



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CONCURSO DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
E EM ÁREA PROFISSIONAL / UFRJ-HCE
2022-2023

RESPOSTAS AOS RECURSOS DA PROVA DE ODONTOLOGIA

RECURSO – QUESTÃO 23 – ODONTOLOGIA

23. Os procedimentos odontológicos que envolvem a manipulação dos tecidos gengivais, a região periapical dos dentes ou a injúria da mucosa oral podem provocar bacteremia e são relacionados a endocardite bacteriana. A profilaxia da endocardite bacteriana é realizada com:

- a) 3 gramas, via oral, de penicilina uma hora antes do procedimento;
- b) 2 gramas, via oral, de azitromicina, uma hora antes do procedimento;
- c) 50 mg/kg, via muscular, de azitromicina, uma hora antes do procedimento;
- d) 50 mg/kg, via muscular, de penicilina uma hora antes do procedimento.

CANDIDATO(A): Rafeale de Santana de Oliveira

O esquema de profilaxia antibiótica para endocardite infecciosa utilizando Azitromicina 500 mg via oral 1 hora antes do procedimento. A posologia de 50mg/kg via muscular é referente a dose recomendada de Ampicilina para crianças. Sendo assim, não há alternativa que contemple o gabarito, devendo a questão ser anulada. Referência Bibliográfica: LOPES & SIQUEIRA Jr. Endodontia Biologia e Técnica. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 4ª ed. 2015, cap.5. LITTLE, James W. et al. Manejo Odontológico do Paciente Clinicamente Comprometido. 7 ed. São Paulo: Elsevier, 2009. cap. 2

Resposta ao Recurso:

A questão trata sobre a profilaxia antibacteriana e sua a correta posologia em pacientes com risco de endocardite bacteriana em qualquer faixa etária (adulto ou criança), conforme bibliografia.

A referida questão não se referia especificamente sobre o esquema de tratamento profilático com o uso da Azitromicina ou faixa etária.

Entre as opções apresentadas, a única que contemplava uma resposta viável e, de acordo com o regime de profilaxia antibiótica para o procedimento odontológico em pacientes com risco de endocardite bacteriana, de acordo com a literatura listada era a opção com a letra “d”.

As demais opções apresentaram desacordos em relação a posologia das drogas mencionadas em cada alternativa.

A opção “a” apresenta o desacordo em relação ao uso de 3 gramas de penicilina, ao invés dos 2 gramas relacionado em bibliografia do edital;

A opção “b” apresenta o desacordo em relação ao uso de 2 gramas de Azitromicina, ao invés dos 500 miligramas preconizados pelo autor na bibliografia relacionada; e

A opção “c” o desacordo é relacionado ao uso de 50 mg/kg, ao invés do 15mg/kg da droga Azitromicina.

O gabarito com a questão correta relaciona o uso da penicilina, com posologia de 50 mg/kg, uma hora antes do procedimento, indicado para a abordagem em pacientes pediátricos, de acordo com a bibliografia do edital: LITTLE, James W. et al. Manejo Odontológico do Paciente Clinicamente Comprometido. 7 ed. São Paulo: Elsevier, 2009. cap. 2.

RECURSO INDEFERIDO

RECURSO – QUESTÃO 24 – ODONTOLOGIA

24. Quando as técnicas anestésicas convencionais não alcançam resultado satisfatório para controle da dor na urgência endodôntica, pode ser necessário o uso de técnicas suplementares. Considerando esta afirmação, pode-se afirmar que:

- a) a técnica intraligamentar é contraindicada em casos de necrose pulpar;
- b) as técnicas intraligamentar e intrapulpar são contraindicadas, indicadas em casos de abscesso perirradicular agudo;
- c) a técnica intrapulpar é a de primeira escolha nos casos em que a anestesia convencional é ineficaz;
- d) na técnica de anestesia intraóssea insere-se a agulha de injeção no osso trabecular.

CANDIDATO(A): Rafeale de Santana de Oliveira

O uso da injeção intrapulpar é reservado quase sempre para situações em que outras técnicas de injeção falharam ou têm o uso contraindicado. A técnica de injeção do ligamento periodontal também é frequentemente usada para suplementar técnicas de injeção malsucedidas ou apenas parcialmente bem-sucedidas. As contraindicações à injeção do ligamento periodontal incluem uma infecção ou inflamação grave no local da injeção, sendo assim ela é contraindicada nos casos de abscesso perirradicular agudo. Sendo assim, o gabarito correto é a alternativa “C” e não a “B”. MALAMED. Manual de Anestesia Local. Rio de Janeiro: Elsevier, 6ª ed, 2013. Cap.15.

Resposta: A questão deve ser **ANULADA**. Pois, existe um erro de digitação em que palavras antagônicas foram usadas nas opções de resposta da letra B da questão 24. No texto da resposta constam contraindicadas e indicadas, o que torna a opção de resposta incongruente.

Análise e justificativa abaixo:

Referência: Endodontia: biologia e técnica. Lopes H e Siqueira Jr JF. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015

RECURSO DEFERIDO A QUESTÃO DEVE SER ANULADA.

RECURSO – QUESTÃO 35 – ODONTOLOGIA

35. Criança, 6 anos, chegou ao consultório da Estratégia da Saúde da Família apresentando cárie extensa com comprometimento pulpar no elemento 75. Nos exames clínico e radiográfico verificou-se condições ideais para a realização da “pulpectomia parcial”. Após o acesso a câmara e sua limpeza, a pasta melhor indicada para a obturação dos condutos é:

- a) cimento OZE;
- b) pasta CTZ;
- c) MTA;
- d) guta-percha.

CANDIDATO(A): Rafeale de Santana de Oliveira

O MTA estimular a neoformação dentinária, apresenta atividade antibacteriana satisfatória, promove um selamento adequado, prevenindo a microinfiltração, é biocompatível e não tem potencial carcinogênico, sendo assim, é indicado nos casos de “pulpectomia parcial”. O gabarito correto da questão seria a alternativa “C” e não a “B”. Referência Bibliográfica: LOPES & SIQUEIRA Jr. Endodontia Biologia e Técnica. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 4ª ed. 2015, cap. 16.

Resposta:

A referência Lopes & Siqueira (2015), citada pela candidata, não menciona pulpectomia parcial de elementos decíduos dentre as indicações do MTA. Este material é descrito como tendo excelentes resultados como material selador em perfurações radiculares e de furca; como material selador de perfurações resultantes de reabsorções internas e externas comunicantes; como material retroobturador em cirurgias periirradicular, como material de apicificação bem como tampão apical.

Vários estudos têm demonstrado os excelentes resultados do MTA como material selador em perfurações radiculares e de furca; como material selador de perfurações resultantes de reabsorções internas e externas comunicantes; como material retroobturador em cirurgias perirradiculares; como material de apicificação bem como tampão apical. ¹⁰⁰

Já de acordo com Maia & Primo (2012), no capítulo 18, página 247, os autores descrevem que “na “pulpectomia parcial”, em que não a instrumentação não é realizada ou é limitada à entrada dos condutos (2-3 mm), e a limpeza mecânica é complementada por irrigação abundante com substâncias desinfetantes, seguida pela obturação dos condutos com pastas contendo antibióticos. Entre as pastas disponíveis, a pasta CTZ, composta por cloranfenicol, tetraciclina e óxido de zinco e eugenol, tem se destacado pela biocompatibilidade adequada e ação antimicrobiana.”

Portanto, o gabarito se mantém **letra (B), Pasta CTZ**

Dessa forma, encontra-se na literatura a associação da “pulpectomia parcial”, em que a instrumentação não é realizada ou é limitada à entrada dos condutos (2-3 mm), e a limpeza mecânica é complementada por irrigação abundante com substâncias desinfetantes, seguida pela obturação dos condutos com pastas contendo antibióticos.^{7,25,76} Entre as pastas disponíveis, a pasta CTZ, composta por cloranfenicol, tetraciclina e óxido de zinco e eugenol, tem-se destacado pela biocompatibilidade adequada¹⁵ e ação antimicrobiana.² A técnica

Portanto, o gabarito se mantém **letra (B), Pasta CTZ**

Referências Bibliográfica:

LOPES & SIQUEIRA Jr. Endodontia Biologia e Técnica. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 4ª ed. 2015, cap. 16

MAIA, L. C. & PRIMO, L. G. Odontologia integrada na infância (Odontologia Integrada UFRJ). São Paulo: Editora Santos, 2012. Cap 18, página 247)

RECURSO INDEFERIDO

RECURSO – QUESTÃO 36 – ODONTOLOGIA

36. A síndrome do dente rachado (SDR) se caracteriza pela presença de uma rachadura que envolve esmalte e dentina, que pode causar fratura completa do dente e comprometer a integridade do remanescente dental. Em relação à SDR, pode-se afirmar que:

- a) a sensibilidade a mudanças de temperatura, especialmente ao frio, é o sintoma mais relatado;
- b) os dentes mais afetados são os molares superiores, seguidos pelos pré-molares e molares inferiores;
- c) o fator etiológico mais comum é a iatrogenia promovida durante os procedimentos restauradores;
- d) o teste clínico mais confiável é o de mordida, com resultado positivo em 82 a 96,1% dos casos.

CANDIDATO(A): Rafele de Santana de Oliveira

De acordo com Lopes e Siqueira, a Síndrome do Dente Rachado acomete mais os molares e os pré-molares superiores, seguidos dos molares inferiores e sua sintomatologia pode variar bastante. Os autores citam um estudo conduzido por 1 ano de Ron e Lee, onde 96,1% dos dentes analisados respondiam ao teste “de mordida” e 81,1% das fraturas estavam orientadas em relação mesiodistal. Os autores não citam no livro que o teste clínico de mordida é o mais confiável, sendo assim não há alternativa correta na questão, devendo ela ser anulada. Referência Bibliográfica: LOPES & SIQUEIRA Jr. Endodontia Biologia e Técnica. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 4ª ed. 2015, cap. 27.

RESPOSTA AO RECURSO

A síndrome do dente rachado (SDR) é uma das causas de sintomatologia dolorosa das mais complexas. Os sintomas são variáveis dependendo da propagação da rachadura, bem como do estágio de envolvimento pulpar e da doença perirradicular quando o paciente comparece para o tratamento. Diante disso, para Baratieri et al. (2015), o teste clínico mais confiável para o diagnóstico da SDR é o teste de mordida, uma vez que apresenta resultado positivo em 82 a 96,1% dos casos. Dessa maneira, considero o recurso **INDEFERIDO**.

Referência: Baratieri, L. N. et al. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. São Paulo: Santos, 2015. Página 772.