

UMC

Universidade de
Mogi das cruzes



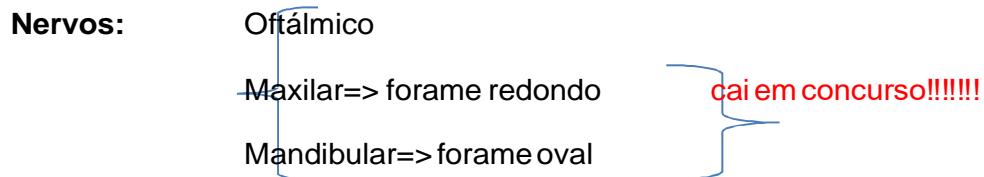
APOSTILA DE CIRURGIA

ODONTOLOGIA
CIRURGIA
JONATHAN CARDOSO

Jonathan Cardoso

O NERVO TRIGÊMEO (V)

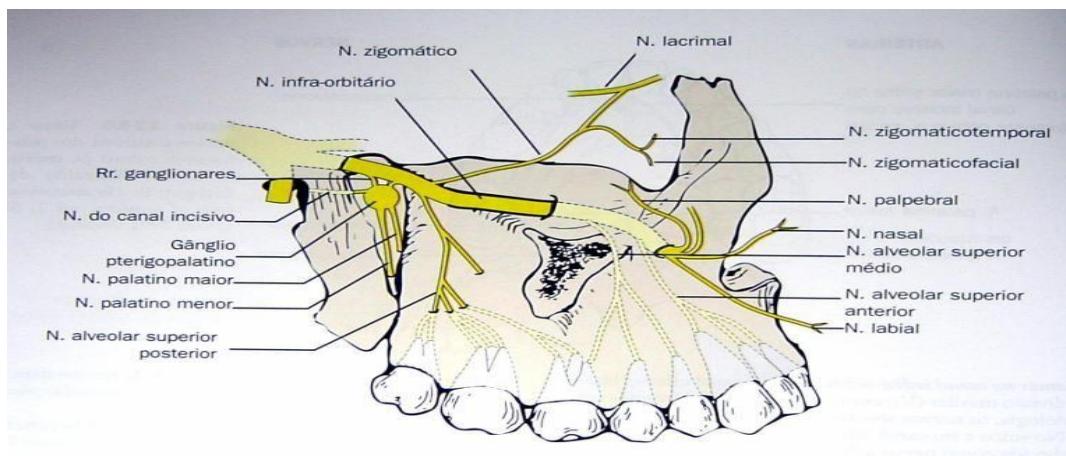
É assim denominado por possuir três ramos calibrosos distribuídos por áreas extensas da face, tanto superficiais como profundas.



Gânglio Trigeminal=> É a maior massa ganglionar do nosso corpo. É o único gânglio localizado no interior do crânio, protegido por um recesso formado por uma camada dupla de dura-máter, além de pia-máter e aracnoide.

O gânglio trigeminal=> Localiza-se na fossa média do crânio, alojado em uma depressão encontrada próximo ao ápice da parte petrosa do osso temporal, chamada impressão trigeminal.

No gânglio trigeminal=> Encontram-se os neurônios responsáveis pela sensibilidade exteroceptiva (dor, temperatura, tato e pressão) da maioria das estruturas da face e sensibilidade proprioceptiva, advinda da articulação temporomandibular.



Semiologia

Semiologia: estudo dos sinais e sintomas. **Sintoma:** manifestação subjetiva.

Sinal: manifestação objetiva.

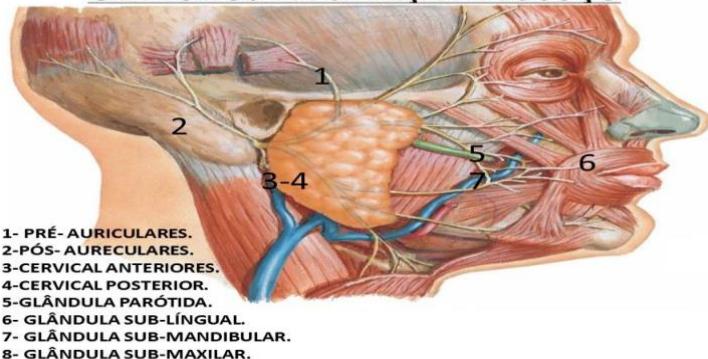
Sinal patognomônico: exclusivo de uma doença e indica de maneira absoluta sua existência, especificando-lhe o diagnóstico.

Quadro clínico ou sintomatologia: é o conjunto de sinais e sintomas. **Síndrome:** conjunto de sinais e sintomas comuns a uma determinada doença.

Pródromo: conjunto de sintomas que antecedem o surgimento do quadro clínico de uma doença.

Semiotécnica (manobras de diagnóstico): técnica de colheita dos sinais e sintomas.

**EXAMES GLOBAL DAS CADEIAS DOS
GLÂNGLIOS DA CABEÇA E PESCOÇO**



Inspeção: visão a olho nu.

Palpação: tato ou compressão. **Percursão:** batidas (ato de percutir).

Auscultação: ouvir sons ou ruídos produzidos no organismo. **Propedêutica**

clínica: interpretação dos dados da semiotécnica.

Diagnóstico: identificação e conhecimento da doença através da observação de seus sinais e sintomas.

Prognóstico: conhecimento sobre a evolução da doença.

Tratamento ou terapêutica: conjunto de medidas utilizadas para resolução da doença ou agravo.

Proservação: período após o tratamento em que o paciente é acompanhado.

Anamnese

Identificação: nome, idade (data de nascimento), sexo, raça, estado civil, procedência, endereço, profissão. **Documentação!**

Queixa principal: razão principal da visita do paciente. Características: sucinta, com as palavras do paciente. Pode incluir: dor, ferida, queimação, sangramento, amolecimento de dentes, distúrbios de erupção dos dentes, boca seca ou excesso de saliva, inchaço, gosto ruim, mau hálito, dormência, estética, dificuldade para falar, dificuldade para mastigar, e outras.

História da doença atual: história da queixa principal, desde seu início, fatos modificadores, tratamentos já realizados, até o momento do exame. Pode incluir: início, duração, intensidade, alívio ou agravamento, o que o paciente tentou fazer para tratar, fatos ou situações que o paciente relaciona ao início da doença.

História pregressa: toda a história de saúde do paciente. História médica: doenças agudas ou crônicas, internações, cirurgias, uso de medicação, alergias, gestação, tabagismo, alcoolismo, e outros hábitos. História odontológica: tratamentos realizados, uso prévio de anestesia local, cicatrização de feridas bucais, sangramentos, doenças recorrentes (herpes, aftas), hábitos de higiene e outros hábitos bucais.

História familiar: distúrbios de saúde de ascendentes ou descendentes do paciente, história de contatos no convívio sócio familiar com pacientes doentes.

Exame físico geral: estado geral do paciente (BEG, debilitado), biótipo, marcha, postura, palidez, cianose, icterícia, tumefações visíveis, pressão arterial, frequência cardíaca, regularidade e força do pulso, fáscies.

Exame físico loco-regional:

Extrabucal: face, olhos, nariz, ouvido, pescoço, linfonodos, musculatura cervico-facial.

Intrabucal: pele e semimucosa dos lábios, mucosas labial, alveolar, jugal, soalho bucal, ventre da língua, dorso e bordas laterais da língua, gengiva e rebordo alveolar, palato duro, palato mole e pilares tonsilares, orofaringe. (BORAKS, 2011)

Resolução 29/02 e 43/02 do CFO → cirurgião dentista que está na área cirúrgica pode realizar requisição de exames, desde que contribuam para o diagnóstico ou tratamento proposto para o paciente. Ex: se há desconfiança de que o paciente é soropositivo, pode-se solicitar o exame sem problemas.

Como será feito: Receituário próprio ou impressos fornecidos pelos laboratórios (carimbo e assinatura de quem está requisitando).

Exemplo de Hemogramas

Solicito ao paciente *Helinaldo Corrêa da Conceição* os seguintes exames laboratoriais pré-operatórios:

- 1- Hemograma completo; 2- Exames de coagulação; 3- Glicemia;
- 4- Uréia e creatinina; 5- Urina.

Hemograma completo

A. Contagem de hemácias e índices hematimétricos

Este teste, também chamado de contagem de eritrócitos, é parte de uma contagem completa de sangue. É também usado para detectar a quantidade de hemácias em um microlitro (milímetro cúbico) de sangue total. Os índices hematimétricos fornecem importantes informações sobre o tamanho, concentração de hemoglobina e peso da hemoglobina de uma hemácia média.

Objetivos

- Fornecer dados para o cálculo do volume corpuscular médio e da hemoglobina corpuscular média, que revelam o tamanho da hemácia e o conteúdo de hemoglobina.
- Dar suporte a outros testes hematológicos para o diagnóstico ou monitoração de anemia ou policitemia.
- Auxiliar no diagnóstico e classificação das anemias.

Preparação do paciente

Jejum de 4 horas. **Valores de**

referência

Método: automatizado com eventual estudo morfológico em esfregaços corados.

Os valores normais de hemácias variam, dependendo do tipo de amostra e da idade e sexo do paciente, da seguinte maneira:

Homens adultos: 4,6 a 6,2 milhões de hemácias/ml de sangue venoso

Mulheres adultas: 4,2 a 5,4 milhões de hemácias/ml de sangue venoso

Crianças: 3,8 a 5,5 milhões de hemácias/ml de sangue venoso

Bebês a termo: 4,4 a 5,8 milhões de hemácias/ml de sangue capilar ao nascimento, diminuindo para 3,8 milhões de hemácias/ml na idade de 2 meses, e aumentando lentamente daí em diante.

Os índices hematimétricos testados incluem volume corpuscular médio (VCM), hemoglobina corpuscular média (HCM) e concentração de hemoglobina corpuscular média (CHCM).

VCM: 84 a 99mm³. HCM: 26 a

32 pg.

CHCM: 31 a 36 g/dl. **Achados**

anormais

Uma contagem elevada de hemácias pode indicar policitemia absoluta ou relativa. Uma contagem deprimida de hemácias pode indicar anemia, sobrecarga de líquido ou hemorragia além de 24 horas. Teste adicionais, como, por exemplo, exame de célula colorida, hematócritos, hemoglobina, índices hematimétricos e estudos de glóbulos brancos são necessários para confirmar o diagnóstico.

Baixos VCM e CHCM indicam anemias microcíticas hipocrônicas causadas por anemia por deficiência de ferro, anemia sideroblástica ou talassemia. Um VCM alto sugere anemias macrocíticas causadas por anemias megaloblásticas, devido à deficiência de ácido fólico ou vitamina B 12, desordens congênitas de DNA ou reticulocitose. Em razão do VCM refletir volume médio de muitas células, um valor dentro da faixa normal pode ocorrer em pacientes cujo tamanho de glóbulos vermelhos varia, e inclui células microcíticas e macrocíticas.

B.Hemoglobina Total

Este teste é usado para medir a quantidade de hemoglobina (Hb) encontrada em um decilitro (100 ml) de sangue total. Usualmente ele é parte de um hemograma completo.

A concentração de hemoglobina correlaciona-se estreitamente com a contagem de hemácias.

Objetivos

- Medir a gravidade de anemia ou policitemia e monitorar a resposta à terapia.

- Obter dados para o cálculo da hemoglobina corpuscular média e concentração de hemoglobina corpuscular média.

Valores de referência Método:

automatizado

As concentrações de Hb variam, dependendo do tipo de amostra retirada (amostras de sangue capilar para bebês e amostras de sangue venoso para todos os demais) e da idade e sexo do paciente, da seguinte maneira:

Recém-nascidos: 14 a 20 g/dl

1 semana de idade: 15 a 23 g/dl

6 meses de idade: 11 a 14 g/dl

Crianças de 6 meses a 18 anos: 12 a 16 g/dl

Homens: 14 a 18 g/dl

Mulheres: 12 a 16 g/dl. **Achados**

anormais

Baixas concentrações de Hb podem indicar anemia, hemorragia recente ou retenção de líquido causando hemodiluição.

Hb elevada sugere hemoconcentração originária de policitemia ou desidratação.

C.Hematórito

O exame de hematórito (Ht) pode ser efetuado separadamente ou como parte de um hemograma completo. Ele mede a porcentagem por volume de hemácias contidas em uma amostra de sangue total – por exemplo, 40% de Ht indica 40 ml de hemácias contidas em uma amostra de 100ml. Essa concentração é obtida centrifugando-se o sangue total anti-coagulado em um tubo capilar, de forma que as hemácias sejam firmemente concentradas sem hemólise.

Objetivos

- Auxiliar no diagnóstico de policitemia, anemia ou estados anormais de hidratação.
- Auxiliar no cálculo de dois índices de hemácias: VCM e CHCM **Valores de referência**

Método: automatizado.

O Ht é normalmente medido eletronicamente. Os resultados são até 3% mais baixos do que

as medições manuais, que aprisionam o plasma na coluna de hemácias concentradas. Os valores de referência variam dependendo do tipo de amostra, do laboratório que estiver efetuando o teste e do sexo e idade do paciente, como segue:

Recém-nascidos: 42% a 60% de Ht

1 semana de idade: 47% a 65% de Ht

6 meses de idade: 33% a 39% de Ht

Crianças de 6 meses a 18 anos: 35% a 45% de Ht

Homens: 42% a 54% de Ht

Mulheres: 36% a 46% de Ht. **Achados**

anormais

Um Ht baixo sugere anemia, hemodiluição ou uma perda maciça de sangue. Um Ht alto indica policitemia ou hemoconcentração devido à perda sanguínea ou desidratação.

D.Contagem de Leucócitos

Uma contagem de glóbulos brancos, também chamada de contagem de leucócitos, é parte de uma contagem completa de sangue. Ela indica a quantidade de leucócitos em um microlitro (milímetro cúbico) de sangue total. As contagens de leucócitos podem variar até em 2.000, em qualquer dia em particular, em função de exercício desgastante, tensão ou digestão. A contagem de leucócitos pode aumentar ou diminuir significativamente em determinadas doenças, porém é diagnosticamente útil somente quando o diferencial de glóbulos brancos e o estado clínico do paciente são levados em consideração.

Objetivos

- Determinar infecção ou inflamação.
- Determinar a necessidade de testes adicionais, como, por exemplo, o diferencial de leucócitos ou a biópsia de medula óssea.
- Monitorar a resposta à quimioterapia, radioterapia ou outros tipos de terapia. **Valores de referência**

Método: automatizado, com eventual estudo morfológico em esfregaços corados. A contagem de leucócitos varia de 4.000 a 10.000/ml.

Achados anormais

Uma contagem elevada de leucócitos (leucocitose) com freqüência assinala uma infecção, como, por exemplo, um abscesso, meningite, apendicite ou amigdalite. Uma contagem alta de leucócitos pode também resultar de leucemia e necrose tecidual devido à queimaduras,

infarto do miocárdio ou gangrena.

Uma contagem diminuída de leucócitos (leucopenia) indica depressão da medula óssea, que pode resultar de infecções virais ou de reações tóxicas, como, por exemplo, as que acompanham o tratamento com antineoplásicos, ingestão de mercúrio ou outros metais pesados, ou exposição ao benzeno ou arsênicos. A leucopenia caracteristicamente acompanha influenza, febre tifoide, sarampo, hepatite infecciosa, mononucleose e rubéola.

E.Diferencial de Leucócitos

O diferencial de leucócitos é usado para avaliar a distribuição e morfologia dos glóbulos brancos, fornecendo informação mais específica sobre o sistema imune do paciente do que a contagem de leucócitos isoladamente.

Os glóbulos brancos são classificados de acordo com os cinco tipos principais – neutrófilos, eosinófilos, basófilos, linfócitos e monócitos – sendo determinada a porcentagem de cada tipo. A contagem diferencial é o valor percentual de cada tipo de glóbulo branco no sangue. O número absoluto de cada tipo de glóbulo branco é obtido por meio da multiplicação do valor percentual de cada tipo pela contagem total de glóbulos brancos.

Os altos níveis desses glóbulos brancos estão associados com diversas respostas imunes e anormalidades. Algumas vezes é solicitada uma contagem de eosinófilos como um teste de acompanhamento, quando é relatado um nível elevado ou deprimido de eosinófilos.

Objetivos

- Avaliar a capacidade para resistir e superar infecções.
- Detectar e identificar diversos tipos de leucemia.
- Determinar o estágio e gravidade de uma infecção.
- Detectar reações alérgicas.
- Avaliar a gravidade de reações alérgicas (contagem de eosinófilos).
- Detectar infecções parasíticas.
- Servir de suporte para o diagnóstico de outras doenças. EUROCITOSE

ASSOCIADA À CÉLULAS BRANCAS :

Neutrófilos - Infecções bacterianas, Infarto Agudo, Isquemia, Uremia, Diabetes, Gota, Leucemia mielocítica e Hemorragias

Eosinófilos - Alergias, Parasitoses, Doenças da Pele e Hemopatias. Basófilos
- Mielofibrose, Dermatites, Colite e Leucemia crônica.

Linfócitos - Infecções agudas, Crônicas (Tuberculose, Sífilis) e Mononucleose (grande número de linfócitos atípicos).

Monócitos - Tuberculose, Protozooses (Malária e Tripanosomose), Leucemias agudas, Lúpus Eritematoso Sistêmico e Artrite Reumatóide

Plasmócitos - Rubéola, Sarampo, Mononucleose, Sarampo, Mieloma e Leucemia

Plasmocítica.

Bastonetas - Infecções Agudas gerais (Viroses, por exemplo)

PLAQUETAS

Valores de referência

Método: automatizado, com eventual estudo morfológico em esfregaços corados.

De forma a assegurar um diagnóstico preciso, os resultados de testes diferenciais devem ser interpretados em relação à contagem de glóbulos brancos totais (4.000 a 10.000/ml). Para adultos, os valores absolutos e porcentagens normais incluem o seguinte:

Basófilos: 0 a 200/ml; 0 a 2%

Eosinófilos: 40 a 500/ml; 1 a 5%

Linfócitos: 880 a 4.000/ml; 22 a 40%

Monócitos: 120 a 1.000/ml; 3 a 10%

Neutrófilos: 1.800 a 7.500/ml; 45 a 75%. **Cai em prova de CBA**

Para crianças, os valores absolutos e porcentagens normais podem diferir. As porcentagens são as seguintes:

Basófilos: 0 a 2%

Eosinófilos: 1 a 5%

Linfócitos: 45 a 75%

Monócitos: 3 a 10%

Neutrófilos: 22 a 40%. **Achados**

anormais

Os padrões diferenciais anormais fornecem evidência para uma ampla faixa de estados de doença e outras condições.

F.Contagem de Plaquetas

As plaquetas ou trombócitos promovem a coagulação, ou seja, a formação de um coágulo hemostático em locais de comprometimento vascular.

A contagem de plaquetas é o mais importante teste de rastreamento da função plaquetária. As contagens precisas são vitais.

Objetivos

- Avaliar a produção ou utilização de plaquetas.
- Avaliar os efeitos da quimioterapia ou radioterapia na produção de plaquetas.
- Diagnosticar ou monitorar trombocitose ou trombocitopenia.
- Confirmar uma estimativa visual da quantidade e morfologia da plaqueta a partir de um filme sanguíneo colorido.

Valores de referência

Método: automatizado, com eventual estudo morfológico com esfregaços corados. As contagens normais de plaquetas variam entre 130.000 a 370.000/ml.

Achados anormais

Uma contagem diminuída de plaquetas (trombocitopenia) pode resultar de medula óssea aplástica ou hipoplástica; uma doença infiltrativa de medula óssea, como, por exemplo, carcinoma ou leucemia; hipoplasia megacariocítica; trombopoiese infecciosa proveniente de deficiência de ácido fólico ou vitamina B 12; acúmulo de plaquetas em um baço aumentado; destruição aumentada de plaquetas devido à drogas ou desordens imunes; coagulação intravascular disseminada; síndrome de Bernard-Soulier; ou lesões mecânicas às plaquetas. Uma contagem aumentada de plaquetas (trombocitose) pode resultar de hemorragias, desordens infecciosas; câncer; anemia por deficiência de ferro; cirurgia recente, gravidez, ou esplenectomia e desordens inflamatórias. Em tais casos, a contagem de plaquetas retorna ao normal após o paciente recuperar-se da desordem primária. Todavia, a contagem permanece elevada em trombocitemia primária, mielofibrose com metaplasia mielóide, policitemia vera e leucemia mielóide crônica. Em tais desordens, as plaquetas podem estar disfuncionais, resultando em sangramento.

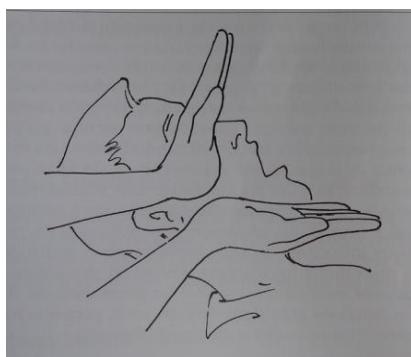
Exames correlatos (ao hemograma completo) VHS,

reticulócitos, mielograma, etc.

NERVOS E TÉCNICAS ANESTÉSICAS

Posicionamento correto da cadeira odontológica de acordo com o procedimento cirúrgico; para os **dentes maxilares** encosto da cadeira **paralela ao solo**.

Maxila



Mandíbula

Dentes mandibulares aproximadamente **45 graus ao solo**;



Anti-sepsia intraoral com clorexidina a 0,12% (bochecho por 1 minuto)

Anti-sepsia extraoral com clorexidina a 2% ou povidine-iodo; nessa etapa é importante lembrar- se dos cuidados com o uso do antisséptico na região orbitária, sob pena de lesões oculares graves! Brocas cirúrgicas da série 700 (701, 702 e 703) **haste longa**.

Regras:

1. Bisel voltado para o osso
2. Punção seguida de aspiração
3. Introdução parcial da agulha
4. Depósito do anestésico lentamente
5. Qualquer intercorrência, suspender o procedimento.
6. Retirar a agulha sempre no mesmo sentido da punção

4º Quadrante	3º Quadrante
<ul style="list-style-type: none">- porta-agulha- tesoura- pinça anatômica- fio de sutura	<ul style="list-style-type: none">- cuba para soro- ponta de aspiração- seringa para irrigação- abridor de boca- tubetes de anestésico- gaze
1º Quadrante	2º Quadrante
<ul style="list-style-type: none">- espelho bucal- sonda exploradora- pinça clínica- seringa carpule- bisturi- descolador- pinça hemostática- afastadores	<ul style="list-style-type: none">- pinças de preensão- alavancas- fórceps- cureta alveolar- lima para osso- alveolótomo



Montagem da Mesa operatória

- Começamos da esquerda para a direita

Espelho bucal=> Sonda exploradora=> Pinça clínica => Seringa carpule=> cabo de bisturi nº 3(lâmina 15)=> Síndesmótomo e descolador de Molt=>pinça hemostática => afastador de Minnesota=>elevadores ou alavancas retas e curvas=>Fórceps=>lima para osso=> cureta=>pinça goiva ou Alveolótomo=>**cubas**=>Sugador Cirúrgico=>Seringa para irrigação=>Tubetes Anestésicos=>Gaze=>porta agulha=>tesoura para sutura=> pinça anatômica=> Fio de sutura.



O **descolamento dos tecidos moles** deve ser feito após a incisão **mucoperiosteal**, para se obter um retalho de espessura total e poder utilizar o descolador de tecidos de forma delicada, a fim de não lacerar o retalho. O descolador deve ser empunhado como se estivesse segurando uma caneta e introduzido-a na região anterior da incisão, por questão de visualização, abaixo do tecido mole previamente incisado, com angulação entre 30° a 45° com o osso (Figura 16). Em seguida, deve-se fazer um movimento no sentido posterior da incisão, deslizando o instrumento sobre o osso para se obter o descolamento do retalho mucoperiosteal.



USO DE EXTRATORES

Os extratores ou elevadores são instrumentos de suma importância em exodontia, pois têm as funções de luxar o dente soltando-o do osso circunvizinho e de fazer a expansão das corticais ósseas. A aplicação correta dos extratores **facilita a remoção de dentes e raízes** e diminui a incidência de fraturas radiculares (Figura 17).

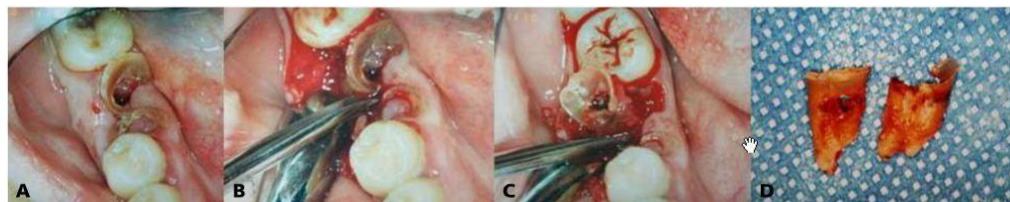


Figura 17 – Exodontia com uso de extratores – (A) Resto radicular sem possibilidades de recuperação; (B e C) Uso dos extratores para remoção das raízes; (D) Raízes removidas

Fonte: Curso de Odontologia – Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências.

A aplicação de extratores ou elevadores em exodontia deve, primeiramente, obedecer ao posicionamento correto, o qual exige que a ponta ativa fique em direção oblíqua ao longo do eixo do dente, entre a raiz e a cortical óssea, para que se possa aplicar os **movimentos de alavanca, sarilho ou cunha**.

A **ação de alavanca** é exercida pela potência representada pela força empregada no cabo, por meio do ponto de apoio (que é o osso), e pela resistência que é dada pelo dente (Figura 18).



A **ação de sarilho** é conseguida quando se coloca a ponta ativa do extrator entre o dente e o osso, em posição perpendicular ao longo do eixo do dente, e são feitos os movimentos de luxação, girando o instrumento em torno do seu próprio eixo em leves movimentos de rotação (Figura 19).

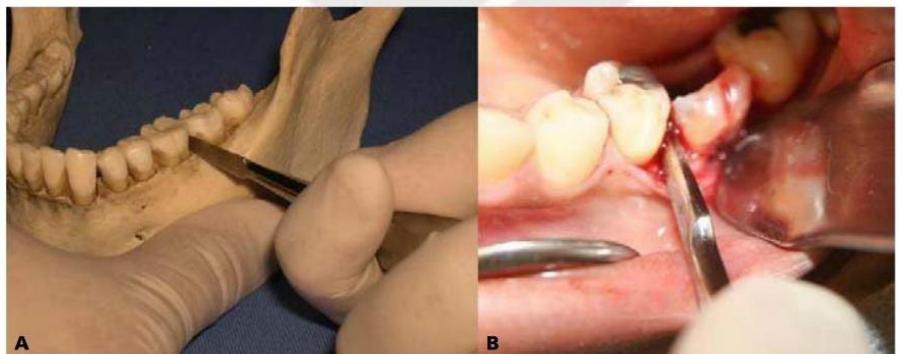


Figura 19 – Extrator com ação de sarilho em crânio seco (A) e em paciente (B)

Fonte: Curso de Odontologia – Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências.

NERVO ALVEOLAR SUPERIOR POSTERIOR (NASP)

Área anestesiada: 3º, 2º e 1º(raiz disto vestibular e palatina) molares superiores, processo alveolar (osso), gengiva vestibular, periodonto e membrana mucosa vestibular adjacente da região.

Local para punção: Fundo de sulco vestibular a 45º, na direção do dente a ser anestesiado.

Agulha curta de calibre 25. Deitado

Boca parcialmente aberta

Bennette descreve o posicionamento do dedo indicador no fundo do vestíbulo maxilar em direção posterior à área de pré – molares até atingir o processo zigomático maxilar como orientação para a penetração da agulha durante a técnica anestésica.

Para a anestesia do lado direito, o operador deverá coloca-se do lado direito do cliente em posição ergonômica de 8 horas. Para a anestesia do lado esquerdo, o operador posiciona-se do lado direito do paciente, e o seu braço esquerdo é passado sobre a cabeça do paciente de modo que a área possa ser palpada com o indicador esquerdo, assumindo então, uma posição de 10 horas. O paciente deverá estar posicionado de forma que o plano oclusal da arcada superior forme um ângulo de 45º com o solo.

NERVO ALVEOLAR SUPERIOR MÉDIO (NASM)

Área anestesiada: Pré – molares superiores e mais raiz mesio vestibular do 1º molar superior, gengiva vestibular, periodonto e processo alveolar.

Local para punção: Fundo de sulco vestibular, a 45º na direção do dente a ser anestesiado.

Deitado Agulha curta

Operador na posição de 10 horas.

NERVO ALVEOLAR SUPERIOR ANTERIOR (NASA)

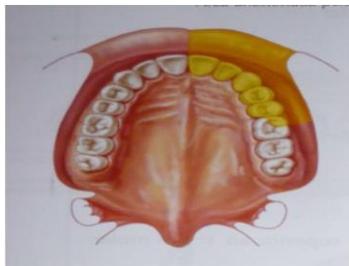
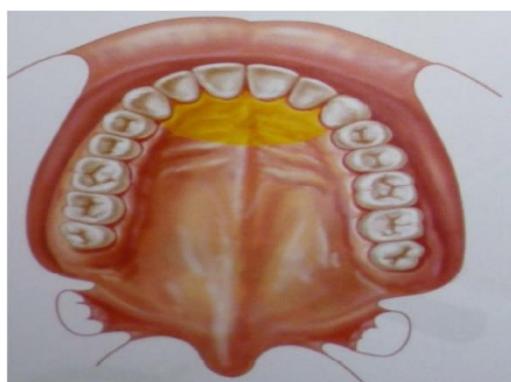
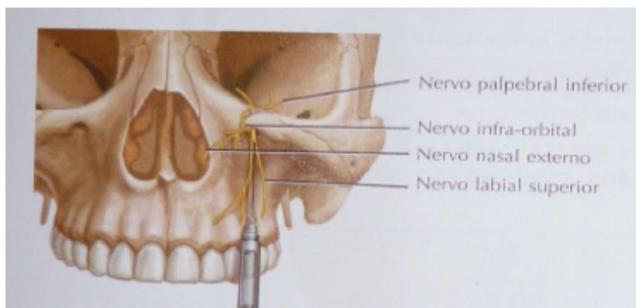
Área anestesiada: Incisivos e caninos superiores, mucosa vestibular, periodonto, lábio superior e processo alveolar.

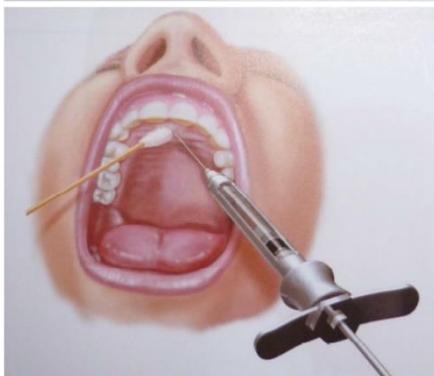
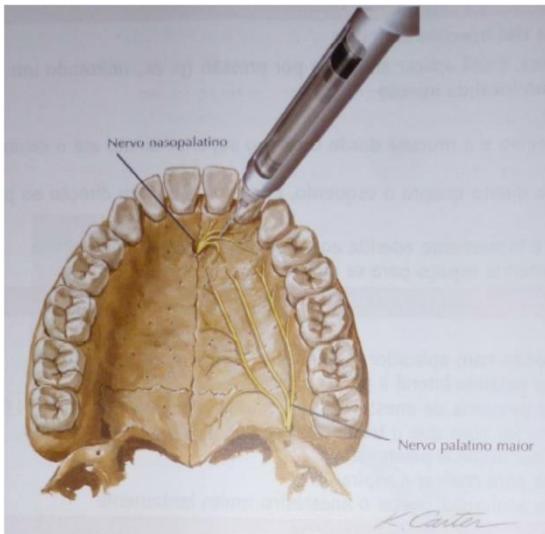
Local para punção: Prega mucojugal acima do ápice do canino superior. Deitado

Operador da posição de (9 a 10 horas) **OBS:**

Técnica anestésica usada

Bloqueio de campo= Técnica infiltrativa ou ainda supraperiosteal onde a solução anestésica é infiltrada próxima dos ramos terminais maiores de forma que a área anestesiada será circunscrita.

NERVO INFRA – ORBITÁRIO**SÓ INERVAM MUCOSA****1. NASOPALATINO=> Bloqueio Regional****Área anestesiada (subperióstica): Fibromucosa palatina de canino a canino (distal)**



Local para punção: Em direção a papila incisiva em um ângulo de 45°

2. PALATINO MAIOR

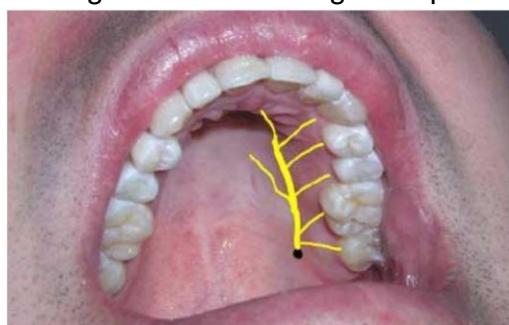
Área anestesiada: mucosa palatina da região distal de canino a molares superiores de uma hemiarcada

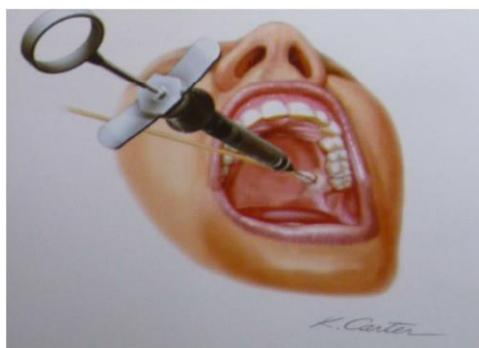
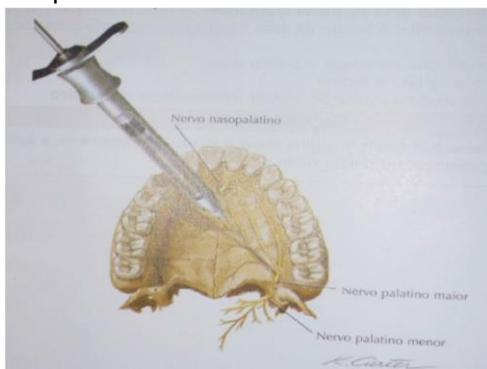
Local para punção: metade da distância da linha média em direção ao dente a ser anestesiada ou próxima do forame palatino maior.

Boca Aberta

Posição de (9 a 10 horas)

Observe: a agulha com a seringa sempre do lado oposto.



Morpheus

3. PALATINO MENOR

Área anestesiada: palato mole, mucosa posterior.

Local para punção:

Mandibular emerge do forame oval pterigomandibular

NERVO ALVEOLAR INFERIOR (NAI)

Área anestesiada: Dente de toda uma hemiarcada inferior, corpo da mandíbula, porção inferior do ramo mucoperiósteo vestibular, membrana mucosa anterior ao 1º molar inferior (nervo mentoniano), 2/3 anterior da língua e assoalho da cavidade oral, tecidos moles e periósteo lingual (nervo lingual).

Local para punção: Deslizar o dedo indicador sobre o plano oclusal dos dentes inferiores, até a região do trígono retromolar, alcançando a porção anterior do ramo da mandíbula, o dedo ficará 1 cm do plano oclusal, este então é deslocado para a lateralidade tensionando o tecido, baseando - se pela metade da unha, faz a punção. O corpo da seringa ficará deposto do lado oposto, entre os pré-molares, faz o refluxo e injeta lentamente por 2 min o anestésico (**agulha longa**).

TÉCNICAS DE ANESTESIA

- Técnica direta nada mais é que levar a agulha diretamente ao alveolar inferior, fazendo uma pulsão direta no alveolar inferior. ***mais utilizada**
- Técnica indireta ou também chamada de técnica das 3 posições é o tipo de técnica que você consegue bloquear o nervo lingual, bucal e alveolar inferior mudando a posição da agulha sem retirar do tecido e com apenas uma pulsão. ***mais utilizada**

Obs: Técnica anestésica usada: Bloqueio regional ou de nervo. O anestésico local é depositado próximo a um tronco nervoso principal, usualmente distante do local de intervenção operatória.

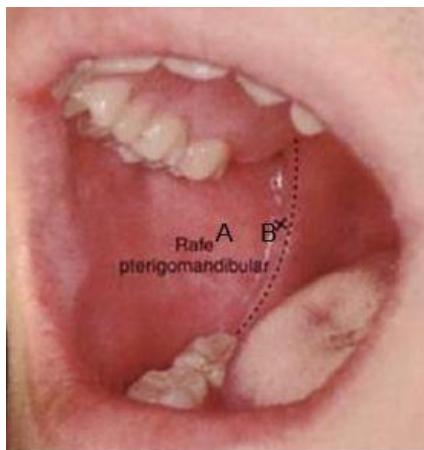
Referência Anatômica: Rafe pterigomandibular

Trígono retromolar

Oclusal dos dentes posteriores Linha

obliqua externa

Comissura labial



NERVO BUCAL=> Complemento anestésico do **NAI**.

Área anestesiada: Gengiva vestibular na região dos molares inferiores.

Local para punção: Fundo de sulco vestibular inferior e mucosa jugal, agulha pouco introduzida, próxima ao dente a ser anestesiado.

NERVO LINGUAL

Área anestesiada: 2/3 (sensitiva) anteriores da língua e assoalho da cavidade oral, tecidos moles e periósteo lingual.

Local para punção: Linha obliqua da mandíbula (milo – hióidea)

NERVO MENTONIANO (só inerva mucosa)

Área anestesiada: Gengiva vestibular de incisivos, caninos e pré-molares (tecido mole), mucosa labial e pele do mento.

Local para punção: Fundo de sulco do vestíbulo na região do ápice entre os pré – molares inferiores (infiltrativa na mucosa lingual, na direção do dente a ser extraído).

NERVO INCISIVO

Área anestesiada: Dentes caninos e incisivos inferiores, através dos canais recorrentes incisais.

Local para punção: Fundo de sulco vestibular inferior na direção do dente que se quer anestesiar.

PÓS – TUBER=> NASP

Agulha longa Boca entre

aberta Paciente deitado

Área anestesiada: 3°, 2° e raiz mesio vestibular do 1° molar superior; mucosa vestibular e periodonto.

Ex: Terceiros molares superiores inclusos.

Local para punção: Fundo de sulco do vestíbulo, acima do 2° molar superior (distal) a 45° em relação aos planos horizontal, frontal e sagital.

Referencia anatômica:

- Tuberossidade da maxila
- Processo zigomático
- Prega muco vestibular acima do 2° molar superior

INFRA - ORBITÁRIO => NASM + NASA

Área anestesiada: Inerva o 2° PMS até incisivo central, periodonto, mucosa gengival, asa do nariz e pálpebra inferior, mucosa labial.

Agulha longa

Ex: Remoção de caninos, cistos

Local para punção: Fundo de sulco do vestíbulo, entre os ápices dos pré – molares superior, 1 cm ao lado da asa do nariz e na direção da pupila, com a agulha paralela ao

longo eixo do dente. Palpar o forame infraorbitário.

NÚMERO DOS FÓRCEPIS E SUAS INDICAÇÕES:

Fórceps => Função de luxar o dente e extraí – lo do alvéolo.

- **150** - Pré a pré -molares superiores



- **151** - Pré a pré -molares inferiores e restos radiculares inferiores.



- **16** – (chifre de touro) Molares inferiores de ambos os lados adaptada na região de furca (coroa destruída).



- **17** – Molares inferiores de ambos os lados adaptada na região cervical (coroa pouco destruída)



- **18L** - Molares superiores esquerdo



- **18R** - Molares superiores direito



- **65 e 69** – Remanescentes (restos radiculares) superiores



- **1** – Canino a Canino tanto inferiores quanto superiores



- **68** – Raízes de dente inferiores.



- **Alveolótomo Reto = Pinça Goiva de Luer Reto = Osteótomo =>** Usada em dentes anteriores Remover espículas ósseas.



- **Alveolótomo Curvo = Pinça Goiva de Luer Curvo =>** Usado em dentes posteriores principalmente para remover espículas ósseas.



- **Lima para osso =>** Alisamento do rebordo alveolar do tecido ósseo.



- **Pinça de Campo = Pinça Backhaus =>** Prender o sugador cirúrgico ao campo fenestrado do paciente evitando que caia.



- **Porta Agulha de Mayo Higar 17 cm**



- **Seringa Carpule com refluxo**



- Pinça clinica para Algodão



Pinça dente de rato 16 cm



Pinça de Dissecção 16cm



Tesoura de Spencer (pequena)



Tesoura de Mayo-Stille curva 14 cm



Tesoura de Mayo-Stille Reta 14 cm



- **Cureta de Lucas**



- **Descolador de Molt nº 9**



Descolamento do tecido gengival ao redor dos dentes – desinserção das fibras gengivais

- **Cabo de Bisturi nº3**



Jogo de Extrator Apical de Seldin: Reto nº. 2, Angulado Esquerdo 1L, Angulado Direito 1R



Seldin Reto

- expansão e dilatação do alvéolo
- rompimento do ligamento periodontal

Extrator Apical de Seldin: 304



Afastador de Minesota



Pinças Halsted-(mosquito) reta 12,5 cm



Pinças Halsted-(mosquito) curva12, 5 cm



Cuba de inox pequena para soro fisiológico



Broca Cirúrgica – Zecrya ou broca haste longa, N°. 702 e Broca Esférica tipo carbite pescoço longo, no. 6 ou 8



• **Laminas de bisturi**

Nº 10 = pele

Nº 11 = Drenar abscesso intra e extraoral dentoalveolar. Nº 12 =

Região distal do 3º molar.

Nº 15 = É a mais utilizada na odontologia intra bucal e pele. Nº 15 C =

Usada para implante.

**Características de cada modelo: Nº 10**

A lâmina Nº 10 com a sua curva de ponta é uma das mais tradicionais formas de lâmina e é usada geralmente para fazer pequenas incisões na pele e músculo. A Nº 10 é muitas vezes utilizada em cirurgias mais especializadas, como para a colheita da artéria radial durante uma operação de revascularização do miocárdio, durante a abertura do brônquio, cirurgia torácica e para correção de hérnia inguinal.

Nº 11

A Nº 11 é uma lâmina afiada triangular alongada ao longo da borda hipotenusa e com uma ponta forte, o que a torna ideal para incisões. Utilizada em procedimentos diversos, tais como a criação de incisões para drenos torácicos, a abertura das artérias coronárias, a abertura da aorta e remover as calcificações nas válvulas aórtica ou mitral.

Nº 12

A Nº 12 é uma ponta pequena, lâminas afiadas em forma crescente ao longo da borda interna da curva. Às vezes, é utilizada como um cortador de sutura, mas também para arteriotomias (incisão cirúrgica de uma artéria), cirurgias de parótida (glândula salivar facial), cortes de mucosa em uma septoplastia (reparação de septo nasal) e procedimentos durante a fissura palatina, ureterolithotomies (remoção do cálculo por incisão do ureter) e pyelolithotomies (incisão cirúrgica da pelve renal de um rim para a remoção de uma pedra nos rins - também conhecido como pelviololithotomy).

Nº 12D

A 12D, por vezes referido como 12B no mercado dos EUA, é uma lâmina de dois gumes Nº 12. Lâmina afiada em ambos os lados da curva em forma crescente. Ela é usada extensivamente dentro das técnicas de cirurgia dentária.

Nº 15

A lâmina Nº 15 têm um perfil curvo, pequeno corte e é a ideal mais popular forma de lâmina para fazer incisões curtas e precisas. É utilizada em uma variedade de procedimentos cirúrgicos, incluindo a excisão de uma lesão na pele ou cisto sebáceo recorrente e para a abertura de artérias coronárias.

Nº 15C

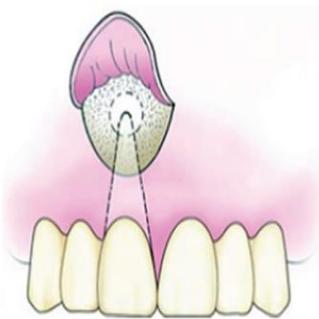
Com um a mais, a borda mais extensa do que a lâmina de corte Nº 15 tradicional, a 15C oferece um alcance adicional para o dentista realizar procedimentos periodontais.

Obs: Segurar o cabo de bisturi em forma de empunhadura, ou seja, em forma de caneta modificada.

Observe!!! Os fórceps 65 e 69 ficam reservados para raízes superiores e o fórceps 151 para as raízes da arcada inferior.

TIPOS DE INCISÃO:

- - **Partch = semilunar**



Regiões apicais (fácil deslocamento, acesso restrito a região apical). Este tipo de incisão não nos dar uma boa visibilidade. Ex: Lesão periapical (osteotomias até encontrar a raiz) o 1 pré - molar superior possui duas raízes uma vestibular e uma palatina (acesso melhor na vestibular), normalmente quando as coroas estão destruídas geralmente se fraturam uma das raízes.

- - **Envelope**



(Neste caso não há incisão relaxante ou obliqua, então neste caso a sindesmotomia seria no sulco gengival ao redor da margem gengival do dente que será extraído). Um ou mais dentes adjacentes ao que queremos remover. Os limites são: dente, osso alveolar e os retalhos que são feitos.

- - **Wassmund = trapezoidal**



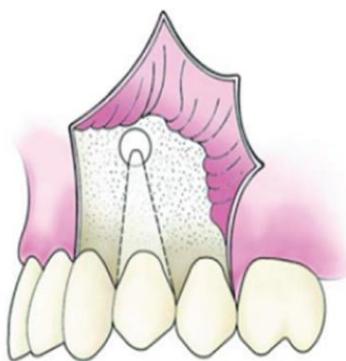
É destinada a áreas apicais e maiores, não restritas a um dente apenas, pode ter envolvimento de dois dentes. Podemos deixar no mínimo uma distância do sulco gengival 4 a 5 mm dor margem gengival. Temos uma incisão horizontal e duas relaxantes. Essa incisão só é praticada em gengiva inserida, nunca em gengiva livre.

Ex: É indicada para pacientes que possuem prótese fixa.

Nunca devem ser convergentes e sim, divergentes. O motivo seria a vascularização.

A porção livre deverá ser menor do que a base. Nunca inter – papilar e sim, para papilar.

- - **Newmann = triangular**



Retalho com duas relaxantes e intra - sulculares Dois dentes adjacentes ou mais

Evitar estruturas nobres Região posterior Rebordo e relaxantes

- **Newmann modificada**

Retalho com uma relaxante e intra – sulcular Canino a Canino

A base não deverá estar sobre osso

Hematoma => Acúmulo de aumento de volume, acúmulo de sangue no espaço subcutâneo ou submucoso.

Equimose => Não ocorre aumento de volume, somente a mancha profundamente arroxeadas.

Características do retalho

- Deve ser demarcado por incisão cirúrgica
- Deve possuir suprimento sanguíneo próprio

- Permitir acesso aos tecidos subjacentes
- Pode ser recolocado na posição original
- Pode ser mantido por sutura **Observe! 7**

dias para remover a sutura. **Manobras básicas de cirurgias**

- Assepsia (campos, EPIS, Instrumental)
- Antissepsia (Extra oral clorexidina a 4% e intra oral 0,12%)
- Diérese (incisão e afastamento do tecido)
- Exérese (remoção do material)
- Hemostasia (controle do sangramento)
- Síntese (sutura)

Diérese

- Consiste em dividir (separar tecido ou planos anatômicos, para abordar uma região ou órgão)

1) Tipos

a) punção

b) **incisão**

c) **divulsão**

Mais utilizado

d) descolamento

e) curetagem

a) **Punção**=> Perfurar o tecido.

Ex: biópsia/ diagnóstico diferencial Pode ser:

- Aspirativa

- Anestésica

A punção mais utilizada pelos dentistas é a anestésica

b) **Incisão**=> Cortar o tecido (são praticadas sobre a mucosa bucal ou sobre a pele, podendo ser também efetuado com bisturis e também tesoura).

Evitar estruturas anatômicas importantes. Ex:

Nervo bucal e Nervo Mentoniano **Importante!!**

1) Conhecimento sobre os pontos de apoio.

- 2) Utilizar lâminas novas e afiadas
- 3) Incisão firme, continua com bordas irregulares (nítidas e atraumáticas)
- 4) Devem ser relativamente amplas
- 5) Posicionar as margens da ferida sobre osso saudável e intacto.

Bisturi número 15 + cabo número 3 (**mais utilizado na odontologia UEA**) Empunhadura

do bisturi:

Forma de caneta mais utilizada, mas usada em incisões pequenas e delicadas. O bisturi é apoiado pelo dedo indicador, polegar e médio ficando perpendicular ao tecido.

Princípios de incisão:

- Intra – bucal
- Extra – bucal

Intra – bucal são de 2 ordens:

- 1) Apoiado em osso

Ex: Mucosa apoiada no processo alveolar.

- 2) Mucosa não – apoiada em osso Ex:

Bochecha, Lábio.

Devem ser:

- Amplas
- Campo operatório visível
- Boa irrigação do retalho para que seja favorecida uma boa e rápido cicatrização.
- Contra indicado incisões econômicas.

CUIDADOS !!!

Com incisões verticais (relaxantes) na face lingual na altura dos molares para evitar a lesão do nervo lingual. Incisões vestibulares ao nível dos ápices dos pré – molares inferiores, para evitar lesionar o feixe vasculo – nervoso mentoniano (de grande reabsorção do rebordo alveolar esse feixe está bem próximo da crista – alveolar). Mais indicada incisão do tipo envelope. Evitar também incisões verticais (relaxantes no palato, pois pode lesionar artéria palatina maior).

Retalho => Porção de tecido limitado por incisão.

Retalho total = periósteo junto com o tecido. **Retalho**

dividido = periósteo fica junto ao osso. Tipos de incisão:

Sulcular

- Incisões no sulco gengival

Verticais Relaxantes

- Pode ser feito por bisturi (frio) ou elétrico (incisa e cauteriza)

Envelope

- Incisões sulco gengival, sem a presença de incisão relaxante.

Formato de uma incisão

Extremidade não incisada (fixa) bem maior que o ápice, porque facilita a vascularização ou irrigação, caso contrário ocorre necrose.

c) **Divulsão=>** Cortar antes com o bisturi, separar os tecidos sem seccionar, cortar. Divulsa sem cortar os tecidos, apenas separa. Utiliza – se tesoura de ponta romba (Metzembau).

d) **Deslocamento=>** Desloca o periósteo (Alguns autores acham que é um tipo de divulsão).

e) **Curetagem=>** Consiste em remover um órgão ou parte dele (resultado final da cirurgia). Ex: Na exodontia remover cisto, granuloma etc.

f) **Hemostasia=>** Cessamento da hemorragia, consiste em um conjunto de manobras para prevenir, coibir ou deter sangramentos.

- Digital (compressão)
- Pinçagem
- Ligadura (nó ao redor do vaso)
- Tamponamento
- Termocoagulação (bisturi elétrico)
- Substâncias vasoconstritoras (adrenalina baixa o sangramento)

Compressão do local com gaze, preferência com os dedos (5 a 10 min) no local sangrante.

g) **Síntese=>** Sutura **MANOBRAS DE**

SÍNTSE Objetivo:

- Fazer a mobilização dos tecidos
- Reduzir os espaços anatômicos mortos

- Facilitar o processo de cicatrização

Classificação dos fios

Absorvíveis = até 60 dias

Não - absorvíveis = Por mais de 60 dias

Fios absorvíveis => origem animal (veiculado em álcool)

- Categute simples/cromado
- Ácido poliglicólico (Dexon ou PGA) = **usado em Medicina**
- Ácido poligaláctico (Vicryl)
- Polidioxanona (Maxon, PDS)

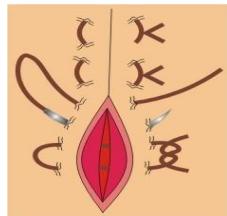
Não – Absorvíveis

- Seda (**usado na uea**)
- Algodão
- Poliéster
- Nylon
- Polipropileno (Prolene)

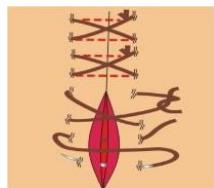
Princípios para confecção de sutura

- O ideal é de 2 a 5 mm de distância
- 2 volta no sentido horário fio de **seda**
- 1 volta no sentido anti- horário fio de **seda**
- 2 volta no sentido horário fio de **Nylon**
- 1 volta no sentido anti- horário fio de **Nylon**

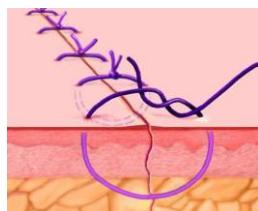
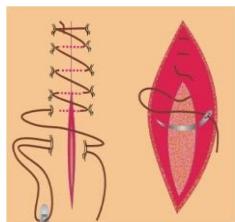
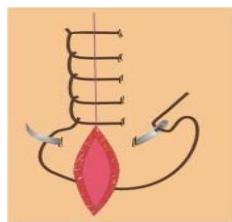
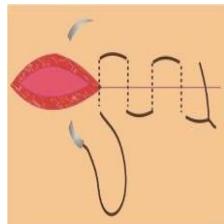
Em U



Em X



Simples

**Contínua Simples ou sutura de Kurschner****Sutura ancorada de Ford, Retrógrada, festonada ou de Reverdin.****Sutura em barra Grega****Nó cirúrgico composto por 3 seminós****1º- Contenção, 2º- Fixação e 3º-segurança**

LAVAGEM DAS MÃOS



Diabetes tipo I=> Caracterizada pela ausência da produção de insulina. Os pacientes geralmente exibem hiperglicemia grave e cetoacidose. A doença é tipicamente diagnosticada na infância e os pacientes necessitam de injeções exógenas de insulina para sobreviver.

Diabetes tipo II=> É mais difícil de diagnosticar. Geralmente ocorre em adultos mais velhos e obesos. Apesar de a hiperglicemia estar presente, a cetoacidose raramente se desenvolve. Além disso, os pacientes podem ser capazes de produzir certa quantidade de insulina endógena.

Sintomas do diabetes:

- **Polidipsia**
- **Poliúria**
- **Polifagia**

- **Perda de peso**
- **Xerostomia**

A doença de Von Willebrand (DvW) é a doença hereditária da coagulação com maior prevalência, atingindo cerca de 1% da população geral^{1,2} e manifesta-se clinicamente em cerca de 125 indivíduos por milhão (aproximadamente o dobro da prevalência da hemofilia A)³. O seu diagnóstico deve ser considerado sempre que surge um doente com história de hemorragias mucocutâneas repetidas, especialmente se associadas a um padrão familiar.

Observe:

ASA I – Paciente saudável com saúde normal;
ASA II - Paciente com doença sistêmica moderada ou fator de risco de saúde insignificante;
ASA III – Paciente com doença sistêmica grave não incapacitante;
ASA IV – Paciente com doença sistêmica grave que é constante a ameaça à vida; ASA V - Paciente moribundo cuja expectativa de vida não é esperada nas próximas 24 h sem intervenção cirúrgica;
ASA VI – Morte cerebral.

Doenças metabólicas não controladas

- ✓ diabetes
- ✓ doença cardio-vascular
- ✓ discrasias sanguíneas
- ✓ doença hepática

A hipertensão representa a elevação da pressão arterial sistólica e/ou diastólica. O diagnóstico de hipertensão é feito quando a pressão arterial sistólica atinge valor igual ou superior a **140 mm Hg** e a pressão diastólica um valor igual ou superior a **90 mm Hg**. Acredita-se que a patogenia da hipertensão essencial resida:

- a) no rim e no seu papel de regular o volume vascular através da eliminação de sal e água;
- b) no sistema renina-angiotensina-aldosterona através dos seus efeitos sobre o tono vascular sanguíneo, regulação do fluxo sanguíneo renal e metabolismo de sais; e
- c) no sistema nervoso simpático, que regula o tono dos vasos de resistência.

As medicações utilizadas no tratamento da hipertensão exercem seus efeitos através de um ou mais desses

mecanismos reguladores, e podem ser classificadas em diuréticos, agonistas alfa-2 de ação central, vasodilatadores diretos, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da ECA e antagonistas dos receptores de angiotensina-2.

Hipertensão Arterial (HA)

Definição: pressão sanguínea persistentemente elevada, em repouso.

Pontos de definição: acima de 160/95 mm Hg (Scully & Cawson, 1997); acima de 140/90 mm Hg (Little et al., 2002; Sooriakumaran et al., 2005); diastólica acima de 95 mm Hg (Silverman et al., 2002).

Causas e classificação: 90% dos casos – hipertensão essencial ou primária (1% desenvolve hipertensão maligna) 10% dos casos – secundária a doenças renais ou endócrinas

Fatores de risco: idade, raça (negros), sexo masculino, obesidade, genética. Outros fatores de risco que podem complicar ou aumentar a chance de HA: hipercolesterolemia, tabagismo, intolerância à glicose (diabetes).

Quadro 2: Valores máximos dos níveis tensionais da pressão arterial, para indivíduos acima dos 18 anos. Fonte: Adaptado de: PORTO (2005, p. 437).

Pressão diastólica	Valor Referência	Pressão sistólica	Valor referencial
Normal	< 90mm Hg	normal	Até 140 mmHg Se a pressão diastólica estiver menor que 90 mmHg.
Hipertensão Arterial Leve	90-105 mmHg		
Hipotensão Arterial moderada	106-120 mmHg	Hipotensão sistólica;	Acima de 140 mmHg.

Celulite

É uma inflamação difusa dos tecidos moles, que não está circunscrita ou confinada a uma área, mas que, ao contrário do abscesso, tende a espalhar-se pelos espaços teciduais e ao longo dos planos faciais.

- Ocorre em consequência da infecção por microrganismos. Os estreptococos
 - Hialuronidase e fibrinolisinias Atuam
 - degradando ou dissolvendo
 - Ácido hialurônico, a substância cimentante intercelular, e fibrina.
- Hialuronidase é o fator de disseminação de Duran-Reynals.

Histologia

- Mostrará apenas uma exsudação difusa de leucócitos polimorfonucleares e linfócitos ocasionais, como muito líquido seroso e fibrina causando separação do tecido conjuntivo ou das fibras musculares.

1) Angina de Ludwig

É uma celulite grave que comumente, se inicia no espaço submandibular e envolve secundariamente o espaço sublingual e submentoniano.

Características Clínicas

- Tumefação lenhosa
- Desenvolvimento rápido
- Soalho da boca e consequente elevação da língua
- Geralmente o paciente tem febre alta, pulso e respiração rápidos.
- É observada também uma leucocitose moderada.

Tratamento

É baseado em quatro medidas:

- 1) Manutenção das vias aéreas
- 2) Incisão e drenagem
- 3) Antibioticoterapias
- 4) Eliminação do foco infeccioso original

2) Trombose do seio cavernoso

É uma condição grave que consiste na formação de um trombo no seio cavernoso ou em seus ramos comunicantes.

Características Clínicas

- Edema das pálpebras
- Paralisia dos músculos oculares externos
- Lacrimejamento
- Calafrios e febre

Tratamento

- O dente afetado deve ser extraído
- A drenagem é necessária se houver presença de flutuação
- Corticoide sistêmico para pacientes que desenvolveram insuficiência hipofisária.

Não conseguimos diferenciar **granuloma** de **cisto** através de radiografias e sim, através de exames histológicos. Quando o dente está sem coroa fazemos cirurgia, no caso de ainda ter coroa fazemos endodontia. Granuloma periapical sente uma sensibilidade a precursores

Granuloma

Curetar para não se transformar em **cisto residual**.