



Estratégia
CONCURSOS

Aula 00

Endodontia p/ Concursos de Odontologia

Professor: Letícia Andrade

AULA 00: Biologia pulpar
Diagnóstico em endodontia
Patologia pulpar e perirradicular

SUMÁRIO	PÁGINA
1. Apresentação	2
2. Cronograma	2
3. Complexo dentino pulpar	3
3.1. Embriologia do complexo dentino pulpar	3
3.2. Dentina	4
3.3. Túbulos dentinários	6
3.4. Polpa	6
3.5. Inervação da polpa	9
4. Diagnóstico em endodontia	11
5. Patologia pulpar e perirradicular	14
5.1. Pulpite reversível	15
5.2. Pulpite irreversível	18
5.3. Necrose pulpar	26
5.4. Periodontite apical aguda	29
5.5. Abscesso perirradicular agudo	29
5.6. Periodontite apical crônica	32
5.7. Granuloma perirradicular	34
5.8. Cisto perirradicular	34
5.9. Abscesso perirradicular crônico	35
6.0. Questões	38
7.0 Referências	50

1. APRESENTAÇÃO

Olá!! Sejam bem-vindos ao curso de Endodontia para concursos! A endodontia, de forma geral, sempre está presente nas provas de concurso público, pois é uma especialidade muito presente no dia a dia do cirurgião-dentista, e por isso, muito visada em concursos públicos.

Meu nome é Letícia de Andrade Zagatto, sou cirurgiã-dentista, especialista em Endodontia, e nesse curso pretendo abordar a Endodontia da forma que é cobrada em concursos. Os tópicos que estão mais presentes nos editais estarão presentes também em nosso curso.

A proposta das aulas em PDF é facilitar o seu estudo, pois estará sendo direcionado aos tópicos mais cobrados em prova, assim como sempre farão parte do conteúdo várias questões relacionadas a cada tópico, com gabarito e comentário em todas elas, e isso ajuda muito na fixação da disciplina.

2. CRONOGRAMA

O curso abordará os seguintes tópicos:

Aula 00	Biologia pulpar e perirradicular Diagnóstico em endodontia Patologia pulpar e perirradicular
Aula 01	Anatomia interna e acesso coronário Radiologia aplicada à endodontia
Aula 02	Instrumentos endodônticos Preparo químico mecânico
Aula 03	Soluções químicas auxiliares do preparo biomecânico dos canais radiculares Medicação intra canal
Aula 04	Materiais obturadores Princípios e técnicas de obturação
Aula 05	Tratamento de dentes com rizogênese incompleta
Aula 06	Traumatismo dentário Relação endo-perio

Se houver alguma dúvida, sugestão, etc, estarei disponível pelo FÓRUM, é só enviarem o questionamento que responderei assim que possível!

Prontos para começar? Então vamos lá!

3. COMPLEXO DENTINO PULPAR

O complexo dentinopulpar é o nosso principal objeto de estudo na primeira parte da aula. A dentina e a polpa são tecidos que estão intimamente ligados em relação à anatomia e fisiologia, e por isso são considerados um complexo. O esmalte e o cemento agem como camadas protetoras naturais, e quando essas camadas são perdidas, a polpa e a dentina podem responder de diversas maneiras. Através dos túbulos dentinários, estímulos na dentina podem atingir a polpa com grande frequência.

A polpa dental conecta-se com o ligamento periodontal através do forame apical(is) e lateral(is), por esse motivo, alterações no tecido pulpar podem afetar os tecidos radiculares (ligamento periodontal, osso alveolar e cemento).

A compreensão dos aspectos diversos do complexo dentinopulpar nos leva a entender como esse complexo reage frente à agressões e quais serão as consequências, alvo do nosso estudo na aula de hoje.

3.1 Embriologia do Complexo Dentino Pulpar

O dente deriva de dois tipos de tecido embrionários básicos: ectoderma e ectomesênquima.

ECTODERMA: origina o esmalte

ECTOMESÊNQUIMA: origina a dentina, polpa e os tecidos periodontais

Durante o processo de formação do dente, haverá a diferenciação desses tecidos, que inclui o espessamento do ectoderma oral, formação da lâmina dentária, e então o desenvolvimento dentário, que é dividido em 3 estágios, denominados de acordo com o desenvolvimento do germe dentário: fase de botão, capuz e campânula. Na fase de campânula, o tecido localizado dentro da invaginação é conhecido por papila dentária e será responsável por originar dentina e polpa.

Os tecidos periodontais são originários do ectomesênquima que envolve o órgão do esmalte e a papila dentária e forma o folículo (ou saco) dentário.

Não é função desta aula descrever detalhadamente todo o processo de formação da face e dentes, mas a questão mais importante aqui é saber a origem

embrionária do dente e tecidos circundantes, bem como a função de cada um (o que vai se originar daquele tecido, se é o esmalte, dentina, polpa, etc). Segue abaixo um quadro com resumo:

Tabela 1 - Formação do Dente e dos Tecidos Perirradiculares

Componentes do germe dentário	Células do germe dentário	Produto/resultado
Órgão do Esmalte	Alça cervical	Bainha epitelial de Hertwig
	Epitélio externo do esmalte	
	Retículo estrelado	
	Estrato intermediário	Epitélio reduzido do esmalte
	Epitélio interno do esmalte	Inserção epitelial primária
Papila dentária	Epitélio interno do esmalte	Ameloblastos
	Odontoblastos	Esmalte Forma da Coroa
Folículo dentário	Papila dentária	Dentina Forma da Coroa
	Células mesenquimais indiferenciadas, fibroblastos	Polpa
	Cementoblastos Fibroblastos Osteoblastos	Cimento Ligamento Periodontal Osso Alveolar

Lopes & Siqueira, 2015.


Resumindo

Observando esse quadro pode-se entender que:

1. O esmalte dentário é originado pelo órgão do esmalte, que por sua vez, tem sua origem de um tecido ectodérmico.
2. A dentina e polpa dental são formadas pela papila dentária, na fase de campânula, que tem a origem de um tecido ectomesenquimal (ectomesênquima).
3. O cimento, ligamento periodontal e osso alveolar, são formados pelo folículo dentário, que também tem origem do ectomesênquima.

3.2 DENTINA

A dentina é o tecido responsável pelo maior volume do dente, sua composição é de 70% de material inorgânico, 10% de água e 20% de matriz orgânica, composta

principalmente de colágeno (90%). O colágeno tipo I é o mais abundante, mas o tipo V também pode ser encontrado.

A dentina funciona como um “amortecedor” do esmalte, pois compensa a rigidez desse através da sua elasticidade, evitando que ele venha a se fraturar.

Existem vários tipos de dentina, a saber:

- Dentina do manto: é a primeira a ser formada e está localizada imediatamente abaixo do esmalte e cemento
- Dentina primária: depositada durante a formação fisiológica do dente
- Pré-dentina: localizada entre a camada odontoblástica e a dentina mineralizada. A função da pré-dentina é evitar que ocorra reabsorção pelo contato entre a polpa e dentina mineralizada.
- Dentina intratubular: reveste o interior dos túbulos dentinários
- Dentina intertubular: circunda a dentina intratubular (constitui grande parte da massa dentinária)
- Dentina secundária: também é depositada fisiologicamente, após a raiz estar formada e o ápice ter alcançado o estágio final de desenvolvimento
- Dentina terciária: é formada em resposta a estímulos externos. Pode ser categorizada em reacional ou reparadora.
 - ✓ *Dentina reacional*: formada por odontoblastos que sobreviveram à injúria e exibem túbulos contínuos com a dentina secundária.
 - ✓ *Dentina reparadora*: formada por células recém-diferenciadas, semelhantes aos odontoblastos, que substituem os odontoblastos originais que foram destruídos pelo estímulo. Nessa dentina, os túbulos não são contínuos com os da dentina secundária.
- Dentina esclerosada (ou esclerótica): caracterizada pela obliteração total ou parcial dos túbulos dentinários.



Concurso do Exército Brasileiro – Endodontia - 2010

A camada que evita que ocorra reabsorção pelo contato, entre a dentina mineralizada e a polpa, é a(o)?

- a) Pré-dentina.
- b) Esmalte.
- c) Cemento.
- d) Dentina.

Como acabamos de ver na questão, a pré-dentina é a responsável para que isso não ocorra.

GABARITO: A

3.3 TÚBULOS DENTINÁRIOS

Estão presentes em toda a extensão da dentina, tendo seu diâmetro maior voltado para a polpa, e o menor para a periferia. A densidade tubular também é mais próxima à polpa, com aproximadamente 65.000 túbulos/mm², quando na junção amelodentinária é de aproximadamente 15.000 túbulos/mm².

Qual a principal função dos túbulos dentinários? Qual a sua importância? Podemos citar aqui a permeabilidade e sensibilidade. A permeabilidade permite que qualquer material aplicado à dentina possa atingir a polpa. Quanto à sensibilidade dentinária, a teoria atualmente mais aceita é a hidrodinâmica, que considera que estímulos possam induzir a movimentação do fluido dentinário no interior dos túbulos, seja em direção à polpa ou em direção à periferia. Esses estímulos provocam dor, seja qual for sua origem (calor, frio, mastigação, doces, jato de ar, etc).

3.4 POLPA

A polpa é um tecido conjuntivo frouxo, ricamente vascularizado e inervado, constituído de células, matriz extracelular, vasos sanguíneos e nervos. Suas principais funções são:

- Formativa (odontoblastos)
- Sensitiva (inervação sensorial)

- Nutritiva (vascularização pulpar)
- Defensiva (produção de dentina terciária e/ou esclerosada; dentes com polpas sadias são bastante resistentes à infecção bacteriana)

O odontoblasto é a célula mais característica do complexo dentinopulpar, sendo mais numerosos na região coronária da polpa e menos numerosos na região radicular.

Outras células também estão presentes na polpa, como os fibroblastos, células-tronco mesenquimais indiferenciadas e as células de defesa. O fibroblasto é a célula mais abundante da polpa, é responsável pela produção e manutenção do colágeno. Estas células podem se diferenciar em células semelhantes a odontoblastos em resposta à injúria e à estimulação.

Colágenos tipo I e III correspondem à maioria do total de colágeno do tecido pulpar.

ZONAS DA POLPA

A polpa pode ser dividida em 4 zonas:

- *Camada odontoblástica*: é a mais periférica da polpa, está adjacente à pré-dentina.
- *Zona pobre em células (ou zona de Weil)*: contém capilares sanguíneos, uma rica rede de fibras nervosas (formando o plexo de Rashkow) e processos fibroblásticos.
- *Zona rica em células*: como indica seu nome, é uma zona com muitas células, como fibroblastos, células-tronco indiferenciadas e células imunes. Ela é mais proeminente na polpa coronária que na radicular.
- *Zona central da polpa (ou polpa propriamente dita)*: é a região mais central da polpa, e também contém vasos sanguíneos, nervos, fibroblastos e outras células.



Lopes & Siqueira, 2015.



Prefeitura municipal de Lagoa Santa – 2015 – IBGP

De várias perspectivas, a polpa é um tecido único. Com relação às zonas morfológicas da polpa, é INCORRETO afirmar que:

- A camada mais externa das células da polpa saudável é a camada de odontoblastos. Essa camada se localiza imediatamente abaixo da pré-dentina.
- Imediatamente subjacente à camada odontoblástica na polpa coronária, existe uma camada evidente contendo uma proporção relativamente alta de fibroblastos, denominada zona rica em células.
- A camada de odontoblastos na polpa da coroa contém mais células por unidade de área do que a polpa radicular.
- A zona pobre em células, que mede aproximadamente 40µm de largura, é atravessada por capilares sanguíneos, fibras nervosas não mielinizadas e por pequenos processos citoplasmáticos de fibroblastos.

A resposta incorreta da questão é a letra B, pois subjacente à camada de odontoblastos está a camada pobre (ou livre) em células, e não a camada rica em células como afirma a questão.

GABARITO: B

Dentista – Endodontia – Pref. Tuntum/MA – 2009 - CONSEP

As seguintes camadas ou zonas são observadas na polpa coronária periférica, de fora para dentro, respectivamente:

- a) dentinoblástica, acelular, parietal de nervos e rica em células.
- b) dentinoblástica, parietal de nervos, acelular e rica em células.
- c) dentinoblástica, acelular, rica em células e parietal de nervos.
- d) dentinoblástica, rica em células, parietal de nervos e acelular.

A questão trouxe nomes diferentes para as camadas da polpa. Camada dentinoblástica é a camada odontoblástica e a parietal de nervos é a zona central da polpa, que também contém uma rica inervação.

GABARITO: C

INERVAÇÃO DA POLPA

O tecido pulpar é bastante inervado, podendo ter de 1.000 a 2.000 nervos penetrando em um único dente – 80% amielinizados e 20% mielinizados.

A inervação da polpa é originada das divisões maxilar e mandibular do nervo trigêmeo (V par craniano).

Esse assunto de inervação da polpa cai muito em provas, sugiro que memorizem, pois as bancas têm o costume de trocar as informações de um pelo outro, causando confusão na hora de responder às perguntas.

A inervação sensorial da polpa é realizada por 3 tipos principais de fibras nervosas: A-β, A-δ e C.

- **A-β:** mielinizadas, rápida velocidade de condução, estão em menor número percentual.
- **A-δ:** mielinizadas, rápida velocidade de condução, baixo limiar de excitabilidade. Elas mediam dor aguda e transitória, como a sensibilidade dentinária.
- **C:** amielínicas, baixa velocidade de condução, alto limiar de excitabilidade. Quando estimuladas, produzem dor excruciente, lenta, difusa, característica de pulpite irreversível. As fibras tipo C são mais resistentes ao aumento de pressão tecidual e à hipóxia quando comparadas às do tipo A.

OBS: a inervação é mais numerosa na polpa coronária do que na polpa radicular.



Dentista – Endodontia – Pref. Tuntum/MA – 2009 – CONSEP

Com relação à inervação do complexo dentina-polpa, é correto afirmar que:

- a) a polpa dentária é inervada, principalmente por feixes aferentes sensitivos do nervo trigêmeo e ramos simpáticos do gânglio cervical superior.
- b) as fibras delta A apresentam diâmetro menor e são condutores lentos. As fibras C apresentam diâmetro maior e são condutores relativamente rápidos.
- c) na camada odontoblástica existe o plexo de nervos, chamado de plexo de Raschkow.
- d) as fibras C são associadas à dor aguda localizada.

A letra “b” está errada pois as fibras delta A são condutores rápidos, e as fibras tipo C são condutores lentos. A “c” está incorreta pois o plexo de Raschkow está na camada pobre em células. A “d” está incorreta pois as fibras C estão associadas à dor difusa, e não localizada.

GABARITO: A

Quando sofre agressão, a polpa responde. A cárie é a causa mais comum de agressão ao complexo dentinopulpar, e através dos túbulos dentinários, os produtos e toxinas bacterianas podem alcançar a polpa dental. Os principais mecanismos de resposta pulpar à agressão são:

- I. Redução da permeabilidade dentinária
- II. Formação de dentina terciária
- III. Resposta imune

A resposta da polpa vai depender do tipo do estímulo, sua severidade e tempo de duração. Podem desenvolver-se individualmente ou as três ao mesmo tempo. Todas são consideradas maneiras da polpa proteger-se da agressão que vem sofrendo.

A redução da permeabilidade dentinária ocorre através do aumento do fluxo de fluidos para o exterior, da indução do revestimento dos túbulos com proteínas plasmáticas e produção de dentina esclerosada. A produção de dentina esclerosada pode estar presente em até 95% dos dentes com processo carioso.

Como já citado anteriormente, quando expliquei sobre os tipos de dentina existentes, sempre que há um estímulo nocivo à polpa, sendo o mais comum a cárie, pode haver a produção de dentina terciária como uma barreira de proteção para a polpa dental. Normalmente é formada abaixo de cárries superficiais ou de progressão lenta.

Em casos de estímulos suaves/moderados, não há a morte dos odontoblastos, e estes conseguem produzir dentina reacional, porém, quando o estímulo é agressivo, pode haver a morte dos odontoblastos, e a partir de células recém-formadas e originadas de células tronco-mesenquimais indiferenciadas, será formada a dentina reparadora.

4. DIAGNÓSTICO EM ENDODONTIA

Para realizarmos um correto diagnóstico endodôntico, é necessário nos atentarmos não apenas para as questões clínicas e radiográficas, mas também fazer uma avaliação sistemática do paciente, envolvendo anamnese (exame subjetivo), exame físico (exame objetivo) e os exames complementares. Juntando-se todas essas informações, vamos chegar ao correto diagnóstico das patologias endodônticas.

A anamnese deve constar dados como a queixa principal do paciente, a história médica e odontológica (quando deu-se o início da dor, características, evolução, se houveram tratamentos prévios, etc). As condições gerais de saúde do paciente também devem ser verificadas, pois qualquer doença ou problema que o paciente venha a ter, pode interferir na abordagem e no tratamento odontológico.

No exame objetivo do paciente, que é o exame clínico, devemos observar, antes da avaliação intra oral, avaliar a face do paciente (inchaços, edemas, alterações de textura e cor da pele) e até mesmo a expressão do paciente pode indicar-nos uma dor significativa, de grande intensidade.

Na inspeção bucal deve-se observar o dente afetado, a cor da coroa, restaurações, exposição pulpar, presença de cárie. Mas também deve-se verificar as demais regiões da mucosa bucal, verificando se há presença de tumefação, fístula e qualquer outra alteração dos tecidos moles.

A palpação deve ser realizada não só na região da face a ser examinada, mas também bilateralmente. A palpação apical deve ser feita delicadamente com a ponta do dedo indicador, verificando se há alguma irregularidade ou dor.

O exame de percussão horizontal e vertical também devem ser realizados com delicadeza, podendo-se empregar o dedo indicador, percutindo a coroa do dente. Se essa manobra resultar negativo, está indicado o uso do cabo do espelho, percutindo a coroa do paciente, perpendicularmente à mesma ou no sentido do seu eixo. A percussão vertical tem sido associada à inflamação de origem endodôntica; enquanto a dor relacionada com percussão horizontal com percussão horizontal está associada à problemas periodontais.

A mobilidade dentária é verificada com 2 instrumentos metálicos, apoiados na superfície dentária ou utilizando um instrumento metálico e um dedo. Aplica-se uma força no dente, na intenção de movimentá-lo. A mobilidade é classificada da seguinte forma:

- Grau 1: ligeiramente maior que a normal;
- Grau 2: moderadamente maior que a normal;
- Grau 3: mobilidade grave verticulolingual e mesiodistal, combinada com deslocamento vertical.

A sondagem periodontal é feita para verificação se há ou não a normalidade do periodonto. Deve-se verificar as faces vestibular e lingual/palatina em 3 pontos pelo menos, e verificar também a região de furca. Há muitas vezes, a necessidade de se lançar mão de mais exames, tais como os complementares. Os exames complementares mais comuns em odontologia são: exames radiográficos, exames hematológicos, provas bioquímicas do sangue e biópsia.

Testes térmicos: frio e calor. São muito utilizados em endodontia, sendo fundamentais no diagnóstico da condição pulpar.

TESTE PELO FRIO: o profissional usa um bastão de gelo, a neve carbônica (gelo seco) e o spray de fluido refrigerante (“gás refrigerante”) para esse teste.

Técnica:

- Isolamento do dente (relativo ou absoluto)
- Aplicação do gás sobre cotonete ou pelota de algodão com uma pinça por no máximo 5 segundos.
- Se houver necessidade de repetição, aguardar pelo menos 5 minutos.

TESTE PELO CALOR: o calor é transferido ao dente através de água morna, aquecimento da superfície dental por taça de borracha ou aplicação de bastão de guta-percha aquecida, que é o mais utilizado.

Técnica:

- Isolamento do dente (relativo ou absoluto)
- Aplicação de gel isolante na superfície do dente
- Aquecimento da ponta do bastão de guta percha
- Aplicação da guta percha no dente a ser examinado enquanto ainda estiver brilhosa

O teste da anestesia seletiva é utilizado quando o paciente relata dor difusa ou reflexa (dor referida). O teste deve ser realizado quando é possível anestesiá somente o dente suspeito de causar a dor. Com isso, consegue-se verificar qual é o dente algógeno (que provoca a dor) e o dente sinálgico (que reflete a dor).

O teste da cavidade é um teste mais invasivo. Sem anestesia, com broca de alta rotação inicia-se a realizar uma cavidade no dente, se acusar dor, tem vitalidade. Se não houver resposta, deve-se avançar até fazer a cirurgia de acesso, até que a trepanação seja obtida.

No teste pulpar elétrico é utilizado um aparelho conhecido como *pulp tester*. Ele tem demonstrado grande eficácia, coadjuvante ao teste térmico com o frio. Para uso do aparelho, o dente deve estar seco, receber isolamento relativo ou absoluto. Se for feito o relativo, é melhor colocar borracha de afastamento dentário para evitar que a corrente elétrica seja transmitida aos dentes vizinhos.

Quanto à testes de identificação de fraturas, pode-se utilizar a técnica da mordida ou uso de corantes. A técnica da mordida, consiste em se pedir que o paciente morda com o elemento suspeito alguma superfície com flexibilidade ou não, como rolo de algodão, sugador, palito de madeira, ou instrumentos metálicos, para que a trinca fosse estimulada a abrir e a dor fosse estimulada. Hoje em dia, verifica-se dispositivos específicos para esse fim, como o *Tooth Sloth* e os detectores *Fracfinder*.

A técnica de identificação de fraturas com o uso de corantes consistem em impregnar a região suspeita da fratura com solução aquosa de azul de metileno de 1 a 2%, removendo-se o seu excesso com ácido fosfórico gel à 37%.



Cirurgião-Dentista em saúde pública – Endodontia – FUNDASUS – 2015 – AOCP

Quais são os testes que dispomos para testar a vitalidade de uma polpa dental?

- (A) Frio, Percussão e Calor.
- (B) Frio e Calor.
- (C) Calor, Elétrico, Percussão.
- (D) Frio, Calor, Elétrico e Cavidade.
- (E) Frio, Calor, Cavidade e Percussão.

Questão fácil! A resposta correta é a D. A letra B pode até estar correta, mas está incompleta. A assertiva E indica também a percussão, que é um teste para verificação do acometimento dos tecidos perirradiculares, e quando houve acometimento dos tecidos perirradiculares, a polpa já está necrosada.

GABARITO: D



5. PATOLOGIA PULPAR E PERIRRADICULAR

Daremos início agora ao estudo das patologias pulpar e perirradicular, que são as “consequências” de estímulos nocivos sofridos pela polpa. Estes, em sua maioria, são de natureza inflamatória e etiologia infecciosa, ou seja, através da agressão sofrida, em grande parte a cárie, causará uma injúria na região, e com isso, o dente reagirá com a inflamação, para combater esse estímulo prejudicial.

Mais uma vez, a intensidade da resposta dependerá do tipo de agressão e sua intensidade. Quando essa agressão é persistente e não se consegue combatê-la pelos mecanismos inespecíficos de defesa, instala-se um processo crônico, que tem caráter específico.

A polpa, frente à uma agressão, reage com inflamação. Quanto mais essa agressão aproxima-se da polpa, mais ela vai estimular uma reação inflamatória. A polpa, quando em contato com as bactérias, não necrosa automaticamente por inteiro. A inflamação da polpa acontece por “compartimentos”, ou seja, logo abaixo da região afetada diretamente, haverá o desenvolvimento de eventos vasculares típicos da inflamação, mas o tecido próximo ao local, pode apresentar características de normalidade. Porém, conforme as bactérias avançam em direção apical, a polpa vai se tornando gradativamente inflamada, necrosada e infectada, e assim, a infecção vai seguindo até comprometer toda a polpa radicular. Por isso, podemos encontrar diversos estágios de inflamação na polpa, por ex: a polpa coronária pode apresentar-se necrosada e a área adjacente severamente inflamada, e a polpa radicular estar minimamente afetada ou até normal.

A classificação das patologias pulpares e perirradiculares são:

- Pulpite Reversível
 - Pulpite Irreversível
 - Necrose Pulpar
 - Periodontite Apical Aguda
 - Abscesso Perirradicular Agudo
 - Periodontite Apical Crônica
 - Granuloma Perirradicular
 - Cisto Perirradicular
 - Abscesso Perirradicular Crônico
-
- Pulpares
- Periradiculares

Essa parte da aula é muito importante, pois cai muito em provas de concurso! Veremos isso pela quantidade de questões que abrangem esses tópicos. É muito importante compreender cada uma das lesões e também resolver muitas questões, pois, normalmente, elas são parecidas e cobram a matéria da mesma forma, apresentando um caso clínico e questionando qual o diagnóstico e tratamento.

5.1 PULPITE REVERSÍVEL

É uma inflamação inicial da polpa, que a reparação tecidual acontece se o agente agressor for removido. Se isso não acontecer, a inflamação pode tornar-se mais grave e avançar para uma pulpite irreversível.

Apresenta vasos sanguíneos dilatados, histologicamente conhecido como hiperemia. Pode estar acompanhado de um infiltrado leve a moderado de células inflamatórias. A polpa encontra-se geralmente organizada.

O paciente pode relatar ter dor aguda, rápida, localizada e fugaz, em resposta à estímulos que normalmente não provocam dor. A dor cede poucos segundos após a remoção do estímulo. A sensibilidade do dente afetado é muito parecida com os dentes homólogos.

As fibras afetadas pela sensibilidade causada na pulpite reversível são as fibras mielínicas A- δ , que são responsáveis pela dor e inervação dentinária. Ou seja, não há dor espontânea na pulpite reversível. O aumento de pressão causada pelo edema pode diminuir o limiar de excitabilidade dessas fibras, fazendo com que a fibra fique em estado de hipersensibilidade. Por isso os estímulos que normalmente não causam dor, passam a fazê-lo (como a queixa ao frio).

Pode ser verificado clinicamente cárie ou restauração.



Testes pulpar(es)!!

- Calor: pode causar dor tardia ou dor aguda e imediata.
- Frio: provoca dor aguda, rápida, localizada, que passa logo ou poucos segundos após a remoção da fonte estimuladora. A resposta é bastante parecida com a de uma polpa normal
- Elétrico: a intensidade de corrente elétrica necessária para o paciente acusar um formigamento ou sensação de queimação é igual ou levemente inferior a de um dente normal, usado como controle.
- Cavidade: provoca dor, indicando a vitalidade pulpar. Esse teste pode ser fundamental em dentes que tem grandes restaurações, não respondendo aos testes de calor/frio e elétrico.

À palpação, a resposta é negativa. Radiograficamente, não encontram-se alterações periapicais, e pode acusar cárie ou restaurações extensas na porção coronária.

Tratamento!!! Consiste em remover a cárie ou restauração e aplicar um curativo à base de óxido de zinco e eugenol (que possui efeito analgésico e anti-

inflamatório). Após 7 dias é feito uma nova avaliação e considerado a realização de uma nova restauração.



Prefeitura municipal de Fernandópolis – SP – 2015 – IBFC

A polpa normal está livre de sinais e sintomas, e responderá positivamente aos testes pulparés térmico e elétrico, reagindo aos estímulos com resposta dolorosa de intensidade compatível com a excitação provocada (CHIESA; ARAUJO FILHO; CABREIRA; 2015). Leia as afirmativas a seguir e assinale a alternativa correta.

- I. Os dentes classificados como portadores de pulpite reversível, apresentam uma sintomatologia provocada de resposta um pouco mais intensa que na polpa normal.
- II. Os dentes classificados como portadores de pulpite reversível apresentam dor aguda após estímulo térmico (demorando a cessar após a remoção do estímulo), dor espontânea e dor irradiada.
- III. Situações frequentes em que a pulpite reversível ocorre são a dentina exposta, a cárie ou as restaurações profundas.
- IV. Em algumas situações, o paciente portador de um dente com pulpite reversível pode relatar aumento da dor com aplicação de frio e seu alívio quando entra em contato com uma substância quente.

Estão corretas as afirmativas:

- a) I, III
- b) I, II, III
- c) I, III, IV
- d) II, III, IV

A questão é ótima para fixarmos as características da pulpite reversível. A assertiva I está correta; a II está errada pois o dente com pulpite reversível não tem dor espontânea, irradiada e o estímulo não demora a cessar após a remoção do estímulo, essas são características da pulpite irreversível; a III está correta; a IV está incorreta pois a aplicação de calor vai gerar uma resposta dolorosa do dente, e não alívio da dor.

GABARITO: A

Prefeitura municipal de Fernandópolis – SP – 2015 – IBFC

O paciente A.S.Q., 15 anos, queixa-se dor espontânea na região do elemento 46 há cerca de 3 dias. Relatou que nas últimas 24 horas percebeu que o lado direito de sua face estava edemaciada e que apresentou febre. Durante o exame clínico, observou-se restauração em resina composta defeituosa nas faces oclusal e mesial do referido elemento. Realizou-se testes térmicos frio e quente, mas a paciente não relatou desconforto. Realizou-se teste de percussão vertical e a paciente relatou dor. Ao exame radiográfico periapical, observou-se discreto aumento do espaço do ligamento periodontal apical na raiz mesial do elemento 46. Assinale a alternativa que contém o diagnóstico correto para este caso clínico.

- a) Necrose pulpar
- b) Pulpite irreversível sintomática
- c) Abscesso perirradicular
- d) Pulpite reversível

Por ser um caso sintomático e de dor espontânea, não pode ser nem necrose (assintomática) e nem pulpite reversível (a dor não é espontânea, e sim, provocada). A pulpite irreversível sintomática não tem edema e nem comprometimento sistêmico, estando essas características mais relacionadas ao abscesso perirradicular.

GABARITO: C



5.2 PULPITE IRREVERSÍVEL

Nesta condição, mesmo a remoção dos irritantes não será suficiente para regredir a lesão inflamatória inicial. Já há necessidade de intervenção endodôntica, pois a inflamação já encontra-se mais avançada, impossibilitando a regressão ao estado normal da polpa.

Com a elevação da permeabilidade vascular por período prolongado e acentuado, há elevação da pressão hidrostática tecidual, o que pode exceder o limiar de excitabilidade das fibras nervosas amielínicas tipo C. Por isso, nessa situação, o

paciente relata sentir dor pulsátil, excruciante, lenta, lancinante e espontânea, o que caracteriza a pulpite irreversível. Em estágios mais avançados, e que a hipóxia tecidual já começa a ocorrer devido ao fluxo sanguíneo reduzido, as fibras A-δ, dependentes de oxigênio, param de responder, degenerando-se. Por essa razão, no teste elétrico, a polpa apenas responderá a altas correntes, e não responde ao teste térmico de frio. Quando o calor é aplicado, a dor é exacerbada (devido à vasodilatação provocada). O frio pode causar alívio (devido ao seu efeito vasoconstritor).

Alguns mediadores químicos, como a bradicinina e histamina, podem agir diretamente sobre as fibras do tipo C, causando dor. Prostaglandinas podem reduzir o limiar destas fibras, tornando-as mais suscetíveis aos efeitos da bradicinina e histamina.



0

A dor em pulpite irreversível nem sempre está presente, podendo ser considerada exceção, e não regra!! Clinicamente, a pulpite irreversível pode apresentar-se sem relato de dor prévia, mas em provas de concurso público, o que tenho observado, normalmente, é a relação da pulpite irreversível à episódios de dor.

Quando há dor na pulpite irreversível, esta é espontânea, pulsátil, excruciante, lancinante e contínua. O paciente pode relatar o uso de analgésicos, que podem não ser eficazes em debelar os sintomas.

No exame clínico, pode-se observar cárie ou restaurações extensas, que quando removidas, na maioria das vezes, observa-se exposição pulpar.

O teste pulpar ao calor é positivo, podendo exacerbar a dor. No teste ao frio, geralmente não há resposta positiva. Nos casos sintomáticos, o frio pode causar alívio. Em estágios mais iniciais da pulpite irreversível, pode apresentar resposta positiva. Nos estágios mais avançados, pode apresentar resposta negativa ao teste de frio e calor. No teste de cavidade, a resposta geralmente é positiva.

No teste de percussão, a resposta geralmente é negativa por ser uma inflamação mais restrita à polpa. À palpação, resposta negativa.

O ligamento periodontal apresenta-se normal, podendo apresentar ligeiro espessamento.

Tratamento!!! Tratamento endodôntico convencional.

PULPITE HIPERPLÁSICA: Cabe acrescentar aqui a pulpite hiperplásica, também conhecida por pólio pulpar, que é uma forma de pulpite irreversível, que caracteriza-se pela proliferação de um tecido granulomatoso, projetando-se a partir da câmara pulpar. O pólio pode tornar-se epiteliado.

**FCC – TRT 3^a – 2015**

Paciente com 23 anos de idade, sexo masculino, queixa-se de dor espontânea e intensa no dente 46, que, porém, cessa ao ingerir refrigerante gelado. O exame clínico mostra uma restauração complexa em amálgama, substituída recentemente. O exame radiográfico mostra um aumento do espaço periodontal apical. Os testes térmicos mostram vitalidade pulpar.

Este quadro é compatível com o diagnóstico clínico de

- a)pulpite crônica hiperplásica.
- b)abscesso dentoalveolar.
- c)pulpite aguda reversível.
- d)gangrena pulpar.
- e) pulpite aguda irreversível

Este tipo de questão é como mais encontramos questões a respeito de diagnóstico endodôntico. A banca apresenta um caso clínico, com algumas características de uma patologia e quer a resposta de qual é essa patologia. Devemos atentar-nos às características, sinais e sintomas que a banca nos oferece. Dor espontânea já elimina a pulpite reversível, dor intensa também não é característica comum de pulpite crônica hiperplásica, que normalmente é assintomática, podendo apresentar dor à mastigação, por estímulo direto do tecido granulomatoso. O alívio da dor com a aplicação do frio nos remete à pulpite aguda irreversível, pois é característica desse estágio de inflamação pulpar, o frio poder causar alívio. O que pode confundir um pouco nessa questão é os testes terem dado positivo, e na pulpite irreversível vimos que o teste normalmente é negativo, porém, não é em todas as vezes que ele vai ter essa resposta, podendo ser positivo também. A gangrena pulpar está mais relacionada à necrose pulpar, que também é normalmente assintomática.

GABARITO: E

FCC – TRT15^a – 2015

Paciente com 42 anos de idade, sexo feminino, tem histórico clínico de úlcera péptica e relata dor aguda espontânea na região do dente 24, não conseguindo dormir à noite, devido a esta dor. O exame clínico mostra uma restauração fraturada no dente 24, que apresenta a lâmina dura intacta, ao exame radiográfico. Os testes de sensibilidade ao frio e ao calor mostram vitalidade pulpar.

Este quadro é compatível com o diagnóstico clínico de:

- a) abscesso periodontal.
- b) pulpite aguda irreversível.
- c) granuloma apical.
- d) abscesso dentoalveolar.
- e) periodontite apical aguda.

Mais uma vez, a resposta é pulpite aguda irreversível. Note que a questão nos indica dor aguda espontânea, o que já indica uma alteração irreversível. Poderia-se confundir aqui pela com periodontite apical aguda, mas essa normalmente está relacionada com um espessamento do espaço do ligamento periodontal, enquanto que a pulpite aguda irreversível normalmente tem o exame radiográfico com características de normalidade.

GABARITO: B

FCC – TRT 15^a – 2015

Paciente com 29 anos de idade, sexo masculino, apresenta uma extensa lesão de cárie no dente 34. O paciente relata dor intensa e espontânea, que não cessa com o uso de analgésicos, porém, sente alívio com a ingestão de líquidos gelados. Ao testes de vitalidade pulpar, a resposta ao calor foi acentuada e prolongada.

- Este quadro é compatível com o diagnóstico clínico de
- a) pulpite crônica.
 - b) pulpite aguda reversível.
 - c) pulpite aguda irreversível.
 - d) necrose pulpar.
 - (e) gangrena pulpar.

Questão muito parecida com a primeira que vimos, não é? Aqui a resposta também é pulpite aguda irreversível, que pode ser identificada pela dor intensa e espontânea, que não cessa com o uso de analgésicos, características muito associadas à pulpite aguda irreversível.

GABARITO: C

Continuando com a mesma questão (mesmo enunciado)

O exame complementar por imagem radiográfica:

- a) não evidencia esta alteração patológica da polpa, sendo considerado de valor relativo para auxiliar no diagnóstico pulpar.
- b) mostra a presença de cárie oclusal, tornando desnecessária a aplicação de testes de sensibilidade pulpar ao frio.
- c) revela a presença de radiolucidez periapical característica desta alteração patológica da polpa.
- d) não detecta o espessamento do ligamento periodontal apical nesta fase do caso clínico.
- e) não revela a presença de lâmina dura intacta.

A pulpite aguda irreversível, como vimos na aula, normalmente apresenta-se com características de normalidade no exame radiográfico, podendo apresentar ligeiro espessamento do ligamento periodontal. Mas o mais comum, é a imagem radiográfica normal, sem sinais de patologia perirradicular, ou seja, para fins de diagnóstico, a radiografia terá valor relativo, pois apresentará uma imagem radicular de normalidade, não indicando alguma alteração importante no periápice, por isso a resposta correta é a letra A. A presença de cárie oclusal não desobriga o dentista a realizar os testes de vitalidade pulpar; se houver a presença de radiolucidez periapical, já poderá ser alguma outra patologia perirradicular, como granuloma, cisto, pois já houve o envolvimento do periápice, e na periodontite periapical aguda, ainda não houve tempo hábil para o organismo causar a reabsorção do espaço perirradicular. Se houver o espessamento do ligamento periodontal, a radiografia irá detectá-lo, porém, este não é um achado comum da periodontite apical irreversível. Quanto à presença de lâmina dura, o exame radiográfico também irá detectá-la, mas isso não nos indicará qual é a patologia, até porque a presença de lâmina dura é uma característica normal dentária.

GABARITO: A

HU-UFJF – EBSERH – 2015 – AOCP

Um paciente do sexo masculino, 49 anos, procura a clínica odontológica apresentando o dente 36 com queixa de dor espontânea, inclusive durante os testes de sensibilidade e que se prolonga por vários segundos e até horas. A dor não alivia com o uso de analgésico comum. Radiograficamente, apresenta lesão cariosa extensa próxima ao corno pulpar. Nesse caso, o tratamento adequado é

- a) administrar analgésico associado a antibiótico e aguardar por 7 dias.
- b) remover tecido cariado e restaurar imediatamente.
- c) apenas tirar de trauma oclusal.
- d) por se tratar de necrose pulpar, acessar os canais e provocar drenagem do exsudato.
- e) realizar biopulpectomia e se possível obturação final dos canais na mesma sessão.

Dor espontânea, que não cessa após a remoção dos estímulos dos testes de sensibilidade nos indica o diagnóstico de pulpite irreversível. O tratamento dessa patologia é o tratamento endodôntico convencional. É considerado biopulpectomia pois ainda não houve a necrose total da polpa dentária, uma vez que o paciente queixa-se de dor (uma das características da necrose pulpar é ser assintomática). Quanto à obturação dos canais na mesma sessão, não se preocupe, veremos isso com mais detalhes na aula de obturação dos canais radiculares, mas esta é a alternativa correta.

GABARITO: E

HU-UFJF – EBSERH – 2015 – AOCP

Dor localizada, pulsátil, relacionada à sensibilidade ao toque decorrente da discretíssima extrusão dentária, gerando no paciente a sensação de “dente crescido”. Apresenta dor intensa ao teste de percussão vertical. Vitalidade alterada ou ausente.

Os sintomas descritos são clássicos de:

- a) pericementite apical aguda.
- b) pericementite apical crônica.
- c) abscesso dento alveolar agudo.
- d) abscesso dento alveolar crônico.
- e) cisto periodontal apical.

Mais uma vez, relacionando a dor localizada, pulsátil, extrusão dentária (“dente crescido”), dor ao teste de percussão vertical, e resposta negativa ou alterada do teste térmico à periodontite apical aguda (também chamada de pericementite apical aguda).

GABARITO: A

Cirurgião-Dentista em saúde pública – Endodontia – FUNDASUS – 2015 - AOCP

Paciente do sexo masculino, 14 anos, apresenta o dente 36 com extensa destruição coronária e exposição da câmara pulpar na qual pode-se verificar a presença de um pólio. Qual é o diagnóstico atribuído?

- a) Pulpite Reversível.
- b) Hiperemia Pulpar.
- c) Necrose Pulpar.
- d) Pulpite Irreversível Hiperplásica.
- e) Abscesso Dentoalveolar Agudo.

Questão fácil! É muito característico da pulpite irreversível hiperplásica a presença de um pólio, ela é a única que apresenta esta característica. Sempre que a banca trouxer essa informação, a resposta será pulpite irreversível hiperplásica.

GABARITO: D

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região – Dentista especialista em Endodontia – 2011 – CISVIR

Pólio pulpar, que ocorre exclusivamente em crianças e adultos jovens, é forma clínica da:

- a) Pulpite reversível focal;
- b) Pulpite crônica hiperplásica;
- c) Pulpite aguda;
- d) N.d.a.

A questão da banca trouxe como uma característica exclusiva de dentes jovens (crianças e adultos jovens). A pulpite crônica hiperplásica pode sim ser mais comum em jovens, mas pode ocorrer em adultos também.

GABARITO: B

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região – Dentista especialista em Endodontia – 2011 – CISVIR

Paciente apresenta em um dente dor contínua pulsátil, mobilidade e dor agravada pela pressão e oclusão dos dentes. Este quadro clínico indica o diagnóstico diferencial de:

- a) Pulpite irreversível;
- b) Pericementite apical aguda;
- c) Abscesso apical agudo;
- d) N.d.a.

Outra questão ressaltando que dor contínua pulsátil, mobilidade e dor agravada pela pressão e oclusão dos dentes (devido à extrusão dentária) está relacionada com pericementite apical aguda. Não poderia ser pulpite irreversível pois na pulpite irreversível ainda não há a extrusão dentária, e o abscesso apical agudo normalmente já está relacionado a tumefação e à um quadro com envolvimento sistêmico do paciente.

GABARITO: B

Exército Brasileiro – Endodontia - 2010

Um paciente queixando-se de dor espontânea, intensa, aliviada com frio e exacerbada com o calor, que não cede com uso de analgésicos. Baseando-se nessas informações, qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- a) Inflamação pulpar na fase de transição.
- b) Inflamação pulpar irreversível.
- c) Pericementite.
- d) Abscesso dentoalveolar agudo.

Questão já repetida várias vezes. Essas são características de inflamação pulpar já na fase irreversível.

GABARITO: B

Dentista – Pref. Cambé/PR – 2009 – COPS/UEL

Analise a descrição do quadro clínico a seguir. “A polpa exposta, com elevada resistência tecidual, sofre intensa proliferação de tecido cronicamente inflamado, projetando-se para o meio bucal, sob a forma de uma massa pedunculada.” A descrição refere-se ao seguinte quadro clínico:

- a) Pulpite aguda (fase irreversível).
- b) Necrose pulpar.
- c) Pulpite crônica hiperplásica.
- d) Pericementite crônica.
- e) Pericementite aguda.

Mais uma questão que nos trouxe a descrição da periodontite crônica hiperplásica.

GABARITO: C

5.3 NECROSE PULPAR

Dependendo da causa, a necrose pulpar pode ser classificada como:

1. Necrose de liquefação: relacionada à infecção bacteriana.
2. Necrose de coagulação: relaciona à lesão traumática, com interrupção do suprimento vascular por rompimento do feixe vaso-nervoso.
3. Necrose gangrenosa: quando o tecido que sofreu a necrose de coagulação é infectado por bactérias que promovem a liquefação.

A necrose é geralmente assintomática, clinicamente detecta-se a presença de cárie ou restaurações extensas.

No teste ao calor e ao frio, resposta negativa. No teste ao calor, se ainda houverem fibras do tipo C viáveis, pode acusar uma resposta positiva. Ao teste elétrico, também é negativa. No teste elétrico, pode acusar um falso positivo caso ainda existam fibras do tipo C viáveis. No teste de cavidade a resposta é negativa. Percussão e palpação, podem evocar resposta positiva ou negativa, a depender do status dos tecidos perirradiculares.

No exame radiográfico, pode-se observar o espaço do ligamento periodontal normal, espessado ou uma lesão perirradicular.

Tratamento!!! Remoção de todo o tecido necrosado, medicação intracanal e obturação do canal. (tratamento endodôntico convencional com uso de medicação intracanal).



Prefeitura de Grão Mol – 2015 – COTEC/UNIMONTES
Analise as afirmativas abaixo.

I - Dentes portadores de uma pulpite irreversível sintomática exibem dor intermitente ou espontânea, onde a rápida exposição a mudanças drásticas de temperatura (especialmente o estímulo ao frio) promoverá episódios de dor prolongada e intensa, mesmo depois da remoção da fonte da dor.

II - Com o avanço da pulpite irreversível sintomática, um aumento no espaço do ligamento periodontal pode ser evidente radiograficamente.

III - Em dentes com necrose pulpar, quando a infecção (ou as toxinas bacterianas dessa infecção) se estendem para o espaço do ligamento periodontal, o dente pode tornar-se sintomático à percussão ou exibir dor espontânea.

IV - Em dentes com necrose pulpar, apesar de não haver resposta ao teste ao frio, se for aplicado calor por tempo prolongado, a resposta pode ser positiva.

V - Um dente com periodontite perirradicular aguda terá resposta extremamente dolorosa à pressão da mordida ou à percussão. Esse dente pode ou não responder aos testes de vitalidade pulpar.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas as afirmativas I, II, e IV são verdadeiras, e as afirmativas III e V são falsas.
- B) As afirmativas I, e IV são verdadeiras, e as afirmativas II e V são falsas.
- C) As afirmativas I, e III são verdadeiras, e as afirmativas II, IV e V são falsas.
- D) Todas as afirmativas são verdadeiras.

Mais uma questão excelente para memorização das características das patologias pulparas e perirradiculares. Serve como uma revisão do que foi visto na aula. A assertiva I nos traz características da pulpite irreversível, cobrada diversas vezes em concursos públicos. Na II, é bastante razoável que quanto mais a pulpite avançar, mais haverá um aumento no espessamento do ligamento periodontal. A necrose pulpar normalmente é assintomática, mas ao estender-se a agressão aos tecidos

perirradiculares, haverá a dor (periodontite apical aguda). Na IV, vimos que na necrose, o teste ao calor pode acusar uma falsa resposta positiva devido à viabilidade de alguma fibra do tipo C. E a V, relata a questão da periodontite perirradicular aguda ser extremamente sensível à exames de percussão, podendo ou não responder aos testes de vitalidade pulpar.

GABARITO : D

Dentista – Pref. Tuntum/MA – 2009 - CONSEP

Paciente do sexo masculino, 33 anos, tem uma lesão detectada em exame radiográfico de rotina e relata não ter realizado tratamento endodôntico no elemento 44. Ao exame clínico o dente não responde aos testes de sensibilidade. A radiografia periapical deste dente confirma a ausência de tratamento endodôntico e mostra a imagem radiolúcida circunscrita no ápice, sugestiva de granuloma. A etiologia desta lesão está relacionada a:

- a) Presença do canal secundário em decomposição, atuando com alta intensidade nos tecidos periapicais
- b) Decomposição ou necrose da polpa dental, atuando com baixa intensidade sobre os tecidos periapicais
- c) Decomposição ou necrose da polpa dental, atuando com alta intensidade sobre os tecidos periapicais
- d) Necrose parcial da polpa dental, atuando rápida e intensamente sobre os tecidos periapicais

Achei importante colocar essa questão para nos lembrarmos que a patologia pulpar e perirradicular podem desenvolver-se sem episódio de dor prévio, que foi o que nos trouxe essa questão. Se os agentes irritantes agirem com baixa intensidade sobre os tecidos periapicais, pode não haver dor, o que normalmente não acontece quando essa agressão é rápida e aguda.

GABARITO: B

5.4 PERIODONTITE APICAL AGUDA

Quando a agressão for de alta intensidade, há o desenvolvimento de uma resposta aguda nos tecidos perirradiculares. A pressão tecidual causada pela permeabilidade vascular é significativa, produzindo dor pela pressão das fibras nervosas e também pela ação da bradicinina, histamina e prostaglandinas.

As células predominantes são: neutrófilos PMN.

Normalmente é um quadro associado à dor intensa, espontânea e localizada. Pode também relatar a sensação de “dente crescido” devido ao edema na região periapical, que causa a extrusão do dente. A sensibilidade ao toque é exacerbada.

Os testes pulparem térmicos, de cavidade e elétrico dão resposta negativa.

O teste de percussão deve ser realizado com cuidado, pois o paciente apresenta o dente envolvido muito sensível ao toque, podendo ser realizado apenas uma pressão com a polpa do dedo para verificar a sensibilidade à percussão. O teste à palpação pode revelar sensibilidade ou não, depende da extensão da lesão.

Na maioria das vezes, a radiografia acusa espessamento do espaço do ligamento periodontal. Na periodontite apical aguda não há lesão periapical radiolúcida evidente na radiografia devido ao processo ser rápido e ainda não ter havido tempo para a reabsorção óssea.

Tratamento: instrumentação do canal/irrigação, medicação do canal e obturação posteriormente. Deve-se tirar o dente de oclusão para alívio da sintomatologia. Prescrever anti-inflamatório/analgésico.

5.5 ABSCESSO PERIRRADICULAR AGUDO

Se a resposta inflamatória não consegue conter a infecção ou reduzir a intensidade da injúria, há exacerbão, caracterizada por inflamação purulenta. O processo agudo não costuma durar mais que 72 a 96 horas, sendo eficaz na redução da agressão bacteriana. Porém, se houver a disseminação de infecção para espaços da cabeça e pescoço, podem haver sérios riscos de comprometimento de saúde para o paciente.

Há presença de exsudato purulento, células inflamatórias (principalmente neutrófilos). A dor é espontânea, pulsátil, lancinante e localizada, podendo haver envolvimento sistêmico, como febre e mal-estar. A dor é maior quando ainda não

houve rompimento da cortical óssea, apresentando-se intraósseo ou subperiosteal. Verifica-se a tumefação intra e/ou extraoral, que pode ser flutuante, a depender do estágio de evolução do abscesso. Pode haver mobilidade e extrusão dentária.

Os testes pulpar dão resposta negativa. Os testes do frio e da cavidade são os mais seguros na confirmação do diagnóstico. No teste de percussão, resultado positivo. No teste de palpação, geralmente positivo também.

No exame radiográfico, se o abscesso for devido à agudização de um granuloma previamente existente, observaremos uma destruição óssea perirradicular. Quando não, haverá a presença de um espessamento do espaço do ligamento periodontal, devido ao edema que causa a extrusão dentária do dente no alvéolo.

Tratamento: drenagem da coleção purulenta e eliminação do agente agressor. A drenagem pode ser via canal, incisão da mucosa ou ambos. O canal deve ser limpo e desinfetado de preferência na consulta de emergência. Aplica-se a medicação intracanal e obtura-se o canal. Prescreve-se analgésicos e anti-inflamatórios, os antibióticos devem ser prescritos se o abscesso está associado à indícios de envolvimento sistêmico, como febre, mal-estar, linfadenite regional ou trismo e se há a disseminação do quadro infeccioso para outros espaços anatômicos.



Prefeitura municipal de Lagoa Santa – 2015 – IBGP

Paciente M.F.D.V., 33 anos, chega à clínica odontológica com queixa de dor aguda latejante, agravada em decúbito. Ao exame clínico e radiográfico, observa-se que o dente 36 encontra-se com perda da lâmina dura, zona periapical com radioluscência difusa, tumefação intra oral flutuante, ausência de vitalidade pulpar e mobilidade. Há sensibilidade extrema ao teste de percussão.

Considerando o caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e o(s) tratamento(s) imediato(s), respectivamente, para esse paciente.

- a) Cisto perirradicular; cirurgia parenodontica.
- b) Osteomielite crônica; medicação sistêmica com posterior tratamento endodontico.
- c) Periodontite apical aguda; cobertura antibiótica, drenagem da coleção purulenta e posterior tratamento endodontico.

- d) Abscesso perirradicular agudo; drenagem da coleção purulenta, desinfecção do canal e posterior tratamento endodontico.

Nesta questão, devemos atentar-nos ao fato da questão trazer que existe tumefação intra oral flutuante, o que já nos indica que trata-se de um abscesso. A periodontite apical aguda não apresenta tumefação, e nem a osteomielite crônica, que caracteriza-se, na endodontia, como uma resposta dos tecidos ósseos perirradiculares a uma agressão de baixo estímulo inflamatório ou microbiano, ambos com origem na polpa dental, caracterizada por crescimento ósseo periódico. O aspecto radiográfico da osteíte condensante ou crônica é uma massa densa e uniforme, combinada com a perda da lámina dura e ampliação do espaço do ligamento periodontal, sendo uma lesão radiopaca difusa apical. O cisto perirradicular é normalmente um achado radiográfico, dificilmente sendo sintomático.

GABARITO: D

Prefeitura municipal de Fernandópolis – SP – 2015 – IBFC

Tecidos apicais normais não apresentam resposta dolorosa ao teste de percussão e palpação e radiograficamente a lámina encontra-se intacta, bem como o espaço periodontal está uniforme (CHIESA; ARAUJO FILHO; CABREIRA – 2015). Assinale a alternativa incorreta:

- a) A periodontite apical sintomática refere-se à inflamação do periodonto apical, em que ocorrem sintomas clínicos de dor à mordida e/ou percussão e palpação apical.
- b) A periodontite apical assintomática consiste na inflamação e na destruição do periodonto apical de origem pulpar, sendo que, nestes casos, não há dor, ou é muito discreta.
- c) O aspecto radiográfico dos abscessos apicais dependerá do tempo de evolução do caso, podendo apresentar espessamento do espaço periodontal e/ou uma imagem perirradicular difusa, mal definida, neste caso com perda da continuidade da lámina dura.
- d) Na periodontite apical sintomática o quadro costuma ser doloroso, pela pressão do pus e tumefação dos tecidos moles, frequentemente acompanhadas de manifestações sistêmicas como febre, prostração, enfartamento ganglionar e trismo.

A questão nos pede a questão incorreta, e é a letra “D”. Se ao invés de periodontite apical sintomática estivesse escrito abscesso perirradicular agudo a assertiva estaria correta, pois traz as características desta patologia, e não da periodontite apical aguda.

GABARITO: D

5.6 PERIODONTITE APICAL CRÔNICA

A periodontite apical crônica ou assintomática é a cronificação da periodontite apical aguda. Células como linfócitos, plasmócitos e macrófagos estão presentes na região, o que representa o início da resposta imunológica adaptativa, de caráter específico. A periodontite apical crônica pode acontecer mesmo sem a periodontite apical aguda, normalmente em casos de agressão bacteriana de baixa intensidade.

A periodontite apical crônica, quando não tratada, pode evoluir para granuloma.

A dor é ausente, podendo ter havido episódio prévio de dor. Pode apresentar clinicamente cárie ou restauração extensa, associada ou não à cárie recidivante. Nos testes pulpar e perirradiculares, a resposta será negativa. O espaço do ligamento periodontal pode apresentar-se normal ou espessado.

O tratamento consiste na limpeza e desinfecção dos canais radiculares, medicação intracanal e posterior obturação.



Prefeitura municipal de Lagoa Santa – 2015 - IBGP

Relacione os dados clínicos e radiográficos descritos na COLUNA I com o respectivo diagnóstico provável da condição pulpar/perirradicular da COLUNA II.

COLUNA I

- 1- Pulpite reversível.
- 2- Pulpite irreversível sintomática.
- 3- Pulpite irreversível assintomática.
- 4- Necrose pulpar.
- 5- Periodontite apical aguda.

COLUNA II

- () Sintomatologia provocada de resposta mais intensa que na polpa normal. Dor brusca com aplicação de frio e/ou quente. Exame radiográfico normal.
- () Dor provocada por compressão à polpa exposta, lesão cariosa profunda ativa, pode haver presença de um pólio pulpar. Radiograficamente o dente apresenta-se normal ou com espessamento do espaço periodontal.
- () Assintomático. Ao exame radiográfico o dente pode apresentar-se normal, com espessamento do espaço periodontal ou, ainda, lesão perirradicular.
- () Sensação de “dente crescido”, dor contínua, pulsátil, agravada pela pressão e oclusão dos dentes. Radiograficamente o dente apresenta-se normal ou com espessamento do espaço periodontal.
- () Dor espontânea, fortemente exacerbada com aplicação do frio e/ou calor. Pode ser intermitente ou contínua. Muitas vezes o paciente observa que sua dor aumenta nos momentos de repouso em decúbito. Radiograficamente o dente apresenta-se normal ou com espessamento do espaço periodontal.

Assinale alternativa que apresenta a sequência CORRETA.

- A) 1 3 4 5 2.
B) 1 4 3 5 2.
C) 2 1 3 4 5.
D) 2 5 3 1 4.

Questão excelente para memorizarmos os conceitos das patologias e suas características. Sintomatologia provocada, um pouco mais intensa que a polpa normal e exame radiográfico normal, característica de pulpite reversível. Dor provocada pela polpa exposta e presença de pólio pulpar, como vimos na aula, pólio pulpar é uma forma de pulpite irreversível. Dente assintomático, podendo haver alteração no exame radiográfico, indica necrose pulpar, que na maioria das vezes, é assintomática. Sensação de “dente crescido”, atenção para essa afirmação, que nos indica um comprometimento já da região perirradicular, correspondendo à periodontite apical aguda. A última assertiva nos traz dor espontânea, exacerbada com estímulos ao frio ou calor, intermitente ou contínua, isso nos indica características de pulpite aguda irreversível. Por isso o gabarito é a letra A.

GABARITO: A

5.7 GRANULOMA PERIRRADICULAR

É a patologia perirradicular mais comumente encontrada. Ele é constituído de infiltrado inflamatório do tipo crônico, associado a elementos de reparação, caracterizando um tecido granulomatoso de reparação que substitui o osso reabsorvido. Circunscrevendo a lesão, há uma cápsula composta basicamente por fibras colágenas. Os macrófagos são as células predominantes, seguidos por linfócitos, plasmócitos e neutrófilos. A proliferação epitelial no granuloma gera a formação de fitas e ilhotas de epitélio organizado, o que é conhecido como granuloma epiteliado. Isso funciona como mais uma barreira física contra irritantes que egressam pelo forame apical.

O granuloma geralmente é assintomático, o dente pode ter cárie ou restauração extensa, podendo apresentar escurecimento.

Os testes pulparas são negativos, e os de percussão e palpação também. Em raras ocasiões, o paciente pode queixar-se de leve sensibilidade.

O achado radiográfico é o principal meio de se diagnosticar o granuloma. Verifica-se uma área radiolúcida associada ao canal radicular ou lateralmente à raiz (quando associada a um canal lateral), bem circunscrito, com perda da lámina dura.

O tratamento é o tratamento endodôntico convencional. Se houver insucesso, pode ser necessário a cirurgia perirradicular.

5.8 CISTO PERIRRADICULAR

O cisto sempre se origina de um granuloma que se tornou epiteliado, embora nem todos os granulomas evoluam para um cisto. O cisto é uma cavidade patológica que contém material fluido ou semissólido, composto principalmente por células epiteliais degeneradas. É revestido por epitélio estratificado pavimentoso escamoso, podendo ser classificado como verdadeiro ou em baía. Se ele estiver imediatamente contíguo ao canal, é em bolsa ou em baía. Se ele não tem qualquer contato com a luz do canal, sendo completamente envolvido por epitélio, o cisto é conhecido como verdadeiro.

Na maioria das vezes é assintomático, clinicamente com cárie ou restaurações extensas, podendo estar com a coroa escurecida.

Os testes pulparas e perirradiculares (palpação e percussão) apresentam resultados negativos.

No exame radiográfico, as características com o granuloma são muito parecidas, fazendo com que sejam indistinguíveis radiograficamente. Estas 2 patologias só podem ser diferenciadas por meio de testes como a eletroforese do fluido da lesão, a tomografia computadorizada e a ultrassonografia em tempo real (ecografia).

O tratamento é o endodôntico convencional, e nos casos de insucesso, a cirurgia perirradicular.

5.9 ABSCESSO PERIRRADICULAR CRÔNICO

O abscesso perirradicular crônico, também conhecido como periodontite apical supurativa, resulta do egresso de irritantes do canal radicular para os tecidos perirradiculares, com consequente formação de exsudato purulento no interior do granuloma. Pode originar-se também da cronificação do abscesso perirradicular agudo.

Contém neutrófilos PMNs, macrófagos e linfócitos. A fístula comunica estas zonas à periferia, podendo se revestida por epitélio ou tecido conjuntivo inflamado.

Geralmente é assintomático, ele tem a característica de estar associado à uma drenagem intermitente ou contínua, por meio de uma fístula, que pode ser intra ou extra oral. Seu trajeto pode ser rastreado pela introdução de um cone de guta percha em sua luz, seguido de uma radiografia com o cone de guta percha em posição. Na radiografia, o cone indicará o dente causador da origem da infecção.

Nos testes térmicos e perirradiculares, resposta negativa. Observa-se uma área de destruição óssea radicular, assim como no granuloma e no cisto, porém aqui, os limites da lesão podem não ser tão bem circunscritos quanto o são para o granuloma e cisto.

O tratamento consiste no tratamento endodôntico convencional, com uso de medicação intracanal, utilizando o desaparecimento da fístula como indicador de que o tratamento foi eficaz. Depois de 7 a 30 dias a fístula geralmente desaparece, mas se na sessão de obturação a fístula persistir, deve-se reinstrumentar e aplicar a medicação intracanal novamente.



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região – Dentista especialista em Endodontia – 2011 – CISVIR

A pericementite apical supurativa crônica caracteriza-se:

- a) Por uma lesão que drena por um trajeto fistuloso;
- b) Pela presença de uma celulite;
- c) Pelas células da inflamação aguda que revestem o trajeto;
- d) N.d.a.

Pericementite apical supurativa crônica é sinônimo de abscesso perirradicular crônico, que é a lesão crônica que tem um trajeto fistuloso para drenar o conteúdo da lesão perirradicular.

GABARITO: A

Dentista – Endodontia – Pref. Tuntum/MA – 2009 – CONSEP

Das alternativas abaixo relacionadas, quais das lesões pulparas podem ser observadas radiograficamente:

- a) Hiperemia e pulpite aguda.
- b) Reabsorção interna e nódulo pulpar.
- c) Hiperemia e pericementite.
- d) Pericementite e reabsorção interna.

A única assertiva que contém 2 lesões que pode-se visualizar radiograficamente, é a letra “b”. A hiperemia é uma condição vascular/histopatológica, não sendo possível visualizá-la radiograficamente e a pericementite e pulpite aguda nem sempre terão uma imagem radiográfica alterada (espessamento do espaço do ligamento periodontal ou imagem radiolúcida no periápice), podendo apresentar-se com características de normalidade. Mas a reabsorção interna e nódulo pulpar são visíveis ao exame radiográfico.

GABARITO: B

Dentista – Endodontia – Pref. Tuntum/MA – 2009 – CONSEP

Sobre os aspectos radiográficos das periapicopatias, marque o item correto:

- a) O granuloma dentário apresenta uma imagem radiopaca unilocular.
- b) O cisto periapical é uma lesão radiopaca e circunscrita.
- c) O granuloma dentário abscedado apresenta-se como uma lesão radiolúcida unilocular e circunscrita.
- d) O abscesso periapical é uma lesão radiopaca difusa.

O granuloma e o cisto são lesões radiolúcidas, bem como o abscesso periapical. A questão correta é a letra “c”.

GABARITO: C

Prefeitura municipal de Fernandópolis – SP – 2015 – IBFC

A polpa normal está livre de sinais e sintomas, e responderá positivamente aos testes pulpares térmico e elétrico, reagindo aos estímulos com resposta dolorosa de intensidade compatível com a excitação provocada (CHIESA; ARAUJO FILHO; CABREIRA; 2015). Leia as afirmativas a seguir e assinale a alternativa correta.

- I. Os dentes classificados como portadores de pulpite reversível, apresentam uma sintomatologia provocada de resposta um pouco mais intensa que na polpa normal.
- II. Os dentes classificados como portadores de pulpite reversível apresentam dor aguda após estímulo térmico (demorando a cessar após a remoção do estímulo), dor espontânea e dor irradiada.
- III. Situações frequentes em que a pulpite reversível ocorre são a dentina exposta, a cárie ou as restaurações profundas.
- IV. Em algumas situações, o paciente portador de um dente com pulpite reversível pode relatar aumento da dor com aplicação de frio e seu alívio quando entra em contato com uma substância quente.

Estão corretas as afirmativas:

- a) I, III
- b) I, II, III
- c) I, III, IV
- d) II, III, IV

Os dentes com pulpite irreversível têm a característica de dor que demora a cessar depois da remoção do estímulo. Na assertiva IV, a aplicação de frio causa alívio, pois vai causar vasoconstricção, a aplicação de calor, pode causar aumento de dor devido à hiperemia presente no dente com pulpite irreversível.

GABARITO: A

Cirurgião Dentista Endodontia - SESA/AP – 2012 - Quanto ao desenvolvimento dos dentes, embriologicamente, dentina e popa originam-se de:

- (a) Papila dental
- (b) Órgão dental
- (c) Folículo dental
- (d) Restos epiteliais de Malassez
- (e) Bainha epitelial de Hertwig

GABARITO: A

A nossa primeira aula termina aqui. Foi bastante matéria, muita coisa a estudar, mas como falei no início, esse é um tema muito importante, com grande probabilidade de cair em uma prova de concurso público, seja para clínico geral ou especialista na área. Deixo vocês com as questões vistas na aula, mas agora sem comentários e gabarito, para que vocês resolvam sozinhos!

Até nossa próxima aula!

6. QUESTÕES

Concurso do Exército Brasileiro – Endodontia – 2010

- 1) A camada que evita que ocorra reabsorção pelo contato, entre a dentina mineralizada e a polpa, é a(o)?
- a) Pré-dentina.
 - b) Esmalte.
 - c) Cemento.
 - d) Dentina.

Prefeitura municipal de Lagoa Santa – 2015 - IBGP

- 2) De várias perspectivas, a polpa é um tecido único. Com relação às zonas morfológicas da polpa, é INCORRETO afirmar que:
- a) A camada mais externa das células da polpa saudável é a camada de odontoblastos. Essa camada se localiza imediatamente abaixo da pré-dentina.
 - b) Imediatamente subjacente à camada odontoblástica na polpa coronária, existe uma camada evidente contendo uma proporção relativamente alta de fibroblastos, denominada zona rica em células.
 - c) A camada de odontoblastos na polpa da coroa contém mais células por unidade de área do que a polpa radicular.
 - d) A zona pobre em células, que mede aproximadamente 40µm de largura, é atravessada por capilares sanguíneos, fibras nervosas não mielinizadas e por pequenos processos citoplasmáticos de fibroblastos.

Dentista – Endodontia – Pref. Tuntum/MA – 2009 - CONSEP

- 3) As seguintes camadas ou zonas são observadas na polpa coronária periférica, de fora para dentro, respectivamente:
- a) dentinoblástica, acelular, parietal de nervos e rica em células.
 - b) dentinoblástica, parietal de nervos, acelular e rica em células.
 - c) dentinoblástica, acelular, rica em células e parietal de nervos.
 - d) dentinoblástica, rica em células, parietal de nervos e acelular.

Dentista – Endodontia – Pref. Tuntum/MA – 2009 – CONSEP

- 4) Com relação à inervação do complexo dentinapolpa, é correto afirmar que:
- a) a polpa dentária é inervada, principalmente por feixes aferentes sensitivos do nervo trigêmeo e ramos simpáticos do gânglio cervical superior.
 - b) as fibras delta A apresentam diâmetro menor e são condutores lentos. As fibras C apresentam diâmetro maior e são condutores relativamente rápidos.
 - c) na camada odontoblástica existe o plexo de nervos, chamado de plexo de Raschkow.
 - d) as fibras C são associadas à dor aguda localizada.

Cirurgião-Dentista em saúde pública – Endodontia – FUNDASUS – 2015 - AOCP

- 5) Quais são os testes que dispomos para testar a vitalidade de uma polpa dental?
- a) Frio, Percussão e Calor.
 - b) Frio e Calor.
 - c) Calor, Elétrico, Percussão.
 - d) Frio, Calor, Elétrico e Cavidade.
 - e) Frio, Calor, Cavidade e Percussão.

Prefeitura municipal de Fernandópolis – SP – 2015 – IBFC

- 6) O paciente A.S.Q., 15 anos, queixa-se dor espontânea na região do elemento 46 há cerca de 3 dias. Relatou que nas últimas 24 horas percebeu que o lado direito de sua face estava edemaciada e que apresentou febre. Durante o exame clínico, observou-se restauração em resina composta defeituosa nas faces oclusal e mesial do referido elemento. Realizou-se testes térmicos frio e quente, mas a paciente não relatou desconforto. Realizou-se teste de percussão vertical e a paciente relatou dor. Ao exame radiográfico periapical, observou-se discreto aumento do espaço do ligamento periodontal apical na raiz mesial do elemento 46. Assinale a alternativa que contém o diagnóstico correto para este caso clínico.

- a) Necrose pulpar
- b) Pulpite irreversível sintomática
- c) Abscesso perirradicular
- d) Pulpite reversível

FCC – TRT 3^a – 2015

- 7) Paciente com 23 anos de idade, sexo masculino, queixa-se de dor espontânea e intensa no dente 46, que, porém, cessa ao ingerir refrigerante gelado. O exame clínico mostra uma restauração complexa em amálgama, substituída recentemente. O exame radiográfico mostra um aumento do espaço periodontal apical. Os testes térmicos mostram vitalidade pulpar.

Este quadro é compatível com o diagnóstico clínico de

- a)pulpite crônica hiperplásica.
- b)abscesso dentoalveolar.
- c)pulpite aguda reversível.
- b) gangrena pulpar.
- e) pulpite aguda irreversível

FCC – 15ª – 2015

8) Paciente com 42 anos de idade, sexo feminino, tem histórico clínico de úlcera péptica e relata dor aguda espontânea na região do dente 24, não conseguindo dormir à noite, devido a esta dor. O exame clínico mostra uma restauração fraturada no dente 24, que apresenta a lâmina dura intacta, ao exame radiográfico. Os testes de sensibilidade ao frio e ao calor mostram vitalidade pulpar.

- Este quadro é compatível com o diagnóstico clínico de
- a) abscesso periodontal.
 - b) pulpite aguda irreversível.
 - c) granuloma apical.
 - d) abscesso dentoalveolar.
 - e) periodontite apical aguda.

FCC – TRT 15ª – 2015

Para responder as questões 9 e 10, observe o seguinte enunciado: Paciente com 29 anos de idade, sexo masculino, apresenta uma extensa lesão de cárie no dente 34. O paciente relata dor intensa e espontânea, que não cessa com o uso de analgésicos, porém, sente alívio com a ingestão de líquidos gelados. Aos testes de vitalidade pulpar, a resposta ao calor foi acentuada e prolongada.

9) Este quadro é compatível com o diagnóstico clínico de:

- (A) pulpite crônica.
- (B) pulpite aguda reversível.
- (C) pulpite aguda irreversível.
- (D) necrose pulpar.
- (E) gangrena pulpar.

10) O exame complementar por imagem radiográfica:

- a) não evidencia esta alteração patológica da polpa, sendo considerado de valor relativo para auxiliar no diagnóstico pulpar.
- b) mostra a presença de cárie oclusal, tornando desnecessária a aplicação de testes de sensibilidade pulpar ao frio.

- c) revela a presença de radiolucidez periapical característica desta alteração patológica da polpa.
- d) não detecta o espessamento do ligamento periodontal apical nesta fase do caso clínico.
- e) não revela a presença de lâmina dura intacta.

HU-UFJF – EBSERH – 2015 – AOCP

11) Um paciente do sexo masculino, 49 anos, procura a clínica odontológica apresentando o dente 36 com queixa de dor espontânea, inclusive durante os testes de sensibilidade e que se prolonga por vários segundos e até horas. A dor não alivia com o uso de analgésico comum. Radiograficamente, apresenta lesão cariosa extensa próxima ao corno pulpar. Nesse caso, o tratamento adequado é:

- a) administrar analgésico associado a antibiótico e aguardar por 7 dias.
- b) remover tecido cariado e restaurar imediatamente.
- c) apenas tirar de trauma oclusal.
- d) por se tratar de necrose pulpar, acessar os canais e provocar drenagem do exsudato.
- e) realizar biopulpectomia e se possível obturação final dos canais na mesma sessão.

HU-UFJF – EBSERH – 2015 – AOCP

12) Dor localizada, pulsátil, relacionada à sensibilidade ao toque decorrente da discretíssima extrusão dentária, gerando no paciente a sensação de “dente crescido”. Apresenta dor intensa ao teste de percussão vertical. Vitalidade alterada ou ausente. Os sintomas descritos são clássicos de:

- a) pericementite apical aguda.
- b) pericementite apical crônica.
- c) abscesso dento alveolar agudo.
- d) abscesso dento alveolar crônico.
- e) cisto periodontal apical.

Cirurgião-Dentista em saúde pública – Endodontia – FUNDASUS – 2015 - AOCP

13) Paciente do sexo masculino, 14 anos, apresenta o dente 36 com extensa destruição coronária e exposição da câmara pulpar na qual pode-se verificar a presença de um pólipo. Qual é o diagnóstico atribuído?

- a) Pulpite Reversível.
- b) Hiperemia Pulpar.
- c) Necrose Pulpar.
- d) Pulpite Irreversível Hiperplásica.
- e) Abscesso Dentoalveolar Agudo.

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região – Dentista especialista em Endodontia – 2011 – CISVIR

14) Pólipo pulpar, que ocorre exclusivamente em crianças e adultos jovens, é forma clínica da:

- a) Pulpite reversível focal;
- b) Pulpite crônica hiperplásica;
- c) Pulpite aguda;
- d) N.d.a.

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região – Dentista especialista em Endodontia – 2011 – CISVIR

15) Paciente apresenta em um dente dor contínua pulsátil, mobilidade e dor agravada pela pressão e oclusão dos dentes. Este quadro clínico indica o diagnóstico diferencial de:

- a) Pulpite irreversível;
- b) Pericementite apical aguda;
- c) Abscesso apical agudo;
- d) N.d.a.

Exército Brasileiro – Endodontia - 2010

16) Um paciente queixando-se de dor espontânea, intensa, aliviada com frio e exacerbada com o calor, que não cede com uso de analgésicos. Baseando-se nessas informações, qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- a) Inflamação pulpar na fase de transição.
- b) Inflamação pulpar irreversível.
- c) Pericementite.
- d) Abscesso dentoalveolar agudo.

Dentista – Pref. Cambé/PR – 2009 – COPS/UEL

17) Analise a descrição do quadro clínico a seguir. “A polpa exposta, com elevada resistência tecidual, sofre intensa proliferação de tecido cronicamente inflamado, projetando-se para o meio bucal, sob a forma de uma massa pedunculada.” A descrição refere-se ao seguinte quadro clínico:

- a) Pulpite aguda (fase irreversível).
- b) Necrose pulpar.
- c) Pulpite crônica hiperplásica.
- d) Pericementite crônica.
- e) Pericementite aguda.

Prefeitura de Grão Mol – 2015 – COTEC/UNIMONTES

18) Analise as afirmativas abaixo.

I - Dentes portadores de uma pulpite irreversível sintomática exibem dor intermitente ou espontânea, onde a rápida exposição a mudanças drásticas de temperatura (especialmente o estímulo ao frio) promoverá episódios de dor prolongada e intensa, mesmo depois da remoção da fonte da dor.

II - Com o avanço da pulpite irreversível sintomática, um aumento no espaço do ligamento periodontal pode ser evidente radiograficamente.

III - Em dentes com necrose pulpar, quando a infecção (ou as toxinas bacterianas dessa infecção) se estende para o espaço do ligamento periodontal, o dente pode tornar-se sintomático à percussão ou exibir dor espontânea.

IV - Em dentes com necrose pulpar, apesar de não haver resposta ao teste ao frio, se for aplicado calor por tempo prolongado, a resposta pode ser positiva.

V - Um dente com periodontite perirradicular aguda terá resposta extremamente dolorosa à pressão da mordida ou à percussão. Esse dente pode ou não responder aos testes de vitalidade pulpar.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apenas as afirmativas I, II, e IV são verdadeiras, e as afirmativas III e V são falsas.
- B) As afirmativas I, e IV são verdadeiras, e as afirmativas II e V são falsas.

- C) As afirmativas I, e III são verdadeiras, e as afirmativas II, IV e V são falsas.
- D) Todas as afirmativas são verdadeiras.

19) Dentista – Pref. Tuntum/MA – 2009 - CONSEP

Paciente do sexo masculino, 33 anos, tem uma lesão detectada em exame radiográfico de rotina e relata não ter realizado tratamento endodôntico no elemento 44. Ao exame clínico o dente não responde aos testes de sensibilidade. A radiografia periapical deste dente confirma a ausência de tratamento endodôntico e mostra a imagem radiolúcida circunscrita no ápice, sugestiva de granuloma. A etiologia desta lesão está relacionada a:

- a) Presença do canal secundário em decomposição, atuando com alta intensidade nos tecidos periapicais.
- b) Decomposição ou necrose da polpa dental, atuando com baixa intensidade sobre os tecidos periapicais.
- c) Decomposição ou necrose da polpa dental, atuando com alta intensidade sobre os tecidos periapicais.
- d) Necrose parcial da polpa dental, atuando rápida e intensamente sobre os tecidos periapicais

Prefeitura municipal de Fernandópolis – SP – 2015 – IBFC

20) Tecidos apicais normais não apresentam resposta dolorosa ao teste de percussão e palpação e radiograficamente a lâmina encontra-se intacta, bem como o espaço periodontal está uniforme (CHIESA; ARAUJO FILHO; CABREIRA – 2015). Assinale a alternativa incorreta:

- a) A periodontite apical sintomática refere-se à inflamação do periodonto apical, em que ocorrem sintomas clínicos de dor à mordida e/ou percussão e palpação apical.
- b) A periodontite apical assintomática consiste na inflamação e na destruição do periodonto apical de origem pulpar, sendo que, nestes casos, não há dor, ou é muito discreta.
- c) O aspecto radiográfico dos abscessos apicais dependerá do tempo de evolução do caso, podendo apresentar espessamento do espaço periodontal e/ou uma imagem perirradicular difusa, mal definida, neste caso com perda da continuidade da lâmina dura.

d) Na periodontite apical sintomática o quadro costuma ser doloroso, pela pressão do pus e tumefação dos tecidos moles, frequentemente acompanhadas de manifestações sistêmicas como febre, prostração, enfartamento ganglionar e trismo.

Prefeitura municipal de Fernandópolis – SP – 2015 – IBFC

21) Relacione os dados clínicos e radiográficos descritos na COLUNA I com o respectivo diagnóstico provável da condição pulpar/perirradicular da COLUNA II.

COLUNA I

- 1- Pulpite reversível.
- 2- Pulpite irreversível sintomática.
- 3- Pulpite irreversível assintomática.
- 4- Necrose pulpar.
- 5- Periodontite apical aguda.

COLUNA II

() Sintomatologia provocada de resposta mais intensa que na polpa normal. Dor brusca com aplicação de frio e/ou quente. Exame radiográfico normal.

() Dor provocada por compressão à polpa exposta, lesão cariosa profunda ativa, pode haver presença de um pólipos pulpar. Radiograficamente o dente apresenta-se normal ou com espessamento do espaço periodontal.

() Assintomático. Ao exame radiográfico o dente pode apresentar-se normal, com espessamento do espaço periodontal ou, ainda, lesão perirradicular.

() Sensação de “dente crescido”, dor contínua, pulsátil, agravada pela pressão e oclusão dos dentes. Radiograficamente o dente apresenta-se normal ou com espessamento do espaço periodontal.

() Dor espontânea, fortemente exacerbada com aplicação do frio e/ou calor. Pode ser intermitente ou contínua. Muitas vezes o paciente observa que sua dor aumenta nos momentos de repouso em decúbito. Radiograficamente o dente apresenta-se normal ou com espessamento do espaço periodontal.

Assinale alternativa que apresenta a sequência CORRETA.

- a) 1 3 4 5 2.
- b) 1 4 3 5 2.

c) 2 1 3 4 5.

d) 2 5 3 1 4.

22 - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região – Dentista especialista em Endodontia – 2011 – CISVIR

A pericementite apical supurativa crônica caracteriza-se:

- a) Por uma lesão que drena por um trajeto fistuloso;
- b) Pela presença de uma celulite;
- c) Pelas células da inflamação aguda que revestem o trajeto;
- d) N.d.a.

Dentista – Endodontia – Pref. Tuntum/MA – 2009 – CONSEP

23 - Das alternativas abaixo relacionadas, quais das lesões pulparas podem ser observadas radiograficamente:

- a) Hiperemia e pulpite aguda.
- b) Reabsorção interna e nódulo pulpar.
- c) Hiperemia e pericementite.
- d) Pericementite e reabsorção interna.

Dentista – Endodontia – Pref. Tuntum/MA – 2009 – CONSEP

24) Sobre os aspectos radiográficos das periapicopatias, marque o item correto:

- a) O granuloma dentário apresenta uma imagem radiopaca unilocular.
- b) O cisto periapical é uma lesão radiopaca e circunscrita.
- c) O granuloma dentário abscedado apresenta-se como uma lesão radiolúscida unilocular e circunscrita.
- d) O abscesso periapical é uma lesão radiopaca difusa.

Prefeitura municipal de Fernandópolis – SP – 2015 – IBFC

25) A polpa normal está livre de sinais e sintomas, e responderá positivamente aos testes pulpar térmico e elétrico, reagindo aos estímulos com resposta dolorosa de intensidade compatível com a excitação provocada (CHIESA; ARAUJO FILHO; CABREIRA; 2015). Leia as afirmativas a seguir e assinale a alternativa correta.

I. Os dentes classificados como portadores de pulpite reversível, apresentam uma sintomatologia provocada de resposta um pouco mais intensa que na polpa normal.

II. Os dentes classificados como portadores de pulpite reversível apresentam dor aguda após estímulo térmico (demorando a cessar após a remoção do estímulo), dor espontânea e dor irradiada.

III. Situações frequentes em que a pulpite reversível ocorre são a dentina exposta, a cárie ou as restaurações profundas.

IV. Em algumas situações, o paciente portador de um dente com pulpite reversível pode relatar aumento da dor com aplicação de frio e seu alívio quando entra em contato com uma substância quente.

Estão corretas as afirmativas:

- a) I, III
- b) I, II, III
- c) I, III, IV
- d) II, III, IV

Prefeitura municipal de Lagoa Santa – 2015 – IBGP

26) Paciente M.F.D.V., 33 anos, chega à clínica odontológica com queixa de dor aguda latejante, agravada em decúbito. Ao exame clínico e radiográfico, observa-se que o dente 36 encontra-se com perda da lámina dura, zona periapical com radioluscência difusa, tumefação intra oral flutuante, ausência de vitalidade pulpar e mobilidade. Há sensibilidade extrema ao teste de percussão.

Considerando o caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e o(s) tratamento(s) imediato(s), respectivamente, para esse paciente.

- a) Cisto perirradicular; cirurgia parenodontica.
- b) Osteomielite crônica; medicação sistêmica com posterior tratamento endodontico.
- c) Periodontite apical aguda; cobertura antibiótica, drenagem da coleção purulenta e posterior tratamento endodontico.
- d) Abscesso perirradicular agudo; drenagem da coleção purulenta, desinfecção do canal e posterior tratamento endodontico.

27 - Cirurgião Dentista Endodontia - SESA/AP – 2012 - Quanto ao desenvolvimento dos dentes, embriologicamente, dentina e polpa originam-se de:

- (a) Papila dental

- (b) Órgão dental
- (c) Folículo dental
- (d) Restos epiteliais de Malassez
- (e) Bainha epitelial de Hertwig

GABARITO

Questão	Gabarito
1	A
2	B
3	C
4	A
5	D
6	C
7	E
8	B
9	C
10	A
11	E
12	A
13	D
14	B
15	B
16	B
17	C
18	D
19	B
20	D
21	A
22	A
23	B
24	C
25	A
26	D
27	A

7. REFERÊNCIAS

Endodontia – Biologia e técnica. LOPES, H. P., SIQUEIRA, J. F. 2015

Endodontia – Tratamento de canais radiculares. LEONARDO, M. R. 2008.

Caminhos da polpa. COHEN, S., HARGREAVES, K. M. 2007.

ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1

Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2

Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3

Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4

Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5

Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6

Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7

Concursado(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8

O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.