

UNINOVAFAPI
CENTRO UNIVERSITÁRIO

Afya

CENTRO UNINVERSITÁRIO UNINOVAFAPI - AFYA
CURSO DE ODONTOLOGIA

PROCOLOCOS OPERACIONAIS
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

2024

ANAMNESE

Queixa principal, história da queixa principal, relato de alterações sistêmicas, uso de medicações, alergias ou reações adversas a medicações ou substâncias químicas. Aprofundamento dos problemas de saúde do paciente e medicações em uso. Interações farmacológicas e encaminhamentos a especialistas caso necessário.

EXAME CLÍNICO

Avaliação extra oral de assimetrias, abaulamentos ou fístulas. Cavidade oral, tecidos duros e moles. Dentes e estruturas adjacentes.

EXAMES DE IMAGEM

Tomada, processamento e armazenagem correta da radiografia periapical, avaliação do exame de imagem, anatomia da coroa e raiz, determinação do grau de dificuldade da cirurgia, avaliação da proximidade das raízes com estruturas nobres, presença de lesões periapicais, espessamento do ligamento periodontal ou cistos.

Radiografias extra bucais, tomografia, ressonância magnética nuclear, cintilografia, ultrassom. Interpretação correta dos exames.

DIAGNÓSTICO

Após exame clínico e radiográfico é possível sugerir um diagnóstico. Cáries extensas com ou sem envolvimento pulpar, com ou sem lesão periapical, raízes residuais, dentes com traços de fratura, dentes inclusos ou impactados.

Fraturas dento alveolares, fraturas de face, anquiloses, sialolitíases ou outras alterações do sistema estomatognático.

PARAMENTAÇÃO

Técnica asséptica. Uso correto dos EPIs. Paramentação inicial com gorro, máscara e óculos de proteção. Manilúvio com solução degermante. Aplicação da técnica correta de degermação, uso de capotes cirúrgicos estéreis descartáveis, calçamento de luvas estéreis, aposição dos campos estéreis, montagem da mesa cirúrgica com cirurgião auxiliar.

PREPARO DO PACIENTE

Conduzir o paciente à cadeira. Anti-sepsia intra-oral, anti-sepsia extra-oral com clorexidina 0,12% e 2%, respectivamente, aposição do campo cirúrgico fenestrado e fixação da mangueira de sucção com sugador cirúrgico.

ANESTESIA

Anestesia tópica. Técnica anestésica atraumática, segundo Malamed.

Anestesia infiltrativa supraperiosteal indicada para exodontia de um ou dois dentes maxilares ou dentes mandibulares anteriores.

Anestesia por bloqueio regional para anestesia de mais de dois dentes. Bloqueio do nervo alveolar superior posterior, médio ou anterior.

Anestesia dos nervos palatinos como complemento da anestesia maxilar.

Anestesia por bloqueio troncular dos nervos alveolar inferior, lingual e bucal para procedimentos em dentes mandibulares do terceiro ao primeiro molar.

Anestesia por bloqueio do nervo incisivo para procedimentos em dentes pré-molares mandibulares. Cálculo da dose máxima baseada no peso corporal do paciente e de acordo com o anestésico escolhido.

ACESSO

Descolamento muco gengival ou retalho.

Os retalhos que devem ser planejados de acordo com a situação clínica e radiográfica: envelope, L invertido, trapezoidal ou semi-lunar.

FÓRCEPS

DENTE	FÓRCEPS Nº
INCISIVOS SUPERIORES	1 ou 150
CANINOS E PRÉ MOLARES SUPERIORES	150
MOLARES SUPERIORES DIREITOS	18R
MOLARES SUPERIORES ESQUERDOS	18L
TERCEIROS MOLARES SUPERIORES	210
RAÍZES RESIDUAIS SUPERIORES	65
INCISIVOS, CANINOS E PRÉ MOLARES INFERIORES	151
MOLARES INFERIORES	16 e 17
TERCEIROS MOLARES INFERIORES	222
RAÍZES RESIDUAIS INFERIORES	69

Movimentos do fórceps: intrusão, lateralidade, rotação (em dentes uniradiculares) e tração.

EXTRATORES

Movimentos: alavanca, cunha, sarrilho. Empunhadura correta e aplicação correta nas situações clínicas.

TÉCNICA DE EXODONTIA

Exodontia via alveolar ou fechada, exodontia via não alveolar ou técnica aberta osteotomia e/ou odontosecção a depender do planejamento do caso.

CUIDADOS COM O ALVÉOLO

Curetagem na presença de lesões periapicais, regularização de possíveis espículas ósseas, alveoloplastia em exodontias múltiplas, limpeza e irrigação com soro fisiológico.

SUTURA

Suturas simples ou pontos em X para exodontias de até dois elementos dentários. Suturas contínuas ancoradas para exodontias de mais de dois elementos dentários.

PRESCRIÇÃO

Exodontias simples: analgésicos.

Exodontias a retalho: anti-inflamatórios e analgésicos.

Exodontias de elementos com presença de infecção: antibióticos, anti-inflamatórios e analgésicos.

ORIENTAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS

Devem ser entregues por escrito aos pacientes, lidas e explicadas.

Compressas de gelo na face por 24h, alimentação fria/gelada nas primeiras 24h, fazer uso da medicação conforme prescrito, repouso por 48h, não se expor ao sol, não fazer atividade física, escovar os dentes normalmente, dormir com a cabeça elevada, retornar em 7 dias para remoção dos pontos. Clorexidina, analgésicos.

PROTOCOLO OPERACIONAL - ENDODONTIA

ANAMNESE

Queixa principal, relato de problemas sistêmicos, uso de medicações, alergias ou reações adversas a medicações ou alimentos.

EXAME CLÍNICO

Cavidade oral tecidos duros e moles, O'leary, PSR, Odontograma, teste sensibilidade, percussão vertical e horizontal, teste de cavidade e/ou anestesia quando necessário, radiografia.

DIAGNÓSTICO - TERMINOLOGIA DIAGNÓSTICA - ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE ENDODONTIA

PULPAR

Polpa Normal: Diagnóstico clínico em que a polpa está livre de sintomas e responde de forma normal aos testes de sensibilidade.

Pulpite Reversível: Diagnóstico clínico baseado em aspectos subjetivos e objetivos que indicam que a inflamação poderia ser resolvida e a polpa voltar ao seu estado normal.

Pulpite Irreversível Sintomática: Diagnóstico clínico baseado em resultados subjetivos e objetivos que indicam que a polpa vital inflamada é incapaz de reparar, dor que persiste às mudanças de temperatura, dor espontânea, dor referida.

Pulpite Irreversível assintomática: Diagnóstico clínico baseado em resultados subjetivos e objetivos que indicam que a polpa vital inflamada é incapaz de reparar. Sem sintomas clínicos, porém com inflamação produzida por cárie ou trauma.

Necrose Pulpar: Diagnóstico clínico indicativo de morte pulpar. Geralmente sem resposta aos testes de sensibilidade.

Dente Previamente Tratado: Diagnóstico clínico indicativo que o dente foi tratado endodonticamente e que os canais estão obturados com algum tipo de material de preenchimento que não seja medicação intracanal.

Dente com Terapia Previamente Iniciada: Diagnóstico clínico indicativo que o dente foi previamente tratado de forma parcial (pulpotomia, pulpectomia)

APICAL

Tecidos Apicais Normais: Dente com tecidos perirradiculares que não estão sensíveis à percussão ou palpação. A lâmina dura está intacta e o espaço do ligamento periodontal se apresenta uniforme.

Periodontite Apical Sintomática: Inflamação, geralmente do periodonto apical, com sintomas clínicos como: resposta dolorosa ao morder ou percussão ou palpação. Pode estar associada a uma área radiolúcida como pode não estar.

Periodontite Apical Assintomática: Inflamação e destruição do periodonto apical de origem pulpar, se observa uma área radiolúcida periapical e não há sintomas clínicos.

Abscesso Apical Agudo: Reação inflamatória à necrose e infecção pulpar caracterizada por uma rápida aparição, dor espontânea, dor de dente à pressão, formação de pus e aumento de volume dos tecidos circundantes.

Abscesso Apical Crônico: Reação inflamatória à necrose e infecção pulpar caracterizada por uma aparição gradual, com muito pouco ou nenhum desconforto e descarga intermitente de pus através de uma fístula.

Osteíte Condensante: Lesão radiopaca difusa representando um tecido ósseo localizada a um estímulo inflamatório de baixa intensidade, de reação habitualmente vista no ápice do dente.

PROCEDIMENTOS

Terapia invasiva (biopulpectomia, necropulpectomia)

PROGNÓSTICO

Favorável, desfavorável

PASSOS CLÍNICOS TERAPIA ENDODONTICA

1. Tomada do comprimento aparente do dente (CAD) na radiografia diagnóstico, definição do comprimento de trabalho provisório (CTP)
2. Antissepsia intraoral com clorexidina 0,12%, bochecho por um minuto
3. Anestesia de acordo com elemento dentário a ser submetido ao tratamento
4. Remoção tecido cariado com brocas de baixa rotação e colheres de dentina
5. Acesso coronário

5.1. Incisivos/ Caninos

O acesso é feito no centro da face lingual, com a broca posicionada ligeiramente para incisal do cingulo com broca esférica em alta rotação compatível com tamanho da coroa dental, trabalhando em ângulo reto ao longo eixo do dente, após atingir a câmara pulpar, mudar inclinação da broca em direção longo eixo, remover teto da câmara dando forma à cavidade, de acordo com anatomia interna da câmara pulpar, triangular com base voltada para incisal para incisivos e oval para caninos com o longo eixo no sentido inciso-cervical, realizar desgaste compensatório na parede lingual com brocas 3080, 3081, 3082 (pontas inativas), cuidado para não tocar parede vestibular do acesso.

5.2. Pré molares superiores/inferiores

O acesso é realizado através da face oclusal, com a broca paralela ao longo eixo do dente, no centro do sulco principal dos pré-molares com broca esférica em alta rotação, após atingir a câmara pulpar remove-se o teto, na sequência as paredes laterais da cavidade endodôntica devem ser realizadas com brocas tronco-cônicas com ponta inativa (3080, 3081, 3082), dando uma ligeira divergência para oclusal, a forma de contorno deve ser ovóide com maior diâmetro no sentido vestibulo-lingual para pré molares superiores e circular para pré molares inferiores.

5.3. Molares superiores

O acesso é feito através da superfície oclusal, a penetração inicial é feito no centro exatoda fossa principal mesial, com broca dirigida para o lado palatino, buscando a entrada do canal palatino com broca esférica de comprimento normal e em alta rotação compatível com tamanho da coroa dental, remove-se teto e o acabamento final e a divergência das paredes da cavidade é completada com brocas tronco-cônicas com ponta inativa (ENDO Z, 3080, 3081, 3082), a forma final da cavidade é triangular de base voltada para vestibular.

5.4. Molares inferiores

O acesso é feito através da superfície oclusal, a penetração é feita no centro do sulco principal, com a broca voltada para a direção distal, buscando a entrada do canal distal com broca esférica de comprimento normal e em alta rotação compatível com tamanho da coroa dental, remove-se teto, remove-se teto e o acabamento final e a divergência das paredes da cavidade é completada com brocas tronco-cônicas com ponta inativa (ENDO Z, 3080, 3081, 3082), a forma final da cavidade é trapezoidal, de base maior voltada para mesial ou retangular, refletindo a anatomia da câmara pulpar.

6. Isolamento absoluto no dente a ser tratado ou fenestrado em casos de fragilidade da coroa dental
7. Irrigação com solução de hipoclorito de sódio
 - 7.1.** Milton- hipoclorito de sódio a 1% - para biopulpectomia
 - 7.2.** Labarraque - hipoclorito de sódio a 2,5% - para necropulpectomia I ou II
 - 7.3.** Soda clorada - hipoclorito de sódio a 4- 5% - para necropulpectomia II

8. Instrumentação

8.1. Instrumentação manual

• Biopulpectomia

- Em molares realizar remoção interferência cervical com limas H ou de forma mecanizada com lima 23.09 Phantom ou 30.10 Prodesign S.
- Remoção da polpa no CTP – limas K compatíveis com diâmetro do conduto
- Odontometria eletrônica foraminal
- Odontometria radiográfica para definição do comprimento real do dente (CRD) e comprimento real de trabalho (CRT)
- Definição instrumento apical inicial (IAI)- limas K compatíveis com diâmetro do canal um milímetro aquém do comprimento real do dente (CRD)
- Definição do IAF no comprimento real do dente (CRD) para desbridamento foraminal
- Confecção do batente – IAI mais três instrumentos no CRT (limas K ou flexofile se houver curvatura) para identificação instrumento memória (IM)
- Repassar IAF no CRD
- Escalonamento regressivo com limas K de diâmetro crescente diminuindo um milímetro do CRT, repassando instrumento memória (IM) a cada troca de limas
- Repassar instrumento apical foraminal (IAF) no comprimento real do dente (CRD)
- Entre todas as trocas de lima, irrigação com Milton

• Necropulpectomia

- Descontaminação do conduto com limas de grande calibre descendo progressivamente até CTP
- Em casos de condutos atrésicos, descontaminar em terços com lima de pequeno calibre, aumentando frequência da irrigação até CTP
- Odontometria eletrônica foraminal
- Odontometria radiográfica para definição do comprimento real do dente (CRD) e comprimento real de trabalho (CRT)
- Definição instrumento apical inicial (IAI)- limas K compatíveis com diâmetro do canal um milímetro aquém do comprimento real do dente (CRD)
- Definição do IAF no comprimento real do dente (CRD) para desbridamento foraminal
- Confecção do batente – IAI mais três instrumentos no CRT (limas K ou flexofile se houver curvatura) para identificação instrumento memória (IM)
- Repassar instrumento apical foraminal (IAF) no comprimento real de trabalho (CRD)
- Escalonamento regressivo com limas K de diâmetro crescente diminuindo um milímetro do CRT, repassando instrumento memória a cada troca de limas
- Repassar instrumento apical foraminal (IAF) no comprimento real do dente (CRD)
- Entre todas as trocas de lima, irrigação com Labarraque ou soda clorada

8.2. Instrumentação mecanizada ProTaper Next (híbrida)

▪ Biopulpectomia

- Em molares realizar remoção interferência cervical com limas H ou de forma mecanizada com lima 23.09 Phantom ou 30.10 Prodesign S.
- Remoção da polpa no CTP – limas K compatíveis com diâmetro do conduto
- Odontometria eletrônica foraminal
- Odontometria radiográfica para definição do comprimento real do dente (CRD) e comprimento real de trabalho (CRT)
- Definição instrumento apical inicial (IAI)- limas K compatíveis com diâmetro do canal um milímetro aquém do comprimento real do dente (CRD)
- Definição do IAF no comprimento real do dente (CRD) para desbridamento foraminal
- Uso das limas do sistema mecanizado, intercalando com limas manuais (de acordo com calibre de canal):
 - lima manual kerr número 20
 - lima mecanizada Pro Taper Next X1
 - lima manual kerr número 25
 - lima mecanizada Pro Taper Next X2
 - lima manual kerr número 30
 - lima mecanizada Pro Taper Next X3
 - lima manual kerr números 35 e 40
 - lima mecanizada Pro Taper Next X4
 - lima manual kerr números 45 e 50
 - lima mecanizada Pro Taper Next X5, todas no comprimento real de trabalho (CRT)
 - Repassar instrumento apical foraminal (IAF) no comprimento real do dente (CRD)
- Entre todas as trocas de lima, irrigação com Milton

• Necropulpectomia

- Descontaminação do conduto em terços com lima de pequeno calibre, aumentando frequência da irrigação até CTP
- Odontometria eletrônica foraminal
- Odontometria radiográfica para definição do comprimento real do dente (CRD) e comprimento real de trabalho (CRT)
- Definição instrumento apical inicial (IAI)- limas K compatíveis com diâmetro do canal um milímetro aquém do comprimento real do dente (CRD)
- Definição do IAF no comprimento real do dente (CRD) para desbridamento foraminal
- Uso das limas do sistema mecanizado, intercalando com limas manuais (de acordo com calibre de canal):
 - lima manual kerr número 20
 - lima mecanizada Pro Taper Next X1
 - lima manual kerr número 25
 - lima mecanizada Pro Taper Next X2
 - lima manual kerr número 30

- lima mecanizada Pro Taper Next X3
 - lima manual kerr números 35 e 40
 - lima mecanizada Pro Taper Next X4
 - lima manual kerr números 45 e 50
 - lima mecanizada Pro Taper Next X5, todas no comprimento real de trabalho (CRT)
 - Repassar instrumento apical foraminal (IAF) no comprimento real do dente (CRD)
 - Entre todas as trocas de lima, irrigação com Labarraque
9. Secagem do canal com pontas suctoras e cones de papel absorvente esterilizados compatíveis com instrumento memória (IM)
 10. Ativação EDTA por três minutos com instrumento memória (IM) ou Easy Clean (3 minutos)
 11. Irrigação com a solução irrigadora utilizada no caso
 12. Colocação medicação intracanal
 - Otosporim em biopulpectomia – instrumentação **não** concluída
 - Formocresol em necropulpectomia I ou II– instrumentação **não** concluída
 - Pó Hx Cálcio + Soro ou Ultracal – biopulpectomia – instrumentação concluída
 - Pó Hx Cálcio + Soro ou Ultracal - necropulpectomia I ou II – instrumentação concluída
 13. Selamento com bolinha de algodão esterilizada na entrada do conduto e restauração provisória da cavidade
 14. Remoção do isolamento absoluto
 15. Avaliação oclusal
 16. Obturação (15 dias após em casos de necropulpectomia II, paciente tem que estar em silêncio clínico)
 - Isolamento absoluto
 - Remoção restaurador provisório
 - Remoção medicação intracanal com solução irrigadora selecionada e instrumento memória (IM)
 - Secagem do canal com pontas suctoras e cones de papel absorvente esterilizados compatíveis com instrumentos mecanizados (IM)
 - Ativação EDTA por três minutos com instrumento memória (IM)
 - Irrigação com a solução irrigadora utilizada no caso
 - Descontaminação cone gutapercha equivalente instrumento memória (IM) e acessórios – 3 minutos em solução de Labarraque ou soda clorada.
 - Radiografia de prova de cone - Conometria (convencional para instrumentação realizada com limas manuais ou cone único para instrumentação mecanizada)
 - Preparo cimento endodôntico até obtenção de massa lisa, homogênea e brilhante
 - Cone único ou Condensação lateral ativa – abrir espaço com espaçadores digitais e inserir cones degutapercha acessórios envolvidos no cimento endodôntico, compatíveis com diâmetro do conduto até preenchimento no limite cervical do dente.
 - Prova radiográfica da qualidade da obturação
 - Corte excesso de gutapercha até limite coroa anatômica
 - Limpeza cavidade com bolinha de algodão e álcool ou óleo de banana (depende do cimento utilizado)
 - Selamento cavidade com cimento de ionômero de vidro (não colocar algodão)
 - Remoção isolamento
 - Avaliação oclusal
 - Radiografia final
 - Encaminhamento para restauração definitiva

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO

- Remoção da guta percha com brocas Gates Glidden nos terços cervical e médio (partereta do canal)
- Penetração com limas tipo Kerr de maior calibre para menor calibre até o limite da obturação
- Utilização das limas tipo Hedstroen de menor para maior calibre até a completa remoção da guta percha
- Realizar instrumentação conforme protocolo de necropulpectomia II

OBS: Nos casos em que a obturação estiver bem condensada deve ser utilizado solvente (eucaliptol) como substância auxiliar.

PROTOCOLO OPERACIONAL - PERIODONTIA

DIAGNÓSTICO

Saúde periodontal

Profundidade de sondagem máxima de 3mm; sangramento gengival até 10% dos sítios; ausência de perda óssea radiográfica.

Gengivite

A. TIPO

Com periodonto saudável

Profundidade de sondagem máxima de 3mm; sangramento gengival em mais de 10% dos sítios; ausência de perda óssea radiográfica.

Com periodontite tratada

Profundidade de sondagem máxima de 4mm; sangramento gengival em mais de 10% dos sítios; perda óssea radiográfica. Observação: os locais com 4mm de profundidade de sondagem não devem ser os mesmos que apresentam sangramento.

B. EXTENSÃO

Localizada - Até 30% dos

sítios. Generalizada - Mais de 30% dos sítios.

Periodontite

Perda de inserção detectada em dois ou mais sítios interproximais não adjacentes **ou** perda de inserção maior ou igual a 3mm na vestibular ou lingual/palatina em pelo menos 2 dentes. Sem que seja em consequência de: recessão de origem traumática; cárie que se estende além da cervical do dente; na distal de um segundo molar, relacionada a presença ou remoção do terceiro molar; lesão endo-periodontal drenando pelo periodonto marginal; fratura radicular vertical.

A. COMPLEXIDADE

E (gravidade)

Estádios I, II, III

ou IV

B. EXTENSÃO

Localizada; generalizada ou padrão molar/incisivo.

	Estádio I	Estádio II	Estádio III	Estádio IV
Perda de Inserção Interproximal	1 - 2 mm	3 - 4 mm	≥ 5mm	≥ 5mm
Perda Óssea Radiográfica	< 15%	15% - 33%	Além do terço médio	Além do terço médio
Perda Dental			≤ 4 dentes perdidos	≥ 5 dentes perdidos
Sítio	PCS ≤ 4 mm Perda óssea Horizontal	PCS ≤ 5 mm Perda óssea Horizontal	PCS ≥ 6 mm Perda óssea Vertical ≤3 mm Furca Classe II ou III	Complexidade do estágio III + Necessidade de reabilitações complexas

(Adaptado de HOLZHAUSEN et al, 2019)

		Grau a	Grau b	Grau c
EVIDÊNCIA DIRETA	Perda óssea (Rx) ou Perda de inserção	Nenhuma perda em 5 anos	< 2mm em 5 anos	≥ 2mm em 5 anos
EVIDÊNCIA INDIRETA	% Perda óssea/idade	< 0.25	0.25 - 1.0	> 1.0
		↑ Biofilme ↓ Destruição	Biofilme / Destruição	↓ Biofilme ↑ Destruição
FATORES DE RISCO	Fumo	Não fumante	< 10 cigarros/dia	≥ 10 cigarros/dia
	Diabetes	Normoglicêmico	HbA1c < 7.0%	HbA1c > 7.0%

(Adaptado de HOLZHAUSEN et al, 2019)

TRATAMENTO

Tratamento clínico não cirúrgico (raspagem e alisamento radicular)

Instrumental clínico: Curetas de Gracey (Nº 5/6; 7/8; 11/12 e 13/14); Foices Monoanguladas (Nº 00 e 01); Pedra de afiar estéril; Taça de borracha; Seringa Carpule; Espelho com cabo; Pinça clínica; Contra ângulo e Micromotor. **Passo a passo clínico**

Raspagem é a instrumentação das superfícies coronárias e radiculares dos dentes para remover placa, cálculo e manchas dessas superfícies. Alisamento Radicular é o procedimento terapêutico que visa remover cimento ou dentina de superfície que esteja irregular, impregnado com cálculo, ou contaminado com toxinas ou mo.

Raspagem supragengival: Utilizar as Pontas de Morse (Foices) em superfícies interproximais de anteriores e curetas de Gracey: N°5/6: dentes anteriores; 7/8 dentes posteriores (faces vestibulares e lingual) 11/12 dentes posteriores (faces mesiais) e 13/14 dentes posteriores (faces distais).

Raspagem subgengival: utilizar apenas as curetas de Gracey (mesmas faces indicadas para supragengival) sempre sob anestesia local. Não é utilizada anestesia muito próxima de papilas e margem gengival, para evitar necrose e retração de tecidos. Utilização da sonda exploradora: para verificar a localização dos depósitos de cálculo e a morfologia dos dentes que serão raspados. Raspagem propriamente dita: se possível iniciar a raspagem de posterior para anterior, evitando que o sangue escorra sobre as superfícies dos dentes anteriores.

Movimentos de raspagem: Tração (vertical, horizontal e oblíquo). Os movimentos devem

ser curtos e contínuos, descrevendo um zigzague pela superfície raspada, iniciando-se de forma a colocar o instrumento no fundo da bolsa. O movimento deve ser feito através de punho e braço, e não somente de dedos.

Apoio digital: Para que a superfície seja efetivamente raspada, além do corte, angulação e movimento, o operador deverá estar com a mão apoiada o mais próximo possível ao dente a ser raspado. O apoio pode ser feito no próprio dente. Os dedos mais utilizados para o apoio são o médio e o anular. Isso facilita a penetração da parte ativa do instrumento no interior da bolsa e evita o escape do instrumento, causando danos aos tecidos, sangramento sem necessidade e dor desnecessária no pós-operatório. Ótima iluminação da área. Controle apropriado da hemorragia e eliminação dos resíduos. Acesso suave e cuidadoso evitando dilaceração gengival.

Empunhadura correta e segura do instrumento, de preferência a empunhadura de caneta modificada.

Utilização do Ultrassom: Justificado nos casos de muito cálculo supragengival no sentido de otimização do tempo do profissional e paciente. Sempre como primeira abordagem, seguido do uso de curetas.

Divisão da boca em quadrantes: deve-se iniciar a raspagem pelo quadrante em pior situação para que possamos acompanhar a evolução do caso na sequência do tratamento. Dependendo da habilidade do operador e da gravidade do caso, podemos dividir a boca em sextantes, ou realizar as sessões incluindo um número menor de dentes. Assepsia do operador e do paciente. Recomenda-se iniciar a raspagem pelos sextantes labiais. usar a sonda exploradora para verificar se realmente conseguimos deixar as superfícies radiculares lisas e duras.

Polimento: que deverá ser feito após a raspagem de todos os quadrantes.

Polimento Corono Radicular: Tem por objetivo abrandar ranhuras provocadas durante a instrumentação, tornando as superfícies dentárias lisas e polidas. Com isto remove-se fatores de retenção de placa bacteriana. O polimento poderá ser realizado através de pastas com substâncias abrasivas (pedra pomes) empregadas diretamente sobre as superfícies dentárias através de taças e discos de borracha e escovas de Robson. Recomendamos que o polimento fosse feito sete dias aproximadamente após a raspagem, nos casos em que houver muito sangramento ou dilaceração radicular. Nos espaços interproximais podemos utilizamos as tiras de lixa de polimento, impregnadas com pastas de polimento.

Cirurgia para aumento de coroa clínica: (Por solicitação da dentística ou endodontia)

Instrumental clínico: Lâmina 15c; Sonda periodontal milimetrada; Curetas de Gracey (nº 5/6; 7/8; 11/12 e 13/14); Pedra de afiar estéril; Espelho com cabo; Pinça clínica; Seringa carpule; Cabo de bisturi; Descolador ou sindesmótomo; sonda Nabers; jogo de curetas Goldman-Fox nº 2 3 4; gengivótomos de Kirkland e de Orban; jogo de cinzéis de Ochsenbein nº 1 2 3 4; Cinzel de Wedelstaed reto; Lima Sugarman nº 1s 2s; tesoura cirúrgica Goldman-Fox; lamina serrilhada 2,5cm; tesoura reta ou curva de bico fino; pinça Íris com dente de rato curva; seringa descartável para irrigação 20cc; cuba de inox para

soro; sugador cirúrgico estéril; porta-agulhas Castro- Viejo pequeno; espátula nº36 ou 24; espátula Holleback; pote Dappen; brocas diamantadas.

Passo a passo clínico: Exame clínico, radiográfico, pré-operatório; Anestesia; Incisão em bisel interno (intra- sular); excisão - colarinho (bisturis periodontais); Afastamento dos retalhos espessura total (descolador de Perióstio); Remoção de tecido fibroso e granulomatoso aderido (curetas, tesouras); Raspagem e alisamento radiculares (raspadores e curetas); Sondagem até crista óssea (mínimo de 3 a 4mm entre crista óssea e término cervical do preparo); Remoção do tecido ósseo (brocas, cinzéis e limas para osso); Sondagem preparo/cárie ao topo da crista óssea; Sutura; Curativo/Cimento cirúrgico; Controle pós operatório (clorexidina, analgésicos).

PROTOCOLO OPERACIONAL – PRÓTESE FIXA E COROA UNITÁRIA

1. CONFECÇÃO DE PROVISÓRIOS

- 1.1. Obtenção do tamanho, forma e cor do elemento.
- 1.2. Aquisição do dente de estoque.
- 1.3. Desobturação do canal, para retenção radicular, quando necessário.
- 1.4. Preparo do elemento dentário, conforme o material de escolha para a restauração final.
- 1.5. Preparo do dente de estoque
- 1.6. Isolamento do preparo com isolante a base de água.
- 1.7. Estabilização sobre o preparo.
- 1.8. Delineamento do término com lápis grafite.
- 1.9. Remoção de excessos e polimento final.
- 1.10. Cimentação provisória com cimento provisório.

2. NÚCLEOS E PINOS

- 2.1. Remoção do provisório.
- 2.2. Instalação de pino ou núcleo metálico fundido conforme protocolo de núcleos e pinos.
- 2.3. Reembasamento do provisório.
- 2.4. Cimentação do provisório.

3. MOLDAGEM FUNCIONAL

- 3.1. Remoção do provisório.
- 3.2. Inserção de fio retrator compatível com o tamanho do sulco com espátula de inserção fina.
- 3.3. Moldagem com silicone de adição pesado, e uso de moldeiras de estoque.
- 3.4. Realização de alívio no molde pesado para o uso do material leve.
- 3.5. Remoção do fio retrator e aplicação do silicone de adição leve na região do sulco gengival e posicionamento do molde pesado aliviado com inserção de material leve também sobre o molde e inserção na boca.

- 3.6. Remoção do molde após 3min15s e conferência se houve reprodução fiel das áreas de interesse.
- 3.7. Moldagem da arcada antagonista com alginato e moldeiras de estoque.
- 3.8. Registro de mordida com 2 lâminas de cera 7 em formato de ferradura.
- 3.9. Vazamento do molde de silicone com gesso especial tipo IV.
- 3.10. Vazamento do modelo antagonista com gesso pedra tipo III.
- 3.11. Seleção da cor do elemento.
- 3.12. Cimentação do provisório.
- 3.13. Envio ao laboratório.

4. PROVA DA INFRAESTRUTURA METÁLICA (EXCLUSIVA PARA MATERIAL DE ESCOLHA METALOCERÂMICA)

- 4.1. Remoção do provisório.
- 4.2. Limpeza do preparo.
- 4.3. Inserção da infraestrutura metálica.
 - 4.3.1. Avaliar a adaptação de todo o término do elemento
 - 4.3.2. Avaliar o espaço interoclusal para saber se existe espaço para o material de cobertura.
- 4.4. Cimentação do provisório
- 4.5. Envio ao laboratório

5. INSTALAÇÃO DA PRÓTESE

- 5.1. Remoção do provisório.
- 5.2. Limpeza do preparo.
- 5.3. Posicionamento da prótese
- 5.4. Ajuste dos pontos de contato da prótese.
- 5.5. Ajuste oclusal.
- 5.6. Polimento mecânico da cerâmica.
- 5.7. Cimentação de acordo o material protético.
 - 5.7.1. Em caso de prótese metalocerâmica, cimentar com cimento de fosfato de zinco.
 - 5.7.2. Em caso de prótese de cerômero ou dissilicato de lítio, utilizar cimentos resinosos duais.

PROTOCOLO OPERACIONAL – PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL

1. MOLDAGEM ANATÔMICA (ETAPA CLÍNICA)

- 1.1. A moldagem deve ser realizada em ambas as arcadas, utilizando moldeiras de estoque individualizadas com cera nas bordas, o material de escolha será o alginato.
- 1.2. Vazamento do modelo deve ser realizado com gesso pedra tipo III seguindo a proporção água/pó recomendada pelo fabricante.

2. PLANEJAMENTO, DELINEAMENTO E DESENHO DA INFRAESTRUTURA (ETAPA LABORATORIAL)

- 2.1. Para esta etapa serão utilizados os modelos obtidos na etapa anterior e o

delineador.

- 2.1.1. Determinar os planos guias de inserção da prótese.
- 2.1.2. Determinar a localização e distribuição dos apoios oclusais sobre os pilares.
- 2.1.3. Selecionar os retentores.
- 2.1.4. Determinar a localização dos conectores maiores e menores.
- 2.1.5. Determinar o formato e posição das selas.
- 2.1.6. Desenho final da infraestrutura.

3. PREPARO DE BOCA E MOLDAGEM FUNCIONAL (ETAPA CLÍNICA)

- 3.1.1. Realizar as modificações anatômicas necessárias.
- 3.1.2. Estabelecer os planos guias planejados na etapa anterior.
- 3.1.3. Confeção dos nichos.
- 3.1.4. Confeção de áreas de retentivas, quando planejado.
- 3.1.5. Moldagem funcional com moldeiras de estoque individualizadas e alginato.
- 3.1.6. Vazamento do modelo com gesso especial tipo IV.
- 3.1.7. Envio ao laboratório.

4. PROVA E AJUSTE DA INFRAESTRUTURA METÁLICA E REGISTROS INTEROCUSAIS. (ETAPA CLÍNICA)

- 4.1.1. Adaptação da infraestrutura na boca do paciente.
- 4.1.2. Ajuste da infraestrutura com pedra montada em peça reta.
 - 4.1.2.1. Avaliar inserção e retenção da prótese.
 - 4.1.2.2. Avaliar as interferências oclusais da prótese.
 - 4.1.2.3. Avaliar a possível presença de áreas cortantes ou pontiagudas na infraestrutura.
- 4.1.3. Tomada de registro através de planos de cera sobre as selas da infraestrutura.
- 4.1.4. Tomada de cor dos dentes e gengiva utilizando as escolas indicadas.
- 4.1.5. Envio ao laboratório.

5. PROVA DOS DENTES (ETAPA CLÍNICA)

- 5.1. Avaliação das posições dentárias, da oclusão, da estética e fonética com a prótese.
- 5.2. Envio ao laboratório.

6. AJUSTES FINAIS E INSTALAÇÃO DA PRÓTESE (ETAPA CLÍNICA)

- 6.1. Instalação da prótese em boca.
- 6.2. Refinamento e ajuste das selas acrílicas.
- 6.3. Ajuste oclusais dos dentes da prótese.
 - 6.3.1. Orientação sobre manutenção e higienização da prótese..

PROTOCOLO OPERACIONAL – PRÓTESE TOTAL

CONSULTA INICIAL - Anamnese, exame clínico e radiográfico

Avaliar tipo de arco, de rebordo e de mucosa, freios, bridas, defeitos ósseos, alterações patológicas e perfil psicológico do paciente.

SEGUNDA CONSULTA - MOLDAGEM ANATÔMICA E VAZAMENTO DO MODELO DE ESTUDO

1. Seleção da moldeira perfurada
2. Individualização com cera utilidade (algodão)
3. Carregamento da moldeira com alginato e moldagem
4. Obtenção do molde anatômico

PASSO LABORATORIAL 1 - Obtenção Modelo Anatômico

1. Vazamento do molde (gesso pedra tipo III)
2. Confecção dos alívios (cera7) nas áreas retentivas do modelo
3. Pincelar modelo c/ isolante para resina acrílica em toda região da área basal

PASSO LABORATORIAL 2 - Confecção da Moldeira Individual Acrílica

1. Colocar dois stops (cera 7) nas extremidades de uma placa de vidro
2. Pincelar duas placas de vidro com vaselina sólida
3. Misturar líquido e pó acrílico (incolor) no pote Palaton (usando seus medidores)
4. Prensar a mistura entre duas placas de vidro
5. Adaptar a lâmina de resina sobre o modelo, remover excesso com le cron (2mm aquém do fundo de vestibulo) e aguarda a polimerização da mesma
6. Confecção do cabo e dois stops na região dos pré-molares
7. Acabamento com a broca de Tungstênio

TERCEIRA CONSULTA - MOLDAGEM FINAL FUNCIONAL

1. Vedamento periférico (godiva de baixa fusão – em bastão) Plastificar a godiva em lamparina (chama direcionada-Hanau)
Aplicar na borda da moldeira por etapas deixando a godiva com aspecto liso e fosco
2. Carregar com pasta de óxido de zinco e eugenol ou silicone, cobrindo toda a borda da moldeira individual
3. Levantar o conjunto à boca (lábios previamente vaselinado) fazendo certa compressão sobre o rebordo e tracionamento dos lábios e bochechas.
Lembrando que o cabo da moldeira deve ficar paralelo à linha média.
4. Aguardar a presa final e remoção do molde da boca

PASSO LABORATORIAL 3 - Obtenção Modelo Funcional ou de Trabalho

1. Preparo do molde- confecção do Encaixotamento: dicagem (cera utilidade) + muralha (cera 7)
2. Vazamento do molde com gesso pedra especial tipo IV

PASSO LABORATORIAL 4 - Confecção do Plano de Orientação

1. Confecção da placa base (resina acrílica) sobre o modelo de trabalho

QUARTA CONSULTA - AJUSTE DO PLANO DE ORIENTAÇÃO

1. Plano de cera superior obedecendo a curvatura de Spee, inclinação anterior e 75º, altura anterior de 20mm e posterior de 5mm, plano de Camper e linha bipupilar (esquadro de Fox), curvatura acompanhando a borda do lábio inferior quando sorri

2. Registro maxilomandibular
3. Plano de cera inferior de acordo com o superior, com a devida DVO (dimensão vertical de oclusão) tomada com o compasso de Wills e RC (relação cêntrica), corredor bucal, linha alta do sorriso, linha média, linha distal de canino
4. Fixação dos planos de orientação

PASSO LABORATORIAL 5 - ESCOLHA DOS DENTES COR, TAMANHO E FORMATO

ENVIAR PARA O LABORATÓRIO - Montagem de dentes

QUINTA CONSULTA - Prova com dentes montados em cera

1. Oclusão (MIH e Guias)
2. Estética

ENVIAR PARA O LABORATÓRIO – Acrilização

SEXTA CONSULTA - Ajuste e entrega da prótese

1. Ajustes oclusais
2. Orientação de higiene

PROTOCOLO OPERACIONAL – PRÓTESE TOTAL

RESTAURAÇÕES RESINA COMPOSTA

1. Antissepsia
2. Anestesia
3. Profilaxia (taça de borracha - superfícies lisas | escova de Robson – superfícies oclusais)
4. Seleção de cor (não utilizar escala Vitta)
5. Isolamento absoluto de acordo com a situação clínica (nunca isolamento unitário)
6. Preparo cavitário
 - 6.1 Acesso cavitário – alta rotação carbide ou ponta diamantada
 - 6.2 Remoção de tecido cariado – baixa rotação (brocas carbide para baixa rotação – sem adaptador) e/ou colher de dentina
 - 6.3 Acabamento das margens – alta rotação com pontas diamantadas
7. Limpeza da cavidade – jato de água/ar e secagem
8. Proteção do complexo dentino-pulpar
 - 8.1. Cavidades rasas e médias – hibridização (de acordo com o protocolo de sistema adesivo)
 - 8.2. Cavidades profundas – CIV para forramento e hibridização (de acordo com o protocolo de sistema adesivo)
 - 8.3. Cavidades muito profundas – Cimento de CaOH + CIV forramento +

hibridização (de acordo com o protocolo de sistema adesivo)

CONSIDERAR:

*Tipo de substrato

Esclerosada –somente hibridização independente da profundidade

* Idade do paciente – analisar sempre através de radiografia interproximal

9. Tratamento de substrato (esmalte e dentina)

9.1 Cavidades convencionais (Classe I, II, III e IV) – sistema adesivo convencional de dois passos:

* ácido fosfórico 37% por 30s em esmalte e 15s em dentina; lavagem spray água/ar por 60 segundos; secagem do esmalte com ar e dentina protegida e dentina com filtro de papel

* aplicação do sistema adesivo (primer e adesivo em frasco único) de acordo com o fabricante

Em caso de dúvida – aplicar 1a camada ativamente (fricção com microaplicadores descartáveis) por 10s, evaporar com jato de ar por 5s numa distância 10cm, aplicar 2a camada passivamente e aguardar 10s para evaporação do solvente, fotopolimerização por 20s.

9.2 Lesões Cervicais Não Cariosas (LCNC) – sistema adesivo universal com condicionamento seletivo de esmalte:

* ácido fosfórico 37% por 30 segundos somente em esmalte

* Aplicação do sistema adesivo universal em esmalte e dentina de acordo com a recomendação do fabricante

AMBAR UNIVERSAL - 1a camada ativa por 20 segundos, 2a camada passiva e aguarda evaporação por 10 segundos e fotopolimerização por 20 segundos.

10. Restauração através de Técnica Estratificada (camadas de dentina e esmalte) e incremental (incrementos de no máximo 2 mm, tocando em no máximo duas paredes não opostas – parede de fundo + parede circundante, fotopolimerização de cada incremento por 40 segundos)

11. Acabamento imediato – na mesma sessão (lâminas de bisturi n0 12 e 15 com cabo, brocas multilaminadas para resina composta pontas diamantadas para acabamento, borrachas de silicone e discos de lixa)

12. Polimento – sessão seguinte (pontas de carbeto de silício, disco de feltro/pelo de cabra com pastas diamantadas para polimento de resina composta)

OBS:

- Obrigatório uso de sistemas de matriz metálica e cunha para cavidades classe II
- Obrigatório uso de tiras de poliéster/fitas de teflon para proteção do dente vizinho em cavidades classe III e IV antes da hibridização.

PINOS DE FIBRA DE VIDRO (PFV) – TÉCNICA DIRETA CIMENTAÇÃO COM CIMENTO RESINOSO DUAL CONVENCIONAL

Condicionamento ácido total + adesivo

01. Seleção do PFV

02. Desobturação do conduto

03. Radiografia para verificação da desobturação

04. Radiografia da prova do PFV

05. TRATAMENTO DO PFV

5.1 Corte do PFV (2mm abaixo da borda incisal ou plano oclusal) com ponta diamantada em alta rotação sob refrigeração – esta etapa pode ser realizada após a cimentação *

5.2 Limpeza do PFV com álcool 70% ou ácido fosfórico 37%

5.3 Aplicação de silano, aguardar 1 minuto

5.4 Aplicação do adesivo, espalhar com jato de ar e fotopolimerização (opcional) por 20 segundos

06. TRATAMENTO DO CONDUTO

6.1 Aplicação de ácido fosfórico 37% por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina

6.2 Lavagem com spray água/ar e secagem do conduto com pontas de papel absorvente

6.3 Aplicação do adesivo com microaplicadores de haste longa em 2 camadas

6.4 Remoção de possíveis excessos com pontas de papel absorvente e fotopolimerização pelo dobro do tempo (40 segundos)

07. Manipulação e aplicação do cimento resinoso dual (PFV e Conduto)

08. Inserção do PFV no conduto

09. Remoção de excessos e fotopolimerização por 40 segundos

10. Realização da restauração direta/confecção de núcleo - *caso o corte do PFV tenha sido realizado após a cimentação as etapas de ácido e adesivo devem ser refeitas.

CONDICIONAMENTO SELETIVO DE ESMALTE + ADESIVO UNIVERSAL

01. Seleção do PFV

02. Desobturação do conduto

03. Radiografia para verificação da desobturação

04. Radiografia da prova do PFV

05. TRATAMENTO DO PFV

5.1 Corte do PFV (2mm abaixo da borda incisal ou plano oclusal) com ponta diamantada em alta rotação sob refrigeração – esta etapa pode ser realizada após a cimentação *

5.2 Limpeza do PFV com álcool 70% ou ácido fosfórico 37%

5.3 Aplicação de silano, aguardar 1 minuto

5.4 Aplicação do adesivo, fotopolimerização (opcional) por 20 segundos

06. TRATAMENTO DO CONDUTO

- 6.1 Aplicação de ácido fosfórico 37% por 30 segundos somente em esmalte
- 6.2 Lavagem com spray água/ar e secagem do conduto com pontas de papel absorvente
- 6.3 Aplicação do adesivo Universal com microaplicadores de haste longa em 2 camadas
- 6.4 Remoção de possíveis excessos com pontas de papel absorvente e fotopolimerização pelo dobro do tempo (40 segundos)

07. Manipulação e aplicação do cimento resinoso dual (PFV e Conduto)

08. Inserção do PFV no conduto

09. Remoção de excessos e fotopolimerização por 40 segundos

10. Realização da restauração direta/confecção de núcleo - *caso o corte do PFV tenha sido realizado após a cimentação as etapas de ácido e adesivo devem ser refeitas.

PINOS DE FIBRA DE VIDRO (PFV) – TÉCNICA MODELADA OU ANATÔMICA

Condicionamento seletivo de esmalte + adesivo universal

01. Seleção do PFV

02. Desobturação do conduto, deixando expansivo

03. Radiografia para verificação da desobturação

04. Radiografia da prova do PFV

05. Aplicação de isolante a base de água e glicerina no interior do conduto (KY gel ou similar)

06. TRATAMENTO DO PFV

- 6.1 Limpeza do PFV com álcool 70% ou ácido fosfórico 37%
- 6.2 Aplicação de silano, aguardar 1 minuto
- 6.3 Aplicação do adesivo, fotopolimerização por 20 segundos – etapa obrigatória
- 6.4 Aplicação de resina composta ao longo do PFV e levar ao conduto (sem fotopolimerização)
- 6.5 Fotopolimerização do PFV+Resina composta no interior do conduto por 5 segundos e remoção imediata do conduto – repetir esta etapa 4X
- 6.6 Fotopolimerização do PFV por 40 segundos fora do conduto
- 6.7 Checar presença de irregularidades / áreas de retenção – criar referência para inserção do PFV modelado na posição adequada
- 6.8 Corte do PFV (2mm abaixo da borda incisal ou plano oclusal) com ponta diamantada em alta rotação sob refrigeração – esta etapa pode ser realizada após a cimentação *
- 6.9 Aplicação de ácido fosfórico sobre o PFV modelado seguida de lavagem
- 6.10 Aplicação de adesivo (Convencional ou Universal) e fotoativação

07. TRATAMENTO DO CONDUTO

- 7.1 Aplicação de ácido fosfórico 37% por 30 segundos somente em esmalte
- 7.2 Lavagem com spray água/ar e secagem do conduto com pontas de papel absorvente
- 7.3 Aplicação do adesivo Universal com microaplicadores de haste longa em 2 camadas

7.4 Remoção de possíveis excessos com pontas de papel absorvente e fotopolimerização pelo dobro do tempo (40 segundos)

08. Manipulação e aplicação do cimento resinoso dual (PFV e Conduto)

09. Inserção do PFV no conduto

10. Remoção de excessos e fotopolimerização por 40 segundos

11. Realização da restauração direta/confecção de núcleo - *caso o corte do PFV tenha sido realizado após a cimentação as etapas de ácido e adesivo devem ser refeitas.