

CADERNO DO DENTISTA



JASIEL OLIVEIRA

**3° Revisão
2018**



[jasiel.oliveira.7](https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7)



[jayoliveira80](https://www.instagram.com/jayoliveira80)

COI – CLÍNICA INTEGRADA

Esta apostila surgiu a partir de meu caderno, com o objetivo EXCLUSIVO de uso pessoal. O conteúdo desse trabalho é resultado de aprendizados e conteúdo de aula. O conteúdo não é próprio do autor. Não tem um fim comercial. VENDA PROIBIDA.

Olá, vou me sentir prestigiado em saber que você está usando esse material. Me segue nas redes sociais!



JASIEL DE OLIVEIRA



<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>



<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>



11 9 7495-1083

Venda proibida

Sedação consciente – BEZODIAZEPÍNICOS

<p>Indicação: Ansiedade aguda não controlada. Taquicardia Intervenções invasivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drenagem de abscesso • Exodontia complexas • Cir. periradiculares • Cir. implantodônticas <p>Doenças cardiovasculares Asma brônquica Convulsões controladas Após trauma Hipertensos Diabéticos</p> <p>Efeitos Sonolência Depressão respiratória</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar metade na dose inicial <p>Amnésia retrograda Diminui o fluxo salivar Relaxamento da musculatura Efeitos paradoxais Receita azul controlada</p>	<p>Precauções Insuficiência respiratória, bronquite crônica Insuficiência hepática ou renal Gravidez e lactação, mulher no período fértil (interaje c/contraceptivos) Insuficiência cardíaca congestiva Pac que faz uso de fármacos que deprimem o SNC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anti histamínicos, Analgésicos de ação central, Antidepressivos, Barbitúricos (hipnóticos) <p>Causa dependência Não ingerir bebidas alcoólicas; cuidado com a interação com antimicótico, e antibióticos macrolídeos (claritromicina/eritromicina)</p> <p>Contraindicação Gestantes 1º e 3º trimestre Insuficiência respiratória grave Apneia do sono Dependentes de drogas do SNC (ex.: Etilistas) Portadores de glaucoma de ângulo estreito Portadores de miastenia grave Crianças com comprometimento físico ou mental severo História de hipersensibilidade aos benzodiazepínicos Glaucoma ou miastenia.</p> <p>Opção fitoterápica: Valeriana officinalis 50mg (200mg antes do atendim)</p> <p>Recomendação: Oferecer o medicamento na clínica, para evitar que o paciente se torne dependente.</p>	<p>Posologia Midazolam 15mg (7,5mg é mais seguro) – 30 min antes (efeito 1-3hs) Alprazolam(Frontal) – 45-60 min antes Diazepam 5-10mg (Valium) – 60 min antes (12-24hs de efeito) Lorazepam – 2 h antes (efeito 2-3hs) Clonazepam (Rivotril) – 1 hora antes</p> <p>Uso interno MIDAZOLAM 7,5mg (DURMONID) _____ 1 comprimido Tomar por via oral 1 comprimido, em dose única, 30 minutos antes do procedimento. Obs.: PAC não pode dirigir, nem operar máquina e deve vir acompanhado ao consultório. Efeito de curta duração, dá muito sono, hipnótico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar metade na dose inicial <p>Uso interno (Idosos) LORAZEPAM 1mg (LORAX) _____ 1 comprimido Tomar por via oral 1 comprimido, em dose única, 2 horas antes do procedimento. Obs.: PAC não pode dirigir, nem operar máquina e deve vir acompanhado ao consultório Não recomendado para criança. Efeito de ação intermediária</p>
--	---	---

TABELA DE ANESTÉSICOS

Anestésico	Vasoconstritor	Conc	Tempo Anestésico		Tempo de Latência	DMR Mg	Dose max. Absoluto	Risco	Indicação
			Infiltrativa	Bloqueio					
Lidocaína	Sem Vaso	3%	5 - 10 min	Sem indicação	2 - 3 min	4,4	300mg	Risco B – Gestantes	Mais apropriada para gestantes. Adrenalina 1:100.000 até 2 tubetes. Ideal atender só no 2º trimestre Melhor em crianças
	Adrenalina 1:50.000	2%	40-60 min	120-150 min	2 - 3 min	4,4	300mg		
	Adrenalina 1:100.000	2%	40-60 min	120-150 min	2 - 3 min	4,4	300mg		
Mepivacaína	Sem Vaso	3%	20 min	40 min	1,5 - 2 min	4,4	300mg	RISCO C - Gestantes/Problemas Hepático no feto/ Etilícos	Melhor indicação para cirurgias, tecidos infecionados. Sem vaso é a 2ª opção depois da lidocaína. Sem vaso para anêmicos. Menos vasodilatadora.
	Adrenalina 1:50.000	2%	40-60 min	120-150 min	1,5 - 2 min	4,4	300mg		
	Adrenalina 1:100.000	2%	40-60 min	120-150 min	1,5 - 2 min	4,4	300mg		
	Adrenalina 1:200.000	2%	40-60 min	120-150 min	1,5 - 2 min	4,4	300mg		
Prilocaina	Feliprissina 0,03 UI/ml	3%	>30min	>60 min	2 - 4 min	6 mg	400mg	Contraí útero (gestante)/ Aumenta Metehemoglobina/hipóxia/anêmicos. Usuário paracetamol	Asmático / Usuários de drogas ilícitas/ Pac não compensado / urgência na clínica / alérgicos a sulfito/Diabéticos
Articaína	Adrenalina 1:100.000	4%	100-150 min	5h - 6h	2 - 3 min	7 mg	500mg	Pac. Alerg. Éteres, enxofre e aumenta metahemoglobina. Não usar em grávidas. Parestesia. Crianças <4 anos.	Adu/idoso/ Pac Disf. Hepática
	Adrenalina 1:200.000	4%	100-150 min	5h - 6h	2 - 3 min	7 mg	500mg		
Bupivacaína	Adrenalina 1:200.000	0,5%	4h	12h	6 - 10 min	1,3	90mg	Crianças, def. mental	Cirur. Longa

<p>Adrenalina = Epinefrina 1:100.000 (padrão)</p> <p>Contra-indicações</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensos Grau II 2. Hist. Infar Agudo miocárdio 3. Período < 6 após AVE 4. Cirur. Recente ponte Artéria Coronária/Stents 5. Angina no peito instável 6. Certos tipos de arritmias 7. Insuf. Cardíaca não tratada ou não controlada 8. Hipertireodismo não controlado 9. História de alergia a sulfitos (asmáticos) 10. Usuários contínuos de anfetaminas 11. Feocromocitoma 12. Usuários de drogas ilícitas + diabéticos+glaucoma <p style="background-color: #e0ffe0; padding: 2px;">Sinais da Super dosagem de anestésico:</p> <p>Agitação (excitabilidade seguido de depressão do SNC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convulsão - Parada respiratória - Parada cardíaca 	<p style="text-align: center;">Noradrenalina = Noradrenina</p> <p>Contra-indicações Aumenta o risco de necrose em áreas pouco vascularizadas, exemplo no palato.</p> <p style="text-align: center;">Fenilefrina</p> <p>Contra-indicações Muito concentrada</p> <p style="text-align: center;">Levonordefrina = corbadrina</p> <p style="text-align: center;">2ª Opção à adrenalina</p> <p style="text-align: center;">Feliprissina (ñ adrenérgico)</p> <p>Contra-indicações Gestantes. Risco de contração do útero, por causa do Sal anestésico</p>
---	---

CÁLCULO DE TUBETES

DMR x peso : Concentração (%) x 10 = X tubetes

1,8

DOSE MÁXIMA ABSOLUTA: 90mg
PESO MÁXIMO 70kg

Reduzir a dose: Paciente com insuficiência hepática, Hepatite A,B,C,D,E, Gestantes, Insuficiência cardíaca-congestiva, doença cardíaca isquêmica, arritmias cardíacas.

Grau 1: PA > 14/90 - Até 2 Tubetes de Adrenalina 1:100.000 ou 5 tubetes de Feliprissina. Ex. Pac Hipertenso, aplicou 2 desses, ainda não deu, pode usar felipresina (máximo 3 tubetes), podendo misturar. Não tem? Usar Mepivacaína sem vaso. Sempre que for hipertenso, usar 1:200.000 é melhor.

Grau 2: PA>16:10 Não atender, encaminhar ao Médico.

Asmático: Não usar Adrenérgico por causa do Antioxidante Metabissulfito

Componentes do Tubete de anestésico

Sal Anestésico: Sempre vai ter

Vasoconstritor: Usar sempre que possível, vantagens:

- Aumenta o tempo da anestesia
- Melhora a qualidade da anestesia
- diminui o sangramento
- Deixa o anestésico cair aos poucos na corrente sanguínea, tornando menos agressivo para o fígado, menor toxicidade.

Antioxidante:

Antioxidante usado nos vasoconstritores Bissulfito de sódio : Auto índice de reação alérgicas, principalmente para asmáticos, pessoas que tem alergia a torta de maçã é por causa do bissulfito, usado para não escurecer as frutas.

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

ANALGÉSICOS DE AÇÃO PERIFÉRICA

<p>Indicações</p> <p>Procedimentos pouco invasivos - Se houver dor</p> <ul style="list-style-type: none"> Pouco invasivo Exodontia simples Cirurgia tecido mole Sensibilidades Raspagem sub <p>Procedimento complexos – Tem dor</p> <ul style="list-style-type: none"> 3° molar Cirurg. Periodontal Implantes <p>Dose PREEMPTIVA, não interfere no EDEMA</p> <p>Pico de Dor – 6hs e término em 24hs</p> <p>Pico de Edema – 36hs e término em 48-72hs</p>	<p>Uso interno</p> <p>DIPIRONA MONOIDRATADA 500mg _____ 12 comprimidos. Tomar por via oral 1 comprimido de 6 em 6 horas (ou 4/4), durante 3 dias, se houver dor.</p> <p>Atua em dor instalada.</p> <p>Contra indicação:</p> <p>Pac. imuno deprimidos, Debilitados, Alérgicos a deriva-dos da pirazolona e metabisulfito de sódio (asmáticos).</p> <p>Evitar em:</p> <p>Pac fazendo quimioterapia, 3 meses iniciais da gestação e nas últimas 6 semanas, História de anemia, leucopenia, pacientes com condições circulatórias instáveis</p> <p>Seguro: em diabéticos (2° opção)</p> <p>Exemplo de imuno deprimidos: HIV, Transplantados, Lupus Eritematoso, pacientes que tomam corticoide</p>	<p>Uso interno</p> <p>PARACETAMOL 500mg (ou 750mg) _____ 12 comprimidos</p> <p>Tomar por via oral 1 comprimido de 6 em 6 horas, durante 3 dias, se houver dor.</p> <p>Contra indicação:</p> <p>PAC com qualquer distúrbio hepático; pode causar danos ao fígado; Evitar Paracetamol + álcool, Pac que fazem uso da varfarina sódica.</p> <p>Vantagens:</p> <p>Seguro em gestantes e lactantes, diabético. Usar em pac imunodeprimidos e anêmicos. Obs.: Não ultrapassar 4mg por dia.</p> <p>1° opção para diabéticos (PARA PROVA)</p> <p align="right">Jasiel Oliveira</p> <p>https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7</p> <p>https://www.instagram.com/jayoliveira80/</p> <p align="right">11 9 7495-1083 whatsapp</p>
---	---	--

ANTI-INFLAMATÓRIOS

AAS (Ácido acetilsalicílico - Aspirina) 40-100mg inibidor de agregação plaquetária. No uso de 500-650mg torna-se antitérmico e analgésico. 4-5g possui ação Anti-inflamatória. DOSE PREVENTIVA – em procedimento moderados – severos; (ao final do procedimento). Controla dor instalada. Evitar em pac com problemas hepáticos e renais

Trauma leve: não tem necessidade de anti-inflamatório, inflamação é benéfica, só analgésico se houver dor
Trauma Moderado: Iniciar 40 min. antes do procedimento, analgésico antes e associado (ou corticoide 1 comprimido)
Trauma Intenso: Se usar Aines o paciente terá Edema, usar corticoide (2 comprimidos)
Trauma muito intenso: Se paciente continuar com dor, entrar com o corticoide 2 gramas a cada 8h.

AINEs age em dor instalada

AINEs – Não seletivo COX1/COX2	AINEs – parcialmente seletivo COX1/COX2	AINEs – Seletivo COX2	Corticoide
<p>Uso interno</p> <p>DICLOFENACO SÓDICO 50mg _____ (9) comprimidos. Tomar por via oral 1 comprimido de 8 em 8 horas, durante 3 dias, se houver dor.</p> <p>Uso interno</p> <p>IBUPROFENO 600mg _____ (9) comprimidos. Tomar por via oral 1 comprimido de 8 em 8 horas, durante 3 dias. (ação mais analgésica que antiinflamatória).</p> <p>Obs. 200mg é apenas analgésico.</p> <p>Contra indicação:</p> <p>Úlcera gástrica ou intestinal, úlcera péptica, hipertensão arterial, doença renal. Alérgicos a AINEs e AAS.</p> <p>Risco para grávidas</p> <p>Evitar:</p> <p>História de infarto do miocárdio, angina ou stents pelo risco aumentado de trombose, principalmente e idosos</p> <p>Outros: CETOPROFENO, CETOROLACO e TENOXICAM</p>	<p>Uso interno</p> <p>NIMESULIDA 100mg _____ (6) comprimidos. Tomar por via oral 1 comprimido de 12 em 12 horas, durante 3 dias.</p> <p>Uso interno</p> <p>MELOXICAM 15mg _____ (3) comprimidos. Tomar por via oral 1 comprimido de 24 em 24 horas, durante 3 dias.</p> <p>Risco para grávidas</p> <p>Contra indicação:</p> <p>Úlcera gástrica ou intestinal, úlcera péptica, hipertensão arterial, doença renal. Alérgicos a AINEs e AAS.</p> <p>Evitar:</p> <p>História de infarto do miocárdio, angina ou stents pelo risco aumentado de trombose, principalmente e idosos</p>	<p>Uso interno</p> <p>CELECOXIBE 200mg _____ (3) comprimidos. Tomar por via oral 1 comprimido de 24 em 24 horas, durante 3 dias.</p> <p>Uso interno</p> <p>ETORICOXIBE 60mg _____ (3) comprimidos. Tomar por via oral 1 comprimido de 24 em 24 horas, durante 3 dias.</p> <p>Medicamentos com receita de 2 vias</p> <p>Exclusivo para PAC com risco de sangramento gastro-intestinal, mas sem risco simultâneo de doença cardiovascular.</p> <p>Risco para grávidas.</p> <p>Contra indicada para PAC q faz uso contínuo de antiagregantes plaquetários, PAC com história ou risco de infarto (AVE), trombose, em especial os idosos, <18 anos</p>	<p>Uso interno</p> <p>DEXAMETAZONA 4mg _____ 2 comprimidos. Tomar por via oral 2 comprimidos 1 hora antes do procedimento em dose única.</p> <p>Obs.: pode se estender por + 1 ou 2 dias (2mg de 8/8hs)</p> <p>Uso seguro em gestantes e lactantes, hipertensos, diabéticos, nefropatas, com doença controlada. Não interfere na hemostasia, sem efeitos adversos significativos. Usar no período da manhã em cirurgias em homens.</p> <p>Contra indicações:</p> <p>Portadores de doenças fúngicas sistêmica, herpes simples ocular, doenças psicóticas, tuberculose ativa, ou alergia aos fármacos desse grupo.</p> <p>O uso prolongado de corticoides causa efeitos colaterais, como retenção de líquido e baixa imunidade.</p>

ANTISSÉPTICOS

Digluconato de Clorexidina (PERIOGARD) 0,12% - Uso diário 12/12h max 14dias 0,2% Pré-cirúrgico Intra oral 2,0% perioral – Aquosa (não usar em boca)/degermante (mãos e braço) Não usar junto com pasta de dentes, pois a Clorexidina inativa sua ação (intervalo min >30min - 2h é ideal) Iodopovidina 10%

ANTIBIÓTICO TERAPIA

1ª opção	2ª opção	3ª opção	4ª opção
<p>Uso interno – 2 vias</p> <p>AMOXICILINA 500mg _____ 21 Capsulas</p> <p>Tomar por via oral, 1 capsula de 8 em 8 horas, durante 7 dias.</p> <p>Obs.:</p> <p>1 Iniciar com dose de ataque (2cápsulas)</p> <p>2 Paciente deve retornar 24horas após o atendimento</p> <p>3 Interromper antibiótico terapia 48horas após cessado sinais e sintomas</p> <p>Gram+ e Gam-</p> <p>Segura em grávidas</p>	<p>Uso interno – 2 vias</p> <p>METRONIDAZOL 250mg _____ 21 Comprimidos. Tomar por via oral, 1 comprimido de 8 em 8 horas, durante 7 dias.</p> <p>Obs.:</p> <p>1 Iniciar com dose de ataque (2 cápsulas)</p> <p>2 Paciente deve retornar 24horas após o atendimento</p> <p>3 Interromper antibiótico terapia 48horas após cessado sinais e sintomas</p> <p>Gram(-) não susceptíveis à Amoxicilina</p> <p>Aeróbias e anaeróbias</p>	<p>Uso interno – 2 vias</p> <p>AMOXICILINA 500mg + ÁCIDO CLAVULÂNICO 125ml _____ 21 Capsulas. Tomar por via oral, 1 capsula de 8 em 8 horas, durante 7 dias.</p> <p>Obs.:</p> <p>1 Iniciar com dose de ataque (2 cápsulas)</p> <p>2 Paciente deve retornar 24horas após o atendimento</p> <p>3 Interromper antibiótico terapia 48horas após cessado sinais e sintomas</p> <p>Em caso de continuidade da piora.</p> <p>Presença de bactérias produtoras de betalactamase.</p>	<p>Uso interno – 2 vias</p> <p>CLINDAMICINA 300mg _____ 21 Comprimidos. Tomar por via oral, 1 comprimido de 8 em 8 horas, durante 7 dias.</p> <p>Obs.:</p> <p>1 Iniciar com dose de ataque (2 cápsulas)</p> <p>2 Paciente deve retornar 24horas após o atendimento</p> <p>3 Interromper antibiótico terapia 48horas após cessado sinais e sintomas</p> <p>Gram+</p> <p>Atenção: Em casos graves usar direto esse medicamento.</p>
<p>INDICAÇÕES ANTIBIÓTICAS</p> <p>Infecções não bloqueadas naturalmente</p> <p>Abscesso dentoalveolar agudo</p> <p>Pericoronarites</p> <p>Abscessos periapicais</p> <p>Gengivite ulcerativa Necrosante</p> <p>Infecções Periodontais Crônicas</p> <p>Diabéticos descompensados</p> <p>Alveolites</p> <p>Enfisemas</p> <p>Comunicação buco-sinusal</p>	<p>Indicações:</p> <p>Alta taxa de morbidade, valvulopatia reumática, Procedimentos Cirúrg. com taxa infecção, Válvulas Cardíacas protética, prolapso da válvula mitral, Endocardite infecciosa prévia</p> <p>Portadores de próteses ortopédicas</p> <p>Pacientes renais transplantados</p> <p>Diabéticos descompensados</p> <p>Imunocomprometidos</p> <p>Doença cardíaca congênita</p>	<p align="center">PROFILAXIA ANTIBIÓTICA</p> <p>Uso interno – 2 vias</p> <p>AMOXICILINA 500mg _____ 4 CAPSULAS</p> <p>Tomar por via oral, 4 capsulas 1hora antes do procedimento.</p>	<p>Uso interno – 2 vias</p> <p>CLINDAMICINA 300mg _____ 2 capsulas. Tomar por via oral, 2 capsulas antes do procedimento.</p> <p>Para alérgicos à Amoxicilina (penicilina)</p> <p><i>A profilaxia antibiótica é recomendada somente para procedimentos odontológicos invasivos que envolvam a manipulação de tecido gengival ou região periapical ou ainda a perfuração da mucosa oral. OBS: Incluem-se remoção de sutura, e colocação de bandas ortodônticas.</i></p>

ANALGÉSICO DE AÇÃO CENTRAL

Indicado quando o de ação periférica não funcionar. EFEITOS COLATERAIS Sedação (letargia, tontura) Depressão respiratória Constipação (endurecimento do bolo fecal - fecaloma) Vômito Anti tussígeno Retenção urinária	1° Opção <u>Uso interno</u> CLORIDRATO DE TRAMADOL 50 mg _____ 12 comprimidos. Tomar por via oral 1 comprimido de 6 em 6 horas durante 3 dias. Usar no máximo 400mg/dia Pode dobrar dose ou diminuir o tempo. Evitar em grávidas	2° Opção <u>Uso interno</u> CODEÍNA 30mg + PARACETAMOL 500mg _____ 12 comprimidos. Tomar por via oral 1 comprimido de 6 em 6 horas durante 3 dias. Se não resolver pode dobrar a dose ou diminuir o intervalo. Não dá para fazer as duas coisas por causa do Paracetamol. Evitar em grávidas
--	--	--

Antimicótico – Antifúngico	Antivirais	Controle de dor	Protetor Estomacal								
<p>Doença: Candidíase pseudomembranosa <u>Uso interno</u> Cetoconazol.....200mg.....28comp Tomar, por via oral, 1 comp. De 12/12h nas refeições por 4 semanas e retornar para reavaliação. <u>Uso externo (colutório)</u> Nistatina susp. Oral (micostatin)..... 1 frasco. Bochechar 4 vezes ao dia durante 5 minutos e cuspir. Fazer o tratamento por 15 dias e retornar para consulta.</p> <p>Candidíase eritematosa (atrófica crônica) <u>Uso externo</u> Daktarin gel (Miconazol)1 bisnaga. Aplicar na base da prótese 4x ao dia durante 15 dias e retornar para nova consulta. NÃO usar a PT por 15 dias à noite, deixando em água sanitária. (1 copo – hipoclorídrico = 1 colher dissolvida)</p>	<p>Doença: Herpes tipo I <u>Uso externo</u> Aciclovir creme1 bisnaga. Aplicar na lesão 3 a 4 vezes ao dia até formar crosta.</p> <p>Doença: Herpes tipo I – recidiva Gengivostomatite herpática primária Não usar AINES <u>Uso sistêmico</u> Aciclovir 400mg15 comp. Tomar, via oral, um comprimidos de 8/8hs por 5 dias</p> <p>Paracetamol (dor e febre), solução oral..... 1 frasco. Tomar via oral _____ gotas de 6/6hs por até 4 dias. 1 gota por Kg até 30kg, ou seja, 30 gotas no máximo.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Druga</th> <th>Dose</th> <th>Tempo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Aciclovir</td> <td>200mg 5x/dia</td> <td rowspan="3">5 dias</td> </tr> <tr> <td>400mg 3x/dia</td> </tr> <tr> <td>800mg 2x/dia</td> </tr> </tbody> </table>	Druga	Dose	Tempo	Aciclovir	200mg 5x/dia	5 dias	400mg 3x/dia	800mg 2x/dia	<p>Doença: Pênfigo vulgar, Pênfigo benígno de mucosa, Liquen plano, Aftas maiores que 1,5cm CORTICOSTEÓIDES NÃO USAR EM CRIANÇAS <u>Uso externo adultos</u> Oncilon – A oral base (acetonido de triancinalon) 1 bisnaga Aplicar 4 vezes ao dia na lesão. <u>Uso externo adultos (colutório)</u> Celestone elixir, 5mg..... 1 frasco Bochechar 1 colher de sopa dividido em 1 colher de água, 4 vezes ao dia e cuspir. <u>Uso externo adultos</u> Psorex (propionato de clobetason) 1 bisnaga. Aplicar 4 vezes ao dia nas lesões. AINES Úlcera traumática - Mucosite <u>Uso externo</u> AdMuc pomada 1 bisnaga Aplicar sobre a lesão 4 a 5 vezes ao dia até a remissão da mesma.</p>	<p><u>Uso interno</u> Omeprazol 10mg ou 20mg 1cx Tomar 1 capsula 30 min. Antes do café da manhã e outra antes de dormir.</p>
Druga	Dose	Tempo									
Aciclovir	200mg 5x/dia	5 dias									
	400mg 3x/dia										
	800mg 2x/dia										

Protocolos terapêuticos - ODONTOPEDIATRIA

<p align="center">RECEITUÁRIO</p> <p>Ao _____ <u>Uso Interno</u> Nome do medicamento 5mg/5ml-----1 frasco Tomar por Via Oral 10 ml (x gotas) da suspensão a cada 5 horas durante 4 dias Assinatura _____</p>	<p>3 Pontos Fundamentais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Qual a dose terapêutica em crianças (mg/kg/dose); 2- Qual a posologia e tempo de uso (via/frequência/ tempo); 3- Como é apresentado comercialmente (na farmácia) o medicamento, concentração do princípio ativo, forma farmacêutica
---	--

<p>Analgésicos Prevenção e controle da dor de intensidade leve a moderada decorrentes de intervenções menores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • exodontias • gengivectomias • ulotomia/ulectomia • raspagem subgingival • dentística • terapia pulpar <p>Paracetamol – (De escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efeito analgésico e antitérmico potente • Efeito antiinflamatório pouco potente • Dose terapêutica 10 a 15mg/kg/dose • Administrado em intervalos de 6 horas entre cada dose. <p>Paracetamol “solução gotas” regra: 1gota/kg de peso, máximo de 35 gotas. Restrita a uso em 24hs.</p> <p><i>Posologia = 1 dose a cada 6 horas por 24 horas</i></p> <p>Dipirona Sódica – (2° opção)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em casos de dor já instaladas • Casos de urgências • Processos agudos • Efeito analgésico e antitérmico potente • Anti-inflamatório pouco potente <p>Dose terapêutica da dipirona sódica é de 10mg/kg/dose, Administrado em intervalos de 4horas entre cada dose, não excedendo 4 doses diárias. Geralmente utiliza-se a dipirona em solução oral de 500mg/ml "solução gotas". Regra: ½gota/kg de peso da criança, até a quantidade máxima de 20 gotas (=500mg). Não se deve exceder as doses prescritas restringindo o seu no máximo em 24hs.</p>	<p>ANTINFLAMATÓRIO Indicação: prevenção e controle da dor e edema de intensidade mais pronunciadas decorrentes de intervenções de maior complexidade - Uso restrito e raro - Principais: dexametasona ou betametasona e o ibuprofeno.</p> <p>Intervenções de maior complexidade odontológica 1° Opção: corticosteroides betametasona ou dexametasona, por via oral, em dose única pré operatória. 2° Opção: Ibuprofeno - analgésico com potencial antiinflamatório</p> <p>Posologia - dexametasona ou betametasona 1gota/kg de peso da criança, em dose única no pré operatório pode ser prolongado por até 3 dias em doses únicas diárias, administradas preferência pela manhã.</p> <p>Características do dexametasona e betametasona - Posologia = dose única no pré operatório</p> <p>O medicamento nimesulida (antiinflamatório) não deve ser prescrita para crianças menores que 12 anos de idade, pois podem levar a alterações no desenvolvimento dos rins.</p> <p>Protocolo farmacológico – antiinflamatório Pré Operatório</p> <p>dexametasona ou betametasona solução “gotas” (0,5mg/ml) na dosagem de 1gt/kg de peso, em dose única, 45 minutos antes do procedimento;</p> <p>Pós Operatório (dependendo do trauma esperado) - administrar dexametasona ou betametasona solução “gotas” (0,5mg/ml) na dosagem de 1gt/kg de peso, em dose única diária pela manhã, não estendendo 3 dias de uso. - ibuprofeno (100mg/ml) na dosagem de 1gt/Kg de peso a cada 6 horas por 24 horas.</p>	<p>Controle da infecção Alérgicos à penicilina: estearato de eritromicina nas infecções iniciais, ou pela claritromicina ou azitromicina em infecções mais graves.</p> <p>Protocolo Farmacológico</p> <p>Penicilina V ou Ampicilina Dose terapêutica em crianças = 15mg/kg/dose Dose ataque =30mg/kg/dose única Dose profilática = 250mg/1hora antes Posologia = 1 dose a cada 6 horas durante 7 dias</p> <p>Amoxicilina Dose terapêutica em crianças = 20mg/kg/dose Dose ataque =40mg/kg/dose única Dose profilática = 50mg/kg/1hora antes Posologia = 1 dose a cada 8 horas durante 7 dias</p> <p>Eritromicina Dose terapêutica em crianças = 10mg/kg/dose Dose ataque =20mg/kg/dose única Dose profilática = 30mg/kg/1hora antes Posologia = 1 dose a cada 6 horas durante 10 dias</p> <p>Claritromicina Dose terapêutica em crianças = 7,5mg/kg/dose Dose ataque =15mg/kg/dose única Dose profilática =20mg/kg/1hora antes Posologia = 1 dose a cada 12 horas durante 5 dias</p> <p>Azitromicina Dose terapêutica em crianças = 10mg/kg/dose Dose ataque =20mg/kg/dose única Dose profilática =15mg/kg/1hora antes Posologia = 1 dose a cada 24 horas durante 3 dias</p> <p>METRONIDAZOL Benzoilmetronidazol Dose terapêutica em crianças = 7,5mg/kg/dose Dose ataque =15mg/kg/dose única Dose profilática =15mg/kg/1hora antes Posologia = 1 dose a cada 12 horas durante 5 dias</p>
--	--	---

<p>Anestesia Infiltrativa/bloqueio 1 tubete para cada 10Kg Usar um 1tubete na infiltrativa (preferível) Reduzir a dose habitual para 1/3 quando a criança estiver debilitada Lidocaína é o anestésico de eleição Agulhas sempre curtas</p>	<p>Anestesia tópica Indicações Moldagem, Exame radiográfico, Sempre antes de qualquer anestesia local, Remoção de dentes deciduos com raízes totalmente absorvidas, Dente com muita mobilidade (somente o tóxico). Contraindicação • Úlceras traumáticas; Úlceras aftosas; Herpes simples.</p>
--	---

Cirurgias Complexas	Alveolites SECA	Pericoronarite
<p>Expectativa do operador: dor moderada a intensa, acompanhada de edema inflamatório e limitação da função mastigatória.</p> <p>Sedação mínima</p> <p>Antissepsia intra e extra bucal</p> <p>Anestesia local</p> <p>Analgesia perioperatória</p> <ul style="list-style-type: none"> Prescrever 4mg de dexametasona a serem tomados 1 h antes da intervenção. Administrar 1 g (40 gotas) de dipirona imediatamente após o final do procedimento. Prescrever Dipirona Monohidratada 500 mg (20 gotas) a cada 6 h, pelo período de 24 h. Caso a dor persista após esse período, prescrever nimesulida 100 mg por via oral pelo período máximo de 48h. <p>Considerações adicionais</p> <ul style="list-style-type: none"> Quando o tempo de duração da cirurgia for além do planejado (consequentemente, com maior trauma aos tecidos moles), pode-se prescrever uma <i>dose adicional</i> de 4 mg de dexametasona na manhã seguinte ao procedimento. Pacientes com dor pulsátil e persistente a partir de 48-72hs dia pós-cirúrgico podem estar desenvolvendo o quadro de <i>alveolite</i>. As cirurgias de remoção de 3°M retidos apresentam baixo risco de infecção pós-operatória. Em pacientes que não apresentam comprometimento do sistema imune e não sejam suscetíveis a infecções à distância, a profilaxia antibiótica não é necessária. 	<p>Complicação pós exodontia. Desintegração do coágulo sanguíneo, que deixa o alvéolo dentário vazio. Dor intensa e pulsátil no local onde se deu a intervenção (os sintomas têm início 48h-72h dias após a exodontia).</p> <p>Conduta:</p> <p>Anestesia</p> <p>Tirar a sutura</p> <p>não curetar de jeito nenhuma</p> <p>1° Água oxigenada 10volumes (mandar cuspir)</p> <p>2° Irrigação com soro fisiológico</p> <p>3° Irrigação com água oxigenada 10vol. (cospe)</p> <p>4° Clorexidina 0,2%.</p> <p>Após essas irrigações com água oxigenada percebe-se que as bolhas feitas pela oxigenada começam a diminuir, indicando que ativou o sangramento. O alvéolo não vai encher completamente de sangue.</p> <p>Podemos até curetar as bordas do tecido mucoso para permitir um maior sangramento.</p> <p>Sutura ou não (independe) e coloca protetor no alvéolo (alveolex, alvesan). O protetor não pode ficar entuchado no alvéolo, deve servir apenas para proteger (um tampão). Antibióticoterapia.</p> <p>Orientar quanto aos cuidados pós-operatórios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Higienizar com clorexidina 0,12% (sem bochechar) a cada 12 h, para evitar o acúmulo de placa dentária. 8. Prescrição de Analgésico potente 9. Reavaliação após 48 h, ou antes, em caso de dor. 10. Acompanhar a evolução do quadro. <p>Antibiótico SEMPRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina 500mg + Metronidazol 250mg 8/8h por 5-7 dias Clindamicina 300mg 6/6h por 7 dias 	<p>Processo inflamatório de caráter agudo ou crônico, purulento, que se desenvolve nos tecidos gengivais que recobrem as coroas dentais. Comum em 3° molares. Complicações: Trismo, dificuldade em engolir, celulite, febre, linfadenite e mal estar geral.</p> <p>Clinicamente: dor constante aguda, difusa, irradiada para ouvido e garganta, doloroso à palpação, tecido edemaciado, eritematoso, ulcerado, pode ter halitose.</p> <ol style="list-style-type: none"> Anestesia local (se necessário). Remover cálculos e placas + drenagem Irrigar com solução fisiológica estéril e, em seguida, com digluconato de clorexidina 0,12%. desgaste oclusal do antagonista OHB <p>Pacientes devem ser instruídos no cuidado em casa:</p> <p><i>Digluconato de clorexidina 0,12% ----- solução oral</i></p> <p>Fazer bochechos de 1 minuto de duração com 15 ml, por no mínimo 30 minutos após a higiene bucal, a cada 12 horas durante 3 dias.</p> <ol style="list-style-type: none"> Para o alívio da dor: Dipirona 500 mg - 6/6 h, pelo período de 24 h. Anti-inflamatório Reavaliação após um período de 24-48 h. Acompanhar a evolução do quadro. Na persistência ou agravamento - antibióticos. Exodontia ou ulectomia após a regressão do quadro. <p>Regime preconizado para adultos</p> <p>Amoxicilina 500 mg a cada 8 h + Metronidazol 250 mg a cada 8/8 h por 7 dias</p> <p>Alérgicos às penicilinas ou com intolerância ao metronidazol</p> <p>Clindamicina 300 mg a cada 8/8 h por 7 dias</p>
ALVEOLITE ÚMIDA OU DE CORPO ESTRANHO		
<p>Características clínicas/sintomas: Pac está bem no dia seguinte, 48hs depois começa a sentir dor que irradia, que não passa com analgésico, ou passa e logo volta., febre, pus.</p> <p>Sinais: vemos o alvéolo com alguma coisa lá dentro, um tecido de granulação, (parecendo um sagu) que pode ou não estar infectado com pus, drenagem.</p> <p>Conduta: anestesia, remove sutura, curetar, remove aquele tecido (não é esfregar o alvéolo ou raspar o tecido – curetar é remover o que não deveria estar ali), deixar formar coágulo, sutura e antibióticoterapia. Bochecho com clorexidina.</p>		

Protocolos Terapêuticos em PERIODONTIA

Abcesso do periodontal/gengival	GUN e PUN	Periodontite Agressiva
<p>Anamnese: dor ao morder, bolsa, inchaço</p> <p>Exame físico: Edema localizado, difuso, avermelhado, edemaciado, cianótico.</p> <p>Rx: Sem alterações visíveis na radiografia (pode ter espessamento do ligamento).</p> <p>Abcesso gengival – infecção localizada purulenta, envolve gengiva marginal ou papila interdental.</p> <p>Clinicamente: superfície lisa, brilhante, vermelha, pode ser dolorosa, pode ter exudato. Sem alteração radiográfica.</p> <p>Abcesso periodontal – processo inflamatório agudo do periodonto. Destroi ligamento e osso, tem coleção purulenta, não comunica com a polpa.</p> <p>Clinicamente: mesmo do gengival e ainda, presença de bolsa, sensível a percussão, pode ter mobilidade.</p> <p>1ª Sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> anestesia regional sondagem do sulco Remoção de copo estranho drenagem via incisão ou sulco irrigação com Clorexidina 0,12% ajuste oclusal localizado tratamento periodontal após fase aguda <p>• Sedação mínima: Avaliar indicação.</p>	<p>• Analgesia: Dipirona sódica - 500mg 6/6 horas enquanto houver dor por no máximo 3 dias. Paracetamol - 500mg de 6/6h horas enquanto houver dor por no máximo 3 dias.</p> <p>Antibióticos: (SOMENTE se houver manifestação sistêmica ou local de disseminação do processo infeccioso ou imunossupressão)</p> <p>-Primeira opção: Amoxicilina 500mg + metronidazol 250mg – 8/8h por 5 a 7 dias</p> <p>-Alérgicos a penicilina: Clindamicina – 300mg- 1 cap. 8/8h por 5 a 7 dias</p> <p>-OBS: Acompanhar a evolução da infecção</p> <p>• Outros cuidados pós-operatórios: OHB - escovação cuidadosa. Fazer bochechar com 15 mL de clorexidina 0,12%, pela manhã e à noite, até a cicatrização do corte (~ 5-7 dias).</p> <p>GUN. Doença infecciosa aguda na gengiva, pois sua instalação é repentina e apresenta curta duração, sendo caracterizada pela ulceração e necrose da margem gengival e pela destruição das papilas interdentais. Acomete mais os adultos jovens.</p> <p>PUN. afeta ~ 2-6% dos pacientes HIV- positivos, sendo caracterizada pela destruição rápida e generalizada do periodonto de inserção e do osso alveolar, às vezes expondo a crista alveolar ou o septo interdentário, com a formação de sequestros ósseos, inversão das papilas e crateras.</p> <ol style="list-style-type: none"> Anestesia local infiltrativa Remoção de placas/instrumentação superficial Irrigação com solução clorexidina 0,12% Bochecho com clorexidina 0,12% (não diluída) 3x ao dia, 30 min após escovação por 5 dias. OHB Para alívio da dor, prescrever Dipirona 500 mg ou Paracetamol Agendar consulta de retorno após 24 ou 48 h, para reavaliação do quadro. Após o alívio dos sintomas agudos, planejar o <i>tratamento definitivo</i>, por meio da raspagem e alisamento radicular e do controle rígido de placa dentária. <p>Melhora é percebida em 4 – 6 dias.</p>	<p>Os regimes mais comumente utilizados associam a <i>amoxicilina 500 mg</i> com o <i>metronidazol 250 mg</i>, a cada 8h, após acompanhamento</p>
<p>Jasiel Oliveira</p> <p>https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7</p> <p>https://www.instagram.com/jayoliveira80/</p> <p>11 9 7495-1083 whatsapp</p>		

Frequência Cardíaca (FC)		Frequência Respiratória		Pressão Arterial	
Idade	Bpm	Idade	FR/min	Sistólica	Diastólica
Bebê	100-170	Bebê	30-40	Hipotensão	<90
2-10 anos	70-120	1-2 anos	25-30	Normal	>100
>10 anos	60-90	2-8 anos	20-15	Pré- Hipertensão	120-139
		8-12 anos	18-20	Hipertensão (Estágio 1)	140-159
		> 14 anos	12-20	Hipertensão (Estágio 2)	>160
					<60
					>60
					80-89
					90-99
					>100

Gestantes e Lactantes

Profilaxias e selamentos de cavidades, devem ser realizados no pré-natal.

Melhor período de tratamento: 2º trimestre (4º, 5º, 6º mês)
Evitar posição supina nos últimos meses de gestação.

Radiografias - seguindo o protocolo. Evitar sempre que possível.

Sedação mínima - Risco para o feto no 1º e 2º trimestre. Sem risco em odontologia durante a lactação.

Anestésico local – Usar no máximo 2 tubetes

Lidocaína 2% com epinefrina – indicada para Gestação normal, grávidas com história de anemia, diabéticas ou com hipertensão arterial controlada.

Grávidas com hipertensão não controlada e história de anemia

Mepivacaína 3% sem vasoconstritor

Analgésicos e Anti-inflamatórios

Quando houver necessidade da prescrição de um analgésico, o *paracetamol* (risco B) é o fármaco de escolha para qualquer período da gestação. As doses recomendadas são de 500mg, a cada 6 h, respeitando o limite máximo de três doses diárias, por tempo restrito.

Opióides – Devem ser evitados

AINEs – Devem ser evitados

Conticoides – Não apresenta risco na dose recomendada

Antibióticos

Amoxicilina – Não apresenta risco

Eritromicina – Opção à alérgicas

Horário de atendimento: final da manhã (hiperemese=vômito excessivo)

Portadores de doenças cardiovasculares

Concentração e Qtd epinefrina por tubete (mg)	Nº tubetes por sessão
1:50.000 (0,036 mg)	1
1:100.000 (0,018 mg)	2
1:200.000 (0,009 mg)	4

Os fios de retração gengival impregnados com epinefrina não devem ser empregados em pacientes com risco cardiovascular.

Anestésico – Prilocaína com feliprissina, ou Anestésico sem vaso. Se usar adrenérgico, máximo 2 tubetes (tabela acima)

Grupo:

Doença cardíaca isquêmica
Insuficiência cardíaca congestiva
Arritmias cardíacas
Anormalidades das valvas cardíacas

Risco de Endocardite infecciosa

Após procedimento odontológico invasivo, se não forem tomados os cuidados necessários, pode-se suspeitar de endocardite infecciosa quando há febre (>38º C) sem motivo aparente, fadiga e cansaço. Encaminhados para o cardiologista.

Profilaxia antibiótica: Antes de procedimentos invasivos que envolvam a manipulação de tecido gengival, periapical ou perfuração da mucosa. Inclui remoção de sutura, bandas ortodônticas.

- 4g amoxicilina
- 600mg Clindamicina

Pacientes de alto risco à endocardite:

Pac com válvula cardíaca protética
Endocardite infecciosa prévia
Doença Cardíaca congestiva (DCC)
DCC cianótico congênito
Transplantados cardíacos com valvulopatia

Recomendar atenção no cuidado com a saúde bucal.

Bronquite crônicas

Evitar o uso de medicamento que deprimem a função respiratória ou que resseque as vias aéreas.
Evitar posição supina.
O uso de dique de borracha por se tornar um incômodo ao paciente.

Usuário crônico de antiagregante ou coagulante

Antiagregantes

- AAS
- Dipirímadol
- Clopidogrel
- Ticlopidina

Quando a agregação das plaquetas é inibida, o sangue que escapa de um corte ou de uma ferida cirúrgica demora mais tempo para ser contido;

Seguir o protocolo:

Pac q fazem uso do **antiagregantes AAS** (aspirina) – suspender o uso 7 dias antes

Pac q fazem uso de **anticoagulantes** – suspender 5 dias antes.

Solicitar INR. Se <3 não suspender. Se >3 Encaminhar para o médico.

Estudar cada medicação. Até que ponto pode interferir? Correr o risco da suspensão?

Anticoagulantes – pac portadores de próteses valvares, ou que tenham antecedente de trombose ou embolia.

- Heparina sódica e derivados
- Varfarina e femprocumona

Medicamentos odontológicos que podem potencializar a Varfarina

ANALGÉSICOS – AAS, Paracetamol

ANTI-INFLAMATÓRIOS - Não esteroides (em geral), Corticosteroides

ANTIBIÓTICOS

Cefalosporinas, Eritromicina, Azitromicina
Metronidazol, Tetraciclina, Ciprofloxacina

Estudos indicariam que não seria necessária a suspensão do uso (?)

Disfunções da tireóide

Hipertireoidismo – contraindicado adrenérgico se não for controlado. Não usar fios de retração.

Hipotireoidismo – (se controlada) procedimentos odontológicos sem restrição.

Idosos

Possui a metabolização mais lenta – recomendado utilizar a dose mínima necessária.

Doenças auto-imunes - Lupus eritematoso

O atendimento odontológico desses pacientes deve atentar para consequências da terapia imunossupressora, doença renal, aumento do risco cardíaco, e das anormalidades hematológicas mucocutâneas e mucosqueléticas.

Se houver comprometimento renal, deve-se avaliar a dosagem mínima necessária de qualquer medicamento, inclusive anestésicos locais.

Pacientes imuno suprimidos

Profilaxia antibiótica para os casos de imunossupressão significativa.

Insuficiência renal crônica

Solicitar contagem de plaquetas (em função da perda das plaquetas na hemodíalise)
Considerar o uso de antibióticos.
Monitorar a PA e não aferir no braço em que há fístula arteriovenosa.

Hepatite

Minimizar o uso de medicamentos metabolizados pelo fígado e se houver dúvidas quanto a possível hemorragia, verificar exames relativos ao tempo de protrombina e tempo de sangramento no pré-operatório desses pacientes.

Diabéticos

O cirurgião-dentista nunca deve propor alterações na dosagem dos hipoglicemiantes, em especial a insulina, nem mesmo em situações de emergência, pelo risco de induzir um quadro grave de hipoglicemia.

Pc diabéticos podem ter hipossalivação, infecções e comprometimento periodontal e podem ter alteração na cicatrização.

Diabetes melito – Tipo 1 (10%) - deficiência total de insulina. Por esse motivo, os diabéticos do Tipo 1 são chamados de insulino dependentes.

Diabetes melito – Tipo 2 - não insulino dependentes

Critério diagnóstico	Glicemia em jejum (mínimo de 8 h)	Glicemia 2 h após 75 g de glicose	Glicemia
Glicemia normal	70-99	< 140	< 200
Intolerância à glicose	100-125	≥ 140 e < 200	-
Diabetes melito	≥ 126*	≥ 200	≥ 200 (com sintomas)

Sedação Mínima: Segura em diabéticos

Anestésicos locais: Prilocaína com Feliprissina

Analgésico: Paracetamol (1º opção).

AINEs: Somente após conversar com o médico

Corticóide: *Dexametasona* ou *betametasona* – Seguro em pacientes controlados.

Antibiótico:

Compensado: tratar como paciente normal
Descompensado: Antibiótico terapia

Para prova:

“se colocarem que está compensado tratar normal, se nada for relatado sempre considerar descompensado”

Asma

Alergicos a sulfito – conservante presente no tubete dos anestésicos com adrenalina. Usar prilocaína com feliprissina.
Verificar se é alérgico ao látex, AAS, metilmetacrilato.

Anêmicos

Pode ter problemas na cicatrização. Verificar a necessidade de alteração na medicação.

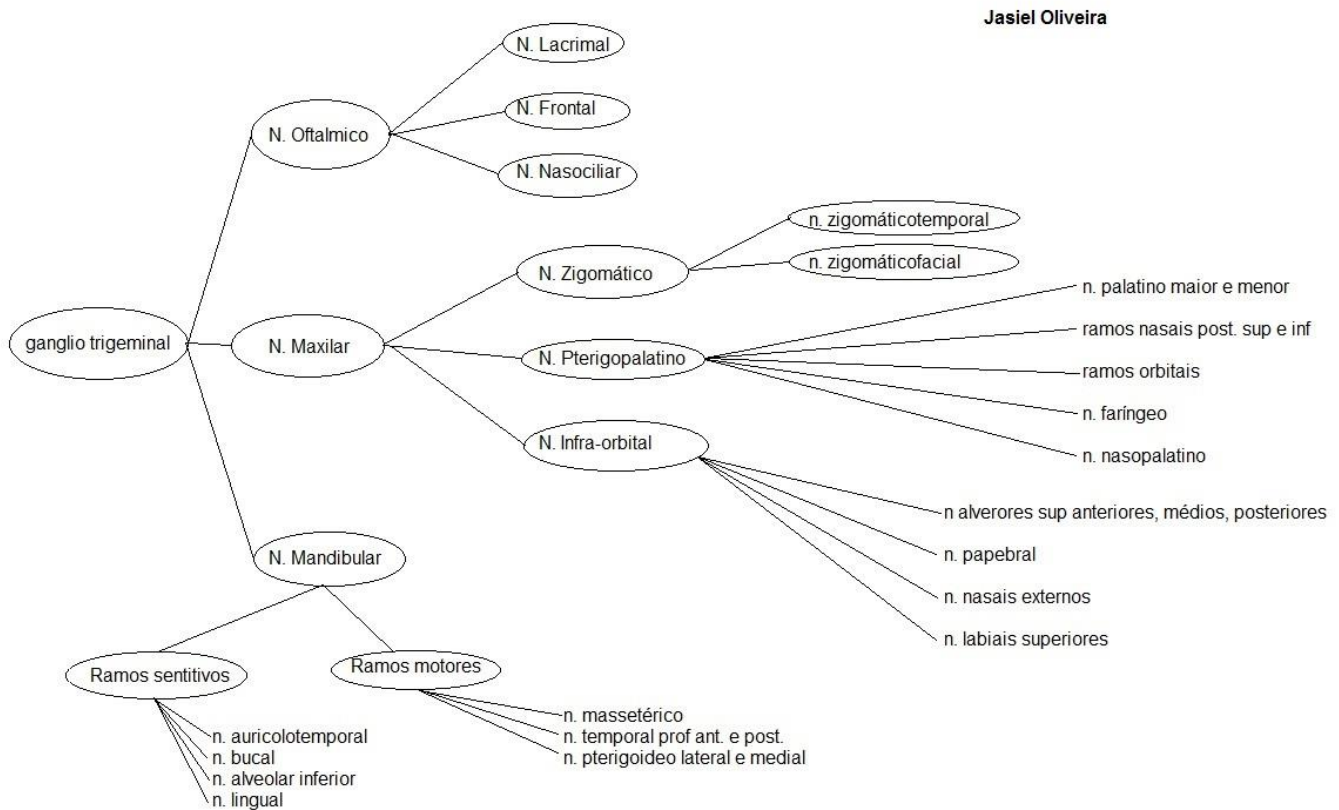
Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>
<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

<p>Injeção Supraperiosteal</p> <p>Figura 13-4. Injeção supraperiosteal na região anterior da maxila. Note a área anestesiada (amarela).</p> <p>1/3 do tubete</p>	<p>Bloq. Nervo Alveolar Sup Post</p> <p>Tec. Pra cima, pra dentro, pra trás, por 16mm na região de 2º Molar Sup</p>	<p>Bloqueio do Nervo Alv Sup Médio</p> <p>Depositar metade à 1/3 do tubete.</p>	<p>Bloqueio do Nervo Infraorbitário</p>
<p>Bloqueio N. Palatino maior</p>	<p>Bloqueio N. Nasopalatino</p>	<p>Bloqueio N. Alveolar Inferior</p>	<p>Bloqueio N. bucal</p>
<p>Bloqueio N. Mental</p>	<p>Informações necessárias para todas técnicas anestésicas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Onde a agulha entra 2. Inclinação da carpule 3. Profundidade de introdução da agulha 4. Volume anestésico 		

Técnica Intraligamentar – suplementar; Tec Vazirani-Akinosi é usada para anestesia mandibular com a boca fechada.



Bibliografia

Terapêutica medicamentosa em odontologia [recurso eletrônico] / Organizador, Eduardo Dias de Andrade. – Dados eletrônicos. – 3. ed. – São Paulo : Artes Médicas, 2014.



Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

Diagnóstico: Identificar uma doença

- Principal exame é a sondagem
- Índice de biofilme de até 20% é aceitável

ETIOLOGIA DA DOENÇA PERIODONTAL

FATOR DETERMINANTE
Biofilme e cálculo.
O cálculo por ser: Supragengival ou subgengival.

FATORES PRÉ-DISPONENTES
Locais:

- Má-posição dos dentes no arco**
 - o Giroversão
 - o Apinhamento
 - o Diastemas
 - o Lingualização
 - o Vestibularização
 - o Mesialização
- Anatomia e forma do dente**
 - o Pérolas e projeções de esmalte
 - o Concavidades radiculares
 - o Fenda palatina (nos dentes centrais)
 - o Dilatação radicular
- Fatores Iatrogênicos (erros do profissional)**
 - o Sobre extensão nas margens
 - o Margens cervicais subgengivais
 - o Restaurações impróprias na anatomia
- Lesões de cárie**
 - o Próximo a margem gengival
- Aparelhos ortodônticos**
- Problemas muco-gengivais**
 - o Inserção de freios e bridas (prox. a margem gengival)
 - o Pouca quantidade de gengiva inserida.

SISTÊMICO

- Hereditariedade**
 - o Condição genética
 - o Deficiência no sistema imunológico

FATORES MODIFICADORES

SISTEMICOS

1. Diabetes
2. Tabagismo

LOCAIS

1. **Traumatizantes - Forças oclusais excessivas.**

EXAME PSR – REGISTRO PERIODONTAL
Este exame apenas avalia a necessidade de tratamento periodontal.

CÓDIGO 0

- Faixa de 3,5mm totalmente visível
- Não sangra
- Tecido saudável
- Ausência de cálculo ou margens inadequadas
- Não existe cárie

Que fazer? Profilaxia; Orientação em saúde bucal

CÓDIGO 1

- Faixa de 3,5mm totalmente visível
- Ausência de cálculo ou margem de restaurações inadequadas
- **SANGRAMENTO** à sondagem

Sinal de doença. Que fazer? Profilaxia; Remoção do biofilme supra e subgengival; OHB

CÓDIGO 2

- Faixa de 3,5mm totalmente visível
- Pode ocorrer ou não sangramento à sondagem
- **Presença de Cálculo** ou margem de restaurações inadequadas.
- Pode ter **cárie**.

O que fazer? Profilaxia, OHB; Remoção do Biofilme e Cálculo supra e sub gengival.

CÓDIGO 3 (2 códigos – enviar para Pério)

- Faixa colorida **PARCIALMENTE** visível (arredondamento para cima)
- Apresenta bolsa

O que fazer?

- o Fazer Exame periodontal detalhado do sextante; Exame radiográfico do sextante
- o Se 2 ou + registrarem código 3, deve se realizar um exame periodontal detalhado de toda boca.

CÓDIGO 4 (1 código – enviar para Pério)

- Faixa colorida não visível
- Bolsas maiores que 5mm

O que fazer?

- o Se for em 1 sextante, fazer exame periodontal detalhado de toda boca.
- o Radiografia de toda boca

CÓDIGO (*) ASTERÍSCO

- Sempre acompanhado de um número, quando:
 - o Problemas mucogengivais
 - o Mobilidade dental
 - Grau I – ligeiramente maior que o normal
 - Grau II – Moderadamente maior que a normal
 - Grau III - Mobilidade V/L ou M/D combinada com Vertical.
 - o Retração gengival maior que 3,5mm
 - o Lesão de furca -
 - o Lesão purulenta

SONDAGEM

1º Medida – JEC/JAC MG
Da JEC à MG
Pode ocorrer:

- Hiperplasia gengival**, quando a margem gengival está coronária à JAC. Colocar sinal de (-) na frente
- JAC coincide com a MG** = distancia (0) ideal
- Retração gengival** . Medida da MG p/ JAC ----- sinal de (+).

2º Medida – PCS (Profundidade Clínica de Sondagem)

Medida da MG até o fundo da bolsa.

- = ou menor que 3,0mm Sulco gengival
- Maior que 3,0mm = bolsa periodontal

Medida correspondente à penetração da sonda na bolsa. Distância da MG ao fundo da bolsa periodontal.

Observações:

- Tamanho e forma da sonda
- Força de 0,75N (próprio peso da sonda)
- Penetrar paralela ao longo eixo do dente
- Se o tecido estiver inflamado estará mais frágil
- Depende da convexidade das coroas

3º Medida – NCI (Nível Clínico de inserção)

Que é a distância da JEC até o fundo da bolsa (Epitélio junctional).
Somar JEC + PCS = NCI

Importante: Descontar 3mm desse resultado (se tiver perda de inserção), referente o sulco gengival que sendo entre 0 e 3 está saudável.

Se o NCI der 3 – não tem perda de inserção
Se o NCI der 7 – (7-3=4) tem perda de inserção de 4mm

Parâmetros de sucesso:

- Ausência de sinais clínicos de inflamação
- Controle de biofilme compatível com saúde
- Estabilidade dos NCIs

Doenças que apresentam relação com a Periodontia
Endocardite infecciosa
Diabete melitus
Doenças cardiovasculares
Doença renal crônica
Pneumonia respiratória

Fundamentos
Periodonto de proteção: Gengiva marginal (acomoda o sulco gengival), Inserida e Interdental
Tec Epitelial: Epitélio oral (externo – camadas: basal, espinhosa, granulosa, córnea), sucular (semi-permeável) e junctional
Células na região: queratinócito (queratina), lãgehans (defesa), Merkel (mecanoreceptoras) e melanócitos (melanina)
Fibras gengivais: Gengivodental (do cimento para gengiva); Dentoperiostais (cimento para gengiva inserida); Circulares (ao redor do dente); Tranceptais (do cimento de um dente ao outro)
Fibras do ligamento: Crista Alveolar (Limita a saída do dente do alveolo. Articulação gonfose). Horizontal (Movimento de lateralidade). Obliquo (inclinadas. Sofre pressão mastigatória). Inter-radicular (Nas áreas de fuca) Apical (encontradas no ápice).

Aumento de coroa clinica
Gengivectomia

- **Indicação:**
 - Eliminação de bolsas
 - Eliminar hiperplasia gengival
 - Eliminar hipertrofias gengivais
 - Eliminação de abscesso periodontais supra ósseo
 - Grande quantidade de gengiva inserida
- **Contra indicação**
 - Necessidade de cirurgia óssea
 - Situações nas quais a base da bolsa esteja apicalmente a junção mucogengival
 - Considerações estéticas, principalmente maxila anterior
 - Pouca quantidade de gengiva inserida
 - Retalhos posicionados apicalmente com excisão de margem com ou sem osteologia
 - Retalho posicionado apicalmente sem excisão de margem com ou sem osteotomia

Retalho com osteotomia
Manter o espaço biológico 3mm
Deve ter >2mm entre dentes para manter a papila

- Exposição óssea após o deslocamento do retalho
- Posicionamento do retalho após a cirurgia
- Manuseio da papila

Os retalhos podem ser feitos com direção horizontal e ou vertical, podendo ser ainda retalhos parciais ou retalhos totais, sendo esse ultimo, uma manobra que facilitaria o acesso a intervenção no tecido ósseo. As manobras cirúrgicas no tecido ósseo, podem ser classificadas como:

- Osteotomia – quando se faz a excisão de uma porção do osso, para se conseguir um aumento de coroa clinica por exemplo.
- Osteoplastia – e quando se faz uma plastia, um recortorno no tecido ósseo.

INSTRUMENTAIS

Sonda WHO – Para realizar PSR
Sonda Carolina do Norte Milimetrada - Para realização de Periograma
Sonda de Nabers - Para verificar lesão de furca

CURETAS DE GRACEY – Supra e Sub
CURETA GRACEY 3–4
- Todas as faces
- Dentes ANTERIORES
CURETA GRACEY 9 – 10
- Face V e P/L
- Dentes POSTERIORES
CURETA GRACEY 11 – 12
- Mesial
- Dentes POSTERIORES
CURETA GRACEY 13 – 14
- Distal
- Dentes POSTERIORES
CURETA DE MACCALL 17-18 - Supra
- Raspador Universal
Interproximais
Dentes Posteriores

Cureta Goldman Fox n°1 - Supra
- Interproximal
- dentes anteriores

Reavaliação:
30 a 45 dias após tratamento inicial

Jasiel Oliveira
<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>
<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>
11 9 7495-1083 whatsapp

DOENÇAS GENGIVAIS	PERIODONTITE CRÔNICA	PERIODONTITE AGRESSIVA
<p>Induzidas por biofilme – GENGIVITE</p> <p>Características Clínicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangramento à sondagem • Sinais e sintomas restritos à gengiva • Não tem perda de inserção • Biofilme inicial e/ou exacerba a lesão • Vermelhão e edema • Alteração do contorno • Alteração da consistência • Danos reversíveis <p>Fatores sistêmicos que podem alterar a gengivite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fatores hormonais (ciclo menstrual, gravidez) Ex.: Gengivite modificada pela gravidez pode ocorrer em 30-73% dos casos. • Leucemia (em condições aguda) • Má nutrição • Uso de medicamentos (Ex.: Hiperplasia gengival medicamentosa) • Diabetes <p>Doenças gengivais não induzidas por biofilme</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vírus (herpesvírus) 2. Fungos (candidíase) 3. Origem genética (Fibromatose gengival hereditária) 	<p>Características principais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O biofilme dental é o agente etiológico determinante da doença periodontal 2. Doença infecciosa que resulta em inflamação de tecidos de suporte, perda de inserção e perda óssea. 3. Doenças periodontais são capazes de produzir bolsas e/ou retrações gengivais 4. Lesões irreversíveis 5. Mais comum em adultos a severidade aumenta com a idade (um fator crônico, mas não exclusivo) 6. Microbiota variável 7. Evolui de forma lenta 8. Destruição é proporcional à quantidade de biofilme (razão de ser crônica) 9. Pode ser: <ol style="list-style-type: none"> a. Localizada: Menos de 30% dos sítios com perda de inserção. b. Generalizada: Mais de 30% dos sítios com perda de inserção. <p><i>Nº de Sítios -----100%</i> <i>Qnt. Sítios com perda -----X</i> <i>$X = 100 \times \frac{\text{Qnt. Sítios c/ perda}}{\text{Nº de sítios}}$</i></p> <p>Severidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LEVE: Perda de inserção de 1-2mm • MODERADA: Perda de 3-4mm • SEVERA: Perda = ou > que 5mm <p>Obs.: Registrar com base na maior perda, ainda que em um único dente.</p>	<p>Principais características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes com idade não tão avançadas (< 35anos) 2. Pacientes sistemicamente saudáveis 3. Perda de inserção rápida e severa 4. Padrão familiar (histórico) – comuns na localizada e generalizada 5. Quantidade de biofilme é incompatível com a severidade óssea. Pouco filme com muita destruição. Os microrganismos associados são AA e PG 6. Alteração na função fagocitária (neutrófilos) níveis altos de PG E2, IL-1B <ul style="list-style-type: none"> • Antibioticoterapia é um recurso importante no tratamento, na fase de reavaliação. <p>Localizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Início próximo à puberdade • Perda de inserção óssea em: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Incisivos e ➢ 1º Molar e no Max outros 2 dentes permanentes diferentes de INC e MOL. <p>Generalizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usualmente em torno dos 30 anos • Perda de inserção óssea em <ul style="list-style-type: none"> ➢ Incisivos e ➢ 1º molares e em pelo menos + 3 dentes permanentes diferentes de INC e MOL
<p>ABSCESSO PERIODONTAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem as mesmas características do Abscesso gengival • Gengiva com vermelhidão e edema • Rápida destruição das estruturas de suporte (diferente do abscesso gengival) • Elevação do dente, elevação ovóide da gengiva ao longo da superfície radicular • Está no terço médio • Lesão está flácida, e com dor • O dente pode estar ou não com mobilidade • Halitose • Supuração espontânea • Pode ser localizada ou generalizada • Fazer teste de vitalidade pulpar +, usar gelo ou endoAce, o pac vai sentir. Se não, está necrosada. Pode se fazer o teste também com a sonda carolina do norte • Anamnese com o histórico de doença periodontal • Exacerbação de lesão crônica • Pós-raspagem – resíduos dentro da bolsa • Pós antibiótico • Impacção de corpo estranho: fio dental • Alterações morfológicas <p>O que causa? Fechamento marginal da bolsa periodontal, Acúmulo local de neutrófilos, Colapso (destruição) tecidual, Formação de secreção purulenta.</p> <p>Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese (dor constante ao morder ou mastigar) • Sinais clínicos (presença de bolsa, supuração) • Sinais radiográficos (perda óssea, cáries, fraturas) <p>Se não tiver bolsa, não é um abscesso periodontal.</p> <p>Diagnóstico diferencial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abscesso endodôntico – observar se tem cárie e vitalidade • Abscesso Endoperiodontal • Cisto Periapical • Fratura radicular <p>Como fechar o diagnóstico</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tem carie profunda? Pode ser um problema endodôntico 2. Radiografia. Tem perda óssea? 3. Teste de vitalidade. Sentiu? 4. Tem bolsa? 5. Fazer sondagem <p>Tratamento (Ver terapêutica em periodontia)</p>	<p>ABSCESSO GENGIVAL</p> <p>Ocorre na margem gengival. Lembrar que os abscessos possuem a mesma característica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edema: margem gengival e papila interdental (pode ser um pac saudável) • Rubor: coloração avermelhada e consistência flácida e superfície brilhante e dolorosa. • Secreção purulenta • Ausência de perda de inserção • Exemplo casca de pipoca, ponta do palito de dente, pedaço de unha, ou seja, tudo que ficar retido • Corpos estranhos interior da gengiva: resposta inflamatória • Se passar a sonda é possível remover • Relacionado à margem gengival <p>Diagnóstico Tratamento (Ver terapêutica em periodontia)</p>	<p>GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE</p> <p>Uma agudização do processo crônico Doença rara no dia-dia (tem nos povos ribeirinhos) Inferior principalmente por vestibular. Uma cratera interna interdental. Processo doloroso, pode expor o osso. Pode não ter bolsa. Faixa etária: adultos jovens (15-30 anos)</p> <p>Características clínicas Início: vem de alguma gengivite crônica, pré-existe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necrose e ulceração das papilas (inversão papilar) • Crateras interproximais: necrose papilar • Margem gengival vermelho brilhante e irregular • Pseudomembrana branco-acinzentada • Sangramento espontâneo • Dor e odor fétido • Envolvimento sistêmico eventual • Sequestro ósseo (exposição do osso) <p>Fatores de risco para essa doença</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debilidade do sistema imune ○ Higiene oral deficiente ○ Estresse ○ Fumo e abuso de álcool ○ Nutrição deficiente <p>Classificação A diferença entre a GUN x PUN é a perda ou não do ligamento NÃO FAZER PSR</p> <p>Tratamento (Ver terapêutica em periodontia)</p>
<p>ABSCESSO CORONÁRIO - PERICORONARITE</p>		
<p>Inflamação gengival relacionada a coroa de um dente com erupção incompleta. Pode regredir, mas ter recidivas. Comum em região de 3Mol. Tem as mesmas características inflamatórias das anteriores.</p> <p>Características clínicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior frequência em 3Mol • Supuração, vermelhidão e edema • Dor irradiada: ouvido, garganta, soalho da boca • Gosto desagradável • Dificuldade para fechar a boca • Trismo (contração dos músculos masseter que dificulta em abrir a boca) • Pode ser agravado pelo trauma de oclusão • Pode apresentar envolvimento sistêmico <p>Tratamento (Ver terapêutica em periodontia)</p>		
<p>LESÕES ENDO-PÉRIO</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Lesão endodôntica primária – processo de destruição tecidual procede da região apical em direção a margem gengival • Lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundária – a lesão aguda periapical se torna crônica e drena através do sulco marginal, resultando em uma bolsa periodontal com formação de biofilme. • Lesão periodontal primária – progressão da doença envolvendo o ápice do dente, a polpa apresenta vitalidade. • Lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário – evolução da doença periodontal causa necrose pulpar a medida que avança apicalmente. • Lesão combinada verdadeira – lesão periapical se comunicando com lesão endodôntica <p>Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teste de vitalidade, Palpação, Percussão, Rastreamento da fístula, Presença ou não de cárie <p>Tratamento das lesões primárias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endodôntica primária – Fazer Endo • Periodontal primária – Fazer Perio <p>Tratamento de lesões combinadas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1º Drenagem do edema 2º Penetração desinfetante 3º Raspagem da Bolsa 		

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

[11 9 7495-1083 whatsapp](https://api.whatsapp.com/send?phone=5511974951083)

1	Diagnóstico	2	Radiografia inicial tec. paralelismo	3	Anestésias	4	Isolamento relativo e absoluto Embrocamento												
5. CIRURGIA DE ACESSO																			
	Dente	Qnt. Raízes	Caract. Anatômica	Ponto de eleição	Forma de contorno	Direção de trepanação													
	11/12/21/22	1	Canal único	Cíngulo	Triângulo c/ base para incisal	45°													
	13/23	1	Canal único	Cíngulo	Losango, chama de vela	45°													
	31/41/32/42	1	1 ou 2 canais	Cíngulo	Triângulo c/ base para incisal	45°													
	33/43	1	Canal único	Cíngulo	Losango, chama de vela	45°													
	14/24	2	2 canais	Centro do Sulco	Eliptica	Paralela ao longo eixo. Leve inclinação Palatina													
	15/25	1	1 ou 2 canais	Centro do Sulco	Eliptica	Paralela ao longo eixo. Leve inclinação Palatina													
	34/44	1	1 ou 2 canais	Sulco mesial	Circular/oval	Paralela ao longo eixo. Leve inclinação centro													
	35/45	1	1 a 3 canais	Centro do sulco	Circular/oval	Longo eixo do dente													
	16/26	3	Média 4 canais	Fosseta mesial	Triângulo base para vest	Paralela ao longo eixo. Leve inclinação Palatina													
	17/27	3 (pode fusionar)	3 ou 4 canais	Centro do sulco	Triângulo base para vest	Paralela ao longo eixo. Leve inclinação Palatina													
	36/46	2	3 ou 4 canais	Centro do Sulco	Trapézio, com base mesial	Paralela ao longo eixo. Leve inclinação distal													
	37/47	2	3 ou 4 canais	Centro do Sulco	Trapézio, com base mesial	Paralela ao longo eixo. Leve inclinação distal													
6. Exploração do canal (Explorador reto ou lima K#15 de 21mm)				7. Preparo cervical (brocas de Largo e Gates)															
8. Odontometria/Esvaziamento			9. Esvaziamento Polpa viva (PULPECTOMIA)			10. Esvaziamento Polpa Morta (PENETRAÇÃO DESINFECTANTE)													
1.1. Medir o RX inicial – CAD 1.2. Subtrair 5mm para chegar ao CI 1.3. Fazer a lima chegar em CI (CAD -5mm) 1.4. Radiografia com lima no CI (Tec. Bissetriz excêntrica) 1.5. Calcular o X (da ponta do instrumento ao vértice radiográfico) 1.6. Se polpa viva, subtrair (-2mm) 1.7. Se polpa morta, subtrair (-1mm) 1.8. Chega-se ao comprimento de trabalho CT 1.9. Radiografar quando chegar no CT Dicas: Tec de Clark mesializada (Só em endo). Em 1° Molar sup para distal na presença do 4° canal. Dentes multi-radulares, usar limas com calibres diferentes para ajudar a visualizar			Mínimo #15. Se tiver delta, não ultrapassar • Usar hipoclorito para irrigação e aspiração • Amputar a polpa com a cureta de pescoço longo de dentina • Manter um pouco de hipoclorito 1% para controlar sangramento • Fazer esvaziamento com lima >#15 • Chegar PRIMEIRO NO CT com a lima K15 e DEPOIS cortar • Em canais removidos/atresia/achatados – usar lima K e KF – Tec. Remoção por fragmentação. • Irrigar, aspirar • Colocar Ostoporin como MIC • Algodão • Cimento temporário • CIV • Conferir oclusão			Mínimo #15, De tiver delta, não ultrapassar • Usar hipoclorito 1% para irrigação e aspiração de 2mm-2mm • Esvaziar a polpa com a cureta de pescoço longo de dentina • Fazer esvaziamento com lima >#15 de 2mm-2mm (somente lima de pequeno calibre) • Irrigar, aspirar • Colocar NaOCl 1% (hipoclorito de sódio) como MIC 7 a 10 dias, ou Hidróxido de cálcio (Ultracal) até 30 dias. Se Paciente não retornar no período, refazer PQC. • Algodão • Cimento temporário/provisório • CIV • Conferir oclusão													
11. Cinemática da instrumentação – canais retos (TEC SERIADA)				12. Cinemática da instrumentação – canais curvos (KF) (TEC ESCALONADA PROGRAMADA)															
1. Penetração ¼ de volta para direita e ¼ à esquerda com leve pressão apical até o CT 2. Ação propriamente dita – imagem em viés - Penetração passiva até o CT - Pressionar a lima contra uma parede e tracionar no sentido oblíquo/diagonal para a outra parede com máxima extensão de 3mm (nunca retirar do canal e nunca entrar girando) 3. Retirada ou tração - Tracionar ao longo do eixo do dente para oclusal / incisal sem exercer pressão nas paredes do canal. 4. Preparo apical – Exclusivo de canal reto - forma o batente apical - Lima de calibre superior à última do PQC - ¼ de volta à direita com leve pressão apical e tração - ¼ de volta à esquerda com leve pressão apical e tração - repetir por duas vezes O calibre será trocado quando a lima se encontrar solta no canal. Todas as limas devem chegar no CT Instrumentação <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 50%;">Polpa Viva</th> <th style="width: 50%;">Polpa Morta</th> </tr> <tr> <td>1º + 3 + PA = 5 limas</td> <td>1º + 4 + PA = 6 limas</td> </tr> <tr> <td>1º = Lima que chegou no CT</td> <td></td> </tr> </table>				Polpa Viva	Polpa Morta	1º + 3 + PA = 5 limas	1º + 4 + PA = 6 limas	1º = Lima que chegou no CT		Não se faz PA Imagem anticurva #15KF até o CT #20KF até o CT #25KF até o CT – LIMA MEMÓRIA #30KF CT (-1mm) #25KF até o CT – LIMA MEMÓRIA #35KF CT (-2mm) #25KF até o CT – LIMA MEMÓRIA #40KF CT (-3mm) <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 50%;">Polpa Viva</th> <th style="width: 50%;">Polpa Morta</th> </tr> <tr> <td>1º + 3 = 4 lima</td> <td>1º + 4 = 5 limas</td> </tr> <tr> <td>1º = Lima que chegou no CT</td> <td></td> </tr> </table>				Polpa Viva	Polpa Morta	1º + 3 = 4 lima	1º + 4 = 5 limas	1º = Lima que chegou no CT	
Polpa Viva	Polpa Morta																		
1º + 3 + PA = 5 limas	1º + 4 + PA = 6 limas																		
1º = Lima que chegou no CT																			
Polpa Viva	Polpa Morta																		
1º + 3 = 4 lima	1º + 4 = 5 limas																		
1º = Lima que chegou no CT																			
13. Protocolo de irrigação/secagem				14. Medicação Intracanal															
Após o PQC e antes da Obturação • 5ml de Hipoclorito 1% • 5ml de EDTA, agitar com instrumento de calibre intermediário, em seguida • 5ml de Hipoclorito 1% • Secar com cone de papel no comprimento do CT e #da última lima Aspiração – ponta verde e ponta azul de 2 a 3 mm distante do CT (final)				Polpa Viva: 1. Otosporin. - Agitar a suspensão antes do uso - gotejar 2 a 3 gotas na seringa - calibrar a cânula 2-3mm aquém do CT - preencher o canal até fluir na câmara - remover o excesso da câmara 2. Paramonoclorofenol - apenas um “cheiro” do material com bolinha de algodão seca (estéril)		Polpa morta: 1. Hipoclorito 1% (Solução de Newton) ou 2. Hidróxido de cálcio PA + Veículo aquoso - remover o excesso da câmara 3. Paramonoclorofenol - apenas um “cheiro” do material com bolinha de algodão seca (estéril)													
15. URGÊNCIA POLPA VIVA (tempo insuficiente)				16. URGÊNCIA POLPA MORTA (tempo insuficiente)															
• Pulpotomia CI - remover a polpa - camada fina de Otosporin - Algodão - Cimento temporário - CIV - Ajuste oclusal		• Pulpectomia CT - Remover a polpa radicular - Otosporin - Algodão - Cimento temporário - CIV - Ajuste oclusal		• Penetração desinfetante – CT - Hipoclorito 1% (solução de Newton)-(depois do PQC) - Algodão - Cimento temporário - CIV - Ajuste oclusal															

17. OBTURAÇÃO



Limites

1mm PM
2mm PV

Período para execução

- 48 – 72hs após o PQC
- Ausência de: dor, mobilidade, adema e exudato

Técnica de obturação

- Anestesia
- Isolamento absoluto
- Embrocamento (clorexidina - sempre)
- Remoção do selamento provisório com broca
- Novo embrocamento
- Remoção da medicação - Irrigação com hipoclorito
- Usar lima intermediária
- Protocolo de irrigação
- Provar os cones
- 1º cone igual o da última lima do PA
- Testes:

1. Visual

- Calibrar Cone no CT (Não usar Stop). Com pinça Perry
- Provar no canal chegando no CT.

2. Tátil

- O cone deve estar justo, apoiado no batente apical.
- Deve oferecer resistência na retirada
- E se atingir o CT e não travar?

- Testar outros cones do mesmo calibre
- Testar um cone de calibre maior
- Cortar a ponta do cone (1mm)
- Retificar o PA (voltar para lima)

3. Radiográfico

1º inicial

2º X

3º CT

4ª obrigatória

- Secar o canal
- Colocar Hipoclorito em um Dappen e deixar de 1-1,5min e tirar os excessos.



- Iniciar a obturação:
- Colocar cimento de Grossman pó/liquido sobre a placa de vidro (sem proporção determinada)
- Espátula 24 flexível para manipular até ficar homogênea (20min de trabalho)
- Consistência de Ponto de Fio
- Utilizar o cone calibrado para pincelar as paredes do canal com o cimento
- Colocar o cone principal com cimento em quantidade adequada (não encher).
- Os cones secundários entram nos espaços.
- Os espaçadores compactam o cone com 3mm a menos que o CT pra fazer a condensação lateral.
- Apoiar os mais calibrosos em uma parede e descer apenas de um lado.
- Deixar lá.
- Pegar um cone acessório mais comprido e fino para ocupar o espaço pincelado com cimento.
- Se ainda tem espaço, usar um espaçador menor e novamente entrar e criar novos espaço.
- Pegar outro cone, passar no cimento e incluir no espaço do condensador.
- Criar o penacho e fazer a
- 5ª radiografia
- Para verificar se os espaços foram preenchidos
- Cortar o penacho com calcador
- Aquecer o calcador mais calibroso
- Área de corte em Anteriores: 2mm abaixo da JAC.
- Área de corte em Posteriores: Altura do assoalho
- A medida que for entrando, usar os calcadores menores e fazer a condensação vertical feita com o calcador de Paiva Agora com um calcador frio.
- Estando na altura, limpar superfície com algodão e álcool
- Selamento temporário (sem algodão)
- CIV
- Conferir oclusão
-

Radiografias durante a obturação

- 1 – Inicial do paralelismo
 - 2 – bisettriz excêntrica (X)
 - 3 – confirmar o CT
 - 4 – prova do Cone (teste radiográfico)
 - 5 – Penacho
 - 6 – final paralelismo
- Rx Ortoraial (paralelizadores)
Técnica de Clark (Normal – Mesio excêntrica)
Tec de Clark modificada na suspeita do 4º Canal em 1ºMsup (Disto excêntrica)
Técnica da bisettriz excêntrica

Retratamento do canal

- Cirurgia de acesso
- PQC
- MIC
- OBT

Canais com obturação compacta

- Usar solvente
 - óleo de casca de laranja
 - Evitar uso nos 3mm finais

Generalidades da disciplina

Funções da polpa: indução, formação, nutrição, defesa, sensibilidade.

Origem da dor

Fibras Dental A e B - mielínicas

Fibras C - amielínicas

Vias de contaminação

Túbulos dentinários

Anacorese hematogênica

Exposição pulpar

Periodonto

Contiguidade

Exames

Exame extra-oral: Assimetria, Palpação, Edema, Localizado ou Difuso, Firme ou flutuante

Exame intraoral: Avaliação da condição do tecido mole, rastreamento da fístula, Palpação, Percussão – indica a inflamação do ligamento (vertical e horizontal)

Dentes: alterações visíveis

Percussão e palpação: Avalia condição do ligamento

Mobilidade: estado do ligamento (grau 1,2,3)

Radiografia: cáries, restaurações, lesões, qualidade da endo

Vitalidade pulpar:

Frio (Primeiro no dente vizinho, Contar 1-10 segundos) calor, anestésico (na distal do dente mais distal) e cavitário.

Dor reflexa – Doi em um lugar mas sente em outro

SQA

Hipoclorito 1% - antimicrobiano, solvente orgânico, clareador, lubrificante

EDTA 17% - Solvente inorgânico, quelante

Otosporim – corticoide / antimicrobiano

Ultralcal

Paramono

Guttapercha

Cimento de Grossman

Tratamento Endodôntico em Dentes com Rizogênese incompleta APICIGÊNESE/APICOGÊNESE – Polpa Viva

Capeamento pulpar indireto	Capeamento pulpar direto	Curetagem	Pulpotomia
<p>Conservador.</p>	<p>Indicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposição traumática ou acidental (cárie) • Pequena de até 1,0mm • Recente máx. 24 hs <p>Sequencia clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anestesia / isolamento • antissepsia do campo • lavagem com soro fisiológico • remoção do tecido cariado • hemostasia- (algodão estéril) • proteção pulpar com Ca(OH)2 – Pó + pasta/pasta • restauração CIV e resina composta • alívio articular • acompanhamento clínico e radiográfico 	<p>Indicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polpa estiver saudável • Exposição pulpar pequena • Exposição pulpar traumática • Exposição de até 1 semana <p>Sequencia clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anestesia / isolamento • Antissepsia campo • Lavagem soro fisiológico • Remoção do tecido cariado • Ampliar a cavidade utilizando broca esférica carbide pequena no alta rotação • Curetar 2 mm abaixo sítio • Lavar com soro fisiológico • Hemostasia-(algodão estéril) • Proteção pulpar Ca(OH)2 PA • Cimento temporário (opcional) • Restauração com CIV e resina • Alívio articular • Acompanhamento clínico e radiográfico (6-8 semanas, 6 meses e 1 ano) 	<p>Indicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polpa estiver saudável • Exposição pulpar acidental (cárie) for grande • Exposição pulpar for traumática alcançando toda a coroa • Grande destruição coronária ou • > 1 semana <p>Sequência clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bochecho com antisséptico • anestesia (evitar intrapulpar) • isolamento relativo e absoluto • antissepsia do campo • remoção do tecido cariado • acesso câmara pulpar • exposição pulpar • pulpotomia - curetagem da polpa coronária • irrigar com soro fisiológico • hemostasia-(algodão estéril) • 2 gotas antiinflamatório-antibiótico (Otosporin) por 10 minutos • proteção pulpar com Ca(OH)2 PA • restauração com CIV e resina • alívio articular • acompanhamento clínico e radiográfico (7 dias e a cada 90 dias por 2 anos) - Analésico de escolha

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

APICIFICAÇÃO – POLPA MORTA

Apicificação com trocas de Ca(OH)₂		Barreira artificial ou tampão apical de MTA	
<p>Indicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Polpa necrótica Exposição pulpar invadindo o terço cervical radicular Grande destruição coronária por cárie e polpa não viável <p>Sequência clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> bochecho antisséptico, anestesia Isolamento / antissepsia do campo remoção do tecido cariado/cirurgia de acesso da câmara pulpar irrigação farta com Hipoclorito de Sódio 1% odontometria e esvaziamento da polpa morta 1mm aquém do CT uso de limas tipo K somente para limpeza das paredes do canal sem instrumentação aspiração com cânulas e cones de papel MIC com Hidróxido de Cálcio pa +água destilada ou Ultracal (Dentsply) radiografia de controle do preenchimento com Ca(OH)₂ selamento coronário com cimento ionômero de vidro+ resina composta após 15 dias, troca da MIC com Ca(OH)₂ + veículo viscoso e trocas em 30, 60 e 90 dias com exame clínico e radiográfico observação da formação da barreira entre 6 a 18 meses, ou mais obturação endodôntica com selamento apical (cone invertido/ cones rolados) manter sempre em controle clínico e radiográfico 		<p>Indicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Há espessura média das paredes dentinária Comprimento coroa-raiz é proporcional Há necessidade de fechamento apical imediato (estética envolvida) <p>Sequência clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> bochecho antisséptico, anestesia Isolamento / antissepsia do campo remoção do tecido cariado/cirurgia de acesso da câmara pulpar irrigação farta com Hipoclorito de Sódio 1% odontometria e esvaziamento da polpa morta 1mm aquém do CT uso de limas tipo K somente para limpeza das paredes do canal sem instrumentação aspiração com cânulas e cones de papel MIC com Hidróxido de Cálcio pa +água destilada ou Ultracal (Dentsply) por uma semana, caso haja exudato radiografia de controle do preenchimento com Ca(OH)₂ selamento coronário provisório com CIV+ resina composta após uma semana - remoção da medicação aplicar pasta de MTA + soro fisiológico, no terço apical de aproximadamente 3 a 4 mm de espessura (calcadores e cone de papel umedecido) aguardar 5 minutos (presa do MTA) obturação endodôntica selamento coronário com CIV +resina e/ou prótese coronária manter sempre em controle clínico e radiográfico 	
<p>Característica anatômica dos dentes</p> <p>Câmara pulpar</p> <p>Canal Radicular</p> <p>Junção CDC – cimento dentina canal</p> <p>Divertículo</p> <p>Assoalho</p> <p>Teto</p> <p>Paredes</p> <p>Cotovelo/Concrescencia</p> <p>Em ICsup e Csup ocorrem em palatina.</p> <p>Em Msup em Vest. E Mesial</p> <p>Paraapical – não coincide com o vértice</p> <p>Vértice radicular</p>	<p>Vértice radiográfico</p> <p>Canal Principal</p> <p>Canal colateral</p> <p>Interconduto</p> <p>Delta Apical</p> <p>Canal Cavo</p> <p>Canal recorrente</p> <p>Canal secundário</p> <p>Canal Acessório</p> <p>Canal lateral</p> <p>Canal colateral ou advertício</p> <p>Ístimo</p> <p>1° Molar sup pode ter raiz MV achatada</p>	<p>Instrumental</p> <p>Broca esférica, Endo Z, Gates – preparo cervical, Largo - preparo cervical, Limas – series e cores, Lima K – formato quadrado, Lima KF – flexível (triangular), Lima Hedstroen – para pulpectomia e remoção de cone de guta-percha.</p> <p>Conicidade D0 – D16 – 2-2mm</p> <p>Espaçadores digitais</p> <p>Reciproc</p> <p>Vermelha 0,25 com taper de 02</p> <p>Preta 0,40 com taper de 08</p> <p>Amarela 0,50 com taper de 0,5</p>	

PATOLOGIAS PULPARES – POLPA VIVA NORMAL
resposta positiva aos testes térmicos

Doenças Pulpares (POLPA VIVA)		
AGUDAS	PULPITE REVERSÍVEL (alteração inflamatória)	<p>Dor provocada por frio, substâncias ácidas, açucaradas, localizada e de curta duração (<30s). Intensidade: leve/moderada.</p> <p>Diagnóstico diferencial: sensibilidade dentinária</p> <p>Tratamento: conservador (proteção dentino-pulpar);</p> <ol style="list-style-type: none"> anestesia local remoção do agente irritante (cárie) Se houver exposição, capeamento direto com Ca(OH)₂ PA (se <1mm). Se >1mm Pulpectomia. Obs.: Se o ápice está formado é grande a chance de INSUCESSO (tendo que fazer o canal em 3-5 anos) restauração provisória (CIV). Se profunda, forrar com Ca(OH)₂ pasta/pasta ajuste oclusal <p>Analgésicos: não é necessário.</p>
	PULPITE IRREVERSÍVEL SINTOMÁTICA	<p>Dor espontânea, intensa, contínua, mal combatida com analgésicos. Pode doer com frio no início ou exarcebar com o calor e aliviar com o frio nos estágios finais. Clinicamente: cárie profunda, fraturas. Rx: Pode apresentar pequeno espessamento no ligamento. Teste: Positivo (declínio lento >30s), sensibilidade ao teste vertical, durante o teste pac sente alívio.</p> <p>Tratamento: Pulpectomia</p> <ol style="list-style-type: none"> Anestesia Isolamento absoluto Remoção da cárie Acesso endodôntico Odontometria/esvaziamento com irrigação farta (Solução de Milton 1%) Medicação intracanal: Otosporin Restauração provisória Ajuste oclusal <p>Analgésico: não é necessário.</p>
CRÔNICAS	PULPITE IRREVERSÍVEL ASSINTOMÁTICA	<p>Não tem dor e a resposta aos estímulos térmicos pode ser normal. Cárie profunda ou trauma podem expor a polpa. Dor pulsátil ao deitar.</p> <p>Tratamento: Pulpectomia</p>
	HIPERPLASIA PULPAR (Pólipo Pulpar)	<p>Inflamação crônica hiperplásica, câmara pulpar exposta ao meio bucal (polpa viva), normalmente associada com ápices incompletos.</p> <p>Tratamento: Acipigênese</p>
	NÓDULO PULPAR	<p>Calcificação pulpar na câmara pulpar, detectável radiograficamente.</p>
	CALCIFICAÇÃO DIFUSA	<p>Calcificação parcial ou total da câmara pulpar e/ou canal radicular, detectável radiograficamente.</p>
	REABSORÇÃO INTERNA	<p>Reabsorção das paredes do interior do canal, detectável radiograficamente. Na câmara pulpar pode causar alteração de cor (mancha rósea)</p> <p>Tratamento: Pulpectomia</p>
REABSORÇÃO EXTERNA	<p>Reabsorção da parede externa radicular, detectável radiograficamente. Pode ser inflamatória ou substitutiva, polpa viva ou morta.</p> <p>Tratamento: Pulpectomia (PV) ou Penetração desinfetante (PM)</p>	

PATOLOGIAS PERIAPICAIIS – POLPA MORTA
Sem sintomas e resposta negativa aos testes térmicos

Doenças periapicais (polpa morta)

AGUDAS	PERIODONTITE APICAL AGUDA MICROBIANA OU SINTOMÁTICA(traumática)	Dor moderada a intensa, provocada(traumática) ou contínua (microbiana), localizada, pode ter a sensação de dente extruído, mobilidade, mais sensível à percussão vertical, dor à palpação periapical, sem edema. Causas: sobreinstrumentação, agentes químicos, contato prematuro, bruxismo ou microbiana. Radiograficamente: pode ter aumento do espaço perirradicular, ou estar normal, discreta rarefação óssea apical difusa/circunscrita. Sem rompimento da lâmina dura. Teste térmico: <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de sensibilidade – considerar polpa necrótica • Sensibilidade prolongada – considerar pulpíte irreversível • Sensibilidade não prolongada – considerar pulpíte reversível Tratamento: Penetração desinfetante ou ajuste oclusal/alívio + Antiinflamatório
	ABCESSO APICAL AGUDO ABCESSO FENIX	Dor intensa, espontânea, pulsátil, difusa, com edema, mais sensível à percussão horizontal (mobilidade), exudato. Radiograficamente: pode apresentar aumento do espaço perirradicular, “esfumacamento” apical. Nem sempre evidencia reabsorção óssea visível. (Se for Fenix pode ter imagem radiolúcida circunscrita). Tratamento: <ol style="list-style-type: none"> 1. Remoção da causa 2. Drenagem 3. Antibióticoterapia 4. Tratamento de suporte Sequência – em fase inicial: Penetração desinfetante (RX – aumento do espaço periodontal ou nenhuma alteração) <ol style="list-style-type: none"> 1. Anestesia 2. Isolamento 3. Acesso e penetração desinfetante 4. Odontometria 5. Ultrapassar a entrada do canal em 2-3mm com lima K #25 6. Irrigação 7. Mic 8. Selamento provisório 9. Alívio oclusal 10. Terapêutica: Analgésio e Antiinflamatório Sequência – em fase de evolução (a coleção purulenta já atravessou a lamina dura e invadiu os espaços medulares – trabéculas ósseas – alcançando a região de sub-periósteo): Penetração desinfetante (RX – aumento do espaço periodontal ou nenhuma alteração) . Normalmente há disseminação local e sistêmica. <ul style="list-style-type: none"> • Exame: sem ponto de flutuação, não envolveu previamente com antibiótico, trismo, e ainda febre, mal estar e cefaleia (fase mais crítica do abscesso) • Mesma sequência da fase inicial. (obs.: nem sempre ocorre a drenagem via canal) • Analgésico periféricos: Dipirona sódica (500 mg) – 6 em 6 hs Paracetamol (500 mg) - 6 em 6 hs Lisador (dipirona sódica, cloridrato de prometazina e adifenina) – 4 em 4 hs • Analgésicos de ação central Codeína (30 mg) + Paracetamol (500mg) - (Tylex®) 4 em 4 hs Cloridrato de tramadol (37,5 mg) + Paracetamol (325 mg) – (Ultracet®) 4 em 4h Cloridrato de tramadol (50 mg) – (Tramal®) - 4 em 4 hs • Antibióticos Amoxicilina (Amoxil®)-500mg-1 caps 8/8 hs • Infecções severas: Amoxicilina-500mg +metronidazol-250 mg (Amoxil®+Flagyl®) 1 caps + 1 comp 8/8 hs *(não ingerir álcool durante a terapêutica) Amoxicilina-500mg + Ácido clavulânico-125mg (Clavulin®) 1 comp 8/8 hs Pacientes com histórico de alergia às penicilinas: Clindamicina (Dalacin® C)- 300mg-1 caps 6/6 hs Sequência – em fase evoluída (Coleção purulenta instalada na submucosa): Penetração desinfetante <ul style="list-style-type: none"> • Exame: Ponto de flutuação e aumento volumétrico na área agredida. • Sequência dos passos da fase de evolução. (drenagem)
CRÔNICAS	PERIODONTITE APICAL CRÔNICA ASSINTOMÁTICA	Assintomática. As vezes pode doer ao mastigar alimentos mais sólidos. Radiograficamente: apresenta rarefação óssea periapical difusa ou circunscrita, espaço periodontal aumentado. Tratamento: Penetração desinfetante
	ABCESSO APICAL CRÔNICO	Assintomático ou com ligeiro desconforto à percussão. Presença de Fístula. Radiograficamente: Pode apresentar rarefação óssea periapical difusa ou circunscrita. Tratamento: Penetração desinfetante.
	OSTEÍTE CONDENSANTE	Hipergênese óssea de causa desconhecida, que produz espessamento do osso. Radiograficamente: Apresenta densa imagem radiopaca em geral localizada na região apical
	GRANULOMA	Tecido conjuntivo neoformado com inflamação crônica. Radiograficamente: Apresenta pequena rarefação óssea periapical circunscrita, associada ao ápice de um dente <5mm.
	CISTO	Proliferação tecidual de um granuloma prévio. Clinicamente apresenta abaulamento da cortical óssea. Radiograficamente apresenta extensa rarefação óssea periapical circunscrita, associada ao ápice de um dente em geral com deslocamento dos dentes vizinhos. >5mm. Tratamento: Penetração desinfetante e complementação cirúrgica (cirurgia paraendodôtica)

Jasiel Oliveira – Uninove 2017



[jasiel.oliveira.7](https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7)



[jayoliveira80](https://www.instagram.com/jayoliveira80/)

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

Indicação para:

- Extremidades uni ou bi-lateral
- espaços múltiplos
- áreas de grande reabsorção
- orientar em reabilitações
- conter dentes com mobilidades
- auxiliar na contenção de fraturas
- reabilitar pacientes com fissura palatina
- pacientes com adequada higienização
- Protetor de implantes
- Mantenedor de espaço
- Fator econômico

Contra indicada:

- Baixa resistência à carie e doença periodontal
- xerostomia
- problemas de coordenação motora.

Avaliação do rebordo

Rebordos de Elbrech:

- Horizontal – É o melhor
- Descendente Distal – Rui, pois promove força de alavanca
- Ascendente Distal - Não é tão ruim. Força é apoiada nos remanescentes

Formas de rebordo:

- Triangular – lâmina de faca, machuca
- Estrangulado – intermediário
- Plano – Ideal. Cristas planas, vertentes amplas, cobertura de tec conjuntivo denso, firme e fibroso.

Exames complementares

RX panorâmica e periapicais dos suportes

Avaliação dos pilares

- Grau 3:** latero-lateral e vertical – Ruim não suporta a carga
- Grau 2:** latero-lateral – manter o dente. Evitar usar como suporte. Tratar perio antes.
- Grau 1:** Mobilidade só dentro do alvéolo – Suporta PPR

Avaliar os dentes suporte:

- Integridade da coroa, Forma e tamanho
- Número de forma e raízes (não se aplica lei de ante)
- Como está a implantação alveolar
- Qual a mobilidade
- Avaliar a curva de spee
- Se está em extrusão
- Avaliar o plano oclusal

Avaliação pelo número de dentes

- Puntiforme** – apenas 1 dente
- Linear** – 3,4,5 dentes seguidos
- Superfície** – Distribuição equilibrada

Pilares

- Pilar/retentor direto – é o dente que está próximo ao espaço protético. Evita o deslocamento da prótese no sentido cervico oclusal. Onde o grampo está fixado.
- Pilar/retentor indireto – é o dente que está distante do espaço protético. Atua reduzindo a movimentação (giro da prótese) no lado oposto do eixo de rotação. 90° do eixo de rotação.

Elementos constituintes da PPR

- Grampos/retentores** – braço de retenção, oposição, apoio oclusal, corpo do grampo, conector menor

- **Direto** – Na mesial do dente vizinho ao espaço protético. Em anteriores na região de cingulo. Função de retenção e suporte.
- **Indireto** – Distante do espaço protético. Função de estabilização. Podem ser intracoronários (attachments) e extracoronários

b. Conectores maiores ou barras de união

c. Selas

d. Dentes artificiais

Extremo livre

espaço onde a prótese está ocupando

Classificação das PPRs

Pelas vias de transmissão de força

- Dento suportadas
- Dento-mucosa suportada
- Mucosa-dento suportada
- 50% - 50% chamamos de Mucosa Dento suportada

Classificação de Kennedy/Applegate

Classe I – Desdentado posterior bilateral – pior prognóstico

Classe II – Desdentado posterior unilateral

Classe III - Desdentado posterior intercalado – bom prognóstico

Classe IV – Desdentado anterior cruzando a linha média – bom prog.

Regras de Applegate para a classificação de Kennedy

- Só se classifica depois do preparo de boca l
- Não repor 3º molar (não levar em consideração – avaliar antagonista)
- Se tiver 3º molar, podem ser usados como suporte
- Regra válida para os 2º Molares
- Área desdentada posterior determina a modificação
- A extensão da modificação não é considerada, mas apenas o numero de áreas desdentadas.
- Classe IV não apresenta modificação

Retenção

É a capacidade da prótese em resistir às forças de deslocamento paralelas ao seu eixo. Ocluso-cervical e cérvico-oclusal.

Obtenção do modelo de estudo

Moldeira Vernes – se classe III com poucos espaços Alginato – moldagem única.

Rebordo amplo–dupla-moldagem (silicone + Alginado) ou Cera + alginato

Posicionar modelo no Delineador

- Determina o eixo de inserção
- Análise de áreas retentivas
- Traça as linhas equatoriais
- Preparo diagnóstico
- Auxilia nos casquetes de transferencia
- Construção de encaixes
- Fresagem em peças protéticas

Pontas e funções

- Analísadora – Verificação dos 3 pontos (téc seletiva Applegate)
- Grafite – determina o equador protético
- Pontas calibradora – 0,25 para CoCr, 0,75 para fio de orto e 0,50 ouro
- Facas e cinzéis – Auxiliam no preparo diagnóstico no modelo de estudo

Determinar o eixo de inserção

(Roach 3 pontos)

Funções do Plano Guia

- Determina uma única inserção e remoção da PPR.
- Reciprocidade
- Estabilidade do dente pilar
- Proteção da papila interdental
- Retenção secundária da prótese
- Diminua o espaço entre a PPR – dente

Confecção de plano guia

- Por lingual, palatina e/ou proximal
- Realizamos o preparo no modelo antes de transferir para a boca
- Casquete de 3-5mm (altura) método de Magalhães
- Cimentar com cimento provisório
- Em boca deve ser feito antes dos apoios oclusais
- Ponta diamantada cilíndrica longa
- Executar somente na camada de esmalte
- Terminação do desgaste não deve gerar degrau
- Acabamento, polimento e aplicação de fluor

Apoios PPR - Preparo, nichos e apoios

Reciprocidade

Anula a força de sentido oposto.

Apoios

- Transmite a força no longo eixo do dente
- Impede a PPR descer além do preparo
- Mantém o terminal retentivo (braço de retenção) e o braço de oposição planejadas.
- Mantém as relações oclusais
- Previne a impaction de alimentos entre o dente natural e o adjacente
- Fornece retenção indireta nos casos de extremidade livre.
- Prevenir a extrusão de dentes suportes.

Tipos de retenção

- Fisiológica (saliva com coesão e adesão)
- Física – evitando o giro
- Mecânica – pelo embriçamento mecânico

Planejamento Classe I de Kennedy

Eixo de rotação/fulcro: O eixo real de rotação passará, por uma linha que parte dos apoios mais distais de cada lado da arcada. Pode ter **rotação distal** ou **rotação mesial**. Classe I e II exige retentor indireto.

Retentores diretos mais utilizados:

Ação de ponta T ou 7. Vizinhos ao espaço protético.

Reduzir a rotação distal: diminuindo a quantidade de dentes da prótese.

Reduzir a rotação mesial: retentores indiretos.

Retentor indireto: perpendicular e anterior ao eixo real de rotação. Podendo ser distalizado por estética e conforto.

Localização dos apoios: Se posteriores, na mesial, distante do espaço protético, se em anteriores em cingulo

Conector maior

Maxila: dupla barra palatina, recobrimento parcial médio, recobrimento parcial posterior ou recobrimento parcial médio posterior
Mandíbula: barralingual, splint lingual, chapeado lingual ou contínuo de Kennedy.

Planejamento padrão para Classe II de Kennedy

EIXO DE ROTAÇÃO

A PPR classe II de Kennedy possui eixo real de rotação. Esse eixo real de rotação passa do dente vizinho ao espaço protético de extremidade livre ao último dente suporte da arcada do lado oposto.

Retentores diretos: Ação de ponta T ou 7, localizado na mesial do dente próximo ao espaço protético.

Indiretos: grampos gêmeos

Eixo de rotação:
Retentor indireto
Perpendicular e anterior ao eixo de rotação

Conector maior

Maxila: dupla barra, recobrimento médio ou recobrimento parcial médio posterior
Mandíbula: barra lingual

Planejamento Classe III de Kennedy

Não possui eixo real de rotação
Retentores diretos

- Vizinhos ao espaço protético
- Ação de ponta em I, T ou 7
- Circunferencial: Ackers

Localização dos apoios

Em dentes posteriores devem ficar vizinho ao espaço protético, na ocluso proximal.
Em dentes anteriores devem ficar em cingulo.

Plano guia: Em dentes anteriores devem ser realizados preparos de planos de guia, nas faces proximais vizinhos ao espaço protético. Em dentes posteriores devem ser realizados nas faces proximais vizinhos aos espaços protéticos e nas faces palatinas ou linguais.

SELEÇÃO DO CONECTOR MAIOR

Maxila: Barra palatina, dupla barra, recobrimento parcial médio
A escolha de um conector maior vai depender da extensão da área desdentada

Mandíbula: barra lingual

Planejamento Classe IV de Kennedy

Se a área anterior for pequena, até a extensão dos 4 dentes incisivos, não haverá eixo real de rotação. Se mais dentes ausentes, haverá eixo real de rotação. Que passará pelos apoios mais anteriores.

Retentores diretos

Vizinho ao espaço protético: apoio em cingulo e placa proximal
Opositor: grampo gêmeos

Retentor indireto

Se a prótese não possuir eixo real de rotação não haverá necessidade de planejar retentor indireto. Caso a prótese tenha eixo de rotação os retentores indiretos serão posicionados nos dentes posteriores.

Apoios:

Vizinhos ao espaço protético em cingulo. Planejar retentores em dentes posteriores para a estabilização da prótese.

Conector maior

Maxila: Barra palatina simples, dupla barra, recobrimento parcial anterior.
A escolha de um conector maior vai depender da extensão da área desdentada.

Mandíbula: barra lingual

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

Moldagem Funcional

Superior – individualizar a moldeira em acrílico sobre o modelo de estudo, compreendendo toda a área basal. Com essa base, levar em boca com OZE, esperar a presa do material. Voltar em seguida com alginato e reembasar removendo todo o conjunto. Modelo será usado para produção da estrutura de metal.

Inferior – individualizar com silicone as áreas desdentadas e reembasar com alginato. Modelo será utilizado para a produção da estrutura de metal.

Moldagem funcional de boca fechada para modelo inferior – após a prova dos dentes, será realizado o reembasamento da peça com pasta lizanda (OZE)

Montagem em articulador

Em PPR o paciente pode ou não possuir DVO. Tendo, pode ou não estar adequada. A tomada da DVO – Tec de Little modificada por Tamaki.
DVR-EFL= DVO

RC=Relação Cêntrica – Equilíbrio muscular
OC=Oclusão central-Máx. intercuspidação
RC = OC – manter essa relação
RC ≠ OC – Sem sintomatologia, OC estável, DVO satisfatória, manter a relação. Se tiver sintomatologia, reabilitar em RC. Se sintomatologia for grave, tratar primeiro sintomas.
Se não possui contatos, reabilitar em RC.

Chegar em posição RC pela técnica de House (3mm de abertura – cansaço muscular)

Oclusão

PT+PPR = Oclusão bilateral balanceada
PPR+Dentes/fixa = se tem guia canina, manter, se não, fazer desocclusão em grupo
PPR+PPR = a mesma da anterior.
Se for PPR extensa envolvendo canino, antagonista dentado, realizar desocclusão em grupo.

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80>

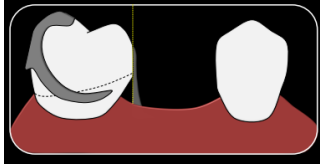
11 9 7495-1083 whatsapp

Simples ou Ackers / Acker invertido



Dentes com posição normal
Quando a área de retenção estiver a distância do espaço edentulo
Limitação: Dentes inclinados para o lado protético.

Circunferencial reverso



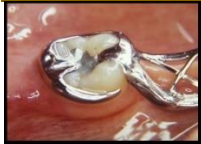
Indicado para molares e prés, quando inclinado para a mesial, áreas de retenção próxima ao espaço edentulo
Limitação: coroa muito baixas e espaço para o conector

Circunferencial em anel (1 apoio) / Martinet e Nally, ou grampo circular



Indicado para Pres e Molares Classe I e II de Kennedy, quando contra-indicado grampo a barra
Área de retenção na M-V
Equador protético alto na distal – a linha do equador deve estar próximo à oclusal distal.
Não precisa fazer um plano Guia até a cervical.
Limitação: Pouca flexibilidade

CIRCUNFERENCIAL EM ANEL (2APOIOS)



Segmento dento-suportado (dente no meio de um espaço)
Em dentes no meio de dois espaços protéticos. Molares e Pres inclinados com retenção na região M-L ou M-V (classe III)
Isolados, entre dois espaços protéticos
Retenção vizinha ao E.P

Pouca limitação: Extremidade livre

GRAMPO GÊMEO OU DUPLO OU GRAMPO CIRCUNFERENCIAL DUPLO



Prés e molares Classe II e Classe IV de Kennedy
Retenção indireta
Limitação: Desgaste da passagem dos braços

Grampo em Anzol ou Gillet



Pré-molares e Molares sup./inf.
Vizinho ao espaço intercalado, quando a área retentiva também se localiza adjacente ao espaço protético.
Dentes com coroa clínica alta. Indicação

Limitação: Estética, Dente periodontalmente comprometido; Coroa clínica curta

Grampo Contínuo de Kennedy



Somente inferiores
Barra de retenção Indireta
Extremidade livre *muito grande*
Estabilização periodontal Indicação – *ajuda a dar estabilidade em dentes anteriores (classe I e II extensa)*
Faz parte do grampo e dos conectores maiores.
Limitação: Altura clínica da coroa

Conectores maiores

Áreas de recobrimento:

- Médio
- Recobrimento parcial anterior
- Posterior

Barra dupla palatina – é muito utilizada em perdas intercaladas

Em mandíbula:

- Universal é a barra lingual, 3-4mm da gengiva marginal livre de espaço, Tem alívio na barra

GRAMPO T

Classe I e II de Kennedy, caninos e Pms e incisivos
Limitação: Condição periodontal (retração), interferência na mucosa (freios e bridas)

GRAMPO 7

Classe I e II de Kennedy, caninos e Pms e incisivos, quando a bossa impede o uso do T.
Limitação: Condição periodontal (retração), interferência na mucosa (freios e bridas)

GRAMPO i

Espaço intercalado
D-V de caninos, PMS, mais estético dos grampos, pouco flexível, geralmente em canino, não usar em extremidade livre
Limitação: Extremidade livre.

Barra Splint Lingual

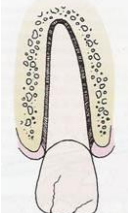







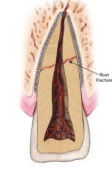
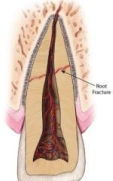
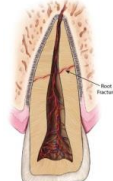


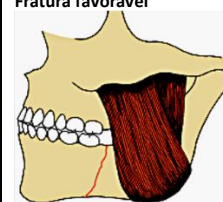
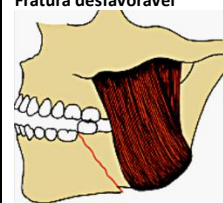
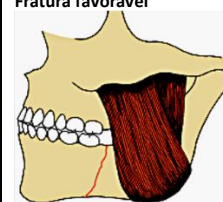
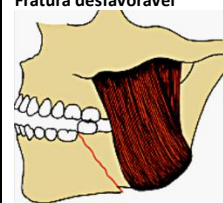
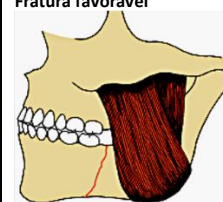
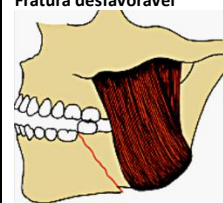
Suas indicações são as mesmas para os casos de Chapeado Lingual, principalmente nas situações em que haja a expectativa de grande movimentação da prótese, nos casos de extremidade livre e se deseje retenção indireta adicional.

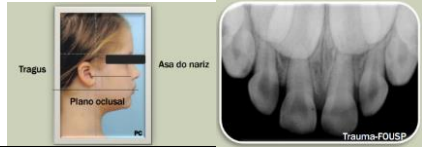
Barra Chapeado lingual



O Chapeado Lingual está indicado para todos os casos em que não existe espaço suficiente para a colocação de uma barra lingual clássica, nas situações em que os tecidos do assoalho bucal apresentam inserções muito altas ou com rebordos remanescentes com alturas reduzidas provenientes de doenças periodontais avançadas.

Trinca de esmalte	Fratura de esmalte	Fratura envolvendo esmalte e dentina sem exposição pulpar.	Fratura de esmalte e dentina (com envolvimento pulpar)
 <p>Fluor terapia</p>	 <p>Regularizar bordas cortantes Fluorterapia Restaurar com resina composta</p>	 <p>Restauração definitiva, CIV ou colagem do fragmento (se fragmento, deixar 10-15mi em soro) Devolver estética</p>	 <p>Antissépticos, anestesia, limpar com soro. < 24hs – Ca(OH) pó + CIV ou definitivo < 1 semana – pulpotomia parcial > Semana – pulpotomia total (Endo) Necrose – Penetração desinfetante</p>
Fratura de esmalte e dentina sem exposição pulpar (permanente jovem)	Fratura corono-radicular SEM envolvimento pulpar	Fratura corono-radicular COM envolvimento pulpar	Fratura coronaradicular complicada
 <p>Proteger a polpa e restauração ou colagem do fragmento; Acompanhamento e se necessário realização do tratamento endodôntico.</p>	 <p>Proteção dentina-pulpar + restauração /colagem do fragmento (até 2mm além do limite gengival). Aumento de coroa clínica</p>	 <p>Tratamento endodôntico/ restauração (matrizes plásticas) / colagem do fragmento (até 2mm além do limite gengival). Aumento de coroa clínica</p>	<p>Fratura envolvendo esmalte e dentina e cimento, podendo ou não ter exposição pulpar, com impossibilidade de selamento/restauração.</p> <p>Em adultos: Remover o fragmento, limpar e colar com sistema adesivo. OHB com clorexidina 0,12% por 2 semanas. Avaliar vitalidade e iniciar endodontia. Evitar exo em dentes permanentes.</p> <p>Exodontia e reabilitação protética em crianças. OBS.: Após Exo, avaliação Clínica após 1 - 2 semanas + 1 mês e Rx Semestralmente até o irrompimento do permanente</p>
Fratura radicular: 1/3 cervical	Fratura radicular: 1/3 médio ou apical (SEM MOBILIDADE e SEM Descolocamento da porção coronária)	Fratura radicular: 1/3 médio ou apical (COM MOBILIDADE e COM Descolocamento da porção coronária)	Fratura radicular: 1/3 médio ou apical (COM MOBILIDADE e Impossibilidade de fazer contenção, ou fratura óssea)
 <p>Em adulto: Reposicionar a coroa e fazer RX. Estabilizar a contenção flexível por 4 meses. Fazer alívio oclusal</p>	 <p>Em adulto: se possível, reposicionar e fazer contenção por 1mes. Acompanhamento, OHB, Repouso da área, se há necessidade de Endo. Clorexidina 0,12% por 15 dias.</p>	 <p>Reposicionar, Contenção semi-rígida por 21-30dias, Repouso da área, se há necessidade de Endo. Clorexidina 0,12% por 15 dias.</p>	 <p>EXODONTIA (pediatria) Em adulto: avaliar possibilidade de plastia gengival. Clorexidina 0,12% por 15 dias.</p>
Se Dente for mantido, seguir protocolo padrão. Se Exodontia + reabilitação Protetica ou gengivectomia, pulpectomia e reabilitação. OBS.: Após Exo, Clínico 1 semana a 2 semana + 1 mês e Rx Semestralmente até o irrompimento do permanente			
Fratura radicular			
Transversal / Horizontal Terço apical é possível manter (não tratar canal). Não sendo, tem que extrair. (pediatria)	Longitudinal / vertical Extração (pediatria)	Obliqua Manter	
ACOMPANHAMENTO PADRÃO: Clínico: 1 a 2 semanas após o trauma Radiográfico 1 mês, 3 meses, 3 meses, semest. até irrompimento do permanente			
<ul style="list-style-type: none"> ● Fratura Alveolar Quadro clínico: fratura envolvendo o osso alveolar com ou sem deslocamento. Pode haver alteração no padrão oclusal, como também mobilidade de todo o segmento. <ul style="list-style-type: none"> Procedimentos: Reposicionar o seguimento ósseo o mais rápido possível (redução da fratura), confirmar no RX, Contenção flexível por 4 semanas, OHB, Clorexidina 0,12% 15 dias 			

FRATURAS FACIAIS					
Protocolo de atendimento A Controle das vias aéreas B Respiração e Ventilação C Controle da hemorragia D Avaliação neurológica Sinais clássicos de qualquer fratura: 1. mobilidade 2. crepitação 3. degrau ósseo Na anamnese – sempre de cima para baixo. RX (+ importantes) PA de mandíbula = Posterior anterior (corpo e ângulo) Towne – para fratura de condilo – exclusiva Lateral oblíca – indica para ângulo Hirtz – Anterior parasinfise e sinfise	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #800000; color: white;"> <th style="text-align: left;">FRATURA EM MANDÍBULA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Zonas de resistência: ● Trajetória mental / sínfise ● Trajetória basilar / marginal ● Trajetória alveolar / dentária ● Trajetória temporal Zonas de fragilidade ● Processo condilar; Coronóide; Ângulo; Corpo; Forame mental; Sínfise; Processo alveolar Como reconhecer uma fratura: ● Mordida aberta ● Desvio na abertura de boca ● Palpação – bi-digital Tipo de fratura Simples – único traço Exposta – tecido ósseo e mole Comidutiva – vários fragmentos Completa – quando tem a separação completa do osso Incompleta – Fratura galho verde. Mecanismo do trauma Direto: no local do trauma Indireto: distante do local do trauma </td> </tr> </tbody> </table>	FRATURA EM MANDÍBULA	Zonas de resistência: ● Trajetória mental / sínfise ● Trajetória basilar / marginal ● Trajetória alveolar / dentária ● Trajetória temporal Zonas de fragilidade ● Processo condilar; Coronóide; Ângulo; Corpo; Forame mental; Sínfise; Processo alveolar Como reconhecer uma fratura: ● Mordida aberta ● Desvio na abertura de boca ● Palpação – bi-digital Tipo de fratura Simples – único traço Exposta – tecido ósseo e mole Comidutiva – vários fragmentos Completa – quando tem a separação completa do osso Incompleta – Fratura galho verde. Mecanismo do trauma Direto: no local do trauma Indireto: distante do local do trauma	Sintomas de dor em fratura de mandíbula Dor; Amasias: dificuldade de mastigação; Dispnéia: dificuldade de respirar; Déficit neurossensorial: nervos alveolar inferior/mental; Desocclusão; Sialorréia: saída excessiva de saliva Incapacidade de movimentos mandibulares Sinais clássicos Edema: acúmulo de líquido nos tecidos moles; Hematoma: coleção de sangue na superfície da pele; Equimose: mancha que penetra nos tecidos após sangramento; Desocclusão; Avulsão dentária; Mobilidade óssea/dentária; Crepitação óssea; Degrau ósseo; Contato prematuro na oclusão; Limitação dos movimentos mandibulares; Desvio da linha pedía na oclusão e na abertura bucal. DICA CLÍNICA: Mandíbula sempre desvia para o lado fraturado REDUÇÃO + CONTENÇÃO / IMOBILIZAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> ● Barra de Erich / aparelho ortodôntico / parafuso de bloqueio (IMF) ● Bloqueio Maxilo-Mandibular (BMM) rígido / semi-rígido: 04 / 06 semana ● Placas e parafusos Incruenta/fechada: sem incisão cirúrgica Cruenta/aberta: com incisão cirúrgica Fraturas subcondilares, nem sempre precisam de intervenção Traumas na região de sínfise, geralmente fratura o condilo	
FRATURA EM MANDÍBULA					
Zonas de resistência: ● Trajetória mental / sínfise ● Trajetória basilar / marginal ● Trajetória alveolar / dentária ● Trajetória temporal Zonas de fragilidade ● Processo condilar; Coronóide; Ângulo; Corpo; Forame mental; Sínfise; Processo alveolar Como reconhecer uma fratura: ● Mordida aberta ● Desvio na abertura de boca ● Palpação – bi-digital Tipo de fratura Simples – único traço Exposta – tecido ósseo e mole Comidutiva – vários fragmentos Completa – quando tem a separação completa do osso Incompleta – Fratura galho verde. Mecanismo do trauma Direto: no local do trauma Indireto: distante do local do trauma					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #800000; color: white;"> <th style="text-align: left;">FRATURA DO PROCESSO ALVEOLAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Fratura favorável  </td> </tr> <tr> <td> Fratura desfavorável  </td> </tr> <tr> <td> Redução, checar oclusão, teste de vitalidade posterior. Contenção com amarras, barra de Eich (Se usar barra de Erich – fixar 2 dentes posteriores à fratura de cada lado), resina composta e fios de orto. </td> </tr> </tbody> </table>	FRATURA DO PROCESSO ALVEOLAR	Fratura favorável 	Fratura desfavorável 	Redução, checar oclusão, teste de vitalidade posterior. Contenção com amarras, barra de Eich (Se usar barra de Erich – fixar 2 dentes posteriores à fratura de cada lado), resina composta e fios de orto.
FRATURA DO PROCESSO ALVEOLAR					
Fratura favorável 					
Fratura desfavorável 					
Redução, checar oclusão, teste de vitalidade posterior. Contenção com amarras, barra de Eich (Se usar barra de Erich – fixar 2 dentes posteriores à fratura de cada lado), resina composta e fios de orto.					

FRATURAS NASAIS	FRATURAS DO ZIGOMÁTICO	FRATURAS LE FORT	
Tratar nas primeiras 3hs (ideal). 3-7 dias (suficiente) – máximo em 15 dias. Redução fechada – Asch (septo) e Walsham (pirâmide). Tamponamento anterior e posterior. Fratura em livro aberto – afundamento do nariz	Vias de acesso: infra-orbital; supraciliar lateral; acesso de Keen (acessa o pilar e arco); acesso de Gillies (acesso pelo temporal) e percutânea (gancho de ginestet)	Le fort I – Horizontal (Assoalho nasal, seios, proc. Pterig.) Le fort II – Piramidal (base do nariz, osso lacrimal, parede medial da órbita até o processo esfenóide) Le fort III – Disjunção crânio facial (sutura fronto zigomaxilar, parede lateral da órbita inferior, osso lacrimal, sutura fronto-maxilar, sutura fronto nasal, proc pterig esfenóide)	
Concussão	Sub-luxação	Intrusão (luxação intrusiva)	Luxação Extrusiva
Pequeno trauma nas estruturas de suporte Ausência de mobilidade , sangramento e deslocamento Resposta à percussão vertical e palpação apical Conduta 1-2semanas: ▶ Não há necessidade de tratamento ▶ Alívio articular ▶ Antiinflamatório – avaliar ▶ OHB ▶ Cuidados dom o tipo de alimentação (7 dias) ▶ Remoção de hábitos de sucção (crianças) ▶ Alívio oclusal Em adultos: clorexidina 0,12% por 2 semanas Controle	Lesão às estruturas de suporte. Ruptura de algumas fibras do ligamento periodontal. Mobilidade sem deslocamento ; Ligeiro sangramento no sulco gengival Conduta 1-2semanas: ▶ Não há necessidade de tratamento ▶ OHB ▶ Cuidados com o tipo de alimentação (7 dias) ▶ Remoção de hábitos de sucção (crianças) ▶ Alívio oclusal Em adultos: clorexidina 0,12% por 2 semanas Obs.: Em caso de mobilidade exagerada, contenção flexível por 15 dias.	Deslocamento do dente para o interior do alvéolo Ausência ou diminuição do ligamento periodontal Compressão ou fratura do processo alveolar Conduta 1-2semanas: (mesma da Sub-luxação) + Palpar fundo de sulco (fratura de tábua óssea vestibular) No longo eixo do dente e por Vest SEM fratura da tabua óssea: Aguardar a início da reerupção espontânea (15 a 30 dias). Reerupção total de 3 a 6 meses Por palatina: Normalmente afeta o permanente – EXODONTIA (crianças) Por vest com fratura da tabua óssea – EXODONTIA -No exame de palpação, ao fazer pressão apical, a incisal do dente se move Obs.: Risogênese completa, fazer reposição ortodôntica (<5mm) ou cirúrgica (>5mm)	Deslocamento do dente no sentido axial, com saída parcial do alvéolo, mobilidade, Espaço aumentado do ligamento periodontal Conduta 1-2semanas: (mesma da Sub-luxação) + reposição digital e contenção ou Exodontia (crianças), ajuste oclusal. Em caso de fratura alveolar; exodontia. Atendimento imediato: Redução da luxação reposicionando o dente e contenção flexível ou semi-rígida por 14-21 dias. Atedimento mediado: Não reposicionar
Futuras alterações: ▶ Calcificação pulpar ▶ Alteração de coloração (hemorragia. Necrose? Nem sempre), pode ser transitória, ou mesmo que fique pode não representar uma necrose. ▶ Pequenas reabsorções		Futuras alterações: ▶ Necrose pulpar ▶ Reabsorções ▶ Lesão ao germe permanente	Futuras alterações: ▶ Necrose pulpar ▶ Reabsorções
POLPA			
Hiperemia pulpar	Necrose pulpar	Hemorragia pulpar	Calcificação pulpar
Normalmente é transitório, mas pode evoluir para necrose pulpar	pode vir acompanhada de lesão apical, fístula ou abscesso	resulta da alteração de cor que com o tempo pode regredir	Degeneração cálcica progressiva da polpa. Não interfere na reabsorção do dente decíduo
PERIODONTO			
ANQUILOSE	RETENÇÃO PROLONGADA	ALVEÓLISE	
Reabsorção por substituição	A raiz do dente decíduo não sofre o processo fisiológico de reabsorção	Infecção no alvéolo dentário	
REPERCUSAÕES NOS DENTES PERMANENTES			
Hipoplasia de esmalte	Alterações radiculares		
TECNICAS RADIOGRÁFICAS DE TRAUMA EM ODONTOPEDIATRIA			
Radiografia periapical modificada		Técnica radiográfica lateral de Fazzi:	
Visualiza dente afetado, proximais e germes. FILME ADULTO – POSIÇÃO OCLUSAL – HORIZONTAL (Deitado) Incidência do RX: 35° - 45° na ponta do nariz		Extra-oral: Com filme periapical adulto, ou filme oclusal Indicado: Nos casos de luxação intrusiva Auxilia visualização Vest/Palt para observar a relação do dente intruído com a tábua óssea vestibular e o germe do permanente. Como: Filme mantido em posição pelo responsável na altura da comissura labial, de maneira que a face sensível do filme deve ficar voltada para a face	
			
AVULSÃO			
	RISOGÊNESE INCOMPLETA	RISOGÊNESE COMPLETA	
Paciente chega com o dente reimplantado	1. Limpar local com soro ou clorexidina 2. NÃO extrair o dente, suturar as lacerações existentes 3. Verificar posição radiograficamente 4. Fazer contenção com fio flexível por 15 dias 5. Prescrever antibiótico e vacina anti-tetânica 6. OHB – escova macia 7. Alimentação líquida e pastosa por 7 dias 8. Clorexidina 0,12% por 15 dias	1. Limpar local com soro ou clorexidina 2. NÃO extrair o dente, suturar as lacerações existentes 3. Verificar posição radiograficamente 4. Fazer contenção com fio flexível por 15 dias 5. Prescrever antibiótico e vacina anti-tetânica 6. OHB – escova macia 7. Alimentação líquida e pastosa por 7 dias 8. Clorexidina 0,12% por 15 dias 9. Iniciar tratamento endodôntico 7-10 dias após reimplante, antes da remoção da contenção. Usar Hidróxido de Cálcio como MIC.	
Paciente armazena em leite (ideal), saliva ou soro em período <60min	10. Limpar superfície e forame com soro 11. Remover coágulo do alvéolo com irrigação 12. Cobrir superfície radicular com microesferas de hidrocloro de minociclina ou solução de doxiciclina por 5 min 13. Reimplantar o dente com pequena pressão digital 14. Verificar as paredes do alvéolo 15. Fazer contenção com fio e manter por 15 dias 16. Antiinflamatório, antibiótico e vacina antitetânica 9. OHB – escova macia 10. Alimentação líquida e pastosa por 7 dias Clorexidina 0,12% por 15 dias e acompanhar	Mesmo procedimento (ao lado) acrescido de: Iniciar tratamento endodôntico 7-10 dias após reimplante, antes da remoção da contenção. Usar Hidróxido de Cálcio como MIC.	
Dente não armazenado corretamente, seco em período >60min	1. Remover restos necróticos da raiz 2. Realizar endodontia antes de reimplantar ou no máximo após 10 dias 3. Curetar alvéolo 4. Tratar o dentes em fluoreto de sódio a 2% por 20min 5. Reimplantar com pequena pressão digital, suturar lacerações 6. Seguir passos no procedimento acima	Reimplante desfavorável. Será procedido como no caso da Risogênese incompleta, com o objetivo de promover o crescimento do osso alveolar para encapsular o dente reimplantado. Fazer contenção por 4 semanas	

FASES DO DESENVOLVIMENTO	MEDO OBJETIVO		SUBJETIVO
	DIRETO	INDIRETO	
1. Fase oral 0 - 18 meses 2. Fase anal (bebê 18 meses – 3 anos) - FALAR – MOSTRAR – FAZER capaz de ficar sentada 10-20 min 3. Fase fálica (de 3 – 5 anos) Concentrada até 30 min 4. Fase latência (de 5 a 12 anos) 6 – 7 anos de idade 7 – 12 anos de idade 5. Fase genital (de 13 – 19 anos)	Experiência desagradável no dentista	Experiência em ambientes semelhantes ao consultório (ex. hospital, farmácia)	Medo assimilado de outro; Ocorre por sugestão. Sucção Fisiológica: 9 – 12 meses Psicológica: + 3 anos Patológica: >3 anos

EDUCAÇÃO

IDADE	DENTIFRÍCIO – 3x/dia	NÃO IRROMPIDOS	JANELA DE INFECTIVIDADE	TIPO DE ESCOVA	TÉCNICA
Bebês (até 2 anos)	Metade de 1 grão de arroz cru (0,05g)	Amamentado NÃO se higieniza com gaze ou outros meios	1 dente inc inferior 1 molar	Cabeça pequena Macia Cabo grosso	Fones 15x
Que não sabem cuspir (2 - 4 anos) Ingere 60% do dentifrício	1 grão de arroz cru (0,1g)	Se for um preparo especial, fazer a higienização com gaze/dedeira de silicone.			Fones (Starkey) bolinha/trem – 15x <6 anos – sem coordenação motora
Que sabem cuspir (> 4 anos) ingere 25% Cima de 6 anos	1 grão de ervilha (0,3g)	Fluor: mínimo 1000 – 1500 ppm			15x Bass Modificada

IHO – S (ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO)
 (VEST) – 1º molar sup direito e esquerdo.
 (LING) - 1º Mol inf direito e esquerdo
 (VEST) – 51 e 81

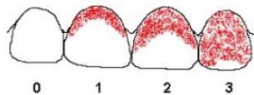


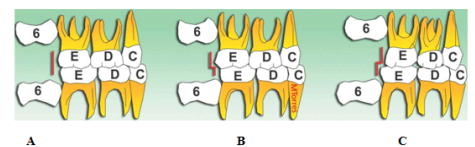
Figura 1- Superfícies dentárias coradas e classificadas de acordo com a quantidade de terços envolvidos.

Somatória dos valores
 Numero de dentes corados

0 - 1 = está bom | 1 - 2 = regular | 2 - 3 = péssimo
 Somente dentição decídua
 IHOS = 0 (zero) não aplicar flúor

Relação terminal

Referencia 2ºMol Inf Decíduo
 A) PLANO – Ideal
 B) DEGRAU MESIAL – Classe III Angle (Para frente)
 C) DEGRAU DISTAL – Classe II Angle (Para trás)



Odontogênese

- ▶ Fase de botão
- ▶ Fase de capuz
- ▶ Fase de campânula
- ▶ Fase de aposição
- ▶ Fase de coroa

5 Funções da polpa:

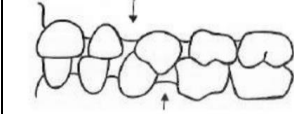
- 1 Indutora
- 2 Formadora
- 3 Nutritiva
- 4 Protetora
- 5 Reparadora

Estágio de Nolla

0 – ausência de cripta	7 – 1/3 raiz completa
1 – presença de cripta	8 – 2/3 raiz completa
2 – calcificação da coroa	9 – raiz compl. Ápice aberto
3 – 1/3 coroa completa	10 – ápice fechado
4 – 2/3 coroa completa	7-10 pós eruptiva Mov. O/V/L/M/D e Horiz Mov. Intra/Extra ósseo
5 – coroa quase compl.	
6 – coroa completa	
0-6 Intra-ósseo Mov. Corpo (O/V) Mov excêntrico (3D)	

ARCO DE BAUME – Exclusivo decídua

TIPO I – diastema nos anteriores – Ideal (SUP e INF)



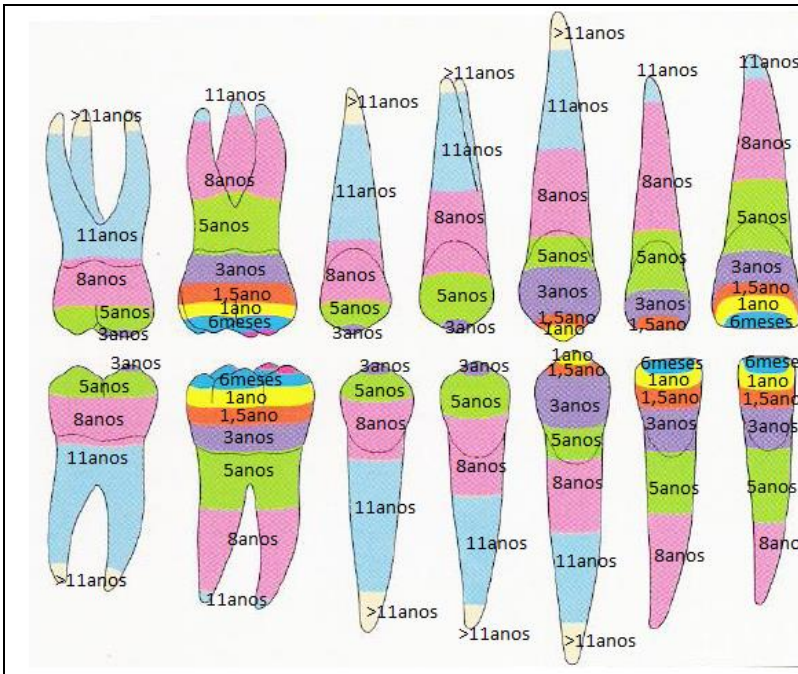
TIPO II – SEM diastema anterior - desfavorável (apenas 1 diastema é patológico)

TIPO MISTO – Somente em um dos arcos

ESPAÇO PRIMATA

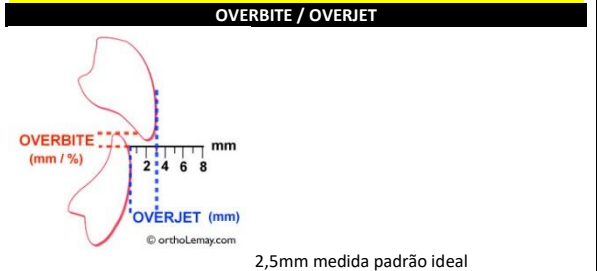
Maxila – Entre IL e C
 Mandíb – Entre C e 1ºM
 Uni ou bi lateral

5 a 7 meses Incisivos Centrais Decíduos	8 a 11 meses Incisivos Laterais Decíduos	12 a 16 meses 1os Molares Decíduos	16 a 20 meses Caninos Decíduos	2os Molares Decíduos 19 a 24 meses
3 anos (+/- 6 meses)	4 anos (+/- 9 meses)	6 anos 1os Molares Permanentes	6 anos Incisivos Centrais Inf.	6 anos Incisivos Laterais Inf
7 anos Incisivos Centrais Superiores	8 anos Incisivos Laterais Superiores	10 anos Caninos Inferiores E PM inf.	11 anos Caninos Superiores 2os Pré-Molares	12 anos 2os Molares



Rizólise			
DENTES	IRROMPIMENTO	RAIZ COMPLETA	INÍCIO DA RIZÓLISE
Incisivos Centrais	5 a 7 meses	± 2 anos	± 3 anos
Incisivos Laterais	8 a 11 meses	± 2,5 anos	± 5 anos
1os Molares	12 a 16 meses	± 3 anos	± 7 anos
Caninos	16 a 20 meses	± 3 anos	± 7 anos
2os Molares	19 a 24 meses	± 3,5 anos	± 8 anos

3-4 anos todos os decíduos estão com as raízes completas



RADIOGRAFIA EM ODONTOPEDIATRIA

<p>Tec. Periapical >5anos (certeza de cárie/lesão)</p> <p>Dentição Decídua 6 RX 4 na região posterior periapical 2 na região anterior periapical</p> <p>Dentição mista 10 RX 3 na região antero superior 3 na região antero inferior 4 na região posterior</p>	<p>Método da bisetritz Pré escolar > 6 anos</p> <p>Tec. Do Paralelismo Posicionadores infantis</p> <p>Tec. Interproximal (dúvida de cárie/lesão)</p> <p>Tec. Periapical modificada <5 anos</p> <p>Tec. Panorâmica</p>	<p>Tec de Clark Pesquisar em Vest e Palat Desvio para direita ou esquerda</p>	<p>Tec. Muller-Winter Localização em Mandíbula Pac segura o filme Tempo: Dobro da periapical</p>
--	--	--	---

Plano de tratamento

<p>Fase preventiva:</p> <ol style="list-style-type: none"> IHOs – OHB Profilaxia profissional Aplicação tópica de flúor: IHOs >1 e dentes em irrompimento Selante Protocolo de verniz OHA – Orientação hab. aliment. 	<p>Fase preparatória – Isolamento relativo</p> <ol style="list-style-type: none"> Procedimentos que interrompam a doença Adequação do meio bucal Remoção parcial das lesões de cárie e vedamento com cimento provisório (CIV), aplicar Selante superficial – Sem anestesia (Usar Papacárie) Remoção cirúrgica de focos de infecção Remover smier lear líquido do ionômero e lavar <ul style="list-style-type: none"> Terapia pulpar (provisória) Exodontia Raspagem 	<p>Fase reabilitadora:</p> <p>Ex:</p> <ul style="list-style-type: none"> Restauração (dentística) Terapia pulpar Exodontia Prótese Orto Frenectomia Gingivectomia
--	---	---

URGÊNCIA NÃO ENTRA NO PLANO, VEM EM PRIMEIRO LUGAR.

Medidas preventivas em odontopediatria

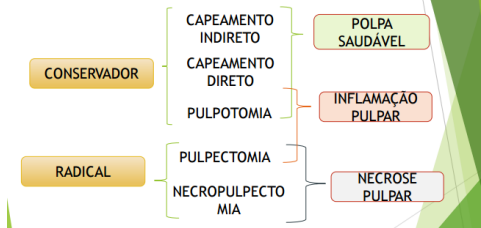
<p>PROTOCOLO DE VERNIZ – F e Chz (clorexidina)</p> <p>Até 6 meses de irrompimento Duração: 6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Semanal (intercalando) durante um mês Mensal (intercalando) <p>Isolamento relativo Aplicando com microbrush, nos sulcos.</p> <p>Função do flúor – ajuda na mineralização Função da clorexidina – anti microbiano</p>	<p>Aplicação tópica de Fluor (FFA) ou neutro</p> <p>Superfície limpa Dentes hígidos ou NÃO (cariado)</p> <p>Uso profissional – gel e mousse Géis 9000 a 12.300 e os vernizes 22.600ppmF</p> <p>Técnica de aplicação</p> <ol style="list-style-type: none"> Profilaxia Secar os dentes Aplicar Deixar de 1-4 min Aspirar com alta potência o tempo todo Paciente sentado Evitar que o paciente engula Remover a moldeira Cuspir excesso Avisar que gosto é azedo Fazer um arco por vez Evitar a ingestão de alimentos <30 min 	<p>Bochechos</p> <ol style="list-style-type: none"> Uso diário = NaF 0,05% - 225 ppmF (é o mais utilizado) baixa concentração Uso semanal = NaF 0,2% - 900 ppmF <p>Perda prematura do dente Mantenedor de espaço se o sucessor permanente estiver em período inferior a 6 meses da erupção.</p>
---	--	---

SISTEMA ISO/FDI		Direito								Esquerdo							
		55	54	53	52	51	61	62	64	65							
Superior		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Inferior		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
										71	72	74	75				

Diagnóstico

1. RX – foliculo pode confundir com lesão
2. Ciclo biológico do dente decíduo
3. Determinar o grau de saúde da polpa (estágio de inflamação ou necrose)
4. Não fazer teste de vitalidade/percussão
5. Teste pela anamnese/ relatos.

TRATAMENTO



Inflamação irreversível – Dor espontânea, prolongada após os testes, sangramento muito intenso ou ausente, cor alterada, sem resistência ao corte.

Polpa sem vitalidade – *Abscesso agudo*: imagem discreta. *Abscesso crônico* – imagem bem definida

Dores espontâneas no período da noite indica dano pulpar avançado (irreversível)

Dores por estímulos (provocada), indica resposta pulpar, reação pulpar (reversível)

Dor gelado – polpa inflamada, se dor de curta duração a polpa tem capacidade de resposta

Dor quentes e prolongados: polpa em processo de degeneração

Generalidades

Não usamos Cone de GuttaPercha
NUNCA MATERIAL PERMANENTE.

Diferenças anatômicas: molares deciduos apresentam canais atrésicos (usar no máximo 3 limas #15, #20, #25), raízes curtas, curvatura acentuada, etc. Em dentes anteriores (#60)

Caapeamento pulpar indireto

1. Remover dentina infectada
2. Manutenção da dentina afetada
3. Hidrox Calcio pasta/pasta

Indicação:

- Dentes com grande lesão de cárie
- Não pode ter dor espontânea
- Sem mobilidade
- Ciclo biológico compatível
- Ausência de alterações na imagem radiográfica

Técnica:

- Anestesia (se houver risco de exposição pulpar)
- Isolamento absoluto (se risco de exposição)
- Remoção da cárie através de curetas
- Curativo sobre a dentina com Hidro C
- Selamento da cavidade com CIV ou resina
- Proervação
- Sessão única, com controle trimestral

CAPEAMENTO PULPAR DIRETO (pouco indicado)

- Medicação direta sobre a exposição pulpar
- Avaliação criteriosa para se indicar

Indicação:

- Bom estado de saúde geral
- Ciclo biológico compatível
- Diagnóstico preciso
- Microexposição pulpar de origem mecânica
- Sem contaminação (saliva- microrganismos)

Materiais de eleição:

- Hidróxido de Cálcio
- MTA
- Pasta Guedes-Pinto

Técnica:

- Anestesia
- Isolamento absoluto
- Irrigar a ferida com soro fisiológico
- Secar com penso de algodão estéril
- Colocar o agente capeador
- Selamento cavitário (lâmina de guta-percha + CIV)
- Proervação

Materiais de eleição:

- **Pasta Guedes-Pinto**
MODO DE APLICAÇÃO: mistura-se 1 medida de iodofórmio, 2 gotas de PMCC e 1cm de rifocort. Aplica-se sobre o tecido pulpar remanescente
- **MTA**
selador endodôntico
Melhor formação de dentina tubular do que o hidróxido de cálcio
- **Formocresol**
Aplicado sobre o remanescente pulpar com bolina de algodão e pinça clínica, durante 5 minutos
- **Hidróxido de Cálcio**
- **Sulfato Férrico**
Indicado para tratamento de dentes que deverão permanecer na cavidade bucal por mais de 36 meses
- **Glutaraldeído**
Modo de aplicação: utilizar bolinha de algodão estéril e pinça clínica, aplicar o material por um período de 5 minutos.
- **Laser**

POLPOTOMIA/PULPOTOMIA

Amputação cirúrgica da polpa coronária, seguida do uso de fármacos

- Medicamento aplicado após a contenção da hemorragia pulpar

Indicação:

- Dente com vitalidade pulpar;
- Ciclo biológico compatível;
- Dente que deve permanecer no arco por + 1 ano
- Cárie profunda com risco de exposição pulpar
- Ausência de lesão na furca ou no ápice radicular
- Pulpite em fase inicial (sangramento);

Técnica:

- Anestesia
- Isolamento absoluto
- Remoção do tec cariado
- Remoção do teto da câmara e exposição
- Polpotomia com curetas afiadas
- Hemostasia com algodão estéril, sob pressão
- Medicamento: Pasta Guedes, HidroC, formocresol, sulfato férrico ou MTA

**PULPECTOMIA/PENETRAÇÃO DESINFECTANTE
NECROPULPECTOMIA**

- Estágios inflamatórios irreversíveis
- Necrose pulpar por lesão de cárie
- Terapia pulpar

INDICAÇÕES:

- Lesão de cárie com envolvimento pulpar
- Fístula ou abscesso;
- Reabilitação pino/coroa;
- Reabsorção < 1/3 do comprimento da raiz.

Técnica:

- Radiografia de diagnóstico
- Odontometria
- Anestesia
- Isolamento absoluto
- Esvaziamento da câmara com cureta e irrigação com líquido Dakin
- Localizar canais radiculares
- Preencher a câmara com Endo-PTC e gotejar líquido Dakin sobre ele
- Instrumentação com lima Kerr (1+2) de diam proporcional
- Irrigação com Hipoclorito 1% e aspiração concomitante
- Secagem por sucção
- Secagem com cones de papel
- Colocação do material obturador (1°Lima anti-horário)
- Obturação dos canais com material reabsorvível como a Pasta Guedes Pinto, HidroC e OZE.
- Base de Guta-percha (fina camada)
- Selamento
- Restauração com material que proteja de micro infiltrações

PULPITE IRREVERSÍVEL

ASPECTO PULPAR

- com estrutura (corpo)
- Consistente
- Resistente ao corte
- Hemorragia suave
- Sangue com coloração vermelho brilhante

NECROSE PULPAR

ASPECTO PULPAR

- sem estrutura
- Consistência pastosa/liquificada
- Desintegração durante a remoção
- Ausência de hemorragia
- Sangramento, se houver, com coloração escura

<p>INDICAÇÃO DE EXODONTIA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Grande comprometimento do dente -Dentes com rarefação óssea (periapical ou interradicular persistente) -Rompimento da cripta óssea do germe do sucessor permanente. -Contraindicação da endo é indicação da cirurgia. -Dentes com alveólise -Dentes com cáries que já atingiram a bifurcação -Dentes com raízes fraturadas -Dentes anquilosados e submersos (abaixo da oclusão dos dentes proximais) <p>ACIDENTES COMUNS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fraturas coronárias -Fraturas radiculares – comum em risólise incompleta -Sangramento abundante – quando não fez correta anamnese. -Traumatismo e/ou avulsão do germe permanente. Nesses casos, reimplantar, suturar e entrar com medicação para evitar contaminação. 	<p>Dificuldades em cirurgia</p> <p>Risólise assimétrica</p> <p>Raízes de molares com estreita relação com a coroa do dente permanente</p> <p>Dentes anquilosados</p> <p>Perda de espaço</p> <p>Sequência</p> <p>Pré-anestesia (tópico sempre) 3 minutos</p> <p>Luxação (não fazemos intrusão)</p> <p>Hemostasia (não fazemos manobras de Chaumpret)</p> <p>Cirurgia de tecido mole</p> <p>Frenectomia labial e lingual</p> <p>Plástica e correção gengival</p> <p>Ulectomia</p> <p>Papilomatoses</p> <p>Mucocele</p> <p>Cirurgias complexas</p> <p>Inclusos como: dentes dilacerados, odontomas complexos compostos, supranumerários</p> <p>Cistos dentígeros</p> <p>Tracionamento dentário</p> <p>Transplante de 3º em 1º</p>	<p>Uso de fórceps – anteriores e posteriores</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evitar a intrusão ● Cuidados com o movimento de rotação e avulsão (Não fazer movimento de vestibular e paliativa) para não tocar o sucessor ● Em posteriores apreensão na área cervical. ● Contraindicado quando não houver porção coronária suficiente. <p>Elevadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quando não tem coroa clínica ● Luxação de dentes para posterior usando o fórceps ● Expansão do osso alveolar facilitando a exodontia ● Remoção de raízes fraturadas ou seccionadas cirurgicamente ● Dentes anteriores com reabsorção radicular extensa
--	--	---

Cárie

<p>DENTINA INFECTADA</p> <p>Consistência amolecida</p> <p>Aspecto umedecido</p> <p>Alta concentração de bactérias</p> <p>Não remineraliza</p> <p>DENTINA AFETADA</p> <p>Semelhante a dentina sadia (não remover)</p> <p>DIAGNÓSTICO DAS LESÕES DE CÁRIE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Localização da lesão 2. Atividade da doença (ativa/inativa); 3. Tipo de tecido envolvido 4. Biofilme <p>INSPEÇÃO VISUAL</p> <p>SONDAGEM</p> <p>EXAME RADIOGRÁFICO</p>	<p>MANCHA BRANCA ATIVA</p> <p>Características Clínicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Opaca 2. Rugosas 3. Sem brilho 4. Localizada em esmalte 5. Próxima da margem gengival 6. Gengiva com características de inflamação 7. Acúmulo de biofilme <p>CONDUTA CLÍNICA</p> <p>Lesões de cárie restritas ao esmalte podem, usualmente, serem controladas por meio do controle do biofilme, alterações na dieta, utilização de agentes quimioterápicos (vernizes de flúor e clorexidina) e CIV.</p> <p>MANCHA BRANCA INATIVA</p> <p>Características Clínicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lisa 2. Brilhante 3. Localizada em esmalte 4. Afastada da margem gengival 5. Gengiva com características de saúde 6. Sem presença de biofilme <p>CONDUTA CLÍNICA: Acompanhamento</p>	<p>LESÃO DE CÁRIE ATIVA EM DENTINA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Características Clínicas: 2. Presença de cavidade 3. Localizada em dentina 4. Aspecto umedecido 5. Brilhante 6. Consistência amolecida 7. Coloração predominante amarelo-acastanhada <p>CONDUTA CLÍNICA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Remoção parcial do tecido cariado; 2. Terapia pulpar quando necessário; 3. Restauração ou Reabilitação; 4. Orientação de práticas alimentares e hábitos de higiene. <p>LESÃO DE CÁRIE INATIVA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Característica clínicas: 2. Brilhante 3. Dura 4. Coloração predominantemente enegrecida, superfície lisa não-retentiva <p>CONDUTA CLÍNICA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acompanhamento clínico/ radiográfico; 2. Restauração ou Reabilitação; 3. Procedimentos preventivos; 4. Orientação de práticas alimentares e hábitos de higiene. 	<p>CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA</p> <p>Coloração esbranquiçada ou amarelada, com aspecto amolecido (cárie aguda e rampante).</p> <p>Principal fator desencadeante: mamadeira noturna (com ou sem açúcar) e ausência de higienização.</p> <p>Evolução aguda;</p> <p>CONDUTA CLÍNICA</p> <p>Remoção parcial ou total do tecido cariado;</p> <p>Terapia pulpar quando necessário;</p> <p>Restauração ou Reabilitação;</p> <p>Orientação de práticas alimentares e hábitos de higiene</p> <p>Diagnóstico Diferencial</p> <p>MANCHAS BRANCAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CÁRIE INCIPIENTE ● HIPOPLASIA ● FLUOROSE
--	---	---	---

TÉCNICAS ANESTÉSICAS

<p>1 tubete para cada 10Kg</p> <p>Usar um 1tubete na infiltrativa</p> <p>Reduzir a dose habitual para 1/3 quando a criança estiver debilitada</p> <p>Lidocaína é o anestésico de eleição</p> <p>Agulhas sempre curtas</p> <p>Anestesia tópica</p> <p>Indicações</p> <p>Moldagem</p> <p>Exame radiográfico</p> <p>Sempre antes de qualquer anestesia local</p> <p>Remoção de dentes decíduos com raízes totalmente absorvidas</p> <p>Dente com muita mobilidade (somente o tópico)</p> <p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 3 min. com algodão ● Meio seco <p>Contraindicação</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Úlceras traumáticas; ● Úlceras aftosas; ● Herpes simples. <p>Anestesia infiltrativa</p> <p>Indicações:</p> <p>Maxila e Mandíbula</p> <p>< 5 ou 6 anos SEM 1ºM</p> <p>Anestesia interseptal/interpapilar</p> <p>Colocar dique de borracha</p> <p>Atuar no palato/lingual</p> <p>Terapia pulpar</p> <p>Anestesia palatal ou lingual</p> <p>Colocar grampo para isolar</p> <p>Exodontia</p> <p>Tratamento pulpar</p>	<p>Pterigomandibular</p> <p>Indicações:</p> <p>Molares inf. decíduos e permanentes</p> <p>Anestesia de pre molares inferiores</p> <p>Diferenças anatômicas:</p> <p>Ramo mais curto e menor</p> <p>Ângulo goniaco mais aberto</p> <p>A língua da mandíbula pode estar situada abaixo do plano oclusal</p> <p>Se criança já tem dentes permanentes, usar pterigo normal.</p> <p>Varição técnica</p> <p>A posição deve estar ligeiramente mais baixa e mais posterior do que no adulto.</p> <p>Começa angulado, introduzindo entre canino e molar decíduo.</p> <p>Técnica</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Antissepsia da região de puntura. ● Secagem da mucosa. ● Aplicação do anestésico tópico. ● Localização do ponto de punção (superfície oclusal dos molares decíduos). ● Apalpar com o dedo indicador a linha oblíqua externa para localizar a fossa retromolar (metade da altura da unha). ● Colocar a seringa na altura de canino e primeiro molar decíduo do lado oposto, ligeiramente inclinada para baixo (TÉCNICA DIRETA). ● Introduzir cerca de um centímetro e depositamos 1/3 do anestésico, anestesiando assim o nervo lingual. Depois introduzimos a agulha mais um centímetro (2 no total) e depositamos o restante do anestésico, anestesiando assim o nervo dentário inferior. 	<p>Cuidados especiais</p> <p>É sistematicamente contraindicado o uso de anestésico local SEM VASOCONTRITOR em crianças</p> <p>Quando necessário optar por: Mepvacaina 3% ou Prilocaina 3%.</p> <p>O uso da Bupvacaina está contraindicado em crianças, devido sua longa duração (6-7 horas)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes anêmicos <p>Contraindicado o uso de prilocaína – risco de metahemoglobinemia</p> ● Diabetes <p>Vasoconstritor adrenérgico estimulam glicogênese hepática (hiperglicemiante) (Usar NÃO ADRENÉRGICO – FELIPRESSINA – PRILOCAÍNA)</p> ● ASMÁTICO – usar Prilocaína com felipressina <p>Orientem alérgica – sensível ao sulfito</p> <p style="text-align: right;">Jasiel Oliveira</p> <p style="text-align: right;">https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7</p> <p style="text-align: right;">https://www.instagram.com/jayoliveira80/</p> <p style="text-align: right;">11 9 7495-1083 whatsapp</p>
--	--	--

Coroas de aço

- Indicada para grandes destruições coronárias em molares deciduos e o remanescente não tem condições de suportar esforços mastigatórios.
 - Extensas lesões de cárie (não retem o material restaurador)
 - Hipoplasias
 - Anomalias hereditárias (amelogenese e dentinogenese imperfitas)
 - Após terapia pulpar em dentes muito comprometidos (risco de fratura)
 - Cárie precoce da infância
 - Perda da dimensão vertical por bruxismo
 - Dentes anquilosado (**infraoclusão**)
 - Não devem ser utilizadas em dentes permanentes (pobre ajuste gengival e oclusal)
- Técnica**
1. Seleção da coroa
 2. Preparo do dente (mesmo da fixa)
 3. Ajuste da coroa
 4. Isolamento relativo
 5. Limpeza (desengordurar a coroa - clorexidina)
 6. Cimentação (CIV ou fosfato de zinco)
 7. Remoção dos excessos gengivais

INCRUSTRAÇÕES

Indicações:

- Dentes muito destruídos, onde não é possível a realização de restaurações
 - Adaptação cervical – lesões ao periodonto
 - Adaptação
- Contraindicada
- Crianças com alto risco de cárie
 - Higiene deficiente
 - Dieta inadequada
 - Cárie de acometimento precoce

Técnica de confecção

1. Preparo do dente
2. Moldagem
3. Obtenção de modelos
4. Fase laboratorial
5. Pode-se realizar provas em duralay ou em cera
6. Prova da incrustação
7. Observar oclusão estática e em movimento
8. Observar adaptação dente-protese
9. Cimentação
10. Isolamento relativo
11. Cimentos ionoméricos

Desvantagens

- Custo elevado
 - Realizado em 2 etapas
- (DICA MOLDAGEM – Moldar primeiro o inferior, pois dá menos ânsia)**

INLAY/ONLAY (indireta)

Indicações

- Dentes com defeitos estruturais
- Dentes com pequena dimensão gengivo-oclusal da coroa clinica
- Anquiose (dente que não erupcionou corretamente) é preciso colocar ele em oclusao até o momento oportuno da exodontia.
- Dentes que precisam de extensas restaurações diretas (longo período)

Contraindicações

- Pacientes com alto índice de cárie
- Bruxismo
- Cavidade sem esmalte cervical
- Cavidades subgengivais

Cimentar com cimento resinoso ou flow. Tem que ter condicionamento dos tec no modelo do sistema adesivo.

COROAS DE ACETATO

INDICAÇÕES:

- Extensas lesões de cárie (não retem material restaurador)
- Hipoplasias (o amalgama não é indicado)
- Anomalias hereditárias
- Após terapia pulpar de dentes muito comprometidos (risco de fraturas de esmalte)
- Cárie de acometimento precoce (rampante)
- Dentes com alterações de cor

PREPARO DO DENTE

SELEÇÃO DA COROA

Resina flow

Colocar na forma

Polimerizar

Remover o molde de acetato

AJUSTE OCLUSAL

Cimentação

Pino e coroa

O pino intraradicular deve ocupar apenas 1/3 da raiz para não interferir na reabsorção.

Contraindicação

- Bruxismo
- Mordida profunda
- Força oclusal acentuada sobre os dentes anteriores
- Mordida em topo
- Falta de espaço protético

Realização

1. Pulpectomia
2. Preencher com pasta Guedes
3. Isolamento absoluto
4. Desobturar o 1° 1/3 cervical do canal radicular com curetas de dentina (medir com sonda periodontal)
5. Vedamento do canal com Guta-percha

Pino de fibra de vidro 1/3 do canal

Seleção do pino com o tamanho compatível com a luz do canal

Determinação do comprimento do pino, marcar com lápis até ½ da futura coroa.

Recorte do pino (alta rotação)

Técnica

- a. Limpeza dos pinos com álcool 70%
 - b. Silanização dos pinos por 1 min e secagem
 - c. Aplicação de adesivo nos pinos e fotopolimerizar
 - d. Condicionar o remanescente com ácido forfórico do remanescente dentário e parte intraradicular.
 - e. Lavagem e secagem
 - f. Aplicação de sistema adesivo intracanal e foto
 - g. Cimentação do pino com cimento dual
 - h. Espalhar o cimento por todas as paredes, molhar o pino no cimento e posicionar para fotopolimerizar
 - i. Confecção do munhão de resina composta opaca, com formato expulsivo de cervical para incisal
- Medição da coroa com compasso de ponta seca

PROTESE REMOVÍVEL

- Recuperar o espaço
- Manter o espaço para a erupção do dente
- Não deve interferir no processo de desenvolvimento de dentes e arcos dentários
- Impedir a extrusão do antagonista
- Proporcionar boa mastigação e fonação
- Restaurar os contornos faciais normais
- Permitir fácil higienização
- Evita comprometimento mastigatório, estético e fonético
- Previne hábitos deletérios
- Auxilia na devolução da estética
- Evita extrusões, perda de dimensão vertical

Numa PPR o grampo sempre fica de mesial para distal
Grandes perdas podem ser indicação de PT

Outras opções protéticas

- Prótese adesiva (tira cerâmica trançada) para um elemento.
- Coroas cimentadas – confeccionada em laboratório.

Lembrar: a reabilitação protética só deve ser iniciada após o controle da doença cárie. (reestabelecimento do equilíbrio do meio bucal, higiene bucal e controle da dieta)

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

Amálgama

Reação entre a liga Ag e Sn e mercúrio

1. Inicia-se a trituração atingindo dureza parcial em 20 min.
2. Termina a cristalização final em 48hs depois

Polimento e acabamento 48hs após.

Presas do amálgama = Cristalização

Elementos químicos: Prata, estanho, cobre e zinco.

Teor de cobre: Alto teor de prata e baixo teor de cobre, tem valamento marginal e corrosão.

Se tem alto teor de cobre – excelente desempenho clínico, não forma gama2 e tem baixa resistência à corrosão e não sofre valamento, são melhores. Gama2 não é bom – promove corrosão.

CREEP – só quando tem gama2, tendo expansão do material e valamento, gap, marginal.

Manipulação do material

1) Trituração - Amalgamador por 8s

2) Condensar

- o Adaptação do amálgama – por tração
- o Eliminação de porosidade
- o Redução do conteúdo de mercúrio
- o Usar condensadores menores e depois os maiores

- o Adaptar nos ângulos diedros
- o Deixar excesso para esculpir

3) Brunidura – pré escultura

4) Escultura

5) Brunidura pós-escultura

6) Ajuste oclusal

 - Não usar broca

7) Acabamento e polimento

 - 48hs depois

Fases da resina acrílica

Resina acrílica – 5 fases:

Líquida, Arenosa, Pegajosa, Plástica, Borrachóide

Ativador da RAAQ: amina terciária

Iniciador: peróxido de benzoila

Estágios da polimerização: Indução, propagação, terminação.

VAZAR GESSO

TIPO II - Separar volume de água correspondente **50%**

TIPO III - Separar volume de água correspondente **30%**

TIPO IV e V - Separar volume de água correspondente **20%**

Resina composta – sistema adesivo

Condicionante ácido – 3 passos

(Ácido fosf+primer+bond)

1. **Cond. Ácido** – 30s / 15s (esmalte e dentin)
 2. Lavar em abundancia (mesmo tempo)
 3. Secar com papel filtro – manter úmido
 4. **Primer** – 30 s sob agitação
 5. Jato de ar
 6. **Aplicar bond**
 7. Formar camada híbrida
- Condicionante ácido – 2 passos
(Ácido fosf + primer/bond)
- Resina
1. Técnica incremental oblíqua
 2. Colocar pequenas partes e fotopolimerizar
 3. 15s cada jato de luz

Ativador: luz

Iniciador: Canforoquinona

Silano

Agente de união – entre a matriz e as partículas de carga

Alginato

Proporção pó e líquido igual 1:1

Vazar o mais rápido possível <30min

Hidróxido de Cálcio

1. Porções iguais de pasta (Base / catalizador)

2. Usar espátula 50 até cor homogênea e brilhante
3. Não aplicar camada espessa com aplicador de hidróxido de cálcio, na região profunda
4. Evitar tocar nas paredes
5. Tempo total de trabalho 30 seg.
6. Bom isolante térmico

Indicação

1. Reduz a atividade antibacteriana
2. Forma uma base
3. Fecha a câmara pulpar
4. Impede a ação de agentes agressores
5. Forrador e capeamento pulpar
6. Usado em restauração próximo a cavidade pulpar
7. Base/cimentação para rest. provis. ou definitiva

Capeamento indireto: Poupa ainda protegida – não exposta

Capeamento direto: Pequena exposição da câmara pulpar

Forramento – casos não tão profundos.

Pacientes jovens

Ausência de saliva

Induz à formação de dentina

Oxido de Zinco e Eugenol (OZE)

Misturar em placa de vidro fina (resfriada

– retada polimerização) e espátula rígida nº 36, sem proporção pó/líquido definida.

Movimentos vigorosos. Tem ação

sedativa (importante se tem dor). **Não usar com resina, eugenol causa irritação.**

Cavidades rasas. Se for profunda, fazer forramento.

Não usa se houver exposição. Presa inicia em contato com a água. Possui efeito anódino.

OZE Tipo 1

Confecção de restaurações provisórias de curta duração ou para cimentação provisória. Possui baixa resistência mecânica

OZE Tipo 2

Confecção de bases cavitárias, restaurações provisórias de longa duração e cimentação permanente.

Ionômero de Vidro (CIV)

Usar espátula plástica, movimento

leve por 60 seg.

Adequação do meio bucal

Proteger com verniz

“Fio que não quebra”

Uso em crianças e adultos

Não recomendado para região anterior

Grande vantagem: adesividade ao dente, libera flúor.

CIV-R (restaurador) – Provisório de longa duração, ou definitivo.

CIV-F (forrador) – Bases cavitárias profundas ou bastante profundas

CIV-C (cimentante) – Agente cimentante de próteses metálicas ou metalocerâmica, bandas ortodônticas.

CIMENTO RESINOSO DUAL

Indicação: Coroas e pontes de porcelana puras ou fundidas a partes de metais preciosos, semi-preciosos ou não preciosos (metalo-cerâmicas). Inlays, onlays, overlays em porcelana ou resina composta. Pinos radiculares de fibra de vidro, cerâmicos ou metálicos.

Passos:

1. Isolamento do dente
2. Condicionar o dente com Ácido 37%
3. Aplicar Primer+bonde
4. Peça deve estar com jateamento de óxido de alumínio
5. Aplicar ácido fluorídrico na peça e enxaguar
6. Aplicar silano na peça. Aguardar 1min. Secar com ar.
7. Aplicar o cimento no interior da peça
8. Instalar a peça
9. Remover os excessos
10. Manter em posição 3-5min
11. Fotopolimerizar 40 seg. cada superfície
12. Acabamento e polimento

FOSFATO DE ZINCO

Indicação: incrustações, núcleos, coroas e pontes Metálicas. Restauração provisória de curta duração.

1. Dispensar primeira gota de líquido
2. Colocar ___ gotas na placa de vidro grossa
3. Usar a placa no canto da mesa
4. Preparar cronômetro
5. Iniciar a mistura pela menor proporção.

Usar em dentes desvitalizados

Temperatura ideal de 24°

Espalhar na proporção correta

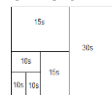
Finalizar a mistura em 1,5-2min

Consistência – ponto de fio

Limpar o dente com hipoclorito 0,5-1%

Presas iniciais em 7min

Presas finais em 48hs



Verniz cavitário convencional

1. Pincel microbrush

2. Passar 2 camadas

3. Passar jato de ar

Indicação

1. Base de restauração definitiva de amálgama;

2. Proteção do ionômero de vidro,

3. Proteção dentina/polpa;

4. Diminuição da sensibilidade;

5. Utilizado em superfícies rasas

6. Reduz a irritação pulpar

*Contra indicado para rest. em resina

Cimentos provisórios

Provy (sem eugenol)

Hydro C (hidróxido de cálcio)

Temp Bond (com eugenol)

Temp Bond NE (sem eugenol)

Pasta de óxido de zinco e eugenol

Obs: Em casos de próteses "Metal free" devemos utilizar cimentos sem eugenol, já que o eugenol interfere na cimentação final quando esta é feita por meio de cimentos resinosos.

Propriedades mecânicas

Carga/força – ocorre na mastigação

Deformação plástica – retorna após a força ser removida

Deformação permanente – não retorna às dimensões originais

Tensão – reação do objeto à força

Tensão de tração – o sentido das tensões afastam os átomos.

Tensão de compressão – força tende a aproximar os átomos

Tensão de cisalhamento – tensão tende a fazer com que os átomos escorreguem entre os planos

Tensões complexas – Ocorrem o tempo todo.

Resiliência – capacidade de suportar a força sem sofrer deformação.

Tenacidade – energia necessária pra fraturar o material.

CELT – coeficiente de expansão térmico linear – o quanto o material se contrai ou dilata ao variar a temperatura. Quanto mais parecido com o dente, melhor.

Módulo de elasticidade – o quanto o material resiste à deformação.

Sinérise – Perda de fluido para o ambiente – contração

Embebição – absorção de água

Silicone

condesação

Forma subprodutos: água ou etanol.

Vazar rápido.

Adição

Não forma subprodutos. Pode aguardar 7 dias sem vazar. Não usar com luva de látex por causa do enxofre (retarda a reação da presa). Vazar somente após 1h.

Classificação

Anelásticos: Godiva (termoplástico) e pasta OZE (lyzanda)

Elásticos: Hidrocolóides reversíveis, irreversíveis (Alginato) e Elastomeros:

Mercaptanas, Silicones e poliéters

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

<p>Exame clínico Topografia do rebordo, relação espacial vertical e horizontal. A retenção está ligada com a altura do rebordo e consistência da fibromucosa. Mucosa flácida compromete a estabilidade. Necessidade preparo de boca I no antagonista? Pacientes prognatas e retrognatas é mais complicado para harmonizar. Grandes discrepâncias podem prejudicar a oclusão.</p>	<p>Teste de retenção Vertical – puxando para baixo Horizontal – empurrando pelo cabo Anterior – de dentro para fora</p> <p>Desinfetar o molde Borifando hipoclorito e limpar com água gessada</p> <p>Modelo funcional/trabalho Registra a borda da prótese</p> <p>Vazar o modelo com dique de cera Usando Gesso Especial</p>	<p>Plano de orientação inferior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoio da cabeça – occipital • Plano de camper paralelo ao solo • Relaxamento: respiração lenta e profunda • Medir a DVR com compasso de Willis • Subtraí-se 3mm da DVR para determinar a DVO • Após a Confeção dos planos de orientação reavalia-se a DVO pela formação de espaço de 3mm (EFP) na pronúncia de fonemas silábantes. Teste de Silverman. <p>Articulador ARCON – as esferas que simulam os côndilos são colocadas no ramo inferior do aparelho, ou seja, imitam as relações anatômicas humanas. NÃO-ARCON – os elementos referentes aos côndilos são colocados na parte superior do instrumento, logo, não se relacionam com a anatomia humana.</p> <p>Transferir modelo superior para o articulador com a ajuda do arco facial.</p> <p>Benett (0°) – trajetória sagital, lateral, incisal Condilar (30°) – parede superior Distância intercondilar – P, M, G</p>	<p>Acrilização e ajustes Verificar retenção, polimento e acabamento da prótese Fazer mínimo desgaste possível Se doer muito, pedir para tirar (um dia antes para que possamos verificar onde desgastar.) Considerações sobre Próteses Totais Unimaxilares Conceito de moldagem, base de prova e tomada de DVO igual a bimaxilar. Se antagonista for PPR, fazer junto PT+PPR. Diferença: Plano de cera superior com todas as referências e com 1mm a mais do valor obtido para DVO. Teste fonético pra confirmar medida. Tomada da PO: técnica de house, plastificar o rolete e pedir para o paciente ocluir pressionando o rolete 1mm de profundidade sobre os dentes antagonistas. Registrar linhas Montagem em articulador Registro oclusal com pasta OZE Montagem dos dentes: Bilateral balanceada ou o mais próximo dela possível sempre ocluindo com o antagonista.</p>
<p>Exames complementares RX Panorâmica é o mais importante para pesquisar dentes inclusos, cistos, posição do vervo alveolar. Modelo Anatómico – planejamento pré-protéticos, delimitações e prognósticos.</p> <p>A prótese total Mucosuportada, a transmissão das forças ao osso é feita através da muscosa. A eficiência da mastigação está relacionada a estabilidade e retenção. Rebordos altos = + Retenção.</p>	<p>Base de prova + plano de orientação Objetivos: Guiar o posicionamento dos dentes artificiais. Usar cera 7 Avaliar as referências em boca Compleição facial – Suporte do lábio Tipos de lábios – caídos (não mostra dente) Normais (0,5-1,0mm aparente e arqueados (>2,0mm em repouso) Harmonia facial – altura do plano de orientação tubérculo do lábio. Em pacientes jovens 1mm aparente, idosos geralmente não aparece em repouso. Retirar em altura anterior. Corredor bucal – espaço entre os dentes e a mucosa. Tem que haver. Plano oclusal (lâtero-lateral) – paralelo a linha bipupilar. Usar a régua de FOX. Ainda com a Fox verificar o plano de camper (tragus-asa do nariz) a inclinação antero-posterior deve estar paralela ao plano de Camper. Sorriso – o rolete tem que tocar o lábio (ideal) local dos futuros dentes. Curva de Spee – Antero posterior Curva de Monson – Latero-lateral Curva de compensação – todos os dentes devem ocluir nos movimentos excursivos. A curva compensa a inclinação do teto da cavidade articular.</p>	<p>Relações horizontais – fixação do inferior Técnica de House – cansaço muscular (pequenas aberturas de 3mm) Acrescentar cera no superior e pedir para o paciente fazer os movimentos de lateralidade – usar a técnica do desgaste de Paterson, em cera.</p> <p>Só então fixamos Sup/Inf</p> <p>Depois que registramos o superior em articulador com o arco facial podemos já dispensar o uso pois o inferior vai ficar registrado com as mesmas referências do superior.</p> <p>Posicionar o sup e inferior com grampo em boca.</p> <p>Marcar a linha alta do sorriso</p> <p>De frente marcar a linha média (pode usar o fio dental como referencia).</p> <p>Linha de canino (marcar com boca fechada na comissura labial) pegaremos a distal do canino. Não precisar marcar linha de sorriso do inferior.</p> <p>Reter modelo inferior no articulador, com pino Guia em zero.</p> <p>Selecionar cor (com o apoio do paciente)</p>	<p>Coisas importantes Câmara de vácuo – Não se usa mais na PT. Se tem hiperplasia ou tórus, fazer cirurgia ou reembasar gradativamente com resina. Tipos de rebordos – triangular, quadrado e oval. Cansaço muscular – tende a levar os músculos depressores da mandíbula a uma posição de equilíbrio. DVR Ideal: ATM em posição de saúde, Tônus em equilíbrio, Dentes em MIC (este último é o objetivo final, visto que o pac não tem dentes). Posição de oclusão: Posição habitual da mandíbula, tomada após desprogramação muscular que será a futura MIC. Função do arco facial: determina a distancia intercondilar, relação da maxila com a base do crânio e os eixos de rotação da mandíbula.</p>
<p>Moldagem anatômica Material: Anaelático – regiões expulsivas e planas (avaliar mucosa) - Godiva Elásticos – expulsivas e retentivas - Silicone Pesado de adição/condensação, Cera + Alginato. Objetivo: Copiar toda área do rebordo ósseo e das estruturas anexas (fundo de sulco freios e inserções musculares). Técnica no Superior - Tracionar os tecidos • Moldar de posterior para anterior • Plano oclusal paralelo ao solo • Na altura do cotovelo do operador Técnica no Inferior – Não tracionar tecidos • Moldar de anterior para posterior • Língua relaxada sobre a moldeira • Na altura do cotovelo do operador Remover com golpe único Vazar o modelo Modelo Anatómico Delimitar área basal Local de vedamento/selamento Zonas de pendleton Suporte Principal, Suporte secundário (Vertentes do rebordo), Selado periférico, Alívio, Zona de selado posterior Delimitação inferior - alívio de freios, bridas e inserções musculares, delimitar a papila piriforme e separar em 3 partes iguais (as 2 partes anteriores farão parte da área basal), linha oblíqua da mandíbula como referencia para a delimitação por vestibular, linha milo-hióidea como referencia para a delimitação por lingual Delimitação superior - alívio de freios, bridas e inserções musculares, contorno envolvendo até o fundo de sulco do túber, linha reta ligando túber a túber, região mediana do processo zigomático da maxila, localizar limite mucosa móvel e mucosa inserida e delimitar de 3 a 4 mm a partir desse limite em direção ao fundo de sulco.</p>	<p>Determinar a DVR/EFP/EFP/DVO Técnica para obtenção da DVO em pacientes desdentados – técnica de Lyttle modificada por Tamaki</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Após confecção do plano sup, medir com compasso de Willis, distância – base do nariz ao mento em repouso (DVR). 2. Pac. sentado, ereto, confortável, respiração leve, lábios levemente separados. 3. Medir DVR-3mm=DVO <p>Avaliar necessidade de levantamento da DVO.</p> <p>Obtenção da DVO – Direta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Boss – potencia da musculatura 2. Deglutição ou Monson - deglutição 3. Máscara Facial – pacientes com dentes <p>Obtenção DVO – Indireta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sears - rebordos 2. Wright – fotográfico 3. Tuner e Fox – reconstrução facial 4. Willis – Proporções faciais 5. Gerson Martins – repouso muscular 6. Brodie e Thompson – imutabilidade da DVR 7. Silverman – EFP / Fonético 	<p>Montagem de dentes Montagem em oclusão bilateral balanceada – durante os movimentos excursivos todos os dentes se tocam. Procurar montar sobre a crista do rebordo. Usar carta-molde</p> <p>Prova dos dentes Devemos verificar: - DVO - Linha média, caninos e alta do sorriso - Suporte labial - Corredor Bucal - Curvas de compensação - Posição de oclusão - Forma dos dentes - Tamanho dos dentes - Cor dos dentes - Posição e alinhamento dos dentes</p>	<p>Consertos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Colar as partes fraturadas 2. Verter gesso comum na área chapeável da prótese 3. Realiza-se canaletas perpendiculares (fio ortodôntico 0,7mm) 4. Preenche-se com resina 5. Solta-se a base de gesso da prótese 6. Polimento da parte externa, 7. Reembasamento da prótese total mal adaptada. <p>Doenças relacionadas Candidíase Eritematosa/atrófica crônica – infecção fúngica (cândida albicans). Mancha avermelhada e queimação. Geralmente usuário de PT direto. <i>Ver receita de DAKTARIN gel</i> Prótese total Provisória - imediata Moldagem dos remanescentes (técnica usada em PPR), moldeira Vernes, vazar modelo anatómico com gesso Pedra. Proceder como se estivesse fazendo uma PT definitiva. Delimitar área basal para confecção de moldeira individual. Moldar com pasta OZE na área onde não tem dente, ajustar e a 2° moldagem deve ser alginato mais fluído (moldeira precisa estar perfurada para extravasar. Fazer postDamen (vazar gesso especial) No plano de cera. Tomada de DVO igual da PT, montar o plano de cera no garfo, mas pode ter situações em que não precise. Montar e acrilizar. No dia da exodontia, se faz a instalação e se necessário reembasar com material acrílico.</p>

COMPONENTES DA PROTESE FIXA

Pilar: É o dente que serve de suporte a uma PPF. Retém a prótese (ancoragem). Recebem carga ou pressão. Dente que recebe o preparo.

Pôntico: dente artificial suspenso entre os dentes de suporte, substitui um dente natural ausente. Devolve a função e estética, preenche o espaço ocupado pela coroa.

Retentores: são as restaurações que serão cimentadas aos pilares corretamente preparados. É diferente do retentor radicular (núcleo). Qualquer dispositivo usado para estabilização e retenção das próteses. Peças protéticas que irão ser adaptadas sobre os dentes pilares preparados. *Parte da prótese fixa que será cimentada (copping)*

Conectores: unem os ponticos aos retentores. Podem ser rígidos ou não rígidos.

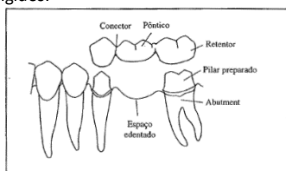


Fig. 1-4. Componentes de uma prótese parcial fixa.

Pilares principais – os das extremidades da prótese

Pilar secundário – está no meio de uma prótese fixa, estão intercalados entre os espaços protéticos.

Espaço protético: área sem o dente

CLASSIFICAÇÃO DO PÔNTICO

Forma de base

Cônico e arredondado. Adequado para rebordo inferior pequeno. Contra-indicado para rebordo plano. *É fácil de limpar, mas a extremidade é pequena em relação ao seu tamanho geral.*

Plano inclinado

Face lingual inclinada, convexa, Facilita a higienização. Indicado para Dentes anteriores e posteriores.

Higiênico

Esculpe-se somente a porção oclusal Ausência de necessidade estética Espaço protético pequeno inferior e posterior. Fica suspenso.

Sela

Abraça o rebordo na face Vestibular e lingual. Contra indicado em qualquer situação. Impossibilita a higienização

Preparos em Metalocerâmica

Dentes anteriores

Chanfro simples (proximal e Lingual)
Chanfro largo biselado (vestibular)

1. Desgaste ocusal/incisal
2. Desgaste axial – Vestib/Palatina
3. Desgaste Proximal
4. Desgaste Palatina
5. Biselamento vestibular
6. Acabamento

Dentes posteriores

Desgaste cúspide funcional – 2,0mm
Desgaste cúspide suporte – 1,5mm (na mesma sequência dos anteriores)

Localização da margem:

Gengival

Supra sucular

Intra sucular

Sub sucular – indesejável para prótese.

Tipos de linha de teminações

Indicação por tipos de preparos

Metal

Chanfro simples
Lamina de faca

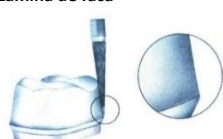
Cerâmica pura

90°
Chanfro largo
Ombro cerâmico

Coroa metalocerâmica

Degrau biselado
Chanfro Simples
Chanfro largo
Chanfro largo biselado
Termino em 135°

Lâmina de faca



Degrau em 90°



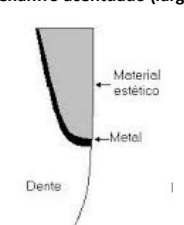
Degrau com biselado ou chanfro



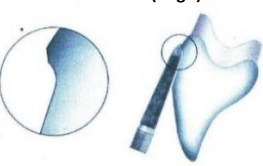
Chanfro simples



Chanfro acentuado (largo)



Chanfro Acentuado (largo) com bisel



Termino em 135°



Conceitos

Retenção – resiste as forças de remoção da restauração no eixo de inserção.

Estabilidade – evita o deslocamento promovido pelas forças oclusais oblíquas.

Altura e diâmetro do preparo – diretamente proporcional à retenção. >altura e diâmetro = + retenção. A altura aumenta a estabilidade aumenta, ou seja, diretamente proporcional. Se diminui o diâmetro aumenta a estabilidade, ou seja, inversamente proporcional.

Estabilidade – será maior quando a altura for maior que o diâmetro do preparo.

Conicidade – 3° na parede = 6° no total. Se > expulsividade, pior a retenção.

Retenção x estabilidade – inversamente proporcional. > expulsividade < retenção e estabilidade.

Retenção auxiliar – aumento do contato, cria paredes contra o movimento de rotação.

Plano de inserção – nas proximais e ao longo eixo do dente.

Biomecânica

1. Raiz clínica é a raiz inserida em osso.
2. Proporção coroa-raiz deve representar 1:1
3. A medida ideal é 2:3 (2 partes da coroa para 3 de raiz)
4. Raízes com largura V/L maior que M/D com raiz divergente será um pilar melhor
5. Lei de ante: A área da raiz dos pilares deve ser igual ou superior à dos dentes que serão substituídos.
6. Pode-se colocar os 4 incisivos com os caninos como pilares (exceção)
7. Viga = cantilever: no mínimo 2 dentes para segurar 1
8. Pôntico em posição cantilever – de preferência na mesial

Provisórios

1. Um provisório deve proteger os tecidos e conferir estética durante as sessões.
2. Com o provisório temos uma prévia do trabalho final
3. Deve ter boa adaptação marginal, retenção, estabilidade, não irritante, não muito fino, não pressionar a papila
4. Pode ser feito direto no consultório ou indiretamente no laboratório.
5. Usar cimento temporário.

Classificação

Pré-fabricados
Dentes de estoque
Formas anatômicas
Artesanais

Técnica de confecção

Direta: técnica da máscara e técnica da bolinha
Indireta: prensada/laboratório

Cimentos provisórios

Provy (sem eugenol)
Hydro C (hidróxido de cálcio)
Temp Bond (com eugenol)
Temp Bond NE (sem eugenol)
Pasta de óxido de zinco e eugenol

Atenção: Em caso de prótese metal free, não usar EUGENOL, pois interfere na cimentação final com cimento resinoso.

Durante a cimentação, não cimentar o algodão junto, remover cimento do sulco, passar fio dental.

Limpeza do preparo

Após o término do preparo há a formação de um magma com

4 a 5 micrometro (restos de dentina, óleo, sangue, bactérias, etc)

Devemos promover uma adequada limpeza do preparo

- Limpeza com detergentes aniônicos
- Lavagem com água
- Não usar substancias ácidas
- Evitar o ressecamento da dentina

Desgastes no plano oclusal

	Metalo-ceramica Mm	Total metálica mm	Porcelana Pura Mm
VIPS	2,0 – 2,5	1,5	2,0-2,5
LIVS	1,5 - 2,0	1,0	2,0-2,5
Axial		0,5-0,7	0,5-1,5
Anteriores	1,3V/P 2,0 I 0,6 L/C	0,7 V/L	2,0

A musculatura.

Masseter – faz fechamento. Origem: **Feixe superficial:**

Margem inferior do corpo e 2/3 anteriores do arco zigomático. Feixe profundo: 1/3 anterior do arco zigomático. Término: Feixe superficial: face lateral do ramo da mandíbula. Tuberosidade massetéica. Feixe profundo: Ramo da mandíbula

Temporal – faz fechamento. Origem: linha temporal inferior; lâmina profunda da facia temporal. Término: Ápice e face medial do processo coronoide da mandíbula. Crista temporal.

Pterigoideo medial – fechamento. Origem: Fossa pterigoidea. Término: Tuberosidade pterigoidea da mandíbula

Pterigoideo lateral – protrusão. Origem: **Feixe inf.:** face lat. da lamina do processo pterigoideo. **Feixe sup.:** infra-temporal da asa maior do esfenóide Término: **Feixe inf.:** Fôvea pterigoidea **Feixe sup.:** Cápsula articular e disco da ATM.

Abaixadores

Músculos Suprahoideos: Digástrico, Estilohioideo, Milohioideo, Geniohoideo

Músculos Infrahoideos: Esternohioideo, Omohioideo, Esternotireoideo, Tíreoideo

PRINCÍPIOS DE OCLUSÃO ÓTIMA OU IDEAL

ATM em relação normal

1 – Contatos bilaterais e simultâneos em RC e MIC
RC = MIC em repouso, tem contato de todos os dentes.
RC ≠ MIC é a situação mais comum

Centrica longa ocorre o movimento da mandíbula como um todo, quando ocorre o movimento da RC para MIC. Cêntrica larga ocorre o contato de apenas um ponto de contato. Para ocorrer a MIC tem que ocorrer o movimento.

2 – Carga axial - Paralelas ao longo eixo do dente (fisiológica)

3 – Ausência de interferencias

Lado de trabalho – sem interferência
Lado de balanceio – sem interferência

4 – Padrões mastigatórios

Função de grupo: total.

Quando todos os dentes ajudam no movimento de lateralidade. O canino sempre tem que tocar. Se isso não acontecer, é provável que tenha interferência. O contato deve ser de anterior para posterior gradativamente.

Função de grupo: parcial

Canino está tocando mas não são todos os dentes que tocam. Canino e mais 1 ou 2 pres

Se tocar: canino e molar é interferencia
Pre, e lateral: interferencia

5 – Protrusão com desocclusão posterior

Em protrusiva os posteriores desocluem 1,1mm
Fenomeno de Christensen

Guia anterior

6 - Princípio da proteção mútua

Os dentes posteriores protegem os anteriores e os anteriores protegem os posteriores.

Partes de um Pinos intra radicular

- a. Pino
- b. Espelho – no mínimo 1mm
- c. Núcleo

Confecção do Pino intraradicular

- d. Coroa clínica – da crista alveolar à incisal
 - e. Raiz clínica é a parte inserida em osso
 - f. Coroa anatômica – da JAC ao ápice
 - g. Raiz anatômica – da JAC ao ápice
- Fazer a desobstrução com broca de Largo nº1

- A Largura do pino deve ter 1/3 do diâmetro do remanescente radicular, com formato levemente elíptico e não cilíndrico.

- Os pinos podem ser simples, bi ou tri partidos, ou estojado (esse em desuso)
- Na técnica de direta a gente usa resina acrílica modelando pra fundição. Indicada para elementos unitários

- Modelar com a tec de Nealon

Na técnica indireta – é quando usamos a moldagem

Deve ter 4mm de material obturador remanescente + 1mm ou 2mm = 5mm

Para usar Pinos de fibra de vidro é preciso mínimo de 2mm de remanescente para permitir a reconstrução.

3 medidas de para definir o pino

Máximo = remanescente dentário – (menos) 5mm.

Remanescente dentário é a raiz clínica + coroa clínica ou remanescente coronário caso esteja destruída – somente o que sobrou. Medir a radiografia. O Pino vai ser o tamanho total menos 5mm.

Ideal = 2/3 do remanescente dentário

Mínimo = Metade da raiz clínica + o remanescente coronário

Ex 17mm de raiz clínica

Metade = 8,5mm de raiz clínica + o remanescente coronário (ex3mm). Soma 8,5+3 = 11,5 que será o tamanho mínimo.

Cimentar com fosfato de zinco ou cimento resinoso. Se tiver pouca parede usar retentor fundido. Se tiver muita parede, usar fibra de vidro. Devemos usar o canal mais volumoso – de preferência o palatino

Se precisar de mais retenção, preparar dois canais, se houver.

Fatores que dão retenção ao pino

- h. Comprimento
- i. Cimentação – fosfato de zinco é o ideal
- j. Inclinação das paredes – 6°
- k. Conicidade
- l. Diâmetro – deve ter 1,5mm de dentina lateralmente ao pino
- m. Recomendado é que o pino tenha diâmetro max correspondente a um terço do diam radicular
- n. Inicialmente remover o material obturador e avaliar seu diâmetro
- o. Proporções de 1/3 das paredes

Etapas de confecção

- a. Avaliar o remanescente dentário (clínico e radiográfico)
- b. Remoção dos tec cariados e material restaurador
- c. Preparo do conduto – ovalada ou triangular
- d. Moldagem/modelagem

Protocolo de atendimento de PPF

Para calcular o tamanho da coroa clínica é importante pensar no seguinte: 2 parte de coroa clínica para 3 partes de raiz

Sequência clínica:

- Anmese + Exame clínico + moldagem + exame clínico
- Modelos de estudos
- Diagnóstico
- Plano de tratamento
- Relação maxilo mandibular e montagem em ASA
- Registro interoclusal em MIC e em alguns casos em RC, é necessário avaliar o paciente.
- Arco facial – distancia intercondilar – P/M/G
- Guias condilares – 30°
- Guias laterais (Angulos de Bennett) – 15° (lado de balanceio)
- Pino Guia Incisal
- Avaliar a curva de Spee
- *Altura ocluso gengival do dente pilar. A altura curta pode comprometer a retenção*
- Inclinação dos dentes pilares, pois tendem a migrar.
- Avaliação da migração dos dentes pilares
- Analisar a oclusão (face de desgaste – abrasão patológico, em áreas funcionais – contatos prematuros em MIC ou interferências nos deslocamentos laterais)
- Discrepâncias no plano oclusal (cursas de Spee e Wilson e extrusões dentárias)

Plano de tratamento

- a. Avaliação dos dentes suporte
- b. Proporção coroa/raiz
- c. Configuração da raiz – melhor em raiz divergente. Configurações ovaladas são melhores.
- d. Área da superfície da raiz
- e. Avaliar lei de ante

Montagem no articulador

1. Moldar com alginato para estudo
2. Vazar com Gesso especial
3. Fazer retenção
4. Usar plano de Frankfurt (tragos – infra orbital.)
5. Hidratar o modelo
6. Aquecer godiva, colocar 3 pontos na forquilha.
7. Não precisa ser na boca pode ser no modelo
8. Levar a forquilha no plano sagital mediano (centralizar antes no modelo)
9. Posicionar atrás do paciente
10. O modelo deve estar estável na forquilha
11. Pac fica segurando a foquilha em posição
12. Inserir o arco facial encaixando primeiro na haste da foquilha
13. Encaixar as ogivas
14. Apertar os parafusos e saberemos qual a distância intercondilar
15. O nasio apertado oferece estabilidade

Sintomático – algum problema

Montagem do inferior em MIC, com objetivo de fazer uma placa de mordida.

Avaliar a remissão dos sintomas (ruídos e dor – ATM), abertura, amplitude, lateralidade.

Assintomático

Montar em RC usando um JIG paralelo ao plano oclusal (1mm) por 1h. Placa de mordida

Moldagem

Materiais consistência elástica quando retirados da boca.

Requisitos do molde

- a. Réplica exata do dente
- b. Dentes proximais e antagonista
- c. Isenção de bolhas

2. Moldagem com Alginato parcial para troquelização e total antagonista.

3. O termino cervical deve ser liso, polido e bem definidos

4. Método de afastamento gengival Casquete, fio, Retrator, com vaso Constritor. Inserir o fio pela proximal

Técnicas

- reembasamento: 1° pesado + 2° leve
- Remover o fio retrator antes da 2°*
- Técnica de dupla mista: pesado e leve
- Remover o fio retrator pouco antes*
- Técnica do casquete

Prova do pino e coping

1. Durante a prova devemos observar a adaptação marginal, que é o mesmo que ajuste ou selamento cervical – não pode estar desadaptada.

2. Podemos verificar a adaptação interna usando evidenciadores, moldando com silicone ou radiografias. Nesses casos observar que onde estiver “pegando” precisa ser desgastada para não impedir o assentamento da peça.

3. Tipos de desajustes que podem ocorrer:

- a. Degrau negativo
 - b. Degrau positivo
4. Uma vez que a peça tenha sido provada e esteja correta, é preciso fazer a transferência para a soldagem (brasagem). Seguindo a sequência:
- c. Unir com duralay (múltiplas)
 - d. Enviar para processo laboratorial

5. O objetivo de fazer a união com duralay para a solda é que durante a fundição pode ocorrer contração do material. O ponto de solda reduz essa possibilidade garantindo mais estabilidade.

6. Molda-se fazendo a transferência dos copings com alginato

7. Registro oclusal com Duralay

8. A solda estará localizada na área dos conectores proximais

9. Depois de soldada a peça é novamente provada.

Seleção de cor

1. A seleção de cor depende da avaliação e interpretação individual

2. COR - É um fenômeno luminoso que nos permite diferenciar os objetos.

3. Depende de três fatores principais: o observador, o objeto e a fonte luminosa.

4. Metamerismo - A depender da fonte de luz que ilumina determinado objeto, este pode aparentar ter cores diferentes

Podem ser:

- a. naturais
- b. incandescentes
- c. fluorescentes

5. Dimensões do cor:

a. Matiz: É o Nome da Cor: ex verde, azul, amarelo...é a QUALIDADE que distingue uma cor da outra.

b. Cromo: É a INTENSIDADE OU SATURAÇÃO do matiz.

c. Valor: QUANTIDADE ADICIONAL DE PRETO OU BRANCO que se coloca nesta cor, logo, refere-se também à sensação de claro/escuro.

6. Mensurar a cor:

- a. Avaliar com a escala de cor
- b. Equipamento que faça a espectrofotometria, colorimetria
- c. Uso de fotografias digitais

7. Sequencia para seleção de cores

- a. Retirar do paciente objetos que chamem a atenção
- b. Profilaxia
- c. Posição favorável
- d. Selecionar a cor - Utilizar a área do dente com maior croma para a escolha da cor
- e. Selecionar o croma
- f. Selecionar o valor
- g. Realizar a checagem final e Revisão.

Prova da cerâmica

1. Remover a restauração provisória e limpar o preparo.

2. Confirmar se as cores estão corretas

3. Avaliar contatos proximais com fio dental e carbono

4. Na área do pântico, devemos colocar silicona fluida na área interna pra verificar se há compressão do rebordo que possa estar impedido a adaptação.

5. Fazer os ajustes oclusais

6. Enviar para o laboratório concluir com o glase

Cimentação Metalocerâmica

Provisória – por cerca de 15 dias para avaliar o desempenho da peça.

Definitiva – Cimento de fosfato de zinco, posicionar, pedir para o paciente morder sobre um rolete de algodão., limpar o excesso.

Fosfato de zinco

Indicações:
Usar em dentes desvitalizados (por ser mto ácido)

Incrustações, coroas e pontes

Cimento Resinoso – DUAL

Indicações:
Dentes vitalizados/desvitalizados
Coroas e pontes de porcelana puras ou fundidas a partes de metais preciosos, semi-preciosos ou não preciosos (metalocerâmicas). Inlays, onlays, overlays em porcelana ou resina composta. Pinos radiculares de fibra de vidro, cerâmicos ou metálicos.

Controle da oclusão

- Analisar em cada consulta
- Verificar mobilidade
- Fraturas
- Retrações

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/javoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

CLASSIFICAÇÃO DAS CAVIDADES – Black

Classe I – Má coalescência do esmalte (oclusal, cingulos, 2/3 oclusal dos posteriores – V dos inf e P dos sup.)
Classe II – PROX dos Post (M/D)
Classe III – PROX de Ant (1/3 cerv e méd.)
Classe IV – Ângulo dos INC dos Ant
Classe V – 1/3 Cervical (V/L) de todos os dentes
Classe VI – ponta de cúspide e incisal

PRINCÍPIOS GERAIS DO PREPARO CAVITÁRIO

Finalidade: forma, função e estética

Regras:

1. Remover totalmente o tec. Infectado
2. Deixar as paredes da cavidade com suporte de dentina sadia ou por material de igual função.
3. Conservar maior quantidade de tec dental sadio
4. Preservar a vitalidade pulpar
5. Preparo cavitário limpo e seco

TEMPOS OPERATÓRIOS:

1. Remoção da dentina cariada (baixa rotação com refrigeração)
 Dentina–Carbide – baixa com refrigeração
 Esmalte – Ponta diamantada
Broca compatível com o tamanho da lesão.
 Pode-se usar ainda: **Escavadores, Abrasão a Ar e Laser**

2. Forma de contorno

Remoção do tecido cariado, áreas suscetíveis à cárie, esmalte sem suporte, acabamento das margens, preservação das estruturas de reforço, cristas e pontes de esmalte, ângulos bem definidos.

3. Forma de resistência

Dar forma para resistir, esforços mastigatórios, variação volumétrica dos materiais restauradores.
 Obs.: Todo esmalte deve ser suportado por DENTINA.

Amálgama: preparos de ângulos diedros arredondados e uma amplitude de ¼ de distância intercúspida. Parede gengival plana paralela à parede pulpar e ambas perpendicular ao longo eixo do dente.
 2,0mm (mínimo)

Resina: Profundidade não é significativa.

4. Forma de retenção

Amálgama: Largura maior que a profundidade não é retentiva. Largura menor ou igual a profundidade é retentiva. Paredes paralelas ou levemente convergente para a oclusal.

Resina: Não precisa de uma forma específica. Usa como retenção o sistema adesivo de condicionamento total (Ácido fosfórico 35-37% + adesivo)

5. Forma de conveniência

Proporciona um acesso adequado à cavidade, possibilitando uma boa instrumentação e inserção do material restaurador. (isolamento e porta matriz)

6. Acabamento das paredes

Alisar as irregularidades das paredes do esmalte e de ângulo cavo-superficial do preparo cavitário
 Melhor opção: Usar instrumentos manuais (enxadas).

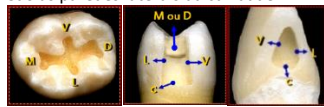
7. Limpeza da cavidade

Deve ser feita antes da inserção do material restaurador.

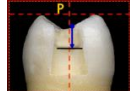
- Agentes a base de hidróxido de cálcio
- Clorexidina 0,12%– descontaminante
- Flúor fosfato acidolado
- Ácido fosfórico 37%

PARTES CONSTITUINTES DAS CAVIDADES CIRCUNDANTES

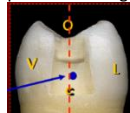
São as paredes laterais da cavidade



PAREDE DE FUNDO PULPAR - Parede paralela à face oclusal.



PAREDE DO FUNDO AXIAL - Parede paralela ao longo eixo do dente.



Ângulos Diedros

União de duas paredes de uma cavidade.

1º GRUPO - Duas paredes circundantes.

2º GRUPO - Parede circundante com uma parede de fundo.

3º GRUPO - União das paredes de fundo da cavidade.

Ângulos Triedros - São ângulos formados pelo encontro de três paredes

Cavo – Superficial - É o ângulo de 45° formado pela junção das paredes da cavidade com a superfície externa do dente.

Tipos de cavidades:

Simplex, composta, complexa

Diagnóstico de Cárie

Cárie = MICROORGANISMO + HOSP + DIETA + TEMPO – doença infecciosa, multifatorial, destrói tecidos mineralizados, progressão lenta. Causada por ácidos de microrganismos (streptococos mutans). Inicia com mancha branca (desmineralização).

Cárie proximal: ▶▶ **Cárie oclusal:** ◀◀

Identificação de cárie:

Não usar a sonda (?), nas proximais usar separação mecânica (mediata borrachas 3 a 7 dias ou imediata). Em dentina, verificar coloração e consistência.

Lesão ativa: amarelo-claro/castanho e aspecto úmido.

Lesão inativa: escura/preta e firme à palpação direta.

Exame complementar radiográfico: imprescindível para identificação em Dentina (localização e extensão)

Inspeção visual:

- Boa iluminação
- Secagem prolongada
- Precisão melhor que exame tátil
- Maior especificidade
- Avaliação da atividade da lesão

Se tiver no esmalte, trabalhar na remineralização

Mancha branca pode ou não ser lesão de cárie.

Cárie ativa – opaca, rugosa, sem brilho

Cárie inativa – brilhosa, lisa

Cárie no esmalte – somente flúor

(fluoroterapia – preservação)

Zona	S	SUPERFICIAL
Zona	C	CORPO DA LESÃO
Zona	E	ESCURA (PIGMENTAÇÃO)
Zona	T	TRANSLÚCIDA

Cárie na dentina – restauração

Zona	D	DESORGANIZADA (papa)
Zona	I	INFECTADA (borrachoide)
Zona	A	AFETADA (Desmineralizada)
Zona	E	ESCLEROSADA (sadia)

Diagnóstico

	Selante/proservar Fluoroterapia Não-invasivo
Duvidoso?	
Lesão incipiente (esmalte)	Selante invasivo ou restauração conservadora (mínima intervenção)
Lesão crônica cavitada Aguda	Restauração
Lesão crônica cavitada	Restauração
Lesão radicular ativa	Controle de placas – preservar/restaurar
Lesão radicular Inativa	Preservar/restaurar

Fatores que orientam as estratégias de proteção do complexo dentino-pulpar

- Profundidade cavitária
- Idade do paciente
- Qualidade e tipo de dentina remanescente
- Limpeza cavitária

Materiais indicados

Profundidade	Proteção p/ restauração adesiva
Rasa	Sistema adesivo – oferece proteção. Em amalgama pode ser com verniz ou adesivo.
Média	Sistema Adesivo
Profunda	CIV+ Sist Adesivo
Muito Profunda	Cim. De Ca (OH)2 + CIV + Sist. Adesivo
Exposição	HidroC PA + Cim. De Ca (OH)2 + CIV + Sist. Adesivo

Proteção pulpar direta

- Capeamento pulpar direto
 - Curetagem
- Fatores a serem observados:
- Grau de comprometimento pulpar
 - Extensão da lesão
 - Tempo de exposição

< 1mm não remover cornos – apenas capeamento
 > 1mm houve contaminação da polpa – com ponta diamantada de alta rotação para limpar. Observar grau de comprometimento pulpar, tempo de exposição (tratar canal) Paciente jovem 21 anos. Se não sangrar a polpa necrosou.
 Se sangrar, usar água com cal. 20g de Hidro C Pa e 100ml soro para fazer restauração definitiva. Soro fisiológico estéril.

Tempo de tratamento: 45 à 120 dias
 Fazer teste de sensibilidade. Retirar prov. fazer novo tratamento.

Isolamento ABSOLUTO

- Furo 1 – Inc. Inf.
- Furo 2 – Inc. Sup.
- Furo 3 – Can. / Pre – Sup e Inf
- Furo 4 – Mol Sup/Inf
- Furo 5 – técnica de ingra (grampo +lençol)

Grampos

- 200 – 205 – para molares
- 206 – 209 – para pré-molares
- 210 a 211 – para dentes anteriores
- W8A e 14A – Molares parcialmente erupc.
- 26 e 28 – Mol. c/ pouca retenção
- 212 – Retração geng. E Cavidade Classe V.

Quais dentes fixar o grampo:

Em dentes anteriores, isolar de Pré-Pré e o grampo deve ser colocado no dente distal, com argola para a distal do dente a restaurar.
 Nos posteriores isolar 1 dente distal e 2 mesial ao dente que será preparado. Grampo no dente distal. Se for Classe I, colocar grampo no próprio dente.

Estratégias de tratamento

1. Diagnóstico da condição pulpar
2. Procedimento operatório de remoção do agente agressor, de controle de infecção e das injúrias adicionais
3. Modalidade de tratamento e forma de aplicação do biomaterial de forramento.
4. Restauração da cavidade

Aspectos a serem considerados

1. Idade do dente
2. Grau de mineralização da dentina
3. Modificação tecidual da dentina
4. Localização da dentina
5. Relações tubo dentário/dentina intertubular
6. Presença de qualquer substância capaz de alterar a condutividade de fluidos através dos túbulos (ex. Amálgama)

Sucesso na terapia pulpar

Correto diagnóstico da condição pulpar
 Procedimentos operatórios de:

- a) Remoção do agente agressor
- b) Controle de infecção
- c) Isolamento do complexo dentino-pulpar de injúrias adicionais.
- d) Forma de aplicação do biomaterial de capeamento para estimular processos biológicos que levem a respostas dentinogênicas específicas.
- e) Restauração da cavidade para proteger a área tratada da infecção bacteriana.

Principais causas de injúrias pulpares

- Lesões cariosas
- Preparo cavitário
- Trauma oclusal
- Trauma externo
- Procedimento restaurador

Capeamento direto

- Dente jovem
- Exposição acidental
- Exposição de pequena dimensão
- Uso de isolamento absoluto
- Diagnóstico do estado pulpar

Tratamento expectante

- Estimular a formação de dentina terciária (reacional / reparadora)
 - O tratamento restaurador definitivo deverá ser realizado entre 45 e 120 dias após o tratamento expectante
 - Remover o cimento temporário e a dentina que não foi mineralizada.
 - Teste térmico e radiografia
- Classe II em resina** – sem suporte de esmalte na parede gengival é contraindicada.

Isolamento RELATIVO de campo operatório**Indicações:**

1. Intervenções de curta duração (ex. Exame clínico)
2. Aplicação tópica de flúor e selante
3. Alguns tipos de moldagens
4. Restaurações provisórias
5. Colagem de braquetes ortodônticos
6. Cimentação de prótese fixa
7. Erupção parcial de dentes (coroa curta e expulsiva)
8. Mal posicionamento dental
9. Pacientes alérgicos a borracha e derivados
10. Pacientes com dificuldades respiratórias

Isolamento relativo no arco superior

Dentes posteriores – Colocar rolos de algodão na saída do ducto da glândula parótida, entre o 1º e 2º molar. Rolos de algodão pré-fabricados. Mantidos sob pressão da musculatura. Coloca-se realizando uma torção no sentido da mucosa jugal e para cima. Sugador encurvado e adequadamente mantido no assoalho da boca ou região retromolar.

Dentes anteriores – Usar rolo de algodão, fazendo um corte em V para acomodar o freio labial.

Isolamento relativo no arco inferior

Dentes posteriores – colocar os rolos de algodão no sulco vestibular inferior e na região sublingual. Para colocação no assoalho, paciente deve levantar a língua e retornar após a colocação do algodão. Sugador no assoalho ou retromolar

Anteriores – Algodão no assoalho, por vestibular e lingual. Usar recorte em V para os freios.

Controle de umidade do sulco gengival

Fios retratores: *Presença de umidade pode advir do sulco gengival. Essa umidade compromete muitas vezes a qualidade da restauração. Contribui para melhor visualização do campo. Colocar de modo cuidadoso para não provocar sangramento.*

Resinas bloqueadoras – TopDan
Drogas anti-sialagogas - Usado de modo restrito em dentística. Usado em casos severos de salivagem intensa. Contra indicada em pacientes portadores de glaucoma.

Fator C (contração de polimerização)
FATOR DE CONFIGURAÇÃO DA CAVIDADE.

FATOR C = $\frac{N^{\circ} \text{ de superfícies aderidas}}{N^{\circ} \text{ de superfície lisas}}$

“Quanto menor o fator C, menores são os efeitos da tensão de contração de polimerização da resina nas paredes do preparo.”

Quando se usa a técnica incremental diminui a possibilidade de contração excessiva que formaria as microfendas, além de ter um relaxamento de contração de polimerização equilibrada, ou seja, não vai ter stress.

SEPARAÇÃO DOS DENTES

Além das radiografias, outra técnica para verificação é a técnica **MEDIATA** com borracha em uma separação lenta. Tempo médio de 3 dias.

A separação **IMEDIATA**, obtida em poucos minutos pode ser feita com afastador imediato (sem anestesia).

MEIOS DE ACESSO A LESÃO CARIOSA

- a. Preparo convencional
- b. Slot Vertical – Acesso oclusal
- c. Slot Horizontal – Acesso direto
- d. Tipo túnel – Manutenção das cristas

CURVA REVERSA – amalgama

O esmalte é radiado.

- Formação de um ângulo de 90° nas margens gengivais
- Aumento da quantidade de materiais em áreas críticas de esforço nas oclusais
- Vestibular de molares inferiores
- Palatina
- Crista marginal

Polimento - Amálgama

marrom; verde; azul

SISTEMA DE MATRIZES

“Dispositivos metálicos que substituem 1 ou + paredes ausentes em uma cavidade, possibilitando a reconstrução correta do contorno através de uma restauração”.

- Margem oclusal ultrapassando 1,0mm da crista marginal do dente vizinho
- Largura de 5 – 7mm
- Espessura de 0,03 a 0,05mm
- Diversos tipos: boomerang/planas

PORTA MATRIZ DE TOFFLEMIRE

- Empregado por Vestibular
- O “U” sempre para cervical

MATRIZ INDIVIDUAL

- Preparada para casos individuais
- Grampo posicionado no dente a ser restaurado

CUNHAS

- Estabilização da matriz ao dente
- Melhor adaptação marginal da restauração
- Evitam excessos na porção cervical
- Diminuem a secreção do sulco gengival
- Separação do dente
- Fáceis de recortar
- Adaptam-se bem à superfície do dente
- Triângulo com base apical à parede gengival
- Posicionamento de L e P para V
- Maior volume nas áreas linguais/palatinas
- Via de regra: região de maior ameaça

Escolha da cor

- Sem o isolamento absoluto
- Escala vita
- Sob luz natural
- Dentes e escala úmidos
- Polimerizar pequena porção de RC

Acabamento RESINA

Imediatamente após a restauração
Remoção dos excessos mais grosseiros
Remover interferências oclusais
Pontas diamantadas de granulação fina e extra-fina
Brocas multilaminadas
Discos de lixa flexíveis
Pontas siliconizadas

Técnica do carimbo.

É possível usar a técnica de carimbo, com a resina na última camada.

Anatomia dentária

Esmalte – formado por ameloblastos, 96% mineral
Dentina – primária, secundária, reparadora
Quanto mais perto da polpa, menor a quantidade de túbulos dentinários, o que é ruim pra o sistema adesivo.

Lama dentinária – precisa ser removida.

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/javoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

Lesões cervicais Não cariosas**SENSIBILIDADE DENTINÁRIA (alterações inflamatórias reversíveis)**

• **Abrasão:** são decorrentes da fricção de materiais exógenos sobre a superfície dos dentes. Ocorre nas superfícies LVP. Segurar pregos, grampos com os dentes.

• **Atrição:** desgaste do contato dente-dente através de movimentos parafuncionais. (ex.: bruxismo)

• **Erosão:** perda de substância dentária devido a um processo químico não envolvendo bactérias. Forma de pires sem término nítido (intrínseca - acides) ou extrínseca (ácido da dieta, medicamentos).

• **Abfração:** perda em forma de cunha mais comum em superfícies cervicais vestibulares podendo ocorrer em proximais, linguais, em dentes com bom suporte periodontal. Podem afetar dentes adjacentes ou somente um elemento dental. (problemas oclusais) Bruxismo, interferência oclusal, apertamento, esforço mastigatório. Toque prematuro pode levar à retração em dente isolado.

Tratamento para a sensibilidade dentinária:

- aplicação de verniz de fluoreto de sódio 5% (1h sem ingestão alimentar)

- restaurar com CIV (casos severos)

- desgaste do contato prematuro

- proseração

Não necessita de terapêutica medicamentosa

Radiografias

4 radiografias interproximais, 2 de cada lado – Pré/Molares (esq. e dir.)

Usar a radiografia periapical, somente em dentes com tratamento de canal, extensas restaurações e extensas lesões de cárie.

RAZÕES PARA SUBSTITUIÇÃO DE RESTAURAÇÕES

- A) Lesão adjacente à restauração – Lesão de cárie secundária
- B) Por cárie primária
- C) Fratura da restauração
- D) Fratura de dente
- E) Selamento marginal - Infiltração na margem. Não dá pra substituir, é preciso refazer.
- F) Cáries que vão levar a problemas pulpares
- G) Por estética
- H) Iatrogenias

PINOS ESTÉTICOS COM PREVISIBILIDADE

Remover 2/3 da endo

Usamos pinos de fibra de vidro – com dupla condicidade.

Requisitos do pino

1,5mm de dentina ao redor do dente
4mm de material obturador
2mm mínimo de remanescente coronário na boca

Passos

Sistema auto condicionante

Polimerização

Usar isolante

Tratar o pino:

Lavar com álcool (60 seg) ou

Gel ácido fósfórico 37% por 6s

Silando

Aplicar adesivo

Remover o excesso e polimerizar

Segurar com a pinça Muller.

Envolver com resina e colocar no canal

Fotopolimerizar

Terminar de fotopolimerizar fora da boca

Lavar tudo e

Cimentar

Urgência em dentística

• Pulpagias:

- Lesões cariosas
- Sensibilidade dentinária
- Fraturas
- Dentes anteriores
- Dentes posteriores – proteger dentina exposta

Restaurações indiretas

- cavidades amplas
- dentes com tratamento endodônticos
- áreas de grandes esforços mastigatórios
- incrustações antagônicas
- Apoio de prótese removível

CLASSIFICAÇÃO DO SISTEMA ADESIVO**Condicione e lave**

- **3 passos:**

1° Ácido fósfórico – 30 seg. esmalte

Ácido fósfórico – 15 seg. dentina

lavar 30seg mantendo dentina úmida

2° primer – esfregar, secar por 10seg]

3° bond – secar por 10seg

Fotopolimerizar – 10-20seg

- **2 passos:**

1° Ácido fósfórico (igual ao de 3 passos)

2° Primer + Bond – aplicar 2 camadas e

Secar gentilmente e fotopolimerizar

- **Autocondicionante 2 passos**

1° primer ácido – esfregar em toda superfície por 20 seg e

secar gentilmente por 10 seg.

2° bond – aplicar, secar gentilmente 5-10seg e

fotopolimerizar por 10-20seg.

1 passo

Primer ácido mais bond juntos.

Mantem a dentina levemente úmida

Clareamento**Mecanismo de ação:**

Peróxido de hidrogênio 30-37% – atua na dentina provocando a oxidação, quebrando longas cadeias orgânicas e permitindo maior passagem da luz. Age rápido.

Peróxido de carbamida 10-16%- possui uma reação mais lenta.

Peróxido se transforma em hidrogênio.

Peróxido de sódio – usado para dentes com tratamento endodôntico (onde peróxido de hidrogênio é o agente ativo em toda as reações)

Micro-abrasão: pastas abrasivas com pontas de silicone em baixa rotação – para remoção de manchas superficiais.

Causas de enfraquecimento da estrutura dentária

- tratamento endodôntico

- destruição do tecido dental

- ressecamento dentinário

- iatrogenia na abertura do canal

1- DIÉRESE

Manobras que visam acesso ao objetivo cirúrgico.

A) Incisão: Manobra para romper a integridade tecidual.



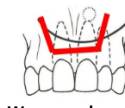
Neumann



Neumann modificada ou Peter Novak



Envelope- incisão sulcular – interpapilar



Wassmund



Ochsenbein



Winter



Partsch ou semi lunar

B) Divulsão

manobra que visa interromper a integridade dos tecidos.

Sindesmotomias: Romper os ligamentos dento-gengivais, com o objetivo de expor o colo cirúrgico do elemento dentário a ser extraído, para a adaptação e aplicação de força através de fórceps.

2-EXÉRESE

Manobras de remoção de tecido, lesão, retirada de um órgão ou de parte dele.

Ostectomia: Remoção de tecido ósseo-exérese.

Osteotomia: corte do osso

Avulsão - Retirada total ou parcial de um órgão.

Curetagem

3-HEMOSTASIA

Tamponamento: Realizado com gaze.

Eletrógoagulação: Utiliza-se de bisturi eletrônico.

Pinçamento: Deve-se aguardar de 8 a 10 minutos para a formação do trombo plaquetário na luz do vaso rompido.

Ligadura: O vaso é pinçado com duas pinças kellys.

Fibrina: é um dos fatores da coagulação e aceleram a formação de um coágulo na área afetada.

Espônjas: expande em contato com fluidos

Cera: Tem como função tamponar a área hemorrágica.

Hemostáticos de ação central: Estrógenos - Premarin®, Styptanon®

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

+11 9 7495-1083 whatsapp

4-SINTESE

Manobras que reposicionam os tecidos e os mantém estabilizados.

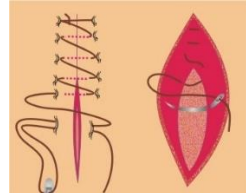
Suturas: reposicionamento e estabilização dos bordos da ferida.



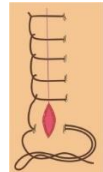
Ponto Simples



Ponto em X



Sutura contínua



Sutura contínua festonada

Exodontia Simples

Exodontia é denominada de simples quando utilizamos instrumental, como fórceps e elevadores para remoção do dente por via alveolar sem a necessidade de retalhos mucoperiosteais, desgastes ósseos (osteotomia) e dentários (odontosecção).

Podem ser:

- Exodontia Unitária
- Exodontia Seriada ou múltiplas

Indicações gerais das exodontias

- Pacientes com cáries graves
- pacientes com necrose pulpar
- com doença periodontal grave
- por razões ortodônticas
- dentes mal posicionados
- pacientes com dentes fraturados
- dentes impactados
- presença de supranumerários
- dentes associados a lesões
- com finalidades pré-protéticas
- como terapia pré radioterapia em pacientes oncológicos
- dentes envolvidos em traços de fratura nos maxilares
- por finalidade estética e
- por motivos sócio econômicos.

Contra-indicações sistêmicas em exodontias

- Diabetes não controlada
- leucemia e linfoma não controlados
- angina instável
- infarto recente
- hipertensão grave não controlada
- coagulopatia severa
- uso de anticoagulantes e
- uso de bifosfonatos

Contra-indicações locais em exodontias

- Pacientes que realizaram radioterapia em região de cabeça e pescoço
- dentes envolvidos em tumores odontogênicos
- pacientes com processos infecciosos agudos tais como pericoronarites e abscessos dento alveolares.

Indicações para as exodontias simples

- Dentes com coroas que suportem a ação do fórceps
- coroas pouco cariadas ou restauradas
- dentes com raiz (es) curta (s) e cônica (s)
- dentes com raízes sem dilatação ou hiperementose
- dentes sem inserção óssea e como auxiliar de outras técnicas que utilizem elevadores ou osteotomia.

As etapas cirúrgicas

1) Pré-operatório:

A) Mediato – Anamnese, exames e orientações ao paciente

B) Imediato – Preparo local

Preparo Local

Anti-sepsia iniciando com a intra-oral a base de clorexidina 0,2% por 60 segundos e após, a Anti-sepsia extra-oral com PVP-I ou clorexidina a 2%. Em seguida é feita a colocação dos campos estéreis (fenestrado, refletor, odontoprotetores).

Técnica cirúrgica – Exodontia simples

SINDESMOTOMIA

Desinserção das fibras gengivais que circundam o dente, evitando dilacerar tecido gengival e facilitar a adaptação dos mordentes do fórceps no colo cirúrgico.

PREENSÃO

Nesta etapa o mordente do fórceps deve estar paralelo ao longo eixo do dente.

INTRUSÃO

Com o objetivo de romper as fibras apicais do ligamento periodontal, deslocar o centro de rotação para apical, melhorando a transmissão das forças e adaptação do fórceps e diminuindo a chance de fratura do ápice radicular sendo também o início da dilatação óssea.

LATERALIDADE

Movimento pendular ou de LATERALIDADE sempre com maior amplitude para a tabua óssea mais fina ou delgada, devendo sempre respeitar a anatomia radicular e a espessura óssea, realizando movimentos cíclicos, graduais e com crescente amplitude para a dilatação (expansão) das tábuas ósseas alveolares.

ROTAÇÃO

Indicada em dentes uniradiculares e com raiz cônica e sem dilatações apicais geralmente utilizamos em Incisivos centrais superiores, Caninos superiores e Pré-molares inferiores. Este movimento também promoverá uma dilatação óssea e o rompimento de fibras do ligamento periodontal.

TRAÇÃO

Retirada do dente de seu alvéolo neste momento realizamos a manobra cirúrgica fundamental da Exérese ou Avulsão. Devemos sempre tracionar a favor da anatomia radicular, protegendo o dente antagonista com a outra mão evitando traumatismos desnecessários.

INSTRUMENTAL

18L – MOLAR SUP ESQUERDO

18R – MOLARES SUP DIREITO

150 – INCISIVOS, CANINOS E PRÉS SUP.

151- INCISIVOS, CANINOS E PRÉS INF.

17 – MOLARES INFERIORES

Indicações para exodontias Simples com elevadores

- Avulsão de raízes fraturadas
- Raízes cariadas
- Raízes residuais
- Dentes apinhados
- Dentes não incluídos
- Dentes Impactados e ectópicos.

MOVIMENTOS DOS ELEVADORES

- Cunha inserindo ele paralelo ao longo eixo do dente entre este e o osso alveolar
- Roda ou sarrilho onde giramos o elevador em seu longo eixo usando como apoio o osso alveolar e
- Alavanca

O local de utilização do elevador é no espaço do ligamento periodontal, não devendo nunca apoiar no dente adjacente, utilizando a cortical vestibular ou lingual a nível de margem gengival como ponto de apoio. Devemos colocar o dedo da outra mão protegendo o paciente no caso do elevador escapar e nunca usar o movimento de cunha em molares superiores.

MANOBRAS PÓS EXODONTIA

LIMAGEM - em casos de espículas ósseas, apenas na cortical óssea vestibular, com movimentos de dentro do alvéolo para fora ou após alveoloplastias.

CURETAGEM: somente em casos de processos infecciosos periapicais e periodontais, após exodontias de dentes tratados endodonticamente, para remoção de capuz pericoronários de dentes incluídos e remoção de fragmentos ósseos como septos inter-radulares e espículas ósseas.

IRRIGAÇÃO: A irrigação é feita com soro fisiológico ou água destilada.

MANOBRAS DE CHOMPRET - pressão bidigital nas tábuas ósseas vestibular e lingual.

SUTURA – Após a sutura é colocada uma gaze na área e solicitado para o paciente realizar uma compressão de 5 a 10 minutos.

RECOMENDAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS

A) Repouso: o maior tempo possível, nos primeiros 3 dias; ao deitar, manter a cabeça elevada; evitar atividades físicas e exposição ao sol por 5 dias e evitar falar muito.

B) Higiene bucal: escovar o dorso da lingual; escovar os dentes normalmente, tomando cuidado com a área operada e empregar a solução anti-séptica de acordo com a prescrição da receita.

C) Outros cuidados como se o paciente for fumante, evitar fumar neste período; não tomar bebidas alcoólicas de nenhuma espécie; seguir corretamente a prescrição da medicação; não tomar nenhum medicamento por conta própria; No caso de dor, edema ou sangramento excessivo, comunicar-se com o cirurgião e comparecer ao retorno para a remoção dos pontos.

REMOÇÃO DOS PONTOS

A remoção dos pontos pode ser feita de 5 a 15 dias, sendo o mais comum em 7 dias. Para a remoção é feito primeiramente a anti-sepsia seguido do tracionamento do fio e o corte junto ao nó para sua remoção.

Indicação:

- Remoção de dentes próximos a acidentes anatômicos
- Dentes com problemas de anomalia de posição
- Coroas destruídas
- Hiperementose
- Dilaceração
- Raízes longas
- Raízes divergentes
- Anquilose ou
- Qualquer outra possibilidade em que não há indicação para uma exodontia simples.

Passos para as técnicas cirúrgicas

Tanto para uni ou multi radiculares temos as seguintes etapas:

- Incisão
- Descolamento mucoperiosteal e obtenção de um retalho
- Ostectomia (Apical ou Cervical)
- Odontosecção
- Luxação com elevadores (cunha, roda, alavanca)
- Avulsão
- Limagem
- Curetagem
- Manobra de Chompret
- Irrigação e sutura

Odontosecção

Definição: É a separação da porção coronária ou radicular dos dentes

1. eliminar impedimento mecânico (resistência) do osso
2. evitar fratura das cristas e raízes
3. simplificar a extração pela individualização das raízes
4. eliminar impação de dentes retidos
5. não lesar dentes vizinhos

Indicações clínicas

1. Dentes multirradiculares com coroas destruídas
2. Dentes multirradiculares com restaurações extensas

Indicações radiográficas

- dentes decíduos com o germe permanente alojado entre as raízes
- raízes divergentes
- raízes dilaceradas e com hiperementoses
- dentes retidos

Remoção de pequenos fragmentos de raiz dos ápices radiculares

Nos casos de fratura do terço apical, durante uma exodontia simples, por exemplo, pela não observância de alteração anatômica do septo interalveolar, podemos proceder a eliminação deste septo (ostectomia) para, na sequência pela aplicação de um elevador removermos o ápice ou através do uso de limas endodônticas aplicadas na luz do canal do ápice fraturado.

Exodontias Múltiplas

- Mínimo de ostectomia possível
- Há a necessidade de regularização óssea
- Para uma melhor cicatrização e reabilitação protética
- Realiza-se sutura contínua simples ou festonada

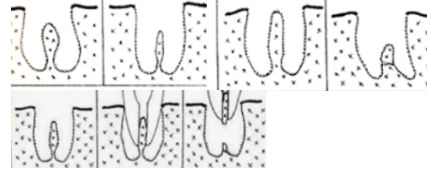
Septos baixos, com base larga e arredondados, **não** necessitam remoção.



Existe necessidade de remoção dos septos interalveolares nos casos de:

- Base estreita e volumosa
- Base estreita e septo fino
- Septo alto sobressaindo o alvéolo
- Septo fraturado durante a exodontia

O instrumental de escolha para esta regularização é o osteotomo ou alveolótomo ou Pinça Goiva.



Instruções (orientações) pós operatórias:

Com linguagem clara e simples, devemos orientar o paciente no sentido de manutenção da hemostasia pedindo para que haja nas próximas 48 horas, alimentação fria e pastosa, para que não realize bochechos, evite fumar e aplique uma compressa externa com gelo, sobre o lado operado, por 10 min, com intervalo de 20min, repetindo-se o processo nas próximas 3 horas.

CIRURGIA – Acidentes e complicações nas Exodontias

COMPLICAÇÕES - Ocorre no período pós-operatório

Dor

- variada resposta inflamatória de cada intervenção
- depende do porte cirúrgico
- idéias pré-concebidas da dor que cada um espera sentir
- pico da dor pós-operatória: 12 horas
- trauma cirúrgico menor: medicação analgésica de ação periférica
- média à longa duração: drogas analgésicas e AINES
- medida preventiva: AIES em dose única ou associado com inibidores seletivos da COX-2, cerca de 60 minutos no pré-operatório
- adequada orientação dos cuidados pós-operatórios

Edema

- aumento do líquido nos espaços teciduais intersticiais, em resposta à agressão sofrida numa certa região
- pico: 24 a 48 horas
- edema progressivo: infecção
- **prevenção:** cirurgias atraumáticas e medicação sistêmica pré-operatória

Condutas:

Gelo extra-oral pelo período de 24 horas, repouso pós-cirúrgico, compressas úmidas mornas após 24 horas

Trismo

limitação na abertura bucal

- **causas:** exodontia dos terceiros molares inferiores, biselamento da agulha anestésica com infiltração inadequada, múltiplas injeções na musculatura mastigatória, retalhos mucoperiosteais extensos, lacerações durante a divulsão, grandes ostectomias entre outros
 - **prevenção:** abordagem cirúrgica criteriosa, terapêutica medicamentosa pré-operatória e cuidados locais pós-operatórios
- Medicação miorrelaxante**
- aplicação de calor úmido
 - bochechos
 - terapia miofuncional oral: fonoaudiólogo
 - infecção associada: antibioticoterapia e se necessário drenagem

Hemorragia

- **prevenção:** cuidadosa avaliação do paciente, precedente de hemorragia prolongada ou persistente, sangramento familiar, coagulopatias, drogas anticoagulantes, quimioterapia e alcoolismo
- **prevenção local:** técnica cirúrgica atraumática, sutura adequada e orientações pós-cirúrgicas

- posicionar o paciente na cadeira, e com boa iluminação, visualiza-se e se determina a fonte do sangramento
- aspiração cuidadosa e remoção das placas e pedaços de sangue coagulados
- gaze dobrada é pressionada firmemente pela mão do cirurgião pelo tempo de 5 minutos
- suturas mais suficientes e efetivas
- esponjas coagulantes de fibrina, gelatina, celulose oxidadas ou cera para osso
- serviço hospitalar na persistência do quadro hemorrágico

HEMATOMA E EQUIMOSE

- **hematoma:** acúmulo de sangue nos tecidos com aumento de volume
- **equimose:** acúmulo de sangue nos tecidos sem aumento de volume
- **ocorrência:** 24 e 48 horas após a cirurgia
- **prevenção:** hemostasia trans-cirúrgica e frio por 24H.
- **condutas:** compressas mornas, pomadas anticoagulantes (Hirudoid)
- **hematomas extensos:** antibioticoterapia profilática

ALVEOLITE

Perturbação no reparo alveolar, pela degradação do coágulo

- **causas:** suprimento sanguíneo insuficiente do alvéolo, infecção prévia, traumatismo ao osso, excesso de vasoconstritor, contraceptivos, tabagismo, doenças sistêmicas, comprometimento imunológico.
 - **prevenção:** anti-sepsia (intra e extra), correta técnica e orientações pós operatórias
- Condutas**
- **alveolite seca:** anestesia, remoção da sutura, água oxigenada 10vol., soro fisiológico, água oxigenada 10vol. e clorexidina 0,2%. aplicação de medicação intra-alveolar (ALVEOSAN®, ALVEOGLY®, ALVEOLEX®), sutura ou não, antibiótico terapia.
 - **alveolite úmida:** anestesia, remoção da sutura, curetagem, formar coágulo, sutura, terapêutica medicamentosa: analgésicos e antibióticos

PARESTESIA -NEUROPRAXIA

Distúrbio neurosensorial com diminuição de sensibilidade de uma determinada região

- **causas:** proximidade de nervos nas exodontias e traumatismos provocados pelas agulhas nas técnicas anestésicas
- **clínicamente:** anestesia prolongada da língua, lábio pelo período entre 3 a 12 meses
- **prevenção:** utilizar de forma controlada as soluções nas anestésias, cuidado na incisão e divulsão do retalho lingual
- **condutas:** prescrição empírica de ação antineurítica (Citoneurin) associada a suplemento vitamínico (B), com ou sem associação de AIES, fisioterapia, infravermelho, TENS, laser, fonoaudiologia e acupuntura

FÍSTULA BUCO-SINUSAL OU BUCO-NASAL - Comunicação

- **fístula buco-sinusal:** permanência de uma comunicação da cavidade bucal com o seio maxilar, devido a destruição do soalho e membrana durante exodontias.
- **fístula buco-nasal:** exodontias onde os ápices estão em íntima relação com a cavidade nasal
- **clínicamente:** falta de continuidade da mucosa, presença de um tecido epiteliado da cavidade sinusal ou nasal com a boca, escape de ar, saída de líquidos ingeridos pelo nariz, congestão nasal e rinorréia mucopurulenta

Se tem dúvida, fazer manobra de Vasalva

Certeza? Sutura oclusiva, antibiótico, cicatrizar, acompanhar e no segundo momento cirurgia para remoção por exemplo de uma raiz.

Se a sutura não resolveu, pedir a panorâmica para analisar a comunicação.

Se você fizer o acesso, lavar o seio, junto com o antibiótico terapia.

Para fechar comunicação buco-sinusal: Excisão da fístula: Incisão de Newmam modificada – escarificação do periosteio – rotação do retalho mais o corpo adiposo da bochecha sobre o alvéolo e sutura

- tratamento diretamente relacionado com o tempo e tamanho
- antibioticoterapia, descongestionantes e retalhos rotacionados

- Antibioticoterapia por 10 dias (anaeróbios beta-lactamase – Clavulin BD®)
- Uso de 2 a 4 gotas, 3x/dia de Fluimucil® solução nasal
- Inalação de Fluimucil® antes de deitar

ACIDENTES - Durante o trans-operatório

As causas principais:

- Pré operatório inadequado
- Diagnostico incorreto
- Falta de planejamento
- Indicação incorreta
- Mau uso de instrumentos
- Aplicação de força excessiva
- Falta de visualização do campo operatório
- Despreparo do profissional
- Radiografias insuficientes ou distorcidas
- Seleção da técnica cirúrgica
- Planejamento pouco abrangente
- Anatomia regional
- Habilidade psicomotora
- Uso inadequado de instrumental cirúrgico
- Uso do instrumental cirúrgico inadequado

ESCORIAÇÕES E ABRASÕES

Atrito ou raspagem constante contra a superfície da pele ou mucosa

- **causas:** trauma dos instrumentos cirúrgicos (afastadores ou brocas)
- **prevenção:** lubrificantes ou pomadas na comissura labial
- **condutas:** prevenção a infecção, anti-séptico e pomadas com corticosteróides associadas a antibióticos

LACERAÇÕES

Solução de continuidade dos tecidos superficiais e profundos - rasgamento

- **causas:** técnica cirúrgica inadequada; seleção inapropriada de instrumentos; falta de habilidade cirúrgica
- **prevenção:** retalhos adequados; evitar movimentos intempestivos, apoio digital na região palatina ou lingual e cuidado no afastamento tecidual
- **condutas:** tecidos dilacerados devem ser reposicionados e suturados.

Lesões de Tecidos Duros

FRATURA DO DENTE A SER EXTRAÍDO

- **causas:** restaurações e cáries extensas; dilacerações; anquilose; hipercementose; osteotomia e odontosecção insuficiente e utilização inadequada de instrumentos
- **prevenção:** planejamento adequado; Avaliar a permanência do remanescente (1/3 apical)-acompanhamento imaginológico
- **condutas:** retalho, osteotomia e odontosecção

LESÃO A DENTES ADJACENTES

LUXAÇÃO AVULSÃO / FRATURA CORONÁRIA e de RESTAURAÇÕES

- **causas:** aplicação inadequada do apoio dos instrumentos, movimento intempestivo na avulsão dental, excesso proximal de restaurações

- **prevenção:** controle da força de tração durante os movimentos de exodontia com fórceps, apoio do elevador em tecido ósseo
- **Condutas**

luxação: pericementite, controlada por medicação e Rx de controle.
avulsão: reposicionamento imediato e contenção com fios de aço e resina verificando a oclusão e constante avaliação endodôntica

restauração - inspecionar restos da restauração no alvéolo

FRATURAS : Osso Maxilar

- **causas:** força excessiva nas exodontias de dentes posteriores, na área da tuberosidade e assoalho da cavidade sinusal
- **prevenção:** exame clínico e radiográfico, avaliar raiz, espessura óssea e proximidade com o seio maxilar, odontosecção
- **condutas:** finaliza-se a exodontia, manobra de Vassalva e estabilização do túber com sutura oclusiva. Se tiver comunicação, fazer um protetor com resina soft sobre a sutura. *Túber separado do tecido mole não se recoloca. Regularização óssea e sutura. Se ficar parte aderida ao periosteio, regularizar osso e manter.*

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

FRATURAS : Osso Mandibular

- **causas:** aplicação de força exagerada dos elevadores, ou movimentos intempestivos durante as exodontias dos 3º Molares
- **prevenção:** adequada osteotomia e Odontosecção
- **condutas:** comunicar o paciente, sutura - imobilização imediata - bandagem de Barton e encaminhamento ao bucomaxilo para tratamento hospitalar

Enfisema

Introdução de ar no interior dos tecidos, atingindo os espaços fasciais

- **clínicamente:** aumento de volume, crepitação (bolhas de ar no interior dos tecidos)
- **causas:** saída do excesso de ar na alta rotação
- **prevenção:** manutenção da integridade do periosteio, posicionamento dos tecidos moles sobre a cabeça da alta rotação ou substituir por motores elétricos e cinzéis
- **condutas:** antibioticoterapia, antiinflamatórios e analgésicos, acompanhamento

Comunicação Buco-sinusal ou buco nasal

- **causas:** exodontia dos molares superiores, caninos retos, falta de osso entre as raízes e o seio maxilar e raízes divergentes
- **diagnóstico imediato:** passagem de ar pelo alvéolo, alvéolo irá borbulhar ou o coágulo irá se movimentar – Manobra de Valsalva
- **seqüelas:** sinusite e fistula buco-sinusal
- **prevenção:** avaliação imaginológica e planejamento nas técnicas cirúrgicas

Conduta Estabilizar o coágulo, Sutura oclusiva Cuidados P.O- evitar assoar o nariz, espirrar de boca aberta, não fumar, não utilizar canudos na alimentação, dieta líquida/pastosa, morna/fria

• **terapêutica-** Antibiótico - evitar sinusite

Deslocamento de dentes ou instrumentos para as regiões circunvizinhas

- Dentes inferiores: espaços sublingual e submandibular
- Dentes superiores: espaços infratemporal e cavidade sinusal
- **causas:** falta do planejamento cirúrgico e imaginológico
- **prevenção:** retalho adequado e evitar o movimento de cunha com elevadores

Condutas

- sutura do alvéolo
- comunicar o paciente
- exames imaginológicos: adequada localização e planejamento cirúrgico - TC 3D
- seio maxilar: acesso de Caldwell-Luc
- espaço submandibular: acesso extra-bucal – Risdon

Remoção em 2º tempo cirúrgico

Caldwell-Luc: Manobra de acesso ao seiomaxilar. Consiste em uma incisão linear na mucosa vestibular, de canino a primeiro molar.

Pre operatório: Antibiotico terapia por 10 dias (Clavulin); 2 a 4 gotas 3x ao dia de Flumucil (solução nasal); Inalacao de Flumucil antes de deitar

Pos operatório: Retorno em 5 dias; Remocao da sutura em 10 a 25 dias. Acompanhamento 3 meses

Deglutição

O dente é deslocado para as vias aéreas, passando pelo esôfago

- Paciente mostra-se ansioso, com náuseas, vômitos, ardor na faringe, tosse e dor abdominal. Pode ser feita a tentativa de remoção manualmente além de
- estímulo ao vômito
- ingestão de líquidos
- Encaminhamento para Gastroenterologista

Aspiração

Dente ou instrumento é deslocado para a orofaringe (faringe, traquéia ou no parênquima pulmonar)

- **causas:** após a remoção do dente do alvéolo, enquanto este permanece na boca
- **prevenção:** atenção e vigilância constante, evitar posição supina.

Condutas

- inspeção para localização e retirada manual ou com pinças
- Estimular a tosse e realizar a manobra de Heimlich
- manobras não efetivas: conduzir para o pronto-socorro

A manobra de Heimlich consiste em colocar-se atrás do paciente que fez a aspiração, com os braços envolvendo o abdome, Colocar a mão fechada, abaixo do esterno e ligeiramente acima do umbigo, com o polegar para dentro, contra o abdômen do paciente; Agarrar firmemente o punho com a outra mão; Efetuar 5 compressões abdominais, para dentro e para cima, de modo a aumentar a pressão torácica, que irá expulsar o objeto em questão.

Notar que cada compressão deve ser suficientemente forte para deslocar a obstrução, mas não agressiva de forma a causar uma fratura por exemplo; Reavaliar verificando se normalizou a respiração e verificando se o corpo estranho saiu pela boca; Pode-se repetir a operação algumas vezes até conseguir a normalização das funções.

Fratura de instrumentos

Os seguintes instrumentais podem estar envolvidos nas principais ocorrências em relação as fraturas dos mesmos: elevadores, fórceps, pinças, brocas, agulhas entre outros

- **causas:** movimentos bruscos durante as manobras cirúrgicas
- **prevenção:** conhecimento teórico e habilidade e vivencia cirúrgica

Condutas

- comunicar o paciente
- remoção imediata
- remoção mediat: formação de uma cápsula fibrosa

Luxação da Articulação Temporo

Mandibular (ATM)

Deslocamento bilateral do côndilo da eminência articular do temporal, em decorrência da ação muscular, sem o seu retorno espontâneo para a sua posição original

- **clínicamente:** permanece com a boca aberta, aliada á dificuldade de conter a saliva e para falar, gerando um quadro de ansiedade e dor local
- **causas:** durante as manobras empregadas nas exodontias quando ao forçar a abertura bucal
- **prevenção:** apoio na mandíbula com uma das mãos pelo assistente, evitando uma abertura excessiva

Condutas:

- redução manual imediata
- paciente sentado, apoiando a cabeça contra a parede, e posicionando-se os dedos polegares sobre a superfície oclusal dos molares bilateralmente, e com os dedos anulares e médios englobando a região basal da mandíbula, realiza-se um movimento para baixo e guiando-o no sentido mais posterior
- bandagem facial e prescrição de analgésicos e antiinflamatórios não esteroidais

Frenectomia labial/língua/brida

Indicações:

- interfere na instrabilidade da prótese
- responsável por diastemas
- interfere na fonação e deglutição
- finalidade ortodontica

Técnica de Archer labial:

- duplo pinçamento
- incisão: primeiro junto a pinça que está no rebordo e a outra na mucosa labial. Em forma de cunha
- divulsão dos tecidos
- sutura: Não suturar em gengiva inserida

Técnica de Mead labial:

- incisão na base do freio
- divulsão
- sutura – iniciar no ponto mais alto da incisão.

Lingual: elevar a lingual em direção ao palato, tensionando, e incisionar. Cuidados na sutura para não provocar rânulas.

MONTAGEM DA BANCADA



Desgastes na estrutura radicular de dentes vizinhos:

acompanhamento e indicação de endo.

Pre-molar inferir é um dente de difícil remoção. A melhor broca para evitar esse risco é a Zecria de cabo longo. 701, 702 podem ser utilizadas em áreas maiores.

ORDEM DE FREQUÊNCIA DOS DENTES INCLUSOS:

- 3º molar inferior e 3º molar superior
- canino superior e pré-molares inferiores
- canino inferior e pré-molares superiores
- incisivos e laterais superiores
- 2º molares inferiores

TIPOS DE INCLUSÕES

- Submucosa
- Intraósseo
- Semi-incluso

INDICAÇÕES PARA AVULSÃO DOS DENTES INCLUSOS

- Auxiliar no tratamento periodontal dos dentes adjacentes
- Prevenção da cárie dentária
- Posições ectópicas
- Facilitar a reabilitação protética
- Facilitar a movimentação ortodôntica
- Na linha de fraturas mandibulares
- Envolvidos em ressecção de tumores
- Interferindo em osteotomias para cirurgia ortognática do tipo Le Fort I na maxila e sagital na mandíbula
- Profilática para pacientes com problemas médicos
- História prévia de pericoronarite
- Prevenção da Reabsorção Radicular

CONTRA-INDICAÇÕES PARA AVULSÃO

- Grandes extremos de idade
- Pacientes com condições médicas comprometidas
- Casos de riscos às estruturas nobres adjacentes como proximidade com o nervo alveolar inferior e
- Casos de infecções agudas pelo risco de disseminação do processo séptico.

CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS DOS DENTES INCLUSOS

- 1) PERICORONARITE
- 2) Cárie Dental
- 3) DOENÇA PERIODONTAL
- 4) Interferência no irrompimento de dentes adjacentes
- 5) INFECCÃO
- 6) Reabsorção radicular do 2 molar
- 7) Cistos
- 8) Tumores

Recursos de Imagens

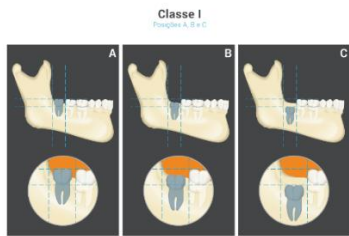
- RX Periapicais
- Panorâmica
- Tomografia (padrão ouro)
- Técnica Clark
- Tec. Miller-Winter
- Tec. De Donovan

Classificação dos terceiros molares retidos

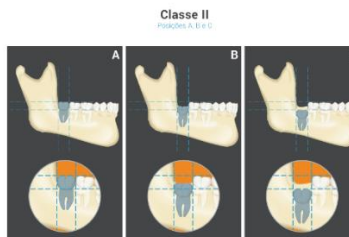
Classificação de Pell e Gregory:

- 1) Quanto a sua inclusão no ramo mandibular. É aplicada somente nos terceiros molares inferiores.

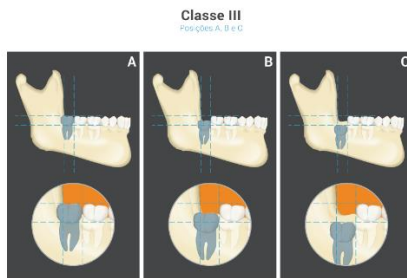
Classe I: Diâmetro mesio-distal do terceiro molar é menor que a distância entre o bordo anterior do ramo mandibular e a face distal do segundo molar, ou seja ele está fora do ramo mandibular.



Classe II: Diâmetro mesio-distal do terceiro molar é maior que a distância entre o bordo anterior do ramo mandibular e a face distal do segundo molar, ou seja o dente incluído está parcialmente incluído no ramo mandibular.

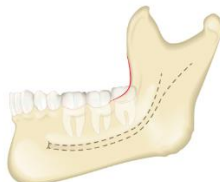


Classe III: Não há espaço entre a distal do segundo molar e o ramo mandibular, ou seja o dente está totalmente incluído no ramo mandibular.

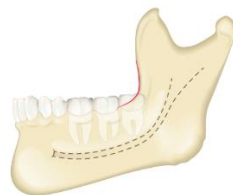


2) Quanto ao plano oclusal.

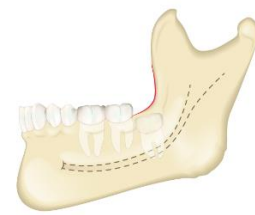
POSIÇÃO "A": Face oclusal do terceiro molar no mesmo nível ou acima do plano oclusal.



POSIÇÃO "B": Face oclusal do terceiro molar entre o plano oclusal e a cervical do segundo molar



POSIÇÃO "C": Face oclusal do terceiro molar abaixo da cervical do segundo molar.



Classificação de Winter

Leva em consideração a inclinação do longo eixo do terceiro molar. Podem ser:

- **Vertical:** quando seu longo eixo for paralelo aos demais dentes
- **Mesioangulado:** quando seu longo eixo for convergente em relação aos demais dentes.
- **Distoangulado:** quando seu longo eixo for divergente em relação aos demais dentes.
- **Horizontal:** o longo eixo do terceiro molar é perpendicular em relação aos demais dentes.
- **Linguo-angulado:** Quando a coroa do terceiro molar está voltada para a lingual.
- **Buco-angulado:** Quando a coroa do terceiro molar está voltada para o vestibulo bucal.
- **Invertido** quando a coroa do terceiro está invertida.

Crítérios do Exame clínico

Entre os critérios de avaliação para o planejamento cirúrgico dos terceiros estão a inspeção do tecido que recobre o dente, presença de infecção (exsudato, cálculos), posição do dente, abertura bucal, padrão facial, presença de hábitos deletérios, espessura do masseter, proximidade com dentes vizinhos e se na palpação, apresenta sensibilidade local ao toque.

Técnica cirúrgica – Tipos de Incisões

- **INCISÃO de WINTER** - uma incisão de alívio na distal do segundo molar levando a grande chance de deiscência da sutura com uma invaginação do retalho para o interior do defeito ósseo.
- **INCISÃO de WINTER AMPLIADA** – esta incisão propicia menos risco de uma deiscência da sutura pela confecção da incisão de alívio ou relaxante em região mesial do segundo molar com garantia de apoio ósseo da sutura por não realizarmos uma osteotomia nesta área.
- **INCISÃO em ENVELOPE** – se trata de uma incisão sem alívio ou relaxante, sendo indicada em inclusões dentárias mais superficiais, sendo feito apenas o contorno intra-sulcular nas papilas dos dentes adjacentes.
- **Descolamento muco periosteal** – deslocando a mucosa e periosteó do tecido ósseo subjacente.
- **Osteotomia** – o desgaste ósseo é feito de forma pendular em região mesial, vestibular e distal liberando o maior diâmetro do dente e criando um espaço vazio entre o dente e o tecido ósseo permitindo a mobilização e luxação do dente.
- **ODONTOSECÇÃO:** esta manobra é reservada para alterações do longo eixo do dente (inclusões do tipo mesioangulado, horizontal, distoangulado) ou em alterações morfológicas radiculares (dilacerações, divergências acentuadas, hipercurvaturas). É realizada até dois terços no sentido vestibulo-lingual com motor e broca e terminada de maneira manual com uma torção no espaço criado com a aplicação do elevador clivando o restante.
 - Odontosecção Coronária mesial é feita em casos de dentes mesioangulados impactados na região mesial.
 - Odontosecção Coronária total em casos de dentes horizontais.
 - Odontosecção Coronária distal nos dentes incluídos e distoangulados.
 - Odontosecção radicular é feita nos casos de raízes divergentes e dilaceradas.
- **LUXAÇÃO** - com elevadores através dos movimentos de cunha, roda e alavanca.
- **AVULSÃO** – exérese do dente ou sua retirada de seu alvéolo.
- **Remoção do folículo pericoronário** com cureta de Lucas.
- **LIMAGEM** – removendo irregularidades ósseas e eventuais espículas.
- **SUTURA** – iniciando nos ângulos no início da incisão de alívio.

Técnica cirúrgica para remoção do 3 Molar superior

- Incisões de Winter com alívio na mesial de segundo molar e a incisão envelope sem a necessidade de alívio sendo esta indicada em inclusões mais superficiais.
- Após a incisão procede-se o descolamento muco periosteal com descoladores de Freer e Molt.
- A Osteotomia na maxila na maioria dos casos pode ser realizada com cinzéis manualmente pelo osso mais fino e papiráceo desta região. O uso de brocas são reservadas para grandes inclusões com um maior risco de enfisema.
- A necessidade de uma odontosecção é rara mas pode ser necessária em grandes divergências radiculares ou grandes impactações contra os segundos molares.
- Segue-se com a luxação e avulsão do dente com o uso dos elevadores e remoção do folículo pericoronário que pode ficar aderido na distal do segundo molar.
- Em seguida realiza-se a limagem de irregularidades ósseas e a sutura.

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

Cirurgia paraendodôntica

Objetivo: tratar lesões que se localizam no ápice radicular.
Quando: Lesões apicais refratárias ao retratamento endodôntico; Impossibilidade de tratamento endodôntico no delta apical ou dilatação; Confeção de degrau durante o PQC; Um pino intraradicular muito calibroso; Sobre-obturação no conduto; Fragmento de instrumentos no terço apical; Perfurações apicais

Tipos de cirurgias

1. Curetagem apical com alisamento da raiz – para dentes com tratamento ideal lesões persistentes

2. Apicectomia - Obrigatoriamente amputação do ápice radicular em 90°, de modo que se tenha um remanescente de raiz de no mínimo 2/3.

3. Apicectomia com obturação retrógrada

Tipos de lesões:

Alta – está no ápice para cima de uma lesão.

Baixa – envolve o dente

Tipos de acessos:

Neumann modificada, Wassmund.

Partsch – limita a visão do campo

Processos Sépticos - controle e tratamento, vias de disseminação. Abscesso, Celulite, Empiema e Angina

Celulite: Infecção grave, necrosa o tecido e causa lesão regional, aguda, rápida progressão, difusa, sem pus em alguns casos, dura. Drenar + antibióticoterapia.

Septicemia: Infecção generalizada, risco de vida ao paciente. Consequência de uma infecção primária normalmente localizada nos pulmões, trato urinário, abdômen e cavidade oral, que consegue se espalhar para o sangue.

Bacteremia: Bactéria no sangue, geralmente após procedimento cirúrgico.

Evolução das infecções:

Pode iniciar por via hematogênica (anacorese) ou linfática

Abscessos dento-alveolares geralmente são pequenas coleções purulentas, circunscritas, de baixa gravidade, com progressão lenta e causados por bactérias anaeróbicas. Tratar por endo, raspagem ou exo.

Progressão das infecções

A antibióticoterapia apenas evitará a progressão da lesão, se a causa não for removida ocorrer a recidiva da infecção. O principal tratamento é a remoção da causa (exodontia ou a endodontia).

Espaços faciais primários:

Um dente com ápice acima da inserção deste músculo causa acumulação do pus no espaço bucal. Um dente com o ápice dentário abaixo da inserção do músculo bucinador causa uma acumulação de pus no espaço vestibular isso na maxila, na mandíbula esta relação é contrária.

Espaço canino - localizado entre os músculos elevador do músculo da boca e elevador do lábio superior. Quando esse espaço é infectado, há um aumento de volume na região anterior da face que oblitera o sulco naso-labial.

Espaço bucal - É limitado pela pele da face no seu aspecto lateral e pelo músculo bucinador no seu aspecto medial. Resulta no aumento de volume abaixo do arco zigomático e acima do bordo inferior da mandíbula.

Espaço infra-temporal: Localiza-se posteriormente a maxila, sendo esta seu limite anterior, superiormente é limitada pela base do crânio e superfície infratemporal da asa maior do esfenóide.

Espaço submentoniano: Apesar de ser um espaço pouco atingido, as infecções originadas de incisivos e caninos inferiores com raízes longas podem alcançá-lo, sobretudo, quando seus ápices se localizam abaixo do músculo mental.

Espaço sublingual: É delimitado lateralmente pelo corpo da mandíbula (fóvea sublingual), superiormente pela mucosa do soalho da boca e inferiormente pelo músculo milo-hióide. É comum que a infecção atravesse o plano mediano, tornando-se bilateral, o que causa uma elevação de língua.

Espaço submandibular: Quando os espaços submandibular, sublingual e submentoniano são envolvidos bilateralmente por uma infecção, ocorre o que denominamos Angina de Ludwig

Espaços faciais secundários:

As infecções são de difícil tratamento, se não houver a intervenção cirúrgica para drenar o exsudato purulento.

Espaço masseterico: é envolvido pela disseminação da infecção a partir do espaço bucal. O paciente terá como resultado, um trismo de moderado a grave, provocado pela inflamação desse músculo.

Espaço pterigomandibular: O paciente pode apresentar trismo sem aumento de volume, sendo este de grande importância no diagnóstico da infecção deste espaço. Este espaço também pode ser infectado por agulhas anestésicas contaminadas.

Espaço temporal: Os espaços masseterico, pterigomandibular e temporal são conhecidos como espaço mastigador, porque são limitados pelos músculos e fáscia da mastigação; esses espaços comunicam-se livremente entre si, de modo que, quando um é envolvido, os outros também podem estar

Tratamento:

Incisão no maior ponto de flutuação Drenagem.

Não suturar completamente e manter dreno.

Doenças odontogênicas do seio maxilar

Seio maxilar: Cavidade anatômica preenchida por ar, que ajuda a diminuir o peso do crânio, na ressonância vocal, diminui o peso da musculatura do pescoço, umidifica o ar. Possui uma membrana Pseudo extratificada cilíndrica ciliada de 0,3-0,8mm, que expõe o muco através do óstio. O óstio é uma cavidade presente no seio que o liga ao meato médio da cavidade nasal. Em função da perda dental e a pressão interna do seio reduz a espessura óssea.

Avaliação do Seio maxilar: Velamento pode ser pus (sinusite aguda), sangue (hemosinos)

Imagens: Periapical (limitada); Waltersson (incidência por trás da cabeça);

Panorâmica; Tomografia

Sinusite: Agressão ao óstio. Entope, prolifera anaeróbicas, inflama não tem pra onde sair, pode levar a empiema. Pode ter origem **odontogênica:** Infecção periapical aguda; doença periodontal aguda; Exodontia, Maior % de anaeróbicas e **não odontogênicas** (alergias, irritação química, trauma, maior% de aeróbicas)

Corpo estranho: latrogenias / acidentadas - Se dente cair no seio, fazer a sutura oclusiva e remover em 2º tempo.

Antibiótico 7 – 10 dias. Após 3 semanas nova cirurgia para remoção.

Cisto de retenção mucoso: Formado pelo epitélio respiratório, coleção de muco no interior da membrana

Comunicação e fistula: Descrito em *acidentes e complicações*

Tipos de enxertos

Autógeno = do paciente (mento, ramo, hiliaco) parte do osso

Endógeno = material do paciente mas não é o mesmo material ou tecido.

Exenogênico = material externo – fora do organismo

CISTOS ODONTOGENICO

DIAGNÓSTICO: “toda imagem radiolúcida, requer uma punção aspirativa para remover material de dentro do local”. Se cisto intraósseo, geralmente – assintomático. Com o tempo, surge fistula, dor, aumento de volume, parestesia, mobilidade dental, agensia por impedir a formação, rompe a cortical.

Biopsia

- Se vem cor vermelho (10ml) colocar na gaze. Se coagula, lesão vascular (encaminhar)

- Se tem líquido: amarelo, sangue –

Incisional/excisional

- Sempre enviar para análise

Conceito

Cisto é uma Cavidade patológica (bolha) que tem líquido, acima do líquido o epitélio pavimentoso extratificado, geralmente com uma capsula de tec conjuntivo com fibroblastos e vasos que vai expandindo pela pressão (do centro – Lumem – para periferia), causando uma cavitação e cujo interior vem o líquido quando se faz a punção. Líquido amarelo citrino.

Etiopatogenia

Cistos são derivados de 3 fases: Botão, capuz, campânula São derivados de remanescentes de processos embrionários como: Restos epiteliais de Malasses; Bainha de Hertwing; Epitélio reduzido do esmalte; Lamina dentária (Restos de serres). Ocorre um estímulo (Conhecido ou não), proliferação (criam ilhas no ápice da porção celular), avascular, degeneração e necrose central do tecido conjuntivo que favorece a degeneração das células (liquefaz), ocorre a cavitação, expansão do cisto, aumento do gradiente osmótico e ingresso do líquido com alta concentração de proteínas/cristais de colesterol.

Aspectos clínicos

De qualquer cisto: Assintomático, Localização intra óssea, Crescimento lento, Aumento de volume, Assimetria facial, Pode ter formação de fistula, bem delgada (fina), Pode se expandir intra ósseo e atingir planos musculares, Expansão da cortical, Em crianças pode descolar os dentes, Nos infectados paciente relata dor, Cor amarelado em cistos não manipulados.

Aspectos imagiologicos: Pode ter varias lojas (preocupantes), Imagem hipodensa – tomografia é o mesmo que radiolucido em radiografia. Forma circular ou oval, uni ou multiloculares, contorno regular, definido e geralmente bem corticalizado, densidade radiolúcida / hipodensa, tamanhos e formatos variados, reabsorção radicular, deslocamento de dentes ou raízes, rompimento de corticais e incidências adequadas. Só o Rx não é suficiente – pedir tomografia.

Histopatológico: epitélio de revestimento do tipo pavimentoso estratificado, parede constituída por uma cápsula de tecido conjuntivo denso. Cistos infectados: revestimento epitelial com áreas de ulcerações, na cápsula, quantidade de tecido de granulação e células inflamatórias

Modalidade do tratamento

- Enucleação, curetagem + enxerto
- ENUCLEAÇÃO / CURETAGEM + APICECTOMIA / RETROBTURAÇÃO + ENXERTO
- MARSUPIALIZAÇÃO = DESCOMPRESSÃO + ENUCLEAÇÃO + ENXERTO

Enucleação – é quando por meio de cureta de Lucas 85/86 conseguimos remover o cisto por inteiro com capsula e tudo.

Curetagem – a capsula não sai por inteiro, removendo-se os fragmentos. Não deixar restos do epitélio. Nos dois casos (enucleação e curetagem) é **obrigatório o tratamento endodôntico prévio** (profilaticamente) no dente em questão e nos dentes proximais, profilaticamente. Pois vai romper as fibras, vasos e nervos apicais. Quando parar de sangrar é porque não tem mais nada.

Marsupialização = descompressão + enucleação - Consiste em estabelecer cirurgicamente uma comunicação entre a cavidade patológica e o meio bucal, eliminando a pressão hidrostática no interior do cisto, o que invariavelmente leva à redução progressiva da lesão e formação óssea. Dependendo do tamanho da comunicação estabelecida pela cirurgia e da sua localização, poderá ser necessária a confecção de um obturador para manutenção da abertura cirúrgica. Em alguns casos a marsupialização leva a remissão completa da lesão, enquanto que em outros, apesar da diminuição da lesão, há a necessidade de um segundo procedimento para a enucleação do remanescente cístico.

- 1.1 Comunicação da cavidade de forma elíptica
- 1.2 Remover parte da membrana cística (tampa)
- 1.3 Indicado para lesões extensas em jovens
- 1.4 Após remoção, começa nascer osso novamente
- 1.5 Descompressão com dreno (adultos)
- 1.6 Não se faz endo essa etapa de marsupialização, somente quando for enuclear.

Cistos odontogênicos

Cisto radicular - Geralmente tem dor aguda e regressão posterior, está no ápice de um dente desvitalizado. 1º Realizar endodontia no dente causal e adjacentes (se necessário). Tratamento: Incisão de Neuman ampla e aberta (divulsão, osteomia ate cair no vazio da loja). Com pinça Allis e cureta de Lucas, encostar nas paredes para fazer a enucleação (sair inteiro) se sair fragmentado é curetagem. Dependendo do tamanho que ficar, fazemos enxerto. = ou > que 5mm é cisto. Se tiver fistula já e CISTO. Obrigatório a cirurgia (Geralmente Endo não resolve). Fazer controle radiográfico do cisto. Enviar material para biópsia

Cisto Residual: Permanece no local do dente extraído, Geralmente um achado imagiologico, Tratamento é o mesmo do radicular, Observar dentes adjacente para ver se tem necessidade de endo.

Cisto paradental: Dente com pericoronarite deve ser extraído, Imagem semi lunar, Casos de cistos them deve ser extraídos, Indicado para 3 mola inferiores (principalmente Meso angular) Tratamento: Exodontia; Enucleação / curetagem

Cistos de desenvolvimento

Cisto Dentígeno - Exclusivo de dentes inclusos, originado da degeneração no retículo estrelado do órgão do esmalte, Comum em 3º molares (inferiores) por ser o último a se formar, caninos, 3º mol (sup), envolvimento da coroa de um dente não erupcionado, afeta adultos jovens – 2ª e 3ª década de vida. Geralmente é assintomático, apresentando grandes dimensões, gerando deformidade na assimetria facial e deslocando o dente. Tratamento: Enucleação/curetagem, Marsupialização/descompressão + enucleação.

TUMORES ODONTOGÊNICOS**CONCEITO**

Lesões derivadas da proliferação de remanescentes embrionários da odontogênese de **origem epitelial** (esmalte), **mesenquimal** (cimento, ligamento periodontal e osso alveolar) ou **ectomesenquimático** (polpa e dentina) que ainda são, ou tenham sido, parte do aparelho formador dos dentes. Mesmo princípio dos cistos, mas nos tumores tem uma questão genética envolvida. Fazer biópsia para diferenciar cisto de tumores.

Os tumores quando faz a punção, como ele tem proliferação celular que apresenta alteração genética, na punção aspirativa, vai sair ar ou gás.

Cistos com comportamento tumoral:

1) Queratocisto – crescimento lento e invasivo, adentrando a medular óssea com certa facilidade e o grande problema é a recidiva.

2) Ameloblastoma - tbem é um cisto de comportamento tumoral.

Na punção: pode vir ar+líquido

CLASSIFICAÇÃO OMS 2005 (é preciso decorar)

1.1 Tumores de epitélio odontogênico sem ectomesênquima odontogênico (ameloblastoma, tumor odontogênico epithelial calcificante, escamoso, adenomatóide, queratocístico)

1.2 Tumores de epitélio odontogênico com ectomesênquima odontogênico, com ou sem formação de tecido dentário duro (Fibroma, odontoma, odontoameloblastoma, tumor cístico calcificante, dentinogênico de células fantasmas)

1.3 Tumores de mesênquima/ectomesênquima com ou sem epitélio odontogênico (mixoma, fibroma, cementoblastoma)

Principais modalidades de tratamentos

Tumor odontogenico queratocisitco ou ameloblastoma queratocistico
MARSUPIALIZAÇÃO / DESCOMPRESSÃO + ENUCLEAÇÃO
Procedimento é muito mais favorável em pac jovens que em pac mais adultos.

Enucleação – peça toda. Além da lesão, remover **1,5 a 3cm de osso sadio**, que chamamos de **Osteotomia periférica**. Removemos a massa tumoral e ampliamos.

TERAPIAS COMPLEMENTARES / ADJUVANTES

Efetividade como auxiliar na redução das taxas de recidivas

- **CRIOTERAPIA**: é uma modalidade terapêutica ou técnica cirúrgica que consiste na aplicação de substâncias criogênicas em temperaturas extremamente baixas com a finalidade de se conseguir a destruição tecidual.

Fixador físico: nitrogênio líquido “gelo” por volta de 1min. se tiver epitélio o osso muda de cor, aí é preciso expandir. 3 ciclos 3 minutos cada

- **SOLUÇÃO DE CARNOY**: fixador químico, coloca na loja com um gaze, protegendo as áreas do tec mole, por 1min. se houver alteração de cor do osso, ainda tem epitélio. Não pode ser a crioterapia e carnoy em uma única sessão. 3 ciclos 1 minuto cada

RESSECÇÕES – para tumores extensos

- 1. RESSECÇÃO MARGINAL / SEGMENTAR**: sem perda da continuidade óssea
- 2. RESSECÇÃO PARCIAL**: remoção de uma porção de espessura total do osso envolvido= perda da continuidade óssea: hemimaxilectomia / hemimandilectomia (desarticula)
- 3. RESSECÇÃO TOTAL**: remoção de todo osso envolvido: maxilectomia / mandibulectomia
- 4. RESSECÇÃO COMPOSTA**: tumor com osso, tecidos moles adjacentes e cadeias de linfonodos.

Tumores

1) Odontoma - células epiteliais e mesenquimais (esmalte, dentina, cimento e polpa). Lesões comuns; Malformações de tecidos dentários estão representados; Jovens entre a 1ª e 2ª décadas de vida: achado radiográfico; **Todo odontoma tem imagem radiopaca**; **Assintomáticos**: maxila / mandíbula; Falta de erupção / desvio da posição normal de um dente; **Compostos**: odontomas denticulados; **Complexos**: tecidos dentários que se compõem em massas que não lembram a morfologia dentária **Tratamento: enucleação / curetagem**

2) Queratocisto - Derivado dos restos epiteliais da lâmina dentária; Afeta adultos jovens – 2ª e 3ª década de vida; Área de molares inferiores e ramo; Comportamento agressivo: grandes proporções; Imagens: uni / multilocular margens definidas de perfil regular; Múltiplos queratocisitos: Síndrome Basonévia / Síndrome de Gorlin-Goltz; Associação á dentes não erupcionados.

Tratamento: marsupialização / descompressão – enucleação – curetagem – osteotomia periférica – crioterapia – solução de Carnoy – ressecção + enxerto - Elevado potencial de recorrências: cistos satélites (que ocorrem a distancia)
- Seguimento periódico e prolongado pelo profissional / paciente
Foi classificado como tumor pelo alto numero de recidivas

DICIONÁRIO DE TERMOS

Amaurose – perda da visão
Anosmínia – perda ofaltiva
Apoptose – morte celular programada (programa de suicídio geneticamente estabelecido)
blow-out ou em explosão para fora do blobo ocular
blow-in ou em explosão para dentro do blobo ocular
Clivagem – separação das raízes
Debridamento – exérese do tecido necrótico
Deiscência – abertura da sutura
Dispinéia - obstrução das vias aéreas
Distopia – desnível ocular
Diplopia – visão dupla
Efisema – ar nos tecidos
Empiema – pus no seio maxilar
Epifora – obstrução do sistema lacrimal
Epistaxe – sangramento nasal
Enoftalmo – intrusão do globo ocular
Exoftalmopenia – projeção ocular para fora
Hipoftalmo – causa distopia/diploxia
Hipóxia: falta de oxigenação. Morte celular.
Homeostasia – Constância do meio interno. É o nível normal.
Neurotimese – paralisia do nervo
Siniqüeia – aderência de tecido
Oftalmoplegia – paralisia ocular
Propriocepção – é o reflexo controlado pelo aparelho locomotor – aferente.
Proptose – projeção ocular para fora
Quemose – edema da conjuntiva dos olhos
Rinolocorréia – rompimento da duramater
SINAPSE é a comunicação entre 2 neurônios
Telecanto traumático – distanciamento ocular
Via aferente – Via de chegada - estímulos sensitivos
Via eferente – via de saída – estímulos motores

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

<p>Técnica de Bass 45° da escova em relação a superfície dental A escova é deslocada no sentido antero-posterior Remoção de biofilme subgingival Recomendada para qualquer tipo de paciente.</p> <p>Tec. Bass Modificada Semelhante a de Bass Gira-se a cabeça da escova</p> <p>Tec Stilmam Modificada Movimentos vibratórios curtos Indicada para áreas com recessão gengival para prevenir a destruição tecidual abrasiva.</p> <p>Tec. Oclusal Trenzinho Se fizer na gengiva cria um desgaste e retração da gengiva.</p> <p>Tec. De Fones Mov circulares amplos Escova de cabeça pequena Indicado para crianças</p> <p>Técnica sugerida pela professor: Bass, stilmam modificado, horizontal</p> <p>Tec. Horizontal – pouco utilizada</p>	<p>Escova Elétrica Indicada para estimular a criança, pacientes com dificuldade motora, falta de motivação, pac ortodônticos, hospitalizados. Não precisa de uma técnica de escovação</p> <p>Escova unitufo Áreas de furca – a melhor indicação dessa escova. Apinhamentos Recessões gengivais Ortodontia Ao redor de próteses fixas Distal de molares posteriores</p> <p>Fio e Fita – não existe trabalho que mostre a diferença entre as duas opções.</p> <p>Passa fio</p> <p>Escova interdental – usada para área de furca. Waltherpik Limpeza de língua – o dorso da língua abriga um grande número de microrganismos, que pode servir como fonte de disseminação bacteriana para outras partes da cavidade oral.</p>	<p>Controle Químico Complementar a higiene oral e não substituir.</p> <p>1. Clorexidina. (PERIOGARD) A diferença de um colutório a base de clorexida e em óleos – a diferença é a substantividade. Indicação: <ul style="list-style-type: none"> o Complemento da HO o Enxague pré-operatório o Após Cirurgia oral o Pac Clinicamente comprometidos predisposto à infecções orais. </p> <p>Efeitos colaterais – uso prolongado <ul style="list-style-type: none"> o Manchas acastanhadas nos dentes e dorso da língua o Alteração do paladar o Erosão da mucosa o Reações alérgicas </p> <p>Posologia <ul style="list-style-type: none"> Colutório - 1x ao dia Dentifício – Maxi control </p> <p>2. Fenóis – Triclosan <ul style="list-style-type: none"> o Gantrez (plax) – aumenta a substantividade o Colgate 12 </p> <p>3. Cloreto de Cetilpiridínio <ul style="list-style-type: none"> Cepacol - baixa substantividade (3 – 5 horas) </p> <p>4. Óleos Essenciais <ul style="list-style-type: none"> Reduz a carga bacteriana Atividade anti-inflamatória Baixa substantividade </p>
--	--	--



jasiel.oliveira.7



jayoliveira80

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

FISIOLOGIA

ADAPTAÇÃO CELULAR: ao sofrer a ação de agentes agressores fisiológicos, que oscilam o tempo todo para regular os níveis hormonais ou por agentes patológicos externos quando a célula muda morfológicamente para se adaptar.

Tipos de adaptação:

- 1) **Diferenciação celular (especialização)** - as células se diferenciam-se para se adaptar a agressão.
- 2) **Proliferação celular** - Está relacionada à divisão mitótica (meiose) células se dividem multiplicando-se.
- 3) **Quantidade de constituintes citoplasmático** - Quantidade das organelas.
- 4) **Atrofia** - falta de uso. Diminui de tamanho, volume, constituintes até levar a morte celular.
- 5) **Hipertrofia** - Alteração morfológica, onde ocorre o aumento.
- 6) **Hiperplasia** - Divisão celular onde ocorre o aumento da quantidade no número de células.
- 7) **Regeneração** - reposição das perdas teciduais.
- 8) **Metaplasia** - É a transformação de um tecido completamente adulto e diferenciado para outro tecido também adulto e diferenciado.

DEGENERACÃO: Em função da agressão celular.

- Hipóxia (diminuição de Oxigênio, gerando isquemia, baixo fluxo sanguíneo)
- Agentes físicos (traumas, queimaduras, facadas)
- Agentes químicos (drogas, cigarros, veneno)
- Agentes biológicos (bactérias, fungos, vírus)
- Distúrbios nutricionais (anorexia, obesidade)
- Doenças congênitas (má formação)
- Reações imunológicas

MORTE CELULAR: Perda irreparável das atividades integradas da célula com consequente incapacidade de manutenção do seu metabolismo de homeostasia. Ponto de não retorno.

Cicatrização

1. **Por 1º intenção** - bordas aproximadas, perda mínima de tecido e ausência de infecção.
2. **Por 2º intenção** - perda excessiva de tecido e presença de infecção. Mesmo que seja capaz de se regenerar, deixa cicatriz por conta do depósito de tec. conj. fibroso.
3. **Por 3º intenção** - suturas. Intervenção cirúrgica.

Diapedese - Os neutrófilos atravessam o endotélio e escapam para o interstício.

Quimiotaxia - Os neutrófilos migram através do interstício dirigindo-se até o foco da lesão e fagocitam o agente agressor.

FISIOPATOLOGIA

Alterações no epitélio de revestimento

HIPERORTOCERATOSE - é um espessamento da camada de queratina em superfície na qual normalmente está presente. Ocorre o aumento da queratina, camada córnea, sem núcleo.

HIPERPARAQUERATOSE - Espessamento da camada de paraqueratina ou seu aparecimento em superfície nas quais normalmente está ausente. Essa superfície apresenta núcleo.

ACANTOSE - Espessamento da camada espinhosa (hiperplasia) Aumenta o número de células.

ESPONGIOSE - Edema (inchaço) intercelular da camada espinhosa (água entre as camadas)

DEGENERACÃO HIDRÓPICA - Acúmulo de fluídos no interior das células. Sinonímia: degeneração vacular e edema intercelular.

ATROFIA - Diminuição do número e tamanho das células e consequentemente da espessura do epitélio visivelmente da camada espinhosa.

ACANTÓLISE - Perda do contato entre as células epiteliais devida à degeneração das pontes intercelulares ou da substância cementante. Em consequência há formação de vesículas, bolhas ou lacunas no interior do epitélio.

EXOCITOSE - Presença de células inflamatórias entre as células do tec. Epitelial (Macrófagos, neutrófilos, tec.) Células inflamatórias saindo dos vasos no conjuntivo que migram para o epitélio.

QUERATINIZAÇÃO INTRA-EPITELIAL - Queratinização de células no interior do tec epitelial, em localização distinta da camada córnea.

HIPERPLASIA PSEUDO-EPITELIOMATOSA - Projeções epiteliais marcantes, profundas, irregulares e anastomosadas na lâmina própria subjacente.

ATIPIA - Nome genérico utilizado para indicar presença de alterações celulares relacionadas ou não a condições neoplásicas.

Processos gerais - carcinogênese

NEOPLASIA = crescimento novo. Uma massa anormal de tecido cujo crescimento é excessivo e desordenado em relação do tec normal, e que persiste com a remoção do estímulo que o causou.

O **TUMOR** = aumento de volume, é usado como sinônimo, o que foi originalmente usado para os aumentos de volume causados pela inflamação.
Pode ser: **BENIGNO** ou **MALIGNO**

DIFERENÇAS ENTRE NEOPLASIAS BENIGNAS E MALIGNAS.

Velocidade de crescimento

BENIGNA	MALIGNA
Crescimento lento, que permite o organismo encapsular	Crescimento rápido e infiltrativo, tec não tem tempo para crescer.

Diferenciação celular - É a extensão com que as células neoplásicas lembram as células normais, tanto morfológicamente quanto funcionalmente. Pode apresentar **Anaplasia**, que é a ausência de diferenciação ou **Atipia**, que deixa todo o tecido indiferenciado.

BENIGNA	MALIGNA
Bem diferenciada, ou seja, sabe-se seu tec de origem. O tecido neoplásico imita o tec de origem	Pode variar desde diferenciados à indiferenciados.

Padrão de invasão

BENIGNA	MALIGNA
Não tem metástase/ infiltração e não alcança tec adjacente. Crescem com massa expansiva bem delimitada.	Infiltrativa em tec adjacente destruindo esses tecidos, é mal delimitada, formam metástase, ou seja, deslocam-se dos tec e caem na corrente sanguínea.

Recidiva

BENIGNA	MALIGNA
Raramente ocorre recidiva	Recidiva frequente no mesmo local da lesão primária.

Metástase - clones celulares distintos dentro da massa tumoral possuem diferentes potenciais para gerar metástase.

BENIGNA	MALIGNA
	Depende de alterações genéticas que favoreçam mobilidade, evasão do sistema imune e adaptação ao novo ambiente.

NOMENCLATURA

Benignas = "OMA"

Malignas = "SARCOMA" Origem no Tec conjuntivo

Origem	Benigno	Maligno
Fibroblastos	Fibroma	Fibrosarcoma
Adpócitos	Lipoma	Lipossarcoma
Osteócitos	Osteoma	Osteosarcoma
Musculo liso	Leiomioma	Leiomiomasarcoma
Ept. Revest.	Papiloma	Carcinoma
Ept gland.	Adenoma	Adenocarcinoma

CITOLOGIA

Escala papanicolau

- CLASSE 0 - Material Insuficiente
- CLASSE I - Células normais
- CLASSE II - Células atípicas sem evidências de malignidade (inflamatória)
- CLASSE III - Células sugestivas de malignidade
- CLASSE IV - Células fortemente sugestiva de malignidade
- CLASSE V - Células Malignas

BIÓPSIA

Indicação: Qualquer lesão persistente por mais de 2 semanas com etiologia desconhecida; Lesões inflamatórias que não regredem até 2 semanas após a remoção do agente irritante. Ulcerações que não regredem até 20 dias. Citologia esfoliativa Graus III, IV e V

Tipos:

1. Biópsia incisional
2. Biópsia excisional
3. Biópsia por aspiração (BAAF)
4. Punção aspirativa (PAAF)

Diagnóstico

Alteração de Cor (mancha ou mácula)

Área focal de alteração de cor, sem elevação ou depressão.

Origem: **Endógena**

- **Eritema** - mancha avermelhada pele ou corpo todo (1 mancha)
- **Exantema** - Várias manchas avermelhadas
- **Enantema** - 1 lesão na cavidade oral
- **Rubor** (calor local)
- **Cianose** - Falta de oxigenação
- **Varicosidade** - veias
- **Púrpuras (extravasamento sanguíneo)**
 - peléquias - até 1cm
 - equimoses - maior que 1cm
- **Pigmentação melânica:** devido a acúmulo de melanina.
- **Manchas Hipocrônica:** Associada à vaso-constricção capilar ou perda de pigmentação melânica.
- **Vásculo-sanguínea:** são manchas apresentadas pela lividez (palidez) causadas pela isquemia por vasoconstricção (localizada ou generalizada)
- **Pigmentação melânica:** devido a perda de pigmentação. São representadas por vitíligo.
- **Exógena:** Causada por pigmentos metálicos. (tatuagem de amálgama, língua pilosa)

Lesões sólidas :

- **Pápula:** elevação circunscrita, consistência fibrosa de menos de 5mm, de origem epitelial, conjuntiva, mista, podendo ser sésil, ou pediculada.
- **Placa:** elevação de consistência fibrosa, bem circunscrita, que pode se estender por vários centímetros. Pode ser um aglomerado de pápulas.
- **Nódulo:** elevação de consistência fibrosa ou sólida, superficial ou profunda com até 3cm, de origem epitelial, conjuntiva e mista.
- **Tumor (nodosidade):** idêntico no nódulo, mas quando ultrapassa 3cm.

Coleções líquidas

- **Vesícula:** lesão elevada, circunscrita, conteúdo líquido no interior do epitélio ou imediatamente abaixo, não ultrapassando 3mm.
- **Bolha:** idêntica à vesícula, mas quando superior a 3mm. Dependendo do conteúdo pode ser serosa, sanguinolenta, postulosa, melicérica, viscosa, límpida. Levar em conta período.
- **Hematoma:** extravasamento de sangue no tecido conjuntivo, de cor azulada, após traumatismo agudo, pode ocorrer após a remoção de 3º molares inf, inclusos. Toma cor amarelada no decorrer dos dias até que haja reabsorção total.
- **Abscesso:** coleção de pus dentro de uma cavidade tecidual acompanhada do quadro de Celcius (rubor, calor, dor e tumor) com perda de função local. *Empiema*, quando pus está no interior da cavidade natural.
- **Flegmão:** inflamação do tecido conjuntivo que acarreta a formação de abscesso ou ulceração.

Perdas teciduais

- **Erosão:** perda tecidual do epitélio sem atingir tec conj adjacente.
- **Úlcera ou ulceração:** perda de substancia do epitélio com consequente exposição do conjuntivo subjacente. Crônico = úlcera e Agudo = ulceração.
- **Exulceração:** ulceração superficial com aspecto de pontilhado hemorrágico, ligeiramente elevada.
- **Atrofia:** Diminuição da espessura da mucosa pela redução dos seus constituintes teciduais. Linear é denominada de *fissura*. Periféricamente, *rágade*.

Hemograma

SÉRIE VERMELHA	SÉRIE BRANCA	SÉRIE PLAQUETADAS
ERITROGRAMA	LEUCOGRAMA	PLAQUETOGRAMA
CONTAGEM DAS HEMACIAS/ERITRÓCITOS		
AUMENTO	NORMALIDADE	DIMINUIÇÃO
POLICITEMIA	NORMAL	OLIGOCITEMIA

Leucograma:

TODA VEZ QUE HOUVER LEUCOCITOSE HÁ:
1º OPÇÃO: Acontece por aumento de células maduras (DESvio PARA A DIREITA)
2º OPÇÃO: Aumento de células de linhagem imatura. (DESvio À ESQUERDA)

Candidíase pseudomembranosa

“Sapinho”. Cede à raspagem.
Fator etiológico é o fungo *Candida albicans*, sendo a infecção fúngica mais comum em humanos. Pode ser evidenciada pelo estado imunológico do hospedeiro, o ambiente da mucosa oral, e a cepa da *C. Albicans*. As placas são removidas à raspagem, por possuir uma descamação epitelial.
Pode estar associada ao Liquen plano, que é uma doença auto-imune.
Ver terapêutica medicamentosa

Candidíase eritematosa

Associada a próteses totais.
Ver em prótese total.

Carcinoma Basocelular

Neoplasia maligna oriunda da camada basal do epitélio
Principal fator etiológico: radiação ultravioleta
Prevalencia em adultos brancos, entre 40-70 anos. Não cresce tao rápido, pouca metástase. Geralmente pac ao óbito por infiltração de outros órgãos.
Raramente produz metástase.

Carcinoma espinocelular

Outros nomes: Carcinoma epidermoide ou **carcinoma de células escamosas**
Principais fatores etiológicos: tabagismo e etilismo. Neoplasia maligna mais frequente da boca em 90%.
Inicia-se como placa branca (que não cede à raspagem). **Importante áreas de risco (no lábio inferior, na borda lateral da língua e no soalho da boca)**

ERITROPLASIA

Vitropressão: Negativa (não há alteração/isquemia), descarta lesões vasculares.

Placa/mancha avermelhada de origem desconhecida
Causa desconhecida
Potencial de malignização muito maior

Queilite angular

Acontece em comissura labial, pois a área fica com saliva + umidade, gerando fungo. Também pode ser por perda da DVO, aparelhos, etc. É um tipo de candidíase, que necessita de tratamento tópico + orientação.
Ver receita em terapêutica

Leucoplasia → sem causa? → biopsia → sem conhecimento, ou → resultado → sem displasia? Ok. → com displasia media/moderada → tratamento.

Leucoplasia → fatores irritativos 2-4 semanas → bom resultado → acompanhar → não regrediu? → Biópsia

Sempre que possível, realizar biópsia excisional como primeira opção. Se tiver mais que 1 cm, incisional.

FIBROMA

Hiperplasia fibrosa focal
Tumor mais comum da boca
Não representa neoplasia
Tratamento: Eliminação do fator traumático e exérese (remoção cirúrgica). O fibroma vem da submucosa.

HEMANGIOMA

- Tumor natal ou neonatal (harmartomas)
- Classificação: capilar ou cavernoso
- Tumores mais comuns na infância, com predileção feminina
- Na face, acomete pele, lábios e língua.

Tratamento:

- Escleroterapia (medicamento que fibrona o tecido) – oleato de etanolamina –
- Laser terapia ou cirurgia com embolição previa (24-48hs)

Herpes

Cocceira = prurido é um sintoma e não sinal.
Faz parte do quadro prodromico que antecede o sinal clínico da doença.

Fases da herpes – 7 dias em média

1. Fase prodromica (início ideal da aplicação)
2. Vesícula
3. Ulceração
4. Crosta

Ver receita em Terapêutica

LEUCOPLASIA

Placa branca que não cede à raspagem.
Se parece com muitas outras lesões.
O tipo de biópsia depende do caso.

Propedêutica:

- Cede a raspagem?

Tem regressão? Queratose irritativa

Não regrediu? Leucoplasia

Crítérios para biopsia incisional

- Região vermelha
- Área ulcerada
- Evitar áreas necrosadas

Diagnóstico

- 1) Raspável ou não?
Sim? Pseudomembrana, candidíase, recidivas
- 2) Trauma crônico ou uso de tabaco
Remover a causa e aguardar 2-4 semanas
Ceratose friccional, trauma ou leucoplasia associada ao tabaco.
- 3) Verificar o local
Se ocorrer na língua, se chama>
Leucoplasia pilosa.

Leucoplasia pilosa

- Pode ser por HIV
- Vírus: Epstein-barr
- Placa bem definida (placa plana, papilar, corrugada)
- Bilateral na língua
- Rara em outras regiões
- Sem tratamento específico
- 50% dos PAC com HIV tem essa doença

LINFANGIOMA

- Harmatoma de vaso linfáticos
- Classificação: Capilar Cavernoso Fibroma cístico (?)
- Comum na infância com predileção pela cabeça e pescoço

LIPOMA

- Vem do tec adiposo
- Neoplasia benigna de adipócitos
- Mas frequente em adultos
- Na boca, afeta mucosa jugal, língua, soalho da boca e lábios. Pode ocorrer na parótida

NEURILEMOMA

- Origem do nervo
- Schwannoma
- Neoplasia benigna das células de Schwann
- Frequente em jovens
- Prevalente na língua
- Pode ser intraósseo

NEUROFIBROMA

- Neoplasias benignas mista dos nervos periféricos originária de células de Schwann e fibroblastos
- Mais frequente em adultos jovens
- Prevalente em pele. Pode afetar a mucosa jugal e complexo maxilomandibular (intraósseo)

PAPILOMA ESCAMOSO

- Proliferação epitelial induzida pelo papiloma vírus humano (tipo 6 e 11)
- Lesão comum, com proliferação por palato mole, língua, e lábios
- Apresenta-se como nódulo exofítico, indolor, de até 1 cm, esbranquiçado e pediculado.
- Tem aspecto de couve-flor

QUEILITE ACTÍLICA

Lesão causada pela exposição ao sol. O lábio perde sua elasticidade, fica edemaciado, endurecido. Linha mucocutânea tem o apagamento (vermelhão do lábio), lábio ressecado.

Chamada também de lábio de fazendeiro, ou de marinheiro

Potencialmente maligna

Ocorre no vermelhão do lábio
Resultado da exposição crônica à luz solar
Acomete mais o lábio inferior
> número em pessoas brancas

OSTEOSSARCOMA

São tumores ósseos maligno, caracterizado pela produção de osso ou osteóide pelas células neoplásicas. Tem um crescimento rápido, destruição de tec adjacente e os osteoblastos proliferam muito.

LINFOMA

Neoplasia maligna originadas das células do tec linfoide.

MELANOMA

3º CÂNCER de pele mais comum. É o que mais mata.

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

Hiperplasia fibrosa inflamatória

Semelhante a um tumor, que se desenvolve em associação com as bordas de uma prótese total ou parcial mal adaptada.

Hiperplasia papilar inflamatória

Para muitas lesões precoces de hiperplasia papilar inflamatória, a remoção da dentadura pode permitir a remissão do eritema e do edema, e os tecidos podem retornar à sua aparência próxima ao normal. A condição também pode mostrar melhora após o uso de terapia antifúngica tópica ou sistêmica.

Granuloma piogênico

O **granuloma piogênico** é um crescimento semelhante a tumor da cavidade oral. Não é um granuloma verdadeiro. O granuloma piogênico é um aumento de volume com superfície lisa ou lobulada, que usualmente é pedunculada, embora algumas lesões sejam sésseis. A superfície é caracteristicamente ulcerada e varia do rosa ao vermelho ao roxo, dependendo da idade da lesão. Granulomas piogênicos jovens têm aparência altamente vascular, enquanto lesões mais antigas tendem a se tornar mais colagenizadas e apresentar coloração rosa.

Lesão (Granuloma) periférica de células gigantes

Lesão reacional exclusiva da gengiva ou rebordo alveolar

Fibroma ossificante periférico

Lesão reacional exclusiva da gengiva ou rebordo alveolar

O produto mineralizado provavelmente se origina de células do periosteio ou do ligamento periodontal.

Estomatite Nicotínica

- Irritação recorrente da fumaça do tabaco (cachimbo ou charuto)
- Calor faz lesão no palato
- Inflama os ductos salivares do palato
- Cinza / branco
- Difusa, opaco
- Lisa, rugosa, fissurada
- Entremeado com manchas eritematosas – ductos
- Placa branca no palato

Língua Pilosa

- Alojamento difuso das papilas filiformes do dorso da língua
- Geralmente associada a cândida
- Fumo, antibioticoterapia prolongada, radioterapia
- Coloração secundária: café, chás e confeitos
- Recobrimento piloso, simétrico
- Branco-acinzentado ao negro
- Mais espessa na linha média
- Raspagem – remoção

Nevo branco Esponjoso

- Condição genética que produz espessamento epitelial
- Branco rugoso
- Simétrico – mucosa jugal bilateral
- Assintomática
- Não se destacam
- Não evoluem
- Familiar – início no nascimento, infância, adolescência
- Placas brancas, difusas, corrugadas
- Simétricas e espessas
- Mucosa jugal bilateral, lábio, ventre da língua

Carcinoma Epidermoide

Maligno 95 % das lesões
Agressivo
Placa branca inicial evoluída para ulceração. Sangramento.

Granuloma periapical

é uma massa de granulação no ápice de um dente desvitalizado

Cisto de erupção – geralmente em crianças

É o análogo, nos tecidos moles, do cisto dentífero. Surge com o aumento de volume de consistência mole, frequentemente translúcido na mucosa gengival que recobre a coroa de um dente decíduo ou permanente em erupção. A maioria dos exemplos é observada em crianças menores de 10 anos de idade.

ANOMALIAS DENTÁRIAS

Microdontia – dente pequeno

Macrodontia – dente grande
Fusão – união de 2 dentes pelo esmalte

Geminção – 1 raiz para 2 coroas

Concrescência – 2 dentes unidos pelo cimento

Dens in dente – invaginação dental

Dilacerção – curva exagerada

Pérola de esmalte – má formação

Tauodontismo – câmara alongada. “dente de touro”

Hipoplasia de esmalte – Dente de tuner – causada pelo decíduo

Dentinogênese imperfeita

Displasia dentária

Anodontia - = agenesia

Supra numerários

Mesiodens – um supra numerário na linha média.

Raiz supra numerária

Cuspide supra numerária

Dentes neonatal

Ectópicos – fora do local normal

Heterotópico – em qualquer área

Migração

Giroversão

Transposição

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

Pontos relevantes do código de ética	Identidade, identificação e reconhecimento		<p style="text-align: right;">Jasiel Oliveira https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7 https://www.instagram.com/jayoliveira80/ 11 9 7495-1083 whatsapp</p>
<p>Direitos fundamentais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticar, planejar e executar tratamentos • Guarda sigilo • Contratar outros profissionais • Recusar atender em locais com condições indignas • Renunciar (por escrito) um tratamento quando esse prejudicar o bom relacionamento. • Recusar executar atividades que não sejam de sua competência • TSB pode executar atividades de sua competência, sob supervisão <p>Deveres fundamentais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regular e atualizado com o CRO • Ter ética na profissão • Manter atualizado os prontuários • Ser responsável por seus atos ainda que consentido pelo paciente • Comunicar irregularidade ao CRO <p>Auditorias e perícias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atuar com absoluta isenção • Receber benefícios vinculados aos resultados <p>Relacionamento com o paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca discriminar • Não obter vantagens física, emocional ou financeira • Exagerar no diagnóstico • Ser claro quanto a todas as informações • Não abandonar o paciente • Não usar técnicas que não tenham comprovação • Delegar suas atividades ao ASB/TSB <p>Relacionamento com a equipe de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • É infração desviar pacientes • Não praticar concorrência desleal • Não ser conivente com erros • Não negar colaboração técnica • Criticar erro técnico científico <p>Sigilo Profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revelar fato sem justa causa • Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir paciente, sua imagem ou qualquer outro elemento que o identifique, em qualquer meio de comunicação ou sob qualquer pretexto, salvo se o cirurgião-dentista estiver no exercício da docência ou em publicações científicas, nos quais, a autorização do paciente ou seu responsável legal, lhe permite a exibição da imagem ou prontuários com finalidade didático-acadêmicas. <p>Dos documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guarda ad eterna • O prontuário é do paciente • Não comercializar atestados <p>Honorários</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não pode oferecer serviço gratuito a quem pode pagar • Não oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza; • Não receber ou dar gratificação por encaminhamento de paciente; <p>Divulgar ou oferecer consultas e diagnósticos gratuitos ou sem compromisso</p> <p>Especialidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vedado intitular-se especialista sem inscrição da especialidade no Conselho Regional. <p>Propagandas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na comunicação e divulgação é obrigatório constar o nome e o número de inscrição da pessoa física ou jurídica, bem como o nome representativo da profissão de cirurgião-dentista e também das demais profissões auxiliares regulamentadas. No caso de pessoas jurídicas, também o nome e o número de inscrição do responsável técnico. • Não exibir antes e depois • É vetado realizar palestras em escolas, empresas ou quaisquer entidades que tenham como objetivo a divulgação de serviços profissionais e interesses particulares, diversos da orientação e educação social quanto aos assuntos odontológicos; 	<p>A Identidade é o conjunto de caracteres físicos, funcionais e psíquicos, natos ou adquiridos, porém, permanentes, que torna uma pessoa diferente das demais.</p> <p>Identificação É a determinação da identidade. É o processo que compara alguns caracteres, procurando as coincidências entre os dados previamente registrados e os oferecidos para exame.</p> <p>Reconhecimento Pode ser entendido como uma identificação empírica, subjetiva sem o rigor científico.</p> <p>5 requisitos técnicos para a identificação</p> <ol style="list-style-type: none"> Unicidade ou Individualidade Imutabilidade Perenidade Praticabilidade Classificabilidade 		

Embriologia

Ectoderma - originará o tecido nervoso e parte do tecido epitelial (epiderme)
Mesoderma - originará os tecidos de sustentação e preenchimento (tecido conjuntivo propriamente dito e especializado – osso, cartilagem, gordura, sangue, além do tecido muscular)
Endoderma - originará o tecido epitelial que compõe os órgãos das cavidades torácica e abdominal.

Tipos de densidades ósseas:

D1: muito osso compacto e mínimo esponjoso
 D2: muito osso compacto e médio esponjoso
 D3: pouco osso compacto e muito esponjoso (trabeculado denso)
 D4: pouco osso compacto e muito esponjoso (trabeculado pouco denso)

Áreas de resistência

Pilar canino, Zigomático e Pterigóideo direitos e esquerdo. Os pilares caninos são ligados entre si pelos **arcos supra e infra-nasal**, os pilares caninos são ligados aos zigomáticos pelos **arcos supra e infra-orbital** direitos e esquerdos.

Papilas

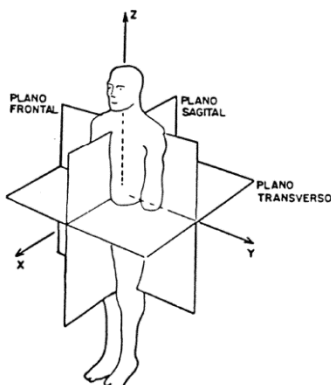
Circunvaladas - são as maiores, e ficam enfileiradas logo à frente do sulco terminal, paralelas a ele e possuem botões gustatórios.
Fungiformes - Possuem botões gustatórios, têm o formato de cogumelos e distribuem-se de maneira bem espaçada pela região do ápice e das margens.
Filiformes - encontram-se distribuídas por todo o dorso da língua, sendo longas e estreitas. Não possuem botões gustativos, e possuem corpúsculos do tato.
Folhadas - encontram-se distribuídas na porção posterior da margem da língua e possuem botões gustatórios.

Glândulas salivares

As glândulas salivares maiores são: parótida, submandibular e sublingual; e as glândulas salivares menores são: palatinas, labiais, bucais e linguais.

Drenagem linfática

é um sistema auxiliar de drenagem, composto por capilares linfáticos, vasos linfáticos, ducto torácico ou ducto linfático direito, linfa e linfonodos.

Planos**Ossos do Neurocrânio**

Frontal (forame supra orbital, arco superciliar, margem supra orbital, díplioe, seio frontal, sulco do seio sagital)
Parietal (linha temporal superior e inferior)
Occipital (Protuberância occipital interna, forame magno, sulco do seio transversal, sulco do seio sigmoide, condilo occipitais, canal do nervo hipoglosso, protuberância occipital externa)
Esfenoide (Seio esfenoidal, sela turca, asa menor, asa maior, canal óptico, fissura orbital superior, fossa pterigoidea, hámulo pterigopodeo, lâmina média, lâmina lateral, espinha esfenoidal, forame redondo, forame oval, forame espinhoso)
Oso temporal (fossa mandibular, incisura mastoidea, processo mastoideo, processo estiloide, poro acústico externo, Sulco da artéria occipital, canal carótico, impressão trigeminal, forame estilomastóideo, sulco do seio sigmóide, poro acústico interno, fossa mandibular, tubérculo articular, processo zigomático do temporal,
Oso etmoide (linha perpendicular, lâmina cribiforme, crista etmoidal, seio etmoidal)

Ossos do viscerocrânio

Nasal (concha nasal inferior)
Oso Lacrimal
Vômer
Oso Palatino (lâmina horizontal, forame palatino menor, espinha nasal posterior)
Maxila (espinha nasal anterior, sulco infra orbital, canal infraorbital, margem infraorbital, fossa canina, processo alveolar, corpo da maxila, seio maxilar, tuber da maxila, crista zigomático alveolar, eminências alveolares, forame incisivo, processo palatino, septo inter-radicular)
Oso Zigomático (corpo do zigomático, arco do zigomático, processo temporal do zigomático)
Mandíbula (processo coronóide, incisura da mandíbula, ramo da mandíbula, linha oblíqua, corpo, tuberosidade massetérica, ângulo da mandíbula, canal mandibular, forame mental, tubérculo mental, protuberância mental, fôvea pterigoidea, trigono retromolar, septo intraradicular, processo alveolar, linha oblíqua, crista alveolar, cabeça da mandíbula, colo, processo condilar, fôvea submandibular, fôvea sublingual, espinhas genianas, fossa digástrica, linha milo-hióide, tuberosidade pterigoidea, forame da mandíbula, sulco milo hióideo)

Músculos da mímica

M. Occipitofrontal – levanta o supercílio e enruga a pele da fronte
M. Auriculares – movimentam o pavilhão da orelha externa
M. Orbicular do olho – fecha as pálpebras e comprime contra o olho
M. Corrugador do supercílio – puxa o supercílio medialmente
M. Procerus – puxa a pele da glabella para baixo
M. Nasal – parte alar: dilata a narina
M. Obicular da boca – faz o biquinho
M. Bucinador – expulsa o ar da boca, sucção, traciona lateralmente o ângulo da boca
M. Risório – traciona lateralmente o ângulo da boca
M. Levantador do lábio superior – levanta o lábio superior
M. Levantador do lábio superior e da asa do nariz – levanta o lábio superior e dilata a narina
M. Zigomático menor – levanta o lábio superior
M. Zigomático maior – traciona o ângulo da boca

M. Levantador do ângulo da boca – levanta o ângulo da boca
M. Abaixador do ângulo da boca – abaixa o ângulo da boca
M. Abaixador do lábio inferior – abaixa o lábio inferior
M. Mental – enruga a pele do mento, everte o lábio inferior
M. Plastima – enruga a pele do pescoço

Músculos infra-hiódeos

Esterno-hióideo
Omo-hióideo
Esternotireóideo
Tireo-hióideo

Músculos supra-hiódeos

Digástrico
Estilo-hióideo
Milo-hióideo
Gênio-hióideo

Componentes da ATM

Superfícies articulares
Disco articular
Cápsula articular
Cavidade articular
Membrana sinovial
Líquido sinovial
Ligamentos

ATM

Dinâmica da ATM – Em Rotação, côdilo roda em torno do próprio eixo, sem se deslocar. Em translação, côdilo desliza para anterior. Na abertura ocorre pequena rotação com a participação do: gênio-hióideo, milo e ventre anterior do digástrico. Na abertura maior, ocorre a translação envolvendo o pterioideo lateral. Em protrusão – envolvimento dos M. Elevadores e M. Pterigoideo lateral. Em retrusão, M. digástrico, milo, gênio-hióideo e temporal.

Lateralidade centrífuga – excursão da mandíbula para todos os lados
Lateralidade centrípeta – retorno à posição original

INERVAÇÃO

N. Facial – (motor e sensitivo) – sensibiliza a mucosa nasal, estimula as gl.lacrímais e palatinas. Alcança a gl. Parótida. Seus ramos terminais destinam-se aos músculos da mímica
N. Glossofaríngeo – termina na raiz da língua. Inerva a parótida, sensibilidade geral e gustatória do 1/3 posterior da língua.
N. Hipoglosso – inerva a musculatura da língua

Postulado de Koch

- O agente causador deve estar presente em todos os casos de doenças e não deve estar presente em animais saudáveis.
- O patógeno deve ser isolado do animal hospedeiro doente e deve crescer em cultura pura.
- A mesma doença deve ser produzida quando os micróbios da cultura pura são inoculados em animais sadiossuscetíveis.
- O mesmo patógeno deve ser recuperado outra vez do hospedeiro animal artificialmente infectado e ser capaz de crescer novamente em cultura pura.

Bactérias aeróbias

- Aeróbias estritas – exigem O₂
- Microaerófilas – baixos teores de O₂
- Aeróbias facultativas – utilizam ou não O₂
- Aerotolerantes – suportam a presença do O₂, mas não utilizam

Bactérias anaeróbias

- Anaeróbias estritas – não toleram a presença do O₂

Temperatura ótima para o crescimento bacteriano

- Psicrófilas – 12 – 17°C
- Mesófilas – 28 – 37°C
- Termófilas – 57 – 87°C

Fase do crescimento bacteriano

- Fase LAG – adaptação. Crescem em tamanho
- Fase LOG – crescimento exponencial em velocidade. Aumenta o número de células
- Fase estacionária – Divisão decrescente de produção
- Fase de declínio – morte celular

Replicação viral

- Ancoragem ou adsorção
- Penetração
- Decapsidação
- Biossíntese
- Maturação

Microbiota oral

Aquisição – irrompimento dental e novos nichos

Sucessão microbiana – troca de uma comunidade para outra

Sucessão alogênica - troca de uma comunidade para outra, devido a alterações no habitat por fatores não microbianos

Sucessão autogênica – Ocorre quando a comunidade residente altera o meio de tal forma que é substituída por outras espécies mais adaptadas ao habitat.

Microbiota residente – estão sempre presentes e em grande número.

Microbiota suplementar – Estão sempre presentes, porém, em número reduzido.

Microbiota transitória – geralmente não estão presentes, mas apareceram lá.

Virus tuberculosis – Sobrevive em ambiente seco a 25°C por semanas.

Desinfecção – É a primeira etapa do processo. Dominui a carga bacteriana, sendo indispensável antes da desinfecção ou esterilização.

Assepsia - é o conjunto de medidas adotadas para impedir a introdução de agentes patogênicos no organismo.

Antissepsia - consiste na utilização de produtos (microbicidas ou microbiostáticos) sobre a pele ou mucosa com o objetivo de reduzir os micro-organismos em sua superfície. Ex.: Clorexidina – degermante, álcool, iodofórmio
O álcool a 70% faz a desinfecção de superfície contaminada, dependendo de seu uso após limpeza e fricção por 3 vezes consecutivas.

Degermação: é a remoção de sujidades, detritos, impurezas e microbiota transitória da pele através do uso de sabão e detergentes sintéticos.

Esterilização – mata todos os microorganismos

Luvas – reduzem em até 50% a chance de penetração de sangue no tecido do profissional após perfuração.

Hepatite – Tipos B, C e D são os mais propensos a serem transmitidos de maneira cruzada no consultório. O Tipo B tem a capacidade de permanecer viável por mais tempo fora da boca. Transmitido por meio de secreções e aerossóis.

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

Fase I	Urgência	Dor – Trauma – Infecções – Estética – desconforto funcional Periodontia: Abscesso gengival/periodontal agudo, pericoronarite, GUN/PUN. Endodontia – Ateração inflamatória reversível, alterações inflamatórias irreversíveis, Periodontite apical aguda microbiana, abscesso periradicular agudo, Abscesso fenix Trauma – Fraturas coronárias com ou sem exposição pulpar, radiculares, alveolar, lesões aos tecidos alveolares e periodontais Cirurgia – Alveolites, hemorragias, trauma Dentística – Estética, sensibilidade, abrasão, abfração, erosão, atrição Ortodontia – trauma causado pelo fio, quebra de braquete Implante – periimplantite Protese – consertos de próteses
	Diagnóstico	Anamnese Exame clínico <ul style="list-style-type: none"> • Extra oral • Intra Oral da Mucosa • Exame do periodonto (PSR) • Exame dos dentes Exames complementares <ul style="list-style-type: none"> • Modelos de estudos • Radiografias • Teste de vitalidade pulpar (inspeção, palpação, percussão vertical, percussão horizontal, Rx, exame térmico, teste de anestesia, teste de cavidade) • Anátomo-patológico • Citológico • Laboratoriais Hipótese Diagnóstica Planejamento individual para cada patologia <ul style="list-style-type: none"> • Qual melhor tratamento • Hipótese de tratamento • Sequência de tratamento • Integração do tratamento
	Adequação do Meio/Preparo inicial	<ul style="list-style-type: none"> • OHB • Controle de Placas • Escarificação e Selamento de cavidades abertas (sem comprometimento pulpar) • Raspagem supra (procedimentos básicos) • Controle da dieta • Exodontia de raízes flutuantes • Raspagem e alisamento Corono Radicular
	Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o nível de saúde obtivo
	Planejamento Oclusal (avaliação)	<ul style="list-style-type: none"> • Retirar interferências oclusais
	Periodontia	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento Periodontal Sub e Supra
	Cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> • Raiz residual • Cirurgias eletivas • Exo simples ou múltiplas • Dentes inclusos ou impactados • Cirurgias pré-protéticas • Frenectomia
	Periodontia Cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgias Periodontais
	Planejamento Endodôntico	<ul style="list-style-type: none"> • Polpa Viva • Polpa Morta • Apicificação • Apicigênese • Clareamento Interno • Cirurgias Paraendodônticas
	Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o nível de saúde obtivo
Fase 2	Oclusal	<ul style="list-style-type: none"> • Reestabelecer as relações Intermaxilares • Retirar interferências • Confecção de prótese provisórias
	Dentística	<ul style="list-style-type: none"> • Restaurar dentes previamente tratados • Preparos para a fase protética • Clareamento dental externo
	Ortodontia	<ul style="list-style-type: none"> • Pequenos movimentos ortodônticos
	Implantodontia	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia implantodôntica
	Prótese	<ul style="list-style-type: none"> • Fixa • PPR • PT
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • No final do tratamento 	
Fase 3	Manutenção	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas periódicas • Exames clínicos e complementares • Controle de Higiene • Profilaxia • Avaliação de Controle de Tratamento realizado

Jasiel Oliveira<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7><https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

Índice de Higiene Oral Simplificada – IHOS

1. Soma dos valores corados dividido pelas superfícies avaliadas
2. Superfícies:
 - a. V16
 - b. V11
 - c. V26
 - d. L36
 - e. V31
 - f. L46
3. Cod. 0 – Sem evidência de placa
4. Cod. 1 – Até 25% da superfície corada
5. Cod. 2 – Até 50% da superfície corada
6. Cod. 3 – Até 100% da superfície corada

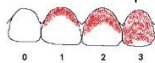


Figura 9. Superfícies dentárias coradas e classificadas de acordo com a quantidade de tempo necessário.

7. Resultados do IHOS:
 - a. 0-1 Ótima
 - b. 1,1-2 Regular
 - c. 2,1-3 Péssima

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE CÁRIE DENTÁRIA

Cód. A - Ausência de lesão de cárie, ausência de dente restaurado, ausência de perda dentária e ausência de grande quantidade de biofilme.

Cod. B - Ausência da doença cárie em atividade, presença de dente restaurado, ausência de perda dentária e ausência de grande quantidade de biofilme.

Cod. C - Ausência da doença cárie em atividade, presença de lesão de cárie crônica, presença de material restaurador provisório (IRM, OZE ou ionômero em dente permanente), presença de perda dentária e ausência de grande quantidade de biofilme.

Cod. D - Presença de lesão inicial de cárie sem cavitação (mancha branca ativa) e presença de grande quantidade de biofilme.

Cod. E - Presença de uma ou mais cavidades de cárie dentária.

Cod. F - Presença de dor, abscesso, fístula, comprometimento pulpar visível e restos radiculares.

CPI - ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO

Dentes sondados: 16/17/11/26/27/37/36/31/46/47

Sangramento Gingival

0 – Periodonto hígido

1 - Periodonto com sangramento - observado diretamente ou com espelho, após sondagem

X – Sextante excluído, menos de 2 dentes presentes

Cálculo Dentário

0 – Periodonto hígido

2 – Cálculo - qualquer quantidade mas com toda a área preta da sonda visível

X – Sextante excluído, menos de 2 dentes presentes

Bolsa Periodontal

0 – Periodonto hígido

3 – Bolsa de 4-5mm e margem gengival na área preta da sonda

4 – Bolsa de 6mm ou mais e área preta da sonda não está visível

X – Sextante excluído, menos de 2 dentes presentes

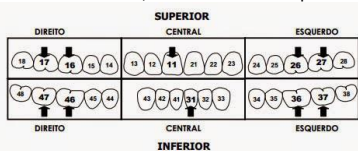


Figura 10. Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes-índices para CPI e PIP.

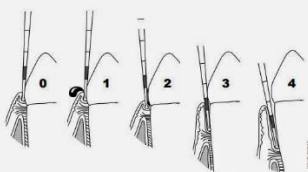


Figura 11. Codificação do Índice Periodontal Comunitário (CPI), ilustrando a posição da sonda para o exame.

CÁRIE (ÍNDICE CPOD/ceod)

Avalia a experiência de cárie. **Códigos alfabéticos para dentes decíduos e numéricos para dentes permanentes.**

0(A) – Coroa Hígida. Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração (manchas esbranquiçadas; descolorações ou manchas rugosas; áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte, fluorose moderada ou severa) **Nota:** Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como dente hígido

1(B) - Coroa Cariada: cavidade evidente ou há uma restauração temporária. *Na dúvida, considerar como dente hígido;*

2(C) -Coroa restaurada mas com cárie: Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões);

3(D) – Coroa restaurada e sem cárie: Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7(G);

4(E) – Dente Perdido Devido à cárie: Um dente permanente ou decíduo foi extraído por causa da cárie e por outras razões. **Dentes decíduos:** aplicar apenas quando o indivíduo está numa faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência;

5(-) - Dente Permanente Perdido por Outra Razão. Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas;

6(F) – Selante: Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1 ou B (cárie);

7(G) – Apoio de Ponte ou Coroa: Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados como 4 ou 5; **Implante:** Registrar este código (7)

8 (-) – Coroa Não Erupcionada.

9 (-) – Dente excluído: Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas, etc.);

T (t) – Trauma (fratura)

Nota: Conforme a recomendação da FSP-USP, quando há 5 ou mais dentes com bandas, o portador será excluído da amostra. Braquetes, em qualquer número, não inviabilizam os exames e, assim, não constituem obstáculo.

Resultados do CPOD/ceod

ceod (decíduos) - (B+C)=c (E)=e (D)=o (A)=h
ceo = Somatória dos códigos B+C+E+D

CPOD (permanente) – (1+2)=C (4)=P (3)=O (0)=H
CPOD = Somatória dos códigos 1+2+4+3

PIP - ÍNDICE DE PERDA DE INSERÇÃO PERIODONTAL

0 – Perda de inserção entre 0 e 3mm; JCE não visível e CPI entre 0 e 3

1 – Perda de inserção entre 4 e 5mm; JCE visível na área preta da sonda CPI

2 - Perda de inserção entre 6 e 8mm; JCE visível entre limite superior da área preta da sonda CPI e a marca de 8,5mm

3 - Perda de inserção entre 9 e 11mm; JCE visível entre as marcas de 8,5 – 11,5mm

4 – Perda de inserção de 12mm ou mais

X – Sextante excluído, menos de 2 dentes presentes

FLUOROSE DENTÁRIA (índice de DEAN)

Neste índice todos os dentes são examinados, mas a avaliação da condição individual é feita levando-se em conta apenas **dois dentes mais afetados** (se esses dois dentes mais afetados não estiverem comprometidos de modo semelhante, o valor do menos afetado entre os dois será registrado).

Os pré-molares e segundos molares são os dentes mais frequentemente comprometidos, seguindo-se os incisivos superiores.

Incisivos inferiores são menos afetados.

Códigos e Critérios:

0-Normal. O esmalte apresenta translucidez usual com estrutura semivitriforme. A superfície é lisa, polida, cor creme clara;

1-Questionável. O esmalte revela pequena diferença em relação a translucidez normal, com ocasionais manchas esbranquiçadas. Usar *este código* quando a classificação “normal” não se justifica;

2-Muito Leve. Áreas esbranquiçadas, opacas, pequenas manchas espalhadas irregularmente pelo dente, mas envolvendo não mais que 25% da superfície. Inclui opacidades claras com 1 a 2 mm na ponta das cúspides de molares;

3-Leve. A opacidade é mais extensa mas não envolve mais de 50% da superfície;

4-Moderada. Todo o esmalte dentário está afetado e as superfícies sujeitas à atrição mostram-se desgastadas. Há manchas castanhas ou amareladas frequentemente desfigurantes;

5-Severa. A hipoplasia está generalizada e a própria forma do dente pode ser afetada. O sinal evidente é a presença de depressões no esmalte, que parece corroído. Há manchas castanhas generalizadas;

8-Excluído. Quando, por alguma razão (bandas ortodônticas, próteses, p ex.) O indivíduo não pode ser avaliado quanto a fluorose dentária;

9-Sem informação.

EROSÃO /DESGASTE DENTÁRIA

Erosão é o resultado da perda de tecido do elemento dental causada por processos químicos, agravados por processos mecânicos, sem associação de ação bacteriana. A gravidade da erosão é marcada de acordo com a **condição erosiva** encontrada na cavidade bucal, além disso, o **número de dentes envolvidos** também é marcado.

0 – Nenhum sinal de erosão

1 - Lesão erosiva comprometendo esmalte

2 - Lesão erosiva comprometendo dentina

3 - Lesão erosiva com comprometimento pulpar

Traumatismo Dentário

Neste índice serão examinados apenas os incisivos superiores e inferiores permanentes. Dentes afetados com trauma são marcados de acordo com a **condição** encontrada, além disso, o **número de dentes envolvidos** também é marcado.

0 - Nenhum traumatismo

1 - Fratura de esmalte

2 - Fratura de esmalte e dentina

3 - Fratura de esmalte e dentina com

exposição pulpar

4 - Ausência do dente devido a traumatismo

9 - Sextante Não Examinado, devido a uso de

aparelho ortodôntico ou outro motivo

LESÃO DE MUCOSA/LÍNGUA

Neste item preencher com um "x" sim ou não. Caso preencha com sim, fazer um breve relato da localização e aspecto da lesão ao lado. Neste caso o paciente deverá ser encaminhado imediatamente para diagnóstico diferenciado.

USO DE PRÓTESE DENTÁRIA

- 0 - Não usa prótese dental
- 1 - Usa uma ponte fixa
- 2 - Usa mais do que uma ponte fixa
- 3 - Usa prótese parcial removível
- 4 - Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis
- 5 - Usa prótese dental total
- 9 - Sem informação

NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA

- 0 - Não necessita de prótese dental
- 1 - Necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento dental.
- 2 - Necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento dental.
- 3 - Necessita uma combinação de próteses, fixa e/ou removível, para substituição de um e/ou mais de um elemento dental.
- 4 - Necessita prótese dental total
- 9 - Sem informação

Gerenciamento de resíduos

O controle do saneamento de uma cidade não depende somente do pessoal ligado à limpeza pública, mas também da consciência da população em geral.

Documentação para consultório:

Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Esse documento precisa ser preenchido (PGRSS) todo local de atendimento a saúde é obrigatório. Ne evidenciamos a forma correta de nosso material de resíduo. Por exemplo: A sobre do almagama, sutura, gaze, luvas, agulhas, revelador, fixador, etc. Tudo é preciso evidenciar o que está sendo realizado. A esterilização é testada pelo teste químico e biológico (ampola e nos pacotes tem um integrado químico).

Resíduos de serviço de saúde O conhecimento dos mecanismos de eliminação de resíduos, alternativas de manejo.

Coordenação: ANVISA – CONAMA RDR 358

Classificação do CONAMA

- A – Resíduos Biológicos
- B – Resíduos Químicos
- C – Resíduos Radioativos
- D – Resíduos Comuns
- E – Resíduos perfuro-cortantes

SUS

Sistema de Saúde do Brasil está dividido entre os subsistemas que são: privado, misto e público.

Princípios Doutrinários:

Universalidade – acesso universal;
Equidade – princípio da justiça social;
Integralidade – ações integradas.

Princípios organizativos:

Regionalização - articulação entre os serviços (população determinada/adscrita);
Hierarquização - níveis crescentes de complexidade tecnológica. Forma de tratar em função do tamanho do problema

Descentralização e Comando Único - redistribuição de poder e responsabilidades;
Participação Popular – democratização.

Atenção Primária à Saúde – representada pelas UBS/USF/UBSF e ainda pelos NASFs

UBS é porta de entrada para o Sistema - Atendem a maioria dos problemas (>80%) da comunidade
Em área delimitada (adstrita) = regionalização
Os procedimentos realizados devem ser informados no SIAB (Sist. Inf. Atenc. Básica) e o SAI-SUS (Sist. Inf. Ambulat. Do SUS) – importantes para o repasse financeiro

Atenção de Média complexidade (Secundária) – representada pelos AME (Ambul. Méd. Espec.), AMA (Assist. Méd. Ambulatorial) e os CEOs (Centro Esp. Odont)

Atenção de Alta complexidade – Representada por Hospitais e algumas AMA/AME

Procedimentos de alto custo

Alta tecnologia

Serviço qualificado

HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA

A política pública de saúde no Brasil tem relação com a construção do estado nacional e exerce a função de Proteção, recuperação e promoção.

1500-1808 – Brasil Colônia – poucos médicos aceitavam vir ao Brasil pois os ganhos eram poucos e o risco alto. Nessa época o povo procurava remédios com curandeiros, negros e indígenas. Com a vinda da corte Real algumas coisas mudam na saúde. Nesse período surgem as primeiras faculdades de medicina do Brasil. A vida rural era deixada em segundo plano, lembrando-se apenas quando os problemas sanitários intervinham na produção.

1521 – os primeiros mestres de ofício chegavam de Portugal

1808-1889 – O império enfermo

1811 – Com a chegada da família real, foi expedida a primeira “carta de dentista” a um brasileiro

1884 – dia 25 de outubro, os primeiros cursos de odontologia foram implantados

A Assistência odontológica se limitava às entidades religiosas (filantropia)

As santas Casas de Misericórdia respondiam pela maioria dos atendimentos da população

Um período que se encerra sem uma política de saúde definida

1889-1930 – República Velha

Proclamação da República

Início da modernização do Brasil

Surgem novas epidemias: Varíola, Febre Amarela, Peste Bubônica

1904 – Campanha de vacinação obrigatória é colocada em prática por Oswaldo Cruz. Em alguns casos os sanitaristas invadiam casas e vacinavam as pessoas à força, o que gerou revolta. O centro do Rio de Janeiro se transformou num campo de batalha. A rejeição da população em ser vacinada contra a varíola ficou conhecida como **a revolta da vacina**.

1910 – Instalação pelo poder público de consultórios odontológicos em escolas públicas do RJ, SP, MG e BA.

1923 – Começam a serem instaladas as primeiras indústrias no Brasil e surge a classe trabalhadora. As epidemias e as greves eram uma ameaça. Em 1917 os trabalhadores derrubaram o governo da Rússia. No Brasil os líderes começaram a ficar com medo, de perderem poder para os trabalhadores, por isso tentam acalmar os ânimos. Por isso através da **Lei Eloy Chaves** em 1923 surge a CAPs como suporte de assistência médica para os trabalhadores urbanos, motivada pelo medo de ações por parte de trabalhadores organizados. Essas CAPs eram organizadas pelas empresas.

- i. Natureza civil
- ii. Implantadas por empresas
- iii. Facultativas
- iv. Contribuição do empregado e do empregador
- v. Reconhecida a assistência médica como direito dos beneficiários
- vi. Restrita às empresas mais fortes
- vii. Pouco impacto no conjunto da sociedade
- viii. Não tinha nenhum investimento do governo

1930-1945 – A nova República

Era Vargas – a institucionalização da saúde

1930 – Vargas chega ao poder, cria as CLTs com direitos aos trabalhadores

Período que marca a institucionalização da saúde IAPs – Institutos de Aposentadorias e pensões, gradativamente substituem as CAPs

- I. Contribuição obrigatória por parte das empresas e empregados, de acordo com o ramo de atividade, sob o controle do governo significando que tornou-se uma poupança do governo
- II. Formados por categoria profissional
- III. Mecanismo de poupança interna
- IV. Participação direta do Estado
- V. Serviços exclusivos para trabalhadores urbanos
- VI. Prestação de serviços centrados no hospital
- VII. Modelo privatizante
- VIII. Excludente
- IX. Instrumento de sustentação política

1945-1964 – A luta pela democratização

- e. Pressionada pela sociedade, a previdência assumiu a prestação da assistência médico-hospitalar dos trabalhadores
- f. Construção de redes privadas de atendimento médico hospitalar

1952 – Odontologia incremental – Realizado nas escolas, priorizando as crianças. Era limitado e curativista.

1953 – Criação do ministério da saúde

1956 – Criação do departamento de endemias rurais

Década de 60-70 modelo biomédico passa a ser questionado, como inadequado, má distribuição de recursos, inacessibilidade, desigualdade na oferta do serviço. Individualização da saúde, controle das endemias deixa de ser prioridade. Surge a medicina em grupo.

1960 – **lei orgânica da Previdência Social** – objetivo de aperfeiçoar o sistema de saúde. Retorno à racionalização.

1964-1985 Período da Ditadura Militar

1. Controle das Endemias não é mais uma prioridade
2. **1964** – CFO – regulamenta o exercício da odontologia no Brasil
3. **1966** – Criação do INPS – Instituto da previdência social, com a unificação dos órgãos previdenciários e extinção dos IAPs
4. **Década de 70** – Prática de uma odontologia mutiladora centrada em urgências e extrações
5. **1971** – FUNRURAL – Programa de assistência ao trabalhador rural
6. **1974** – fluoretação das águas obrigatória em todo país. Lei federal 6050
7. **1974** – Criação do MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social)
8. **1975** – Epidemia de meningite e censura sobre a proliferação das doenças
9. **1978** – Declaração de Alma Ata Reafirma: saúde é direito fundamental, participação popular, atenção básica, ação multisectorial, por meio de educação, nutrição apropriada, saneamento, fornecimento de medicamentos essenciais.
10. **1979** – **Iº Simpósio nacional de políticas de saúde**. Apresenta proposta de reforma baseada em: Universalização, Racionalização, Integralidade das ações, controle social
11. Terceirização dos serviços públicos
12. Crise na previdência social
13. Implantação e expansão da medicina de grupo

70/80 década – Odontologia simplificada

1. PISE – Programa Integrado de Saúde Escolar
2. PREVAÚDE – Propôs a efetivação da saúde bucal
3. PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde – promoveu a incorporação de recursos para aquisição de equipamentos odontológicos na saúde e subsídio o salário dos profissionais. CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, apresentou ações integradas
5. PRAOD (1982) - Programa de Reorientação da Assistência Odontológica – deu origem a inúmeros outros projetos
6. (1985-1987) Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) - complementação da proposta estabelecida pelas AIS (Ações Integradas de Saúde) e a universalização do acesso aos serviços de saúde por intermédio do fortalecimento do setor público.

1986 – 8ª Conferência Nacional de Saúde – Discutiu os ideais do Movimento Sanitário. Serviu como base para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro, aprovado na constituição de 1988. Nesse ano de 1986 o CPOD era de 6,7 e em 2004 passou para 2,7. Em razão da fluoretação das águas de abastecimento público e dos dentífricos. Ano do primeiro levantamento de cárie, doença periodontal e necessidade de próteses. Ainda, Carta de Otawa onde se Consolidou-se o conceito: promoção de saúde, incluindo “uma maior participação no controle desse processo”. Fala-se em: paz, abrigo, instrução, segurança social, alimento, renda, direito das mulheres, justiça social, equidade, direitos humanos.

1987 SUDS - Significou a intenção do governo federal em dar início à implantação do SUS. Estadualizou as suas ações por meio da fusão das secretarias estaduais de saúde com as diretorias regionais do INAMPS. Porém, na área da saúde bucal não significou um grande avanço, reforçando a estratégia do INAMPS de manutenção do Sistema Incremental para os escolares do 1º grau.

1988 – Constituição Federal/Criação do SUS

1. Acesso à saúde oferecida pelas 3 entes federativos: União, Estados, DF e Municípios
2. O SUS é uma política pública que nasceu da necessidade de mudanças na forma de “se fazer saúde” no Brasil. Estes movimentos de mudanças, denominado como “Reforma Sanitária”, foram baseados essencialmente na universalização e descentralização da saúde, e, com forte ênfase na municipalização das ações de saúde.
3. Políticas de Saúde são incluídas na Constituição Federal, dizendo: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à reprodução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.
4. Ainda no mesmo ano ocorre o Programa de heterocontrole para monitorar a qualidade de fluoretação.
5. No mesmo ano tem a conferência de Adelaide Prioriza: apoio a saúde da mulher, nutrição, combate ao tabaco/álcool e preocupa-se com ambientes saudáveis.

1989 – Normatização da produção do creme dental, que passou a conter flúor em 95% dos dentifrícios comercializados.

1. O impacto que teve na saúde da população: redução no índice de carie.
2. Desenvolver ações intersetoriais para fluoretação é uma prioridade

1990 – Leis orgânicas

1. Lei 8080/90 – Condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, regula as ações, organização e o funcionamento dos serviços de saúde de todo país.
2. Lei 8142/90 – Sobre a participação da comunidade na gestão e transferência de recursos
3. Até esse período só existiam os postinhos de atendimento

PIA – Programa de Invasão da Atenção – buscou se adaptar ao SUS mas não envolvia a participação da comunidade. Muda do modelo curativista para o de controle.

1991 - Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

1991 – Declaração de Sundval: Criação de ambientes favoráveis são inseparáveis à saúde.

1992 – Carta de Bogotá - promoção de saúde na América Latina – transformação das relações de crenças, culturas e valores em bem estar para todos.

1993 – 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e Carta do Caribe – Melhor controle para o bem estar físico, mental, social e espiritual.

1994 – ESF Estratégia da saúde da família – amplia a ação comunitária. Um modelo de atenção básica. Iniciou com o nome de PSF (Programa Saúde da Família). ACS incorpora a ESF.

1997 – Declaração de Jacarta – Afirma: Saúde é um direito

2000 – Inserido a odontologia na PSF/ESF. Portarias de n.º 1.444/GM, de 2000, que estabeleceu “incentivos financeiros para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família”

1. O acesso da odontologia na ESF teve sua inserção em 2000 (uma revolução na saúde bucal coletiva)
2. O Brasil Sorridente buscou oferecer atendimento em todos os níveis de complexidade

2001 – Portaria n.º 267/GM, de 2001 criou 2 tipos de equipes

- ESB Modalidade I: composta por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de saúde bucal (ASB).
- ESB Modalidade II: composta por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de saúde bucal (ASB) e o técnico em saúde bucal - TSB.

Lei 8080/90

19 de setembro de 1990, discorre sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Conhecida como Lei Orgânica da Saúde Define o SUS como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais de administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

2001 – NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde, dentro da ESF, tratando de:

- a. Ações de saúde da criança
- b. Ações de saúde da mulher
- c. Controle de hipertensão
- d. Controle de diabetes Mellitus
- e. Controle de tuberculose
- f. Eliminação da Hnanseníase
- g. Ações de Saúde Bucal

2002 - MS, através da portaria 2048, propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a triagem. O objetivo dessa triagem é avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. Parte do programa HumanizaSUS

2003 – Criação do HumanizaSUS – com o objetivo de fazer valer os princípios do SUS

2004 - PNSB

2005 - Agenda de Compromissos pela saúde

- b. Pacto em defesa do SUS
- c. Pacto pela vida
- d. Pacto pela gestão

2006 - Pacto pela Saúde foi instituído, com a intenção de ajudar no fortalecimento dos princípios do SUS, introduzindo mudanças nas relações entre as três esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal. O pacto trouxe mudanças também nos mecanismos de financiamento, significando, portanto, um esforço de atualização e aprimoramento do SUS.

2008 – NASF (Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família), criado com o objetivo de aumentar a resolutividade e capacidade de resposta das ESF aos problemas da população.

2011 - Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Com a portaria n 719 de 07 de abril de 2011. O objetivo deste programa foi contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

2011 – CNS – Conselho Nacional de Saúde – Acesso e acolhimento com qualidade, um desafio para o SUS> Uma abordagem sobre a equidade.

2012 – Consultório de Rua, o sistema de saúde público procurou ampliar o acesso da população de rua e ofertar atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços da atenção básica.

2012 - Portaria 3012 26/12/12 – alteração nas modalidades:

- ESB Modalidade I: um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar de saúde bucal (ASB) OU um técnico de saúde bucal (TSB).
- ESB Modalidade II: um cirurgião-dentista (CD), um técnico de saúde bucal (TSB) e Um auxiliar de saúde bucal (ASB) OU OUTRO técnico de saúde bucal (TSB)

HUMANIZASUS

Política Nacional de Humanização (PNH)

Acolhimento e classificação de Risco nas portas de entrada de urgência e emergência;

Demanda Espontânea – Qualquer atendimento não programado. Representa uma necessidade momentânea do usuário como uma informação, um agendamento de consulta, uma urgência ou uma emergência.

Demanda Reprimida – refere-se a um determinado número de pacientes de uma população adstrita, como na ESF.

Caso agudo – refere-se ao paciente que procura o serviço de saúde com fins de restabelecimento de sua saúde por algum tipo de sofrimento de início recente. DOR.

Deve ter pelo menos 1 profissional de nível superior para a tomada de decisão.

Ambiência – é a sala de espera. Um momento potencial para práticas coletivas de humanização.

Triagem e Classificação de risco

Deve ser realizado pelo profissional da saúde, de nível superior, treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos.

Triagem não é um instrumento de diagnóstico de doença, apenas hierarquiza a gravidade e determina prioridades no atendimento. Não pressupõe exclusão e sim estratificação.

Classificação de risco: é um instrumento utilizado para reorganizar os processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS).

Lei 8142/90

28 de dezembro de 1990, relata como deverá ser a participação da comunidade na gestão do SUS e descreve também como deverá acontecer a transferência dos recursos financeiros entre as três esferas na área da saúde.

Duas formas de participação:

Participação cotidiana (Conselhos de saúde) que são colegiados eleitos para exercer o papel de controle social nas Secret da saúde dos municípios. Presente nos estados municípios

Conferências de saúde – Essa é mais periódicas e são eventos grandes, com muitas pessoas.

a. Conselho de Saúde.

- i. Composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários
- ii. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente
- iii. Tem representação nas 3 esferas de governo.

1. Federal: Conselho Nacional de Saúde

2. Estadual: Conselho Estadual de Saúde Conferência a cada 2 anos

3. Municipal: Conselho Municipal de Saúde Conferência a cada 2 anos

Paridade – é a quantidade de representante dentro dos conselhos

50% usuários do SUS

25% trabalhadores de saúde

25% gestores e prestadores de serviços

FINANCIAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA

O SUS é financiado pelas receitas e contribuições sociais das esferas Federal, Estadual e Municipal.

A União deve aplicar anualmente em ações e serviços públicos o montante correspondente ao valor empenhado no ano anterior, acrescido do percentual da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do país.

Programa Agente Comunitário de Saúde

Criado em junho de 1991, com a intenção de contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde, auxiliando na integração das ações entre os diversos profissionais, assim como para a ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS):

É responsável por, no máximo, 750 pessoas (200 família)

Estratégia Saúde da Família (PSF/ESF)

Máximo de 4.000 pessoas

Modalidade Equipe – Saúde Bucal

Modalidade I – CD + ASB ou TSB

Modalidade II – CD + TSB + ASB ou TSB

NASF

Criado em 2008 com o objetivo de aumentar a resolutividade e capacidade de resposta das equipes de saúde da família aos problemas da população.

Pacto pela Saúde

Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jiavoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

Ortodontia Preventiva: Dentições decídua e mista.
Ortodontia Corretiva: Dentição permanente.
A erupção dos 2º Mol permanentes é uma referência divisória entre a dentição mista e início da permanente.

4 Eventos da Dentição Mista

- 1º - **Erupção dos 1º Ms Permanentes** (início da dentição mista)
- 2º - **Erupção dos INC SUP/INF.** Se não houve espaço, expandir os arcos dentários no sentido transversal (expansores removíveis ou fixos).
- 3º - **Erupção dos CAN./PM.** Se houver falta de espaço, é possível ganhar, no sentido ântero-posterior, vestibularizando-se os dentes anteriores ou distalizando-se os 1ºPMs Permanentes
- 4º - **Erupção dos 2º Ms Permanentes** (término da dentição mista).

Espaço livre de Nance/Leeway Space

Trata-se da diferença que existe entre a somatória das distâncias méso-distais da distal do canino, à distal do 1 e 2 molares decíduos com a somatória das distâncias méso-distais do canino, 1 e 2 premolares permanentes.

Tendências de crescimento facial (Tweed):

- 1-Tipo A: MX e MD crescem em harmonia para baixo e para frente com mesma velocidade de crescimento
- 2-Tipo B: A velocidade de crescimento da MX é maior que a da MD (crescimento vertical)
- 3-Tipo C: A velocidade de crescimento da MD é maior que a da MX (crescimento horizontal)

CLASSIFICAÇÃO DE ANGLE:

Classe I ou Neutroclusão:

Em chave de oclusão. A cúspide M/V do 1º Molar Sup oclui no sulco M/V do 1º Molar Inf.
 Problemas oclusais ocorre devidos à falta de espaço, levando a apinhamento ou excessos de espaço (diastemas), más posições dentais individuais, mordida aberta, mordida profunda ou sobremordida, cruzamento de mordida ou até mesmo protrusão dental simultânea dos dentes superiores e inferiores (biprotusão).
Overjet: 2,5mm
Overbite: 2,5mm

Classe II ou distocclusão: Retrognata

O sulco M/V do 1º molar inferior encontra-se distalizado em relação à cúspide M/V do 1º molar superior.
Divisão 1: Classe II e na região anterior temos a inclinação vestibular dos incisivos superiores. Sempre um Overjet aumentado e pode ou não ter um Overbite acentuado (sobremordida profunda). Um perfil convexo.
Divisão 2: Classe II e na região anterior não tem o Overjet aumentado, os incisivos superiores estão lingualizados ou verticalizados. Normalmente encontramos uma mordida profunda anterior.
 Classe II pode ocorrer apenas em um dos lados. Nestes casos dizemos que estamos diante de uma Classe II divisão 1 ou 2, subdivisão direita ou esquerda dependendo de qual lado está a relação de Classe II.

Classe III ou mesiocclusão: prognata

Más oclusões onde o sulco M/V do 1º molar inferior oclui mesialmente em relação à cúspide M/V do 1º molar superior. Os cruzamentos de mordida anterior ou posterior são frequentes.
 Podemos, também ter casos onde a Classe III está localizada em apenas um dos lados. Nestes casos chamaremos de Classe III subdivisão direita ou esquerda, dependendo do lado onde a Classe III está localizada.

6 CHAVES PARA UMA OCLUSÃO ÓTIMA

CHAVE I – Relações interarcos (7 pontos)

- 1- A cúspide M/V do 1º molar superior permanente oclui no sulco M/V do 1º molar inferior permanente (Angle)
- 2 – A crista marginal distal do 1º molar superior oclui na crista marginal mesial do 2º Molar inferior.
- 3 – A cúspide mesio palatina do 1º molar superior oclui na fossa central do 1º molar inferior.
- 4 – as cúspides V dos pré-molares Sup tem relação de cúspide-ameia com os pré-molares inferiores.
- 5 – As cúspides palatinas dos pré-molares superiores tem uma relação cúspide fossa com os Pré-molares inferiores.
- 6 – O canino superior tem uma relação cúspide-ameia com o canino e 1º pré-molar inferior.
- 7 – Os incisivos superiores sobrepõem-se aos incisivos inferiores, e as linhas medianas são coincidentes.

CHAVE II – Angulação da coroa

As coroas dos dentes superiores e inferiores tem angulações positivas.

CHAVE III – Inclinação da coroa

- 1 - Os incisivos superiores tem inclinação vestibular, os incisivos inferiores tem inclinação lingual. As coroas dos incisivos superiores são inclinadas vestibularmente, em relação a uma linha de 90º ao plano oclusal, enquanto que os incisivos inferiores, são lingualmente inclinados em relação a mesma linha.
 - 2 – As inclinações das coroas dos incisivos superiores são vestibulares, os centrais mais vestibularizados que os laterais. Caninos e pré-molares tem inclinação palatina. As inclinações dos 1º e 2º molares superiores são similares e palatinas, porém levemente mais palatinas do que aquelas dos caninos e pré-molares.
 - 3 – As inclinações das coroas inferiores são progressivamente linguais desde os incisivos até os 2º molares.
- CHAVE IV – Rotações**
 Devemos ter ausência de rotação no longo eixo.
- CHAVE V – Contatos justos**
 Pontos de contatos entre dentes adjacentes.
- CHAVE VI – Curva de Spee**
 A profundidade da curva de Spee varia de um plano até uma superfície levemente côncava.
 A média de profundidade varia de 0 a 2,5 mm.

Fatores Etiológicos das más oclusões

- I- Fatores Hereditários
- II- Fatores Pré-Natais
- II- Fatores Pós- Natais: A) Intrínsecos
 B) Extrínsecos

Perfis Faciais

- Mesofacial – 90º:** Crescimento equilibrado para baixo e à frente.
- Braquifacial - 105º:** Crescimento e desenvolvimento da face mais no sentido anterior que inferior, caracterizando uma predominância de crescimento horizontal. Uma determinante possível para este vetor pode ser ditada pelo redirecionamento do seu padrão muscular que se apresenta com uma musculatura forte contendo o vetor vertical.
- Dolicofacial – 120º:** Há uma predominância dos vetores de crescimento e desenvolvimento da face, mais no sentido inferior que anterior, caracterizando uma predominância de crescimento vertical. A pouca resistência no sentido vertical, promovida pela musculatura, proporciona condições favoráveis à vetorização nesse sentido.

Cefalometria

Cefalometria é a análise do esqueleto craniofacial dentro de um esquema geométrico utilizado para descrever a estrutura em crescimento, avaliar resultados, planejar tratamento e principalmente diagnosticar anomalias.

INDICAÇÕES:

Avalia o crescimento e desenvolvimento dos ossos maxilares e faciais; diagnostica as anomalias e alterações nas várias regiões do crânio e da face e a avaliação da progressão do tratamento.

CEFALOMETRIA:

É um método para obter-se um cefalograma composto do desenho anatômico, onde são decalçadas as principais estruturas anatômicas do crânio e da face, onde são demarcados pontos, linhas e planos, além de medidas lineares e angulares, propiciando importantes informações para a elaboração das análises cefalométricas (método de interpretação dos valores obtidos nos cefalogramas).

ESTRUTURAS ANATÔMICAS UTILIZADAS:

- Sela túrcica ou turca
- Meato acústico externo
- Ossos frontal e nasais
- Órbitas
- Maxila
- Mandíbula
- Dentes
- Perfil facial tegumentar

PONTOS CEFALOMÉTRICOS:

- Sela Túrcica (S)
- Násio (N)
- Condílio ou Condilar(Co)
- Pório(Po)
- Orbital ou Orbitário(Or)
- Básio(Ba)
- Pterigomaxilar(PTM)
- Espinha Nasal Anterior(ENA)
- Espinha Nasal Posterior(ENP)
- Próstio(Pr)
- Ponto A(A)

- Ponto B(B)
- Infradental(IId)
- Pogônio(P ou Pg)
- Ponto D(D)
- Mentoniano(M ou Me)
- Gônio(Go)
- Gnátio(Gn)
- Eminência(E)
- Pogônio mole(Pg')
- Lábio Superior(LS)

PLANOS E LINHAS CEFALOMÉTRICAS:

- PLANO** – Determinado pela união de 3 pontos
- LINHA** – Determinada pela união de 2 pontos

PLANOS:

- Plano de Frankfurt**
- Plano Oclusal**
- Plano Mandibular**

LINHAS:

- SN; ENA-ENP; NA; NB; ND; NP; SGN; AP; Longo eixo do incisivo superior; Longo eixo do incisivo inferior; Linha H(Holdaway)**

INTERPRETAÇÃO CEFALOMÉTRICA:

Nos modelos fazemos os cálculos pra saber se há espaços. Quanto tem de arco e rebordo. Medir osso e dentes. Medição chamada espaço presente. Espaço requerido é o espaço que precisamos. Medindo as distancias de segundo pré a 2ºpre.

Discrepância de modelos = Espaço presente – Espaço requerido – pode ser + ou – ainda (0). Se (-) falta espaço.

ANÁLISE DE TWEED:

Frankfurt-Mandibular plane Angle (FMA) - formado pelo Plano de Frankfurt e o Plano Mandibular, evidencia a direção do crescimento facial do paciente e indica claramente o prognóstico do caso:
 FMA entre 16º e 28º - Prognóstico excelente
 FMA entre 28º e 32º - Prognóstico bom
 FMA entre 32º e 35º - Prognóstico regular
 FMA acima de 35º - Prognóstico desfavorável

Angulo FMIA (“Frankfurt Mandibular Incisor Angle”). Os três ângulos, FMA, FMIA e o IMPA formam o Triângulo de Tweed.

VALORES NORMAIS

FMA – 25° FMIA 68° IMPA 87°

- FMA = 25º ± 4º ----- FMIA = 68º
- FMA ≥ 30º ----- FMIA = 65º
- FMA ≤ 20º ----- IMPA = 92º

META CEFALOMÉTRICA: É o exato ponto onde o incisivo inferior deve situar-se quando avaliado em um cefalograma lateral.

DISCREPÂNCIA CEFALOMÉTRICA (DC): É a diferença entre a posição ideal do incisivo inferior e aquela apresentada pelo paciente e pode ser:
 -NULA = posição real do I.I. coincidir com a ideal
 -POSITIVA = I.I. está lingualizado em relação a posição ideal
 -NEGATIVA = I.I. está vestibularizado em relação a posição ideal

A DT orienta o planejamento ortodôntico:

- DT positiva - há espaço na arcada para posicionar o Incisivo Inferior.
- DT nula - correção ortodôntica é suficiente para posicionar o Incisivo Inferior.
- DT negativa – falta de espaço na arcada para posicionar o Incisivo Inferior.
- DT NEGATIVA de pequena magnitude**
- Desgaste interproximal
- Distalização
- Expansão
- DT NEGATIVA de grande magnitude**
- Extração dentárias
- DT = -10 mm

A opção pela extração ou não de pré-molares se dará em função de vários fatores:
 - Padrão Facial
 - Tipo e quantidade de crescimento residual
 - Condição oclusal
 - Perfil mole

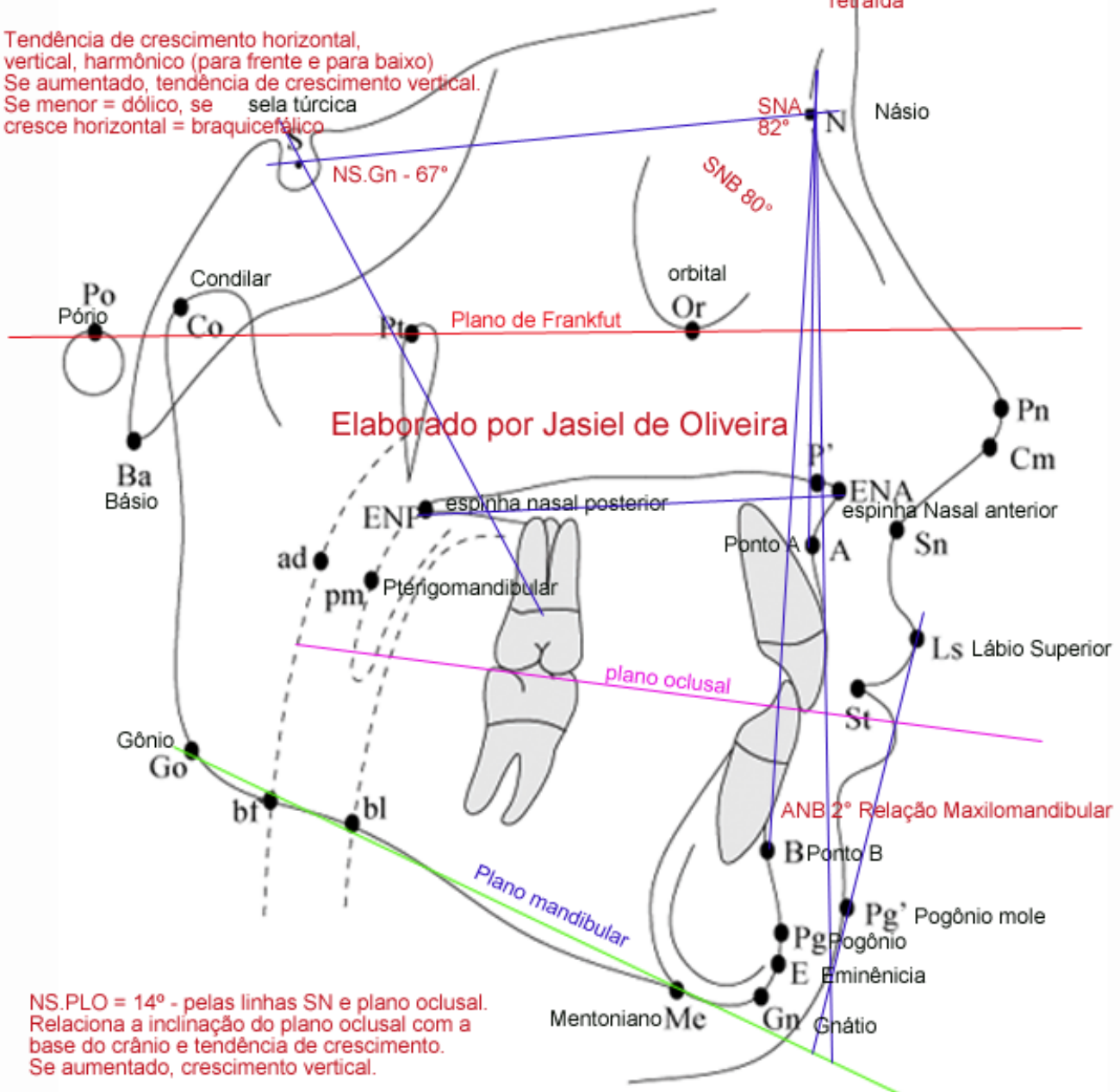
ESPAÇO FINAL

Quando das exodontias, somaremos as distâncias mesio distais dos dentes a serem extraídos, ao valor negativo da discrepância total. EF = DT + EXO

Determina o posicionamento antero-posterior da mandíbula em relação à base do crânio.

Determina o posicionamento antero-posterior da maxila em relação à base do crânio. Se tiver aumentada a mandíbula está protrusiva, se diminuída, está retraída

Tendência de crescimento horizontal, vertical, harmônico (para frente e para baixo)
 Se aumentado, tendência de crescimento vertical.
 Se menor = dólico, se sela túrcica cresce horizontal = braquicefálico



Elaborado por Jasiel de Oliveira

NS.PLO = 14° - pelas linhas SN e plano oclusal. Relaciona a inclinação do plano oclusal com a base do crânio e tendência de crescimento. Se aumentado, crescimento vertical.

NS.GoM = 32° - pelas linhas SN e plano mandibular. relaciona a inclinação da mandíbula em relação à base do crânio, indica a tendência de crescimento. É a somatória dos dois ângulos anteriores. Se diminuído, tendência de crescimento horizontal.

Jasiel Oliveira

<https://www.facebook.com/jasiel.oliveira.7>

<https://www.instagram.com/jayoliveira80/>

11 9 7495-1083 whatsapp

 **jasiel.oliveira.7**

 **jayoliveira80**

REVISÃO

PATRICIA RAMALHO



<https://www.instagram.com/dra.patriciaramalho/>