



Universidade Federal de Sergipe
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Processo Seletivo – Edital PRODONTO/POSGRAP N° 01/2012

Resposta a recurso da etapa 2

No dia 13/12/12, a comissão de seleção do Mestrado em Odontologia, composta pelos Profs. André Luis Faria-e-Silva, Marta Rabello Piva e Cléverson Luciano Trento reuniu-se na sala do colegiado do PRODONTO, para julgamento do recurso impetrado pelo candidato Filipe de Souza Nunes, inscrição 2865. Previamente à reunião, o recurso foi encaminhado aos docentes responsáveis pelas questões que tiveram o gabarito questionado e, baseado no parecer dos mesmos, foi julgado o mérito do recurso.

RECURSO (QUESTÕES ESPECÍFICAS DA ÁREA 1)

Nas questões de 1 a 15, deve-se marcar V quando a afirmativa for verdadeira e F quando for falsa. Cada questão tem o valor de 0,4 ponto, distribuídos igualmente entre os itens que a compõe.

(V) (F) - A técnica periapical do paralelismo é superior à da bisettriz por oferecer maior proximidade do filme com o objeto e com isso menor distorção na imagem (Gabarito Oficial)

Marquei a referida opção como **verdadeira**, porém, devido ao enunciado fiquei com dúvidas na resposta, mesmo assim considere que a posição do filme (paralelo), e o objeto (que interpretei como a unidade dentária), nessa relação ocorre a superioridade da técnica do paralelismo. Mesmo tendo em vista que na técnica do paralelismo a distância foco-filme seja maior que na técnica da bisettriz, segundo **Pontual, MLA (2009)** a técnica do paralelismo permite que a imagem obtida do objeto projetada no filme, seja mais próxima do real e mais nítida do que na técnica da bisettriz, pois a posição paralela do filme em relação ao objeto, com o aumento da distância do foco, faz com que os feixes incidam perpendicular ao dente e filme de forma menos divergente.

Lembrei-me da leitura de um artigo, que dentro de suas referências, apresenta alguns trabalhos que podem ilustrar a maneira que utilizei para optar pela resposta após a leitura do enunciado da questão:

Em 1953, LIMA¹⁶ apresentou um estudo comparativo das técnicas da bisettriz e do paralelismo, afirmando que a segunda é uma técnica de fácil aprendizagem e concluiu que, quando é necessária a pesquisa de alterações sutis nas estruturas periapicais e periodontais, a técnica do paralelismo é superior à da bisettriz.

Em 1987, FORSBERG¹¹, comparando as técnicas do paralelismo e da bisettriz para determinação do comprimento de trabalho em procedimentos endodônticos, concluiu que a técnica do paralelismo apresenta uma imagem que reproduz a distância entre o ápice e um instrumento endodôntico melhor do que a da técnica da bisettriz, de forma que a técnica do paralelismo é mais exata mesmo que haja diferença de 20 graus no ângulo de incidência.



Universidade Federal de Sergipe
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Em 1983, BRANDT³ fez uma análise comparativa entre as técnicas do paralelismo e da bissetriz executadas por alunos do curso de graduação, em que obteve resultado que concorda com o que se encontra demonstrado pela maioria dos autores, sendo a técnica do paralelismo superior à da bissetriz em vários aspectos.

(BRANDT, C. et al. A influência do ensino da técnica radiográfica periapical do paralelismo preliminarmente ao da técnica radiográfica periapical da bissetriz. *Rev Odontol Univ São Paulo*, v.11, n.2, p.131-137, abr./jun. 1997.)

Questão 10. É uma lesão potencialmente maligna:

(V) **(F)** – Carcinoma “in situ”.(Gabarito oficial)

(o carcinoma in situ é uma lesão pré-neoplásica, ou seja, se não removida, evoluirá com alta probabilidade para carcinoma epidermóide invasivo, que é uma neoplasia maligna comum da cavidade oral. Por essa razão marquei a opção como **verdadeira**, na questão de número 10.

Referencias: Neville, Artigo científico - Carcinoma de Células escamosas em rebordo alveolar inferior: diagnóstico e tratamento odontológico de suporte (Daniel F.I et al Bras. Patol. Med. Lab. V. 42, n. 4, p. 279-283, Ago. 2006)

Questão 10:

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) modificou a terminologia das lesões e condições orais pré-malignas e as denominou lesões com potencial de malignização⁽¹⁴⁾, citando-se nessa classificação, como lesões potencialmente malignas, leucoplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa, eritroplasia, queilite actínica, fibrose submucosa, líquen plano e atrofia por deficiência de ferro. Portanto, “carcinoma in situ”, como o próprio candidato citou, já é uma lesão pré-maligna e não potencialmente maligna.

Questão 12. É exemplo de cisto odontogênico inflamatório:

(V) **(F)** – Cisto dentígero inflamado. (Gabarito oficial)

Marquei a opção como **Verdadeira**

O seguinte artigo, pode servir como argumento, para minha solicitação de revisão da questão:

Na rotina laboratorial, casos diagnosticados clinicamente como cisto dentígero, envolvendo a coroa de um dente permanente incluso, podem apresentar achados histopatológicos compatíveis com cisto odontogênico inflamatório.

Muitos casos diagnosticados clinicamente como cisto dentígero, envolvendo a coroa de um dente permanente incluso, podem mostrar achados histopatológicos como epitélio proliferado e exsudato inflamatório, sendo estas características compatíveis com cisto odontogênico inflamatório.



Universidade Federal de Sergipe
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Outros autores também sugeriram a origem infecciosa, ligada a processos do dente decíduo, como causa dos cistos dentígeros inflamatórios.

Baseando-se na literatura e nas características dos cinco casos relatados neste estudo, sugere-se que o processo infeccioso envolvendo tanto o dente decíduo antecessor quanto o dente permanente vizinho pode dar origem à variante inflamatória do cisto dentígero, com aspectos histopatológicos similares àqueles observados nos cistos odontogênicos inflamatórios.

Referencias: Silveira VAS, Pereira AC, Amadei SU, Carmo ED, Carvalho YR. Inflammatory dentigerous cysts involving permanent teeth: etiopathologic considerations. Rev Odontol UNESP. 2009; 38(3): 143-7.

Isso é uma questão de classificação: O livro da OMS 2005, sobre cistos e tumores odontogênicos tem essa classificação, porém o candidato não entendeu a diferença entre cisto dentígero inflamatório, que tem origem inflamatória (como o do artigo citado por ele) e um cisto dentígero, que é um cisto do desenvolvimento dentário que tornou-se inflamado secundariamente, logo, não é originalmente inflamatório.

Parecer

Questão 1. Considerando as indicações e os princípios de formação de imagem radiográfica, é correto afirmar:

4º item: A técnica periapical do paralelismo é superior à da bisetriz por oferecer maior proximidade do filme com o objeto e com isso menor distorção na imagem.

Ao contrário do afirmado, o filme localiza-se mais afastado do dente durante as radiografias periapicais usando técnica do paralelismo (figura abaixo retirada da referência do concurso). Assim, fica **mantido o gabarito (F)**.

Princípios da Técnica do Paralelismo

Como indica o termo *paralelo*, a técnica é baseada no conceito do *paralelismo*. Os princípios básicos da técnica do paralelismo podem ser descritos desta forma (Fig. 17-3):

1. O filme é colocado na boca, *paralelo* ao longo eixo dentário a ser radiografado.
2. O feixe central é direcionado *perpendicular* (em ângulo reto) ao filme e o longo eixo do dente.
3. Para manter o filme paralelo ao longo eixo do dente usa-se um posicionador. O paciente *não pode* segurar o filme.

Para se obter o paralelismo entre o filme e o dente, o filme deve ser colocado longe do dente, em direção medial à cavidade bucal. Por causa da configuração anatômica da cavidade bucal (ex.: curvatura do palato), a

distância objeto-filme (distância entre o filme e o dente) deve ser aumentada para se manter o filme paralelo ao longo eixo dentário (Figura 17-4). Já que o filme é colocado longe do dente, ocorre um aumento da imagem e uma perda da definição. Como discutido no Capítulo 8, uma distância objeto-filme aumentada resulta em aumento significativo da imagem.

Para compensar esse fator, a **distância foco-filme** (distância entre a fonte de raios X e o filme) também deve ser aumentada para se garantir que apenas os raios mais paralelos serão direcionados ao dente e ao filme. Assim, uma distância foco-filme longa (40 cm) deve ser usada com a técnica do paralelismo. Essa técnica às vezes é conhecida como "técnica do cone longo"; o termo *longo* se refere ao comprimento do cone ou dispositivo indicador de posição (DIP) localizador é usado. O uso de uma distância foco-filme longa na técnica do paralelismo resulta em menor aumento e definição melhor da imagem.

Questão 10. É uma lesão potencialmente maligna:

4º item: Carcinoma "in situ".



Universidade Federal de Sergipe
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Em 2005, a OMS modificou a terminologia das lesões e condições orais pré-malignas e as denominou “Lesões com potencial de malignização”, essas lesões podem ser consideradas pré-malignas ou malignas, caso a avaliação histológica detecte a presença de displasia ou invasão, respectivamente. Logo são consideradas lesões potencialmente malignas a seguintes: leucoplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa, eritroplasia, queilite actínica, fibrose submucosa, líquen plano e atrofia por deficiência de ferro.

Outros artigos, assim como o livro de Neville et al., 2009, podem esclarecer os fatos acima citados:

Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos, J Bras Patol Med Lab, Silveira et al., v. 45, n. 3, 2009.

Assim, fica **mantido o gabarito (F)**.

Questão 12. É exemplo de cisto odontogênico inflamatório:

4º item: Cisto dentífero inflamado.

Essa é uma questão de classificação. Os cistos odontogênicos estão classificados como: 1.Cistos do desenvolvimento, onde se encontra o “Cisto Dentífero (CD)”e 2.Inflamatórios, onde está o “Cisto Dentífero Inflamatório (CDI)”.

O CD do desenvolvimento pode se tornar inflamado secundariamente por comunicação direta com a cavidade oral ou proximidade com outras lesões infectadas. O CDI se tem origem em um dente permanente em formação associado a um dente decíduo infectado. Seguem referências adicionais:

Multiple dentigerous cysts in a nonsyndromic minor patient: Report on unusual case. Saluja et al, National Journal of Maxillofacial surgery, v.1, n.2, 2010.

Cisto dentífero inflamatório relacionado a dente permanente:considerações etiopatológicas. Revista de Odontologia da UNESP, Silveira et al., 38(3), 2009.

Assim, fica **mantido o gabarito (F)**.

Aracaju, 13 de Dezembro de 2012.

Prof. Dr. André Luis Faria e Silva

Profa. Dra. Marta Rabello Piva

Prof. Dr. Cléverson Luciano Trento