



# **SELANTES DE FOSSAS E FISSURAS**

# **QUANDO, COMO E POR QUÊ?**

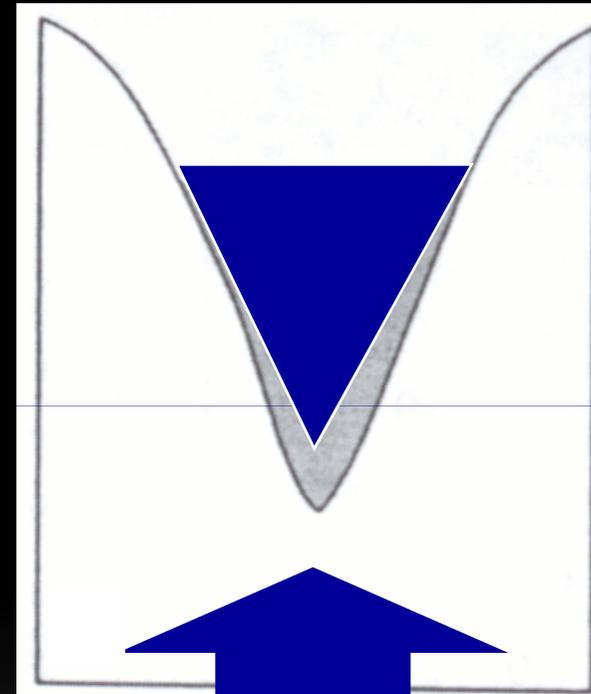
**Tutora: Tathiane Lenzi**  
**Prof. José Carlos P. Imparato**

**SELAR...**

... vedar

... obliterar

... isolar do  
meio externo



**SELANTE É:  
Barreira Física**

**Os selantes oclusais são reconhecidos como uma medida efetiva na PREVENÇÃO e principalmente, TRATAMENTO de lesões de cárie em esmalte e em dentina\*.**

**\* algumas restrições, discutidas a seguir.**

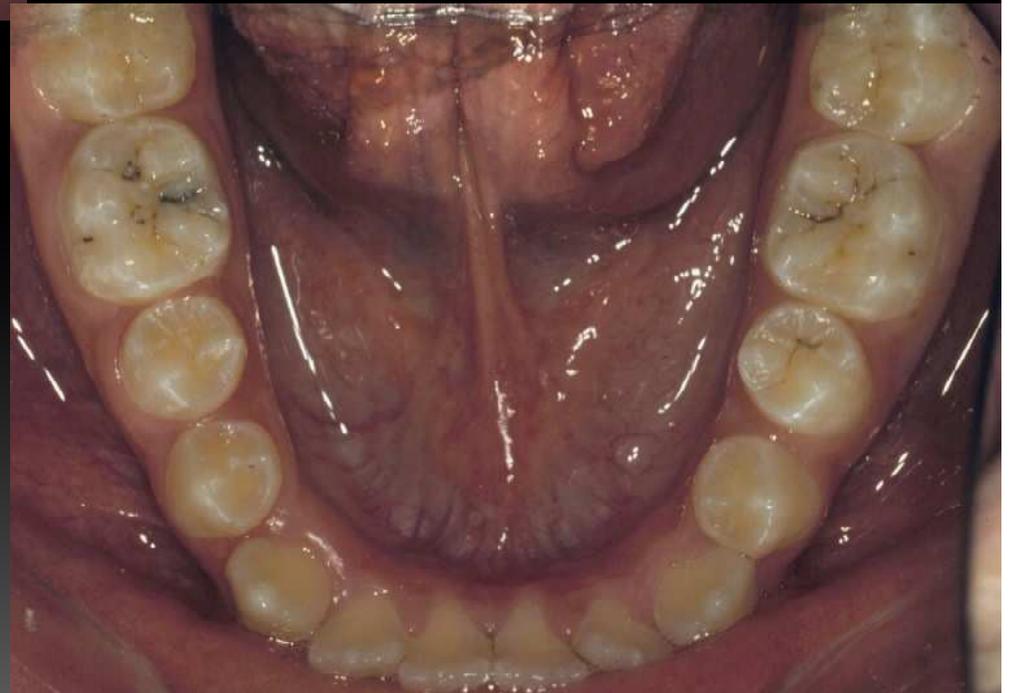


**Quando, como  
e por quê?**





**Quando, como  
e por quê?**



# Quando indicar?

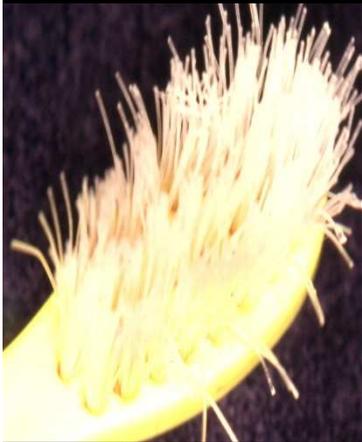
- **atividade de cárie**
- **dentes parcialmente irrompidos**
- **controle dos fatores etiológicos não for possível**
- **estado motivacional**

# Quando não indicar?

- **paciente sem atividade de cárie**
- **dentes irrompidos há mais de 2 anos**
- **controle periódico não for possível**

# IMPORTANTE!

É fundamental esclarecer que diferente do que ocorria quando os selantes foram propostos, hoje, a indicação desse material deve ser  **criteriosa**, onde profissional deve avaliar o **risco do paciente e do dente** de desenvolver lesão de cárie, o **momento oportuno** para aplicação do selante , bem como a **motivação do paciente e de seu núcleo familiar**. Um dente em irrupção sempre apresenta um risco maior de desenvolver lesões de cárie, porém, não é mandatório que todos os dentes em irrupção sejam selados.



**Além disso, se considerarmos um paciente motivado, qualquer outra técnica pode ser escolhida e funcionar, pois será feito o controle mecânico do biofilme e, sem biofilme, não haverá lesão. No entanto, com paciente e núcleo familiar desmotivados, o controle mecânico tende a não ser efetivo e os selantes passam a ser a principal opção.**

# RESUMINDO...

**O selamento de fossas e fissuras deve ser indicado nos casos de dentes em irrupção que ao exame clínico, apresentam lesões de mancha branca ativa e/ou pacientes de alto risco e que possuem história passada de cárie.**



# Que materiais utilizar?



Selantes resinosos x ionoméricos



**CIMENTO DE IONÔMERO DE VIDRO**

**DENTES EM  
irrupção**



**IMPOSSIBILIDADE  
DE ISOLAMENTO  
ABSOLUTO**



# SELAMENTO PROVISÓRIO

**CUSTO**



**Relação  
custo-  
benefício**

**INSUCESSO**



**Perda do  
material**

**RE-SELAR**



**Bom senso**

***Depois da irrupção,  
perda do selante é  
menos importante!***

*Forss e Halme, 1998*



Observem que lesão **inativou** mesmo com a perda do cimento de ionômero de vidro.



**...NÃO HÁ NECESSIDADE DE RE-SELAMENTO!**



**CIMENTO DE IONÔMERO DE VIDRO**

# **Técnica: Passo a passo**



**Aspecto clínico inicial: lesão não cavitada ativa  
(mancha branca)**



**Condicionamento da superfície oclusal com o ácido poliacrílico (líquido do civ), após profilaxia e isolamento relativo. Lavagem e secagem do agente condicionador.**



Rocha RO e Raggio DP

**Aplicação do material com espátula de inserção.**



**Qualquer tipo de cív  
pode ser usado**

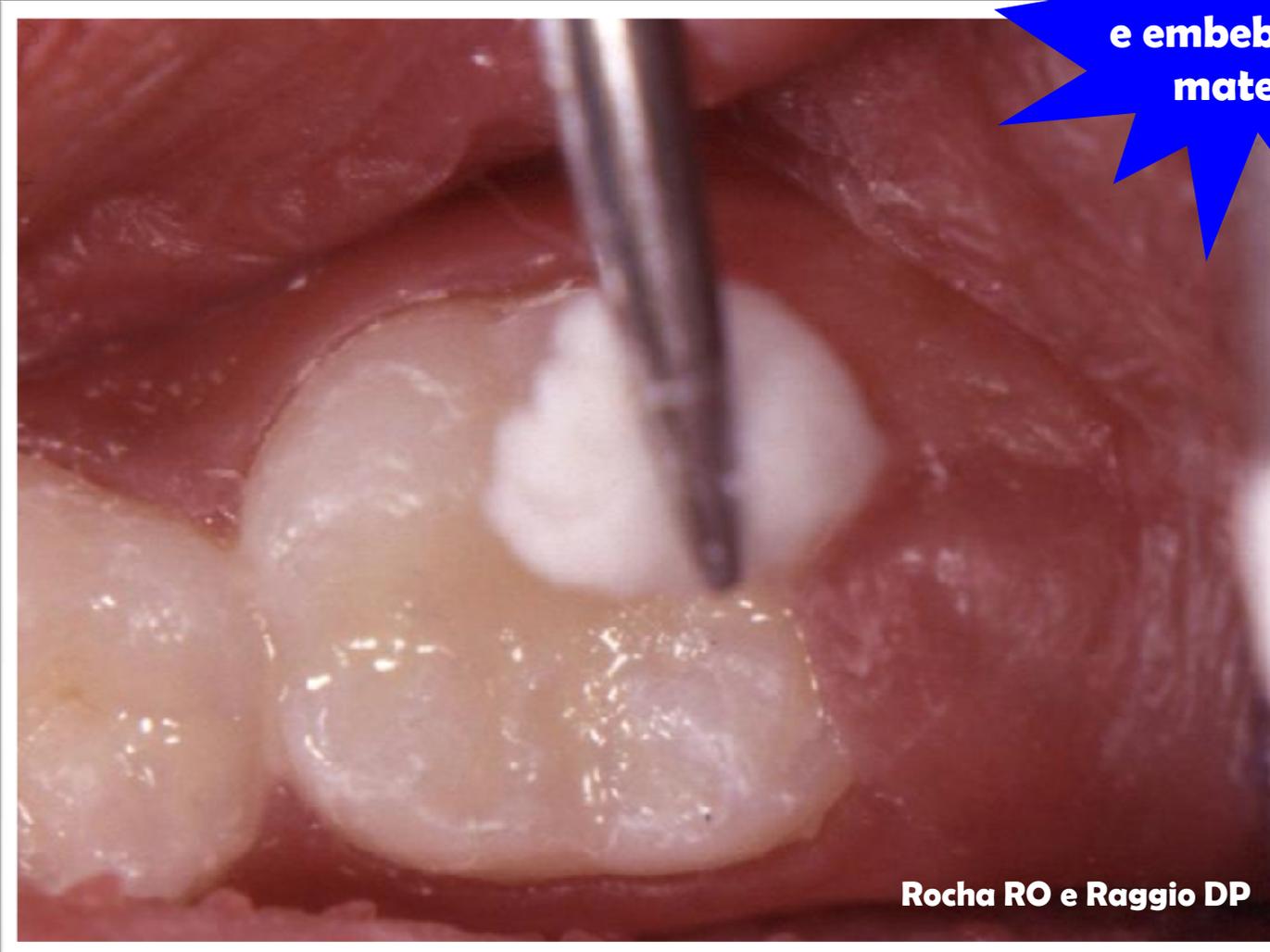
**Rocha RO e Raggio DP**

**Aspecto do material aplicado sobre a superfície oclusal.**



**Pressão digital com o dedo enluvado e vaselinado para adequada adaptação do material. Remover excessos evidentes do material.**

**Evitar sinérese  
e embebição do  
material.**



**Rocha RO e Raggio DP**

**Proteção superficial do cimento de ionômero de vidro com vernizes apropriados ou vaselina sólida.**



**Aspecto clínico final, após verificação de interferências oclusais.**

# ...E os selantes resinosos?



**LESÕES ATIVAS EM DENTES ERUPCIONADOS**

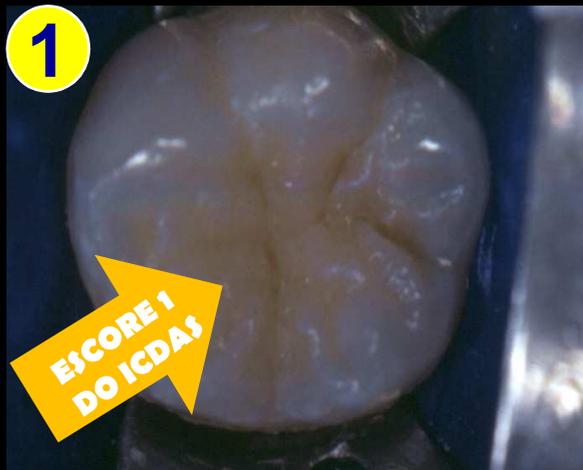


**SELANTES RESINOSOS**

# **Técnica:**

# **Passo a passo**

1. **Isolamento:** preferencialmente absoluto, com dique de borracha.
2. **Profilaxia** com escova de Robinson em baixa rotação e pedrapomes e água.
3. **Condicionamento ácido** com gel de ácido fosfórico a 35 ou 37% durante 15 segundos (criar microporosidades na superfície do esmalte, possibilitando o embricamento mecânico do material).
4. **Lavagem e secagem** pelo dobro do tempo de condicionamento ácido.
5. **Aplicação do material** com pincel, sonda exploradora ou cânula. Deixar o material escoar nas fossas e fissuras, evitando a inclusão de bolhas.
6. **Fotoativação do material** pelo tempo recomendado pelo fabricante. **IMPORTANTE:** embora existem selantes quimicamente ativados, o **FLUROSHIELD** é o selante rotineiramente usado na clínica e necessita de fotoativação.
7. **Avaliação visual e tátil** do recobrimento de todas as fossas e fissuras, bem como da integridade das margens.
8. **Avaliação de interferências oclusais.**



**Isolamento absoluto**



**Profilaxia**



**Condicionamento ácido,  
seguido de lavagem e secagem**



**Aplicação do selante  
com sonda exploradora  
e fotoativação**



**Verificação da integridade  
do selante e recobrimento  
das fossas e fissuras**



**Avaliação da presença de  
eventuais interferências  
oclusais**

# ...E quando a lesão atinge dentina?



**As evidências científicas apontam para a possibilidade de selamento de lesão de cárie em molares decíduos e permanentes envolvendo metade externa de dentina, onde ao invés de remover o tecido cariado na superfície oclusal e realizar a adesão em substrato dentinário cariado, é possível selar a lesão com adequada adesão somente em esmalte, evitando o acúmulo de biofilme e paralisando o avanço da mesma.**

Handelman et al., 1972; Mertz-Fairhurst et al., 1998; Hesse et al., 2008

# **Quando indicar?**

- **lesões oclusais que não ultrapassem metade da espessura da dentina, localizando-se radiograficamente em metade externa de dentina**
- **lesões com pequenas dimensões : abertura menor ou igual a 3 mm - isso se deve às restrições mecânicas do material utilizado (selante resinoso)**

**OBSERVAÇÃO: Não utilizar cimento de ionômero de vidro para selar lesões cavitadas em dentina!!!**



**SELAMENTO DE LESÃO EM METADE EXTERNA DE DENTINA**

**Técnica:**

**Passo a passo**

1



**Aspecto clínico inicial:  
lesão cavitada em dentina,  
apresentando pequena abertura  
(menor que 3 mm)**

2



**Aspecto radiográfico: lesão  
envolvendo metade externa de  
dentina**

3



**Isolamento absoluto e profilaxia com escova de Robinson, água e pedra-pomes**

4



**Condicionamento com ácido fosfórico por 15 segundos, seguido de lavagem por 30 segundos e secagem**

5



**Aplicação do selante resinoso com sonda exploradora e fotoativação**

6



**Verificação de interferências oclusais**

# ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E RADIOGRÁFICO



INICIAL



6 MESES

**SUCESSO CLÍNICO E RADIOGRÁFICO: integridade do selante e ausência de progressão da lesão de cárie.**

# IMPORTANTE!

- **Essa terapêutica se mostra efetiva enquanto o selante permanecer intacto na superfície, sem perda de continuidade.**
- **Portanto, é fundamental o acompanhamento clínico e radiográfico periódico e o controle dos fatores etiológicos da doença cárie, o que exige colaboração direta do paciente e seu núcleo familiar.**

# Para pensar...

**O selamento de lesões de cárie oclusais em esmalte e em dentina, com algumas restrições já mencionadas, é uma abordagem clínica efetiva e minimamente invasiva, buscando controle das lesões, preservação dos tecidos dentários e menos desconforto ao paciente.**

# Para pensar...

**O sucesso do tratamento depende do correto diagnóstico da doença e da realização adequada da técnica!**

**No entanto, de nada adianta o emprego do melhor material ou técnica, sem o controle dos fatores etiológicos da doença cárie!**

**FIM!!!**

**Agora vamos aos exercícios!!!**