



Concurso Público para provimento de vagas de cargos Técnicos  
Administrativos  
Edital 63/2013

Chave de Correção da Prova Discursiva

Cargo: NS-19 - Odontólogo - para pacientes com necessidades especiais

**Questão 1**

Conduta pré-operatória: conhecer a razão normalizada internacional (INR) atual (dentro das 24 horas antes da realização do procedimento cirúrgico). Se a INR estiver dentro da faixa terapêutica (INR 2,0-3,5), a exodontia poder ser realizada sem interrupção ou alteração do uso da varfarina sódica. Uma outra opção seria trocar a varfarina por heparina no dia da cirurgia, pois esta apresenta uma meia-vida de 6 horas apenas.

Conduta trans-operatória: realizar medidas locais para o controle do sangramento, como o uso de selante de fibrina, esponja de colágeno ou celulose, realização de sutura, compressão com gaze, aplicação intra-alveolar de ácido trenexâmico ou ácido  $\epsilon$ -aminocapróico. Conduta pós-operatória: orientações sobre a dieta (líquida/pastosa fria), indicar o uso de compressas de gelo nas primeiras 24 horas, indicação de enxaguatório bucal com ácido trenexâmico ou ácido  $\epsilon$ -aminocapróico (opcional), alertar para não realizar bochechos e dormir com a cabeça elevada (dois travesseiros).

**Questão 2**

Para receber a totalidade do ponto, o candidato deverá apresentar 5 características próprias da Síndrome de Down que podem interferir no tratamento odontológico, tais como:

Macroglosia – dificuldade de realizar isolamento absoluto devendo por isso ser planejado o uso de materiais mais biocompatíveis.

Retenção prolongada de dentes decíduos – deve planejar adequadamente as exodontias para promover erupção correta dos permanentes.

Retardo mental – dependendo do grau, pode dificultar muito o atendimento, devendo o dentista realizar técnicas adequadas de controle de comportamento, restrição física ou em último caso, anestesia geral.

Presença de cardiopatia de risco para endocardite – planejar a indicação de antibioticoterapia prévia a procedimentos invasivos e não realizar terapias pulpares em dentes decíduos.

Características orais, tais como, gengivite, presença de maloclusão, respiração bucal que necessitarão de um planejamento mais direcionado para cada alteração.

Presença de outras doença associadas a Síndrome, como Diabetes e Leucemia, que necessitará de cuidados prévios específicos antes do atendimento, de acordo com a orientação do médico.

**Questão 3**

As principais manifestações bucais da DRC são:

- palidez da mucosa oral;
- xerostomia;
- pigmentação da mucosa oral;
- parotidite;
- disgeusia;
- candidíase;
- petéquias e equimoses;
- hipoplasia de esmalte;
- osteodistrofia;
- estomatite uremica;
- maior formação de cálculo dental
- periodontite

Os cuidados que o cirurgião-dentista deve ter com seu paciente com DRC pode ser dividido e:

DRC pré-diálise (Referencia: pág 188 Little):

- consultar médico sobre o controle da doença renal do paciente;
- evitar tratamento odontológico sempre que o pacientes estiver descontrolado;
- solicitar exames complementares para desordens sanguíneas quando houver necessidade de cirurgia ( tempo de sangramento, contagem de plaquetas, hematócrito e hemoglobina);
- monitorar pressão arterial;
- evitar medicamentos nefrotóxicos tais como: acetaminofen, acyclovir, aspirina, anti-inflamatórios não esteroidais;
- ajuste da dosagem do medicamento , principalmente, antibióticos;

DRC em diálise:

- consultar médico sobre o controle da doença renal do paciente;
- evitar tratamento odontológico sempre que o pacientes estiver descontrolado;
- solicitar exames complementares para desordens sanguíneas quando houver necessidade de cirurgia ( tempo de sangramento, contagem de plaquetas, hematócrito e hemoglobina);
- monitorar pressão arterial;
- evitar medicamentos nefrotóxicos tais como: acetaminofen, acyclovir, aspirina, anti-inflamatórios não esteroidais;
- ajuste da dosagem do medicamento , principalmente, antibióticos;
- evitar tratar o paciente no mesmo dia da diálise (melhor tratá-lo no dia seguinte);
- profilaxia antibiótica;
- considerar o uso de corticoides;
- avaliar função hepática e presença de infecções oportunistas (ex: hepatite B ou C , e HIV)

**Questão 4**

**Em relação à cirurgia:**

**Cuidados no pré-cirúrgico**

- Eliminação de processos bucais infecciosos ou inflamatórios crônicos
- Estresse
- Tempo de recuperação cirúrgica

**Cuidados no pós-cirúrgicos**

- Funções vitais de respiração, fala, deglutição e mastigação
- Estética - aspecto social

**Em relação à radioterapia:**

**Cuidados pré-tratamento radioterápico**

- Motivação do paciente

- Eliminação de processos bucais infecciosos ou inflamatórios crônicos
- Exodontias prévias de dentes comprometidos: 1 semana no mínimo / Fechamento primário do alveolo / Alveolectomia para unir as bordas da ferida cirúrgica

### **Cuidados pós-tratamento radioterápico**

Bloqueador de radiação com janela para o feixe radioterápico; preferência para radioterapia de intensidade modulada

Prevenir e controlar as complicações bucais:

Mucosite – colutório benzidamina para prevenir e tratar a mucosite

Hipossalivação – medicamento betanecol durante a radioterapia para minimizar a hipossalivação; uso de estimulantes salivares mecânicos e gustatórios e saliva artificial.

Cáries de radiação - exames bucais frequentes, higiene oral intensificada e aplicação de flúor tópico não acidulado com maior frequência, para minimizar e controlar as cáries de radiação

Hipogeusia – resolve com o tempo; piora com a hipossalivação

Trismo – melhora com o tempo; fisioterapia pode ajudar em alguns casos

Disfagia – A fibrose da orofaringe pode resultar em pneumonia por aspiração. A fisioterapia pode ajudar, mas muitos casos são refratários ao tratamento.

Anomalias dentárias – Quando a radioterapia é realizada em crianças. Realizar cuidados odontológicos de rotina. Atenção para erupção dentária.

Infecções oportunistas – diagnosticar e tratar precocemente. Para a candidíase, que é mais frequente, usar medicamentos tópicos como nistatina e miconazol como primeira linha de tratamento.

Osteorradionecrose – Minimizar o risco prevenindo e controlando infecções e injúrias bucais; evitar extrações. Uma vez instalada, realizar o controle clínico com higienização da área exposta, uso de antimicrobianos tópicos e tratamento de infecções secundárias. Se houverem sequestros ósseos, pode-se realizar a remoção cirúrgica. O tratamento com oxigenação hiperbárica pode ser indicado.

### **Questão 5**

A) Lúpus eritematoso sistêmico

- Avaliação geral do paciente e envolvimento da doença (acometimento renal, cardíaco...)

- Risco de endocardite infecciosa, a profilaxia antibiótica é recomendada pela Lupus Foundation of America website, principalmente naqueles usando imunossupressores, embora não haja evidência científica para esta conduta .

- Exames laboratoriais: hemograma e coagulograma

○ Leucopenia – associada ao uso de corticosteróides e drogas citotóxicas. Considerar uso de antibióticos pré e pós-operatórios

○ Plaquetopenia - < 50.000 mm<sup>3</sup> pode resultar em sangramento

○ TTP aumentado associado ao anticoagulante lúpico, geralmente não leva ao sangramento

- Interações medicamentosas:

○ Aspirina e AINS – aumentam o tempo de sangramento

○ Antimaláricos e agentes citotóxicos – causam mucosite; além de leucopenia e trombocitopenia.

○ Corticosteróides – supressão da adrenal. Pode haver necessidade de profilaxia antibiótica.

- Em caso de lesões bucais de lúpus, o tratamento é sintomático com corticóides tópicos

- Associação com a síndrome dos anticorpos antifosfolídeos (coagulante lúpico ou anticorpo anticardiolipina) – caracterizada por eventos trombóticos, anemia hemolítica, alterações cardíacas, neurológicas e cutâneas

## B) Síndrome de Sjogren

Realizar testes de função salivar como a sialometria, que pode ser total ou de glândulas isoladas, pelas técnicas em repouso ou estimulada. A cintilografia, com verificação de captação do tecnésio também verifica a resposta das glândulas salivares maiores. A biópsia de glândulas salivares acessórias do lábio inferior é um dos exames importantes para fechar o diagnóstico da síndrome, como define o critério da *American College of Rheumatology* (2012).

Para fechar o diagnóstico da síndrome de Sjogren é necessária a presença de dois dos três itens a seguir: 1. Sôrologia positiva para anti-SSA e/ou anti-SSB ou [fator reumatóide positivo e anticorpo antineclear (ANA)  $\geq$  1:320]; 2. Coloração ocular de graduação  $\geq$  3; 3. Presença de sialadenite linfocítica focal com graduação de focos  $\geq$  1 foco/4mm<sup>2</sup> nas biópsias de glândulas salivares labiais. *(Não é necessário citar todos os critérios, mas pelo menos dizer que a biópsia faz parte dos critérios)*

No manejo do paciente é necessário cuidados em relação aos seguintes problemas bucais:

- Hipossalivação – Beber bastante líquidos e mastigar intensamente os alimentos. Enquanto o paciente ainda produz saliva: uso de estimulantes salivares mecânicos e gustatórios e medicamentos sialorréicos como pilocarpina, cevimelina e betanecol. Quando a produção salivar é muito pouca ou nenhuma, prescrever saliva artificial.
- Cáries e doença periodontal - exames bucais frequentes, higiene oral intensificada e aplicação de flúor tópico não acidulado, com maior frequência, para minimizar e controlar as cáries.
- Infecções oportunistas, principalmente a candidíase - usar medicamentos tópicos como nistatina e miconazol como primeira linha de tratamento. Não resolvendo utilizar o fluconazol, 100 mg por dia.
- Linfoma – Desenvolve em cerca de 5% dos pacientes com Sjogren primária. Atenção para o diagnóstico precoce.