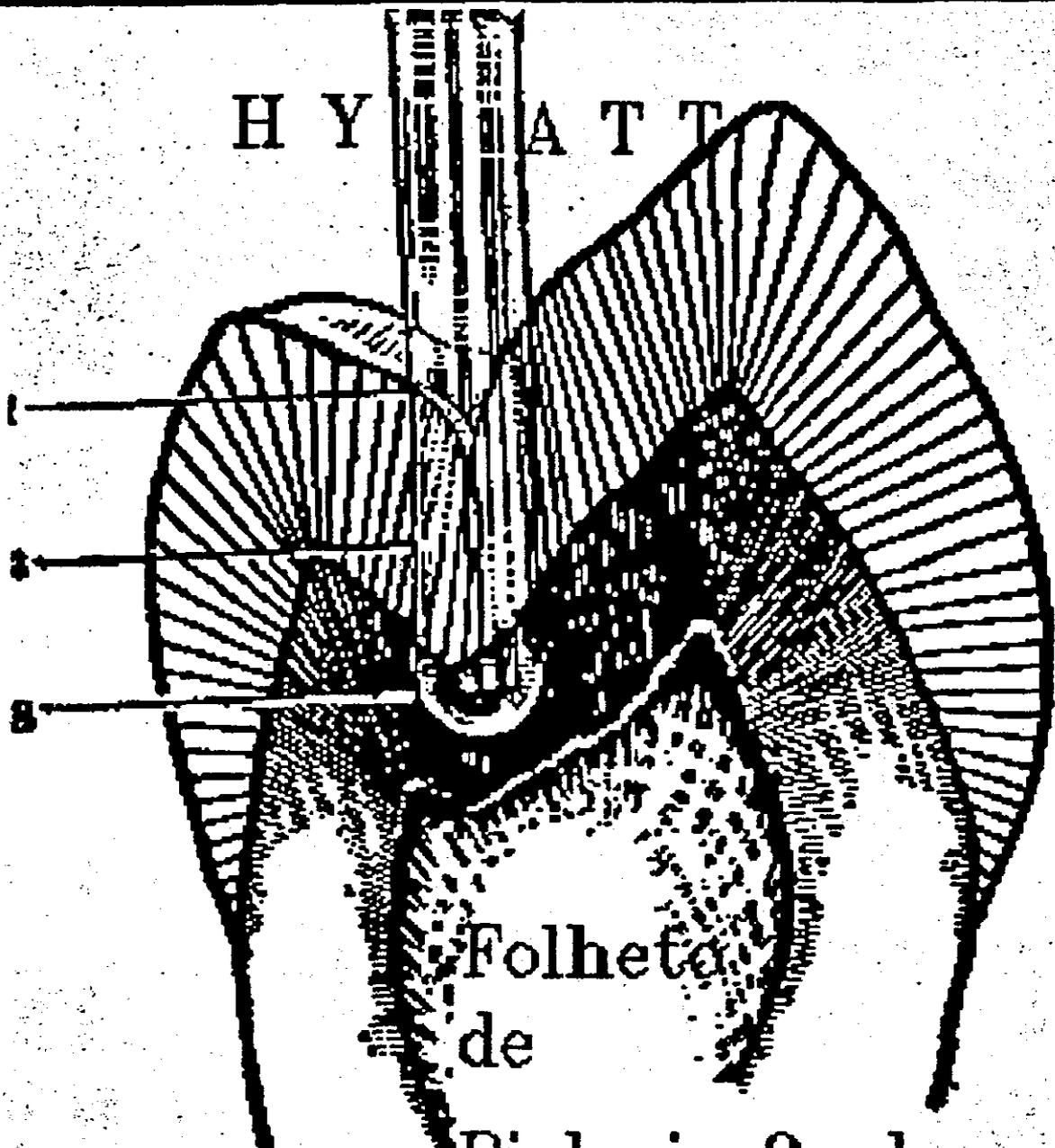


H Y A T T



Folheta  
de

Biologia Oral

Ano I - No. 4 - 1991

Curitiba - Parana' - Brasil

L'ŒUVRE SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE DE PASTEUR

12 Mars, matin. J'étudia le Gallium 1, 2, 4. J'observai l'air brûlé et de ce  
 ont résulté suite la nuit dans le bocal.

avec infusion et ainsi  
 en fait voir la forme  
 de ces infusions dans  
 après la première séance. C'est aussi un résultat de  
 infusions bitypique

N°1. Forme d'arrangement par les débris les plus  
 les plus petits, formés de la diffusion du  
 liquide, paraissant à l'œil nu la  
 formation d'un nuage  
 aucun trouble possible du liquide.  
 Je reviens au point tout le liquide et j'étudie  
 au microscope la pellicule et le dépôt.  
 Voir le schéma de dessin N°1  
 de pellicule et forme indistinctement de  
 petits articles (double triangle) parfois qu'on voit  
 par suite ou en amas pellicule ou par  
 on voit dans le liquide de la couleur  
 rapidement et d'ordinaire en cercle  
 après une de ces petites articles. Souvent  
 ils paraissent en de d'ordinaire  
 ou tournent comme attachés  
 à un fil par un bout. Enfin on  
 dirait de petits bacilles mais ils  
 sont différents et arrivent sous  
 plusieurs formes plus gros d'ordinaire  
 que les plus petits bacilles. C'est la  
 formation des petits double  
 triangles du lait figurés au-dessus.  
 J'ai essayé en leur présence

N°2  
 accharose

N°1 air

LES CAHIERS DE LABORATOIRE. # Pasteur notait tout, dessinait tout, ne négligeant aucun détail. (Coll. Vallery-Radot.)

12 Février 1861. M. M. Dumas, Balard et Cl. Bernard  
 viennent à l'École Normale. J'explique les premiers expérimentaux  
 que des infusions vivent dans le liquide de la fermentation  
 bitypique, et que le gaz qui se dégage ne peut provenir  
 pas de la plus petite quantité d'oxygène.

Flacon de la p. 58 dans lequel on a  
 semé le 7<sup>o</sup> 22<sup>o</sup> 23<sup>o</sup> infusions et qui  
 le 10<sup>o</sup> 11<sup>o</sup> souffrait de beaucoup.

- La pièce R formée, R' ouverte, le gaz se dégage sur l'huile  
 par le tube B qui à l'origine est adapté à la pièce R' formée.

- Verser du liquide, on observe les infusions dans le liquide  
 au tube A. Plus d'un avec un tube ouvert à la pièce R'.

PAGE D'UN CAHIER DE LABORATOIRE. # Cette page mentionne la visite de trois savants des plus illustres : J.-B. Dumas, Balard et Claude Bernard. (Coll. Vallery-Radot.)

Se a maioria de nós se envergonha de roupas esfarrapadas e móveis vulgares, envergonhemo-nos mais ainda de idéias esfarrapadas e filosofias vulgares.

**Albert EINSTEIN**

(Um dos gênios que a natureza  
brinda contadas vezes).

<->

Mas o enigma é: O QUE ACONTECEU ANTES DO  
COMEÇO DO TEMPO ?

**David BOHM**

<-->

Se sustentarmos que existem, para as moléculas e átomos, LEIS FIXAS E ETERNAS, que diremos ao REMONTAR AO TEMPO EM QUE NÃO EXISTIAM NEM ÁTOMOS NEM MOLECULAS ?

**David BOHM**

<---->

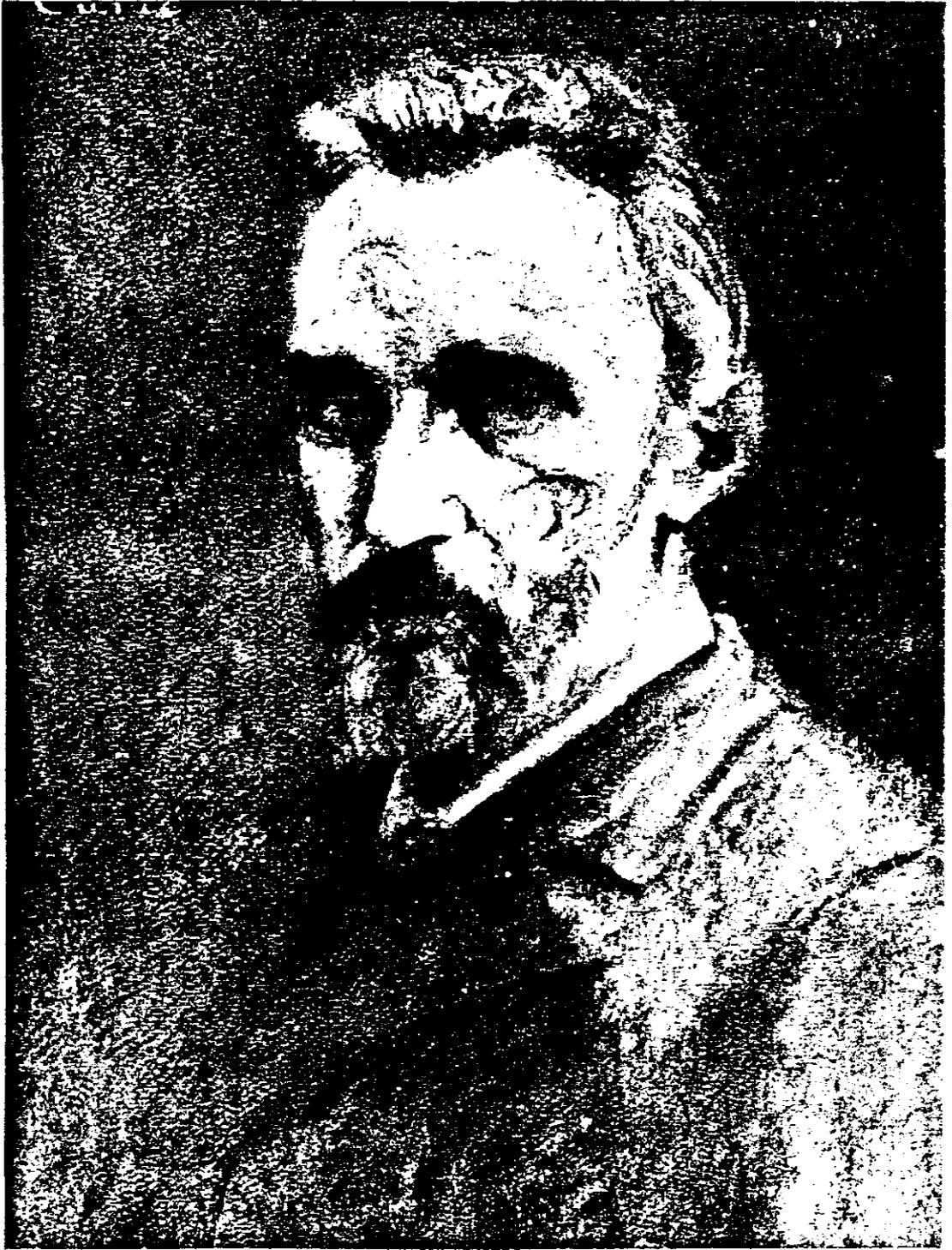
A ciência é a tentativa de compreender a realidade. É uma atividade quase religiosa, na mais ampla acepção da palavra.

**George WALD**

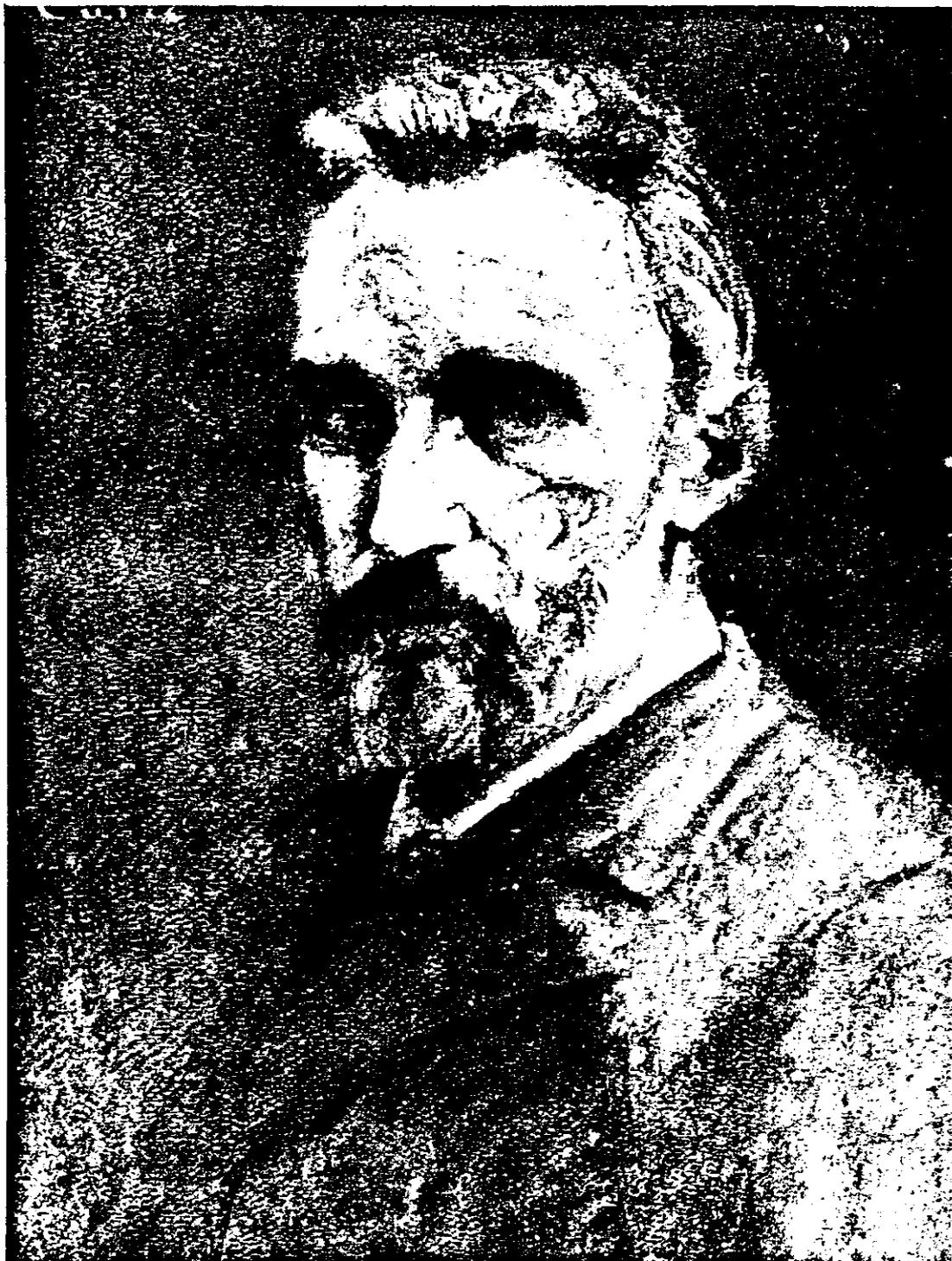
<----->

Por que tagarelais a propósito de DEUS ? Não sabeis que tudo o que disserdes DELE é falso ?

**ECKHARD**



Pierre Curie,  
portrait par de la Perche-Boyer, 1906 n° 179 .



Pierre Curie,  
portrait par de la Perche-Boyer, 1906 (n° 179).

---

Unidade na Variedade

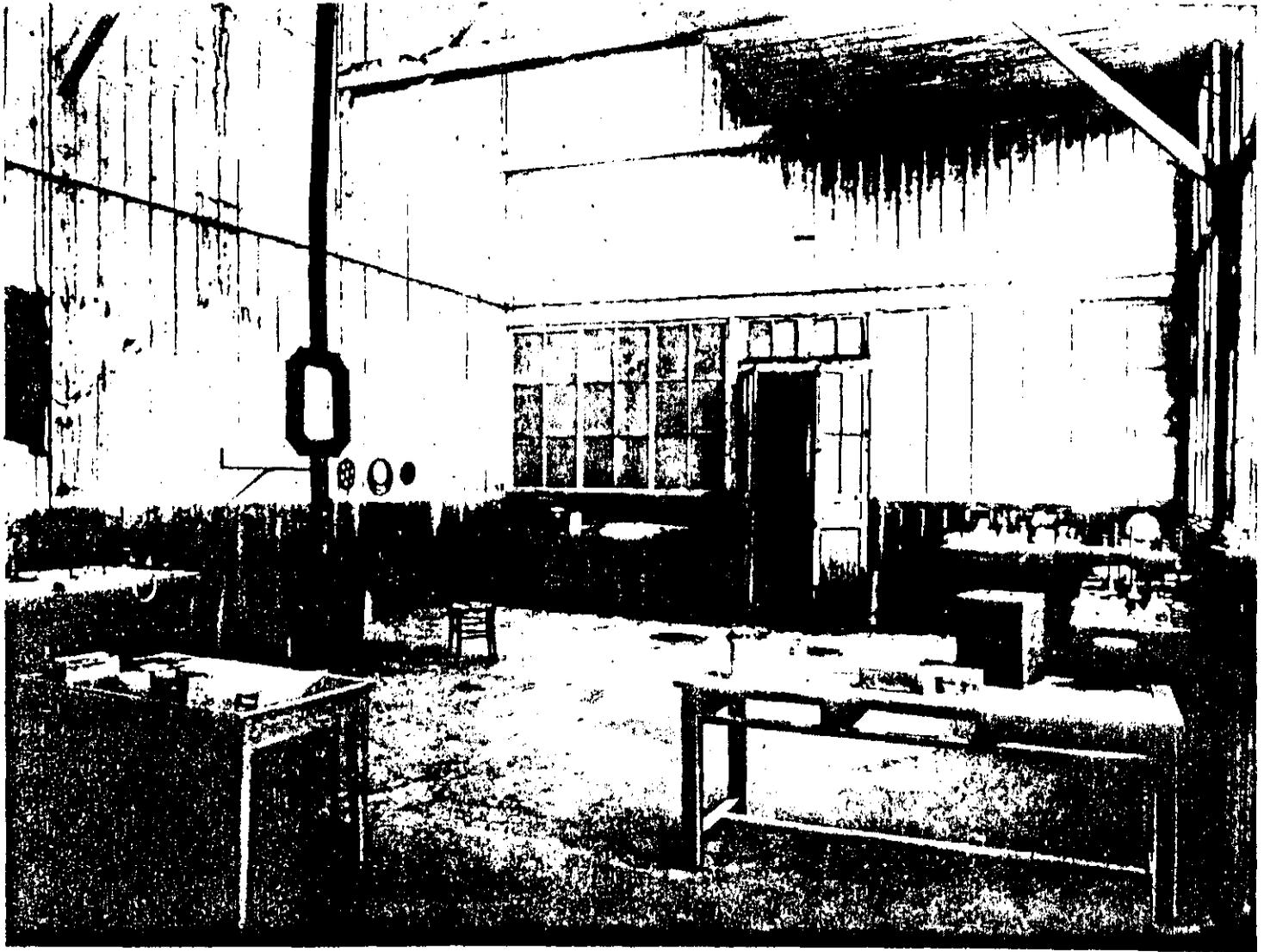
Quando COLERIDGE experimentou definir a beleza, retornou sempre para um profundo pensamento; beleza, ele dizia, É A UNIDADE NA VARIEDADE. A ciência nada mais é do que a busca para descobrir a UNIDADE NA VARIEDADE SELVAGEM DA NATUREZA, - ou, mais exatamente, NA VARIEDADE DE NOSSA EXPERIÊNCIA. (J. BRONOWSKI, in THE DIVINE PROPORTION, H.E. HUNTLEY, 1970).

&lt;-&gt;

A CÁRIE DENTAL é um processo patológico de destruição localizada dos tecidos dentais por microorganismos. É algo de paradoxo que os dentes possam ser destruídos relativamente rápido in vivo e são quase indestrutíveis post mortem. (NEWBRUN).

&lt;--&gt;

A Carie Dental é progressiva, mas pouco é conhecido de seus períodos de atividade e quietude. Depois de um certo tempo, a cárie é irreversível, mas quais são os sinais que indicam que uma mancha branca não progredirá para a formação de cavidade ? (SLACK).



Hangar de la découverte du radium, rue Lhomond (n° 98, 4).

---

=====

SAL SUPLEMENTADO COM FLUOR - SAL FLUORETADO

=====

1. Suíça - 1955 (onde teve início a experimentação no ano de 1946)
2. Colômbia - 1965
3. Espanha - 1965
4. Hungria - 1966

= MARTHALER, T.M.; MEJIA, R.; TOTH, K.; VINES, J.J.: Caries-preventive salt fluoridation. Caries Res. 12: suppl.1, p. 15 (1978).

= WHO: Fluoruración de la sal. Publ. cient. No. 335 (WHO, Am. Regional Office, Washington, 1976).

= TOTH, K.: A Study of 8 years domestic salt fluoridation for prevention of caries. Community Dent. Oral Epidemiol. 4: 106 (1976).

= WESPI, H.J.: Experiences and problems of fluoridated cooking salt in Switzerland. Arch. Oral Biol. 6:33, 1961.

MARTHALER, T.M., and SCHENARDI, C.: Inhibition of caries in children after 5 1/2 years use of fluoridated table salt. Helv. Odont. Acta 6:1, 1962.

NEJIA, R. et al: Use of fluoridated salt in four Colombian communities. VIII Results achieved from 1964 to 1972 (summary). Boletín Oficina Sani-

---

taria Panamericana 80:67, 1976

MÜHLEMANN, H.R.: Fluoridated domestic salt. A discussion of dosage. Internat. Dent. J. 17:10, 1967.

WESPI, H.J. and BURGI, W.: Salt-fluoridation and urinary fluoride excretion. Caries Res. 5:89, 1971.

MATHALER, T.M. et al: Caries-preventive salt fluoridation. Caries Res. 12 (Suppl. 1): 15, 1978

Os estudos clínicos na HUNGRIA mostram:

1. redução de mais do que 50% nos grupos de idade de 2-6 anos e 7-11 anos.

2. levemente menos do que 50% nas crianças do grupo de 12-14 anos.

No Brasil a PREDIÇÃO É DE 75%.

=====

## FILOSOFIA DA PREVENÇÃO

=====

"A PREVENÇÃO NÃO É SIMPLEMENTE um procedimento técnico ou uma técnica prática devotada à prevenção da doença dental.

A PREVENÇÃO É UM CONCEITO GLOBAL, UMA FILOSOFIA cujos objetivos principais são:

- Considerar o paciente como uma entidade total (melhor seria dizer no conceito aristotélico= uma totalidade e não um todo) e não como tecidos isolados atacados pela doença.

- Escolher para o paciente um programa preventivo adaptado a situação educacional, física e familiar do paciente.

- Informar e instruir o paciente e assim motivá-lo a manter a sua saúde oral e assim protegê-lo da destruição das doenças dento-orais tão longe quanto possível.

- Deter o progresso, o mais precoce possível, das doenças dento-orais já presentes.

- Reabilitar a saúde dento-oral do paciente restaurando a forma e função tão cedo quanto possível.

(NIKIFORUK, 1985)

---

**Aprendemos com BO KRASSE****(RISCO DE CÁRIES) - 1986****Prevalência ou a frequência de cárie:**

===== dá o número total de dentes ou superfícies dentárias cariadas em uma população, independente de terem recebido tratamento ou não. Modo de registrar: CPOD e/ou CPOS.

**Atividade ou incidência de cárie:**

===== a velocidade com que a dentição é destruída pela cárie. Em termos matemáticos, representa a soma de novas lesões cariosas e aumento das lesões por unidade de tempo. Se um grande número de novas lesões desenvolveu-se num período curto de tempo, a atividade cariosa é considerada alta.

**Risco real de cárie:**

===== descreve até que ponto uma pessoa, em determinada época, corre o risco de desenvolver lesões cariosas. Avaliação baseada na história, estado atual e exames complementares.

**Paciente de risco:**

===== é uma pessoa com potencial alto para contrair uma doença devido a condições genéticas ou ambientais.

---

**Tratamento preventivo:**

===== objetiva a redução do risco da doença ou a sua recidiva.

**Medidas preventivas:**

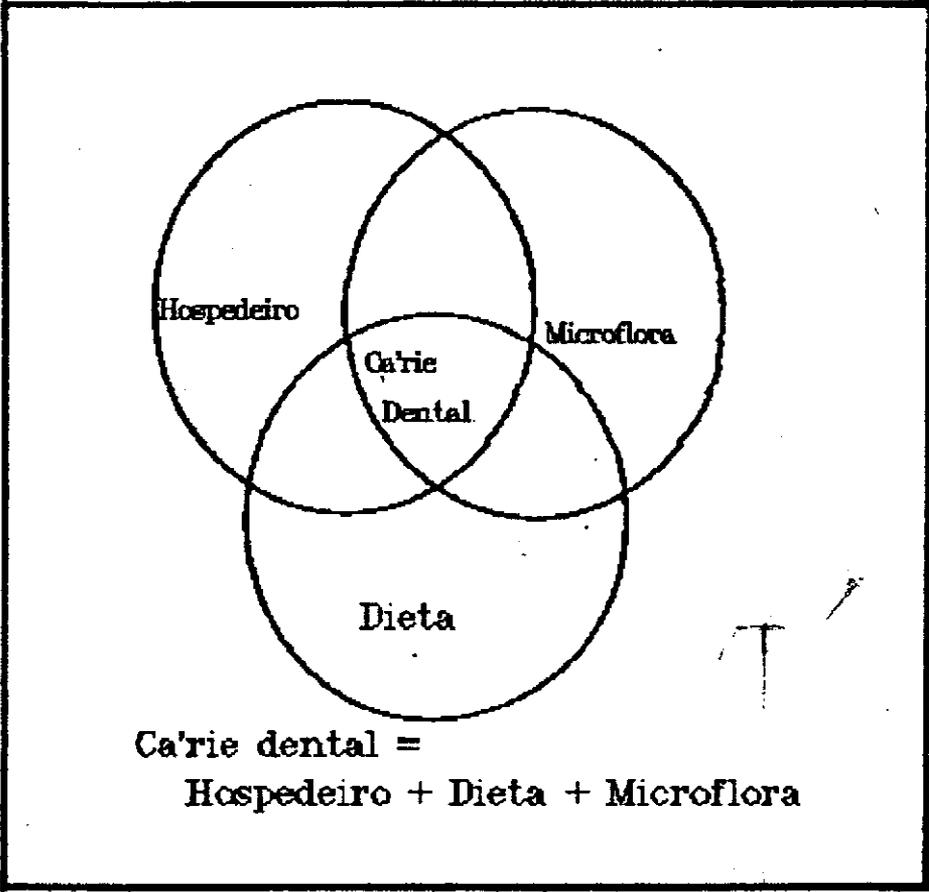
===== ou chamadas simplesmente de prevenção. Por outro lado, a instrução de higiene bucal e a prescrição de bochechos com fluor para pacientes que não têm cárie são medidas preventivas ou chamadas simplesmente prevenção.

**Diagnóstico:**

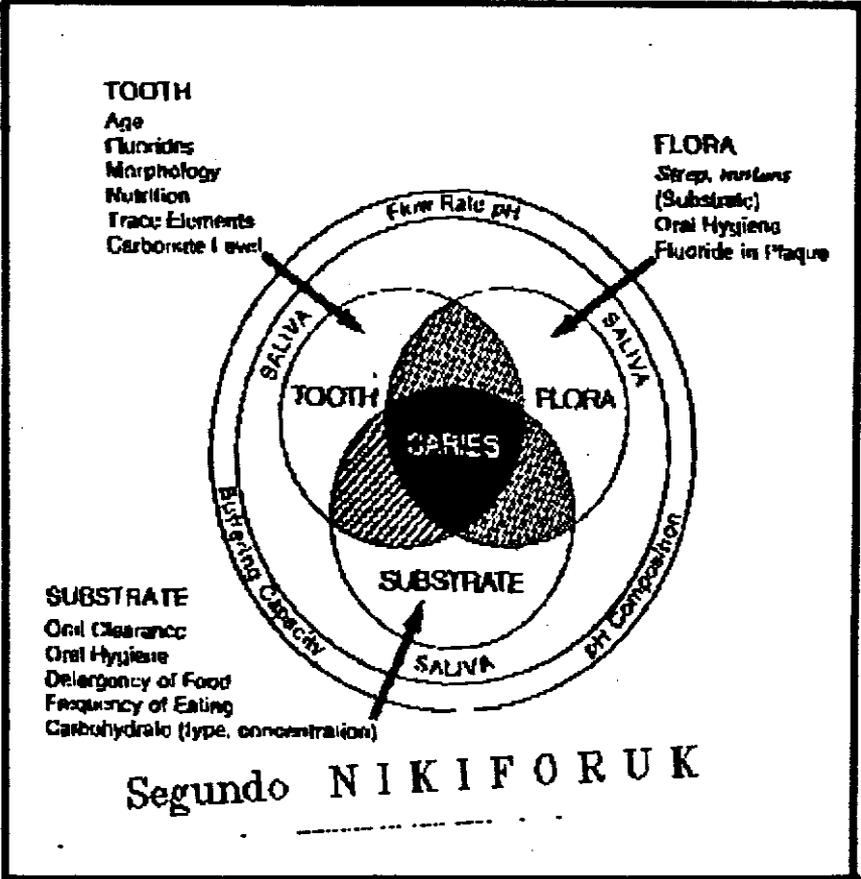
=====

= quando as cáries ocorrem sobre superfícies não cariadas anteriormente - CÁRIE PRIMÁRIA.

= ou estão relacionadas com restaurações anteriores - CÁRIE SECUNDÁRIA.



Ca'rie dental =  
Hospedeiro + Dieta + Microflora



Segundo NIKIFORUK

---

=====

## CÁRIE DENTAL

=====

### CONCEITO DE pH CRÍTICO

---

= o ponto na escala de pH, onde a hidroxiapatita mineral do esmalte dental começa a dissolver-se pela ação de ácidos.

<->

#### CONCEITO ANTIGO:

===== primeiramente foi designado o pH no qual a saliva não se mantinha saturada com respeito aos ions cálcio e fosfato, permitindo assim a hidroxiapatita mineral dissolver-se (ERICSSON, 1949).

<-->

#### CONCEITO ATUAL:

===== admitimos hoje que o fluido imediatamente envolvente na desmineralização do dente não é a saliva, mas sim, a fase fluida da placa bacteriana, agora conhecida como "fluido da placa".

<--->

#### EVIDÊNCIA:

===== tem sido mostrado experimentalmen-

te que ambos,

==saliva e fluido da placa==  
cessam de ser saturados, nos valores de  
== pH 5 - 6  
com a média de 5.5.

<----->

#### VARIAÇÃO:

===== o pH crítico varia em diferentes  
placas, dependendo principalmente  
= das concentrações de ions  
cálcio e fosfato  
= e é também influenciado pelo poder de  
tamponamento e força iônica do envol-  
vente

=== assim que um simples valor  
numérico não é aplicável à  
todas as placas.

<----->

#### CONTUDO:

===== é improvável que a desmineralização  
ocorra acima de 5.7 e este valor tem sido  
freqüentemente aceito como sendo "DE SEGURANÇA PARA  
OS DENTES".

<----->

#### ASSIM:

===== o pH crítico será o pH no qual o

---

envolvente do esmalte torna-se não saturado e em adição que é o pH no qual concentrações suficientemente altas de ácido não-ionizado estão presentes para permitir a suficiente difusão do ácido para extender-se no interior da lesão.

<----->

A VALIDADE:

===== da existência do pH crítico é confirmada pela informação clínica.

NOTA:

==== Temos desenvolvido no laboratório um método colorimétrico, cuja substância, na consistência de gel, permite que se determine, na área aplicada, se o pH está em 5.5 ou para baixo, e com isso talvez julgar se a placa bacteriana está sendo ATIVA OU NÃO NO MOMENTO DO TESTE.

=====  
P E L Í C U L A  
=====

=====  
P L A C A  
=====

=====  
C Á L C U L O  
=====

(Um sumário adaptado de JENKINS)

---

=====

**REVESTIMENTOS DA SUPERFÍCIE DO ESMALTE DENTAL**

=====

**1. ESTRUTURAS DE ORIGEM DESENVOLVIMENTAL:**

=====

**1.1 = A camada acelular:**

**1.1.1 = Algumas denominações anteriores:**

- Camada sem estrutura mais interna da membrana de **NASMYTH**
- Cutícula primária de esmalte
- Membrana de **NASMYTH**

= **1.1.2 = Nome proposto:**

- **CUTÍCULA PRIMÁRIA DE ESMALTE**

**1.2 = A camada celular:**

**1.2.1 = Algumas denominações anteriores:**

- Camada celular mais externa da membrana de **NASMYTH**
- Cutícula dental
- Epitélio reduzido do esmalte

1.2.2 = Nome proposto:

- EPITÉLIO REDUZIDO DO ESMALTE

## 2. ESTRUTURAS ADQUIRIDAS APOS A ERUPÇÃO:

2.1 = A cutícula adquirida depois da erupção:

2.1.1 = Algumas denominações anteriores:

- Placa de mucina
- Placa e filme
- Película marron
- Película pigmentada
- Película corada

2.1.2 = Nome proposto:

- PELÍCULA ADQUIRIDA

2.2 = Parte da cutícula permeabilizada da camada mais externa do esmalte:

2.2.1 = Algumas denominações anteriores:

- Cutícula da sub-superfície
- Camada dendrítica

2.2.2 = Nome proposto:

- CUTÍCULA DE SUB-SUPERFÍCIE

**2.3 = Restos alimentares**

2.3.1 = Algumas denominações anteriores:

- Matéria alba

2.3.2 = Nome proposto:

- RESTOS ALIMENTARES

**2.4 = Uma densa camada bacteriana:**

2.4.1 = Algumas denominações anteriores:

- Placa gelatinosa
- Placa mucinógena
- Placa
- Matéria alba

2.4.2 = Nome proposto:

- PLACA DENTAL (OU, EM CONTEXTO DENTAL, SIMPLEMENTE PLACA).

**2.5 = Camada da placa consolidada não tão externamente.**

2.5.1 = Alguma denominação anterior:

---

- Nenhuma

2.5.2 = Nome proposto:

- MATERIA ALBA ADERENTE ENVELHECIDA
- PLACAS ANTIGAS FIRMEMENTE ADERENTES

2.6 = Depósitos mineralizados:

2.6.1 = Algumas denominações anteriores:

- Cálculo
- Tártaro

2.6.2 = Nome proposto:

- CALCULO

EM RESUMO: NOMES PROPOSTOS:

=====

1.1.2 = Cutícula primária de esmalte

1.2.2 = Epitélio reduzido do esmalte

2.1.2 = Película adquirida

2.2.2 = Cutícula de sub-superfície

2.3.2 = Restos alimentares

2.4.2 = Placa dental ou simplesmente placa

2.5.2 = Matéria alba aderente envelhecida

Placas antigas firmemente aderentes

2.6.2 = Cálculo

=====

O PH DA PLACA DENTAL EM RELAÇÃO A CÁRIE DENTAL

=====

==CURVA DE STEPHAN ==

= as placas dentais estão localizadas, de preferência, no esmalte dental, em locais protegidos dos dentes, em áreas onde altas concentrações de produtos finais ácidos metabolizados estão presentes. São locais-depósitos onde há

- sintetização,
- concentração, e,
- localização

dos produtos finais ácidos do metabolismo bacteriano.

Os experimentos de STEPHAN (1940) usando micro eletrodos de antimônio, medindo os valores de pH das placas dentais in situ,

- antes,
- durante, e,
- depois

do enxaguamento bucal com glicose, resultaram no estabelecimento da curva, que recebeu o seu nome e que nos permite tirar várias conclusões, dentre

---

as quais uma de extrema importância:

====no caso das crianças que se utilizam de guloseimas (balas, pirulitos, cremes que substituem bifeinhos, caramelos, refrigerantes e tantas outras armas nocivas artisticamente e diabolicamente anunciadas) até quanto tempo elas podem manter o açúcar na boca sem que se constitua num perigo para as estruturas dentárias ?

A curva de STEPHAN nos mostra claramente que a partir do segundo minuto o pH já atinge o ponto crítico e aos 5 minutos então chega abaixo de 5..

Para se restabelecer o pH somente com a utilização dos tampões bucais, o tempo necessário pode chegar dos 40 aos 60 minutos.

"LAMBIA O SEU PIRULITO DURANTE 50 MINUTOS, OU O TEMPO SUFICIENTE PARA ACOMPANHAR AS CENAS DE CRIME E SEXO DO "FASCINANTE PROGRAMA", MAS DEPOIS NÃO ESQUEÇA DE IR CORRENDO AO BANHEIRO LAVAR APRESSADAMENTE OS DENTES PORQUE ESTÁ NA HORA DE SAIR, POIS SE ASSIM NÃO PROCEDER OS BICHINHOS DO AÇÚCAR PREJUDICARÃO OS SEUS DELICADOS DENTINHOS DE "LEITE" E TAMBÉM OS RECÉM-CHEGADOS DENTES "PERMANENTES", gritam eufóricas as mães obedecendo os sábios conselhos de muitos bem nutridos órgãos de propaganda.

---

**Leitura da curva de STEPHAN:**

=====

1. pH da cavidade oral, em torno de 7: 6.8-7.2;
2. pH crítico: em torno de 5.5;
3. após o enxaguado bucal com uma solução de glicose a 10%:
  - = queda acentuada do pH que atinge o seu máximo aos 5 minutos, quando chega mesmo abaixo de 5;
  - = mantem-se em pH abaixo de 5 durante 5 minutos, ou seja, até os 10 minutos de tempo corrido;
  - = vai progressivamente se elevando, graças aos tampões bucais, retornando ao pH original somente depois de 40 a 60 minutos.
4. O QUE DIRÍAMOS DE UM PIRULITO SENDO LAMBIDO DURANTE 50 MINUTOS OU HORAS, ININTERRUPTAMENTE?

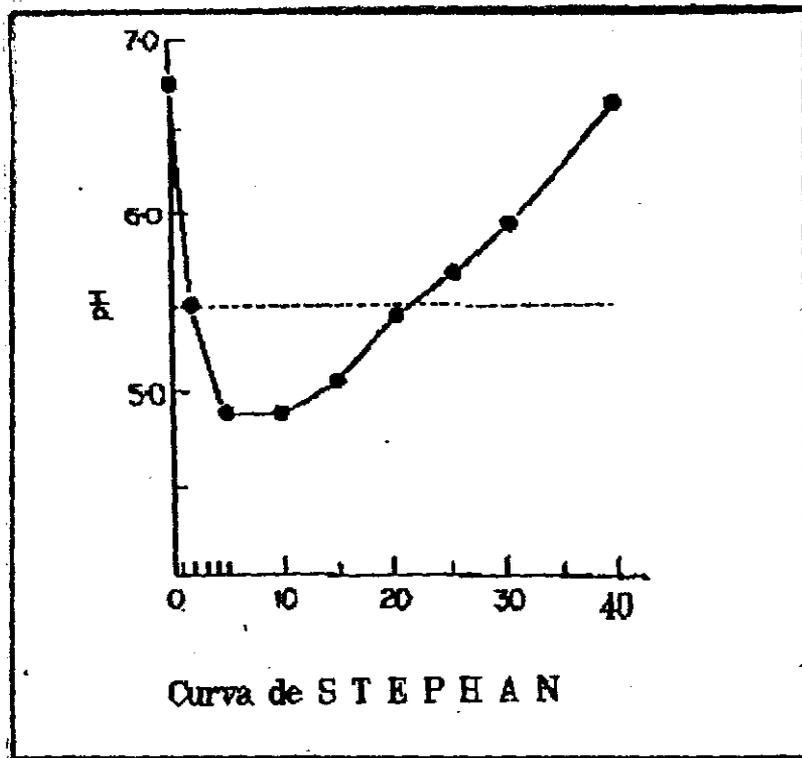
**Tampões bucais:**

=====

O flow salivar é da maior importância, sem falar nos tampões bucais propriamente ditos:

1. mudanças de pH na placa depois de um enxaguamento com solução de sacarose:
2. nos casos em que não há restrição salivar o pH de 6.5 chega a baixar até as proximidades do pH 6.0;

3. nos casos em que há deficiência de saliva por diminuição de flow salivar, o problema se agrava, porque o pH chega nas imediações de 5.5 e aí se mantém por um tempo bastante longo conforme se pode ver no gráfico.

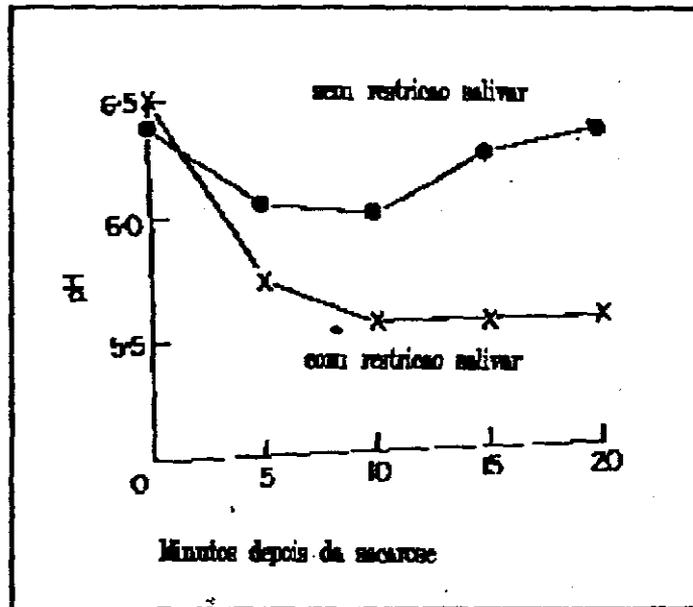


CURVA de S T E P H A N

O pH da placa bacteriana depois do enxaguar a boca com uma solução de glicose a 10%.

A linha tracejada representa um valor típico para o pH abaixo do qual a descalcificação do esmalte começa.

O "pH crítico".

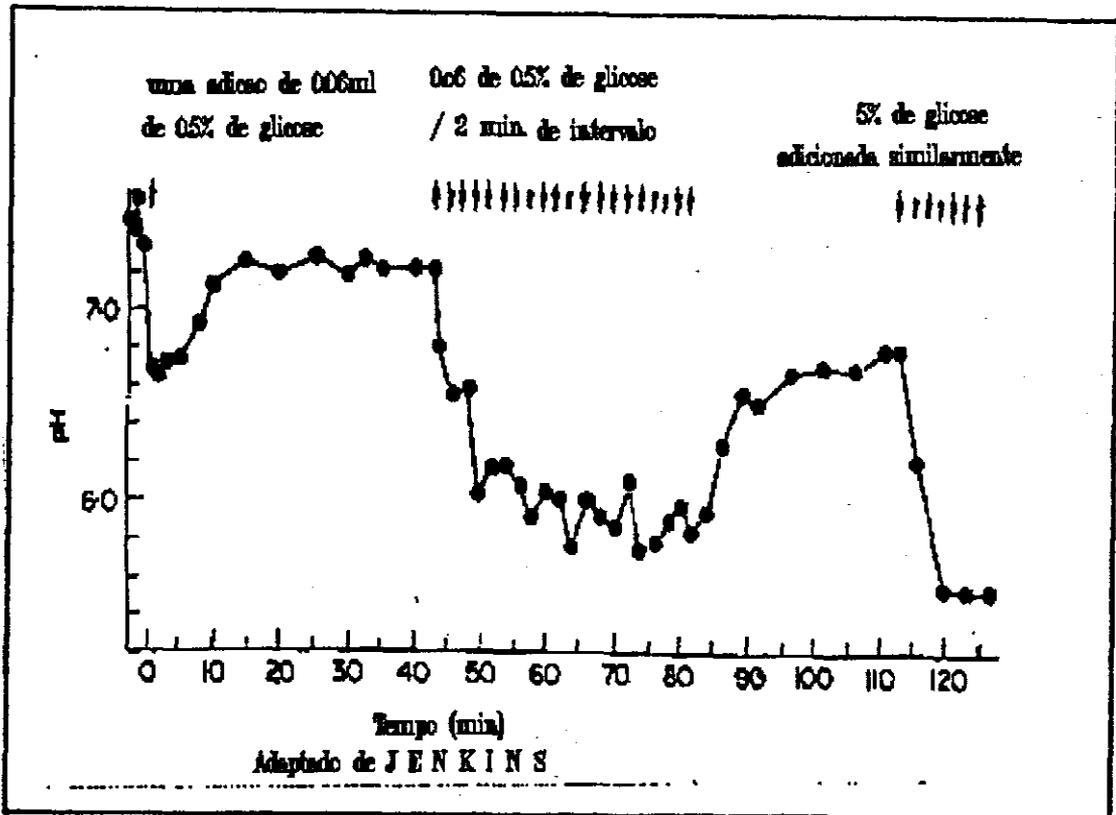


Mudanças de pH na placa depois de um enxaguamento com sacarose com e sem a restrição de flow salivar.

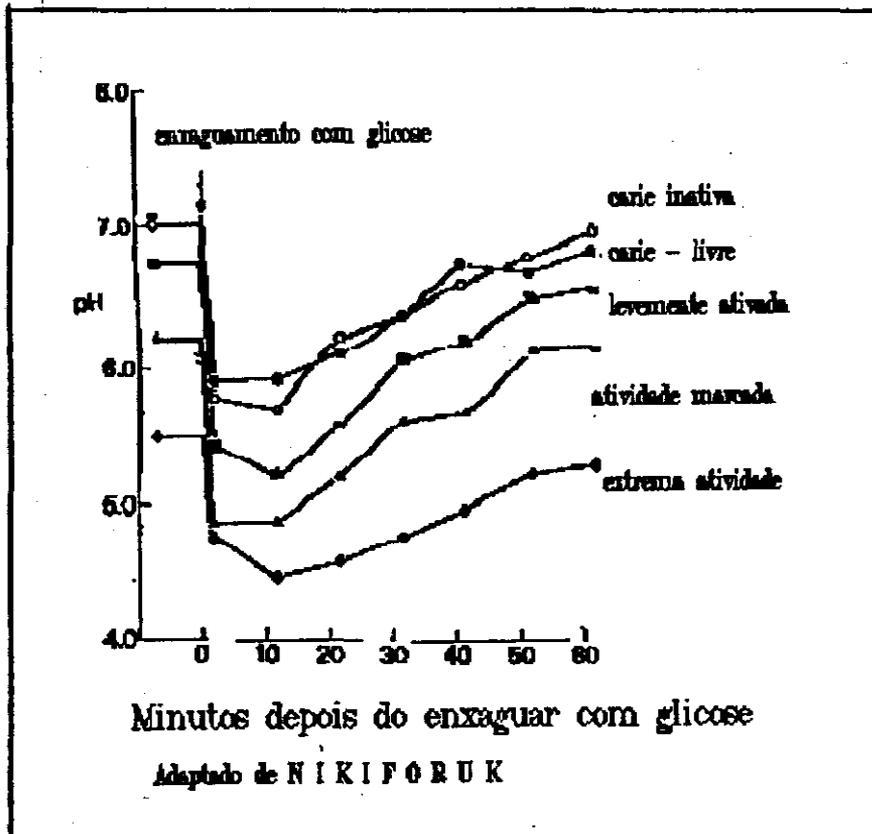
o = sem restrição salivar

x = com restrição salivar

(Adaptado de JENSKINS)



O efeito do pH da placa depois da aplicação de gotas de 0.5% de de soluções de açúcar a intervalos de 2 minutos - notar a marca da resposta de baixas concentrações de açúcar e a queda prolongada. O açúcar não atinge a língua assim que o flow de saliva não foi estimulado - este resultado pode, assim, diferir das mudanças durante a alimentação normal quando o flow de saliva é estimulado e a saliva provavelmente atinge a placa, mas pode assemelhar-se as mudanças na placa quando a saliva não pode facilmente atingi-la nas fissuras e pontos de contacto inacessíveis.



Uma resposta típica de pH seguindo-se a um enxaguamento de 10% de glicose em indivíduos cárie-inativos e aqueles com marcada cárie-atividade.

Curvas que merecem ser cuidadosamente analisadas.

---

## A DOENÇA CÁRIE DENTAL

=====

- = A cárie dental não é uma cavidade em um dente.
- = A cárie dental é um sintoma de uma doença já estabelecida há muito tempo.
- = A cárie dental é uma reação químico-bacteriana que tem lugar na superfície de um dente sadio, que após atuar durante um tempo variável sem uma manifestação aparente, produzirá a cavidade.
- = Quando uma doença não está completamente entendida, o alívio dos sintomas e a reparação dos danos produzidos pela lesão, é o melhor que se pode fazer pelo paciente. Este ainda é o método amplamente predominante no tratamento da cárie e dentro desse contexto, por se concentrar exclusivamente na reparação dos danos ocorridos, as pessoas vêem o dentista apenas como um artesão habilidoso e caro. (Sergio Weyne).
- = Durante mais de um século, a Odontologia foi considerada como uma profissão essencialmente preocupada com o tratamento dos sintomas, o que é confirmado pelo exagerado número de restaurações e extrações (THYLSTRUP e FEJERSKOV).

---

DECORRE QUANTO TEMPO ENTRE O INÍCIO DA DOENÇA  
E AS MANIFESTAÇÕES CONSTATÁVEIS ?

---

Meses...anos e anos...

Há uma resposta geral e uma resposta para cada caso particular. Voltaremos ao assunto.

No momento simplesmente diremos:

1. O início não pode ser constatado: são as primeiras, modificações bio-químicas que se processam e estas ainda não podem ser detectadas.
2. As primeiras manifestações são detectadas somente através de cortes histológicos. Quer dizer, a verdadeira extensão da lesão somente pode nos revelar a histologia.
3. A microrradiografia nos mostra uma lesão diminuída em tamanho, conservando a forma geral.
4. As radiografias bite-wing nada nos revelam, mesmo que a lesão assuma a extensão de dois terços da espessura do esmalte dental.
5. Quando a doença chega a dentina, conservando ainda a integridade da superfície dentária, constatamos:
  - a. a histologia nos mostra claramente a extensão da lesão;
  - b. a microrradiografia, no geral mostra a lesão diminuída em tamanho, conservando a forma geral;

---

c. a radiografia clínica bite-wing mostra um aspecto interessante: a imagem restringe-se ao terço externo da espessura do esmalte dental, conservando a forma geral de cone, cuja base está voltada para a superfície externa do esmalte dental.

Observar as gravuras seguintes, tomadas do original.

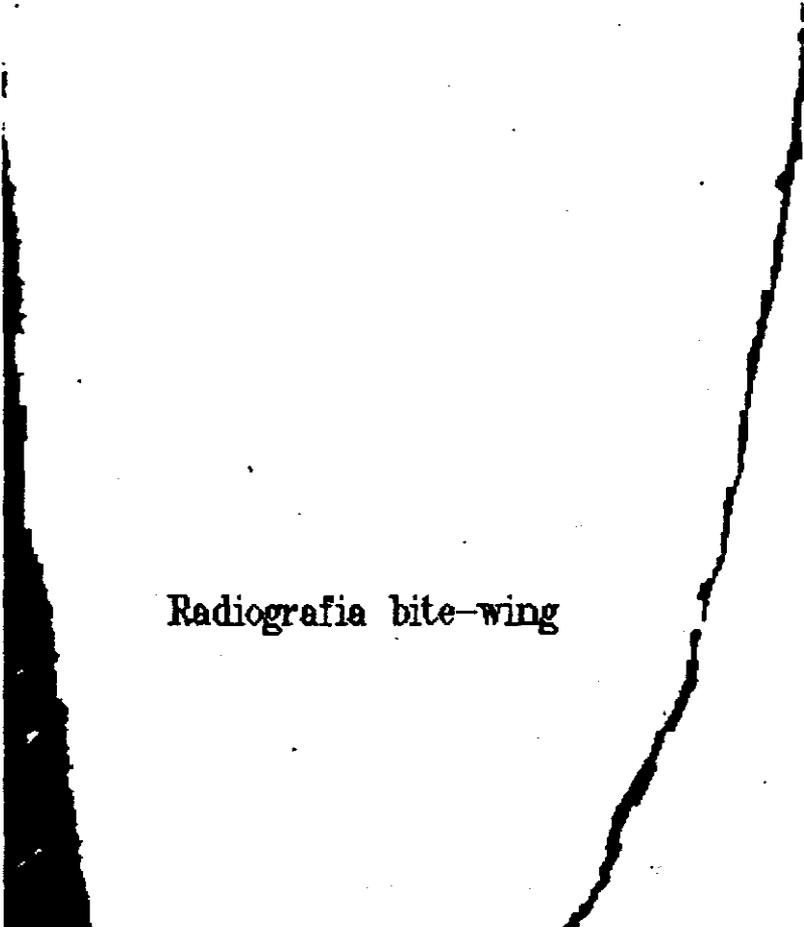


Lesão cariosa incipiente

Histologia



Microradiografia

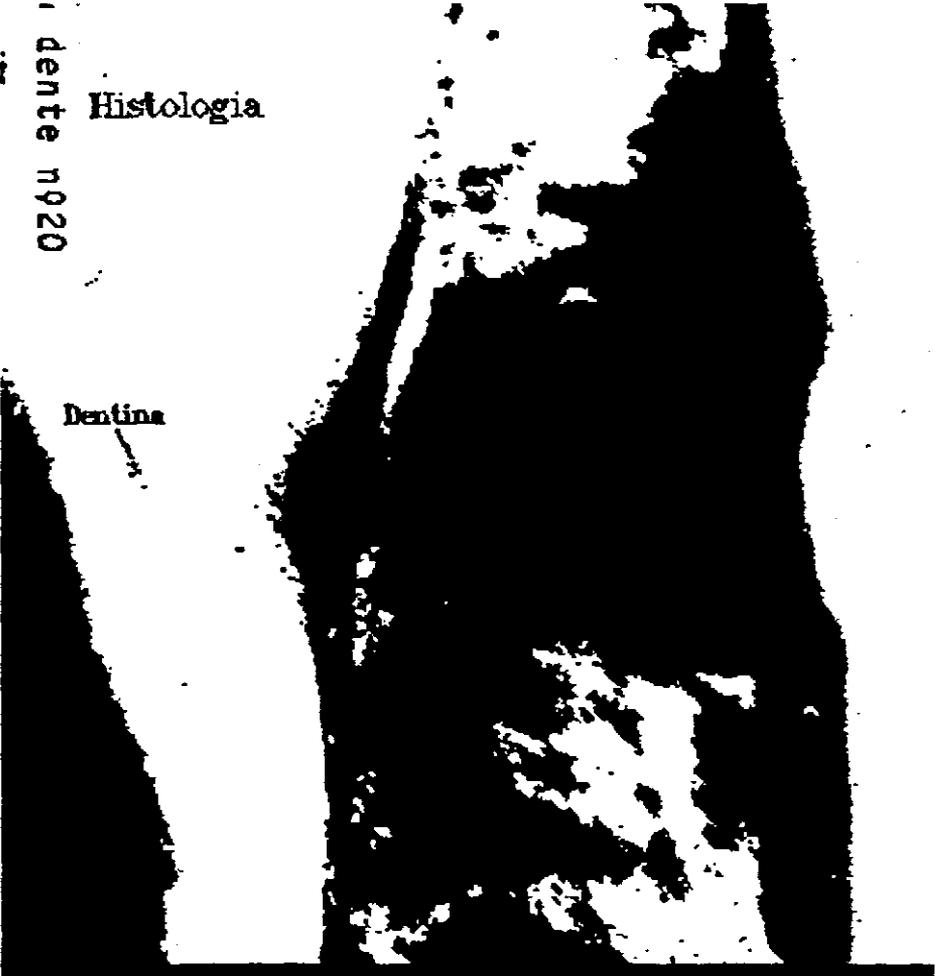


Radiografia bite-wing

dente nº20

Histologia

Dentina



dente nº20

Microradiografia



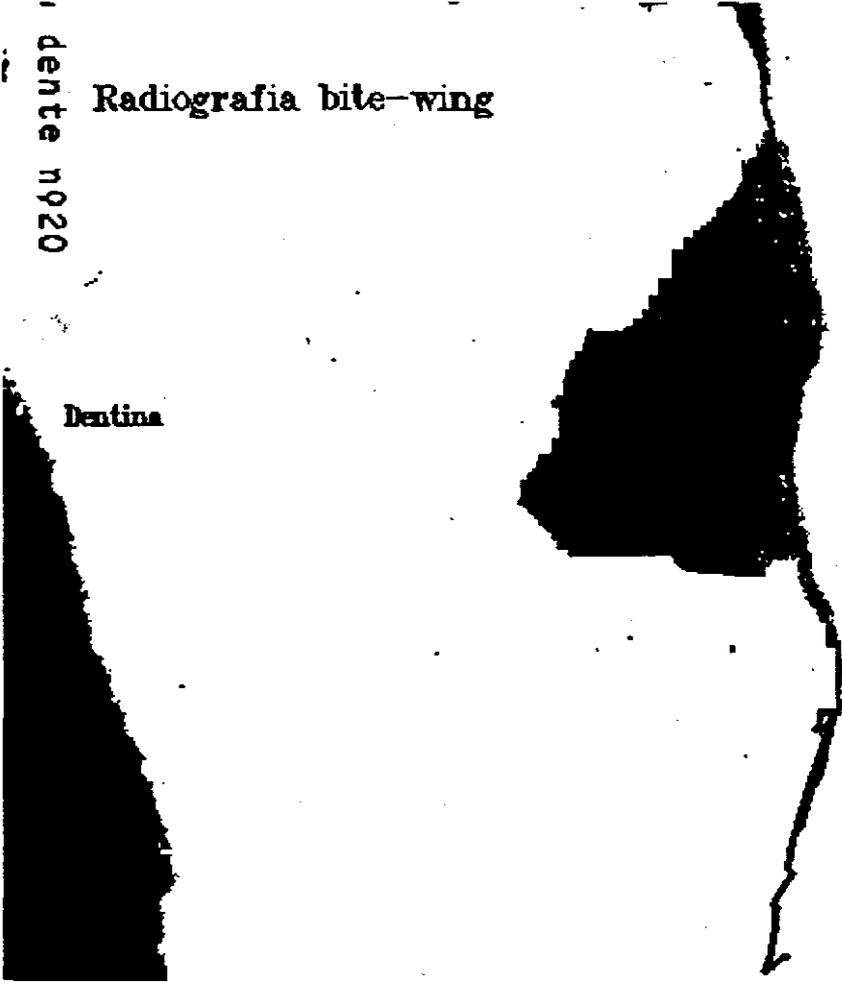
Dentina



dente n920

Radiografia bite-wing

Dentina



=====

DESCRIBÇÃO ESQUEMÁTICA DAS ZONAS DE CÁRIE

=====

A mais detalhada visão de uma lesão cariiosa pode ser feita através do estudo histológico. Nós particularmente somos muito agradecidos ao PROF. GOSTA GUSTAFSON de Malmoe, Suécia, o maior estudioso de esmalte dental, que nos permitiu, ao seu lado, em seu microscópio, que pudéssemos aprender um pouco do que ele tanto sabia.

A descrição esquemática das zonas de cárie, de autoria do PROF. GUSTAFSON, que será vista agora, mas que estudaremos em detalhe num dos próximos números, para mim significa uma homenagem ao grande estudioso.

**Zona 1: Aumento em mineralização:**

- = em luz polarizada = aumento da birrefringência negativa
- = em campo escuro = uma área escura
- = em luz transmitida = a área luminosa
- = em luz incidente = uma área escura

**Zona 2 : Solução de minerais:**

- = em luz polarizada = decréscimo da birrefringência negativa e aumento da birrefringência negativa

- 
- = em campo escuro = uma área clara
  - = em luz transmitida = uma área escura
  - = em luz incidente = uma área luminosa

### Zona 3 : Zona de forte mineralização

- = em luz polarizada =m aumento da birrefringência negativa
- = em campo escuro = uma área escura
- = em luz transmitida = uma área clara
- = em luz incidente = uma áreaaaaa escura

### Zona 4 = Descalcificação

- = em luz polarizada = decréscimo na birrefringência negativa com transição a verdadeira isotropia. Aqui é possível mostrar a birrefringência negativa e positiva independente uma da outra.
- = em campo escuro = primeiro levemente luminosa e depois escurecendo.
- = em luz transmitida = primeiro iluminando levemente e em seguida mais escuro
- = em luz incidente = primeiro levemente luminosa e depois mais escura.

### Zona 5 = Decréscimo na dureza

- = pode chegar a 0

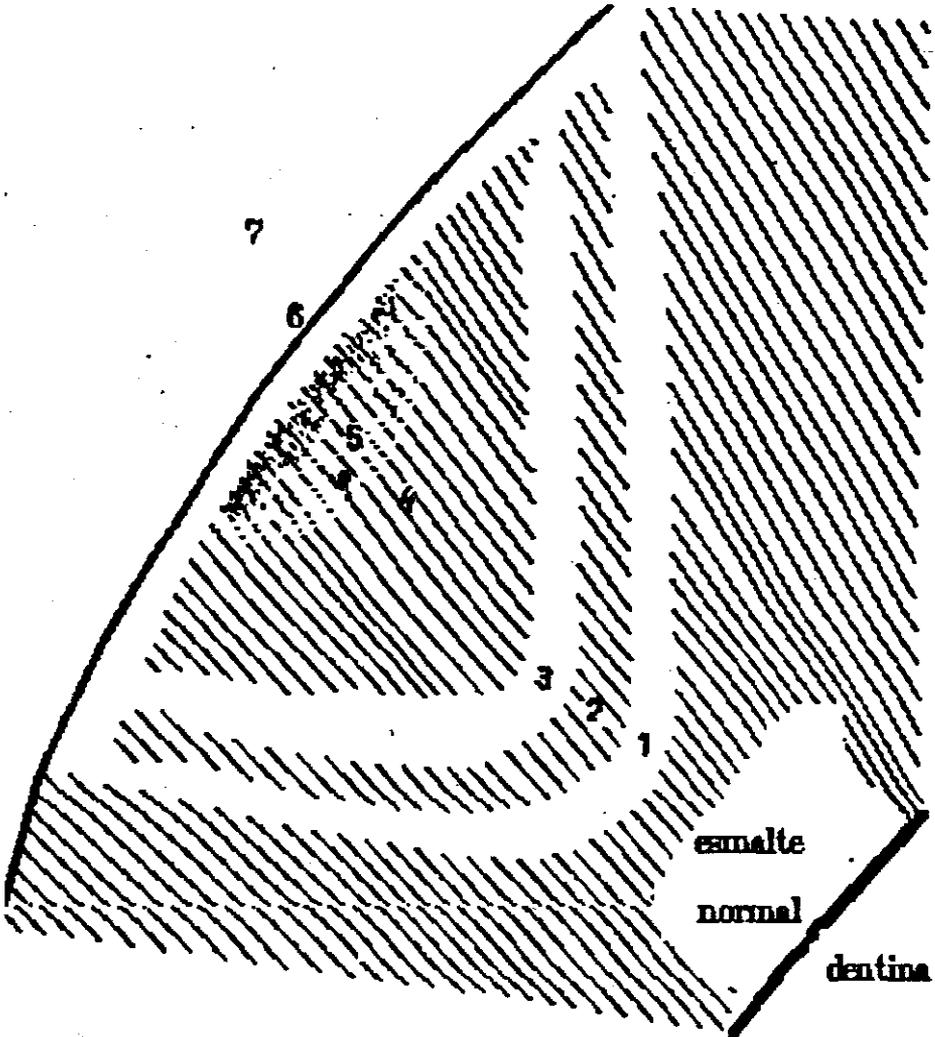
- 
- = em luz polarizada = por verdadeira isotropia  
a qual não é afetada por embebição
  - = em campo escuro = uma área negra
  - = em luz transmitida = uma área negra
  - = em luz incidente = uma área negra.

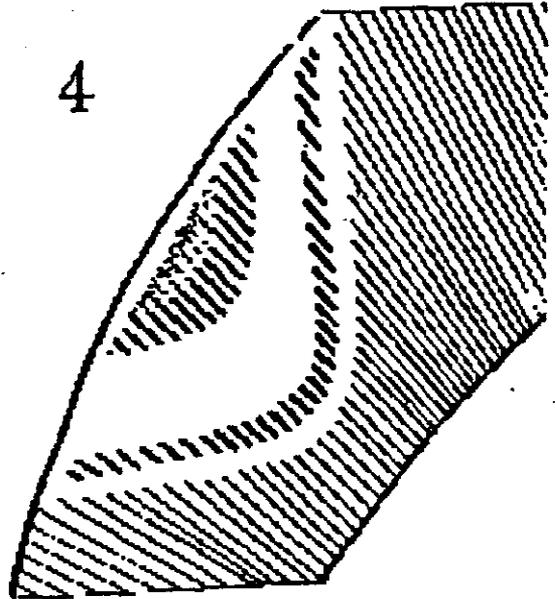
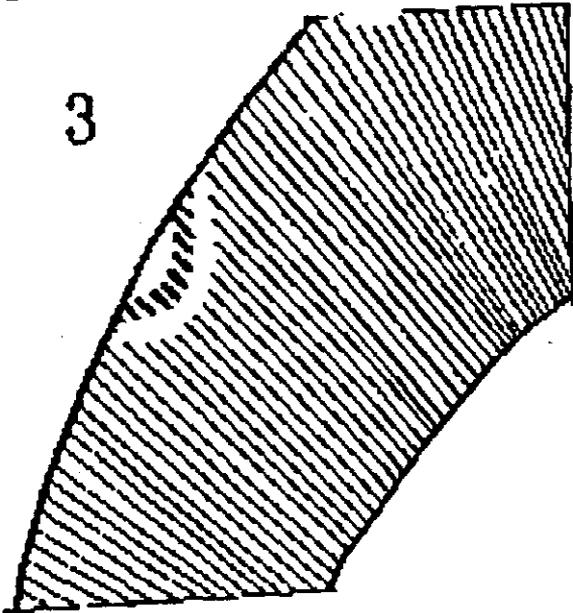
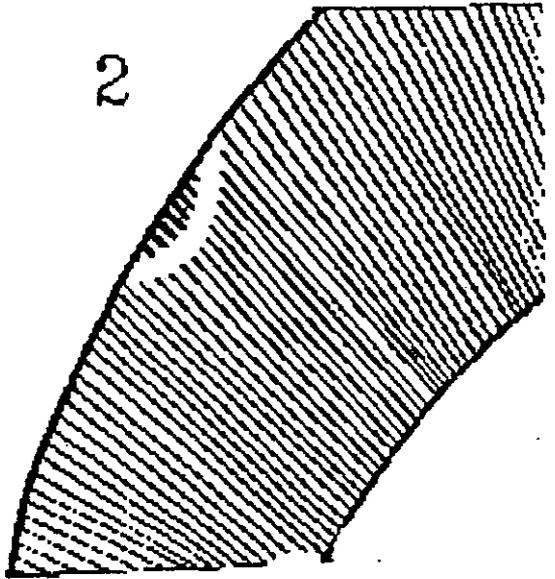
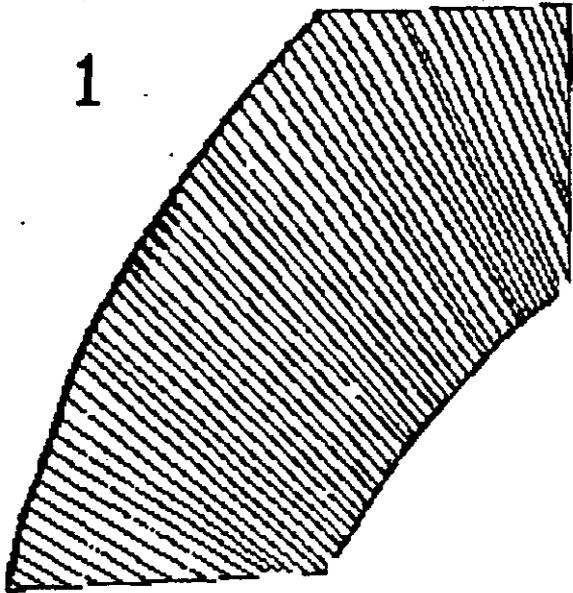
A linha 6 é mais a superfície clara que limita com a cavidade oral;

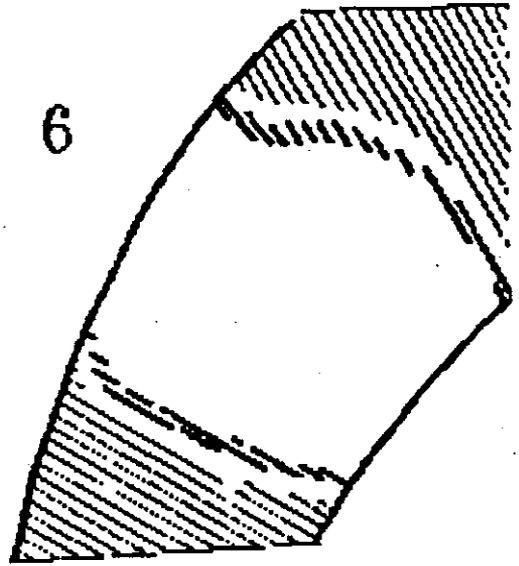
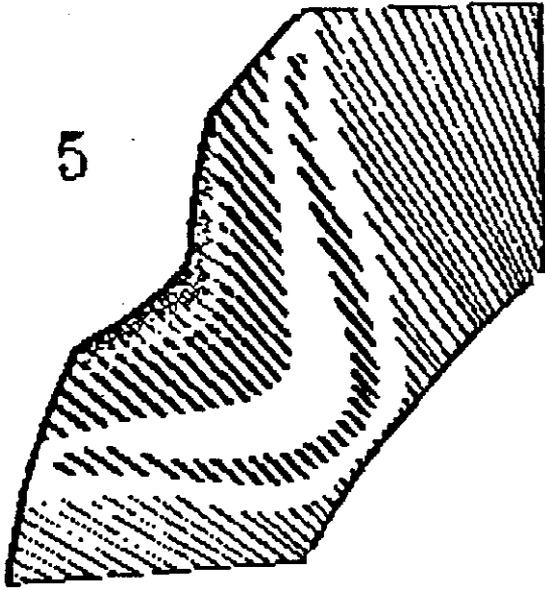
= permanece intacta por muito tempo.

No geral, somente é rompida quando a dentina é atingida.

Voltaremos a estudar com muito detalhe este aspecto da lesão que se caracteriza pela presença de uma mancha na superfície do esmalte.







=====

QUAL O NOSSO COMPORTAMENTO DIANTE DE UMA LESÃO  
CARIOUSA INCIPIENTE ?

=====

Uma lesão cariiosa incipiente pode:

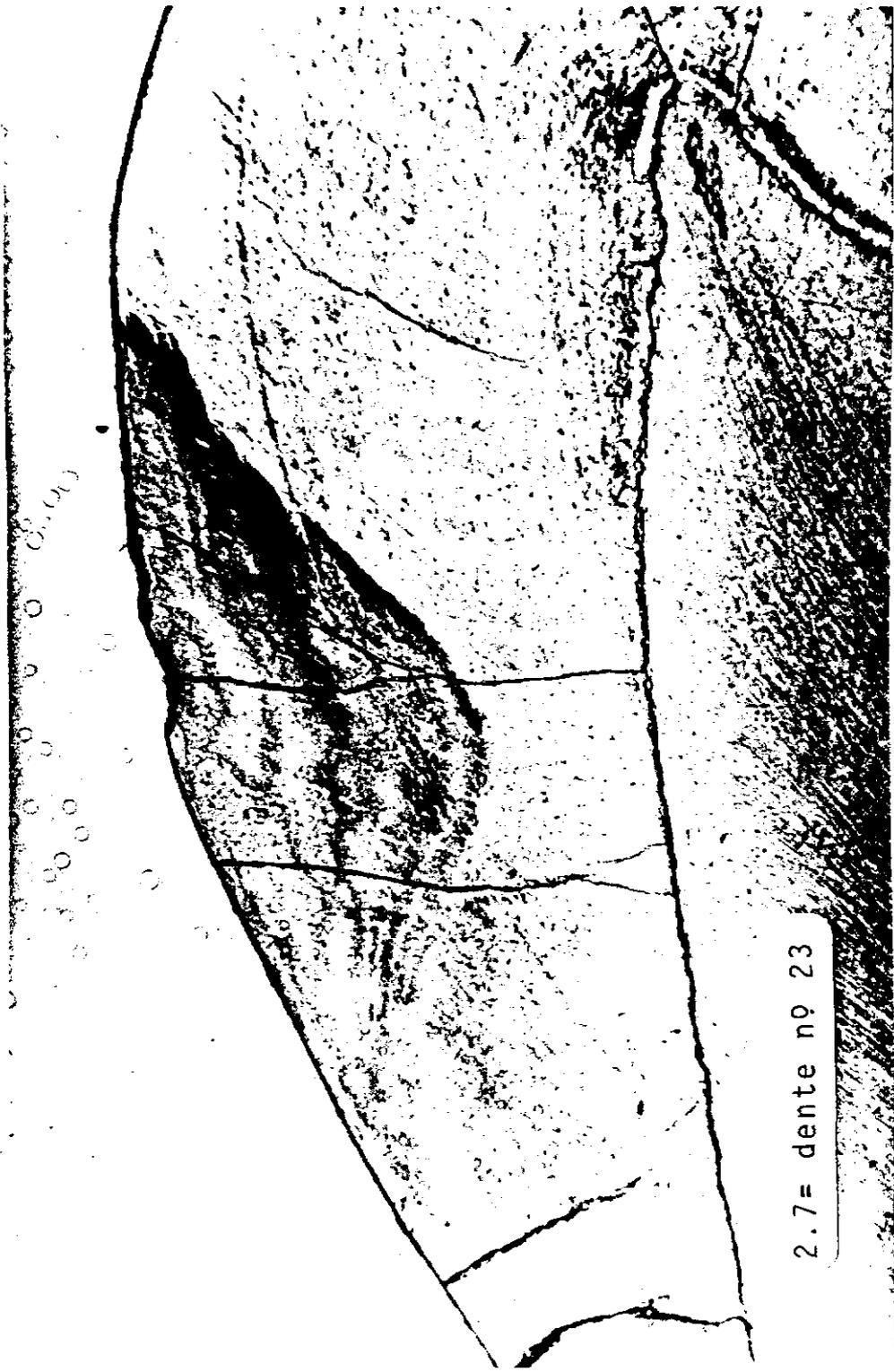
- a. permanecer oculta ("dormindo") por longos períodos de tempo, e mesmo nunca terem sido descobertas;
- b. sofrer a intervenção mecânica e posterior restauração com material adequado;
- c. reverter por remineralização:
  - c1. espontânea (auto-cura ou auto - cicatriza-  
ção)
  - c2. por intermédio da ação do profissional.



1.10 = dente nº 7



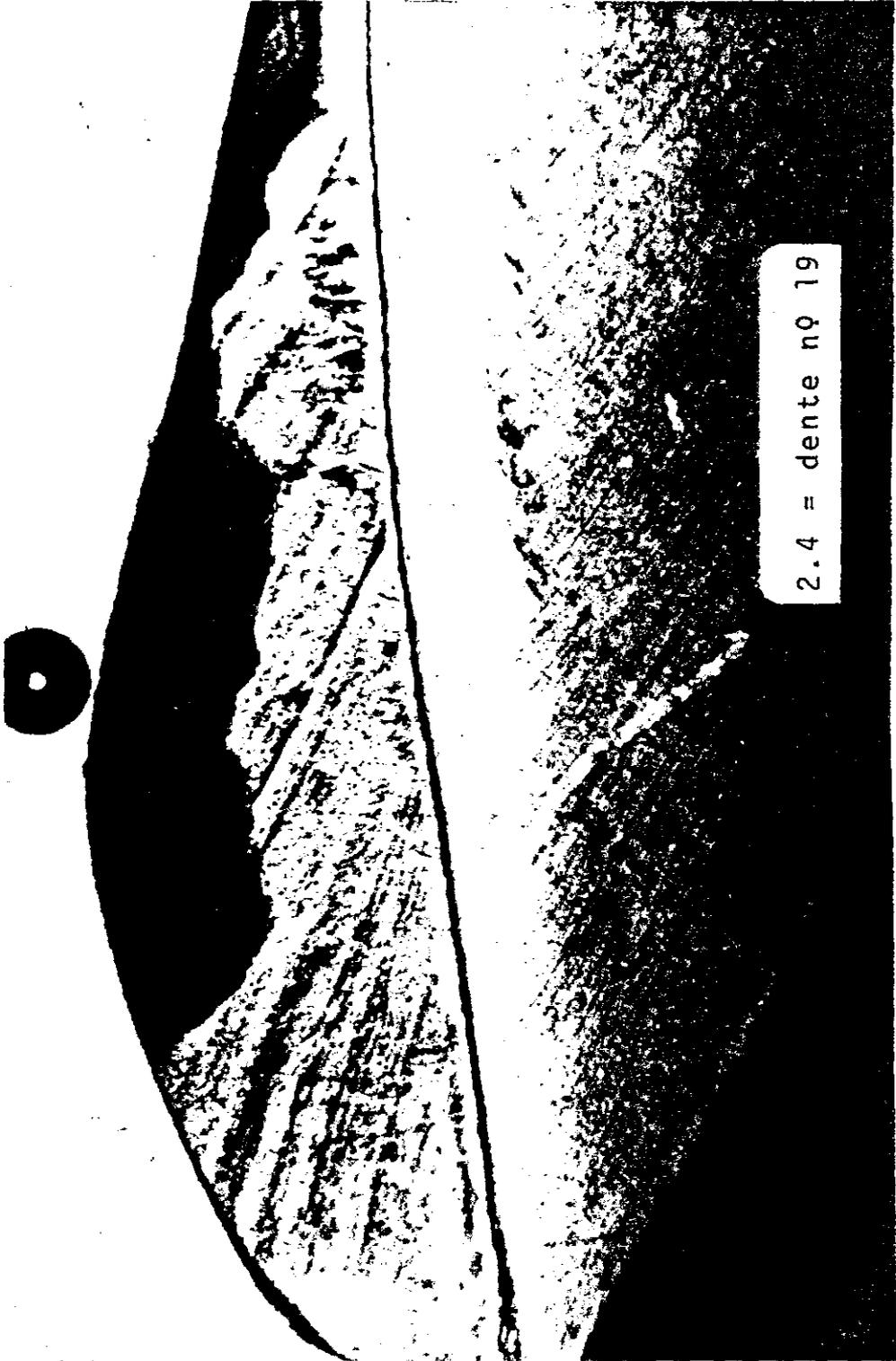
1.8 = dente nº 6A



2.7= dente nº 23



2.6 = dente nº22

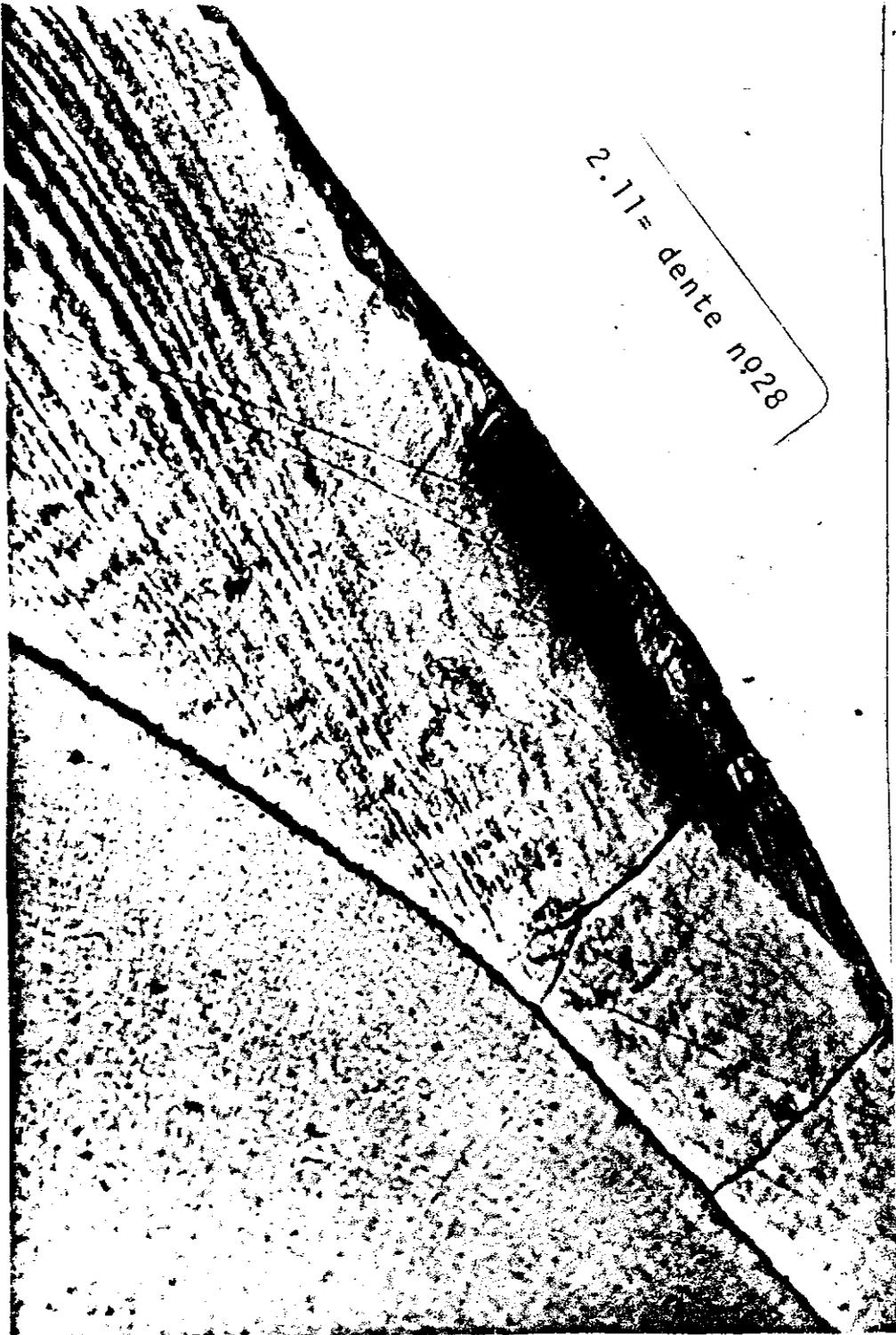


2.4 = dente nº 19



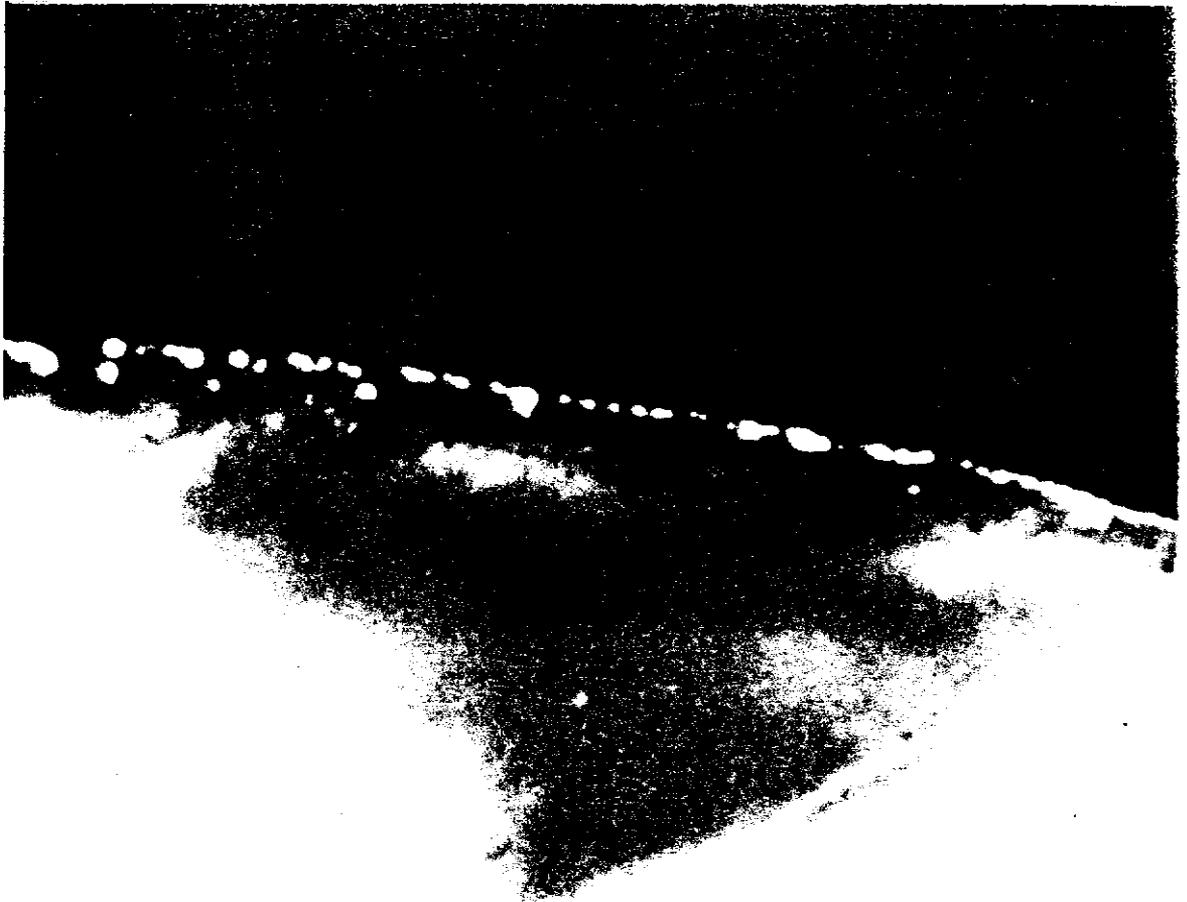
1.5 = dente nº 4







2.12 = dente n.º 29



rr



07

