

Aula 00

*Prefeitura de Jaguariúna-SP
(Odontopediatra) Conhecimentos
Específicos - 2021 (Pós-Edital)*

Autor:
Cássia Reginato

01 de Agosto de 2021

Sumário

1- Patologia na infância.....	2
1.1 Patologias de recém-nascidos.....	2
1.2- Alterações congênitas.....	3
1.3 Alterações relacionadas ao processo eruptivo	5
1.4 - Alterações não patológicas da língua.....	6
1.5 - Condições virais.....	6
1.4 - Condições fúngicas	9
1.5 - Fenômenos de retenção	9
1.6 - Lesões vasculares	10
1.7 - Alterações no desenvolvimento dentário.....	11
2 – Anatomia dentária.....	12
2.1 - Anatomia dentária.....	12
2.2 -Diferenças entre dentes decíduos e permanentes	13
3 - Referências bibliográfica	16



1- PATOLOGIA NA INFÂNCIA

Caro aluno, agora precisamos ser estrategistas! A patologia costuma ser uma matéria extensa e cheia de detalhes. É uma tendência as bancas explorarem a patologia dentro de conteúdos de odontopediatria. Antes de começarmos, deixe-me falar da minha experiência. Quando estudava para o concurso que queria (forças armadas), escolhi a área de concentração em odontopediatria, porém em 2016 não abriu vaga de odontopediatria na Marinha do Brasil, apenas na estomatologia. Eu possuía especialização em odontopediatria e estudava, a maior parte do meu tempo, essa especialização. Quando o edital saiu, tive três meses para reorganizar o meu estudo (saber tudo o que conseguisse de estomatologia). Fui aprovada na estomatologia mas não pense que sabia tudo de estomatologia, apenas soube estudar para passar. É isso que desejo que você faça, saiba estudar o conteúdo (cheio de decorebas e detalhes).

1.1 Patologias de recém-nascidos

1.1.1 Dentes natais e neonatais:



Os dentes **natais** são dentes presentes quando o **bebê nasce** (eu sempre pensava que natal era a data de nascimento de Cristo, então associava com os dentes que estavam presentes no nascimento), e os dentes **neonatais** são os dentes que aparecem na boca do bebê **até 30 dias após o seu nascimento**.

A **ocorrência** de ambas condições é **baixa**. Seguindo a cronologia de erupção, em 85% dos casos os dentes evidenciados são **os incisivos inferiores** (decíduos). Geralmente as questões perguntam se os dentes são da série normal ou supranumerários (dentes a mais no arco), saiba que em 90% dos casos são os dentes da série decídua (normal). Como são os dentes decíduos que apenas nasceram antes do tempo, a primeira opção de tratamento é mantê-los na cavidade bucal. Lembre-se que esses dentes erupcionaram antes do tempo (a formação radicular ainda estava acontecendo) e por isso podem apresentar mobilidade.

Como devo conduzir o tratamento?

Nos casos de mobilidade excessiva, pelo risco de deglutição ou aspiração, indica-se a extração e curetagem do alvéolo. Nos casos em que não existe mobilidade opta-se pela manutenção dos dentes na cavidade oral.

Mas fique atento, esses dentinhos que nasceram antes do tempo podem causar lesões no mamilo da mãe durante o aleitamento e na língua do recém-nascido (Doença de Riga-Fede). Nesse caso pode-se considerar a exodontia ou o alisamento dos bordos incisais.

1.1.2 Doença de Riga-Fede ou úlcera de Riga-Fede.

A presença dos dentes natais ou neonatais pode ocasionar uma úlcera no ventre lingual do bebê, principalmente durante o movimento de ordenha na amamentação. A aparência clínica é de uma úlcera (pense numa afta) de bordas elevadas e endurecidas, com fundo necrótico e de coloração branco-



acinzentada com halo inflamatório. Apesar da aparência "feia" é uma lesão praticamente assintomática. O tratamento consiste em extração do dente ou alisamento das bordas cortantes (com disco de lixa seguido de aplicação tópica de verniz fluoretado).

1.1.3 Épulide congênita

A épulide congênita é um tumor (aumento de volume) **raro** e de etiologia incerta. É evidenciado no rebordo alveolar de recém-nascidos, com preferência pela região +anterior de maxila. Clinicamente evidencia-se um nódulo único e pediculado, de superfície lisa (às vezes lobulada), com coloração que varia da tonalidade rosa ao avermelhado de dimensões menores que 2 cm. Cerca 90% casos são vistos em meninas. Por ser **benigno** e autolimitante, não requer tratamento, apresentando **regressão espontânea**.

1.1.4 Pérolas de Epstein, nódulos de Bohn e cistos de lâmina dentária.

Todas essas formações possuem como característica o fato de serem múltiplas estruturas embrionárias remanescentes de dimensões reduzidas, com coloração esbranquiçada ou acinzentada, assintomáticas e que desaparecem espontaneamente. O que você precisa decorar são as diferenças de origem e localização, com essas informações você resolve qualquer questão!

As **pérolas de Epstein** são cistos de inclusão formados **ao longo da rafe palatina**. Sua origem está relacionada ao aprisionamento de **tecido epitelial** durante o fechamento do palato (linha mediana). Podem ser circunscritas e firmes à palpação. Com aparência semelhante à "grão de arroz", podem ser únicas ou múltiplas. Não requerem tratamento pois tendem a esfoliar até o 3º mês de vida.

Os **nódulos de Bohn**, são restos epiteliais de **glândulas mucosas** localizados **sobre as cristas dentárias**, por vestibular e lingual. Alguns autores afirmam que podem também ser evidenciadas **no palato**, porém, **longe da rafe**.

Os **cistos da lâmina dentária**, também chamados de cistos gengivais do recém-nascido, localizam-se nas cristas alveolares dos rebordos gengivais da maxila e da mandíbula. São remanescentes da lâmina dentária.

1.2- Alterações congênitas

1.2.1 Fissuras labiais e palatinas

As fissuras estão em alta nas provas, tanto prefeituras como concursos militares têm cobrado esse assunto! É o **defeito congênito mais comum envolvendo a face e os maxilares** (no Brasil 1:730 nascidos), surge no 4º estágio de desenvolvimento embrionário pela falta de fusão dos processos faciais. Cerca de 60% dos indivíduos com fissura labial também tem fissura palatal. Como fatores etiológicos podem ser citados o uso de medicamentos (aspirina, dilantina, 6-mercaptopurina) e o tabagismo



durante a gestação. O tratamento é multidisciplinar. No caso de necessidade de palatoplastia, a idade mínima recomendada para cirurgia é de 12 meses.

Fissura labial - falha na fusão dos processos nasal mediano e nasal lateral e proeminência maxilar, aparece durante a sexta semana de desenvolvimento.

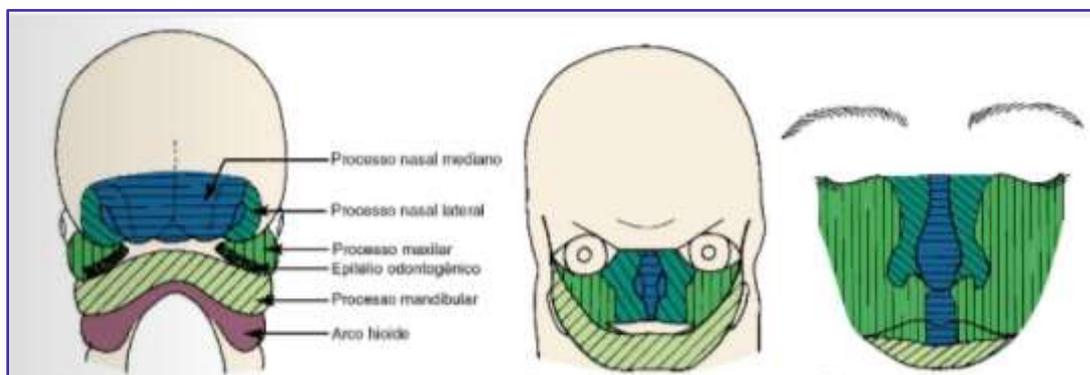


Figura 1: Áreas envolvidas na fissura labial. Fonte: Proffit et al.,

Uma classificação que começou a aparecer em algumas provas, em especial nos concursos militares, é a classificação de VEAU das fissuras labiais e palatinas. A título de curiosidade, veja abaixo:

FISSURAS LABIAIS

- CLASSE I: uma chanfradura unilateral do vermelhão não se estendendo para lábio inteiro
- CLASSE II: uma chanfradura unilateral da borda do vermelhão, com a fissura se estendendo para lábio inteiro, mas não incluindo o assoalho da cavidade nasal
- CLASSE III: uma fissura unilateral da borda do vermelhão se estendendo para o assoalho da cavidade nasal
- CLASSE IV: qualquer fissura bilateral do lábio, sendo ela uma chanfradura incompleta ou uma fissura completa

FISSURAS PALATINAS

- CLASSE I: acomete apenas o palato mole
- CLASSE II: acomete o palato duro e o palato mole, mas não o processo alveolar
- CLASSE III: acomete o palato duro e o palato mole e o processo alveolar em um lado da área da pré-maxila.
- CLASSE IV: acomete tanto o palato duro quanto o palato mole e continua através do processo alveolar em ambos os lados da pré-maxila, deixando esta área livre e geralmente móvel.

1.2.2 - ANQUILOGLOSSIA

Também conhecida como “língua presa”, a anquiloglossia acomete cerca de 3% dos neonatos e é causada pela curta inserção do freio lingual. A limitação dos movimentos linguais resulta em problemas de fonação, dificuldades na amamentação, perda de peso e desmame precoce. O tratamento nos casos de comprometimento funcional é o procedimento cirúrgico de frenectomia lingual.

A Lei n.º 13.002 de 20 de junho de 2014 tornou obrigatória a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, em todos hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências.

1.3 Alterações relacionadas ao processo eruptivo

1.3.1 Hematoma de erupção:

O hematoma ou cisto de erupção é causa frequente de acionamento na emergência odontopediátrica! A dilatação do espaço folicular que envolve a coroa de um dente em erupção é causada pelo trauma dos tecidos moles durante a função. O hematoma assusta os pais pelo aumento de volume e coloração arroxeada, no entanto, é assintomático. Acomete mais as regiões de incisivos e molares superiores. Não requer tratamento pois desaparece com a erupção.

1.3.2 Anquilose

A anquilose é uma união entre o osso e o dente. Sua causa está relacionada ao fato do processo de reabsorção não ser contínuo, ou seja, existem períodos de reabsorção e reparação, sendo que durante o reparo ocorre a união entre o osso e o dente. Além disso, é comum o fato de vários membros da família possuírem a mesma condição.

Não ocorre anquilose dos dentes decíduos anteriores a menos que tenha havido um traumatismo

O dente anquilosado está em estado de retenção estático, nas áreas adjacentes a erupção e o crescimento alveolar prosseguem, conferindo ao dente anquilosado uma aparência de "dente submerso". Frequentemente vista nos **1º molares decíduos**, esta condição está associada à ausência congênita de pré-molares.

Clinicamente, além da infraoclusão, observa-se a ausência de mobilidade (mesmo com reabsorção avançada das raízes) e som metálico à percussão (o dente normal apresenta um som amortecido à percussão por ter ligamento periodontal que absorve parte do choque da percussão). No exame radiográfico, evidencia-se a falta de continuidade da membrana periodontal. Recomenda-se o



acompanhamento clínico e radiográfico, e em caso de estabelecimento de maloclusão, a extração dentária.

1.4 - Alterações não patológicas da língua

1.4.1 - LÍNGUA FISSURADA

A língua fissurada é uma alteração de desenvolvimento que possui um aspecto clínico arboriforme (no ventre observa-se um ramo maior e ramificações laterais menores). Na maioria dos casos é assintomática (sintomatologia restrita ao consumo de condimentos apimentados ou alimentos ácidos). Observa-se um aumento da frequência com a idade, e pode estar associada à língua geográfica, macroglossia ou síndrome de Melkerson-Rosenthal (língua fissurada + granulomatose orofacial + paralisia facial).

1.4.2 - LÍNGUA GEOGRÁFICA OU GLOSSITE MIGRATÓRIA BENIGNA

Condição muito frequente em crianças na faixa etária dos 8 a 12 anos. Possui etiologia incerta, são apontadas como possíveis causas a história familiar (hereditariedade), a associação com doenças sistêmicas (psoríase), com síndromes (ex: Down), com fatores hormonais (diabetes), as deficiências vitamínicas (B6, B12, ácido fólico, zinco e ferro) e o estresse emocional. Clinicamente observam-se áreas erosivas avermelhadas pela perda das papilas filiformes, com limites bem definidos, circundados por um halo esbranquiçado, envolvendo a região dos 2/3 anteriores do dorso lingual. É chamada de migratória pois, após regredirem, aparecerem em locais diferentes da aparição anterior. Pode aparecer associada às fissuras (nesses casos pode apresentar sintomatologia dolorosa com alimentos apimentados e ácidos). Não requer tratamento pela benignidade da condição.

CUIDADO!! Não confunda glossite migratória benigna (língua geográfica) com glossite romboidal mediana (uma forma de candidíase que veremos em breve!)

1.5 - Condições virais

1.5.1 GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA AGUDA

Muito explorada nas provas, você precisa saber tudo sobre a gengivoestomatite herpética aguda, também conhecida como gengivoestomatite herpética primária. É causada pelo vírus *Herpes vírus hominis, subtipo HSV-1* (acomete os tecidos acima da cintura). O contágio acontece a partir do contato com gotículas de saliva ou secreções das lesões de pessoas com a doença. O período de incubação pode durar de 2 a 10 dias. Após penetrar nos tecidos, o vírus se aloja no gânglio trigeminal, permanecendo em um estado de latência (até ser reativado e "caminhar" para a mucosa da região inicialmente penetrada).



Geralmente, o primeiro contato com o vírus não produz sintomas. No entanto, a primeira manifestação pode ocorrer ainda na primeira infância, entre os 6 meses e 5 anos, e estar associada a sintomas inespecíficos como febre, mal-estar, irritabilidade, dor ao deglutir, linfadenopatia regional e mialgia. Ao exame clínico da cavidade bucal observa-se, inicialmente, a presença de vesículas na gengiva, palato duro e mole, língua e mucosa jugal, que rapidamente rompem-se dando origem a lesões ulceradas. O nome gengivostomatite está relacionado à característica observada nas gengivas: eritema, edemaciadas e doloridas, sintomas que dificultam a higienização e alimentação/hidratação da criança.

A autoinoculação para dedos, olhos e genital pode ocorrer. A infecção dos dedos é conhecida como panarício herpético ou paroníquia herpética.

O quadro viral apresenta regressão de 7 a 14 dias, mas por se tratar de uma condição dolorosa exige um tratamento de suporte e de alívio sintomático. A terapia medicamentosa consiste em prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios para os sintomas. Como suporte recomenda-se hidratação, dieta líquida e calórica e uso de antissépticos para a higienização da cavidade bucal.

A reativação do vírus é chamada de herpes simples recorrente ou herpes labial

1.5.2 DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA

A doença mão-pé-boca é causada pelo vírus Coxsackie A. Como o próprio nome diz a doença é caracterizada pela presença de lesões na pele e na mucosa oral (as lesões orais são as que primeiro aparecem, inicialmente como máculas avermelhadas e, posteriormente, como vesículas) acompanhada de sintomas como presença de febre leve, dor de garganta e disfagia. Por ser autolimitante, o tratamento é direcionado para os sintomas.



1.5.3 CATAPORA, CAXUMBA, SARAMPO E RUBÉOLA

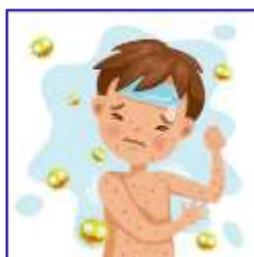
Com o atual aumento de casos, pela não vacinação das crianças, essas doenças voltaram a ser cobradas nas provas. Entenda as diferenças.

CATAPORA: também chamada de varicela é causada pelo vírus varicela-zoster (VZV ou HHV-3) sendo altamente contagiosa. Os primeiros sintomas são febre, mal-estar, faringite e rinite. Cerca de dois dias depois começam a aparecer as lesões (enxatema pruriginoso), principalmente na face, tronco e extremidades. A evolução das lesões é a seguinte: eritema, vesícula, pústula e crosta endurecida.



A borda do vermelhão do lábio e o palato são os locais mais acometidos (vesículas branco-opacas se rompem e formam ulcerações de 1 a 3 mm). As lesões intraorais assemelham-se às da gengivostomatite herpética primária, no entanto, as da catapora são **indolores**. O tratamento é sintomático e a regressão do quadro geralmente ocorre em 10 dias.

CAXUMBA: também chamada de parotidite epidêmica é causada por um vírus da família paramyxoviridae, gênero *Rubulavirus*. São sintomas sistêmicos a febre baixa, mal-estar, cefaleia, anorexia e mialgia. Além disso, glândulas maiores podem ser afetadas, mais comumente a **parótida**, causando **aumento de volume e dor**. Da mesma forma o tratamento é de suporte e de alívio da sintomatologia.



SARAMPO: é uma infecção contagiosa causada por um vírus da família paramixovírus, gênero *Rubivirus*. A maioria dos casos ocorre no inverno e primavera e o contágio ocorre através de gotículas da respiração. Os primeiros sinais da doença são coriza, tosse, febre e conjuntivite. Na cavidade bucal são vistas as **manchas de koplik** (pequenas manchas branco-azuladas circundadas por eritema), com a evolução desaparecem. O tratamento consiste em hidratação e prescrição de antipiréticos que não contenham aspirina.

RUBÉOLA: também chamada de **sarampo alemão** é uma doença viral causada por um vírus da família togavírus, gênero *Rubivirus*. O primeiro sinal da doença é a erupção enxatematosa que inicia pela face e pescoço, espalhando-se para o resto do corpo (em muitos casos desaparece no terceiro dia). As lesões orais recebem o nome de **Sinal de Forchheimer**, ocorrem em 20% dos pacientes, são pequenas pápulas vermelho-escuras situadas na região de palato. No geral não precisa tratamento, sendo prescritos apenas antipiréticos.

A vacina tetraviral imuniza para as doenças citadas (catapora, caxumba, sarampo e rubéola) e é feita em duas doses (a partir dos 15 dias e outra até os 4 anos)

SARAMPO	SARAMPO ALEMÃO / RUBÉOLA
Primeiro sinal coriza, tosse, conjuntivite e febre	Primeiro sinal erupção enxatematosa (face e pescoço)
Manchas de Koplik na mucosa oral	Sinal de Forcheimer no palato

1.4 - Condições fúngicas

1.4.1 CANDIDÍASE PSEUDOMEMBRANOSA

É a doença fúngica mais comum em crianças, também conhecida como "sapinho" ou "monilíase". Causada por um fungo que vive de forma comensal em nossa cavidade bucal, a *Candida albicans* torna-se patogênica frente a situações de desequilíbrio.

A forma mais comumente evidenciada é a **pseudomembranosa (sapinho)** que possui como características clínicas a presença de **placas brancas removíveis à raspagem** semelhantes à "leite coalhado". Quando removidas deixam uma superfície eritematosa e sangrante. Acomete mais as regiões de **palato e língua de recém-nascidos** (pela imaturidade do sistema imunológico), crianças com imunossupressão ou que fizeram uso de antibiótico de amplo espectro, pacientes com hipossalivação, com deficiências nutricionais ou higienização bucal precária. O tratamento consiste em orientações sobre a higiene bucal e prescrição de antifúngico tópico (nistatina).

A glossite romboidal mediana é uma forma de candidíase (também chamada de atrofia papilar central). Clinicamente observa-se uma área avermelhada bem demarcada na linha média da língua sem sintomatologia dolorosa.

1.5 - Fenômenos de retenção

1.5.1 MUCOCELE

A mucocele é uma condição muito **comum em crianças e adolescentes**, sem predileção pelo sexo. Ao analisar diversas bancas pode perceber que é um assunto muito frequente nas provas!! As questões, no geral, não apresentam alto grau de dificuldade!

A mucocele é ocasionada pela ruptura de um ducto de **glândula salivar menor**, principalmente por trauma (em especial nos usuários de aparelhos ortodônticos), e tem como característica clínica o



aumento de volume pelo extravasamento de muco para os espaços adjacentes. Condição assintomática, acomete mais a região de **lábio inferior** (localização preferencial e mais suscetível ao trauma), mucosa jugal e ventre de lingual. Quando localizada superficialmente apresenta formato de cúpula, coloração translúcida ou azulada, com superfície lisa e consistência fluida, com tamanho aproximado de 1 cm. Se estiver localizada mais profundamente pode apresentar a coloração rosada (igual aos tecidos). Diante do quadro de regressão e recorrência constante opta-se pela excisão cirúrgica.

1.5.2 RÂNULA

A rânula também é um fenômeno de retenção e está associada às **glândulas salivares maiores**, acometendo principalmente as glândulas sublingual (maior frequência) e submandibular. Diferencia-se da mucocele ocorrer mais na **região de assoalho bucal (+unilateral, lateral à linha média)**. Tem este nome de rânula pela aparência semelhante a um ventre de rã!

Clinicamente apresenta um aumento de volume difuso, assintomático e de coloração azulada ou rosada (dependendo da profundidade). O tratamento consiste em marsupialização ou enucleação da lesão com remoção da glândula.

A rânula perforante ou mergulhante é um tipo de rânula que ocorre no espaço submandibular ou submentoniano. Por atravessar o músculo milo-hióide causa aumento de volume em pescoço.

1.6 - Lesões vasculares

1.6.1 HEMANGIOMA

É o tumor benigno mais comum em recém-nascidos e da infância, ocorrendo em 5 a 10% das crianças com até 1 ano, com predileção pelo sexo feminino. Considerado uma malformação vascular ou hamartoma, o hemangioma raramente está presente no nascimento (em alguns casos é observada uma mancha esbranquiçada com telangiectasias filiformes). Com o crescimento da criança a lesão prolifera-se rapidamente e assume uma coloração avermelhada. A principal característica no exame dessa lesão é que ao ser comprimida sofre isquemia (a mucosa fica esbranquiçada, não mantém a coloração avermelhada), manobra chamada de vitropressão. Aconselha-se o acompanhamento pois tende a regredir com o crescimento (90% dos casos desaparecem até os 9 anos).



1.7 - Alterações no desenvolvimento dentário

São diversas as anomalias dentárias e as estudaremos na aula de patologia, porém, não posso deixar de mencionar algumas que "não caem, mas despencam nas questões de odontopediatria". São muito fáceis e por isso você não pode errar! Vamos revisar?

FUSÃO: fusão é uma união né? Então você deve lembrar disso, é a tentativa de união de dois germes dentários. Como você observa isso? Na radiografia você verá duas raízes e uma coroa. Caso persista a dúvida mais uma dica: ao contar os dentes você perceberá a falta de um dente!

GEMINAÇÃO: é quando um germe dentário tenta se dividir em dois. Ao examinar o paciente você observará uma coroa bífida (como se estivesse dividida em duas) e na radiografia uma raiz! Ao contar os dentes você perceberá que a contagem está normal!

CONCRESCÊNCIA: simples C de cimento/ C de concrescência. É a união de dois dentes pelo cimento.



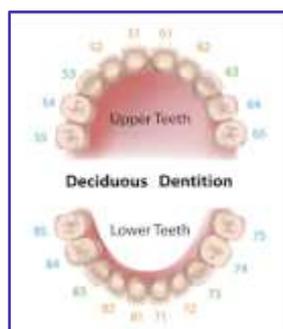
2 – ANATOMIA DENTÁRIA

2.1 - Anatomia dentária

Os dentes decíduos também são chamados **dentes de leite**, caducos, temporários, provisórios, primeira dentição ou dentição da infância. De acordo com a localização dentro do arco assumem funções na mastigação.

Os incisivos possuem a função de cortar os alimentos, caninos de segurar e rasgar e os molares de moer.

O Sistema universal de denotação dentária considera para dentes decíduos a numeração de 1 a 5, e para os arcos de 1 a 4. Já alguns autores citam a classificação por letras em que a letra "A" - corresponde ao **incisivo central**, "B" o **incisivo lateral**, "C" o **canino**, "D" o **primeiro molar** e a letra "E" para o **segundo molar**.



A sequência típica de erupção decídua é **A-B-D-C-E**

A incisivo central decíduo
B incisivo lateral decíduo
D primeiro molar decíduo
C canino decíduo
E segundo molar decíduo

Figura: Dentição decídua

Algumas provas gostam de explorar as diferenças anatômicas entre as dentições decídua e permanentes (principalmente provas militares). Abaixo listamos as principais características de cada dente decíduo, confira!

Incisivo Central Superior: largura maior que a altura;

Incisivo Lateral Superior: semelhante ao incisivo central superior (menor em todas as dimensões), altura maior que largura e raiz mais comprida em relação à coroa;

Canino Superior: cervical constricta, possui a raiz comprida (2x a coroa) e inclinada distalmente a partir do terço médio para apical;

Primeiro Molar Superior: constrição cervical, cúspide ML é a maior e mais pontiaguda, cúspide DL é a menor, possui as raízes longas, finas e separadas (lembrando que possui 3 raízes) De acordo com o professor Guedes Pinto é o mais atípico dos molares decíduos e numa vista oclusal lembra um pré-molar superior;

Segundo Molar Superior: **semelhante ao 1º molar permanente** (Guedes: semelhante ao 1º molar permanente mas com dimensões menores, fenômeno chamado pelo autor de **isomorfismo entre molares**). Possui a coroa maior que a do 1 molar decíduo, apresenta 5 cúspides, sendo 2 vestibulares e 3 linguais (Tubérculo de Carabelli na mesiolingual);

Incisivo Central Inferior: menor que o incisivo central superior, é 1 mm mais estreito no diâmetro vestibulo-lingual e possui a raiz com comprimento cerca de 2x o comprimento da coroa;

Incisivo Lateral Inferior: maior que o incisivo central inferior, mais estreito vestibulo-lingual;

Canino Inferior: coroa menor que o superior e a raiz pode ser até 2mm mais curta que a raiz do canino superior.

Primeiro Molar Inferior: **não parece com nenhum dente permanente**, como os demais molares decíduos apresenta constrição cervical e raízes longas, finas e separadas (além da coroa). De acordo com o professor Guedes Pinto esse dente possui a sua anatomia semelhante a união dos dois pré-molares inferiores (metade mesial do primeiro pré-molar + metade distal do segundo pré-molar)

Segundo Molar Inferior: **semelhante ao 1º molar permanente**, porém menor e com constrição no colo (professor Guedes Pinto chama de isomorfismo), apresenta 5 cúspides 3 vestibulares e 2 linguais).

2.2 -Diferenças entre dentes decíduos e permanentes

As **coroas dos dentes decíduos** são **mais largas no sentido mesiodistal** do que as dos dentes permanentes. Essa afirmação é fácil de ser associada quando você lembra que os molares decíduos são maiores em seu diâmetro mesiodistal que os pré-molares permanentes (veremos a importância disso logo mais quando estudarmos o chamado Leeway Space).

Outra diferença está no formato e comprimento das raízes. As **raízes dos dentes decíduos anteriores** são **estreitas e longas** em comparação com a largura e o comprimento da coroa. As **raízes dos molares decíduos** são relativamente **mais longas e afiladas** do que as raízes dos permanentes (lembre-se a divergência apical existente nas raízes dos decíduos é um fator importante para que os dentes permanentes posteriores se formem entre elas).

A **bossa cervical do esmalte**, em especial nos dentes anteriores, é **mais proeminente** nos sentidos labial e lingual do que nos dentes permanentes. Resumindo o dente decíduo é mais "bojudinho" e esse



detalhe anatômico será importante quando houver a necessidade de restauração dos decíduos e adaptação de matrizes para definição do contorno. Alguns autores ressaltam que a bossa cervical na vestibular dos molares decíduos, principalmente nos primeiros molares superiores e inferiores, é mais acentuada do que nos permanentes.

Agora cuidado vimos que as coroas dos dentes decíduos são mais largas no sentido mesiodistal do que as dos dentes permanentes. Porém no **1/3 cervical, no sentido mesiodistal**, as coroas e raízes dos **molares decíduos** são **mais estreitas** que aos dentes permanentes (pela presença da constrição cervical). Desta forma, observam-se áreas de contato entre molares decíduos amplas, elípticas e mais voltadas para cervical.

No que se refere à face **oclusal** as superfícies vestibular e lingual dos **molares decíduos** são mais **planas acima da curvatura cervical** que nos permanentes (conferindo uma aparência mais estreita à superfície oclusal nos decíduos). Outro fator importante, referente à superfície oclusal, é que as fossas e fissuras dos molares decíduos são **menos profundas e estreitas** (relacionando os conteúdos: vimos que os selantes são bem indicados para os molares permanentes pela sua macromorfologia - sulcos e fissuras que permitem o acúmulo de placa).

Essa é uma queixa constante. Quando ocorre a troca dentária os pais costumam reclamar que os dentes novos (permanentes) são muito "amarelados". E é verdade, eles são! Os **dentes decíduos** têm **cor mais clara** que os permanentes e isso é normal (por isso são chamados de dentes de leite - brancos como o leite).

Agora relacionaremos outra característica com um conteúdo já estudado: a cárie. A lesão cariosa progride de forma rápida nos dentes decíduos porque o **esmalte** desses dentes é **mais permeável, menos calcificado e mais facilmente desgastado** que o dos permanentes. No que se refere às diferenças morfológicas pulpares o dente decíduo possui menos estrutura dental para proteger a polpa. Outros fatores que explicam o rápido comprometimento pulpar dos dentes decíduos é o maior volume (proporcionalmente) da polpa em relação a coroa dental, os cornos pulpares serem mais proeminentes nos decíduos e localizarem-se sob as cúspides.

Devido à forma côncava da coroa do dente decíduo, a maior quantidade de dentina está localizada na fossa central do dente

O esmalte tem espessura igual ou quase igual em todas as faces da coroa, terminando abruptamente no nível do colo. Na **cervical os prismas de esmalte inclinam-se para oclusal** (acompanhando a direção dos túbulos dentinários) ao invés de se orientarem gengivalmente, como ocorre nos permanentes.

Outro dado interessante é sobre a disposição dos dentes no arco. Os **molares decíduos** estão dispostos em uma **série crescente**, ou seja, o primeiro molar decíduo é menor que o segundo molar decíduo. Nos **dentes permanentes** observa-se o oposto, eles estão dispostos em uma **série decrescente**, sendo o primeiro molar permanente maior que o segundo molar permanente.



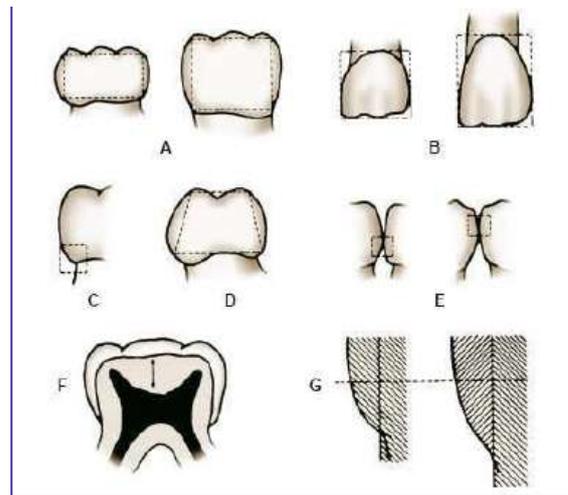


Figura. Estágios de Nolla. Fonte: Gudees Pinto et al., 2016

3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Odontopediatria: uma visão contemporânea. Duque, C. et al., 2013.

Odontopediatria para crianças e adolescentes. Dean, J.A.; Avery, D.R.; McDonald.,R.E. 9ª ed.,2011.

Odontopediatria. Guedes Pinto. 9ªed., 2016.

Odontopediatria. Antonio Carlos Guedes Pinto. Editora Santos, 8ª edição, 2012.

Odontopediatria na primeira infância: uma visão multidisciplinar. Maria Salete Nahás Pires Côrrea. 4ªed., 2017.

Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. Orlando Ayrton de Toledo. 2012

Tratamento restaurador atraumático: técnicas de mínima intervenção para o tratamento da doença cárie dentária. José Carlos Imparato et. al., 2005.

Manual de odontologia para bebês. Walter, L.R.F. et al., 2014.

Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. Andrade, E.D.; 3ª ed., 2014.

Patologia oral e maxilofacial. Neville et al., 4ª ed, 2016.



ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1 Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2 Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3 Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4 Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5 Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6 Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7 Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8 O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.