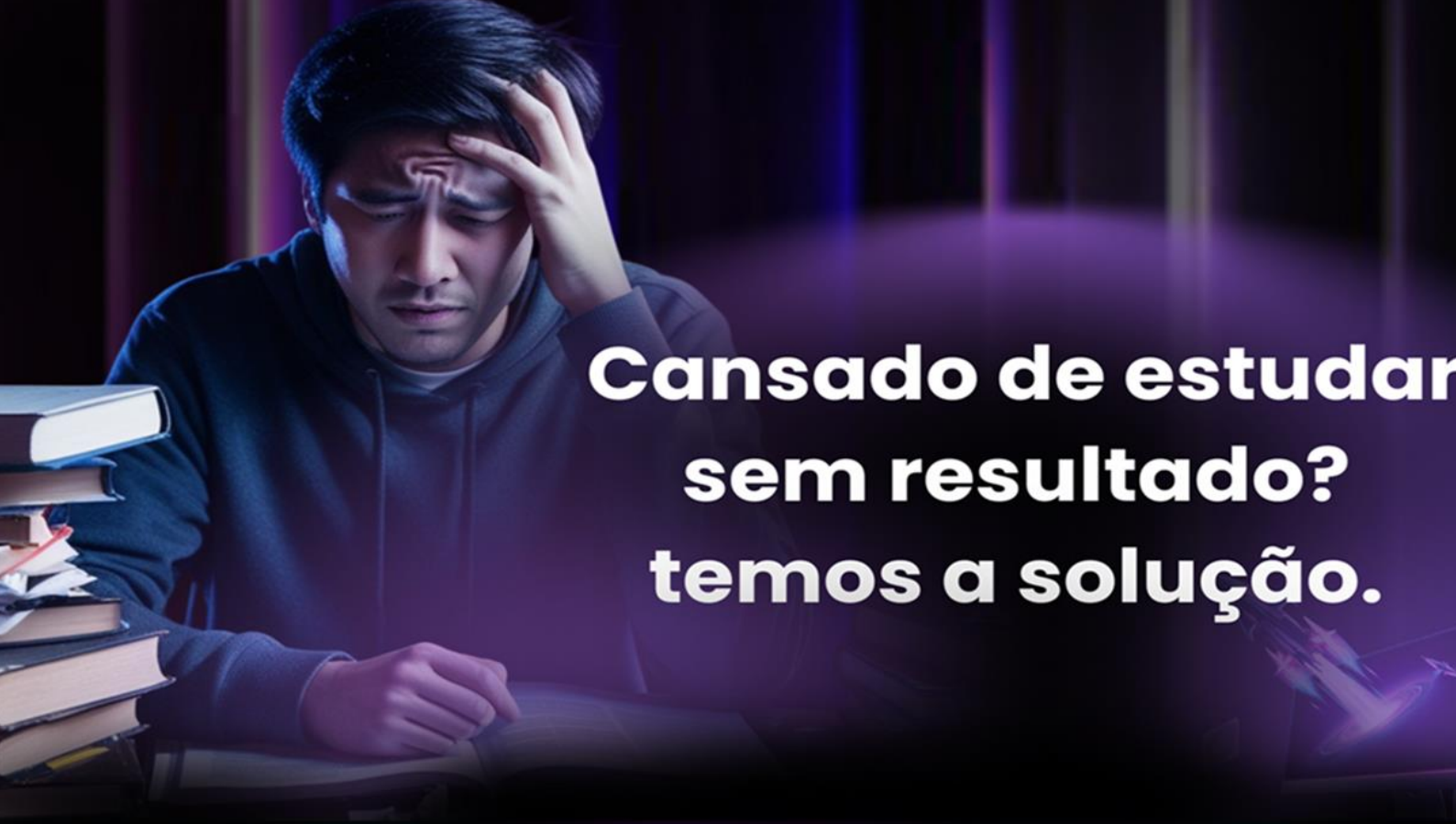


RESUMOS NOTA 10

Obturação



ENDODONTIA



**Cansado de estudar
sem resultado?
temos a solução.**

DentistaON



Cursos e Resumos




Portal de vagas



Certificados



**Horas
complementares**



**Estude em qualquer lugar
a qualquer hora.**

Resumos Nota 10

RESUMOS NOTA 10

DENTÍSTICA

RESUMOS NOTA 10

ENDODONTIA

RESUMOS NOTA 10

PERIODONTIA

RESUMOS

RADIO

RESUMOS NOTA 10

ENDODONTIA

RESUMOS NOTA 10

PERIODONTIA

RESUMOS NOTA 10

DENTÍSTICA

RESUMOS NO

RADIOGRA

**assinaturas
mensais e anuais**

DENTISTA ON



Obturação do sistema de canais

Objetivos:

A obturação do sistema de canais radiculares deve atingir os seguintes objetivos:

- Preencher e selar todo o sistema de canais radiculares;
- Prevenir a reinfecção;
- Favorecer o processo de reparo apical.

Preencher e selar todo o sistema de canais radiculares

A obturação deve preencher o sistema de canais radiculares de forma hermética, evitando a entrada de fluidos oriundos do forame apical. Quando presentes no interior do canal radicular, esses fluidos sofrem decomposição, dando origem a produtos tóxicos, que poderão ser responsáveis pelo aparecimento de inflamação crônica asséptica da região periapical. Deve-se ter consciência de que todas as vias de comunicação entre o canal radicular e o periodonto (apical e lateral) devem estar vedadas, pois são passíveis de recontaminação, podendo levar ao insucesso da terapia endodôntica.

Prevenir a reinfecção

A obturação hermética do sistema de canais radiculares deve atuar como uma barreira mecânica, impedindo a entrada de fluidos/bactérias oriundos da coroa do dente ou do tecido periapical e isolando possíveis microrganismos

remanescentes, no interior de túbulos dentinários (não permitindo sua proliferação),

Favorecer o processo de reparo apical

A obturação deve ser biocompatível e respeitar os limites do canal radicular e de limpeza. Assim sendo, o processo de reparo estará favorecido.

LIMITE DA OBTURAÇÃO: deve ser igual ao limite determinado pela odontometria

Qual o momento oportuno da OBTURAÇÃO ?

48 a 72 horas após o P.Q.C. sendo:

- Polpa viva sem inflamação e ausência de dor: sessão única
- Polpa viva com inflamação e dor: 48 horas
- Polpa morta: 72 horas

Observar os principais sinais e sintomas:

Sinais:

- Ausência de mobilidade;
- Ausência de edema;
- Ausência de odor;
- Ausência de exsudato (hemorrágico, seroso ou purulento);

- Ausência de fístula.
- Cone de papel totalmente seco (sem sangue ou exsudato)

Sintomas:

- Ausência de sintomatologia dolorosa espontânea;
- Ausência de dor intensa a percussão tanto vertical como horizontal;
- Ausência de dor a palpação.

Obs. levando em consideração o quadro de sensibilidade do paciente, algum tipo de dor a palpação e percussão pode ser aceitável.

O **material obturador** deverá possuir propriedades biológicas e os seguintes requisitos:

- Ser de fácil manipulação;
- Selar lateral e apicalmente o canal radicular;
- Ter estabilidade dimensional;
- Ser insolúvel e impermeável aos fluidos periapicais;
- Ser bacteriostático;
- Ser radiopaco;
- Não alterar coloração dos tecidos dentais;
- Ser biocompatível;
- Ser estéril ou passível de esterilização;
- Ser facilmente removido, quando necessário.

Cimentos obturadores - Classificação e utilização

Alguns requisitos básicos de um material obturador:

- Ser homogêneo quando manipulado, promovendo boa adesividade as paredes;
- Propiciar selamento hermético;
- Ter radiopacidade;
- Ser de fácil manipulação;
- Ter estabilidade dimensional;
- Não manchar o remanescente dental;
- Ser bacteriostático;
- Ser insolúvel aos fluídos bucais;
- Ser biocompatível;
- Ser solúvel quando colocado em contato com solventes, facilitando o retratamento.

Material Necessário:

- Cimento Endofill® / Fillcanal®;
- Cones de guta-percha principais;
- Cones de guta-percha secundários;
- Cones de papel absorvente;
- Placa de vidro;
- Espátula 24 flexível;
- Espaçadores digitais (Finger spreaders)
- Calcadores;
- Lamparina;
- Filme radiográfico;
- Tesoura para cones;

- Lâmina de bisturi.

Técnicas de obturação utilizando guta-percha

Dentre as várias técnicas de obturação do sistema de canais radiculares, descreveremos algumas que, utilizando guta percha, atendem às necessidades da maioria dos casos, quando realizadas de forma correta.

Técnica da condensação lateral

- Anestesia
- Isolamento absoluto
- Embrocamento do campo operatório
- Remoção do selamento provisório
- Novo embrocamento
- Remoção da medicação intracanal
- Irrigação / Aspiração

Remoção do selamento provisório:

Usar alta-rotação para remover a restauração provisória, e um explorador endodôntico para retirar a guta-percha e o algodão. Cuidado com fragmentos que possam cair dentro do canal radicular.

Irrigação / aspiração:

Esse procedimento visa remover a medicação intracanal convencional, basta a ação do fluxo da substância irrigadora dentro do canal, mas para remover a medicação com pasta de hidróxido de cálcio, o instrumento

final deve ser utilizado com movimentos de limagem, sem pressão apical ou lateral, apenas com o objetivo de remover totalmente o medicamento.

Obs-Para a remoção da M.I.C. - Medicação Intracanal, será utilizado o Dakin ou Solução de Milton (Hipoclorito de Sódio 0,5% - 1,0%).

Irrigação / aspiração final:

Com E.D.T.A ou E.D.T.A - T 17% (cerca de 5 ml por canal), agitando com a última lima do P.Q.C. por 3 a 5 minutos.

Prova do cone principal:

A prova do cone deve ser realizada com o canal ligeiramente úmido pois, se estiver totalmente seco, poderá dar uma falsa sensação de travamento.

O cone principal deve ser selecionado de acordo com o último instrumento utilizado no P.Q.C. - prepapros químicos cirúrgicos do canal. Se por exemplo, o canal foi instrumentado até uma lima 40, selecionaremos inicialmente um cone de guta-percha 40.

O cone selecionado deve passar por **três testes**, assim denominado:

Prova do cone

Testes: Visual, Tátil e o Radiográfico.

- O primeiro teste é o **VISUAL**, em que se verifica se o cone principal chegou ao C.R.T, tendo como base a mesma referência oclusal ou incisal.

- O segundo teste é o **TÁCTIL**, no qual o cone deve ficar ligeiramente preso na medida desejada.
- O terceiro teste é o **RADIOGRÁFICO**, em que o limite do preparo estabelecido deve estar todo preenchido com o cone principal de guta-percha no C.R.T.

Secagem do canal

Após a radiografia da prova do cone, o canal deve ser seco com cânulas de aspiração da maior para a menor com o objetivo de chegar com a secagem o mais próximo possível da região apical. Logo em seguida coloca-se as pontas de papel absorventes esterilizadas, que também são calibradas. A secagem deve ser realizada até que os cones de papel venham secos. Notar clinicamente se esses cones de papel saem com sangramento. É importante manter estes cones de papel na posição enquanto se preparam as etapas seguintes da obturação, até mesmo para certificarmos da ausência de drenagem através dos condutos, o que contraindica a obturação.

Manipulação do cimento

A espatulação do cimento deve ser realizada em placa de vidro e com espátula flexível nº: 24. O pó deve ser incorporado ao líquido, e para se conseguir um equilíbrio entre fluidez, escoamento, adesividade e radiopacidade, o cimento após sua espatulação, não deve "pingar" da

espátula, mas escoar, formando um fio que não se desfaça antes de alcançar pelo menos 2 a 3 cm de comprimento, também chamado de "ponto de bala"



Inserção do cimento no canal radicular

A colocação de cimento dentro do canal pode ser feita com auxílio de uma lima, com o próprio cone de guta-percha ou com o espaçador digital.

Inserção do cone principal

Com o cimento preparado e o cone selecionado, procede-se a obturação do conduto propriamente dita. Pega-se o cone principal (que deve ter ficado imerso em frasco ou gaze embebida por hipoclorito de sódio para a sua desinfecção, com a pinça, envolve-se o cone no cimento e pincelam-se todas as paredes do canal, a manobra de colocação deve ser cuidadosa com pequenos movimentos de vai e vem, no sentido de evitar o efeito "êmbolo", reduzindo, assim, o risco de extravasamento de cimento para a região periapical.



Inserção dos cones secundários (Técnica de condensação lateral)

Travando o cone principal inicia-se a colocação dos cones secundários, que são, o complemento da obturação, principalmente nos terços médio e cervical do canal. A inserção dos cones secundários é feita (Técnica de condensação lateral) com o auxílio dos espaçadores digitais (Finger spreaders), que devem ser selecionados com o tamanho do canal.

A introdução do espaçador digital que deve estar calibrado (nunca deve alcançar o CRT), é então introduzido ao lado do cone principal, e com movimentos de penetração e compressão lateral quando retirado irá deixar um espaço livre devendo-se envolver um cone secundário (calibrado) em cimento e introduzi-lo. O procedimento é, então, repetido e são colocados tantos cones secundários quanto a anatomia do canal permitir. Os primeiros cones secundários devem ser mais calibrosos, e os seguintes podem ser mais finos (Rs e R7), formando

assim o que chamamos de **"PENACHO"**.

Radiografia da condensação lateral - Radiografia do "Penacho"

Quando não for mais possível a introdução de cones secundários no conduto, faz-se uma tomada radiográfica, a fim de verificar se o limite do tratamento foi respeitado, se ocorreu extravasamento de material obturador, ou se existe alguma falha no interior dos condutos. Esta radiografia é muito importante para confirmar a qualidade da obturação e necessidade de ajustes.

Constatando-se extravasamento de cones de guta-percha, quer que seja principal ou secundários, sua remoção do interior do canal é muito fácil, por meio de apreensão com pinças hemostáticas do "penacho" e tração para oclusal, podendo repetir novamente todo o procedimento de obturação.

Corte dos cones de guta percha "Penacho"

Confirmada a qualidade de obturação, é o momento, então, de cortar e remover o excesso coronário de guta-percha. Isso é feito, com calcadores de Paiva aquecidos ao rubro (lâmparina) com calibre próximo ao da entrada do canal radicular. Em movimento único, corta-se o excesso de material obturador aproximadamente 2 mm abaixo do colo clínico da entrada do

canal, evitando assim o escurecimento do dente.



Condensação vertical

Aproveitando que uma camada de gutta-percha logo abaixo do limite de corte está plastificada pela ação do calor, com um calcador de Paiva, aplica-se pressão suave no sentido vertical (longo eixo do dente), permitindo assim, em alguns casos, reparo de algumas falhas como presença de bolhas nos terços cervical e início do terço médio.

Limpeza da cavidade

Procede-se a limpeza da cavidade, para que não haja escurecimento da coroa. A limpeza deve ser feita com uma bolinha de algodão embebida em álcool presa a uma pinça, esfregando-a em toda a cavidade, principalmente na sua parede vestibular removendo o cimento, deixando a cavidade limpa.

Selamento Final

O selamento deve ser realizado após a limpeza da cavidade, por meio da colocação de uma fina camada de gutta-percha em bastão. No caso de dentes anteriores a aplicação da camada de gutta-percha devem

respeitar os 2 mm abaixo da entrada do canal, e para que não haja alteração cromática, usar de preferência gutta-percha de cor branca e sobre ela aplica-se o ionômero de vidro.

Radiografia final

Após remoção do isolamento absoluto devemos proceder a radiografia final, sendo um documento importante para o profissional, seja no controle posterior ao tratamento.