

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

"DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CÁRIES PROXIMAIS"

*BEATRIZ INFORZATO RIZZARDO

IVONETE MARIA GESTEIRO MARTINS

*TRABALHO APRESENTADO AO CURSO DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA,
PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
ESPECIALISTA EM ODONTOPEDIATRIA.

- ORIENTADORA: PROFa. DRa. REGINA
PUPPIN RONTANI

PIRACICABA

1994

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	4
2- REVISTA DA LITERATURA	3
3- PROPOSIÇÃO	12
4- DISCUSSÃO	13
5- CONCLUSÃO	16
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
7- APÊNDICE	20

1- INTRODUÇÃO

As lesões de cárie proximal mostram-se de difícil diagnóstico, dada à sua localização e aos contatos adjacentes. Aliam-se à essas dificuldades a forma anatômica dessas superfícies, principalmente quando se observa os dentes decíduos e quanto à severidade da lesão^{2,10}.

Encontram-se disponíveis ao Cirurgião-Dentista como método de diagnóstico para as cáries proximais, os exames clínico visual e explorador, discutindo-se, entretanto, a necessidade previa de profilaxia e em exames "in vivo" a presença da umidade como fatores indicativos de alterações nos resultados^{3,16}.

A necessidade de se empregar técnicas não invasivas, isto é, que possam interferir com a estrutura do esmalte, como a sondagem, levou os pesquisadores a desenvolverem métodos visuais associados aos radiográficos e de transiluminação.

Tem-se questionado o emprego indiscriminado de radiografias, método mais indicado para o diagnóstico das lesões cariosas proximais, devido aos efeitos acumulativos da radiação¹³. Em vista disso, estudos comparativos têm sido feitos

entre o diagnóstico radiográfico e o de transiluminação^{8,11,13}, com o intuito de colocar este método como um possível substituto do exame radiográfico.

Devido a odontologia preventiva ter se tornado um meio muito mais racional e eficaz no tratamento da doença cárie, vários autores tem estudado a eficiência dos métodos de diagnóstico, e com quais associações destes, o diagnóstico torna-se mais confiável.

A existência da alteração tecidual acompanhada do diagnóstico real de sua severidade, tornou-se de grande importância no exercício da odontologia moderna, pois através destes, decisões de tratamento adequado devem ser tomadas^{2,5,6,10}.

Verifica-se que uma alta porcentagem de sobretratamento tem sido realizado, restaurando-se superfícies que poderiam ser tratados de maneira mais conservadora. Por outro lado, a ausência do exame radiográfico, levando-se em conta a faixa etária e a prevalência de cárie na população estudada, pode levar a uma subestimação da quantidade de cárie e ao tratamento ineficiente^{3,4,6}.

Dessa maneira o objetivo desse trabalho é discutir os vários métodos de diagnóstico e suas associações, buscando a forma mais racional e eficiente de diagnóstico lesões cariosos proximais e o tratamento adequado.

2- REVISTA DA LITERATURA

Em 1950, TRITHART e colab¹⁵., realizaram um estudo com o objetivo de comparar o número de cavidades proximais encontradas pelo exame clínico e pelo exame radiográfico interproximal. O exame clínico foi realizado através de espelho e explorador. Os autores utilizaram uma amostra de 254 escolares de 3 escolas diferentes e examinaram somente os primeiros molares permanentes. Os resultados mostraram que o exame radiográfico revelou 54,5 a 57,6% mais cavidades que o exame clínico, demonstrando que o exame dental é incompleto se não forem associados os exames clínico e radiográfico.

Muitos anos mais tarde, em 1974, VINHA e colab.¹⁶, com o objetivo de comparar a eficiência de métodos de diagnóstico da cárie proximal, quais sejam: exames clínicos, precedidos ou não de profilaxia e radiográficos, periapicais e interproximais, para dentes decíduos e permanentes nas regiões anterior e posterior. Utilizaram os autores uma amostra de 242 crianças com idades entre 4 e 10 anos. O exame clínico foi realizado com espelho e explorador nº 5 sem profilaxia; no dia seguinte, realizaram, outro exame com

prévia profilaxia e no 30 dia, os exames radiográficos, em número de 10 periapicais e 2 interproximais para cada criança. Os autores verificaram que 18,9% das superfícies cariadas não seriam identificadas sem a profilaxia e secagem prévias ao exame. Individualizando-se as regiões, os autores observaram que o exame periapical foi superior ao clínico precedido de profilaxia para a região anterior, de decíduos e permanentes, atribuindo esse acréscimo às cáries incipientes localizadas nas proximais desses dentes. Para os dentes posteriores o exame radiográfico interproximal foi superior aos demais, detectando 29,48% a mais de superfícies cariadas.

MURRAY & MAJID⁷ (1978) com o objetivo de avaliar a progressão de cáries proximais na dentição decídua, examinaram 301 crianças com 5 anos de idade através de exame clínico feito a cada 6 meses e radiográfico anualmente, durante o período de 2 anos. Os autores observaram que 68% das cáries foram diagnosticadas por radiografias interproximais somente e apenas 31% foram detectadas em ambos os exames: clínico e radiográfico. No 1º exame, por volta de 54% das lesões de cárie foram diagnosticadas somente por exame radiográfico, e após 2 anos 30%; e 423 novas lesões proximais foram diagnosticadas durante os 2 anos de estudo. Dessas, por volta de 78% foram detectadas apenas radiograficamente e apenas 22% por ambos os exames.

Os autores concluíram que se não radiografados os molares decíduos de crianças na faixa etária entre 5 a 7 anos, aproximadamente 1/3 das lesões de cáries não seriam detectadas.

Observaram ainda que, 90% das lesões diagnosticadas como somente de esmalte, após um ano progrediram até a dentina. Os resultados dessa pesquisa confirmaram que as radiografias interproximais são essenciais para o diagnóstico precoce de cáries proximais na dentição decídua.

No ano seguinte, 1979, GRÖNDAHL⁶ considerou ser um risco tratar-se clinicamente todas as proximais que apresentassem somente registros radiográficos de lesão, sem a prévia avaliação clínica da extensão da área radiolúcida, principalmente em populações que registrassem baixa prevalência de cárie. Mostrou em seus estudos que lesões de superfície eram revelados pelo exame radiográfico sem porém clinicamente haver qualquer tipo de descontinuidade do esmalte dentário. Por outro lado quando se deparou com áreas radiolúcidas proximais estendendo-se à dentina, constatou que a probabilidade de associações com uma cavidade clínica aumentava. Dessa maneira o autor concluiu como um tratamento positivo aquele baseado no diagnóstico radiográfico em concordância com a presença da cavidade clínica; sempre com especial atenção à prevalência de cárie na população estudada.

STAFNE¹², em 1982, destaca a utilidade do exame radiográfico no diagnóstico de cárie, reafirmando que certa porcentagem de cáries não seriam detectadas se não o fosse através das radiografias. Entretanto, por si só, o diagnóstico radiográfico da cárie não pode ser considerado definitivo pois relata o autor que cáries incipientes em superfícies V e L não são facilmente evidenciadas através do exame radiográfico, observando que maior

exatidão na pesquisa de cáries incipientes é conseguida associando-o ao exame clínico.

No mesmo ano, 1982, BILLE & THILSTRUP² com o objetivo de descrever observações de alterações teciduais de cáries proximais em relação aos achados radiográficos correspondentes, realizaram um estudo com crianças de 8 a 15 anos, as quais foram submetidas a exames clínicos e radiográficos. Durante esses exames 158 lesões cariosas foram tratadas. A decisão de tratamento baseou-se 60% somente em registros radiográficos, 24% na combinação dos registros clínicos e radiográficos e 16% na aparência clínica da lesão. Das 158 lesões restauradas, 66% não apresentavam cavitação macroscópica; somente 20% radioluscências da junção amelodentinária e 50% das radioluscências em dentina mostravam cavitação; as quais estavam restritas somente ao esmalte. Desta maneira os autores demonstraram que as alterações clínicas teciduais estavam pobremente correlacionadas com os critérios radiográficos, não revelando os achados radiográficos a severidade das lesões.

ESPELID & TVEIT⁵ em 1986 avaliaram as relações entre os exames clínicos e radiográfico na detecção de cáries proximais. O estudo feito pelos autores teve como objetivo além da comparação da eficiência dos métodos, avaliar a validade do método radiográfico para detectar lesão de cárie proximal de diferentes severidades. Assim observou-se durante o estudo radiográfico em pré molares extraídos que lesões sem cavitação haviam sido classificadas como sadias em 61,3%, enquanto as lesões com cavitação tiveram um incremento de 89,1%; além disso superfícies sadias foram

erroneamente classificadas de cariadas em 15,7% dos casos. Por outro lado, os autores confirmaram que freqüentemente o diagnóstico radiográfico subestima a verdadeira profundidade da lesão e que outros dados como, história do paciente, teste bacteriológico e de saliva devem ser levados em consideração para definitiva decisão de tratamento.

Em 1987, STEPHEN et colab¹³, preocupado com os efeitos acumulativos da radiação, realizaram um estudo comparativo os métodos de diagnósticos de cárie, obtidos através de exames clínico e radiográfico e o realizado pelas fibras óticas de transiluminação. Foram examinadas 3003 crianças de 13 a 14 anos durante um período de 3 anos, as quais foram acompanhadas anualmente. Os exames clínicos e radiográficos foram executados separadamente aos de transiluminação. Comparando os achados clínicos com os da transiluminação detectaram um adicional de 64% nas lesões interproximais para os dentes anteriores e 92% para os posteriores. Quando os dados obtidos através da transiluminação foram comparados com os achados radiográficos para as mais de 52000 faces proximais examinadas; a transiluminação somente pode detectar 17% das lesões radiográficas de grau 2 e 48% das lesões radiográficas de grau 3. Através desses achados os autores concordaram ser um tanto quanto prematuro achar que a transiluminação possa ser um substituto às radiográficas interproximais nos diagnósticos de cáries interproximais.

OBRY-MUSSET e colab⁸ (1988) em pesquisa epidemiológica de cáries proximais, compararam os diagnósticos obtidos através de

exames radiográficos e transiluminação. Observaram que em cáries proximais que alcançavam a dentina a transiluminação detectava 89% das lesões observadas radiograficamente. Entretanto quando as lesões estavam restritas ao esmalte observaram um decréscimo; e somente 45% das lesões identificadas radiograficamente foram registradas pela transiluminação. Quando o diagnóstico se restringia aos dentes decíduos a amostra apresentou uma perfeita concordância, atribuída à translucência do esmalte e ao fácil acesso visual. Em dentes bandados a transiluminação também mostrou-se como uma alternativa de diagnóstico devido a impossibilidade de ser realizado o exame radiográfico. Entretanto o método da transiluminação segundo os autores não é conveniente para triagens epidemiológicas de cáries confinadas ao esmalte. Com o objetivo de comparar as radiografias interproximais e a transiluminação como adjuvante de identificação clínica de cáries proximais em dentes posteriores, SIDI & NAILOR¹¹, realizaram em 1988 um estudo no qual os métodos comparados tiveram uma concordância de 74% e 30% quando a transiluminação era usada na face vestibular e lingual; respectivamente. Por outro lado, constatou-se que a transiluminação promovia informações adicionais para o exame clínico e muitas vezes identificava lesões não visíveis nas radiografias interproximais, principalmente as lesões de esmalte e mancha branca. Concluindo os autores consideraram que a transiluminação não é um substituto das radiografias interproximais, entretanto acreditam que esta seja um coadjuvante vantajoso para o exame clínico. No livro Tratado de Cariologia, THYLSTRUP & FEJERKOV¹⁴, 1988, avaliam a realização de

restaurações precoces de lesões proximais em 56% dos casos, pois essas lesões apresentavam-se em estágio de pré-cavitação. Os autores analisando estudos relativos à progressão da cárie nas faces proximais, constatavam ser estas de progressão lenta e grande número dessas permaneciam inalteradas por longos períodos de tempo. Comparando-se as lesões proximais de indivíduos submetidos à fluoroterapia, com os não submetidos, verificaram que os primeiros apresentam velocidade de progressão das lesões muito menor. Concluindo que as lesões de cárie interproximais, mesmo detectadas radiograficamente, podem se transformar em lesões inativas ou paralisadas. Descrevendo as características das cáries proximais, BARATIERI e colab¹, 1989, relacionaram o seu início localizando-a abaixo da área ou ponto de contato, e a sua detecção através do exame radiográfico quando de sua progressão à dentina. Inicialmente, manifestando-se clinicamente como uma mancha branca opaca e nesse estágio, imperceptível ao exame radiográfico. Ao invadir a dentina, propaga-se como dois cones superpostos àpice contra base no limite amelo-dentinário, cuja aparência histológica e clínica é maior que a radiográfica.

De VRIES e colab³ em 1990, com o objetivo de avaliar o uso de radiografias em estudos de incidência de cárie, visto com que o uso somente de exame clínico, há substancial perda de informações, enquanto que a radiografia permite a reavaliação do caso, os autores examinaram 317 crianças de 14 anos. Para avaliar o grau de concordância para ambos os métodos, determinaram valores de sensibilidade e predição negativa, ao mesmo tempo em que

reavaliaram os dados anteriormente publicado para as crianças de 8 a 12 anos de idade. Os autores concluíram que a omissão do exame radiográfico poderá não resultar em perda substancial de informações quando se examina crianças de faixa etária abaixo de 12 anos , mas acima dessa faixa, é aconselhável a inclusão do diagnóstico radiográfico para superfícies proximais.

Para DOWNER & WORTHINGTON⁴, 1992, o emprego sistemático de radiografias interproximais em avaliação de cárie das superfícies proximais deve ser pesquisado. Em estudo realizado pelos autores, envolvendo agentes ativos de controle à cárie, as radiografias não aumentavam significativamente a distinção entre grupos experimental e controle, podendo o custo efetivo destes experimentos ser diminuído. Entretanto deve-se levar em conta que mais lesões de dentina foram corretamente identificadas nas superfícies proximais por radiografias do que pelo exame visual somente. Portanto, quando se realiza pesquisa de cárie, deve-se levar em consideração o agente que se está estudando, a faixa etária e a prevalência da doença na população, para justificar a tomada radiográfica.

PITTS & RUNMER¹⁰ (1992), com o objetivo de fazer uma comparação "in vivo" de radiografias e exame clínico das faces proximais de dentes permanentes e decíduos, examinaram 211 crianças entre 5 e 15 anos. Essa comparação foi feita observando-se 1468 superfícies proximais de dentes permanentes e 756 de dentes decíduos posteriores através de radiografias interproximais e exame clínico visual após separação dos dentes por uma semana, com elástico. Os resultados encontrados para os dentes permanentes

foram 0,0% de radioluscência da metade externa do esmalte; 10,5% da metade interna do esmalte; 40,9% estendendo-se para a metade externa da dentina e 100% estendendo-se para a metade interna da dentina, foram consideradas clinicamente cavitadas. Resultados análogos para dentição decídua foram de 2,0%; 2,9%; 28,3% e 95,5%, respectivamente de radioluscência aparecem como cavidades. Maior número de radioluscência proximal e lesões de cáries foram achadas nas faces que inicialmente estavam em contato anatômico normal, quando comparadas com aquelas que não tinham contato. Os autores concluíram que as diferenças encontradas entre as dentições decídua e permanente, e de progressão da doença cárie, deve-se ao esmalte mais estreito e à face de contato da dentição decídua, ser plana.

PEREIRA⁹ em 1993, em sua tese comparou a eficiência e confiabilidade entre os exames clínicos com luz natural, exames clínico realizado com luz artificial e radiografias interproximais nos dentes posteriores e o uso da transiluminação nos dentes anteriores. Os resultados desse estudo evidenciaram que o exame radiográfico e transiluminação aumentou as médias do CPOS em 35,7% para o exame clínico com luz natural e em 15,0% para o exame clínico com luz artificial. Para essa pesquisa foram utilizados 121 escolares na idade de 12 anos, da cidade de Piracicaba.

3- PROPOSIÇÃO

A proposta desse trabalho, baseado na literatura foi discutir qual o método de diagnóstico mostrava ser mais eficiente na evidenciação de cáries proximais, sem contudo esquecer o grau de severidade da lesão e a prevalência desta na população, tão importante na decisão de tratamento.

4- DISCUSSÃO

O interesse em comparar os resultados de exame clínico e radiográfico, no diagnóstico de lesões de cárie proximais tem sido de grande importância.

Em 1950, TRITHART e colab¹⁵, já haviam demonstrado que radiografias interproximais acresciam o porcentual de cáries observadas clinicamente, confirmado por VINHA¹⁶ em seu estudo em 1974.

No entanto, o exame radiográfico segundo STAFNE¹² (1982) não é definitivo no diagnóstico, já que cáries nas faces vestibular e lingual não são evidenciadas pelas radiografias, confirmando dessa maneira que, o exame clínico é incompleto se não associado ao exame radiográfico.

Comparações também foram feitas entre os exames radiográficos e o exame clínico de transiluminação, devido à preocupação com os acúmulos de radiação, com o intuito desse último método ser o possível substituto das radiografias interproximais.

STEPHEN e colab¹³ (1987) e SID & NAYLOR¹¹ (1988) demonstraram, que a transiluminação pode ser um adjuvante importante do exame

clínico, sem conseguir ser um substituto à altura, comparando-se ao exame radiográfico interproximal.

Em trabalho realizado com o objetivo de observar a concordância entre os exames clínicos (visual e à sondagem) e radiográficos interproximal, foi feito um estudo piloto pela área de odontopediatria e alunos da especialização. Utilizamos uma amostra piloto de 10 crianças com média de idade de 10 anos, onde foram examinados 178 superfícies proximais ao exame clínico visual, 170 à sondagem, 160 ao raio x e 132 à transiluminação, ver apêndice pg. 20.

Pudemos observar que quando a superfície do esmalte se apresentava hígida, houve concordância entre todos os métodos em grande percentual: 80% entre Radiografia e transiluminação; 74,5% entre Radiografias e exame clínico visual; 82,19% entre Radiografia e exame clínico com sonda; 90,7% entre o exame clínico com sonda e o visual. Entretanto, ao observarmos cáries profundas envolvendo dentina até a sua porção mais profunda, isto é, mais que a metade, constatamos uma queda percentual, ao redor de 33%, associado à dificuldade de diagnóstico visual. Concordamos com DE VRIES¹, que observou que em faixas etárias inferiores a 12 anos e com baixa prevalência de cáries, há maior concordância entre os métodos e que nessa faixa de idade e acima desta, a Radiografia interproximal é indispensável para um correto diagnóstico. Mas, MURRAY & MAJID⁷, diz em seu trabalho que na idade entre 5 a 7 anos, aproximadamente 1/3 das lesões não são detectadas sem Radiografia interproximal, e que as cáries consideradas de esmalte, após 1 ano progrediram até a

dentina, na dentição decídua.

Os tratamentos podem tomar caminhos diversos, quando se fala em dentição decídua e permanente, pois a anatomia dental e a progressão de cáries são diferentes. O esmalte mais estreito e uma face de contato mais plana nos dentes decíduos provocam uma progressão mais rápida da lesão de cárie em direção à dentina, PITTS & RUNMER¹⁰.

Em relação ao tratamento de lesões de esmalte, que poderiam ser tratadas preventivamente, GRONDHAL⁶ de 1977, acreditar ser um risco que qualquer registro de alteração radiográfico deva ser tratado clinicamente, sem se fazer um exame clínico para se certificar da exata dimensão da alteração da superfície do esmalte.

Já THYLSTRUP & FEJERSKOV¹⁴ no livro "Tratado de Cariologia" mostra que muitas cáries proximais em que o paciente é submetido à fluoroterapia, a velocidade de progressão da cárie é muito menor e que muitas vezes elas podem se tornar inativas ou paralizadas.

Por isso, autores como GRONDHAL⁶ (1979), BILLE & THILSTRUP² (1982), ESPELID & TUEIT⁵ (1986) confirmaram em seus estudos que a decisão de tratamento deve ser tomada quando os resultados do exame radiográfico coincidem com a presença da cavidade clínica.

5- CONCLUSÃO

Como foi citado em todos os trabalhos pesquisados, a radiografia interproximal é um importante método de diagnóstico da lesão de cárie, sem contudo mostrar o real grau de severidade das lesões, tão importante hoje na Odontologia Preventiva. Na decisão do tratamento a ser aplicado deve-se levar em conta a coincidência dos resultados clínicos e radiográficos, para o emprego de terapias invasivas, levando-se em conta a severidade das lesões a prevalência da doença, a faixa etária, a dieta alimentar e a cooperação do paciente.

Portanto, a sua associação com os exames clínicos (visual e transiluminação), tem demonstrado ser o mais eficiente para a decisão correta de tratamento.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BARATIERI, L.N.; ANDRADA; M.A.C.; MONTEIRO JR, S; CARDOSO, A.C.; POLIDORO, J.S.; ANDRADA, R.C.; BRANDEBURGO, P.C.; LINS, J.R.S; ANDRADE, C.A.; Preparo e Restauração. Tipo Túnel. IN: Dentística, Procedimentos Preventivos e Restauradores. Santos, Rio de Janeiro, p.295-312, 1989.
- 2- BILLE, J; THYISTRUP, A. Radiographic Diagnoses and Clinical Tissue changes in Relation to treatment of approximal Caries lesion. Caries Res. 16 (1): 1-11, 1982.
- 3- DE VRIES, H.C. Radiographic versus clinical diagnosis os of approximal carious lesions. Caries Res., 24(5):364-70, 1990.
- 4- DOWNER, M.C.; WORTHINGTON, H.V. The status of bite-wing radiographs in enchancing discriminatory ability in Caries prophylactic clinical trials. Caries Res, 26:195-200, 1992.

- 5- ESPELID; TUEIT, A. Clinical and radiographic assesment of approximal caries lesions. Acta Odontológica Scandinavica; 44(1):31-7, FEB, 1986.
- 6- GRÖNDAHL, H.G. Radiographic Caries diagnoses and treatment decisions. Swedish Dental Journal, 3(4):109-17, 1979.
- 7- MURRAY, J, J; MAJID, Z.A. The prevalence and progression of approximal caries in deciduous dentition in British children. Brit. Dent J, 145(6):161-4, 1978.
- 8- OBRY-MUSSET, A.M., CAHEN, P.M.; TURLLOT, J.C.; FRANK, R.M. Approximal Caries diagnoses in epidemilogicol studies: Transillumination or Bite-wing radiographs?. J. Biol Bucall. 16(1):13-7, 1988.
- 9- PEREIRA, A., C. Estudo comparativo de diferentes métodos de exame, utilizados em odontologia, para o diagnóstico da cárie dentária. (Tese-Mestrado). Faculdade de Saúde Pública - USP - São Paulo, 63p., 1993.
- 10- PITTS, N.B.; RUMNER, P. A. An in vivo comparison of radiographic and directly assessed caries status of posterior approximal surfaces in primary an permanent teeth. Caries Res. 26:146-152, 1992.

- 11- SIDI, A.D.; NAYLOR, M.N. A comparison of bitewing radiographic and interdental transillumination as adjuncts to the clinical identification of approximal caries in posterior teeth. British Dent J., 164(1):15-21, 1988.
- 12- STAFNE, E.C. Cáries Dentárias. In: STAFNE, E.C. Diagnóstico Radiográfico Bucal. 4^o ed. Rio de Janeiro: Interamericana Ltda, 1982. cap.6, p.67-9.
- 13- STEPHEN, K.W.; RUSSEL, J.I; CREDNOR, S.L. Comparison of fibre optic transillumination with clinical and radiographic caries diagnosis. Community Dentistry Oral Epidemiology, 15(2):90-4, 1987.
- 14- THYLSTRUP & FEJERSKOV, O. Tratado de Cariologia, 1^o ed. Rio de Janeiro, Cultura Médica edit, 388p., 1988.
- 15- TRITHART, A.H. & DONNELLY, C.J. A comparative study of approximal cavities found by clinical and roentgenographic examinations. J. Am. dent.Ass, 40(1): 33-7, 1950.
- 16- VINHA, D., RIBEIRO, V.M., NUNES, L.J., ISSAO, M. A detecção de cáries por diferentes métodos clínicos e radiográficos. Parte I- Eficiência dos Métodos. REVTA Fac. Odont., Rib. Preto, 11(1):47-56, 1974.

7- APÊNDICE

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA

NO DE CRIANÇAS 10	IDADE (MÉDIA) 10 a
----------------------	-----------------------

Frequência de scores em relação ao tipo de exame, para as superfícies proximais mesial e distal.

SCORES	EXAME VISUAL	EXAME SONDA	RX	TRANSILUMINAÇÃO
0	161	146	125	119
1	0,1	0,1	0,2	0,3
2	0	-	-	-
3	0,2	0,6	0,1	0,2
4	0,3	0,9	-	0,1
5	0,7	0,5	-	-
6	0,4	0,3	0,1	0,1
TOTAL OBSERVADO	178	170	160 [†]	132 ^{**}

* Total de Rx examinados.

** 3 crianças não foram examinadas.