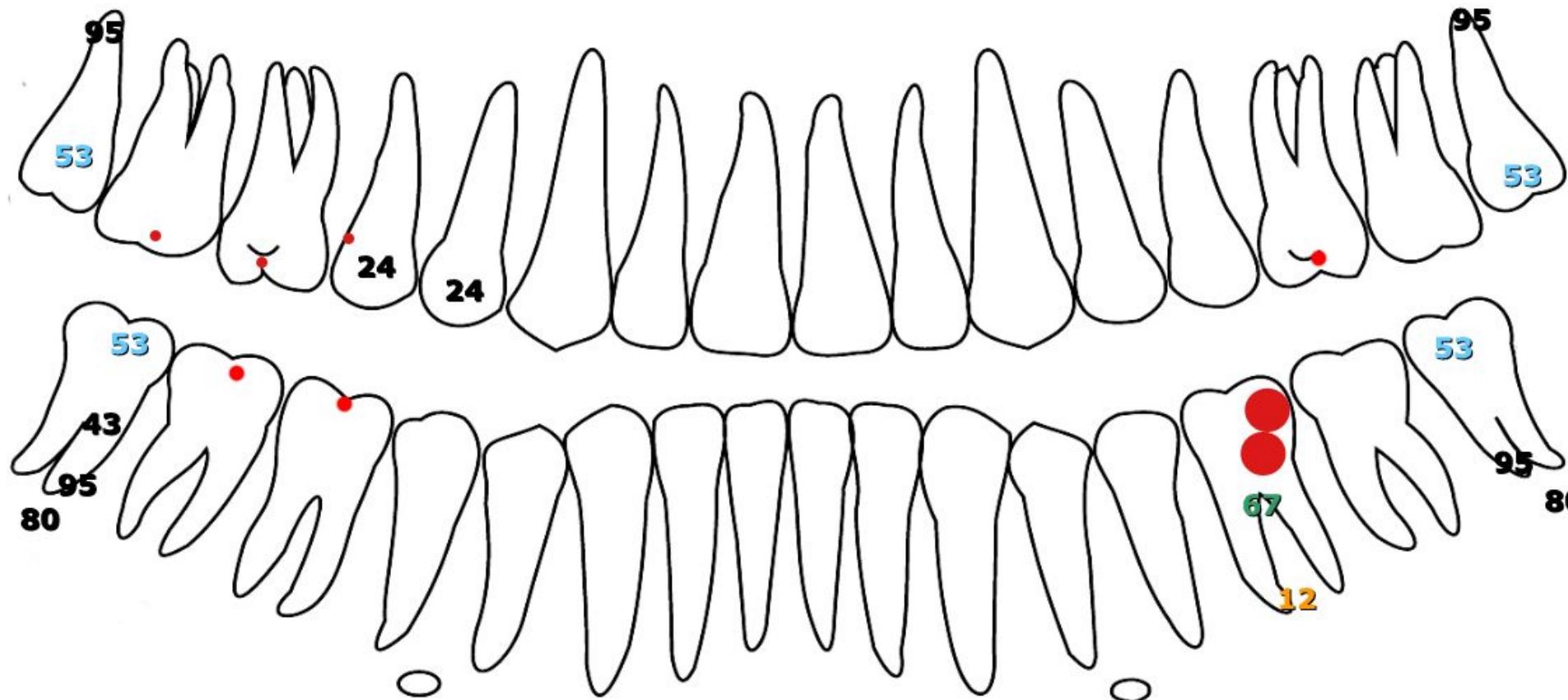


As imagens assinaladas no odontograma são compatíveis com:



- Cárie
- Cárie incipiente
- 12 Rarefação óssea periapical difusa
- 24 Aparelho ortodôntico
- 43 Dente com angulação mesial
- 53 Dente retido/impactado
- 67 Imagem radiolúcida em região de furca/sugerimos avaliação periodontal

80 Observar proximidades da raízes com o conduto mandibular

95 Rizogenese incompleta

- DENTES: 18 28 38 E 48 SUGERE-SE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARA OS DENTES RETIDOS/IMPACTADOS OU PARCIALMENTE IMPACTADOS COM O INTERESSE DE AVALIAR POSSÍVEIS REABSORÇÕES DENTÁRIAS ÓSSEAS ANQUILOSES DILACERAÇÕES RADICULARES PROXIMIDADE COM O CANAL MANDIBULAR E PROXIMIDADE COM O SEIO MAXILAR. AVALIE!
- DENTE 36: NOTE PRESENÇA DE LESÃO CARIOSA/MATERIAL RESTAURADOR/FORRAMENTO RADIOLÚCIDO EM CONTATO COM A CÂMARA PULPAR E RAREFAÇÃO ÓSSEA PERIAPICAL DIFUSA COMPATÍVEL COM ABCESSO. SUGERE-SE AVALIAÇÃO ENDODÔNTICA.
- SUGERE-SE AVALIAR CLINICAMENTE AS IMAGENS COMPATÍVEIS COM CÁRIES CÁRIES INCIPIENTES E DESMINERALIZAÇÕES DE ESMALTE. AVALIE!
- SUGERE-SE RADIOGRAFIAS INTERPROXIMAS PARA MELHOR AVALIAÇÃO DAS ADAPTAÇÕES DAS RESTAURAÇÕES/COROAS E RECIDIVAS DE CÁRIE.
- Sugerimos avaliação clínica das superfícies oclusais e sulcos vestibulares/palatinos dos molares.
- Sugere-se acompanhamento clínico-radiográfico das imagens representadas no odontograma.
- Extensão alveolar dos seios maxilares.

- Na superfície oclusal se a lesão cárie não cruzou a junção amelo-dentinária ela pode não ser visível na imagem radiográfica.
- As lesões cariosas limitadas ao esmalte podem não estar evidentes na radiografia até que aproximadamente 30% a 40% de desmineralização tenha ocorrido. Sugerimos exame clínico de todas as superfícies oclusais e proximais. Sugerimos avaliação clínica.
- Vários fenômenos morfológicos como sulcos e fissuras sobreposição de imagem burnout cervical efeito de mach band e anomalias dentárias como depressões hipoplásicas e concavidades produzidas por desgaste funcional podem ser confundidas com uma lesão cariosa ou mascarar um lesão cariosa ou outras alterações. Sugerimos avaliação clínica das superfícies dentárias.

As demais estruturas e acidentes anatômicos apresentam, do ponto de vista radiográfico, aspectos compatíveis com normalidade. Por ser o exame radiográfico complementar, indica-se avaliação clínica.

LAUDO DESCRIPTIVO:

Cárie:

- 26 (occlusal), 36 (occlusal, distal), 46 (occlusal), 47 (occlusal)

Cárie incipiente:

- 15 (distal), 16 (occlusal), 17 (occlusal)

Rarefação óssea periapical difusa:

- 36

Aparelho ortodôntico:

- 14, 15

Dente com angulação mesial:

- 48

Dente retido/impactado:

- 18, 28, 38, 48

Imagem radiolúcida em região de furca/sugerimos avaliação periodontal:

- 36

Observar proximidades da raízes com o conduto mandibular:

- 38, 48

Rizogenese incompleta:

- 18, 28, 38, 48

- DENTES: 18 28 38 E 48 SUGERE-SE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARA OS DENTES RETIDOS/IMPACTADOS OU PARCIALMENTE IMPACTADOS COM O INTERESSE DE AVALIAR POSSÍVEIS REABSORÇÕES DENTÁRIAS ÓSSEAS ANQUILOSES DILACERAÇÕES RADICULARES PROXIMIDADE COM O CANAL MANDIBULAR E PROXIMIDADE COM O SEIO MAXILAR. AVALIE!

- DENTE 36: NOTE PRESENÇA DE LESÃO CARIOSA/MATERIAL RESTAURADOR/FORRAMENTO RADIOLÚCIDO EM CONTATO COM A CÂMARA PULPAR E RAREFAÇÃO ÓSSEA PERIAPICAL DIFUSA COMPATÍVEL COM ABCESSO. SUGERE-SE AVALIAÇÃO ENDODÔNTICA.

- SUGERE-SE AVALIAR CLINICAMENTE AS IMAGENS COMPATÍVEIS COM CÁRIES CÁRIES INCIPIENTES E DESMINERALIZAÇÕES DE ESMALTE. AVALIE!

- SUGERE-SE RADIOGRAFIAS INTERPROXIMAS PARA MELHOR AVALIAÇÃO DAS ADAPTAÇÕES DAS RESTAURAÇÕES/COROAS E RECIDIVAS DE CÁRIE.

- Sugermos avaliação clínica das superfícies oclusais e sulcos vestibulares/palatinos dos molares.

- Sugere-se acompanhamento clínico-radiográfico das imagens representadas no odontograma.

- Extensão alveolar dos seios maxilares.

- Na superfície oclusal se a lesão cárie não cruzou a junção amelo-dentinária ela pode não ser visível na imagem radiográfica.

- As lesões cariosas limitadas ao esmalte podem não estar evidentes na radiografia até que aproximadamente 30% a 40% de desmineralização tenha ocorrido. Sugerimos exame clínico de todas as superfícies oclusais e proximais. Sugerimos avaliação clínica.

- Vários fenômenos morfológicos como sulcos e fissuras sobreposição de imagem burnout cervical efeito de mach band e anomalias dentárias como depressões hipoplásicas e

concavidades produzidas por desgaste funcional podem ser confundidas com uma lesão cariosa ou mascarar um lesão cariosa ou outras alterações. Sugermos avaliação clínica das superfícies dentárias.

Laudo baseado em radiografias:

Periapical



Dra. Sandra Suzuki
Radiologista IE 2263
CRO-DF 5853



Dra. Simone M. Carpanez
CRO-DF 5993 IE-2838

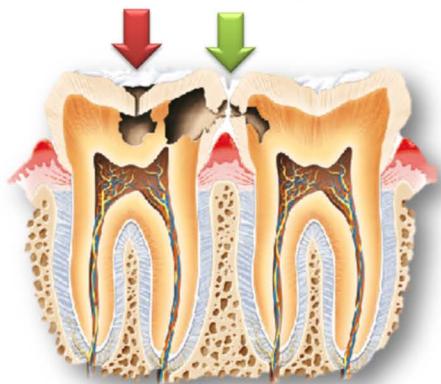
CÁRIE^{1,2,3}

Conceitos

Etimologicamente a palavra *cárie* significa *material podre*. Apresenta-se como uma doença crônica que acomete grande parte da humanidade, com certo predomínio em algumas áreas dependendo da alimentação, higienização e fatores genéticos.

A cárie é uma doença infecciosa oportunista, de caráter multifatorial, corresponde a um processo patológico de etiologia microbiana, que resulta na destruição localizada dos tecidos dentários.

Oclusal Interproximal



Importância do Diagnóstico Precoce

Deve-se ressaltar a importância do diagnóstico e tratamento precoces da cárie dentária, pois sabemos que, quanto mais desenvolvido o processo patológico, maiores serão as implicações para o lado do complexo dentinopulpal, com diminuição da resistência do remanescente dentário, exigindo para seu tratamento mais extensos preparos dentários para restaurações, tornando mais onerosos e complexos os procedimentos restauradores. Acrescentam-se, ainda, consequências nocivas para o lado do periodonto, oclusão, articulação temporomandibular (ATM), além das implicações para o organismo em geral.

Diagnóstico Radiológico

O diagnóstico de cárie dentária oculta ainda representa um dos principais desafios na clínica odontológica. A principal dificuldade no diagnóstico precoce dessas lesões se deve a sua localização, usualmente abaixo do ponto de contato, o que dificulta e/ou impede o adequado exame clínico ou quando o aspecto clínico não corresponde à extensão real da lesão. Normalmente estas lesões cariosas não são possíveis de serem detectadas clinicamente. O método comumente utilizado para o diagnóstico das lesões cariosas tem sido a radiografia interproximal (bitewings), que obtém grande sensibilidade inclusive em lesões iniciais.

1. Pasler FA, Visser H. Radiologia Odontológica: Texto e Atlas. Porto Alegre: Artmed; 2006.

2. Neville BW, Damm DD, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial 3^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

3. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patologia Bucomaxilofacial Contemporânea 2^aed. São Paulo: Santos; 2012.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VOLUMÉTRICA TRIDIMENSIONAL 1,2

Histórico e Características Clínicas

Godfrey Hounsfield é que desenvolveu esta técnica de obtenção de imagens em 1972. Na verdade os princípios físicos da tomografia computadorizada são os mesmos da radiografia convencional. Para a obtenção de imagens são utilizados os raios-x. Enquanto na radiografia convencional ou simples o feixe de raio-x é piramidal e a imagem obtida é uma imagem de projeção, na tomografia computadorizada o feixe é emitido por uma pequena fenda e tem a forma de leque.

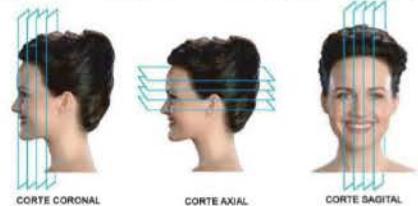
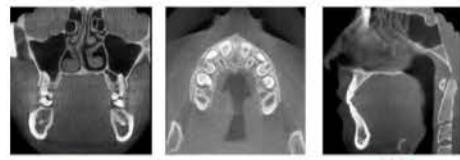
Na tomografia computadorizada o tubo de raio-x gira 360° em torno da região do corpo a ser estudada e a imagem obtida é tomográfica ou seja “fatias” da região do corpo estudada são obtidas. Em oposição ao feixe de raios-x emitidos temos um detector de fótons que gira concomitantemente ao feixe de raios-x. Como na radiografia convencional as características das imagens vão depender dos fótons absorvidos pelo objeto em estudo.

Dessa forma, os fótons emitidos dependem da espessura do objeto e da capacidade deste de absorver os raios-x. Os detectores de fótons da tomografia computadorizada transformam os fótons emitidos em sinal analógico (quanto mais Rx chega, maior é a diferença de potencial, ou voltagem que cada detector fornece ao computador) e depois digital (o computador converte os valores de voltagem, contínuos, em unidades digitais, vistas abaixo).

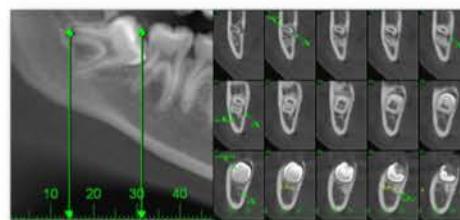
Como dito anteriormente, para a formação da imagem de tomografia computadorizada a emissão do feixe de raio-x é feita em diversas posições, posteriormente as informações obtidas são processadas utilizando uma técnica matemática chamada de projeção retrógrada, ou outras, como a transformada de Fourier.

Um tomógrafo é formado por um tubo no interior do qual há um anel no qual estão localizados em posições opostas o emissor do feixe de raio-x e os detectores, sendo que este conjunto gira 360 graus para a obtenção da imagem.

A tomografia Volumétrica Computadorizada utiliza muito menos raios-x do que uma tomografia Computadorizada Médica, dessa maneira, tornou-se viável para uso rotineiro em Odontologia, facilitando diagnósticos em todas as especialidades, entre elas podemos citar: Implantodontia, Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Endodontia, Patologia, Estomatologia, Periodontia, Ortodontia, Ortopedia, Protese, Dentística, etc...



Amplos e variados planos de visualização em apenas um exame.



Detalhes impossíveis de serem alcançados com tomografias médicas e radiografias convencionais, além de proporcionar medições precisas em todos os ângulos.



Avaliação em ângulos impossíveis por radiografias convencionais e reconstrução 3D das estruturas de interesse.

1. Freitas A, Rosa JE, Souza IF. Radiologia Odontológica 6^ªed. São Paulo: Artes Médicas; 2004.

2. Iannucci JM e Howerton LJ. Radiologia Odontológica 3^ªed. São Paulo: Santos; 2010.