



---

**Prova de Conhecimentos Específicos**

**1ª QUESTÃO: (3,0 pontos)**

--	--

O hidróxido de cálcio, uma vez na forma de pó, deve ser associado a uma outra substância inerte ou biologicamente ativa que permita sua veiculação para o interior do sistema de canais radiculares. Dentre as substâncias biologicamente ativas, encontra-se o paramonoclorofenol canforado (PMCC).

- a) Em que etapa do tratamento endodôntico essa associação deve ser principalmente indicada?
- b) Comente os benefícios dessa associação, explicando como se dá sua ação antimicrobiana.
- c) Explique detalhadamente a técnica de sua aplicação.

Resposta:

- a) A associação é principalmente indicada logo após a instrumentação do sistema de canais radiculares em casos de necropulpectomia tipo I ou necropulpectomia tipo II, servindo como curativo de demora antes da obturação do sistema de canais radiculares.
- b) Essa associação é benéfica; primeiro, porque o paramonoclorofenolcanforado possui pouco poder de volatilização e, dessa forma, usando sem associá-lo, dificilmente vamos conseguir atingir o terço apical do canal radicular, o limite CDC (cimento, dentina, canal) e os tecidos periapicais; segundo, porque, como o paramonoclorofenolcanforado é um veículo oleoso, ele faz com que o hidróxido de cálcio seja liberado lentamente, proporcionando uma ação mais eficaz. Associando os dois, temos a intensificação da ação antibacteriana de ambos, por proporcionar a neutralização do meio bacteriano, uma vez que o PH do hidróxido de cálcio é alcalino e microrganismos crescem em meio acidogênico. Além disso, facilita-se a regeneração pós-tratamento endodôntico, estimulando a limpeza e a indução da formação de tecido cálcico. A sua ação antimicrobiana se dá por meio da neutralização do meio bacteriano e da produção de tecido reparador.
- c) Após o término da instrumentação do sistema de canais radiculares, deveremos:
  - irrigar abundantemente os canais com hipoclorito de sódio;
  - aspirar, para posterior secagem dos canais com cones de papel absorventes estéreis no comprimento de trabalho adequado (seguindo a odontometria);
  - aplicar soluções quelantes, ácido cítrico ou EDTA, para a remoção da lama dentinária (smear layer), e promover a abertura dos túbulos dentinários, para facilitar a difusão do medicamento em questão;
  - neutralizar as substâncias quelantes com hipoclorito de sódio ou soro fisiológico, promovendo posterior aspiração e secagem;
  - manipular o medicamento, espatulando-o em uma placa de vidro com uma espátula flexível (ambas devidamente estéreis), aplicando-o ao canal radicular até

## PROAC / COSEAC - Gabarito

- preenchê-lo completamente com uma lima de calibre menor que a lima de memória ou broca lentulo;
- limpar a cavidade com álcool 70 e promover a colocação de uma bolinha de algodão estéril na câmara pulpar e posteriormente selar com restaurador temporário;
  - fazer remoção do isolamento absoluto e marcação de nova consulta para posterior obturação (desde que as condições para ela estejam de acordo com os requisitos), ou renovar o curativo, repetindo os procedimentos.

### 2ª QUESTÃO: (3,5 pontos)



Paciente D.F.H., 35 anos, procurou a clínica de Oclusão da Faculdade de Odontologia para atendimento, com queixa de desconforto no lado direito da face e dor em dentes posteriores do mesmo lado. Foi realizado o exame clínico para o estabelecimento de um plano de tratamento. No exame clínico extraoral, foi observado um aumento do desconforto no lado direito da face, na região dos músculos masseter e temporal, quando submetidos à palpação. No exame clínico intraoral, foi observado que o paciente apresentava todos os elementos dentários e sobremordida profunda. Ao realizar o movimento de lateralidade para a direita, foram observados os contatos dentários nos elementos 13/43; 28/38. Ao realizar movimento de lateralidade para a esquerda, foram observados os contatos dentários nos elementos 23/33; 24/34; 25/35; 26/36; 27/37; 28/38. Ao realizar movimento protrusivo, foram observados os contatos dentários nos elementos 11/41; 12/42; 13/43; 21/31; 22/32; 23/33; 16/47; 17/48; 26/37; 27/38. Ao manipular a mandíbula para a posição de Relação Cêntrica (RC), foi verificado contato prematuro entre os elementos 16/46. Foi verificado um transpasse vertical de 04 mm em Máxima Intercuspidação Habitual (MIH) e 05 mm em RC e um transpasse horizontal de 02 mm em MIH e 03 mm em RC. Exame radiográfico revelou espessamento do ligamento periodontal no elemento 46.

Com base no texto, responda:

- Como se realiza o exame de palpação dos músculos temporal e masseter?
- Caracterize as guias de desocclusão que o paciente apresenta no momento do exame.
- Explique a técnica de Peter Dawson para a manipulação mandibular para RC.
- Qual o significado da avaliação dos transpasses vertical e horizontal como determinantes da oclusão?

Resposta:

**a)** “O músculo temporal é dividido em três áreas funcionais, portanto cada área é palpada independentemente. A região anterior é palpada acima do arco zigomático e anterior à ATM. A região média é palpada diretamente acima da ATM e superior ao arco zigomático. A região posterior é palpada acima e atrás do ouvido.

O músculo masseter é palpado nas suas inserções superiores e inferiores. Primeiro, os dedos são colocados em cada arco zigomático (bem em frente à ATM). Os dedos

## PROAC / COSEAC - Gabarito

deslizam, então, suavemente para a porção do músculo inserida no arco zigomático, bem em frente à articulação. Uma vez palpada esta região, os dedos deslizam para a inserção inferior na borda inferior do ramo. A área da palpação está diretamente acima da inserção do corpo do músculo masseter, no ângulo mandibular.” (OKESON, p. 191-192).

**b)** Lateralidade direita: A guia de desocclusão é Guia Canina com interferência oclusal nos terceiros molares no lado de balanceio (esquerdo).

Lateralidade esquerda: A guia de desocclusão é Função em grupo total.

No movimento protrusivo: a guia anterior é determinada pelos contatos dos dentes anteriores. Entretanto, são encontradas interferências oclusais nos dentes posteriores bilateralmente. (16/47; 17/48; 26/37; 27/38)

**c)** “A técnica bi-manual de Dawson tem por objetivo um posicionamento superior do complexo côndilo-disco na fossa mandibular, contra a vertente posterior do tubérculo temporal. O paciente é colocado em decúbito dorsal, a cabeça muito levemente em hipertensão, respeitando a simetria bilateral da cabeça e dos membros em torno do plano mediano. O operador se posiciona atrás do paciente, as mãos de cada lado do rosto, os polegares no queixo, os outros dedos divididos sob a borda inferior da mandíbula, cuidando para manter um bom contato ósseo, sem tocar nos tecidos moles submandibulares. A manipulação consiste em praticar com precaução os mesmos pequenos movimentos da mandíbula, efetuando um movimento de rotação que induz a uma elevação dos côndilos. As mãos do operador mantêm o contato sem imprimir força e acompanham a mandíbula no momento de sua retrusão, sendo que os dedos percebem o limite dessa retrusão. Da mesma forma que para as outras manipulações, deve-se orientar o paciente, dizendo: “deixe os dentes se tocarem, devagar..., sem apertar...” “Diga qual lado toca primeiro...”. (ORTHLIEB, J. D. et alii., p. 41)

**d)** “A guia anterior é uma função da relação entre os dentes anteriores superiores e inferiores. A guia anterior consiste da transposição vertical e horizontal dos dentes anteriores. (...) Como o movimento mandibular é afetado pela guia anterior, as mudanças na transposição vertical e horizontal dos dentes anteriores causam mudanças nas formas de movimento vertical da mandíbula. Um aumento na transposição horizontal leva a uma diminuição do ângulo da guia anterior, menos componentes verticais de movimento mandibular e cúspides posteriores baixas. Um aumento na transposição vertical cria um aumento do ângulo da guia anterior, mais componentes verticais ao movimento mandibular e cúspides posteriores mais altas.” (OKESON, p. 106).

## PROAC / COSEAC - Gabarito

### 3ª QUESTÃO: (3,5 pontos)

--	--

Sabemos que as cirurgias bucais envolvem a manipulação de tecidos duros e moles da cavidade bucal. A respeito desses tecidos, responda:

- a) Qual é a estrutura nobre que devemos observar ao realizarmos uma incisão na região da mucosa alveolar, no nível dos pré-molares inferiores?
- b) Quais as funções do tecido ósseo, quais são as células que o compõem? Quais são as funções dessas células e qual é o principal cuidado que devemos ter ao realizarmos uma osteotomia com broca, no que diz respeito à manutenção da vitalidade das células?
- c) Quais os nervos que devemos anestésias para extração do dente 36, que fórceps devemos utilizar e que procedimentos devemos adotar para minimizar a perda óssea alveolar após a extração?

Resposta:

- a) O feixe vâsculo-nervoso que emerge do forame mentoniano.
- b) Funções: reserva de minerais, principalmente o cálcio, além das funções de suporte e proteção dos órgãos vitais. Suas células são: **osteoblasto**, que tem a função de sintetizar proteínas e proceder a mineralização; **osteoclasto**, responsável pela degradação e remoção do tecido ósseo; **osteócito**, que mantém com o osteoblasto um complexo necessário à manutenção e à vitalidade da matriz óssea. A principal preocupação que devemos ter ao realizar uma osteotomia com broca é a refrigeração do osso com uma abundante irrigação do local, além da proteção das estruturas nobres.
- c) Devemos anestésias os nervos alveolar inferior e o bucal. O fórceps a ser utilizado é o de número 17 e para minimizar a perda óssea no local da extração, podemos instalar imediatamente um implante osseointegrável ou proceder à regeneração óssea guiada com ou sem o auxílio de biomateriais.