

## CONHECIMENTOS ESPECIALIZADOS

**31)** A displasia odontomaxilar segmentar é uma desordem do desenvolvimento, recentemente reconhecida, que afeta os maxilares. A patologia a ser considerada no diagnóstico clínico diferencial da displasia odontomaxilar segmentar é

- a) querubismo.
- b) doença de *Paget*.
- c) displasia fibrosa craniofacial.
- d) cementoma gigantiforme familiar.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A displasia odontomaxilar segmentar ou displasia hemimaxilofacial é confundida clinicamente com a displasia fibrosa craniofacial ou com a hiperplasia hemifacial.

Fonte: NEVILLE, B. W.; ALLEN, C. M.; ALLEN, C. M.; DAMM, D. D.; NEVILLE, B. W. Patologia Oral e Maxilofacial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

**32)** Várias lesões situadas nos ossos gnáticos respondem bem à curetagem ou enucleação. Qual a lesão que apresenta maior tendência à recidiva após a curetagem ou enucleação?

- a) Cisto odontogênico glandular.
- b) Fibro-odontoma ameloblástico.
- c) Tumor odontogênico adenomatoide.
- d) Tumor odontogênico de células granulares.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

O tumor odontogênico adenomatoide é completamente benigno; devido à presença de uma cápsula, ele pode ser facilmente enucleado do osso. O comportamento agressivo não foi documentado e a recidiva, após enucleação, se ocorrer, é muito rara. Um paciente com fibro-odontoma ameloblástico, normalmente é tratado através de curetagem conservadora. A recidiva após a remoção conservadora não é comum. A maioria dos casos de cisto odontogênico glandular tem sido tratada com enucleação e curetagem. Contudo, este cisto mostra uma propensão para recidiva, o que se observa em 30% dos casos. O fibroma odontogênico de células granulares parece ser completamente benigno na grande maioria dos casos e respondem bem à curetagem. Somente uma recidiva foi documentada.

Fonte: NEVILLE, B. W.; ALLEN, C. M.; ALLEN, C. M.; DAMM, D. D.; NEVILLE, B. W. Patologia Oral e Maxilofacial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

**33)** Em relação ao tumor neuroectodérmico melanótico da infância, uma neoplasia pigmentada rara que, usualmente, ocorre durante o primeiro ano de vida, é correto afirmar que

- a) a origem da neoplasia é a crista neural.
- b) a região posterior da mandíbula é a região mais acometida.
- c) a taxa de recidiva do tumor, após remoção cirúrgica, é de 2 a 5%.
- d) níveis baixos de ácido vanilmandélico são, geralmente, encontrados na urina dos pacientes.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Elevados níveis de ácido vanilmandélico (AVM) são, geralmente, encontrados na urina dos pacientes com o tumor neuroectodérmico da infância. Uma vez que o tumor tenha sido ressecado, estes níveis podem retornar ao normal. Este achado suporta a hipótese da origem da crista neural, devido a outros tumores originários desse tecido geralmente secretarem hormônios semelhantes à norepinefrina, que são metabolizados em AVM e excretados na urina. Há uma grande predileção pela maxila, representando cerca de 61% dos casos relatados. A recidiva do tumor tem sido relatada em cerca de 20% dos casos, sendo o melhor tratamento a remoção cirúrgica.

Fonte: NEVILLE, B. W.; ALLEN, C. M.; ALLEN, C. M.; DAMM, D. D.; NEVILLE, B. W. Patologia Oral e Maxilofacial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

**34)** Em infecções odontogênicas e dos espaços fasciais profundos de origem dentária, a presença de febre é um sinal que deve ser avaliado. Sobre o local de medição da temperatura corpórea, é correto afirmar que a temperatura

- a) média oral normal é de 38,5°C.
- b) axilar ou inguinal é 2°C mais baixa do que a temperatura da boca.
- c) retal é, aproximadamente, 0,5°C mais alta do que a observada na boca.**
- d) oral pode variar em até 2,5°C de um lado da boca para o outro quando a infecção está localizada em um lado.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A temperatura oral normal alcança de 36,6°C a 37,5°C, com uma média de 37,0°C. A temperatura retal é aproximadamente 0,5°C mais alta, e a temperatura axilar ou inguinal é 0,5 a 1,7°C mais baixa. A temperatura oral pode variar em até 1,7°C de um lado da boca para o outro quando a infecção está localizada em um determinado lado.

Fonte: HUPP, J. R.; TOPAZIAN, R. G.; GOLDBERG, M. H. Infecções Orais e Maxilofaciais. 4ª ed. São Paulo: Santos, 2006.

**35)** Os anti-inflamatórios não esteroides (AINE) possuem propriedades analgésica, antitérmica, anti-inflamatória e antitrombótica. Sobre as propriedades dos AINE, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo e, a seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) Segundo a avaliação de custo/benefício, os inibidores seletivos de COX-2 (ciclo-oxigenase-2) só possuem justificada indicação nos pacientes com mais de 75 anos, sem doença cardiovascular instalada, e nos que têm antecedentes de úlcera ou hemorragia digestiva induzida por AINE.
- ( ) O aumento da dose corresponde a um aumento do efeito terapêutico, não havendo efeito teto com a elevação da dose. A limitação do aumento da dose se dá, exclusivamente, pela ausência de efeito teto para reações adversas, especialmente no trato gastrointestinal.
- ( ) Os AINE recomendados para crianças, com baixa incidência de efeitos adversos, são o ibuprofeno e o naproxeno.
- ( ) COXibs não possuem indicação primária em tratamentos de curta duração (3 a 5 dias), pois o efeito digestivo protetor só se justifica em uso prolongado.

- a) F – F – V – V
- b) F – V – F – F
- c) V – F – V – V**
- d) V – V – F – F

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Segundo a avaliação de custo/benefício, inibidores seletivos de COX-2 (ciclo-oxigenase-2) só teriam justificada indicação em pacientes com mais de 75 anos, sem comorbidade cardiovascular, e nos que têm antecedentes de úlcera ou hemorragia digestiva induzida por AINE. Ibuprofeno e naproxeno, com baixa incidência de efeitos adversos, são recomendados em crianças. As doses terapêuticas dos AINE possuem efeito teto. COXibs não possuem indicação primária em tratamentos de curta duração (3 a 5 dias), pois o efeito digestivo protetor só se justifica em uso prolongado.

Fonte: WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. Farmacologia clínica para dentistas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

**36)** Quando a infecção dentária se difunde profundamente para os tecidos moles, em vez de extravasar pela superfície através das vias oral ou cutânea, os espaços fasciais podem ser afetados. Acerca das infecções dos espaços fasciais, é correto afirmar que

- a) o paciente pode ser submetido à repetição da drenagem cirúrgica.**
- b) para o tratamento, incisões múltiplas podem ser necessárias em função dos espaços fasciais não serem contíguos.
- c) os espaços fasciais mais comumente envolvidos nas infecções de origem dentária são submandibulares, laterofaríngeo e retrofaríngeo.
- d) quando o espaço bucal é acometido por infecção e há a presença de ponto de flutuação, deve-se fazer bochechos mornos para aumentar a chance de a drenagem ser intraoral através da mucosa.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Os espaços fasciais são contíguos e a infecção se difunde facilmente de um espaço para outro. Incisões múltiplas podem ser necessárias, pois, frequentemente, mais do que um espaço pode estar envolvido. A repetição da drenagem cirúrgica pode ser necessária. Os espaços fasciais mais comumente envolvidos nas infecções de origem dentária são os submandibulares, submentuais e bucais. Quando há ponto de flutuação no espaço bucal, este deve ser drenado percutaneamente. Tentativas em direcionar a drenagem para dentro da boca com bochechos mornos são inúteis.

Fonte: HUPP, J. R.; TOPAZIAN, R. G.; GOLDBERG, M. H. Infecções Orais e Maxilofaciais. 4ª ed. São Paulo: Santos, 2006.

**37)** Dacriocistite é uma infecção bacteriana do saco lacrimal e do tecido mole adjacente que está, usualmente, associada à obstrução total do sistema de drenagem lacrimal inferior. Considerando a patogênese associada à dacriocistite, é correto afirmar que

- a) sarcoidose e granulomatose de *Wegener* podem dar origem ao quadro de dacriocistite.
- b) a obstrução do saco lacrimal, com retenção crônica de saliva e infecção secundária, é a causa mais comum.
- c) o uso de antibiótico tópico associado à incisão e drenagem é o principal protocolo de tratamento para os casos agudos.
- d) bactérias gram positivas, especialmente *Staphylococcus epidermis* e *Staphylococcus aureus*, estão mais associadas aos casos crônicos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

A obstrução total do sistema de drenagem lacrimal inferior ocorre no saco lacrimal, no ducto nasolacrimal (o tipo mais comum) ou no nariz. As causas secundárias incluem processos granulomatosos do saco lacrimal, primariamente sarcoidose ou granulomatose de *Wegener*. A dacriocistite aguda deve ser tratada com antibióticos sistêmicos. Tratamentos tópicos com gotas e pomadas antibióticas têm valor limitado. Organismos Gram-negativos e estreptococos têm incidência mais alta em dacriocistite crônica.

Fonte: HUPP, J. R.; TOPAZIAN, R. G.; GOLDBERG, M. H. Infecções Orais e Maxilofaciais. 4ª ed. São Paulo: Santos, 2006.

**38)** A região bucomaxilofacial é colonizada por inúmeras espécies de micro-organismos. A maioria deles constitui a microbiota residente habitual que contamina sem infectar, pois, em condições normais, o potencial patogênico do agressor é reprimido pelo sistema de defesa do hospedeiro. Sob certas condições, entretanto, um número grande de micro-organismos é capaz de causar infecção, desde estados subclínicos até o risco de morte. Em relação à microbiota associada à infecção da região bucomaxilofacial, é correto afirmar que

- a) na angina de *Ludwig*, predomina uma infecção mista causada por *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *E. Coli* e *Pseudomonas*.
- b) o bacilo aeróbio gram negativo *Pasteurella multocida* é, frequentemente, encontrado em mordidas ocasionadas por seres humanos.
- c) nos ferimentos por mordeduras na face e região perioral provocadas por animais, a bactéria *Eikenella corrodens* está entre os micro-organismos mais prevalentes.
- d) a alveolite ou osteíte alveolar resulta da infecção do alvéolo dentário após exodontia. Na maioria dos casos, os micro-organismos causadores são aeróbios e sua incidência é maior em fumantes.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Os ferimentos por mordedura na face e região perioral são provocados por animais ou seres humanos, podendo levar a infecções. Naqueles causados por animais, os micro-organismos prevalentes de infecções são *Streptococcus* alfa-hemolíticos, *Pasteurella multocida* e *Staphylococcus aureus*. Nas mordidas determinadas por seres humanos predominam *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* alfa-hemolíticos, *Haemophilus influenzae* e em 25% das culturas está presente *Eikenella corrodens*. A alveolite ou osteíte alveolar resulta da infecção do alvéolo dentário. Os germes causadores são anaeróbios, produtores de enzima proteolítica, endotoxinas e collagenases. Na angina de *Ludwig*, a infecção é provocada por *Streptococcus*, *Staphylococcus* e micro-organismos entéricos Gram-negativos, como *E. Coli* e *Pseudomonas*.

Fonte: WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. Farmacologia clínica para dentistas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

**39)** Os glicocorticoides, hormônios sintéticos que mimetizam as ações do cortisol endógeno, são usados em odontologia devido às ações anti-inflamatórias e imunossupressivas. Sobre a ação dos corticosteroides, é correto afirmar que estes fármacos

- a) suprimem edemas e aliviam a dor no pós-operatório imediato.
- b) por provocarem retenção de potássio, podem ocasionar estados de hipertensão.
- c) atuam, através do estímulo ou inibição da transcrição gênica, por meio de interação com específicas sequências de DNA. Em razão de o mecanismo de ação requerer várias horas, a corticoterapia não se destina, em geral, a ser utilizada como droga de primeira escolha em casos de choque anafilático.**
- d) em tratamentos agudos, inferior a 7 dias, em razão de suas ações na diminuição de fatores quimiotáticos, na estabilização dos lisossomos, na inibição da resposta de acúmulo de macrófagos, na diminuição da fagocitose e na inibição da replicação de linfócitos T, os corticosteroides devem ser prescritos em conjunto com antibióticos, para não ocorrer o aumento da incidência de infecções.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Os corticoides ativam a transcrição gênica por meio de interação específica com sequências de DNA. Embora, geralmente, haja aumento na expressão de genes-alvo, os corticoides podem diminuir a transcrição desses genes, como ocorre com a de algumas citocinas. Como certo tempo é requerido para que ocorram alterações de expressão gênica, os efeitos não são imediatos. Portanto, corticoterapia não se destina, em geral, a processos emergenciais. Corticosteroides suprimem edema, sem aliviar a dor no pós-operatório imediato, em comparação a placebo e AINE. Em estudos que empregaram corticoides por tempo curto, não foi observado aumento da incidência de infecções, não se justificando associações com antimicrobianos. Os corticoides atuam sobre o metabolismo hidroeletrolítico, provocando retenção de sódio e água, podendo provocar aumento da pressão arterial.

Fonte: WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. Farmacologia clínica para dentistas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

**40)** A profundidade maxilar é a medida que identifica a posição ântero-posterior da base óssea maxilar, em relação à base do crânio. O valor normal para este ângulo é de 90 graus. Segundo Antenor Araújo, a variação esperada para anterior ou posterior da profundidade maxilar é de

- a) 1 grau.
- b) 2 graus.
- c) 3 graus.**
- d) 4 graus.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A profundidade maxilar é caracterizada pelo ângulo AN.PHF, formado pelas linhas que representam o plano de *Frankfort* e a linha que liga o ponto ná시오 com o ponto A. O valor normal é de 90 graus com uma variabilidade de 3 graus para anterior ou para posterior.

Fonte: ARAÚJO, A. Cirurgia Ortognática. 1ª ed. São Paulo: Santos, 1999.

**41)** Leia o trecho abaixo e, em seguida, assinale a alternativa que preenche corretamente a lacuna.

A profundidade mandibular é caracterizada pelo ângulo BN.PHF, o qual é formado pelas linhas que representam o plano Ná시오 com o ponto B. O valor normal para este ângulo, segundo Antenor Araújo, para um paciente adulto, é de \_\_\_\_\_ graus, com uma variabilidade de três graus para anterior ou para posterior.

- a) 75
- b) 88**
- c) 90
- d) 93

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A profundidade mandibular é caracterizada pelo ângulo BN.PHF, formado pelas linhas que representam o plano Ná시오 com o ponto B. O valor normal para este ângulo é de 88 graus no paciente adulto, com uma variabilidade de 3 graus para anterior ou para posterior.

Fonte: ARAÚJO, A. Cirurgia Ortognática. 1ª ed. São Paulo: Santos, 1999.

**42)** Os pacientes indicados para cirurgia ortognática apresentam desequilíbrios esqueléticos severos. Normalmente, entretanto, algum contato oclusal e intercuspidação presentes devem ser removidas. Em relação às compensações dentárias, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) Nos pacientes com maloclusão de classe II, as compensações sagitais exibem os incisivos superiores protuídos e vestibularizados, enquanto os inferiores estão retruídos e lingualizados.
  - ( ) Nos pacientes com maloclusão de classe III, as compensações sagitais mostram incisivos superiores bem posicionados e incisivos inferiores protuídos e inclinados para vestibular.
  - ( ) Nos pacientes com maloclusão de classe II, as compensações transversais caracterizam-se por apresentar dentes póstero-superiores, geralmente, com inclinação axial vestibulolingual aumentada.
  - ( ) Ao avaliar compensações transversais em arcos posicionados em classe I, observam-se mordidas posteriores de topo ou cruzadas.
- a) V – V – F – F  
b) F – V – F – F  
c) V – F – V – V  
d) F – F – V – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Nos pacientes com maloclusão de classe II, as compensações sagitais se caracterizam por incisivos superiores bem posicionados e incisivos inferiores protuídos e inclinados para vestibular. Nas maloclusões classe III, as compensações sagitais exibem os incisivos superiores protuídos e vestibularizados, e os incisivos inferiores retruídos e lingualizados. Nos pacientes com maloclusão classe II, as compensações transversais exibem os dentes póstero-superiores com inclinação axial vestibulolingual aumentada. Quando os arcos estão posicionados em classe I, as compensações transversais mostram mordidas posteriores de topo ou cruzadas.

Fonte: ARAÚJO, A. Cirurgia Ortognática. 1ª ed. São Paulo: Santos, 1999.

**43)** A velocidade em que o anestésico local sai do sangue é descrita como a meia-vida da droga, tempo necessário para uma redução de 50% no nível sanguíneo. Em relação à meia-vida dos anestésicos locais, assinale a alternativa correta.

- a) Lidocaína: meia-vida de 2 horas.
- b) Articaína: meia-vida de 0,9 hora.
- c) Prilocaína: meia-vida de 1,2 hora.
- d) Mepivacaína: meia-vida de 1,9 hora.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A lidocaína possui meia-vida de 1,6 hora, a articaína possui meia-vida de 0,5 hora, a mepivacaína possui meia-vida de 1,9 hora e a prilocaína possui meia-vida de 1,6 hora.

Fonte: MALAMED, S. F. Manual de Anestesia Local. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

**44)** Os vasoconstritores são drogas associadas aos anestésicos locais que contraem os vasos sanguíneos, controlando a perfusão tecidual. Sobre os vasoconstritores, analise as afirmativas abaixo.

- I. O bissulfito de sódio, geralmente, é adicionado às soluções de adrenalina para retardar sua deterioração. Através deste mecanismo, o tempo de validade de um tubete anestésico contendo vasoconstritor é maior que o de um tubete que não possua vasoconstritor.
- II. A adrenalina atua diretamente nos receptores  $\alpha$  e  $\beta$ -adrenérgicos, porém, os efeitos  $\alpha$  predominam.
- III. As ações da noradrenalina são quase exclusivamente sobre os receptores  $\alpha$  (90%).
- IV. O cloridrato de fenilefrina provoca estimulação direta do receptor  $\alpha$  (95%).

Estão corretas apenas as afirmativas

- a) I e II.
- b) I e IV.
- c) II e III.
- d) **III e IV.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

O bissulfito de sódio, geralmente, é adicionado às soluções de adrenalina para retardar sua deterioração. O tempo de validade de um tubete anestésico contendo vasoconstritor é um pouco menor (18 meses) que o de um tubete que não contenha vasoconstritor (36 meses). A adrenalina atua diretamente nos receptores  $\alpha$  e  $\beta$ -adrenérgicos. Os efeitos  $\beta$  da adrenalina predominam. As ações da noradrenalina são quase exclusivamente sobre os receptores  $\alpha$  (90%). O cloridrato de fenilefrina provoca estimulação direta do receptor  $\alpha$  (95%).

Fonte: MALAMED, S. F. Manual de Anestesia Local. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

**45)** Assinale a alternativa que apresenta a dosagem máxima recomendada de anestésicos locais, segundo *Stanley Malamede*.

- a) Articaína com vasoconstritor – 7,0 mg/kg.
- b) Prilocaína com vasoconstritor – 5,4 mg/kg.
- c) Bupivacaína com vasoconstritor – 2,4 mg/kg.
- d) Mepivacaína com vasoconstritor – 7,6 mg/kg.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

A dosagem máxima de articaína com vasoconstritor é de 7,0 mg/kg, da bupivacaína com vasoconstritor é de 1,3 mg/kg, da mepivacaína com vasoconstritor é de 6,6 mg/kg e da prilocaína com vasoconstritor é de 6,0 mg/kg.

Fonte: MALAMED, S. F. Manual de Anestesia Local. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

**46)** Leia o trecho abaixo e, em seguida, assinale a alternativa que preenche correta e respectivamente as lacunas.

Para o acesso coronal é importante o conhecimento da anatomia do ramo temporal do nervo facial. O ramo temporal do nervo facial deixa a glândula parótida imediatamente abaixo do arco zigomático. Em geral, seu curso é de um ponto a \_\_\_\_\_ abaixo do trago até um ponto a \_\_\_\_\_ acima da sobrancelha. Ele cruza, superficialmente, o arco zigomático a uma distância média de \_\_\_\_\_ anterior à concavidade anterior do canal auditivo externo.

- a) 0,5 cm / 1,5 cm / 2 cm
- b) 0,6 cm / 2,0 cm / 5 cm
- c) 0,8 cm / 2,5 cm / 4 cm
- d) 0,7 cm / 1,0 cm / 3 cm

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

O ramo, ou ramos, temporal do nervo facial deixa a glândula parótida imediatamente abaixo do arco zigomático. Em geral, seu curso é de um ponto a 0,5 cm abaixo do trago até um ponto a 1,5 cm acima da sobrancelha. Ele cruza superficialmente o arco zigomático a uma distância média de 2 cm anterior à concavidade anterior do canal auditivo externo.

Fonte: ELLIS, E. Acessos Cirúrgicos ao Esqueleto Facial. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2006.

**47)** Em relação à anatomia cirúrgica do acesso vestibular mandibular e submandibular, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) A única estrutura neurovascular com alguma significância que deve ser pesquisada durante o procedimento na região do corpo da mandíbula/sínfise é o feixe neurovascular mental.
- ( ) A artéria e a veia faciais encontram-se próximas à mandíbula na região da borda inferior, sendo o periósteo a única estrutura que separa tais vasos do osso.
- ( ) Não há músculo de expressão facial importante, do ponto de vista cirúrgico, durante o acesso vestibular mandibular. Todos os músculos da expressão facial são descolados da mandíbula pela dissecação subperiosteal e prontamente reinseridos com o fechamento dos tecidos moles.
- ( ) A maior distância entre o ramo mandibular marginal do nervo facial e a borda inferior da mandíbula foi de 0,5 cm segundo *Ziarah* e *Atkinson*, citados por *Edward Ellis*. Devido a esses achados, muitos cirurgiões recomendam que a incisão e a dissecação sejam, no mínimo, de 1,0 cm abaixo da borda inferior da mandíbula.

- a) V – F – V – F
- b) V – V – F – F
- c) F – V – V – V
- d) F – F – F – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A única estrutura neurovascular com alguma significância que deve ser pesquisada durante o procedimento na região do corpo da mandíbula/sínfise é o feixe neurovascular mental. A artéria e a veia faciais encontram-se próximas à mandíbula na região da borda inferior, sendo o periosteio a única estrutura que separa tais vasos do osso. O único músculo de expressão facial importante do ponto de vista cirúrgico durante o acesso vestibular mandibular é o mental. A maior distância entre o ramo mandibular marginal do nervo facial e a borda inferior da mandíbula é de 1,2 cm, segundo Ziarah e Atkinson, citados por Edward Ellis. Devido a esses achados, muitos cirurgiões recomendam que a incisão e a dissecação profunda sejam, no mínimo, de 1,5 cm abaixo da borda inferior da mandíbula.

Fonte: ELLIS, E. Acessos Cirúrgicos ao Esqueleto Facial. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2006.

**48)** Leia o trecho abaixo e, em seguida, assinale a alternativa que preenche correta e respectivamente as lacunas.

Quando se realiza a abordagem periosteal na técnica para o acesso subciliar, uma incisão pode ser realizada com bisturi através do periosteio na superfície anterior da maxila e zigoma, de \_\_\_\_\_ abaixo ou lateralmente à borda lateral da órbita. O nervo infraorbital está, aproximadamente, de \_\_\_\_\_ inferior à borda da órbita e deve ser evitado quando a incisão periosteal é feita.

- a) 1 a 2 mm / 3 a 5 mm
- b) 2 a 3 mm / 4 a 6 mm
- c) 3 a 4 mm / 5 a 7 mm**
- d) 5 a 6 mm / 7 a 8 mm

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Quando se realiza a abordagem periosteal, na técnica para o acesso subciliar, uma incisão pode ser realizada com bisturi através do periosteio na superfície anterior da maxila e zigoma, a 3 a 4 mm abaixo ou lateralmente à borda lateral da órbita. O nervo infraorbital está, aproximadamente, de 5 a 7 mm inferior à borda da órbita e deve ser evitado quando a incisão periosteal é feita.

Fonte: ELLIS, E. Acessos Cirúrgicos ao Esqueleto Facial. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2006.

**49)** Nas fraturas condilares, quando há um deslocamento mínimo ou moderado do seguimento condilar, geralmente o resultado apresenta função e oclusão pós-operatórias adequadas. Nestes casos, a redução fechada, com fixação maxilomandibular, pode ser utilizada como tratamento. O tempo máximo de fixação intermaxilar utilizado nestas fraturas é de

- a) 7 a 14 dias para as crianças e 2 a 4 semanas para os adultos.
- b) 7 a 10 dias para as crianças e 3 a 4 semanas para os adultos.
- c) 10 a 14 dias para as crianças e 2 a 3 semanas para os adultos.**
- d) 10 a 14 dias para as crianças e 2 a 4 semanas para os adultos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

O tempo máximo de fixação intermaxilar utilizado nas fraturas de côndilo é de 10 a 14 dias para as crianças, e 2 a 3 semanas para adultos.

Fontes:

- PETERSON, L. *et al.* Cirurgia Oral e maxilofacial contemporânea. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- HUPP, J. R.; TOPAZIAN, R. G.; GOLDBERG, M. H. Infecções Oraís e Maxilofaciais. 4ª ed. São Paulo: Santos, 2006.
- ELLIS, E. Acessos Cirúrgicos ao Esqueleto Facial. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2006.

**50)** Os procedimentos cirúrgicos classificam-se em limpos, potencialmente contaminados, contaminados e infectados.

Assinale a alternativa que apresenta acesso cirúrgico potencialmente contaminado.

- a) Acesso frontozigomático.
- b) Acesso para a Articulação Temporomandibular.
- c) Acesso intrabucais para cirurgias bucomaxilofaciais.**
- d) Acesso extrabucais à mandíbula onde há preservação da integridade das mucosas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

As cirurgias bucomaxilofaciais de acesso intrabucal ou com envolvimento de outras mucosas são consideradas potencialmente contaminadas. Consideram-se como acessos limpos o frontozigomático, os extrabucais à mandíbula, se preservadas a integridade de mucosas, bem como os acessos para articulação temporomandibular.

Fonte: WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. Farmacologia clínica para dentistas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

**51)** A necrose do retalho pode ser prevenida se o cirurgião atentar para alguns princípios básicos de planejamento. Em relação ao planejamento do retalho, analise as afirmativas.

- I. O ápice (ponta) do retalho deve ser mais largo do que a base, exceto se uma artéria principal estiver presente na base.
- II. Os retalhos devem possuir lados divergentes da base.
- III. Em geral, a medida da base do retalho não deve ser maior do que a medida da altura.
- IV. O comprimento do retalho, preferencialmente, não deve exceder o dobro da largura da base.

Estão corretas apenas as afirmativas

- a) I e III.
- b) I e IV.**
- c) II e III.
- d) II e IV.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

O ápice (ponta) do retalho deve ser mais largo do que a base, exceto se uma artéria principal estiver presente na base. Os retalhos devem possuir lados que corram paralelos entre si ou, preferencialmente, convergentes da base. Em geral, a medida da base do retalho não deve ser menor do que a medida da altura. O comprimento do retalho, preferencialmente, não deve exceder o dobro da largura da base.

Fontes:

- PETERSON, L. *et al.* Cirurgia Oral e maxilofacial contemporânea. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- HUPP, J. R.; TOPAZIAN, R. G.; GOLDBERG, M. H. Infecções Oraís e Maxilofaciais. 4ª ed. São Paulo: Santos, 2006.
- ELLIS, E. Acessos Cirúrgicos ao Esqueleto Facial. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2006.

**52)** Quando ocorre uma fratura horizontal da raiz, o principal fator na determinação do prognóstico é a posição da fratura com relação à margem gengival. Fraturas localizadas entre o terço médio e apical da raiz devem ser tratadas com reposicionamento e imobilização rígida por

- a) 15 dias.
- b) 30 dias.
- c) 45 dias.
- d) 70 dias.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Fraturas localizadas entre o terço médio e apical da raiz devem ser tratadas com reposicionamento e imobilização rígida por 60 a 90 dias.

Fontes:

- PETERSON, L. *et al.* Cirurgia Oral e maxilofacial contemporânea. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- HUPP, J. R.; TOPAZIAN, R. G.; GOLDBERG, M. H. Infecções Oraís e Maxilofaciais. 4ª ed. São Paulo: Santos, 2006.
- ELLIS, E. Acessos Cirúrgicos ao Esqueleto Facial. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2006.

**53)** O aparecimento de desconforto torácico no período perioperatório de um paciente que pode ter cardiopatia isquêmica necessita de identificação rápida da causa, a fim de que medidas apropriadas possam ser realizadas. Se houver suspeita de que o desconforto torácico pode ser causado por isquemia do miocárdio, ou se essa possibilidade não puder ser descartada, deve-se administrar nitroglicerina sublingual ou em *spray* oral. A dose de nitroglicerina sublingual dissolvida é de

- a) 5 mg.
- b) 10 mg.
- c) 25 mg.
- d) **0,4 mg.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Se houver suspeita de que o desconforto torácico pode ser causado por isquemia do miocárdio ou se essa possibilidade não puder ser descartada, deve-se administrar nitroglicerina sublingual ou em *spray* oral. A dose de nitroglicerina deve ser de 0,4 mg dissolvidas sublingualmente e repetida a cada 5 minutos, se necessário.

Fontes:

- PETERSON, L. *et al.* Cirurgia Oral e maxilofacial contemporânea. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- HUPP, J. R.; TOPAZIAN, R. G.; GOLDBERG, M. H. Infecções Orais e Maxilofaciais. 4ª ed. São Paulo: Santos, 2006.
- ELLIS, E. Acessos Cirúrgicos ao Esqueleto Facial. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2006.

**54)** Na abordagem das fraturas faciais, o cirurgião tenta reconstruir a face com base no conceito de que certas estruturas ósseas do esqueleto facial fornecem o suporte primário nos sentidos vertical e ântero-posterior. Diante do exposto, quais são os pilares faciais responsáveis pelo suporte vertical da face?

- a) Zigomático, frontal e mandibular.
- b) Frontal, naso-órbito-etmoidal e maxilar.
- c) **Zigomático, nasomaxilar e pterigomandibular.**
- d) Naso-órbito-etmoidal, maxilar e pterigomandibular.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Os três pilares faciais responsáveis pelo suporte vertical da face são: zigomático, nasomaxilar e pterigomandibular.

Fontes:

- PETERSON, L. *et al.* Cirurgia Oral e maxilofacial contemporânea. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- HUPP, J. R.; TOPAZIAN, R. G.; GOLDBERG, M. H. Infecções Orais e Maxilofaciais. 4ª ed. São Paulo: Santos, 2006.
- ELLIS, E. Acessos Cirúrgicos ao Esqueleto Facial. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2006.

**55)** Complicações locais e sistêmicas podem estar associadas à administração de anestésicos locais. Em relação a essas complicações locais, analise as afirmativas.

- I. Se uma agulha fraturada estiver localizada profundamente, o fragmento deve ser deixado no local sem que sua remoção seja tentada.
- II. O trauma a músculos ou vasos sanguíneos no momento do bloqueio do nervo alveolar inferior é o fator etiológico mais comum do trismo associado às infiltrações anestésicas locais.
- III. As soluções de anestésico local contendo vasopressor apresentam menor chance de provocarem sensação de queimação durante a sua administração do que as soluções anestésicas sem vasopressor.
- IV. A principal causa de infecção pós-injeção de uma solução de anestésico local é a contaminação da agulha antes do procedimento operatório.

Estão corretas apenas as afirmativas

- a) I e III.
- b) **I e IV.**
- c) II e III.
- d) II e IV.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Se uma agulha fraturada estiver localizada profundamente, o fragmento deve ser deixado no local sem que sua remoção seja tentada. Existem consideráveis precedentes para justificar a retenção de uma agulha fraturada, se a remoção parecer difícil. O trauma a músculos ou vasos sanguíneos na fossa infratemporal é o fator etiológico mais comum do trismo associado a infiltrações anestésicas locais. A causa primária de uma leve sensação de queimação durante a injeção de um anestésico local é o pH ácido da solução injetada nos tecidos moles. O pH das soluções de anestésico local é de aproximadamente 5, enquanto o pH das soluções contendo vasopressor é ainda mais ácido (aproximadamente 3). A principal causa de infecção pós-injeção de uma solução de anestésico local é a contaminação da agulha antes de administrar o anestésico.

Fonte: MALAMED, S. F. Manual de Anestesia Local. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

**56)** Vários instrumentos odontológicos não podem resistir às temperaturas necessárias para esterilização pelo calor. Desse modo, se a esterilização a gás não estiver disponível e a esterilidade absoluta não for necessária, a desinfecção química pode ser realizada. Acerca das técnicas de desinfecção, é correto afirmar que

- a) desinfetantes com alta atividade biocida são efetivos contra todos os micro-organismos, exceto esporos bacterianos.
- b) instrumentos odontológicos em formaldeído a 8% em álcool por 10 horas sofrem uma desinfecção com alta atividade biocida.
- c) os compostos clorados a 0,2% e os glutaraldeídos a 2%, quando esfregados nas superfícies do consultório odontológico, podem prevenir a transmissão do vírus da hepatite.
- d) compostos quaternários de amônia são desinfetantes recomendados, para a odontologia, somente nas superfícies metálicas, visto que o emprego de hipoclorito de sódio nessas superfícies causaria corrosão.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Compostos quaternários de amônia não são desinfetantes recomendados para odontologia. Desinfetantes com alta atividade biocida são efetivos contra todos os micro-organismos. Os compostos clorados a 0,2% e os glutaraldeídos a 2%, quando esfregados nas superfícies do consultório odontológico, podem prevenir a transmissão do vírus da hepatite. Instrumentos odontológicos em formaldeído a 8% em álcool por 10 horas sofrem uma desinfecção com intermediária atividade biocida, o que equivale dizer não há ação sobre esporos bacterianos.

Fontes:

- PETERSON, L. *et al.* Cirurgia Oral e maxilofacial contemporânea. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- HUPP, J. R.; TOPAZIAN, R. G.; GOLDBERG, M. H. Infecções Oraís e Maxilofaciais. 4ª ed. São Paulo: Santos, 2006.
- ELLIS, E. Acessos Cirúrgicos ao Esqueleto Facial. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2006.

**57)** A reabsorção severa do rebordo alveolar da maxila apresenta significativo desafio para a reconstrução protética da dentição. Em relação aos enxertos ósseos para aumento da maxila, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) O enxerto ósseo aposicional maxilar é indicado quando há uma reabsorção severa do alvéolo, como resultado da ausência clínica do rebordo alveolar, e perda de uma adequada forma da abóboda palatina.
- ( ) O enxerto ósseo interposicional maxilar promove resultados estáveis e previsíveis.
- ( ) O enxerto ósseo interposicional na maxila é indicado em casos de maxilas muito deficientes, onde a abóboda palatina é encontrada com formato adequado, mas a altura do rebordo é insuficiente.
- ( ) A discrepância ântero-posterior e transversal entre a maxila e a mandíbula pode ser corrigida com a técnica de enxerto maxilar interposicional.

- a) V – F – V – F
- b) F – F – F – V
- c) F – V – F – F
- d) V – V – V – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

O enxerto ósseo aposicional maxilar é indicado quando há uma reabsorção severa do alvéolo como resultado da ausência clínica do rebordo alveolar e perda de uma adequada forma da abóboda palatina. O enxerto ósseo interposicional maxilar promove resultados estáveis e previsíveis pela mudança da maxila na direção vertical, ântero-posterior e transversal. O enxerto ósseo interposicional na maxila é indicado em casos de maxilas muito deficientes, onde a abóboda palatina é encontrada com formato adequado, mas a altura do rebordo é insuficiente. A discrepância ântero-posterior e transversal entre a maxila e a mandíbula pode ser corrigida com a técnica de enxerto maxilar interposicional.

Fontes:

- PETERSON, L. *et al.* Cirurgia Oral e maxilofacial contemporânea. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- HUPP, J. R.; TOPAZIAN, R. G.; GOLDBERG, M. H. Infecções Oraís e Maxilofaciais. 4ª ed. São Paulo: Santos, 2006.
- ELLIS, E. Acessos Cirúrgicos ao Esqueleto Facial. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2006.

**58)** Muitos pacientes temem mais o pós-cirúrgico do que o processo operatório. Neste contexto, muitos procedimentos resultam em certo aumento de edema ou inchaço após a cirurgia. Em relação ao inchaço pós-cirúrgico, analise.

- I. Não existe evidência científica de que o uso de bolsa de gelo controle o inchaço quando aplicado logo após a cirurgia.
- II. No segundo dia do pós-operatório, nem gelo nem aquecimento devem ser aplicados sobre a face.
- III. No terceiro dia e subsequentes, a aplicação de calor pode auxiliar a resolver o inchaço com maior rapidez.
- IV. Em condições normais, o edema atinge seu máximo cerca de 24 a 48 horas depois do procedimento cirúrgico.

Estão corretas apenas as afirmativas

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

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Não existe evidência de que o uso de bolsa de gelo controle o inchaço quando aplicado logo após a cirurgia. No segundo dia do pós-operatório, nem gelo nem aquecimento devem ser aplicados sobre a face. No terceiro dia e dias subsequentes, a aplicação de calor pode auxiliar a resolver o inchaço com maior rapidez. Em condições normais, o edema atinge seu máximo cerca de 24 a 48 horas depois do procedimento cirúrgico.

Fontes:

- PETERSON, L. *et al.* Cirurgia Oral e maxilofacial contemporânea. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- HUPP, J. R.; TOPAZIAN, R. G.; GOLDBERG, M. H. Infecções Oraís e Maxilofaciais. 4ª ed. São Paulo: Santos, 2006.
- ELLIS, E. Acessos Cirúrgicos ao Esqueleto Facial. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2006.

**59)** Segundo Hupp (2009), o tipo mais comum de fratura do terço médio da face na sala operatória é a

- a) do complexo zigomático.
- b) isolada dos ossos nasais.
- c) dos ossos nasais associada a qualquer outra fratura.
- d) *blow-out* do assoalho orbitário associado à fratura do complexo zigomático.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

O tipo mais comum das fraturas do terço médio da face na sala operatória é a fratura do complexo zigomático.

Fontes:

- PETERSON, L. *et al.* Cirurgia Oral e maxilofacial contemporânea. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- HUPP, J. R.; TOPAZIAN, R. G.; GOLDBERG, M. H. Infecções Oraís e Maxilofaciais. 4ª ed. São Paulo: Santos, 2006.
- ELLIS, E. Acessos Cirúrgicos ao Esqueleto Facial. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2006.

**60)** Após extração dentária ou osteotomia maxilar, ocorre contaminação do seio maxilar por bactérias da cavidade bucal. Com seio maxilar saudável, deve-se providenciar um rápido e perfeito vedamento com rotações de retalhos gengivais ou mucogengivais, no mesmo ato cirúrgico. Nesse caso,

- a) usa-se amoxicilina.
- b) usa-se ciprofloxacina.
- c) usa-se amoxicilina + metronidazol.
- d) **não há necessidade de antibioticoterapia.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Após extração dentária ou osteotomia maxilar, ocorre contaminação do seio maxilar por bactérias da cavidade bucal. Com seio maxilar saudável, deve-se providenciar um rápido e perfeito vedamento com rotações de retalhos gengivais ou mucogengivais, no mesmo ato cirúrgico. Nesse caso, não há necessidade de antibioticoterapia.

Fonte: WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. Farmacologia clínica para dentistas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.