

# Importância da anatomia dos dentes decíduos para os procedimentos clínicos

## Importance of the anatomy of deciduous teeth for the clinical procedures

Maria Dânia Holanda Tenório\*, Ana Lídia Cota\*\*, Diene Maria Holanda Tenório\*\*\*

\* Professora Associada da Disciplina de Odontopediatria – FO/UFAL

\*\* Estagiária da Disciplina de Odontopediatria – FO/UFAL

\*\*\* Professora Doutora da Disciplina de Histologia – ICBS/UFAL

### Descritores

Anatomia Dental, Morfologia, Dente Decíduo, Molar.

### Key-words

Dental Anatomy, Morphology, Deciduous Tooth, Molar.

### Resumo

O objetivo deste trabalho é descrever os detalhes anatômicos gerais dos dentes decíduos, enfatizando os primeiros molares, e mostrar a importância destas características durante os procedimentos restauradores e endodônticos. Este estudo pode facilitar a identificação anatômica dos dentes decíduos e a reconstrução anatomo-funcional peculiar aos primeiros molares.

### Abstract

The aim of the present research is to describe general details from primary teeth, emphasizing first molars and to demonstrate the importance of these characteristics during endodontic and restorative procedures. This study can facilitate primary teeth anatomic identification and anatomic functional singular reconstruction of first deciduous molars.

### Correspondência para / Correspondence to:

Maria Dânia Holanda Tenório

Condomínio Aldebaran Ômega, Q.J-16 – Serraria - Maceió-AL - CEP: 57080-900 / E-mail: daniaholanda@hotmail.com

21

## INTRODUÇÃO

O conhecimento dos detalhes anatômicos e das características histofisiológicas dos dentes decíduos são de fundamental importância para a realização de um bom preparo cavitário, que, aliado aos princípios de natureza biológica e mecânica dos materiais, permitirá o restabelecimento anatomo-funcional conseqüente de uma lesão de cárie ou de um traumatismo.<sup>1</sup>

Apesar dos detalhes anatômicos serem mais discretos, os dentes decíduos apresentam características próprias, especialmente os primeiros molares. Estes possuem sulcos, fossas, cristas marginais e ponte de esmalte específicas porém, tem sido alvo de imitações da morfologia externa de premolares que se restaurados, com semelhante anatomia, não haverá uma oclusão adequada à dentição decídua.

O objetivo deste trabalho é comentar sobre os detalhes anatômicos gerais dos dentes decíduos de importância para o restabelecimento anatomo-funcional, enfatizando a morfologia dos primeiros molares.

## REVISÃO DA LITERATURA

### CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS DENTES DECÍDUOS

Serão utilizadas no texto abreviações, para os tipos de dentes (molar decíduo MD ou permanente MP e premolar PM), arcos (superior S ou inferior I) ordem (1º ou 2º) e

superfícies (cervical, incisal, oclusal, vestibular, lingual, palatina, mesial e distal em: C, I, O, V, L, P, M e D, respectivamente.

Dentre as características gerais relacionadas à parte coronária, estão a cor, a dureza e o volume. A cor dos dentes decíduos é mais opaca ou branco-leitosa.<sup>2,3,4,5,6</sup> em razão de possuírem menor quantidade de sais de cálcio salientando a cor da dentina.<sup>7</sup> As modificações de cor ou a presença de manchas são resultantes de pigmentações causadas por substâncias, defeitos estruturais ou da condição pulpar conseqüentes de cárie ou trauma dentais.<sup>1,5,8</sup> Os fatores que causam manchas no esmalte de dentes decíduos estão, resumidamente, apresentados no Quadro 1.

A menor quantidade de cálcio também faz os decíduos apresentarem uma dureza menor, que, associada ao tempo e à abrasão, desgastam nas pontas das cúspides e bordas incisais.<sup>2,3,4,9</sup> Em relação ao volume estes dentes no sentido M-D apresentam-se mais largos do que C-I.<sup>2,3,4,5,6,8</sup>

Os dentes decíduos possuem uma camada aprismática, localizada superficialmente no esmalte, cuja espessura é de 16 a 45µm, podendo chegar a 100µm, resultado da deposição de cristais de esmalte, dispostos no mesmo sentido. Nos dentes anteriores, esta camada diminui em direção ao terço incisal, provavelmente devido às forças da mastigação.<sup>10,11,12</sup>

Maiores espessuras de esmalte são encontradas nos dentes anteriores, no terço cervical da face V e recebe o nome de “anel de esmalte;”<sup>2,9</sup> enquanto nos molares, encontram-se, no ângulo mesio-vestíbulo-cervical e recebe

o nome de tubérculo de Zuckerkandl. Esta saliência de esmalte termina bruscamente, na união cimento-esmalte, gerando uma constricção no colo dental e fazendo com que a coroa apresente uma forma expulsiva.<sup>2,3,4,5,6,9,13</sup>

Quadro 1 - Fatores que podem causar manchas nos dentes decíduos.

Tipo de Mancha	Fatores
Branca	Desmineralização, hipoplasia, fluorose.
Amarela a marrom	Amelogênese imperfeita, fluorose e ingestão de sulfato ferroso.
Marrom a púrpura	Eritroblastose fetal e Porfíria.
Marrom a preta	Cárie crônica, presença de bactérias cromogênicas com afinidade por corantes.
Amarela escura a acinzentada	Ingestão de tetraciclinas na época da odontogênese.
Acinzentada persistente	Restos orgânicos, necrose pulpar ou sangue deixados nos cornos pulpares durante pulpo/pulpectomias, pastas obturadoras de canais radiculares.
Acinzentada passageira	Congestão de vasos sangüíneos na câmara pulpar ou rupturas de capilares com pequeno extravasamento de sangue, que poderá ser reabsorvido antes de se depositar nos túbulos dentinários e manter a vitalidade pulpar.
Marrom a acinzentada	Permanência de sangue nos túbulos dentinários com hemólise das células vermelhas, liberação da hemoglobina com posterior degradação em ferro e deposição em forma de sulfato ferroso, ocorre degeneração pulpar.
Róseo	Destruição do tecido vascular da polpa manifestando-se após semanas ou meses por reabsorção interna.

\*Fonte: Machado et al.<sup>8</sup>; McDonald et al.<sup>5</sup>

Nos molares decíduos a camada de esmalte e dentina é mais delgada, especialmente na região das projeções pulpares. Estas camadas nos 1<sup>os</sup>MS medem, cerca de 1.2 a 3.8mm e nos 1<sup>os</sup>MI, 1.2 a 4.7mm; nos 2<sup>os</sup>MS, de 1.8 a 3.8mm e, cerca de 1.8 a 4.2mm nos 2<sup>os</sup>MI.<sup>3</sup> A camada de esmalte tem aproximadamente 1 mm e é uniforme em toda a coroa, terminando na borda cervical de forma bem definida; a maior espessura de dentina encontra-se no centro do dente.<sup>3,4,12</sup> A partir do terço médio há uma convergência das superfícies V e L para O, tornando a face O menor que a C.<sup>2,3,4,5,6,9,13,14</sup>

As zonas de contato dos dentes decíduos são importantes na preservação do espaço para os dentes permanentes, no diagnóstico de cárie e nas restaurações proximais. Nos dentes superiores, estas áreas encontram-se: entre canino e 1<sup>o</sup>M em um pequeno contato circular no terço O-V; entre 1<sup>os</sup> e 2<sup>os</sup> M, amplo contato na metade O-L da superfície D em forma de meia lua (convexidade em direção O); os 2<sup>os</sup> MD e os 1<sup>os</sup> MP possuem amplos contatos em forma de meia lua. Nos dentes inferiores: entre caninos e 1<sup>os</sup>M, não há contato devido aos espaços primatas; entre 1<sup>os</sup> e 2<sup>os</sup>M o contato é amplo, em forma de meia lua, logo abaixo da união do sulco M; entre 2<sup>os</sup>MD e 1<sup>os</sup>MP o contato é pequeno, arredondado e em posição V- C ao sulco D.<sup>3</sup>

Algumas semelhanças podem ser notadas, entre os 2<sup>os</sup>MD e 1<sup>os</sup>MP, tanto nos superiores como nos inferiores, por possuírem uma anatomia oclusal semelhantes pela, presença do tubérculo de Carabelli (face M-P) número de cúspides, fossas, sulcos e cristas.<sup>2,3,4,5,6,9</sup> A Figura 1, mostra que os 2<sup>os</sup>MDS apresentam quatro cúspides e a "ponte de

esmalte", semelhante aos 1<sup>os</sup> MPS, une a MP à DV. Da mesma forma, a Figura 2 mostra que, os 2<sup>os</sup> MDI semelhantemente aos 1<sup>os</sup> MPI, apresentam na face O, cinco cúspides sendo, 3 voltadas para V, onde a mediana é a maior, seguida pela MV e DV e, 2 voltadas para a L, de tamanhos aproximadamente iguais.<sup>3</sup>

Além das características gerais da parte coronária é importante também considerar aquelas relacionadas à parte radicular.  
Odontologia. Clin.-Cientif., Recife, 8 (1): 21-28, jan/mar., 2009  
 www.cfo-pe.org.br

Iniciando pelo teto da câmara pulpar, esta se encontra delimitada pelo final da camada de dentina, acompanha a anatomia externa do dente e apresenta projeções em direção às cúspides, formando as proeminências ou cornos pulpares, sendo os mesiais dos molares mais projetados.<sup>2,3,4,5,9</sup>

Delimitada pelo teto, cornos pulpares e assoalho encontra-se a câmara pulpar. Esta, abriga a polpa coronária, é ampla, com um formato trapezoidal nos molares superiores e retangular nos inferiores (Figuras 3 e 4, respectivamente).<sup>3,5</sup> Com o tempo e a abrasão, a câmara pulpar diminui, pela formação de novas camadas de dentina, destinadas a compensar o desgaste exterior do dente.<sup>3</sup> Abaixo do conteúdo pulpar encontra-se o assoalho da câmara, com uma elevação maior na porção central e medindo cerca de 1,5mm, onde podem ser encontradas, as foraminas. Estas são aberturas anômalas que conectam a polpa aos tecidos periodontais, originadas durante a formação da raiz, por defeitos na bainha epitelial de Hertwig, provavelmente devido à persistência de vasos sangüíneos, onde em torno desses vasos, ocorre uma diferenciação de odontoblastos e a formação de dentina irregular.<sup>15</sup> As foraminas agem como "porta" para a invasão bacteriana e suas toxinas chegarem a área inter-radicular. Esta área se compõe no sítio de alterações, em dentes com

comprometimento pulpar, onde apresentará, radiograficamente uma área radiolúcida resultante de uma lesão com perda óssea.<sup>15</sup>

Quanto às raízes, nos dentes anteriores são longas, achatadas no sentido M-D, desviadas para V a partir da 1/3 médio e, apresentam um canal amplo. Por trás das raízes dos decíduos anteriores (faces L ou P) desenvolvem-se os germes dos incisivos e caninos permanentes. As raízes dos

molares apresentam canais, mais estreitos, secundários e acessórios, localizam-se no mesmo plano sagital que passa através dos vértices das cúspides<sup>16</sup> e são bastante curvas, para abrigar os germes dos premolares. Os molares superiores apresentam 3 raízes: 2V, 1P, sendo a DV mais curta e os molares inferiores, 2 raízes, M e D.<sup>2,3,4,5,6,9,14,15</sup> As raízes sofrem modificações, de acordo com o ciclo biológico do dente, através do processo de rizólise.

#### CARACTERÍSTICAS ESPECIAIS DOS PRIMEIROS MOLARES DECÍDUOS.

Iniciando por uma depressão P quase correspondente única, mais lisa, Na Figura 5A são

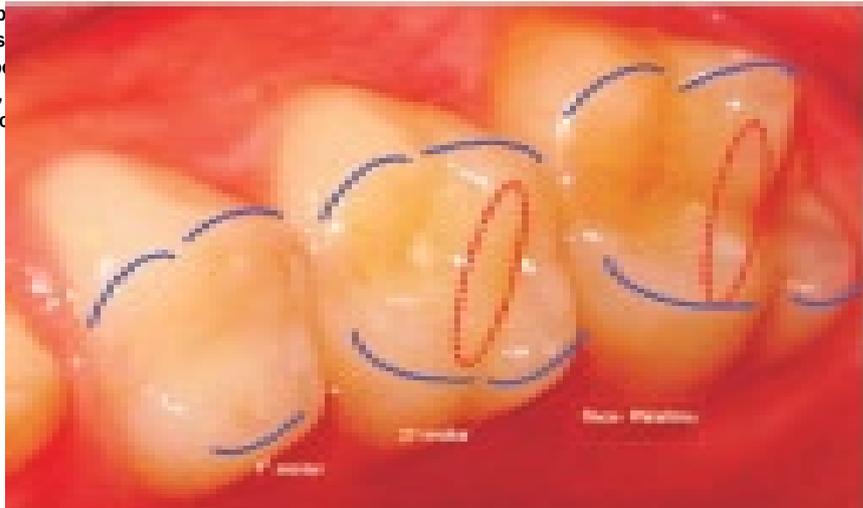


Figura 1 - Molares superiores: semelhança oclusal do 2º MD e 1º MP. Notar, em ambos os molares, as 4 cúspides com a "ponte de esmalte" ligando a MP à DV, e no 1º MD as 3 cúspides separadas pelo sulco MD, no centro do dente.

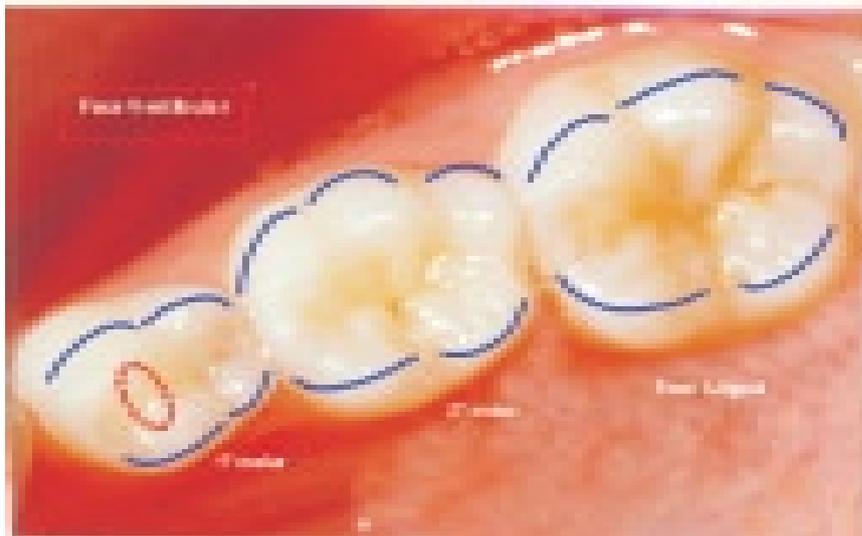


Figura 2 - Molares inferiores: semelhança oclusal do 2º MD com o 1º MP. Notar, a disposição das 5 cúspides em ambos os molares e no 1º MD, as 4 cúspides com a "ponte de esmalte" unindo as mesiais.

características da face O, apresentando normalmente 3 cúspides: duas voltadas para V e uma para P. Nos casos em que apresenta 4 cúspides, a MP é mais larga e pontiaguda e a DP, menor e mais arredondada. Possui ainda duas fossas rasas M e D, próximas às cúspides V e um sulco MD que divide a face O em lados V e P, atravessando as cristas marginais M e D. A crista marginal D é menor, une as cúspides V e P em ângulo quase reto, enquanto a crista marginal M é maior, mais convexa, até encontrar o sulco MD e, a partir daí, mais reta em direção a cúspide MP.<sup>3</sup> A anatomia oclusal dos 1ºs MDS pode ser diferente em relação ao lado esquerdo e direito. A Figura 5B, mostra que a face O do lado

Os molares inferiores possuem características bastante peculiares que não se assemelham a nenhum dente permanente<sup>2,3,4,5,6,9,13,14,17</sup>. Sua face V é bastante inclinada para O e apresenta a partir do 1/3 médio, uma depressão resultante da extensão do sulco V vindo da face O e que marca a superfície em 2 lóbulos M e D, sendo o M mais alto, volumoso e em posição quase vertical; na porção D a borda V é côncava e da porção mediana até a M é convexa. A face L é menor e invadida por um pequeno sulco O-L que divide as cúspides L (ML maior, mais alta e bastante convergente para O) e termina

Odontologia. Clin.-Cientif., Recife, 8 (1): 21-28, jan/mar., 2009  
www.cro-pe.org.br



Figura 3 - Câmara pulpar de um 2ºMDS - forma trapezoidal.



Figura 4 - Câmara pulpar do 2ºMD I - forma retangular.

24

em uma depressão

no 1/3 médio. Na Figura 6A são ilustrados os aspectos da face O: a "ponte de esmalte," unindo as cúspides MV a ML; 2 fossas, a M (perto da cúspide V, menor e mais profunda, de onde parte o sulco O-L que invade a face L e separa a crista marginal M da cúspide ML) e a fossa, D mais rasa e maior de onde partem aproximadamente 4 sulcos: O-L, (separa as cúspides L em M e D), O-V (separa as cúspides V em M e D) e, outros 2 menores, um mais voltado para a cúspide DV e outro para DL. A crista marginal M é menor, mais inclinada para L e une-se em ângulo reto à face V e quase reto à L. A crista marginal D é mais convexa, larga e une-se em ângulo reto à face L e quase reto à face V. Possuem 4 cúspides: uma MV maior, seguida pela ML, DV e DL, sendo o vértice da ML maior e mais aguçado. Por estas disposições, a face O assemelha-se a um número "8" deitado, cuja parte menor corresponde à superfície M e a maior à D (Figura 6B).<sup>3</sup>

Assim como há semelhanças, entre os 2ºMD e 1ºMP, podem ser observadas claramente, diferenças entre

molares decíduos e premolares, ao se comparar, as Figuras 1 e 2 (grupo de molares decíduos superiores e inferiores, respectivamente) com as Figuras 7 e 8 (grupo de premolares superiores e inferiores respectivamente). Nota-se que, enquanto a face O dos 1ºMDS apresentam 3 cúspides 2V e 1P separadas pelo sulco MD, os 1ºPMS apresentam apenas uma cúspide V, bem aguçada e outra L; enquanto os 2ºMDS assemelham-se aos 1ºMPS, os 2ºPMS têm apenas duas cúspides uma V e uma P. Na região inferior, os 1ºMD possuem 4 cúspides e a "ponte de esmalte," mais voltada para M liga a MV à ML o que diferencia dos 1ºPM que possuem apenas 2 cúspides e a "ponte de esmalte" liga a cúspide V à L, mais voltada para o centro do dente. Enquanto os 2ºMD assemelham-se aos 1ºMP com 5 cúspides, os 2ºPM possuem apenas 2 cúspides.<sup>2,3,4,5,6,9,13,15,17</sup>

Portanto, considerar estes aspectos é importante para que a restauração de um molar decíduo não apresente, no final, a forma de um premolar e em consequência, haja falta de engrenamento das cúspides, para uma oclusão adequada à dentição decídua.

## DISCUSSÃO

A morfologia dos dentes decíduos é apresentada em livros básicos de odontopediatria<sup>3,4,5,6,13,14,15</sup> e anatomia bucal e dentária.<sup>28,18</sup> De fato, como constatado, nesta literatura, uma

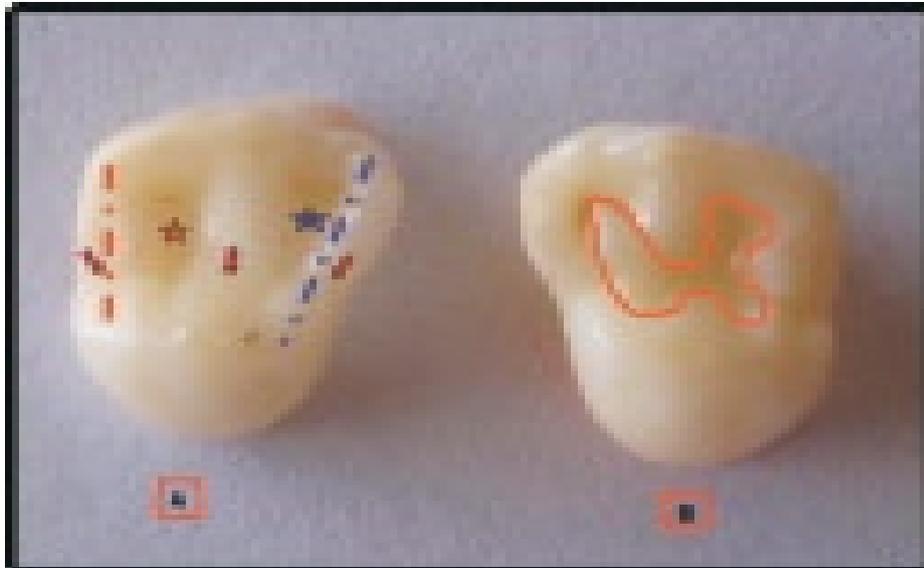


Figura 5 - Detalhes anatômicos da face oclusal de 1ºMDS.

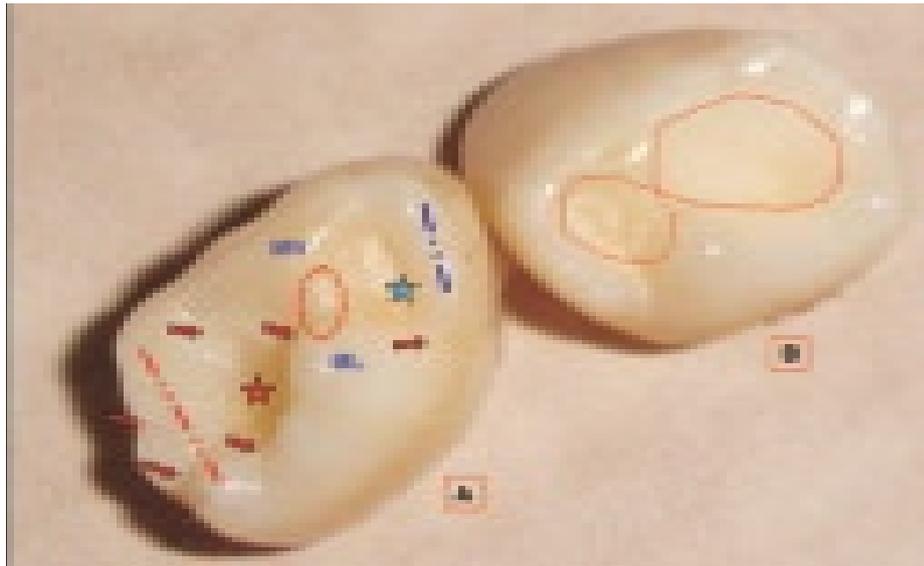


Figura 6 - Detalhes anatômicos face oclusal de 1ºMDI.

Figura A:

- Fossa M. ———— ★ (blue)
- Fossa D. ———— ★ (red)
- Grota marginal M. ———— - - - - - (blue)
- Grota marginal D. ———— - - - - - (red)
- Sulcos. ———— → (red)
- "Ponte de esmalte" ———— ○ (red)

Figura B:

- Face oclusal de 1º MDI - forma da número oito-deltado. ———— 8 (red)
- Face oclusal de 1º MDS - forma da letra "M" ou em borboleta. ———— M (red)

Neste trabalho, foi possível mostrar de uma forma mais resumida, os aspectos anatômicos coronários e radiculares dos dentes decíduos e em especial, as características dos 1ºs molares. O conhecimento destes detalhes é importante e influencia tanto no reconhecimento dos dentes decíduos, quanto para dissipar algumas dificuldades durante sua reabilitação.

A cor branco-leitosa dos dentes decíduos tem importância para o diagnóstico diferencial de manchas no esmalte e na seleção da cor de uma resina mais apropriada. Assim, as cores mais claras ou opacas são as mais utilizadas.



Figura 7 - Premolares superiores: presença de apenas 2 cúspides bem definidas. Comparar com os molares decíduos superiores da Figura 1.



Figura 8 - Premolares inferiores: presença de apenas 2 cúspides bem definidas. No 1ºPMI a "ponte de esmalte," central ao dente, liga a cúspide V à L. Comparar com os molares decíduos inferiores da Figura 2.

26

Como observaram, Silva et al (2004)<sup>19</sup>, as cores mais aproximadas aos dentes decíduos foram: B1 (Filtek) A110 (3M), B1-Amelogen (Ultradent) B0,5 -Filtek e Z250 (3M).

O volume das coroas é um detalhe que deve ser considerado nas reconstruções coronárias, bem como nas próteses fixas funcionais ou prótese do sistema tubo-barra. Assim como em adultos, para o planejamento de uma prótese é importante observar, o número de dentes a serem substituídos, o espaço presente e, quando possível, tomar como referência as medidas dos dentes adjacentes. Quando estes aspectos não são considerados, dentes anteriores podem ser colocados desproporcionalmente e a criança pode apresentar uma aparência de "boca cheia".

Apesar dos dentes decíduos apresentarem menor espessura de esmalte e dentina<sup>2,3,4,9</sup>, desgastarem mais que os permanentes e terem uma longevidade mais curta, estas características podem permitir, seguramente, a utilização de resinas, também, em molares, em função do tempo de permanência na boca, coincidir com o desgaste natural das mesmas.<sup>1</sup> No entanto, podem apresentar dificuldades relacionadas a um efetivo condicionamento ácido, devido à camada aprismática. Por não haver interação com as saliências e reentrâncias dos prismas, a camada age como uma barreira mecânica, não promovendo a formação dos tags ou túneis vazios para a retenção da resina. Assim, o ácido fosfórico a 35% é o mais recomendado sendo utilizado em um tempo de 15 a 30 segundos. Alguns cuidados técnicos são exigidos como, a profilaxia prévia do dente e a colocação do isolamento absoluto. Nos casos da impossibilidade do uso do isolamento absoluto, cuidados são necessários para não haver contaminação por saliva, após o ataque ácido, na troca dos roletes de algodão ou mesmo pelo ar proveniente da seringa de ar comprimido, úmido ou misturado com óleo.<sup>20,21,22</sup>

Pelo fato dos contatos proximais serem amplos, juntamente com a constrição do colo e a proeminência dos cornos pulpares, dificuldades podem ser encontradas durante os preparos cavitários em relação às paredes axial e gengival, para não envolver os cornos pulpares nem romper o suporte dentinário.<sup>14</sup> Quando este suporte é rompido, não haverá sustentação para o material restaurador, isto impedirá que um molar seja devidamente restaurado.

Em relação à região proximal - cervical, esta se constitui em uma área de maior fragilidade das restaurações de molares decíduos. Quando essa região apresenta a junção amelocementária onde, a dentina encontra-se exposta, ocorre um aumento da permeabilidade dentinária e torna-se morfológicamente vulnerável a agressões mecânicas, químicas e bacteriológicas.<sup>16</sup> Assim, em procedimentos restauradores, essa região pode gerar alguns problemas, tais como: a quebra da integridade marginal, microinfiltração, descoloração marginal e recidiva de cárie. Em relação aos problemas endodônticos pode ocorrer, desde a necrose pulpar até uma maior velocidade de reabsorção patológica, nos molares.<sup>17</sup>

A restauração de regiões proximais em molares podem, ainda, gerar dificuldades, durante o momento da colocação do isolamento absoluto e/ou do porta-matriz. Estas dificuldades estão em função dos detalhes anatômicos, tais como: o aspecto expulsivo, a constrição do colo, o formato bulboso, o contato amplo e elíptico, como também a menor área de trabalho e a forte musculatura da bochecha e dos lábios. Assim, grampos especiais para dentes decíduos seria uma solução para o isolamento absoluto, e a utilização das matrizes individuais pré-fabricadas ou soldadas, a matriz em "T" e o porta-matriz

de Tofflemire, para reconstruções proximais. A colocação da tira-matriz é imprescindível e deve ter a medida compatível com a altura do dente, sem sobras, de forma a recobrir todo o preparo, o que facilitará também durante a escultura. O posicionamento da cunha de madeira é essencial, para a adaptação cervical da matriz, evitando os excessos de material restaurador e restabelecendo a área de contato.<sup>14</sup> É importante esclarecer que, reconstruções proximais incorretas de dentes decíduos, principalmente das áreas de contato, modificam as relações dos dentes adjacentes, desviando-os de seu trajeto normal e acarretando em futuros problemas de espaço.<sup>5</sup>

Outro aspecto bastante importante, sobre as restaurações de dentes decíduos, diz respeito à identificação dos molares, para não serem confundidos com os premolares ou molares permanentes. Assim, pelo menos seis características poderão melhor identificar os molares decíduos, quais sejam: a cor branco-leitosa, coroas mais largas, convergência das superfícies V e L para O, a face O menor que a C, detalhes anatômicos discretos e o tubérculo de Zuckerkandl na face V. Além disso, o desgaste oclusal causado pelo tempo, a idade da criança e a cronologia de erupção dos dentes permanentes podem auxiliar na identificação dos mesmos.

Em relação às características endodônticas, frequentemente, os molares decíduos estão sujeitos a um comprometimento pulpar devido, à menor espessura e mineralização das camadas de esmalte e dentina, à projeção dos cornos pulpares e ao grande volume pulpar.<sup>17</sup> Os cornos pulpares mais altos são vulneráveis à perfuração, pela progressão da cárie ou durante a remoção de dentina cariada. No entanto, podem ser utilizados como zona de eleição ao acesso da câmara pulpar.<sup>23</sup> Neste sentido, durante as manobras técnicas de uma pulpotomia, dois aspectos importantes devem ser considerados: primeiro, não confundir o acesso à câmara pulpar com a abertura de um canal radicular, pois, abaixo dessa perfuração ou acesso existe a polpa coronária ou o local onde a mesma existia (casos de necrose pulpar); segundo, próximo à esfoliação, como o teto e o assoalho se tornam mais próximos, na região central do dente,<sup>23</sup> cuidados são necessários para não se perfurar o assoalho, com brocas, durante a remoção de dentina cariada ou do teto da câmara pulpar. Para diminuir os riscos de perfurações, recomenda-se a penetração em um corneo pulpar com a motode

A presença da rizólise também é outro aspecto que merece atenção. Nos dentes anteriores, a radiografia periapical não revela, exatamente, na face L ou P, a extensão da rizólise, sendo necessários, cuidados durante a odontometria para não se introduzir a lima, no periodonto. Em molares, recomenda-se, recuar a lima em 1mm da região apical ou limitá-la acima do plano oclusal do germe permanente ao se constatar, radiograficamente, sua presença na região de furca; assim, todo o canal poderá ser manipulado, se o germe estiver abaixo do ápice radicular.<sup>24</sup> Além disso, é importante, o conhecimento das medidas do comprimento total dos dentes decíduos, como segue: incisivos, entre 14 a 19 mm; caninos, 17,5 a 22mm; 1<sup>o</sup> M, 14 a 17mm e 2<sup>o</sup> M, 17,5 a 19,5 mm.<sup>3</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, foi evidenciado que o conhecimento

das características coronárias e radiculares dos dentes decíduos é importante, e que a reconstrução dos primeiros molares deve seguir, suas características, especiais, que os diferenciam dos premolares e molares permanentes. É essencial que alunos e clínicos, considerem estas características durante os procedimentos da operatória restauradora e endodôntica para uma melhor devolução anatômica funcional e estética.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo BF. Tratamento Restaurador das lesões de cárie. In: Toledo AO. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. São Paulo: Premier.1996.p.178-197.
2. Picosse M. Anatomia Dentária. 3ed. São Paulo: Sarvier;1979.p.26-75.
3. Finn SB. Odontología Pediátrica. 4ed. México: Interamericana .1976.p.40-62.
4. Encarnação RNJ, Guedes-Pinto AC. Morfologia dos dentes decíduos. In: Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. 5ed. São Paulo: Santos;1995.p.51-73.
5. McDonald ER, Avery RD. Odontologia Pediatrica y del adolescente. 6ed. Espanha: Mosby-Doyama.1995.p.55-60;497-98.
6. Toledo AO. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. 2ed. São Paulo: Premier.1996.p.34-38.
7. Fejerskov O, Thylstrup A. Patologia da cárie. IN: Thylstrup A . Fejerskov O Tratado de Cariologia. Rio de Janeiro. Cultura Médica.1988.p.196.
8. Machado MAMA, Telles PDS, Silva SMB. Diagnóstico de manchas do esmalte. *Re v. APCD*.2001;55(3):206-208.
9. Sicher H, Dubrul LE. Anatomia Bucal. 6ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1977. p.213-243.
10. Wittaker DK. Structural variations in the surface zone of human tooth enamel observed by scanning electron microscopy. *Arch Oral Biol*. 1982;27(5):383-92.
11. Sheykholeislam Z, Buonocore MG. Bonding of resins to phosphoric acid-etched enamel surfaces of permanent and deciduous teeth. *J Dent Res* 1972;51(6):1572-76.

Odontologia. Clín.-Científ., Recife, 8 (1): 21-28, jan/mar., 2009  
 12. Lóssio D'A JJ, Bussadori KS. Propriedades e uso dos materiais dentários. In: Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. 5ed.1995. São Paulo: Santos. p. 759.

14. Mathias SR, Kramer FP, Guedes-Pinto AC. Dentística Operatória e Restauradora. In: Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. 5ed. São Paulo: Santos.1995.p.701-743.

15. Guedes-Pinto AC, Duarte AD. Pulpoterapia Odontopediátrica In: Reabilitação Bucal Atendimento Integral. São Paulo: Santos 1999.p.107-108.

16. Bengtson GN, Guedes-Pinto AC. Avaliação da possibilidade de condutometria de molares decíduos. Rev APCD.1983;37(6):490-501.

17. Menoli VAN, Fanchin TP, Imparato, PJC. Anatomia do primeiro molar inferior decíduo. Modelo de ensino. Pesq.Bras.Odontoped.Clin.Integr. 2003;3(1):11-15.

18. Silva GR, Pécora, DJ. Anatomia Dental- Dentes permanentes. São Paulo:Santos.1998. p.32-49.

19. Silva EP, Rocha OT, Wanderley TM, Mathias RR, Bussadori KS. Escala de cor para dentes decíduos. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2004;7(36):159-66.

20. Fucks A, Eidelman E, Shapira J. Mechanical and acid pre-treatment of the prismless of primary teeth vs acid etch only: a sem study. J Dent Child.1977;44(3):222-25.

21. Duarte DA. O esmalte dos dentes decíduos responde igualmente ao esmalte dos dentes permanentes quando atacado pelo condicionamento ácido? Rev. APCD. 1997;51(3):283.

22. Garcia-Godoy F, Gwinnett AJ. Effect of etching times and acid concentration on resin shear bond strength to primary tooth enamel. Am J Dent 1992;(5):237-39.

23. Fazzi R, Corrêa PNMS. Técnica de acesso à câmara pulpar de molares decíduos: aspectos morfológicos. Rev de Odontopediatria. 1992;1(1)36-41.

24. Baroni de Carvalho R, Rocha C MJ, Vieira SR. Análise estrutural da junção amelocementária dos dentes decíduos em microscopia eletrônica de varredura. JBC.2000;4(21):46-5.

28

**Recebido para publicação em 20/09/2007**

**Enviado para reformulação em 23/11/2007**

**Aceito para publicação em 17/09/2008**