etrônico

Estratégia
CONCURSOS

Aul

Odontologia (Odontopediatria) para Concursos - Curso Regular 2019

Professor: Ana Luiza Julio

AULA 00: PATOLOGIA BUCAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	
SUMÁRIO	**PÁGINA**
1. Apresentação da professora	1
2. Apresentação do curso	2
3. Introdução	4
4. Alterações no recém-nascido	5
5. Alterações não patológicas	8
6. Alterações congênitas	11
7. Lesões com retenção de líquido	13
8. Lesões ulcerativas	19
9. Lesões proliferativas não neoplásicas	22
10. Fribromatoses Gengivais	23
11. Doenças infecciosas: Bacterianas, Virais e Fúngicas	26
12. Neoplasias benignas	44
13. Neoplasia maligna	47
14. Anomalias de desenvolvimento raras	50
15. Patologia óssea	52
16. Lesões mucocutâneas	53
17. Manifestações orais de doenças sistêmicas	55
18. Anormalidades dentárias	58
19. Referências Bibliográficas	58

APRESENTAÇÃO DA PROFESSORA

Olá, pessoal!!! Tudo bem?

Muitos de vocês já me conhecem de outras disciplinas, mas vou fazer uma breve apresentação para os que ainda não conhecem.

Meu nome é **Ana Luiza Rego Julio de Matos**, sou ex dentista na Força Aérea Brasileira, especialista em Dentística Restauradora e Acupuntura, mestre em Ciências da Saúde e Pós Graduanda em

Harmonização Orofacial. Tenho experiência com docência tanto em cursos de graduação, quanto pós graduação, além de elaborar materiais para concursos públicos e palestras. Minhas grandes paixões são a docência e a Medicina Tradicional Chinesa.

Acredito muito no trabalho em equipe e tenho certeza que juntos: você e nós, a equipe do Estratégia, formaremos um time de sucesso. O esforço aqui será intenso para construirmos um material completo e adequado facilitando seus estudos e tornando o aprendizado o mais agradável possível. **A sua conquista é o nosso principal objetivo.**

O seu desfio como concursando é o meu desafio como professora do Estratégia e ambos queremos obter sucesso, concorda? Por isso não medirei esforços para que alcance sua tão almejada aprovação (e nomeação). É fundamental iniciarmos desde já uma relação de parceria e confiança. Comprometo-me a disponibilizar não apenas um material escrito, mas sim um material com diferencial, com uma linguagem clara, de fácil leitura e com os enfoques estrategicamente selecionados para o seu aprendizado e memorização. Como somos parceiros, dependo da sua dedicação e esforço para que nosso objetivo seja alcançado. **A caminhada nem sempre é fácil, mas com persistência e empenho, o sucesso é certeiro!!**

APRESENTAÇÃO DO CURSO

Uma das dúvidas que temos quando resolvemos estudar para algum concurso é por onde estudar. Estudar sozinho por meio de leitura de livros e manuais da disciplina em questão ou por um material elaborado especialmente para concursos? E essa eu consigo te responder sem dúvida alguma. Você até pode estudar sozinho, mas lembre-se que os livros e manuais são feitos para uma aprendizagem acadêmica e com isso você não irá focar no que realmente é importante, muitas vezes não aproveitando seu tempo que nesse momento é precioso. Recorrer ao apoio especializado é certamente o caminho mais proveitoso. Tenho total convicção da excelente qualidade do material do Estratégia. Nossas apostilas foram muito estudadas antes de serem disponibilizadas.

Analisamos cuidadosamente os materiais disponíveis, as tendências das principais bancas, focando no que realmente é importante, facilitando assim, ao máximo, sua memorização com uma linguagem informal e questões comentadas ao longo das aulas.

Para te ajudar no direcionamento do estudo, as aulas são o mais direta possíveis, focando nos principais pontos sem deixar de falar partes importantes para uma boa compreensão e memorização. Estudamos a fundo o perfil da banca, com o que ela mais gosta de cobrar, a linha de pensamento utilizada (já que na odontologia temos uma vasta quantidade de autores com teórias propostas de formas diferentes), uma linguagem simples e muitos exercícios. Com isso, facilitamos o seu trabalho, direcionando seu estudo e deixando para você a parte da dedicação, disciplina e concentração.

Além disso, o nosso curso conta com o fórum de dúvidas, onde você terá contato direto comigo e com os outros professores para te ajudar no que for preciso: dúvidas, inseguranças, incentivos, sugestões, críticas e opiniões. O seu sucesso é nossa principal meta e trabalhar em equipe nesse caso é muito importante.

Nosso material será todo baseado em fontes de informação e referências bibliográficas confiáveis, atuais e as mais comuns em concursos públicos. Não utilizaremos para essa disciplina uma referência específica e única, visto que a maioria das bancas, hoje em dia, não tem mencionado sua bibliografia recomendada de forma explícita no edital. Mas tenha certeza que nosso material será o mais completo possível e sempre que julgarmos pertinente, mencionaremos as referências.

A primeira dica que eu dou é: leiam, releiam, grifem, rabisquem, façam resumos, quadros de memorização e muitoooooooo exercício. Ainda acredito que os exercícios são a melhor forma de aprender e ver, inclusive, qual parte da matéria estamos bem e qual precisa de um pouco mais de atenção.

A principal meta nesse momento e que você faça uma prova tranquila, conseguindo resolver com confiança todas as questões e obter

100% de acertos nas questões da matéria. Para isso, os ***alunos matriculados no curso*** terão acesso ao seguinte conteúdo:

a) Material em pdf atualizado com os **principais pontos** abordados pelos concursos sobre **Odontopediatria**.
b) Questões comentadas de várias bancas.
c) ***Figuras*** para facilitar a memorização dos principais tópicos da disciplina.
d) Fórum de dúvidas.

Sem mais demora, já que o tempo é precioso. Vamos começar? Preparados? Rumo à aprovação!!!!

Lembrando que qualquer dúvida, estou à disposição via fórum, respondendo o mais rápido possível.

Ana Luiza Julio

INTRODUÇÃO

A cavidade bucal, na infância, é caracterizada por diversos fenômenos que constituem respostas fisiológicas ou, ao contrário, alterações de desenvolvimento ou, ainda, patogenias. O cirurgião-dentista necessita conhecer o desenvolvimento fisiológico e morfológico normal da cavidade oral e entender a relação de doenças a esses processos, para que possa estabelecer um diagnóstico preciso e correto. Abordarei as principais mudanças estruturais que se manifestam desde o nascimento, outras que se manifestam meses ou anos mais tarde, podendo, ainda, influenciar nas alterações do crescimento e do desenvolvimento das

estruturas orais e/ou do complexo maxilomandibular ou até mesmo constituírem-se em verdadeiros processos patológicos, desenvolvendo-se mediante agressões das mais diversas naturezas.

ALTERAÇÕES NO RECÉM-NASCIDO

-Epúlide Congênita

A Epúlide Congênita é rara com etiologia ainda incerta apesar da recente associação com uma proliferação de células mesenquimais primitivas, as quais exibem diferenciação para miofibroblastos, assemelhando-se às células do tecido nervoso. Clinicamente, apresenta-se como um nódulo, único e pediculado, de superfície lisa, às vezes, lobulado, localizado no rebordo alveolar de neonatos, com predomínio na região anterior da maxila. Sua coloração varia do rosa até o vermelho, e na maioria dos casos com tamanho menor que 2 cm de diâmetro. Com prevalência maior em meninas (aproximadamente 90%). Apesar de ser uma alteração de curso benigno, autolimitante e até mesmo regredir de forma espontânea, na maioria dos casos, faz-se necessária a intervenção cirúrgica. Não há recidiva.

- Pérolas de Epstein e nódulos de Bohn

As duas são formas clínicas de manifestação de um grupo de alterações denominadas "cistos palatinos do recém-nascido". É provável que as **pérolas de Epstein** sejam resultantes de inclusões epiteliais, aprisionadas na linha de fusão dos processos palatinos (rafe palatina), durante o desenvolvimento fetal, enquanto os **nódulos de Bohn** resultem de remanescentes epiteliais, originários do desenvolvimento de glândulas salivares menores no palato.

As **pérolas de Epstein** caracterizam-se por pequenas formações nodulares com 2 a 3 mm de diâmetro, coloração esbranquiçada, firmes à palpação, circunscritas, únicas ou múltiplas, assemelhando-se a "**grãos de arroz**", que ocorrem ao longo da **rafe palatina mediana** e tendem a desaparecer por esfoliação até os primeiros 3 meses de vida; portanto, não há necessidade de tratamento.

Os **nódulos de Bohn**, pequenos cistos preenchidos por queratina, são semelhantes às perolas de Epstein, com o diferencial de que não ficam restritos à rafe palatina mediana, podendo ser encontrados, distribuídos pelo **palato duro** na forma de **projeções esbranquiçadas.**

- Cisto gengival do recém-nascido

Considerados cistos gengivais de inclusão, com conteúdo queratótico, originam-se a partir dos remanescentes da lâmina dentária, formando-se na mucosa, ao longo dos lados vestibular e lingual das cristas dentárias, tanto da maxila como da mandíbula, com o aspecto de pápulas esbranquiçadas. Embora apresentem diferenças histológicas, ao exame físico, essas formações assemelham-se às pérolas de Epstein e aos nódulos de Bohn e, como também desaparecem espontaneamente, não necessita de tratamento.

- Doença de Riga-Fede

A característica principal dessa doença é o aparecimento de uma úlcera, de dimensões significativas, na face ventral da língua de bebês que estão sendo amamentados. Trata-se de uma úlcera traumática causada pelo atrito dessa mucosa com a superfície de dentes natais ou neonatais durante o ato da sucção. Clinicamente, essa úlcera apresenta-se com bordas elevadas e endurecidas, fundo necrótico de coloração branco-acinzentada, halo inflamatório e praticamente, assintomático. O tratamento consiste na remoção do agente irritante, por meio da extração

do dente supranumerário ou alisamento das bordas cortantes e pontiagudas de dentes prematuros. Antes de tudo, porém, recomenda-se a avaliação do estado físico geral da criança, bem como de seu estado nutricional já que tem sido associado a condição nutricional do paciente.

tome nota!

Os cistos da mucosa bucal, localizados por vestibular ou por palatino das cristas alveolares, constituem o achado clínico mais frequente em recém- nascidos. Embora sejam definidos em função da aparência e localização, esses cistos possuem origem embriológica diversa.

Sua prevalência tem sido relatada entre 70% e 89%.

Desse modo, os cistos localizados na crista do processo alveolar são remanescentes da lâmina dentária e recebem o nome de cistos da lâmina dentária. Por outro lado, aqueles nódulos localizados na região mediopalatina, ao longo da rafe palatina mediana, são derivados dos remanescentes epiteliais, sendo denominados pérolas de Epstein. Os nódulos de Bohn localizam-se no rebordo e, em especial, na região de palatos mole e duro.

Nenhum tratamento é necessário, pois esses cistos desaparecem espontaneamente num período de 3 meses.

Questão: 01

MUNICÍPIO CARANGOLA/MG – IDECAN – 2014

Dentes decíduos que erupcionam precocemente e apresentam uma borda incisiva cortante podem causar uma laceração na face ventral da língua denominada:

A) rânula.

B) nódulos de Bohn.
C) pérolas de Epstein.
D) doença de Riga-Fede.
E) cisto da lâmina dentária.

Comentários: É a característica principal da doença de Riga-Fede, o aparecimento de uma úlcera, de dimensões significativas, na face ventral da língua de bebês que estão sendo amamentados.
Resposta: D

ALTERAÇÕES NÃO PATOLÓGICAS

- Língua geográfica ou glossite migratória benigna

É uma alteração bastante frequente, com prevalência em torno de 1 a 3% da população; de etiologia desconhecida, tem sido associada a diversos fatores, como ansiedade, estresse, alergias, algumas doenças dermatológicas como a psoríase; apesar de estudos recentes não comprovaram essas associações.

Em nível clínico, a língua geográfica caracteriza-se por acusar áreas avermelhadas de despapilação, erosivas e de dimensões variadas, nos dois terços anteriores do dorso da língua principalmente; na maioria das vezes, com limites bem demarcados e esbranquiçados, lembrando um mapa, por isso a denominação "geográfica". As áreas erosivas, resultantes da descamação das papilas filiformes, permanecem por pouco tempo em um lugar; logo há a reparação do tecido e áreas despapiladas surgem em outro ponto, dando a ideia de migração. As papilas fungiformes não são afetadas. Esse processo pode perdurar durante semanas ou meses, regredindo espontaneamente para recidivar mais tarde. Pode atingir o dorso e o ventre lingual, assim como a mucosa do

palato mole, mucosa labial e jugal, caracterizando uma variante dessa doença que pode ser denominada estomatite migratória.

A língua geográfica não tem significado patológico e não necessita de tratamento específico — apenas orientar o paciente quanto à higienização e evitar ingestão de alimentos ácidos e/ou condimentados, em geral, diminuindo a eventual queixa de dor ou queimação local.

Questão: 02

Pref. Vassouras/RJ- FUNCAB - 2014

Também conhecida por glossite migratória benigna, é bastante frequente, em especial em crianças de 8 a 12 anos de idade, com prevalência em torno de 1 a 3 % da população, de etiologia desconhecida, acredita-se que possa estar relacionada a estresse emocional. As lesões são caracterizadas por se situarem nos dois terços anteriores do dorso da língua, sob forma de áreas erosivas múltiplas, avermelhadas, reflexo da perda das papilas filiformes que ocorre na região, os limites da alteração são bem definidos, esbranquiçados, com padrão circinado e irregular. Com base nessas características, marque a alternativa que se enquadra no texto descrito.

A) língua fissurada.
B) língua geográfica.
C) anquiloglossia.
D) rânula.
E) doença de riga-fede.

Comentário: Língua geográfica caracteriza-se por acusar áreas avermelhadas, erosivas e de dimensões variadas, nos dois terços anteriores do dorso da língua principalmente; na maioria das vezes, com limites bem demarcados e esbranquiçados, com padrão circinado irregular, lembrando um mapa, por isso a denominação "geográfica". As áreas erosivas, resultantes da descamação das papilas filiformes,

permanecem por pouco tempo em um lugar; logo há a reparação do tecido e áreas despapiladas surgem em outro ponto, dando a ideia de migração.

Gabarito: B

-Língua fissurada

Com uma prevalência em torno de 5%, tanto em crianças como em adultos, aumentando com a idade, chegando a 30% em indivíduos idosos. Considerada pela maioria dos autores uma anomalia do desenvolvimento, embora de etiologia desconhecida, tem um fator hereditário fortemente relacionado.

Apresenta-se clinicamente por meio de fissuras ou sulcos na porção dorsal da língua de profundidade variável, revestidos por epitélio íntegro, porém atrófico. Na maioria dos casos, nota-se um sulco central longitudinal, do qual se irradiam sulcos laterais; outras vezes, a disposição é variável formando segmentos e reentrâncias semelhantes à superfície pregueada do cérebro. Em alguns casos, a língua fissurada está associada à macroglossia; e, em outros, à língua geográfica.

É vista com frequência em pacientes com **síndrome de Down** e também tem sido relacionada como um componente da **síndrome de Melkersson-Rosenthal**.

A língua fissurada, em geral, é assintomática e passa despercebida na maioria das vezes. Quando há queixa, a sintomatologia é restrita a ligeiro ardor, decorrente da presença de microrganismos e resíduos alimentares dentro dos sulcos.

Não há tratamento específico para essa alteração; apenas deve-se orientar o paciente quanto à higienização que precisa ser feita com a utilização de escova macia, podendo ser complementada, em especial, quando houver referência de ardor e halitose, com uso de digliconato de clorexidine 0,12% na forma de bochechos diários após a higienização, 3 vezes/dia até a remissão dos sintomas.

ALTERAÇÕES CONGÊNITAS

- Microglossia

A microglossia **congênita** constitui rara anomalia de desenvolvimento, caracterizada pela presença de uma língua pouco desenvolvida ou até mesmo rudimentar. Apesar da anomalia presente, a fala e a linguagem desses pacientes são notadamente normais.

O tratamento dessa alteração é basicamente estético, por meio de manobras cirúrgicas e ortognáticas.

- Macroglossia

A macroglossia **congênita** é uma condição mais comum que a microglossia e ocorre em virtude de desenvolvimento excessivo da musculatura da língua. Provoca deslocamento dos dentes e consequente maloclusão em razão da maior pressão exercida pela língua sobre os dentes.

A macroglossia relativa é descrita comumente em situações em que, a despeito do tamanho relativamente normal da língua, os maxilares são pequenos. Essa condição confere a aparência protruída da macroglossia. O tratamento para a macroglossia consiste na remoção da causa primária.

- Anquiloglossia

É a condição de freio lingual curto (língua presa), ou inserido muito próximo à ponta da língua, com aspecto fibroso ou mesmo muscular, o que acarreta a diminuição da mobilidade da língua. Os pacientes portadores dessa anomalia podem apresentar problemas de fonação, ou mesmo mau posicionamento dos incisivos inferiores. O tratamento é cirúrgico por meio das técnicas da frenectomia ou frenotomia.

Questão: 03

FCC– TRT 3ª- 2015

A alteração congênita caracterizada pela inserção do freio lingual muito próximo da ponta da língua com aspecto fibroso ou muscular é denominada de

A) língua fissurada.
B) anquiloglossia.
C) glossite migratória benigna.
D) freio tetolabial persistente.
E) fibromatose gengival hereditária.

Comentários: A anquiloglossia, conhecida popularmente como língua presa, é uma anomalia oral congênita caracterizada por freio lingual muito curto capaz de resultar em graus variáveis de diminuição da mobilidade lingual. É formado por tecido conjuntivo fibrodenso e, muitas vezes, por fibras superiores do músculo genioglosso.

Resposta: B

- Fissura labial

Acredita-se que seja de etiologia genética ou teratológica. As fissuras labiais podem ocorrer em qualquer plano em que os processos embrionários da face se unem e se fusionam. A falta de fusão do lábio pode interferir no fechamento do palato; em razão disso, comumente, as fissuras labiais vêm associadas às fissuras de palato. As fissuras oblíquas ou transversas podem estender-se desde o lábio superior até a asa do nariz, ou desde a comissura labial até o osso nasal.

As fissuras podem ser uni ou bilaterais, apresentando-se completas ou incompletas. É completa quando se estende até a narina e envolve o palato, e incompleta quando se estende a uma distância variável, da

narina, apesar de poder comprometer ou não o palato. O tratamento é cirúrgico, com bom prognóstico, principalmente em crianças com pouca idade. O complemento do tratamento deverá ser feito com o auxílio de ortodontistas, fonoaudiólogos.

Questão: 04

FCC – TRT 3ª- 2015

Deformidade congênita caracterizada pela fissura do palato secundário que atinge os palatos duro e mole denomina-se:

A) fissura do palato primário completa.

B) fissura do palato secundário parcial.

C) lábio leporino falso.

D) fissura do palato secundário incompleta.

E) fissura do palato secundário completa.

Comentários: Segundo Marchesan (1998), a classificação adotada no Brasil é a proposta por Spina (1972), que toma como ponto de referência o forame incisivo, pois este constitui a junção do palato primário (pró-lábio, pré-maxila e septo cartilaginoso) e palato secundário (palato duro e mole). Neste caso, esta deformidade está dentro do grupo III - Fissura pós-forame incisivo: fissuras isoladas de palato que se localizam posteriormente ao forame incisivo. Podem ser completas ou incompletas.

Resposta: E

LESÕES COM RETENÇÃO DE LÍQUIDO

- Cisto de erupção (cisto eruptivo)

Desenvolve-se como resultado da dilatação, por acúmulo de fluido ou sangue, do espaço folicular, que envolve a coroa de um dente em

erupção. Caracteriza-se pela ocorrência do aumento de volume em forma de cúpula, por vezes, em razão de fibrose, consistente à palpação, de coloração translúcida ou azulada, assintomático, localizado e limitado à região do rebordo alveolar, em que se dará a erupção de um dente decíduo ou permanente. Ocorre com maior frequência em crianças menores de 10 anos nas regiões de incisivos e caninos superiores e na de molares inferiores; no entanto, pode ocorrer em qualquer área em que um dente está em fase de erupção. Não é necessário nenhum tipo de tratamento, pois na maioria das vezes o cisto se rompe e ocorre a erupção do dente envolvido. Em alguns casos, pode ser feita a remoção da cobertura do cisto (ulectomia), permitindo que a erupção ocorra com maior rapidez.

- Mucocele

É uma lesão encontrada **com frequência** em crianças e adolescentes, que se origina a partir da ruptura de um ducto de glândula salivar menor, com o consequente extravasamento de saliva para os espaços teciduais adjacentes (cisto de extravasamento mucoso), ou pela retenção de saliva como consequência da obstrução parcial ou total do sistema de ductos (cisto de retenção). Quando a coleção de saliva for superficial, o seu aspecto será bolhoso como uma cúpula de coloração translúcida ou azulada, superfície lisa, com tamanho aproximado de 1 cm de diâmetro, consistência fluida e assintomática; se for perfurada, ocorrerá o extravasamento de saliva. As mucoceles mais profundas exibirão uma coloração rósea, igualando-se ao tecido da região, e as demais características continuam inalteradas. A localização preferencial da lesão é no **lábio inferior**, em razão da grande concentração de glândulas salivares menores, podendo ocorrer também na mucosa jugal e ventre de língua. O tratamento é a excisão cirúrgica e, para minimizar a possibilidade de recidiva, as glândulas salivares envolvidas devem ser

removidas, bem como se deve afastar qualquer lesão traumática na região.

Questão: 05

FCC – TRT 3ª – 2015

Paciente com 6 anos de idade apresenta bolha em mucosa labial inferior, indolor, de consistência flácida, com aproximadamente 1 cm de diâmetro. Com história de recidiva e trauma local, trata-se de

(A) mucocele.

(B) rânula.

(C) granuloma piogênico.

(D) úlcera traumática.

(E) afta.

Comentários: Bem característico de Mucocele**,** coleção de saliva com tamanho aproximado de 1 cm de diâmetro, com consistência fluida e assintomática, com histórico de recidiva.

Resposta: A

Questão: 06

AOCP - EBSERH/HE-UFPELO – 2015

Dentre as lesões que acometem o tecido mole da cavidade bucal, a mais comum é

(A) a epúlide congênita do recém-nascido.

(B) a mucocele.

(C) o nódulo de Bohn.

(D) o papiloma.

(E) o ceratocisto odontogênico.

Comentários: Entre todas apresentadas, a mucocele é a mais frequente.

Resposta: B

Questão: 07

VUNESP -TJSP/SP-2010

Paciente masculino, 11 anos, relata aparecimento de bolinha crescendo na boca há uma semana. Ao exame clínico apresenta tumefação mucosa em forma de cúpula na região de lábio inferior com coloração normal, aproximadamente 3 mm de diâmetro, consistência firme, móvel e assintomática à palpação. A hipótese diagnóstica e a conduta adequada são, respectivamente:

A) fibroma de irritação; excisão cirúrgica local.

B) fibroma de irritação; biópsia incisional.

C) mucocele; excisão cirúrgica local.

D) mucocele; marsupialização.

E) lipoma; excisão cirúrgica local.

Comentários: De acordo com o exame clínico onde constatou que a lesão era na região de lábio inferior, em forma de cúpula, móvel, concluímos ser mucocele pois a localização preferencial desta lesão é no **lábio inferior**, em razão da grande concentração de glândulas salivares menores, podendo ocorrer também na mucosa jugal e ventre de língua. O tratamento é a excisão cirúrgica e, para minimizar a possibilidade de recidiva, as glândulas salivares envolvidas devem ser removidas, bem como se deve afastar qualquer lesão traumática na região.

Resposta: C

- Rânula

As rânulas são fenômenos de extravasamento de muco ou cistos de retenção associadas às alterações das glândulas salivares maiores, de forma especial da sublingual, e, mais raramente, da submandibular. Acomete crianças e adolescentes com mais frequência. De etiologia igual a da mucocele, as rânulas se diferenciam pela localização, sendo denominadas rânulas as coleções de saliva que ocorrem no assoalho bucal.

Clinicamente, a rânula apresenta-se como um aumento de volume de cor azulada ou rósea, dependendo da profundidade da lesão, de forma arredondada ou alongada, superfície lisa, consistência flácida ou fluida e indolor. O tamanho varia de poucos centímetros a lesões que ocupam todo o assoalho bucal, causando elevação da língua.

Em geral, é unilateral, podendo, como na mucocele, romper-se liberando a saliva retida, e, após a cicatrização do tecido, ser preenchida por novo acúmulo de saliva. Quando a retenção de saliva atravessa o músculo milo-hioide, pode produzir uma tumefação na região do pescoço, sendo, então, denominada rânula penetrante.

O tratamento clássico é a marsupialização ou a enucleação da lesão incluindo a remoção da glândula afetada. Têm-se obtido excelentes resultados no tratamento das rânulas utilizando a técnica da sutura em massa do teto da lesão, mantida por 3 semanas, objetivando a criação de condutos secundários que permitam a drenagem da saliva, a partir da epitelização do tecido em torno do fio de sutura. Denominada por alguns trabalhos na literatura como micromarsupialização, sem dúvida essa técnica se constitui em uma ótima alternativa, pelo menos inicial, de tratamento não invasivo dessas lesões.

Questão: 08

MUNICÍPIO DE PANCAS/ES - IDECAN – 2014

A rânula é um termo usado para a mucocele que ocorre no assoalho da boca. Apresenta-se como uma tumefação azulada, flutuante com a forma de cúpula no assoalho da boca. Qual é o tratamento mais indicado para este tipo de lesão?

A) Proservação.

B) Radioterapia

C) Quimioterapia.

D) Biópsia incisional.

E) Remoção da glândula.

Comentários: O tratamento consiste na remoção da lesão juntamente com a glândula afetada. Outras formas menos invasivas como a marsupialização ou descompressão tem mostrado bons resultados em lesões de pequeno diâmetro.

Resposta: E

Questão: 09

FCC – TRT 3ª - 2015

Sendo constatada a presença de uma rânula em um paciente pediátrico, com 2 meses de idade, a terapia proposta é:

(A) aplicação da técnica de marsupialização, com remoção do teto da rânula.

(B) conservadora e pouco invasiva, com a desobstrução da glândula com a ponta de um instrumento cortante e acompanhamento clínico para detecção de possíveis recidivas.

(C) aplicação de cateter de pequeno diâmetro (para sondagem do ducto lacrimal), com esvaziamento do conteúdo da rânula.

(D) transfixação da rânula com fio de nylon de calibre 2-0, sutura simples frouxa e remoção do fio após 7 dias.

(E) remoção do teto da rânula, com colocação de gaze e acompanhamento clínico para a detecção de possíveis recidivas.

Comentários: a idade do paciente e seu estado de saúde geral devem ser levados em consideração, quando da indicação da modalidade terapêutica a ser empregada, sugerindo que pacientes jovens podem ser tratados através da marsupialização. A marsupialização é considerada, por alguns autores, uma conduta cirúrgica simples e mais adequada para o tratamento da rânula desde 1960. O tratamento usual da rânula é a marsupialização e em casos de rânulas recorrentes ou persistentes o tratamento de escolha deve ser a excisão da rânula e da glândula sublingual. Neste caso, a melhor conduta será então conservadora e pouco invasiva, com a desobstrução da glândula com a ponta de um instrumento cortante e acompanhamento clínico.

Resposta: B

LESÕES ULCERATIVAS

- Ulceração aftosa

É uma doença comum que afeta a mucosa bucal e caracteriza-se pela presença de ulceração necrosante, dolorida, recidivante, solitária ou múltipla.

O primeiro aparecimento da úlcera aftosa pode ocorrer dos 3 aos 5 anos de idade e sua incidência gira em torno de 50%. De todos os tipos de ulceração não traumática que afetam as mucosas, as úlceras aftosas são, sem dúvida, as mais prevalentes, ocorrendo, com predileção, em meninas.

Uma diversidade de fatores pode estar associada na patogênese dessa doença, incluindo fatores genéticos, imunológicos, deficiências nutricionais, distúrbios gastrointestinais, alterações hormonais, infecções, traumatismos locais, alergia, fatores emocionais e o cessar do hábito de

fumar. É importante frisar que nenhuma dessas é considerada como causa primária da úlcera aftosa, embora possam desempenhar um papel modificador ou desencadeante.

Três formas distintas de úlcera aftosa podem ser percebidas clinicamente: menor, maior e herpetiforme.

As aftas do tipo menor são as mais comuns, representando cerca de 80% das lesões. São geralmente precedidas de sinais prodrômicos de formigamento ou ardência (parestesia) no local da ulceração. Essas lesões são ovaladas, doloridas, cobertas por uma membrana fibrinosa amarelada e cercada por um halo eritomatoso. Tem um período de doença de 7 a 10 dias e se curam sem deixar cicatriz.

As úlceras do tipo maior são menos comuns, maiores, caracterizando-se pela cronicidade. Têm aspecto crateriforme em razão da profundidade da lesão e deixam cicatriz após a cura. As aftas maiores levam até 6 semanas para cicatrizarem e assim que uma úlcera desaparece surge outra.

As úlceras herpertiformes são menos comuns e são mais frequentemente encontradas em mulheres, na proporção de 2:1. Surgem como grupos de pequenas e numerosas úlceras que coalescem para formar úlceras maiores. A dor é intensa, e a úlcera cicatriza em uma ou duas semanas.

As úlceras aftosas caracteristicamente localizam- se nas mucosas vestibular e jugal, na língua, no palato mole, no assoalho da boca e nas fauces, sendo rara sua localização em áreas ceratinizadas, tais como palato duro e gengiva inserida. Essas lesões não são precedidas de vesículas. O tratamento das úlceras aftosas é empírico e nenhuma substância isolada é completamente eficaz.

Frente a úlceras aftosas menores ocasionais, o tratamento geralmente não se faz necessário.

Diante de outras situações, o tratamento de escolha consiste no uso de esteroides tópicos ou numa solução mista de tetraciclina-nistatina ou,

ainda, de bochechos com clorexidina. Este tratamento, embora raramente obtenha resultados permanentes, pode levar a uma melhora significativa da sintomatologia. O aciclovir pode ser indicado para indivíduos imunodeprimidos ou frente a recorrências frequentes.

O uso de laser de CO2, para o controle da dor e a cicatrização de ulcerações aftosas, tem sido utilizado de forma eficaz, porém com custo elevado.

O filme de hidroxipropil-celulose (Zilactin) é uma das opções terapêuticas efetivas no alívio da dor e da inflamação e na proteção prolongada das lesões por várias horas.

- Úlcera traumática

A úlcera traumática da mucosa bucal é uma lesão resultante de traumatismo de natureza diferente (físico, químico ou mecânico), podendo ter caráter agudo ou crônico.

No período da infância, quedas e outros acidentes podem, com frequência, ocasionar lesões traumáticas nos tecidos bucais, sendo comuns em lábio, língua, palato e a mucosa jugal. As mordidas pós-anestesia para procedimentos odontológicos também são comuns nesse período.

A etiologia é bastante variada: mordidas acidentais ou pós-anestesia, irritantes térmicos (queimaduras), dentes com bordas aguçadas, aparelhos ortodônticos e protéticos, irritantes químicos, irritantes externos (ação da escova dental durante a manobra de higienização), fatores iatrogênicos (remoção intempestiva do rolo de algodão, peça de mão, sugador de saliva), e por fator psicogênico (hábito de morder o lábio).

O aspecto clínico da úlcera traumática é o de uma lesão ovoide, com centro necrótico, circundado por halo eritomatoso. É geralmente solitária, com margens irregulares, rasa ou profunda.

O reparo do traumatismo sobre a mucosa bucal geralmente é rápido e simples. No entanto, algumas vezes pode perdurar por longo período, sem reparo, em especial diante da persistência do agente agressor.

Portanto, a medida fundamental para o tratamento da úlcera traumática consiste na remoção do agente agressor. Manter a área limpa mediante profilaxia com soro fisiológico é recomendável.

Nas lesões traumáticas, em que há grande exposição de tecido conjuntivo, é indicada a realização de sutura.

O reparo da úlcera ocorre num período variável de até 2 semanas.

Questão: 10

FUNDASUS – AOCP – 2015

São características clínicas de aftas herpetiformes, EXCETO:

A) duração de 1 a 2 semanas.

B) o fato de não deixarem cicatrizes.

C) o fato de o palato e a gengiva poderem ser acometidos.

D) o agrupamento de pequenas úlceras.

E) apresentar lesão nodular recoberta por mucosa normal.

Comentário: As úlceras herpertiformes são menos comuns e são mais frequentemente encontradas em mulheres, na proporção de 2:1. Surgem como grupos de pequenas e numerosas úlceras que coalescem para formar úlceras maiores. A dor é intensa, e a úlcera cicatriza em uma ou duas semanas.

Gabarito: E

LESÕES PROLIFERATIVAS NÃO NEOPLÁSICAS

- Lesão periférica de células gigantes

Ocorre em crista de rebordo, após extrações traumáticas; e na gengiva, sempre ligada a um fator irritativo crônico de baixa intensidade e persistente, como raízes residuais e dentes com coroa fraturada, nos quais o remanescente esteja injuriando os tecidos gengivais ao redor. Apresenta-se como uma massa nodal de tamanho variado, tem sua evolução lenta, assintomática, globosa, séssil, intensamente vascularizada, de cor vermelha com áreas acastanhadas que ocorrem em razão da degradação de hemossiderina. A consistência da lesão depende do tempo de evolução; as lesões mais recentes apresentam-se com consistência flácida e sangrantes ao toque. Nas lesões com tempo de evolução mais prolongado temos uma característica mais fibrosa com a consistência mais firme e a coloração mais rosada.

O tratamento consiste na remoção do agente traumático e exérese da lesão na sua totalidade para evitar recidiva.

- Granuloma piogênico

A exemplo da lesão periférica de células gigantes o granuloma piogênico é uma lesão que surge como resposta tecidual frente a uma irritação crônica local. Apresenta-se como nódulo, séssil ou pediculado, geralmente indolor, com superfície lisa, de coloração vermelho-arroxeada, com sangramento ao mínimo toque resultado da intensa vascularização. Por consequência da fragilidade do epitélio que a reveste, rompe-se com facilidade e infecta-se com frequência. O local mais acometido é a gengiva (75%), seguido por lábio, língua e mucosa jugal, podendo inclusive ocorrer na pele.

O tratamento para essa lesão é a excisão cirúrgica e a remoção do fator irritante associado.

FIBROMATOSES GENGIVAIS

Trata-se de um aumento do tecido gengival caracterizado pela proliferação de fibroblastos, podendo ser originado por vários fatores; entre eles, destacam-se os hereditários, os químicos e os irritantes crônicos.

- Fibromatose gengival hereditária

Por ter influência genética, podem acometer várias pessoas da mesma família. Caracteriza-se por um espessamento do rebordo alveolar, firme à palpação, assintomático, com coloração normal ou ligeiramente mais clara, de aspecto liso ou nodular, que surge principalmente na época da troca da dentição, podendo atingir uma ou ambas as arcadas. O crescimento inicia-se na infância e prolifera-se até a 1a década de vida. A fibrose na gengiva promove uma verdadeira barreira mecânica que dificulta a erupção dos dentes permanentes, podendo constituir-se em um fator importante de mau posicionamento dentário. A radiografia periapical da região mostra que o elemento já ultrapassou, pelo menos em parte, o limite ósseo e só não é visível porque está sendo encoberto pela mucosa fibrosada.

O tratamento preconizado é a ulectomia, sob acompanhamento clínico até a total erupção.

- Fibromatose gengival química ou medicamentosa

Nesse caso, o fator etiológico está relacionado com a ação farmacológica de alguns medicamentos de uso contínuo, em especial, a fenitoína (anticonvulsivo), a ciclosporina (imunossupressor) e o nifedipino (bloqueador de canais de cálcio), os quais, quando associados a fatores irritativos locais, em alguns indivíduos, potencializam a resposta inflamatória proliferativa da gengiva.

Clinicamente, as fibromatoses evidenciam-se pela hiperplasia gengival, principalmente na região anterior, em uma ou ambas as arcadas, a partir da papila interdental, que, aos poucos, cobrem a coroa clínica dos dentes. A massa nodular apresenta volume e forma variável e contorno irregular, consistência firme e assintomática à palpação, sob coloração predominantemente rósea.

O tratamento, em geral, requer orientação de higiene bucal, controle do biofilme, redução do processo inflamatório e fase cirúrgica, principalmente quando o crescimento tecidual estiver interferindo na estética e funcionalidade do paciente.

A modulação da medicação, ou até mesmo a hipótese da sua substituição, deve ser avaliada a critério médico. Os casos de recidivas são comuns quando há manutenção do uso contínuo do medicamento.

- Fibromatose gengival irritativa

É uma lesão cuja etiologia está ligada ao fator irritativo crônico generalizado. Encontra-se também, com certa frequência, em pacientes respiradores bucais, com adenoides ou portadores de alterações psicomotoras, os quais, por causa desses problemas, permanecem, de forma habitual, com os lábios entreabertos. Os fatores locais mais evidentes são bandas ortodônticas, biofilme e mau posicionamento dentário. Clinicamente, apresenta-se por aumentos gengivais múltiplos, com coloração avermelhada ou rósea, os quais recobrem parcialmente as coroas dos dentes, podendo abranger uma ou ambas as arcadas. Pode ser entendida como uma fase mais exuberante e generalizada das hiperplasias gengivais. A halitose é um achado comum nos pacientes portadores de fibromatose irritativa.

O tratamento requer eliminação da causa e gengivectomia. É importante salientar que a diferenciação desse tipo de fibromatose, em relação às demais, só será possível com o auxílio da anamnese, pois o quadro histológico é igual entre elas.

DOENÇAS INFECCIOSAS

Bacterianas

-Impetigo

Geralmente o agente etiológico é o estafilococo. Afeta primariamente a epiderme, ocasionando vesículas inflamatórias ou pústulas que se rompem e produzem lesões crostulosas. Tais lesões se espalham e tornam-se confluentes para formarem grandes regiões ulceradas na área afetada.

A região peribucal é frequentemente afetada, envolvendo a comissura labial e o vermelhão dos lábios, mas a mucosa bucal raramente é afetada. As lesões, em geral, cicatrizam sem complicações, e são caracterizadas por uma crosta aderente, de cor amarela amarronzada, e podem coalescer em lesões grandes, de forma irregular. O diagnóstico diferencial deve ser feito como o do herpes simples.

Para o tratamento são usados sabão e água fria para remover crostas e a área infectada deve ser limpa com antisséptico. Em seguida, deve ser aplicado antibiótico tópico, 2 a 3 vezes ao dia. Se não cicatrizarem, indica-se antibiótico por via sistêmica.

- Escarlatina

A escarlatina é uma doença infecciosa que afeta tipicamente crianças após um período de incubação de vários dias, especialmente no inverno. O agente etiológico dessa infecção está em algumas cepas de estreptococos beta-hemolíticos, que produzem uma toxina eritrogênica.

A disseminação das infecções estreptocócicas do grupo A ocorre por contato direto com a pessoa infectada. O diagnóstico só é estabelecido após o segundo ou terceiro dia da doença, quando surge um exantema

cutâneo muito característico, difuso, escarlate e brilhante. Esta erupção ocorre particularmente nas pregas cutâneas.

As manifestações bucais da doença são descritas como "estomatite escarlatínica", caracterizando-se por lesões inflamatórias de palato e tonsilas. No entanto, a grande importância reside nas alterações que ocorrem na língua.

As papilas fungiformes apresentam-se edemaciadas e hiperêmicas, projetadas como saliências avermelhadas e recobertas por uma camada esbranquiçada. Esta condição caracteriza a "língua em morango". Numa fase posterior, a cobertura esbranquiçada desaparece mostrando uma língua intensamente vermelha, brilhante e lisa, em que se destacam as papilas fungiformes, edemaciadas e hiperêmicas, que caracterizam a "língua em framboesa". O tratamento baseia-se na administração de antibióticos do tipo penicilina.

- Sífilis congênita

Embora de ocorrência rara, a sífilis congênita resulta da contaminação hematogênica transplacentária do Treponema pallidum, da mãe para o feto.

A sífilis congênita pode manifestar, no período perinatal, lesões vesicobolhosas, hepatoesplenomegalia, anemia hemolítica, trombocitopenia e osteocondrite. A criança portadora de sífilis congênita pode manifestar alterações na região da cabeça e do pescoço. É comum a presença de deformidade dos ossos nasais, conhecida como "nariz em sela".

As manifestações bucais incluem máculas mucosas, rágades (fissuras profundas produzidas por lesões presentes na comissura labial), escoriações no lábio superior e arco palatino alto. As anomalias dentárias foram descritas como "molar em amora" e "incisivo em barril", consequentes de hipoplasias presentes nesses dentes.

O sinal patognomônico da doença é representado pela tríade de Hutchinson: hipoplasia dos molares e incisivos, dano do VIII nervo craniano (surdez) e queratite intersticial. No entanto, esses três sinais raramente aparecem juntos num único paciente.

- Periostite proliferativa (osteomielite de Garré)

Já foi descrita como osteomielite de Garré, porém atualmente é denominada periostite proliferativa. É a mais frequente das osteomielite em crianças, e representa uma reação periosteal diante da presença de um processo inflamatório. Essa reação incomum do periósteo ocorre, na maioria das vezes, a partir de um dente desvitalizado, em geral o primeiro molar inferior permanente, amplamente destruído por um processo de cárie. As toxinas liberadas por microrganismos, bem como os produtos tóxicos decorrentes da mortificação pulpar, agridem lentamente os tecidos do ligamento periodontal apical e do osso adjacente instalando, como consequência, um processo inflamatório crônico nessa região, o qual se difunde pelo trabeculado ósseo até chegar à região cortical e ao periósteo; este reage inflamando-se e induzindo uma neoformação óssea disposta em fileiras, paralelas entre si, expandindo a superfície do osso afetado.

Clinicamente, atinge mais crianças ao redor dos 12 anos, que chegam para a consulta com queixa de aumento de volume, endurecido na região inferior e posterior da mandíbula que perdura por mais de 2 semanas. A história de dor de dente ou desconforto na região é comum e precede o aumento de volume. Ao exame físico, nota-se aumento de volume extraoral na região afetada, unifocal, assintomático, duro à palpação, sem a presença de fístula cutânea ou mucosa. Ao exame radiográfico periapical, verificam-se rompimento da lâmina dura e discreta área radiolúcida, envolvendo a região periapical, no entanto, pela técnica oclusal, visualizam-se os sinais sugestivos dessa alteração com formações ósseas radiopacas dispostas em forma de lâminas, paralelas

entre si, formando várias camadas ósseas sobrepostas, em forma de lamelas concêntricas, espessando a cortical, lembrando uma "casca de cebola".

O tratamento consiste na exodontia do dente envolvido ou, quando possível, na realização de tratamento endodôntico. Em geral, a remodelação óssea na região ocorre em alguns meses, em média 6, após a eliminação da fonte de infecção.

Infecções Virais

-Herpes simples

Constitui uma doença infecciosa aguda, talvez a mais prevalente das doenças virais que afetam a cavidade bucal humana. O vírus denominado de herpesvírus hominis (HSV) tem tropismo pelos tecidos derivados do ectoderma: pele, mucosas e tecido nervoso central. É descrito como vírus dermotrópico, podendo ser transmitido por gotículas de saliva, contato pessoal próximo ou utensílios contaminados.

Parasita celular estrito, o herpesvírus só se multiplica dentro de células vivas. O vírus do herpes simples constitui um dos cinco tipos de herpesvírus patogênicos humanos e possui dois sorotipos (I e II). O vírus do herpes simples tipo I (HSV-I) é o agente causador das infecções bucais (e, algumas vezes, das genitais). O do tipo II (HSV-II) é responsável pelas infecções genitais (e, ocasionalmente, pelas infecções bucais). A infecção neonatal geralmente é causada pelo HSV-II.

O período de incubação varia de alguns dias a duas semanas, em média cinco dias. Existem dois tipos de infecção pelo HSV: a primária, no indivíduo que não possui anticorpos circulantes, e a recorrente nas pessoas que os possui. A infecção primária é acompanhada de manifestações clínicas severas e ocorre em cerca de 1% da população, enquanto em 99%, a

infecção manifesta-se de forma subclínica, sem sinais visíveis da doença.

Após a resolução da manifestação primária da infecção, o vírus migra para o gânglio homônimo do nervo trigêmeo, onde permanece em estado latente até ser reativado por estímulos diversos: exposição ao sol e ao frio, trauma, febre, distúrbios gástricos, ansiedade, etc. Nesse momento, instala-se a infecção secundária ou recorrente.

-Gengivoestomatite herpética primária

A gengivoestomatite herpética primária ocorre precocemente na infância, em geral, antes dos 5 anos de idade. Por outro lado, raramente ocorre antes dos 6 meses de idade em razão da presença de anticorpos circulantes provenientes da mãe.

Ulcerações labiais constituem a forma mais comum da manifestação primária dessa infecção. Em alguns casos, a infecção inicial, na criança, caracteriza- se pela presença de febre, irritabilidade, cefaleia, dor, linfadenopatia regional. Num período não maior que 24 a 36 horas, a boca torna-se sensivelmente dolorida, a gengiva torna-se edemaciada e a salivação aumentada. Em 24 horas, vesículas pequenas e múltiplas desenvolvem-se na gengiva, na língua, nos lábios e na mucosa bucal.

Em poucas horas, as vesículas se rompem e formam erosões doloridas, cobertas por uma pseudo-membrana com margem eritomatosa. Essa ulceração, quando extensa, torna a mastigação difícil.

As lesões são autolimitantes e saram, sem deixar cicatriz, raramente recorrendo. As vesículas aparecem até o sexto dia e rompem-se rapidamente, deixando, no local, úlceras rasas, com halo eritematoso e fundo amarelo acinzentado. Por vezes, outras mucosas, como a nasal e a conjuntival, também estão comprometidas. A sialorreia e a dor intensa completam o quadro clínico. Há casos em que as lesões infectam-se secundariamente, agravando o estado geral do paciente. Em um período de 7 a 14 dias, não havendo complicações, as lesões regridem sem deixar

sequelas, desaparecendo juntamente com os sintomas sistêmicos e a linfadenopatia.

Após o desaparecimento das lesões e do quadro clínico geral, os vírus tornam-se atenuados e permanecem latentes no interior das células do gânglio nervoso da região (trigeminal), podendo ser reativados em alguns casos, anos mais tarde, quando houver estado de imunossupressão local ou geral, dando origem a outra forma clínica da doença denominada herpes simples recorrente.

O tratamento para a gengivoestomatite herpética primária é sintomático e de suporte. A terapêutica medicamentosa envolve a administração de analgésicos, anti-inflamatórios e, em casos de infecção secundária, antibióticos e antifúngicos. Há recomendação especial para a dieta, que deve ser líquida e proteica, e o repouso.

-Herpes simples secundário ou recorrente

As lesões herpéticas recorrentes ocorrem em cerca de 30% a 40% dos indivíduos que tiveram estomatite herpética primária, representando a reativação do vírus latente. Sua manifestação clínica caracteriza-se pelo aparecimento de pequenas vesículas ao redor da junção mucocutânea dos lábios, estendendo-se mais em direção à pele do que à mucosa. A manifestação clínica geralmente é precedida de sintomas prodrômicos de prurido e ardência ou dor no local onde aparecerão as lesões. Várias e pequenas vesículas fundem-se para formar uma ou mais lesões vesiculares grandes, que logo se rompem e coalescem para formarem uma úlcera superficial. As lesões herpéticas secundárias frequentemente recorrem no mesmo local ou perto deste. O número de recorrências é variável e parece diminuir com a idade de cada indivíduo.

O tratamento é sintomático, que visa o alívio do desconforto. Os agentes antivirais (aciclovir) são indicados para indivíduos imunodeprimidos nos casos de úlceras severas ou frente a recorrências frequentes.

Questão: 11

Pref. Grão Mogol/MG- COTEC/ UNIMONTES -2015

Em relação à gengivoestomatite herpética aguda, marque a alternativa CORRETA.

A) A sintomatologia aguda pode apresentar pequenas vesículas, cobertas por membrana de cor acinzentada e sem sintomatologia dolorosa.
B) Os sinais e sintomas da doença incluem tecido gengival avermelhado, aumento da salivação, mal-estar e anorexia sem elevação da temperatura corporal.
C) Apresenta regressão espontânea de, aproximadamente, 15 a 20 dias.
D) É causada pelo vírus herpes simplex, sendo contagiosa.

Comentários: A gengivoestomatite herpética aguda causada pelo herpesvírus hominis também conhecido como vírus *herpes simplex* (VHS). A infecção primária geralmente acontece na primeira infância, ao redor dos 2 ou 3 anos, eventualmente no adolescente ou adulto jovem, pela ingestão de gotículas de saliva contaminada ou pelo eventual contato com as secreções das lesões de pessoas que apresentam clinicamente a doença. Após o contágio, ocorre a ativação do sistema imune do paciente e, dependendo dessa competência, haverá ou não a expressão clínica da doença.

Resposta: D

Questão: 12

FCC– TRT 3ª- 2015

Na gengivoestomatite herpética aguda – GEHA – o agente etiológico, a faixa etária da ocorrência primária e apresentação inicial, são, respectivamente:

A) VHS-2; de 6 meses a 2 anos; vesículas sobre o tecido do dorso da língua e do palato duro.

B) citomegalovírus; de 2 a 6 anos; vesículas sobre o tecido gengival e achar regiões de mucosa e região peribucal.

C) VHS-1; de 6 meses a 2 anos; vesículas sobre o tecido da mucosa jugal e palato.

D) VHS-1; de 2 a 6 anos; vesículas sobre o tecido gengival e outras regiões de mucosa e região peribucal.

E) citomegalovírus; de 6 meses a 6 anos; vesículas sobre o tecido gengival, dorso da língua e palato.

Comentários: A gengivoestomatite herpética aguda é uma infecção causada pelo vírus herpes simples tipo 1, em pessoas soronegativas que não foram expostas ao vírus. Geralmente ocorre entre os 6 meses e 5 anos de idade pelo contato físico com pessoas infectadas. O tempo de incubação varia de alguns dias a duas semanas. Raramente, a infecção primária pode ocorrer em adultos.

Resposta:D

Questão: 13

FCC – TRE/PR. 2012

A mãe de paciente com 5 anos de idade, sexo masculino, relata que a criança apresenta mal-estar, irritabilidade e febre, com início dos sintomas dois dias antes da consulta. Durante este período, a mãe observou a presença de lesões na boca, contendo um líquido amarelo em seu interior, que se romperam. O exame clínico mostra úlceras nos lábios, língua e mucosa jugal e o paciente mostra sinais de disseminação da

infecção. A história clínica da criança inclui a alergia à penicilina. Este quadro é compatível com o diagnóstico de:

A) mononucleose infecciosa.

B) gengivite ulcerativa necrosante.

C) estomatite aftosa.

D) gengivoestomatite herpética primária.

E) herpes zoster.

Comentários: A gengivoestomatite herpética aguda geralmente ocorre entre os 6 meses e 5 anos de idade pelo contato físico com pessoas infectadas. O quadro local tem início por inflamação gengival, com edema, eritema e dor que precede a formação de vesículas, inicialmente na própria gengiva e, depois, estendendo-se para língua, palato, mucosa jugal, orofaringe e região peribucal. As vesículas aparecem até o sexto dia e rompem-se rapidamente, deixando, no local, úlceras rasas, com halo eritematoso e fundo amarelo acinzentado.

Resposta: D

- Síndrome da imunodeficiência adquirida: AIDS

Caracteriza-se por uma nova entidade clínica que destrói as defesas imunológicas de indivíduos, antes sádios, expondo-os às mais variadas infecções e levando-os a óbito em quase 100% dos casos. A doença deixou de afetar um grupo específico (homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas), passando a ocorrer de forma crescente em mulheres, crianças e idosos. Considera-se idade pediátrica, em termos da doença, aquela inferior aos 13 anos. Os pacientes adolescentes, com idade acima de 13 anos, são considerados na idade adulta.

O HIV é agente etiológico da AIDS, tornando o hospedeiro imunodeprimido e suscetível a infecções oportunistas: o HIV invade o linfócito T4, aí proliferando e matando, a seguir, a célula linfoide. Os meios de transmissão do vírus são: sangue, sêmen, secreções vaginais e

leite materno. O vírus foi também isolado de lágrimas, saliva e urina, embora não resultando em infecção. Sua aquisição, via de regra, se faz perinatalmente.

Um novo sistema de classificação foi introduzido pelo CDC (Centro de Controle de Doença e Infecção) no final de 1994, visando caracterizar, com mais clareza, os padrões da doença na infância e o número de crianças infectadas. As categorias definidas são: N (criança sem sintomatologia); A (sintomatologia suave); B (sintomatologia moderada); e C (sintomatologia severa). Esse novo sistema classifica, também, segundo a contagem e o percentual de linfócitos, baseado na categoria imunológica do linfócito T+CD4.

É possível classificá-la também quanto ao grau da doença: G1 (pacientes que se expuseram ao vírus, mas não se contaminaram); G2 (pacientes com o vírus presente no sangue); G3 (soro-positivo e com o complexo ARC: febre, diarreia, perda de peso e suores menores); G4 (G2 + G3 + infecção oportunista).

Crianças portadoras do HIV apresentam grande variedade de condições patológicas: febre persistente e prolongada; diarreia com consequente perda de peso; linfadenopatia generalizada; hepatoesplenomegalia; infecções recorrentes e pneumonia intersticial linfocítica, esta específica da infância.

Cerca de 70% das crianças portadoras do HIV mostram sintomas típicos e lesões bucais. A **candidíase bucofaríngea**, sem dúvida, constitui a lesão mais prevalente nas crianças infectadas pelo HIV. Aumento das glândulas parótidas, gengivoestomatite herpética, xerostomia, petéquias palatinas, estomatite aftosa, eritema gengival, linfadenopatia cervical, leucoplasia pilosa, doenças periodontais, sarcoma de Kaposi e cárie dentária constituem outras manifestações bucais descritas em crianças infectadas pelo HIV. As infecções bacterianas geralmente tomam a forma de gengivite atípica, caracterizada por aparência eritematosa das margens gengivais. As infecções virais, nesses

pacientes, são representadas especialmente por herpes simples, varicela-zóster, citomegalovírus e Epstein-Barr.

As crianças infectadas pelo HIV desenvolvem cáries dentárias extensas, sendo alta sua prevalência. Este fato se explica não só pela alta concentração de sacarose presente nos medicamentos em uso e em virtude da consequente xerostomia, mas também devido à ingestão de dieta criogênica. Além disso, há predisposição maior para a aquisição de lactobacilos e S. mutans por essas crianças.

Embora não exista tratamento de rotina para a imunodeficiência, o tratamento das complicações e o antiviral podem melhorar a situação. A severidade da infecção dita o tipo de tratamento com agentes antifúngicos. Considera-se, ainda, imperativo um programa de prevenção agressivo, sendo recomendável consultar o médico para reconhecer o estado de imunidade, medicamentos em uso e necessidade de utilização propilática de antibióticos.

Nos casos de candidíase associada à imunossupressão, os agentes tópicos (nistatina) podem não ser eficazes, podendo ser necessária a administração de anfotericina B, cetoconazol e flucitosina. Frente às lesões gengivais eritematosas de origem bacteriana, geralmente resistentes, bochechos com clorexidina a 2%, duas vezes ao dia, trazem melhora a esta condição.

É importante, portanto, que o profissional reconheça as manifestações típicas e atípicas das infecções, assim como sua etiologia para que o tratamento adequado seja instituído.

- Herpangina

Trata-se de uma infecção viral aguda provocada pelo vírus Coxsackie em seus tipos A e B. A patologia em questão é prevalente nas faixas etárias de crianças e adolescentes, e sua frequência aumenta durante o verão e o outono. A herpangina se caracteriza por numerosas lesões vesiculares e ulcerativas disseminadas por palato mole, úvula,

tonsilas e, eventualmente, pela base da língua, com evolução de aproximadamente 10 dias. Clinicamente, o paciente apresenta dor de garganta, febre, mal-estar, cefaleia e disfagia. Os pacientes queixam-se de dificuldade de deglutição, dor de garganta e febre. O tratamento deve ser apenas sintomático e de suporte.

- Doença das "mãos, pés e boca"

Essa doença é autolimitante, geralmente causada pelo vírus Coxsackie A 16, porém outros tipos de vírus Coxsackie podem estar envolvidos no aparecimento desta enfermidade, como os tipos A 5, 9 ou 10, ecovírus 11 e enterovírus 71. **Essa enfermidade pode surgir em qualquer idade, mas a maioria dos casos ocorre em bebês ou crianças**. O quadro clínico é estabelecido pela presença de lesões na pele e na mucosa oral, estando as lesões orais e das mãos quase sempre presentes, e o comprometimento oral precede o aparecimento das lesões cutâneas. Essas alterações orais e cutâneas estão associadas a outros sinais e sintomas, como presença de febre leve, dor de garganta e disfagia. O número de lesões na pele é variável, infectando principalmente as bordas das palmas das mãos e das plantas dos pés, superfícies ventrais e laterais dos dedos das mãos e dos pés, porém, raramente, afetam nádegas, genitália externa e pernas, manifestando-se primeiro com o aparecimento de máculas eritematosas e posteriormente surgindo as vesículas centrais, que se romperão e cicatrizarão sem que haja a formação de crosta. Na boca, as lesões se manifestam com a presença de 1 a 30 máculas eritematosas, de onde desenvolvem o aparecimento das vesículas que vão sofrer ruptura e resultar no aparecimento de verdadeiras úlceras, de tamanhos variáveis e que se cicatrizam em um prazo de 1 semana. Os locais de maior predileção para o aparecimento dessas vesículas são mucosa jugal, mucosa labial e língua, embora qualquer área da cavidade bucal possa ser acometida.

A cultura das lesões cutâneas é o melhor método de diagnóstico da doença das "mãos, pés e boca" e o tratamento é apenas sintomático.

- Varicela ou catapora

A varicela ou catapora é uma doença viral dermotrópica, altamente contagiosa, que ocorre em crianças e é mais comum no inverno e na primavera. Representa a infecção primária do vírus.

O agente etiológico da varicela é representado pelo mesmo vírus que na manifestação secundária ou reativação do vírus latente determina a ocorrência do herpes-zóster: o vírus da varicela-zóster (VZV).

O período de incubação é de cerca de 2 semanas, e a transmissão se faz através de gotículas salivares ou por contato direto.

A doença no seu período prodrômico caracteriza- se por cefaléia, nasofaringite, anorexia e febre, seguida de erupções maculopapulares ou vesiculares da pele. As erupções começam no tronco e disseminam-se envolvendo a face e os membros superiores e inferiores através de vários e sucessivos surtos. O exantema vesicular evolui de forma rápida transformando-se sucessivamente em pústulas que se rompem e formam crostas.

Na manifestação primária a mucosa bucal pode estar envolvida caracterizando-se por vesículas pequenas e múltiplas localizadas principalmente na bochecha, no palato e na faringe. Estas vesículas rodeadas por eritema rompem-se levando à formação de úlceras, com margem avermelhada e muito dolorida. Em razão do intenso prurido, pode ocorrer infecção bacteriana secundária com consequente formação de cicatrizes.

O tratamento indicado para a varicela é o de suporte, mas em pacientes com comprometimento imunológico, recomenda-se a administração sistêmica de aciclovir, vidarabina e interferon.

-Sarampo

O sarampo é uma infecção viral dermotrópica, contagiosa e aguda, que afeta especialmente as crianças. O agente etiológico é um paramixovírus que se dissemina através de gotículas salivares.

Após um período de incubação de 7 a 10 dias surgem os sintomas prodrômicos de febre, mal-estar, coriza, conjuntivite, fotofobia e tosse. Próximo do quarto dia de febre surgem manifestações bucais que precedem em 2 ou 3 dias as cutâneas. As manifestações bucais são patognomônicas do sarampo, sendo conhecidas como "manchas de Koplik". Estas manchas caracterizam-se por máculas irregulares pequenas, branco-azuladas, com centro necrótico e circundadas por um halo avermelhado. Localizam-se na bochecha, ao redor do conduto de Stenon.

O exantema que se segue afeta, inicialmente, a região da cabeça, iniciando-se na face e no pescoço, chegando ao tronco e aos membros superiores e inferiores. As complicações associadas ao sarampo incluem encefalite, otite média e broncopneumonia.

O tratamento é o de suporte – repouso e ingestão de líquidos, dieta adequada e analgésicos.

-Cachumba ou parotidite

A cachumba parotidite ou é uma infecção viral causada por um mixovírus altamente contagioso, com predileção pelos tecidos granular e nervoso. Ela é própria da infância, embora possa ocorrer em qualquer época da vida. Após um período de incubação de 2 a 3 semanas, segue-se um rápido aumento das glândulas salivares, em geral, a parótida.

Os sinais prodrômicos incluem cefaléia, anorexia, hipertermia, náuseas, vômitos e dor subauricular.

Esse período é seguido de aumento de volume das parótidas, quase sempre bilateral, mas nem sempre simultâneo. Esta situação promove a

elevação da orelha e produz dor e salivação. Os sintomas persistem por uma semana. É comum que a papila correspondente à abertura do ducto parotídeo esteja edemaciada.

O tratamento é sintomático, exceto pela imunização que se mostra efetiva para prevenir os estágios da doença.

Em um passado recente, essas viroses causavam preocupações na classe odontológica tanto com relação ao diagnóstico como à conduta. No entanto, a eficiência de programas preventivos, colocados em prática pelo Ministério da Saúde com a aplicação da vacina tríplice viral, que é ministrada em dose única no bebê aos 15 meses (1 ano e 3 meses), diminuiu a prevalência dessas "doenças de infância" de forma que hoje a ocorrência é rara.

Questão: 14

FCC – TRT 3ª- 2015

Após um período de incubação viral de 7 a 10 dias, surgem os sintomas prodrômicos de febre, mal-estar, coriza, conjuntivite, fotofobia e tosse. Próximo ao 4o dia de febre surgem manifestações bucais que precedem em 2 ou 3 dias as cutâneas. Às lesões bucais caracterizam-se por pequenas úlceras, erosões ou manchas com centro branco amarelado e circundado por halo avermelhado, doloridas e localizam-se, preferentemente, na região de mucosa jugal posterior próximo a emergência do ducto parotídeo. Trata-se, provavelmente, de

A) sarampo.
B) primo infeção herpética primária.
C) gengivo estomatite herpética primária.
D) varicela ou catapora.
E) escarlatina.

Comentários: O sarampo é uma enfermidade contagiosa provocada por paramixovírus. O vírus se dissemina pelo ar através do contato direto com os perdigotos secretados pelas vias respiratórias de pessoas infectadas. Das doenças infecciosas, o sarampo é considerado uma das mais transmissíveis. O sarampo apresenta um tempo de incubação em torno de 8 a 10 dias, e apresenta sinais prodrômicos como febre, mal-estar, tosse, conjuntivite, fotofobia, lacrimejamento, e lesões eruptivas da pele e da mucosa bucal. Alguns sinais são característicos, como a erupção cutânea, que começa usualmente na face, e linha de implantação dos cabelos, atrás da orelha, estendendo-se para o pescoço, peito, costas e extremidades. As manchas de Koplik foram relatadas em 97% dos casos e aparecem seguidas de erupções cutâneas. Estas são características do sarampo, aparecem normalmente na região do segundo molar na face vestibular, apresentam-se na cor azul-acizentada em uma base eritematosa. Este exantema dura alguns dias até aparecer as crostas e as lesões cutâneas. A pele começa a clarear depois de 5 dias da erupção. O tratamento é repouso, ingestão de líquidos, dieta adequada e uso de analgésicos, terapia de suporte e uso de antipiréticos. Nos casos de superinfecção bacteriana deve ser usado o antibiótico correto. A melhor opção para tratamento é o programa de vacinação, no qual deve-se usar a vacina contra sarampo-caxumba-rubéola (vacina tríplice viral).

Resposta: A

Lesões Fúngicas

- Candidíase ou monilíase

A candidíase pseudomembranosa, popularmente conhecida como "sapinho", é uma infecção fúngica bastante comum da cavidade oral. Das doenças causadas por fungos, a candidíase é a forma mais comum em crianças. Seu agente etiológico é um fungo oportunista da espécie Candida albicans. Esse fungo habita a cavidade oral de uma parcela

variável da população permanecendo em um estado de equilíbrio com o restante da flora e com o sistema imunológico do hospedeiro. Quando ocorre quebra dessa condição por algum motivo, como o uso prolongado de antibióticos, imunossupressão por uso de corticosteroides, condições sistêmicas que causam imunossupressão, por exemplo, HIV, quimioterapia, ou modificação de hábitos alimentares, esses fatores propiciam um crescimento desordenado da colônia fúngica, e esta passa da condição saprofítica para a condição de patogênica.

Clinicamente, caracteriza-se pelo aparecimento de placas brancas fáceis de serem removidas por raspagem, semelhantes a "leite coalhado", podendo estar presentes em qualquer região da cavidade oral, em especial, no palato e na língua. Quando removidas, deixam uma superfície eritematosa e, às vezes, sangrante com leve sintomatologia dolorosa. Apesar de não ser curativa, essa manobra é importante para o diagnóstico diferencial da doença.

O diagnóstico da candidíase bucal é feito clinicamente, em especial na infância, exibindo diferentes formas clínicas:

Candidíase pseudomembranosa aguda (sapinho) – Esta é uma das formas mais comuns de candidíase bucal, com predileção por crianças ou pessoas debilitadas. O aspecto clínico caracteriza-se por uma placa ou pseudomembrana cremosa, mole, cobrindo a língua, bochecha ou o palato mole. A remoção dessa pseudomembrana deixa uma superfície eritomatosa. Os sintomas são leves e raramente há dor.

Candidíase atrófica aguda – Geralmente relacionada com antibioticoterapia, essa forma de candidíase caracteriza-se pela presença de mucosa edematosa, avermelhada e dolorida. O exame cuidadoso pode revelar pequenas áreas de candidíase na periferia.

Candidíase mucocutânea – Esta forma de infecção é caracterizada pelo envolvimento crônico, por cândida, da pele, do couro cabeludo, das unhas

e mucosas. Os fatores predisponentes são creditados à antibioticoterapia de amplo espectro, deficiência de ferro, diabetes melito ou outras doenças associadas com deficiência imunológica, tal como a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

Seu tratamento consiste no uso de antifúngicos tópicos ou sistêmicos, dependendo da extensão e da condição sistêmica do paciente, não se esquecendo de pesquisar a causa dessa proliferação desordenada da Cândida. O antifúngico tópico de eleição é a nistatina e os sistêmicos podem ser o fluconazol ou, mais recentemente, o itraconazol.

Questão: 15

FCC- TRT/MG - 3ª Região- 2015

Das doenças infecciosas da infância, a candidíase é uma das mais prevalentes, devendo fazer parte do conhecimento do Odontopediatra. É incompatível com essa patologia:

A) A candidíase bucal apresenta geralmente diagnóstico clínico e deve conter avaliação de fatores locais e sistêmicos envolvidos.

B) O fator etiológico é um fungo saprófita (*candida albicans*), sendo necessário que distúrbios locais ou sistêmicos dos mecanismos de defesa do hospedeiro ocorram para a cândida se tornar patogênica.

C) As lesões bucais na candidíase aguda caracterizam-se por inúmeras lesões esbranquiçadas cremosas, amolecidas, levemente elevadas que quando removidas, por raspagem, deixam a superfície avermelhada.

D) As lesões bucais na candidíase aguda caracterizam-se por placas esbranquiçadas, doloridas, levemente elevadas. Neste local deve-se fazer raspagem e biópsia incisional ou no mínimo uma citologia esfoliativa.

E) O tratamento é a retificação e solução dos fatores locais e sistêmicos envolvidos e o uso de antifúngicos, notadamente a nistatina em suspensão.

Comentário: A Candidíase atrófica aguda geralmente está relacionada com antibioticoterapia, essa forma de candidíase caracteriza-se pela presença de mucosa edematosa, avermelhada e dolorida. O exame cuidadoso pode revelar pequenas áreas de candidíase na periferia.

Gabarito: D

NEOPLASIAS BENIGNAS

- Papiloma

É um tumor benigno de origem epitelial comum em adultos, porém pouco frequente em crianças. Seu aspecto clínico papilífero, semelhante à couve-flor, é muito semelhante ao da verruga vulgar, entidade esta que pode ser vista com maior frequência em crianças. A etiologia do papiloma é desconhecida, porém, atualmente, acredita-se que a lesão seja induzida pelo papilomavírus humano (HPV).

O papiloma ocorre em qualquer região da mucosa oral como um crescimento tecidual exofítico, único, bem delimitado, superfície irregular papilífera, de cor esbranquiçada em virtude da intensa proliferação epitelial e queratinização superficial. À palpação, tem consistência firme, e a base, em geral, é pediculada.

A lesão tem evolução lenta, é assintomática, de tamanho variável. O tratamento consiste na remoção cirúrgica de toda a lesão incluindo o seu pedículo.

A verruga vulgar é uma doença comum de ocorrência na pele, principalmente nas mãos, na face e no couro cabeludo, de etiologia relacionada com vírus; diversos subtipos do HPV, particularmente o 6 e o 11, têm sido implicados nessa infecção. Os lábios e a mucosa da boca, em especial de crianças, podem ser acometidos por essa patologia.

Na maioria das vezes, essa entidade ocorre por autoinoculação dos vírus nestas áreas, facilitada pelo hábito de chupar os dedos ou de roer as

unhas. A verruga vulgar na boca tem o aspecto de uma lesão papular única ou múltiplas em forma de placa ou nódulo, com alguns milímetros de diâmetro, de superfície papilífera, cor esbranquiçada e assintomática.

Eventualmente, a contaminação viral pelo HPV ocorre em uma área mais abrangente da mucosa oral; a presença do vírus na intimidade do epitélio estimula o crescimento epitelial local alterando a sua superfície, formando placas esbranquiçadas de forma e contorno variáveis, de superfície papilífera e assintomática. Essa entidade tem sido denominada papilomatose viral. O diagnóstico diferencial entre o papiloma, a papilomatose viral e a verruga vulgar e outras doenças é obtido por exame histopatológico, por meio do qual visualizam-se sinais de inclusão viral (coilocitose) e testes para a identificação genética dos vírus (imuno-histoquímico, hibridização in situ e PCR – reação em cadeia pela polimerase). O tratamento da verruga vulgar também é a excisão cirúrgica, tomando-se o cuidado de remover a base da lesão.

- Fibroma

É a neoplasia benigna de natureza mesenquimal mais frequente da cavidade oral. Clinicamente, é caracterizado por nódulo exofítico, com evolução lenta, firme à palpação, superfície lisa, bem delimitado, não invasivo, de base séssil ou pediculado, com coloração semelhante à do tecido de origem. Normalmente assintomático, o fibroma poderá ser encontrado em qualquer região da mucosa oral, com predileção por regiões na mucosa jugal e nos lábios. O tratamento consiste na remoção cirúrgica, tomando-se o cuidado de remover toda a lesão, caso contrário remanescentes da lesão podem incorrer em recidiva.

- Hemangioma

É uma proliferação benigna anormal do endotélio dos vasos sanguíneos, sendo a neoplasia mais comum dos recém-nascidos e da

infância. Em muitos casos, é considerado um hamartoma ou malformação, e não uma neoplasia verdadeira. As hemangiomas podem ser classificados de acordo com o envolvimento tecidual em: capilares, quando associados a vasos de menor calibre, o que determina lesões, em geral, únicas e de pequenas proporções e mais superficiais; ou cavernosos, quando vasos maiores, arteriais ou venosos, dão origem a lesões únicas ou múltiplas, pulsáteis (arterial) e, em geral, deformantes.

De forma clássica, a manifestação bucal do hemangioma aparece como uma lesão plana ou elevada da mucosa, sob a forma de nódulo endofítico de consistência mole ou fluida, de tamanho variado, raramente circunscrito, assintomático, de cor vermelha intensa, arroxeada ou azulada que sofre isquemia quando submetido à pressão local (vitropressão). A punção, com a consequente aspiração de sangue é uma manobra semiotécnica fundamental para o diagnóstico, uma vez que a biopsia, por motivos óbvios, está contraindicada. Os hemangiomas localizam-se principalmente nos lábios, na língua (em especial os cavernosos), na mucosa jugal e no palato. A conduta, quanto ao tratamento, envolve, desde o simples acompanhamento do caso, quando se tratar de verdadeiros hamartomas, pois estes tendem a regredir na medida em que há o crescimento da criança, a até mesmo a aplicação de substâncias esclerosantes (oleato de etanolamina ou glicose hipertônica), criocirurgia ou laserterapia cirúrgica para as lesões pequenas (hemangiomas capilares), quando localizadas em áreas de risco de traumatismo. Os casos de hemangiomas cavernosos devem ser encaminhados ao cirurgião vascular para avaliação e conduta.

- Linfangioma

São tumores hamartomatosos benignos dos vasos linfáticos, menos frequente que os hemangiomas, com maior prevalência na cabeça e no pescoço, ocorrendo, nesta última região, aproximadamente, em 75% dos casos; mais de 50% das lesões são observadas desde o nascimento, e cerca de 90% se desenvolvem por volta dos 2 anos. Os linfangiomas

bucais são mais comuns na língua, seguido do palato mole, da mucosa jugal, da gengiva e dos lábios. As lesões superficiais são vesiculares com a mesma cor da mucosa adjacente, ou ligeiramente mais vermelhas. As lesões mais profundas aparecem como nódulos difusos ou massas sem alteração significativa da textura e cor, porém alterando volume e contorno anatômico da região afetada. O sinal mais comum da doença, na língua, são irregularidades da superfície da mucosa formada por projeções cinzentas e rosadas, e quando associadas à macroglossia é sinal patognomônico do linfangioma. Não é raro observar uma associação dessa entidade com hemangiomas, constituindo-se em uma entidade denominada hemangiolinfangioma. No tratamento dos linfangiomas, tem sido empregado, em alguns casos, o laser Nd-yag, e em outros, a excisão cirúrgica é o tratamento de escolha. Os linfangiomas são radiorresistentes e insensíveis aos agentes esclerosantes. A recidiva dos linfangiomas cavernosos é frequente em razão de sua natureza infiltrativa.

NEOPLASIAS MALIGNAS

- Linfoma de Burkitt

O linfoma de Burkitt do tipo africano, ao contrário dos linfomas de Hodgkin e não Hodgkin, tem origem extranodal, afetando principalmente o complexo maxilomandibular e vísceras, em especial, de crianças na 1a década de vida (até os 10 anos); trata-se de uma neoplasia de evolução rápida e geralmente fatal. É uma doença endêmica na África e responsável por 50% das doenças malignas que ocorrem na infância. As formas não africanas têm origem mais localizada nos linfonodos mesentéricos e região ileocecal. O genoma do vírus EBV (Epstein-Barr vírus) é detectado em 90% dos casos africanos e 10% nos casos não africanos.

O linfoma de Burkitt é um tumor do tipo linfoblástico de pequenas células (células B) com histiócitos espalhados, conjunto que lhe confere a arquitetura histológica semelhante à noite estrelada. Essas células neoplásicas infiltram-se rapidamente, causando o aumento acentuado dos maxilares, com destruição óssea e mobilidade dental, podendo envolver mais de um quadrante de forma simultânea. A massa tumoral pode se exteriorizar e apresentar-se irregular, ulcerada, sangrante e assintomática. O tratamento quimioterápico é eficiente para reduzir rapidamente o processo tumoral; as recidivas, porém, são comuns, e sua sobrevida baixa, em torno de 5 anos.

- Sarcoma

Sarcomas são neoplasias malignas de origem mesodérmica, podendo surgir a partir de qualquer tecido conjuntivo do organismo. Ao contrário dos carcinomas (origem epitelial), os sarcomas ocorrem em pessoas mais jovens, promovendo metástases mais cedo e mais comumente por via sanguínea, com prognóstico mais comprometedor. Raramente, os aspectos clínicos e radiográficos são característicos, ocasionando, muitas vezes, interpretações clínicas errôneas. O diagnóstico preciso depende de um exame clínico minucioso, e complementares adequados como os de imagens e biopsia.

O osteossarcoma é o tumor maligno primário mais comum do tecido ósseo representando 20% dos sarcomas. Essa neoplasia ocorre principalmente entre a 1a e a 2a décadas de vida, há uma discreta preferência para o gênero masculino e localiza-se com maior frequência na metáfise dos ossos longos; o corpo mandibular e a região de molares superiores são afetados em cerca de 7% dos casos.

Clinicamente, o tumor é caracterizado por massa tumoral com crescimento rápido, não ulcerado, com consistência firme, causando deslocamento dental na região. Esse quadro clínico geralmente é acompanhado de dor, obstrução nasal, quando localizados na maxila e

anestesia na área afetada pelo tumor. O aspecto radiográfico mostra uma variedade de imagens, desde uma densa esclerose óssea até um processo inteiramente radiotransparente, formado por uma área radiolúcida, representando as destruições ósseas, irregulares com limites mal definidos. Em 25% dos casos, à medida que o córtex vai sendo envolvido, há produção de osso osteofítico na superfície da lesão, levando a aparência clássica de "raio de sol". O tratamento de eleição é de competência médica e, em geral, envolve a ablação cirúrgica, associada ou não a rádio e quimioterapia.

- Leucemia

A **leucemia** é a forma **mais comum** de **neoplasia maligna na infância** que se prolifera, inicialmente, na medula óssea e, posteriormente, invade o sangue periférico com repercussão nos tecidos e em diversos órgãos.

A etiologia ainda permanece obscura, embora fatores genéticos e ambientais pareçam estar envolvidos. De forma geral, as leucemias podem ser classificadas em mieloides ou linfocíticas, de curso agudo e crônico. As leucemias linfocíticas agudas ocorrem principalmente em crianças ao redor dos 4 anos e respondem por 75% dos casos. As formas crônicas são raras em crianças. Os sintomas precoces, independentemente do tipo de leucemia, são anorexia, irritabilidade, fadiga, palidez, sangramento espontâneo e febre. As manifestações bucais comuns são petéquias e sangramento gengival espontâneo acompanhado de edema. Outras alterações bucais inespecíficas também podem ocorrer.

O hemograma revela leucocitose acentuada e presença de células jovens (blastos), ou seja, pouco diferenciadas no sangue periférico. O tratamento depende do tipo de leucemia e de seu estadiamento clínico e imuno-histoquímico; a base do tratamento clássico, porém, é a quimioterapia.

ANOMALIAS DE DESENVOLVIMENTO RARAS

Síndrome de Malformação associadas a Hemi-hiperplasia

-Displasia Odontomaxilar Segmentar (DISPLASIA HEMIMAXILOFACIAL)

A displasia odontomaxilar segmentar é uma desordem do desenvolvimento recentemente reconhecida, que afeta os maxilares e (algumas vezes) os tecidos faciais de revestimento. A causa é desconhecida. Em geral, esta condição é confundida clinicamente com a displasia fibrosa craniofacial ou com a hiperplasia hemifacial, porém ela é uma entidade distinta e separada.

A displasia odontomaxilar segmentar é geralmente descoberta durante a infância e caracteriza-se por aumento unilateral e indolor do osso maxilar, com hiperplasia fibrosa dos tecidos gengivais. Um ou ambos os pré-molares superiores em desenvolvimento estão ausentes, e os dentes decíduos na área afetada podem ser hipoplásicos ou apresentar defeitos do esmalte. O exame radiográfico revela trabéculas espessadas, que muitas vezes são orientadas verticalmente, resultando em uma aparência granular relativamente radiopaca. O seio maxilar pode ser menor no lado afetado. Muitos casos foram associados à hipertricose ou eritema áspero da pele sobrejacente. Um paciente foi descrito com um nevo de Becker (hipertricose e hiperpigmentação) ipsilateral da face e do pescoço.

Os tecidos moles gengivais podem apresentar fibrose inespecífica. O osso maxilar afetado consiste em trabéculas ósseas irregulares com aspecto entrelaçado. Tal osso exibe diversas linhas de reversão e de repouso, porém sem significado de atividade osteoblástica e osteoclástica. Os dentes decíduos na área envolvida podem exibir túbulos dentinários

irregulares, uma camada odontoblástica focalmente deficiente e reabsorção externa. Devido ao fato de a displasia odontomaxilar segmentar ter sido reconhecida recentemente como uma entidade distinta, não se sabe muito sobre a sua evolução natural. Uma vez diagnosticada, a condição parece permanecer estável e a intervenção cirúrgica pode não ser necessária. Entretanto, em alguns casos, o tratamento ortodôntico e a cirurgia ortognática podem ser considerados.

Questão: 16

FGV - TJ/BA 2015

Paciente de 7 anos de idade apresenta-se para a consulta no odontopediatra. Ao exame clínico extraoral observa-se um aumento unilateral do osso maxilar, sem queixa de dor associada. Ao exame intraoral verificou-se hiperplasia fibrosa dos tecidos gengivais do lado afetado. Radiograficamente verificou-se ausência de desenvolvimento do primeiro pré-molar e trabéculas espessas orientadas verticalmente, resultando em uma aparência granular relativamente radiopaca, com seio maxilar menor no lado afetado. Tal descrição é compatível com:

A) atrofia hemifacial progressiva;
B) displasia odontomaxilar segmentar;
C) síndrome de Crouzon;
D) acroencefalossindactilia;
E) disostose mandibulofacial.

Comentários: A displasia odontomaxilar segmentar é geralmente descoberta durante a infância e caracteriza-se por aumento unilateral e indolor do osso maxilar, com hiperplasia fibrosa dos tecidos gengivais. Um ou ambos os pré-molares superiores em desenvolvimento estão ausentes, e os dentes decíduos na área afetada podem ser hipoplásicos ou apresentar defeitos do esmalte. O exame radiográfico revela trabéculas

espessadas, que muitas vezes são orientadas verticalmente, resultando em uma aparência granular relativamente radiopaca. O seio maxilar pode ser menor no lado afetado (Neville, 2009).

Resposta: B

PATOLOGIA ÓSSEA

- Disostose cleidocranial

A Displasia Cleidocraniana (DCC) é uma rara displasia esquelética herdada, de etiologia desconhecida, que freqüentemente, mas nem sempre, é hereditária. Também conhecido como *Síndrome* de Marie-*Sainton.* Clinicamente é caracterizada por anomalias do crânio, dentes, maxilares e cintura escapular, bem como parada ocasional do crescimento dos ossos longos.

Dentre as características bucodentais freqüentemente encontradas em pacientes afetados pela DCC, está o palato arqueado, estreito e fundo, podendo a fissura palatina estar presente. Verificam-se ainda: atraso na união de sínfise mandibular; relativo prognatismo pelo subdesenvolvimento da pré-maxila; múltiplos dentes supranumerários; localizações dentárias ectópicas e a não irrupção dos dentes permanentes devido a prolongada retenção dos dentes decíduos; hipoplasia de esmalte; dentina globular e camada granular de Tomes irregulares e ausência de cemento celular. Essa última característica pode estar relacionada à alta de erupção tão comumente observada.

Em raros casos, é vista a anodontia parcial. O principal problema desses pacientes é a não irrupção dos dentes permanentes, o que acarreta outros problemas como: permanência de dentes decíduos esgastados e antiestéticos, espaços no arco dentário provenientes da

esfoliação dos decíduos e diminuição da dimensão vertical de oclusão (DVO).

Questão: 17

Pref. Floresta/PE - CONPASS -2015

Ossificação retardada das suturas cranianas com hiperplasia da face, proeminência da mandíbula, erupção retardada dos dentes, má-oclusão, dentes supranumerários e ausência de clavícula são características da:

A) Síndrome de Sainton.
B) Síndrome de Crouzon.
C) Síndrome de Treacher – Collins
D) Síndrome de Apert
E) Síndrome de Pierre – Robin.

Comentários: Também conhecido por Disostose Cleidocranial. Possui características como hipoplasia ou agenesia clavicular, proeminência frontal e pariental, baixa estatura, atraso fechamento das suturas, dentes permanentes inclusos, dentes decíduos sem esfoliação, vários dentes supranumerários, entre outras deformações.

Resposta: A

LESÕES MUCOCUTÂNEAS

- Displasia do ectoderma

A displasia do ectoderma é uma condição patológica resultante de falhas no desenvolvimento de estruturas de origem ectodérmica. Constitui uma síndrome transmitida por um gene recessivo ligado ao cromossomo X trazido pela mulher e manifestado no homem. Seus sinais clínicos são

representados particularmente pela tríade: hipodontia, hipotricose e hipoidrose.

Os pacientes portadores de displasia do ectoderma exibem pele fina, lisa e seca, com ausência parcial ou completa de glândulas sudoríparas. Eles não perspiram e, consequentemente, sofrem de hipertermia e incapacidade de suportar temperaturas quentes. As glândulas sebáceas e os folículos pilosos são deficientes ou ausentes. O cabelo e as sobrancelhas são finos, escassos e claros, semelhantes a cabelo de milho. A ponta do nariz é deprimida e a área supraorbital, pronunciada.

A hipodontia leva à perda da dimensão vertical, tornando os lábios protuberantes e a borda do vermelhão, indistinta. Rágades podem estar presentes. A ausência de dentes leva a uma falta de desenvolvimento do processo alveolar, embora o desenvol-vimento dos maxilares e facial seja normal. Esses pacientes apresentam verdadeira anodontia ou, mais frequentemente, hipodontia.

Não existe tratamento para essa síndrome, mas, do ponto de vista odontológico, as reabilitações morfofuncional e estética podem ser obtidas com a confecção de aparelhos protéticos.

- Epidermólise bolhosa

A epidermólise bolhosa é uma condição de ocorrência rara, caracterizada pela presença de bolhas ou vesículas em áreas propensas a traumatismos na pele ou mucosa. Sob essa denominação geral estão incluídas as formas genéticas e adquiridas da doença.

A forma genética pode ser autossômica dominante ou recessiva, com diferentes características clínicas e histopatológicas. Na forma hereditária – dominante ou recessiva –, a doença manifesta-se no período neonatal e na infância e, no tipo adquirido, durante a vida adulta.

A forma adquirida apresenta características etiológicas de natureza autoimune. A patogênese, nesta forma de doença, parece estar mais relacionada a defeitos ou à degeneração de células e desmossomos.

A característica clínica comum a todos os subtipos de epidermólise bolhosa é representada pela formação de bolhas em razão de mínima irritação. As bolhas podem ser disseminadas e acentuadas, geralmente em áreas de tensão, tais como cotovelos e joelhos. Podem resultar em cicatriz e atrofia.

As lesões bucais são mais comuns e mais graves nas formas recessivas e raras nas adquiridas. As manifestações bucais incluem bolhas, que deixam cicatriz, constrição da fenda bucal, em razão da cicatrização e dentes hipoplásicos, com suscetibilidade aumentada a cáries dentárias, erupção retardada e frequente retenção.

O envolvimento da mucosa bucal ocorre logo após o nascimento, com a formação das vesículas ocorrendo, aparentemente, pela pressão negativa da sucção. Qualquer manuseio dental de rotina, incluindo a leve abrasão da escovação pode causar bolhas nos lábios e na mucosa bucal. Essas alterações são particularmente mais presentes na epidermólise bolhosa distrófica. Outras alterações podem incluir atrofia da maxila, aumento do ângulo da mandíbula e carcinoma bucal. O prognóstico da doença depende do subtipo da epidermólise bolhosa, indo de ameaça de vida, em uma das formas recessivas (conhecida como epidermólise bolhosa letal) até o enfraquecimento, nas outras formas.

O tratamento consiste em evitar traumatismos, em medidas de suporte e no uso de quimioterápicos. Tem sido sugerido corticoides, vitamina E, fenitoína, retinoides e imunossupressores.

MANIFESTAÇÕES ORAIS DE DOENÇAS SISTÊMICAS

- Hipotireoidismo

Alterações endócrinas, como o hipotireoidismo, podem produzir modificações nas estruturas bucais. É uma condição caracterizada pela diminuição na produção de hormônios pela tireóide. A doença pode se manifestar em pessoas de todas as idades. Quando a deficiência da produção hormonal é precoce, acentuada e ocorre durante a infância, resulta no cretinismo. O mixedema é observado quando ocorre uma atrofia de tireóide, no adulto ou ainda entre seis e doze anos de idade (mixedema juvenil), o qual pode estar relacionado com o iodo. pode apresentar pequenas proporções maxilares mal desenvolvidas, principalmente a mandíbula. Além disso, a face é larga, e deixa de se desenvolver em sentido longitudional e poderá ocorrer retardo na erupção dos dentes permanentes, retenção dos decíduos, espessamento dos lábios devido á edema tissular, e aumento da língua (macroglossia). Não há sinais patognomônicos de alterações bucais, mas a hipoplasia de esmalte é observada com grande frequência (80%). No mixedema juvenil a língua, poderá apresentar aumento de volume pelo líquido do edema e pode estar continuamente em protusão acarretando mal oclusão.

Questão: 18

FCC – TRT 3ª. 2015

Estas crianças apresentam prognatismo maxilar e má-oclusão pelo hipodesenvolvimento mandibular; lábios aumentados, inchados e pálidos; macroglossia que contribue para que a boca fique parcialmente aberta. O quadro descrito configura

A) trissomia do 21, provocada por fatores genéticos.

B) cretinismo, provocado por hipotireoidismo.

C) síndrome do X frágil, provocada por fatores genéticos.

D) síndrome de Turner, provocada por fatores genéticos.

E) anemia falciforme, provocada por fatores genéticos.

Comentários: A alternativa que mais se aproxima do quadro apresentado como macroglossia, espessamento dos lábios devido à edema tissular e coincide com a etiologia é o cretinismo.

Resposta: B

ANORMALIDADES DENTÁRIAS

- Displasia dentinária tipo I

A displasia dentinária é uma condição rara (1:100.000), caracterizada por um defeito na formação da dentina. É transmitida geneticamente, de forma autossômica dominante, podendo ou não estar associada a doenças sistêmicas. Entretanto, radiograficamente pode-se observar uma formação radicular deficiente, com a presença de raízes curtas e mal-formadas, ou até mesmo, a ausência de raiz. Por esse motivo, a displasia dentinária do tipo I (DD1) também é conhecida como "dentes sem raízes". A esfoliação prematura dos dentes decíduos ou a perda dos dentes permanentes, sem causa aparente ou ao menor trauma, podem ser os primeiros sinais da DD1 devido à forma precária das raízes.

Questão 19

CESPE– TRE- GO- 2009

Esfoliação precoce de dentes decíduos pode estar associada a doenças sistêmicas ou condições genéticas. Uma doença sistêmica relacionada à esfoliação precoce é a

A) displasia dentinaria tipo I.

B) hipofosfatasia.

C) neutropenia cíclica.

D) displasia cleidocraniana.

Comentários: A alternativa melhor é a displasia dentinária tipo I (Displasia dentinária radicular, dentes sem raízes) - o esmalte e a dentina coronária são clinicamente normais, mas a dentina radicular perde toda a organização e é fortemente diminuída.

Resposta: A

E ai, pessoal? O que acharam da aula?

Sempre que possível revejam os pontos mais importantes e refaçam os exercícios. Qualquer dúvida entre em contato via fórum.

Até a próxima aula!!

Força, foco e fé!!!

Ana Luiza

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GUEDES PINTO, A.C. Odontopediatria. São Paulo: Santos. 8 ed. 2010. 970p

2. GUEDES PINTO, A.C. Odontopediatria. São Paulo: Santos. 9 ed. 2016.

3. CORRÊA, Maria Salete Nahás Pires. Odontopediatria na primeira infância. 3 ed. Rio de Janeiro Santos 2010.

4. JEFFREY A. DEAN, DAVID R. AVERY, RALPH E. MCDONALD Odontopediatria Para Crianças E Adolescentes. 9ª ed. Ed. Elsevier, 2011

5. NEVILLE, B.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. J. Patologia Oral & Maxilofacial. 3 ed. Guanabara Koogan, 2009.

6. SHAFER, W.G., et al. Tratado de Patologia Bucal. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1987.

AVISO

Este curso é protegido por direitos autorais (copyright), nos termos da Lei nº 9.610, que altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos e dá outras providências.

Grupos de rateio e pirataria são clandestinos, violam a lei e prejudicam os professores que elaboram os cursos. Valorize o trabalho de nossa equipe adquirindo os cursos honestamente através do site do Estratégia Concursos.

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. Concurseiro(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.