palpação;
- Sem alteração radiográfica;
- Pode ser detectada através da transiluminação.

FRATURA DE ESMALTE

Perda estrutural restrita ao esmalte. Geralmente envolve a região anterior na borda incisal e/ou ângulo proximal.



- Mobilidade normal;
- Teste de sensibilidade pulpar positivo;
- Ausência de dor à percussão/palpação;
- Perda de esmalte visível radiograficamente.

FRATURA NÃO COMPLICADA DE COROA

Perda estrutural do esmalte e dentina, sem envolvimento pulpar ou periodontal.



- Mobilidade normal;
- Teste de sensibilidade pulpar positivo;
- Ausência de dor à percussão/palpação;
- Pode ocorrer sensibilidade dentária devido à exposição dos túbulos dentinários.

FRATURA COMPLICADA DE COROA

Perda estrutural do esmalte e dentina, com envolvimento pulpar ou periodontal.



SILVA et al., 2017

- Mobilidade normal;
- Polpa exposta sensível à estímulos (ex: frio, doce, ar);
- Ausência de dor à percussão/palpação (caso ocorra, avaliar possibilidade de lesões associadas).



LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS



LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS

O QUE SÃO?

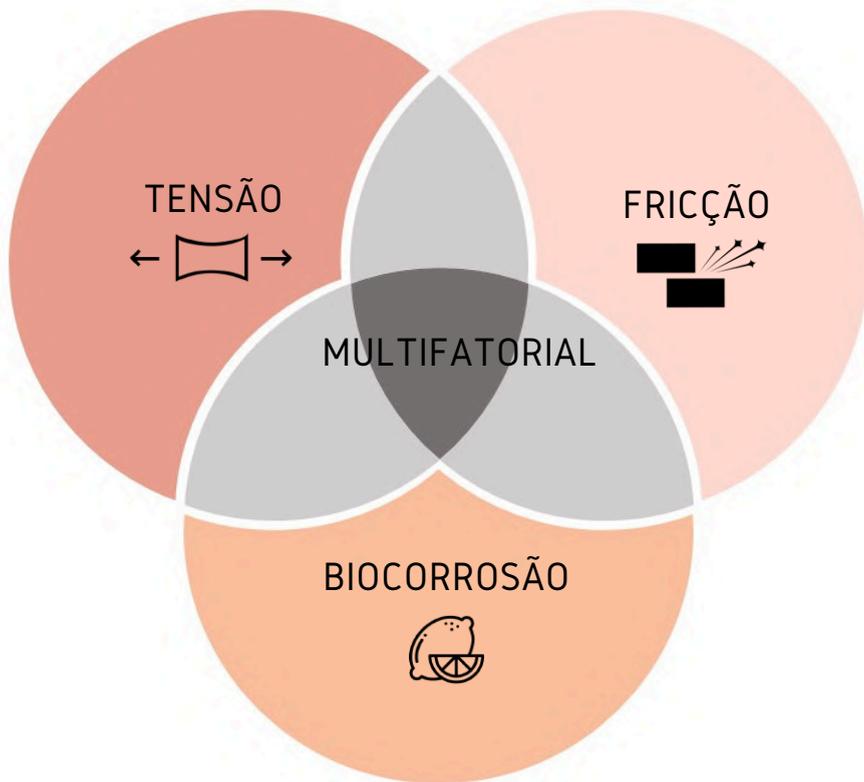
Lesões caracterizadas pela perda de estrutura dentária sem envolvimento bacteriano. Possuem diferenças no seu diagnóstico entre si e podem associadas ou separadas.

PEUMANS; POLITANO; VAN MEERBEEK, 2020

DETECÇÃO E AVALIAÇÃO

Anamnese detalhada e exame clínico para identificar a etiologia das lesões cervicais não cariosas.

São multifatoriais e sua formação e progressão se dão pela associação de três fatores principais: o acúmulo de tensão (abfração), fricção (desgaste) e a biocorrosão (degradação química, bioquímica e eletroquímica).



BIOCORROSÃO

Dissolução do tecido mineral dentário pela ação de ácidos, sem envolvimento bacteriano.



LUSSI; JAEGGI, 2008

- Lisas;
- Largas;
- Rasas;
- Sem ângulos nítidos;
- Comumente localizada nas faces palatinas dos dentes anteriores.

Fatores

INTRÍNSECOS:

- Bulimia
- Refluxo gástrico
- Vômito crônico
- Alcoolismo
- Xerostomia

EXTRÍNSECOS:

- Medicamentos ácidos
- Dieta ácida
- Indústrias químicas
- Piscinas cloradas

ABRASÃO DENTÁRIA

Perda de estrutura dentária decorrente de forças mecânicas excessivas.



NJBH

- Côncava;
- Frequentemente localizada na região cervical da face vestibular.

Fatores

- Escova com cerdas duras
- Força excessiva
- Creme dental muito abrasivo

ABFRAÇÃO DENTÁRIA

Causada por cargas excessivas que colapsam a estrutura dentária em um ponto distante do seu local de aplicação.



Dr. Murilo Oliveira

- Forma de cunha;
- Bordas anguladas;
- Geralmente localizada na região cervical da face vestibular;
- Maior ocorrência em pré-molares.

Fatores

- Interferências oclusais
- Contatos prematuros
- Bruxismo

DIAGNÓSTICO ESTÉTICO

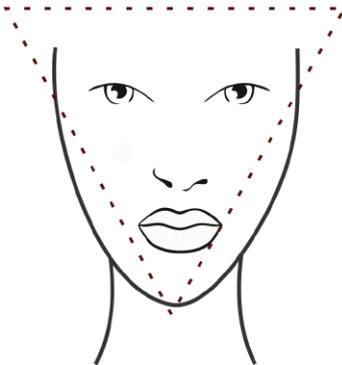
A busca por um sorriso agradável e harmônico norteia o diagnóstico estético. Logo, muitos aspectos definem o rumo que um trabalho restaurador irá tomar, como a cor, forma, morfologia do dente, periodonto e composição facial do paciente.

NETTO; REIS, 2011

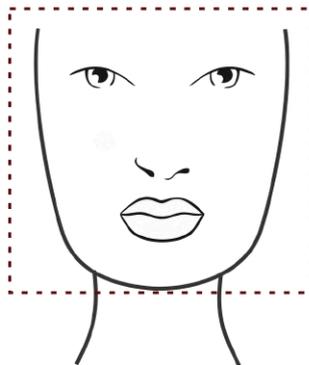
FACE

Forma da face

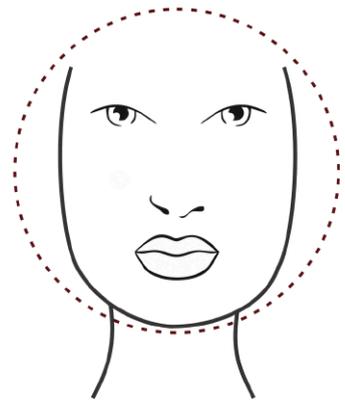
Triangular



Quadrada



Redonda



DIAGNÓSTICO ESTÉTICO

Linha mediana da face



Linha imaginária traçada a partir do ponto glabella, passando pela ponta do nariz, filtro labial até a ponta do mento. Fator determinante na simetria facial.

Tipo de sorriso

Pode ser classificado em alto, médio e baixo de acordo com a exposição dos dentes durante o sorriso

Alto

Exposição excessiva da gengiva



Médio

Expõe de 75% a 100% dos dentes anteriores



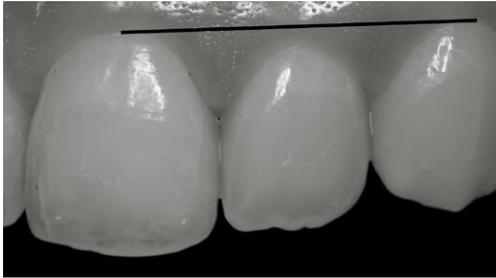
Baixo

Expõe até 75% do comprimento dos dentes anteriores



PERIODONTO

Contorno gengival



HIGASHI et al., 2008

Pode ser reto ou sinuoso. Quando regular e contínuo, caracteriza um padrão estético satisfatório.

Zênite gengival



HIGASHI et al., 2008

Ponto mais apical do contorno gengival que geralmente está localizado mais distalmente ao longo eixo do dente.

Papila interdental



HIGASHI et al., 2008

Seu posicionamento correto preenche o espaço criado pelos pontos de contato entre os dentes.

DENTES

Curvatura incisal

Trajeto imaginário que passa tangencialmente pela borda incisal dos incisivos superiores e a ponta da cúspide dos caninos.

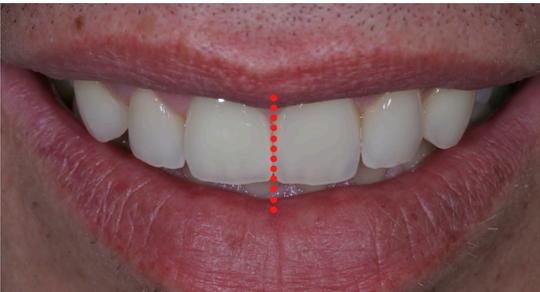


HIGASHI et al., 2008

O aspecto de curvatura acompanhando o lábio representa um padrão estético agradável.

Linha média dentária

Linha imaginária traçada entre os incisivos centrais superiores e inferiores.



HIGASHI et al., 2008

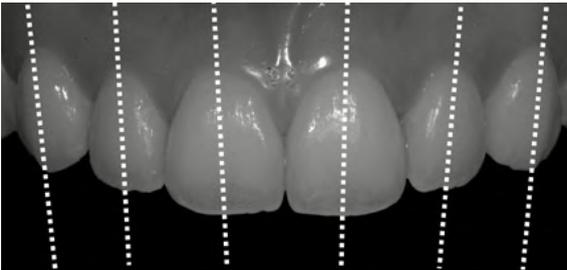
A linha média dentária é determinante para a simetria do arcos.

Alinhamento dental

Refere-se a dentes bem posicionados no arco, permitindo uma percepção agradável e harmônica do sorriso.

Inclinação axial

Inclinação dos dentes no sentido inciso/apical para a distal, determinando a posição do zênite gengival.



HIGASHI et al., 2008



A inclinação axial dos dentes para a distal se acentua na direção do incisivo central para o canino.

Corredor bucal

Espaço que existe bilateralmente entre a superfície vestibular dos dentes superiores posteriores e a comissura labial durante o sorriso.



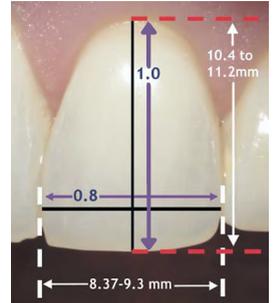
O corredor bucal determina o quanto de dentes aparecem no sorriso no sentido latero-lateral.

Proporção entre os dentes

Relação entre o dente e suas dimensões (altura e largura) com os demais dentes que compõem a arcada.



O incisivo central superior é um dente dominante na composição do sorriso. Sua proporção ideal é 10:8, ou seja, sua largura ser 80% de sua altura, aproximadamente.



SARVER, 2004

ALTURA

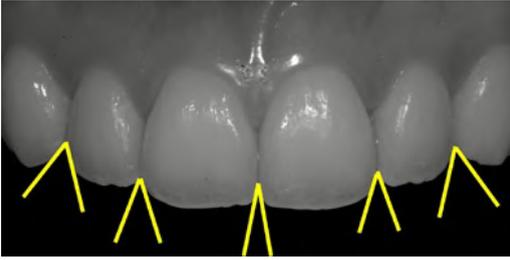
O comprimento entre incisivos centrais superiores e caninos é aproximadamente igual. Os incisivos laterais são ligeiramente mais curtos (15 a 25%).

LARGURA

A largura dos incisivos centrais é 10% maior que a dos caninos e de 20 a 25% maior do que largura dos incisivos laterais.

Ameia incisal

São espaços entre um dente e o adjacente na borda incisal e relacionam-se com a localização do ponto de contato.



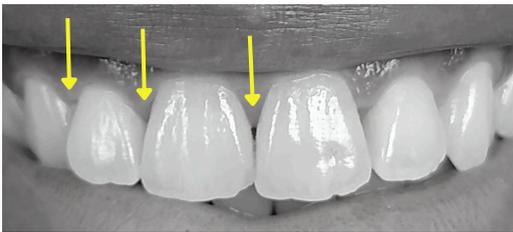
HIGASHI et al., 2008



O ângulo interincisal aumenta conforme avança para a região canina e geralmente possui a forma de um "V" invertido.

Ameia cervical

Determinada pela posição cervical dos pontos de contato, das paredes proximais dentárias e crista óssea interdentária.



Sua forma depende da inclinação e morfologia dos dentes.

CONCEIÇÃO, MASOTTI, 2007

Forma

Ovóide



FRADEANI, 2006

Quadrado



Triangular



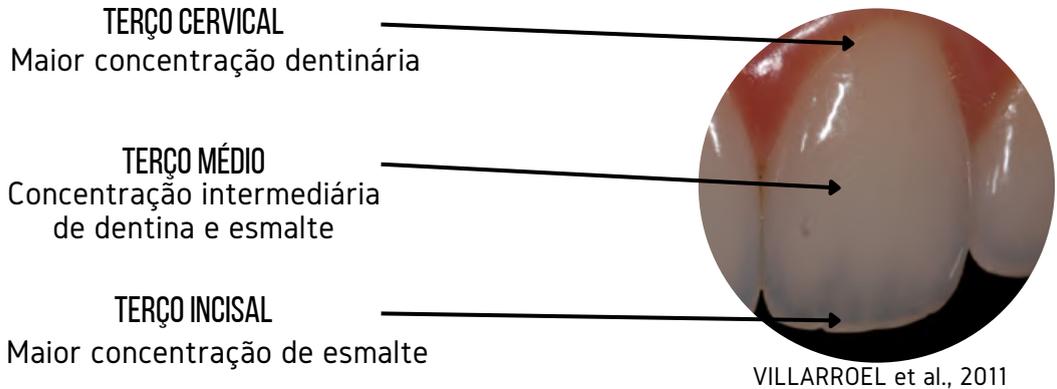
Textura superficial

Pode se manifestar como linhas verticais ou horizontais na superfície vestibular dos elementos dentais. A texturização da superfície aumenta a reflexão de luz, deixando o dente com aparência de mais claro, sendo mais comum em dentes jovens.

CONCEIÇÃO, MASOTTI, 2007

Cor

A percepção da cor dos dentes depende de suas propriedades ópticas, assim como da região do dente, idade do paciente e alterações fisiológicas ou patológicas.



DENTES JOVENS



VILLARROEL et al., 2011

- Maior concentração de esmalte;
- Esmalte menos translúcido;
- Dentes texturizados: maior reflexão de luz.

DENTES ENVELHECIDOS



VILLARROEL et al., 2011

- Maior concentração de dentina;
- Esmalte mais translúcido;
- Dentes lisos: menor reflexão de luz.

CRITÉRIOS PARA SUBSTITUIÇÃO DE RESTAURAÇÕES

SUBSTITUIÇÃO: conduta tomada diante de uma falha generalizada e sem possibilidade de reparos, visto que a remoção total de uma restauração abrange tecido sadio.



REPARO: situações onde é possível solucionar a falha por meio de correções localizadas, enquanto a remodelação corrige irregularidades por meio de pequenos desgastes ou polimento.

A avaliação clínica de restaurações segue os conceitos da USPHS (United States Public Health Service) e UHSPHS modificados.

RIBEIRO; PAZINATTO, 2016



[Quer saber mais? Só clicar aqui!](#)

ASPECTOS CLÍNICOS AVALIADOS PARA A DECISÃO DE SUBSTITUIÇÃO

Margem sem falhas detectáveis com sondagem



Restauração em continuidade com o dente

Textura superficial lisa

Ausência de indícios de cárie

Contato oclusal adequado

Cor semelhante ao tecido dental adjacente

Falha presente, mas não expõe dentina



Descontinuidade, mas sem exposição dentinária

Textura superficial com irregularidades

Contato oclusal aceitável

Ligeira alteração de cor e translucidez

Presença de fratura e mobilidade



Dentina e base da restauração expostas

Superfície com fraturas ou sulcos

Evidência de atividade cariogênica

Contato oclusal ausente

Nítida alteração de cor e translucidez

4

Tratamientos

Tratamentos

Cárie dentária



ANTERIORMENTE....

A Odontologia possuía um viés mecanicista e curativo, consistindo em somente eliminar as lesões de cárie por meio da remoção completa do tecido comprometido.

TUMENAS et al., 2014

ATUALMENTE...

A abordagem minimamente invasiva tem foco na prevenção e promoção de saúde, no diagnóstico precoce e, conseqüentemente, no tratamento com maior preservação de estrutura dental.

PETRI et al., 2018

PRINCÍPIOS PARA LONGEVIDADE DAS RESTAURAÇÕES

1

Atrasar a primeira restauração o quanto possível

2

Utilizar métodos menos agressivos de remoção de tecido cariado para manter a vitalidade pulpar

3

Empregar técnicas menos invasivas, reduzindo a perda de estrutura dental sadia

4

Garantir um bom selamento e uma boa adesão da restauração

5

Aplicar uma abordagem mais conservadora na substituição de restaurações

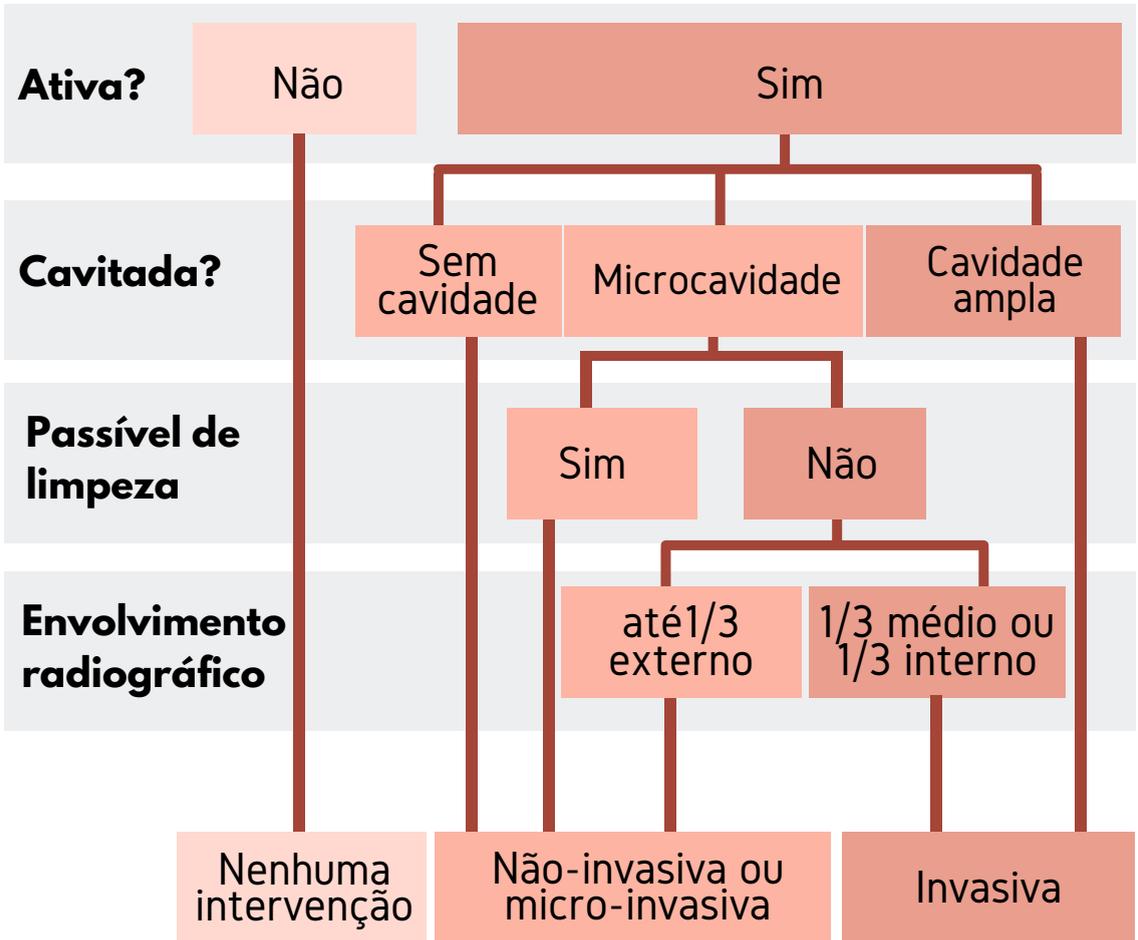
INTERVENÇÕES MINIMAMENTE INVASIVAS

Não invasivos	Microinvasivos	Invasivos
Controle de dieta Controle de biofilme Controle de mineralização	Selamento Infiltração resinosa	Restauração

SCHWENDICKE et al., 2019

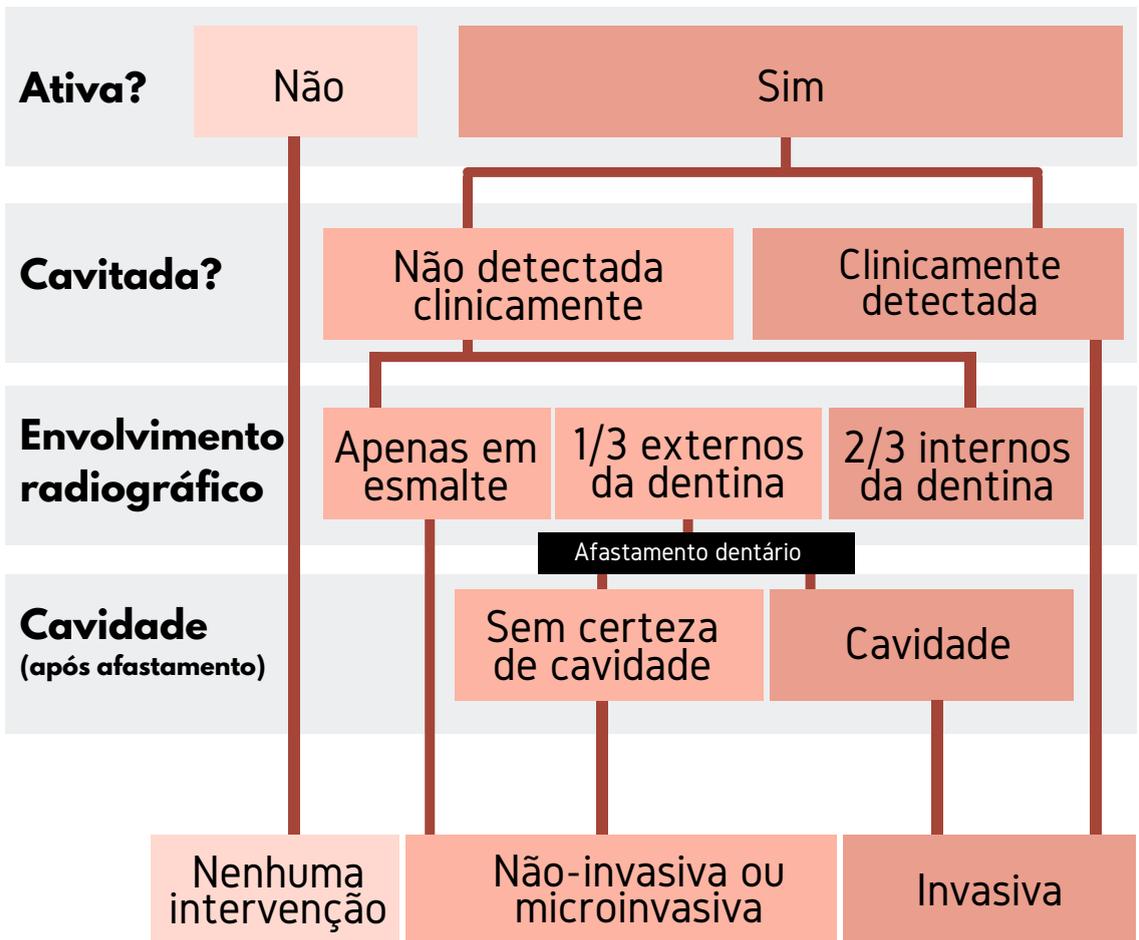
SUPERFÍCIE OCLUSAL

A atividade e o nível da cavitação são os principais fatores que determinam a necessidade de intervenção.



SUPERFÍCIE PROXIMAL

Além da avaliação clínica, são utilizadas radiografias para estimar o nível de cavitação. Se a cavitação não puder ser detectada clinicamente, deve-se preferir meios não invasivos ou microinvasivos.

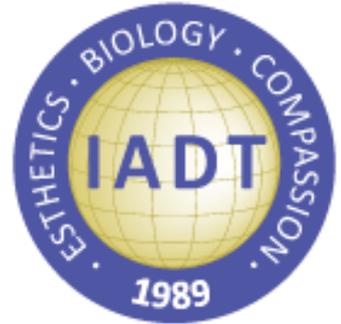




Tratamentos

Fraturas Coronárias

A Associação Internacional de Traumatologia Dentária (IADT) desenvolveu diretrizes para a prestação dos cuidados de pacientes com trauma dental.



Traumas orais compreendem 5% de todas as lesões para as quais as pessoas procuram tratamento.

Essas orientações representam as melhores evidências atuais, baseadas na pesquisa da literatura e na opinião profissional.

Para todas as diretrizes, o profissional de saúde deve aplicar o julgamento clínico ditado pelas condições presentes na situação traumática.

A IADT não garante resultados por seguir as diretrizes, mas usar os procedimentos recomendados pode maximizar as chances de sucesso.

FLORES et al., 2007



[Quer saber mais? Só clicar aqui!](#)

RECOMENDAÇÕES GERAIS

EXAME CLINICO

Deve se observar minuciosamente a situação inicial da emergência, anotando todos os detalhes do trauma e das condições iniciais.

EXAME RADIOGRÁFICO

São recomendados vários feixes

- Radiografia periapical em 90° (ortorradial);
- Radiografias periapicais laterais (mesiorradial e distorradial);
- Radiografia oclusal.

TESTE DE SENSIBILIDADE

Deve ser realizado teste de sensibilidade pulpar

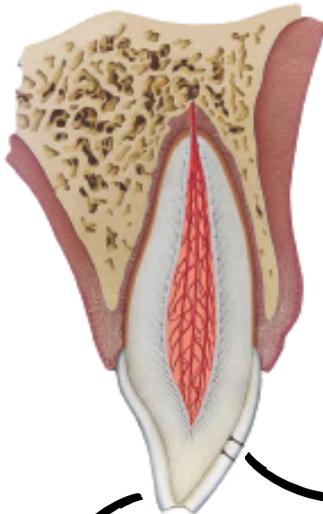
Frio



ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES

- Instrução de higiene oral;
- Uso de escova macia;
- Uso de clorexidina 0,12%.

FRATURA DE ESMALTE



IADT

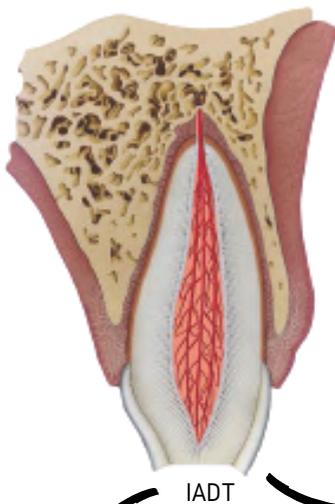
Para as trincas de esmalte, o tratamento indicado é a fluoroterapia.



Nas fraturas de esmalte, deve-se regularizar os bordos cortantes, seguida da aplicação de verniz com flúor ou restauração (dependendo do tamanho da fratura).



FRATURA NÃO COMPLICADA DA COROA



CASO HAJA UM FRAGMENTO DISPONÍVEL

Colagem do fragmento



Dra. Paula Cardoso

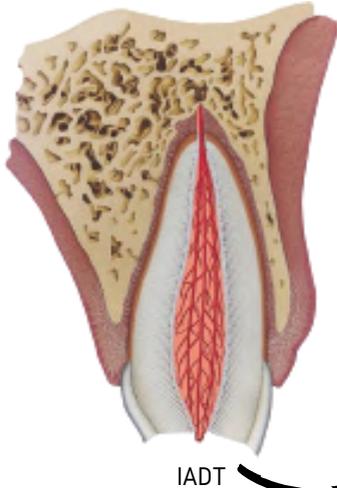
CASO NÃO HAJA UM FRAGMENTO DISPONÍVEL

Restauração com ionômero de vidro (provisória) ou com resina composta (permanente).



FLORES et al., 2007

FRATURA COMPLICADA DA COROA



PACIENTES COM DENTES EM DESENVOLVIMENTO

- Capeamento pulpar direto (Mta ou CAOH_2)
- Pulpotomia

Obs.: importante fazer acompanhamento clínico e radiográfico do dente.

PACIENTES ADULTOS

Tratamento endodôntico + restauração

Obs.: para fraturas extensas, avaliar se há necessidade de cirurgia periodontal, exodontia ou extrusão ortodôntica.

Tratamentos

Lesões Cervicais Não Cariosas



PARA REALIZAR UM TRATAMENTO ADEQUADO DEVE-SE LEVAR EM CONSIDERAÇÃO OS SEGUINTE FATORES:

1

Profundidade da lesão



2

Sensibilidade



3

Fatores sistêmicos



4

Fatores comportamentais



DECISÃO TERAPÊUTICA - QUANDO RESTAURAR?



PEUMANS; POLITANO;
VAN MEERBEEK, 2020

- Exposição pulpar
- Sensibilidade associada
- Mais de 1mm de profundidade
- Potencial de fratura dentária
- Necessidade estética
- Retenção de biofilme

HÁ DOIS TIPOS DE INTERVENÇÕES PARA TRATAR AS LCNC

IMEDIATAS

Visam o fim do evento doloroso, vedamento do tecido exposto e a reparação da estrutura dental perdida.

Proceder com:

- **Dessensibilização**
- **Restauração adesiva**

MEDIATAS

Correspondem ao reconhecimento e controle dos fatores associados.

Encaminhamento para:

- **Psicólogos**
- **Nutricionistas**
- **Especialistas em DTM**
- **Periodontistas**
- **Ortodontistas**

INTERVENÇÕES IMEDIATAS

Dessensibilizantes dentinários

Produtos à base de oxalato são a primeira escolha para serem utilizados na redução da sensibilidade e permeabilidade dentinária.

GILLAM et al., 2001; MORRIS et al., 1999



Lasers de baixa intensidade

Possibilita a obtenção de resultados mais prolongados quando comparado aos dentifrícios e agentes dessensibilizantes.

GERALDO et al., 2016



Tratamento restaurador

Cimento de ionômero de vidro (CIV);

Adesivos autocondicionantes associados à resina composta.

SAKRANA et al., 2004



INTERVENÇÕES MEDIATAS



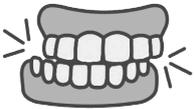
Aconselhamento para mudanças com relação à dieta;



Técnicas de escovação corretas;



Uso de gomas de mascar sem açúcar para aumentar o fluxo salivar;



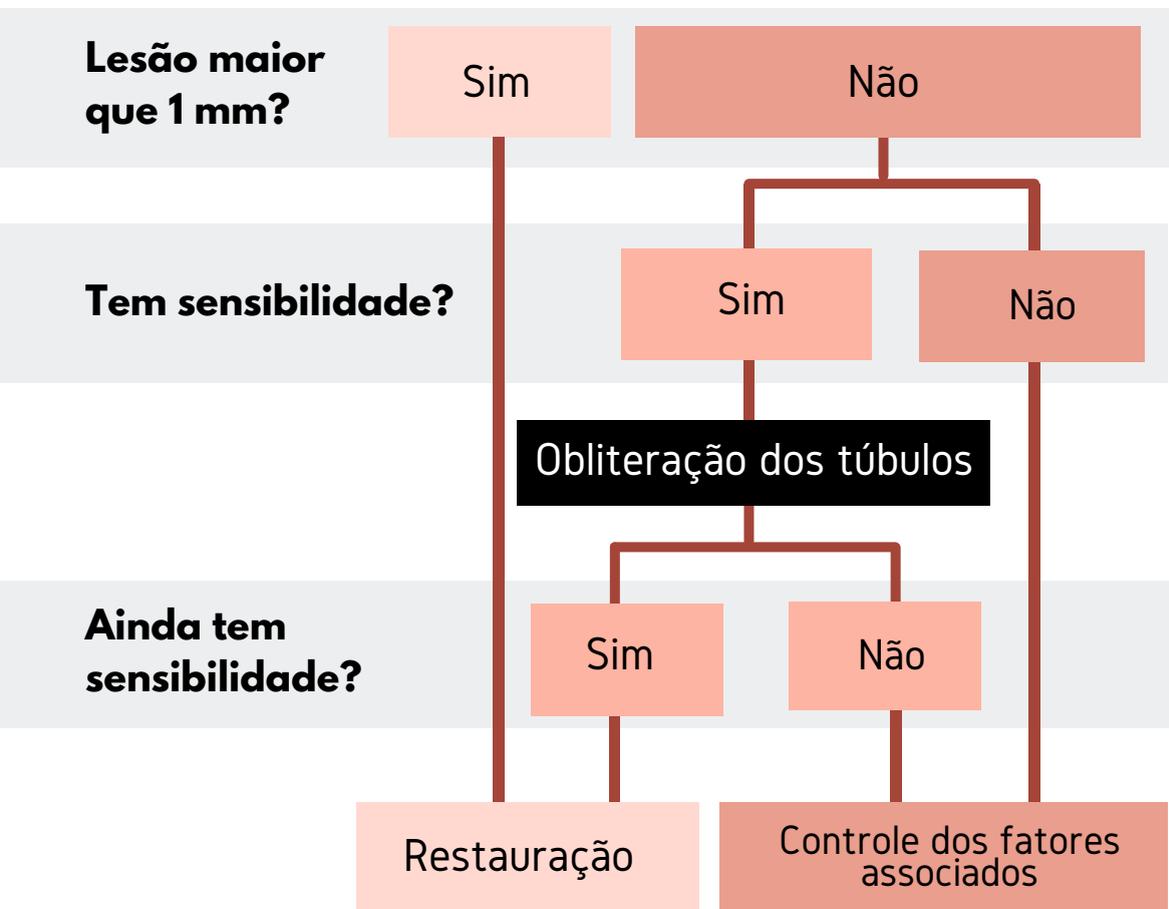
Uso placas oclusais a fim de reduzir hábitos parafuncionais noturnos;



Monitoramento da progressão das lesões.

Outras terapias como ajustes oclusais, restaurações e procedimentos cirúrgicos de cobertura radicular em combinação com restaurações podem ser realizados nos casos em que há perda estrutural.

TRATAMENTO DAS LCNC



5

Referências

ABUCHAIM, C. et al. Abordagem científica e clínica do selamento de lesões de cárie em superfícies oclusais e proximais. RGO - Revista Gaúcha de Odontologia, Porto Alegre, v.59, n.1, p.117-123, 2011.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Informações sobre Receituários, Talonários e Medicamentos Controlados. Disponível em: <https://saude.campinas.sp.gov.br/dicas/receituarios_talonarios_medicamentos/informacoes_sobre_receituarios_talonarios_medicamentos.htm>. 2015

BARROS et al. Traumatismos dentários: da etiologia ao prognóstico, tudo que o dentista precisa saber. Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection, n.45, 2020.

BENEDICTO, E. et al. A importância da correta elaboração do prontuário odontológico. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistasmetodista/index.php/Odonto/article/view/2036/2705>

BITENCOURT, S. et al. Abordagem terapêutica das fraturas dentárias decorrentes do traumatismo dentário. Rev. Odontol. Araçatuba (Online), p. 24-29, 2015.

BRAGA, M. et al. O uso do ICDAS para diagnóstico e planejamento do tratamento da doença cárie. PRO-Odonto Prevenção, v.5, n.4, p. 9-55, 2012.

BRAGA, Mariana Minatel et al. Are the approximal caries lesions in primary teeth a challenge to deal with? A critical appraisal of recent evidences in this field. VIRDÍ, MC Emerging trends in Oral Health Sciences and Dentistry. Intech, p. 83-116, 2015.

BRANCO, C. et al. Erosão dental: diagnóstico e opções de tratamento. Revista de Odontologia da UNESP, v.37, n.3, p.235-242, 2008.

BORGES, T. et al. Impact of traumatic dental injuries on oral health-related quality of life of preschool children: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE, v.12, n.2, 2017.

BORSATTI, M. et al. Urgências em Odontologia. In: ROCHA, R. Clínica Integrada em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

BRANDÃO, B. et al., Importância de um exame clínico adequado para o atendimento odontológico. Ciências Biológicas e de Saúde Unit, Alagoas, v. 5, n. 1, p. 77-88, 2018.

CERRI, A.; GUARIM, J.; GENOVESE, W. Planejamento e diagnóstico em Odontologia com os princípios bioéticos. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, v.69, n.3, p. 216-225, 2015.

CHAVES, L. et al. Cárie proximal – fundamentos e recursos para diagnóstico precoce. *Odontologia Clínico-Científica*, Recife, v.9 n.1, p. 33-37, 2010.

COELHO, C. et al. Prontuário odontológico – sua composição, importância clínica, ética e legal: Revisão de literatura. *Revista de odontologia contemporânea*, 1(2Suplemen), 2018.

CONCEIÇÃO; MASOTTI, Princípios de estética aplicados à dentística. In: CONCEIÇÃO, E. et al. *Dentística: Saúde e Estética*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, p.300-319, 2007.

COSTA, L. et al. Lesão cervical não cariosa e hipersensibilidade dentinária: Relato de caso clínico. *Revista Odontológica do Brasil Central*, v.27, n.83, p.247-251, 2018.

DAME-TEXEIRA et al. A tomada de decisão no tratamento de lesões cariosas. In: LEAL, H.; DUARTE, D.- *Odontologia De Mínima Intervenção: Dentes funcionais por toda a vida*. Napoleao Quintessence, 2020.

FEJERSKOV, O. et al. Cárie dentária: fisiopatologia e tratamento. 3 ed. (tradução Ana Julia Perroti-Garcia). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FERNANDES, A.R. *Terapêuticas das White Spot Lesions [Revisão Sistemática]*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2016.

FERNANDES, K. ; MONACO, R.; TENIS, C. *Guia visual de endodontia*. 1. ed. São Paulo: Livraria Editora Santos, 2003.

FIROOZMAND, L. et al. Lesões Cervicais Não Cariosas: como proceder?. São Luís, EDUFMA, 2020.

FLORES, M. et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dental Traumatology*, v.23, n.2, p.66-71, 2007.

FOP/UNICAMP. *Patologia Geral – DB-301, Unidade II. Áreas de Semiologia e Patologia*. Disponível em <https://w2.fop.unicamp.br/ddo/patologia/downloads/db301_un1_ExameClinico.pdf>. Acesso em: 19/06/2020.

FREIRE-MAIA, F. et al. Oral Health-Related Quality of Life and Traumatic Dental Injuries in Young Permanent Incisors in Brazilian Schoolchildren: A Multilevel Approach. *PLoS ONE*, v.10, n.8, 2015.

GRIPPO, J.; SIMRING, M.; COLEMAN, T. Abfraction, Abrasion, Biocorrosion, and the Enigma of Noncariou Cervical Lesions: A 20-Year Perspective. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, v.24, n.1, p.10-23, 2012.

KINA, M. et al. Lesões cervicais não cariosas: protocolo clínico. *Archives of Health Investigation*, v.4, n.4, p.21-28, 2015.

KRIGER, L. ABOPREV: promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização / ABOPREV: oral health promotion: paradigm, science, humanization. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

KIDD, E.; FEJERSKOV, O. What constitutes dental caries? Histopathology of carious enamel and dentin related to the action of cariogenic biofilms. *J Dent Res.*, v.83 Spec No C:C35-8, 2004.

LIMA, G. et al. Manchas brancas em esmalte dentário: cárie dentária, hipoplasia ou fluorose? Uma abordagem crítica. *Revista de Pesquisa em Saúde*, v.16, n.2, p.112-118, 2015.

LUSSI, A. Comparison of different methods for the diagnosis of tissue caries without cavitation. *Caries Research*, n.27, p.409-416, 1993.

MALTZ, M.; CARVALHO, J. Diagnóstico da doença cárie. In: Kriger L. *Promoção de saúde bucal*. 3 ed. São Paulo: Artes Médica, 2003.

MALTZ, M. et al. Cárie dentária: conceitos e terminologia. In: *Cariologia: conceitos básicos, diagnósticos e tratamento não restaurador*. São Paulo: Artes Médicas, 2016. (Série Abeno: Odontologia Essencial - Parte Básica).

MELO, G.; MENEZES FILHO, P. Proporção áurea e sua relevância para a odontologia estética. *International Journal of Dentistry*, v. 7, n.4, p. 234-238, 2008.

MENDES, W.; BONFANTE, G. *Fundamentos de estética em odontologia*. São Paulo: Santos, 1994.

NASCIMENTO, M. et al. Abfraction lesions: Etiology, diagnosis, and treatment options. Vol. 8, *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*. Dove Medical Press Ltd; 2016. p. 79-87.

NETTO, L.; REIS, R. Restabelecimento estético funcional de dentes ântero-superiores com rara alteração de cor e forma. Relato de caso clínico. *Revista Dentística on line* -ano 10, n.20, jan./mar., 2011. Disponível em: <www.ufsm.br/dentisticaonline>. Acesso em: 26/06/2020.

OLIVEIRA, M. et al. Avaliação clínica, radiográfica e histológica de cáries de fissura. *Odonto*, v.19, n.37, p.79-87, 2011.

OPAM, N.; FRANKENBERGER, R.; MAGNE, P. From 'Direct Versus Indirect' Toward an Integrated Restorative Concept in the Posterior Dentition. *Oper Dent*, p. 41, 2016.

PASSOS, I. et al. Defeitos do esmalte: etiologia, características clínicas e diagnóstico diferencial. *Revista do Instituto de Ciência da Saúde*, v.25, n.2, p.187-192, 2007.

PASCOTTO, R. et al. Cárie: diagnóstico e planejamento preventivo e restaurador. In: PEREIRA; ANAUATE-NETTO; GONÇALVES. *Dentística: Uma Abordagem Multidisciplinar*. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

PETRI, A. et al. Remoção parcial do tecido cariado: uma revisão de literatura. *Revista Esfera Acadêmica Saúde*, v.3, n.1, 2018.

PEUMANS, M.; POLITANO, G.; VAN MEERBEEK, B. Treatment of noncarious cervical lesions: when, why, and how. *Int J Esthet Dent*, v. 15, n. 1, p. 16-42, 2020.

PRETTY, I. EKSTRAND, K. Detection and monitoring of early caries lesions: a review. *Eur Arch Paediatr Dent*. fev., v.17, n.1, p.13-25, 2016.

RIBEIRO, C. et al. Diagnóstico e decisão de tratamento das lesões de cárie proximais. *Revista da Faculdade de Odontologia – Universidade de Passo Fundo*, v. 10, n. 2, p.46-50, jul./dez., 2005.

RIBEIRO, M.; PAZINATTO, F. Critérios clínicos para decisão entre substituição ou reparo de restaurações em resina composta – revisão de literatura. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v.73, n.3, p. 223-30, 2016.

RITTER, A.; EIDSON, S.; DONOVAN, T. Dental caries: etiology, clinical characteristics, risk assessment, and management. *Sturdevant's Art & Science of Operative Dentistry- E-Book*, v. 41, 2014.

RODRIGUES, J.; BASTING, R.; SERRA, M. Procedimentos invasivos e não invasivos em superfícies oclusais. *Revista Paulista de Odontologia*, v.22, n.6, p.24-30, 2000.

SANABE, M. et al. Dental traumatism urgencies: classification, signs and procedures. *Revista Paulista de Pediatria*, v.27, n.4, p.447-451, 2009.

SANTOS, N. et al. Diagnóstico de cárie hoje: novas tendências e métodos. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, Curitiba, v.6, n.31, p.255-262, 2003.

SARVER, D.M. Principles of cosmetic dentistry in orthodontics: Part 1. Shape and proportionality of anterior teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v.126, n.2, p.749-753, 2004.

SILVA, R. A. et al. Diagnóstico clínico e radiográfico na detecção de cáries proximais em molares decíduos e permanentes. *Odontol. Clín.-Cient.*, Recife, 12 (3) 223-226, jul./set., 2013.

SHEIHAM, A.; JAMES, W. Diet and Dental Caries: The Pivotal Role of Free Sugars Reemphasized. *J Dent Res*, out, v.94, n.10, p.1341-7, 2015.

SOARES, G. et al. Métodos de detecção de cárie. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p.84-89, 2012.

SOARES P.; GRIPPO J. Lesões cervicais não cariosas e hipersensibilidade dentinária cervical: etiologia, diagnóstico e tratamento. 1ª ed. São Paulo(SP): Quintessence Editora, 2017.

SOUZA, E.; BEZERRA, F. Diagnóstico e plano de tratamento em dentística. Disponível em: <<http://static.recantodasletras.com.br/arquivos/5688070.pdf>>.

SCWENDICKE, F. et al. When to intervene in the caries process? An expert Delphi consensus statement. *Clinical oral investigations*, v.23, n.10, p.3691-3703, 2019.

TORABINEJAD, M.; WALTON, R. *Endodontia Princípios e Práticas*. 4 ed. (Tradução Maurício Santa Cecília). Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

TUMENAS, I. et al. Odontologia minimamente invasiva. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, v.68, n.4, p. 283-95, 2014.

VASCONCELOS, R; MARZOLA, C; GENU, P. Trauma dental: aspectos clínicos e cirúrgicos. *Revista da Academia Tiradentes de Odontologia*, Revista 12 - Trabalho 01, 2006.

TROPE, M. et al. O papel da endodontia após o traumatismo dentário. In: COHEN S. & HARGREAVES K. *Caminhos da Polpa*. Rio de Janeiro: Elsevier, p.610-649, 2007.