



1.000

QUESTÕES COMENTADAS
DE PROVAS E CONCURSOS EM
ODONTOLOGIA

2ª EDIÇÃO

AUTORES:

ANNE MARIA GUIMARÃES LESSA - INÁCIO LIMA SILVA AGUIAR
NATÁLIA NASCIMENTO ODILON - PATRÍCIA FONSECA GUEDES CONCEIÇÃO
RENATA PORTELA DE REZENDE - TAIANE DE OLIVEIRA GONZAGA SANTOS
THAIANE DANTAS DIAS DOS SANTOS - VINÍCIUS RIO VERDE MELO MUNIZ

COLABORADORES - AUTORES: ÍCARO RODRIGUES BRITO E GABRIEL LOPES SANTOS

REVISORA TÉCNICA: SANDRA DE QUADROS UZÊDA GONZALEZ

SANAR 

Autores

Vinícius Rio Verde Melo Muniz

Mestre em Odontologia, pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOU-FBA). Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, pela FOUFBA / Obras Sociais Irmã Dulce. Graduado em Odontologia, pela FOUFBA. Experiência como professor substituto de Anatomia pelo Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da UFBA. Atualmente é aluno de Doutorado em Odontologia e Saúde, pela FOUFBA e atua em clínica particular em Salvador-BA.

Patrícia Fonseca Guedes Conceição

Especialista em Radiologia Odontológica e Imaginologia, pela Associação Brasileira de Odontologia da Bahia. Graduada em Odontologia, pela União Metropolitana de Educação e Cultura. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, pelo Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgar Santos-Universidade Federal da Bahia. Atualmente é Cirurgiã-Dentista em clínica privada. Experiência como clínica geral e na área de radiodiagnóstico. Mestranda em em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas- ICS/UFBA

Inácio Lima Silva Aguiar

Mestre em Medicina e Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Graduado em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia. Atualmente é Doutorando em Medicina e Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Renata Portela de Rezende

Mestre em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia. Graduada em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia, possui especialização em Área Hospitalar – Residência Multiprofissional Integrada em Saúde com área de concentração em Saúde do Adulto com ênfase em doenças cardiovasculares – Complexo Universitário Hospitalar Professor Edgar Santos, UFBA. Possui curso de sedação Consciente Com Óxido Nitroso E Oxigênio (FACOPH). Experiência com atendimento de pacientes especiais e crianças.

Taiane de Oliveira Gonzaga Santos

Mestre em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia. Graduada em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia, possui especialização em Área Hospitalar – Residência Multiprofissional Integrada em Saúde com área de concentração em Saúde do Adulto com ênfase em doenças cardiovasculares – Complexo Universitário Hospitalar Professor Edgar Santos, UFBA. Possui curso de sedação Consciente Com Óxido Nitroso E Oxigênio (FACOPH). Experiência com atendimento de pacientes especiais e crianças.

Natália Nascimento Odilon

Pós graduação em Odontologia Hospitalar pelo programa de residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Complexo-HUPES/UFBA). Graduada em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia. Atualmente, faz mestrado pelo Programa de Pós- graduação de Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da UFBA.

Thaiane Dantas Dias dos Santos

Mestre em odontologia e saúde, pela faculdade de odontologia da universidade federal da bahia. Graduada em odontologia pela faculdade de odontologia da universidade federal da bahia. Especialista em atenção hospitalar com ênfase em saúde da criança, pelo programa de residência multiprofissional em saúde do hospital universitário professor edgar santos ebserh/ufba. Pós graduada em odontopediatria, pela faculdade ippee. Experiência em odontopediatria e odontologia hospitalar.

Anne Maria Guimarães Lessa

Mestre em Odontologia e Saúde com ênfase em Diagnóstico Bucal na área de Radiologia, pela Universidade Federal da Bahia. Graduada em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia. Especialista em Ortodontia pelo INNOVARE – Núcleo de Educação em Saúde. Atualmente faz parte do corpo docente do curso de Odontologia da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR) e atua na área clínica como Ortodontista.

Colaboradores Autores

Ícaro Rodrigues Brito

Acadêmico em Odontologia pela EBMSP. Membro da Comissão Organizadora da Jornada Odontológica da Bahiana - JOBA. Membro da Liga Acadêmica de Estomatologia - LAE. Membro da Liga Acadêmica de Marketing e Gestão em Odontologia - LAMAGO. Interno do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Carnaval de Salvador. Monitor da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da EBMSP.

Gabriel Lopes Santos

Graduando do curso de odontologia pela escola bahiana de medicina e saúde pública. Um ano de biologia cursado pela UESC (Universidade Estadual de Santa Cruz). Chefe do conselho fiscal da LAE (Liga Acadêmica de Estomatologia)

Revisora Técnica

Sandra Uzêda

Pós-Doutoranda na Área de Concentração em Anatomia da cabeça e pescoço com ênfase em Cirurgia pela Universidade de São Paulo - USP, Doutora em Morfologia pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Mestre em Morfologia e Genética pela UNIFESP, Especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial pela UNIFESP, Professora Adjunta do Departamento de Ciências da Vida da Disciplina de Anatomia e Neuroanatomia Humana na Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Apresentação

O livro **1.000 Questões Comentadas de Provas e Concursos em Odontologia** é o mais organizado e completo livro para dentistas e cirurgiões dentistas que desejam ser aprovados nos concursos do Brasil. Fruto de um rigoroso trabalho de seleção de questões de concursos e elaboração de novos conteúdos, atende às mais diversas áreas de conhecimento na Odontologia.

A presente obra foi redigida a partir do uso de 5 premissas didáticas que julgamos ser de fundamental importância para todo estudante que deseja ser aprovado nos mais diversos exames na Odontologia:

1. Questões comentadas, alternativa por alternativa (incluindo as incorretas), por autores especializados.
2. 100% das questões são de concursos passados.
3. Questões selecionadas com base nas disciplinas e assuntos mais recorrentes nos concursos.
4. Resumos práticos ao final de cada disciplina.
5. Questões categorizadas por assunto e grau de dificuldade sinalizadas de acordo com o seguinte modelo acordo com o seguinte modelo:

FÁCIL	●
INTERMEDIÁRIO	● ●
DÍFICIL	● ● ●

Por fim, optamos em incluir um capítulo de Língua Portuguesa, Matemática e Informática ao final do livro, por entender a relevância que tais matérias têm tido nos concursos. O livro 1.000 Questões Comentadas de Provas e Concursos em Odontologia será um grande facilitador para seus estudos, sendo uma ferramenta diferencial para o aprendizado e, principalmente, ajudando você a conseguir os seus objetivos.

Bons Estudos!

Isabela Ribeiro
Editora

Sumário

1. Anatomia de Cabeça e Pescoço e Cirurgia Oral	11
2. Dentística	73
3. Endodontia	133
4. Estomatologia e Semiologia Oral	209
5. Farmacologia e Anestesiologia.....	295
6. Microbiologia Oral e Cariologia.....	331
7. Odontopediatria	377
8. Periodontia	427
9. Radiologia Odontológica e Imaginologia.....	479
10. Reabilitação Oral e Oclusão	507
11. Saúde Pública e Epidemiologia	573
12. Ortodontia	613
13. Língua Portuguesa	643
14. Matemática	727
15. Informática.....	779

Anatomia de Cabeça e Pescoço e Cirurgia Oral

1

Vinícius Muniz, Inácio Lima Silva Aguiar e Patrícia Fonseca Guedes Conceição

01 (EESP – 2016) Um paciente é agredido com um soco no lado esquerdo da face e se apresenta na emergência, consciente, deambulando, entretanto, mostra: rinorragia leve, dificuldade de abertura bucal, edema periorbital no lado esquerdo, equimose subpalpebral esquerda, perda de sensibilidade em pálpebra inferior e asa do nariz do mesmo lado. Esse paciente deve apresentar fratura

- (A) de maxila e nariz.
- (B) de nariz e de mandíbula.
- (C) de osso frontal do lado esquerdo.
- (D) naso-órbito-etimoidal e osso frontal.
- (E) de zigoma e possível fratura de órbita.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. Essa alternativa está incorreta, pois o sinal de dificuldade de abertura bucal e edema/equimose periorbitais são indicativos de fratura do osso zigomático.

Alternativa B: INCORRETA. Alternativa incorreta pelo mesmo motivo anterior, acrescentando o fato de que não existe nenhum relato que justifique a existência de uma fratura mandibular, como mobilidade atípica à manipulação ou distopia oclusal.

Alternativa C: INCORRETA. Esse tipo de fratura é incompatível com os sinais e sintomas descritos no enunciado.

Alternativa D: INCORRETA. Essa alternativa está incorreta pelo fato destas duas classificações de fraturas faciais não provocarem limitação de abertura bucal.

Alternativa E: CORRETA. Essa é a alternativa que melhor se enquadra aos sinais e sintomas descritos. Apesar da saída do nervo infraorbital ocorrer na maxila, na altura do forame infraorbital, es-

te apresenta trajeto inferior e/ou correspondente ao assoalho de órbita, ou seja, fraturas orbitais podem provocar perda de sensibilidade no território inervado por este nervo

02 (EESP – 2016) A disfunção temporomandibular (DTM) envolve sinais e sintomas clínicos musculares e articulares relacionados ao sistema estomatognático. Dentre as alterações articulares, o _____ ocorre quando o disco encontra-se deslocado à frente do côndilo quando a boca está fechada, mas recupera um melhor posicionamento quando aquele translada para uma posição protusiva.

- (A) ruído articular.
- (B) deslocamento do disco.
- (C) deslocamento do disco com redução.
- (D) deslocamento do disco sem redução.
- (E) deslocamento do disco com inflamação retrodiscal.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. Os ruídos articulares podem ser descritos como crepitação, estalido e estalo. Em situações como a descrita, normalmente haverá a produção de um estalo no momento em que houver a recuperação do disco articular, principalmente se for um movimento abrupto.

Alternativa B: INCORRETA. Essa alternativa está incorreta, pois não foi especificado qual o tipo de deslocamento do disco articular.

Alternativa C: CORRETA. O deslocamento discal com redução ocorre quando existe a sua recuperação, normalmente ao final dos movimentos de abertura e/ou fechamento bucal. Essa alteração pode

ser decorrente de disfunções musculares e/ou ligamentares.

Alternativa D: INCORRETA. Essa alternativa está incorreta, pois existe a recuperação discal. Além disso, o deslocamento discal sem redução é um limitador dos movimentos articulares.

Alternativa E: INCORRETA. O enunciado da questão não fornece informações suficientes que possam caracterizar um quadro de inflamação retrodiscal, que normalmente estará associado com queixas álgicas moderadas ou intensas. Essa alteração poderá causar ainda o deslocamento mandibular gerando alteração oclusal.

03 (PREFEITURA MUNICIPAL DE ANTÔNIO DIAS/MG – MÁXIMA – 2017) Ao exame clínico do paciente JBS, 65 anos, em tratamento de leucemia, notou-se a presença de placas brancas aderentes na mucosa bucal removíveis por raspagem ou fricção mantendo em algumas áreas a mucosa subjacente normal e em outras, eritematosa. Além disso, o paciente relatou sensação de queimação e em alguns momentos gosto desagradável. A descrição acima se refere a:

- (A) Candidíase Atrófica Aguda.
- (B) Estomatite por dentadura.
- (C) Candidose pseudomembranosa.
- (D) Queilite Angular.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A candidíase atrófica aguda é também conhecida como “boca ferida pelo antibiótico”, que possui como principal característica a sensação de queimação acompanhada pela perda difusa das papilas filiformes da superfície dorsal da língua, resultando em uma língua avermelhada e despapilada (“careca”). Esse tipo de candidíase constitui uma apresentação clínica da candidíase eritematosa, caracterizada pela ausência de manchas brancas ou qualquer componente branco com aspecto relevante.

Alternativa B: INCORRETA. A estomatite por dentadura pode ser denominada, por alguns autores, como candidíase atrófica crônica, sendo frequentemente classificada como uma candidíase eritematosa. Normalmente, representa um processo assintomático, caracterizado pela presença variável de eritema ou petéquias hemorrágicas em

áreas próximas as bordas de próteses removíveis superiores. Está associada ao uso contínuo de próteses dentárias, porém ainda existe controvérsia se a real etiologia desta lesão seria a infecção por *C. albicans*.

Alternativa C: CORRETA. Também conhecida como “sapinho”, a candidíase pseudomembranosa é caracterizada pela presença de placas brancas aderentes em mucosa bucal, lembrando o aspecto de queijo coalhado. Essas placas podem ser facilmente removidas, revelando uma mucosa subjacente normal ou eritematosa. Essas placas são compostas, basicamente, por células epiteliais descamadas, fragmentos de tecido necrótico, leveduras e uma massa de hifas emaranhadas. Sua ocorrência pode estar associada ao uso de antibióticos de amplo espectro ou sistema imune debilitado.

Alternativa D: INCORRETA. A queilite angular é considerada uma infecção por *C. albicans* e/ou *S. aureus* que acomete a região de comissura labial, principalmente em idosos com dimensão vertical reduzida e com sucros acentuados nesta região. O acúmulo de saliva retém umidade favorecendo a infecção por leveduras, produzindo um quadro clínico caracterizado por eritema, fissuração e descamação. A queilite angular pode ser considerada uma condição componente da candidíase multifocal crônica, uma candidíase eritematosa que afeta outros locais da mucosa bucal além da língua.

04 (PREFEITURA MUNICIPAL DE ANTÔNIO DIAS/MG – MÁXIMA – 2017) O conhecimento da topografia alvéolo-dental é importante para auxílio nas exodontias, pois a espessura das tábulas ósseas orienta as manobras cirúrgicas, evitando as fraturas indesejáveis. Com base nos seus conhecimentos, assinale a afirmação CORRETA:

- (A) A região de alvéolos vestibulares de incisivos apresenta uma tábula óssea muito delgada, ocorrendo uma fusão das corticais vestibular e alveolar, sobretudo ao nível dos terços cervical e médio de raiz.
- (B) A região de alvéolos vestibulares de caninos apresenta relações bem diferentes dos incisivos, já que suas raízes encontram-se mais distantes da tábula óssea vestibular.
- (C) A região de alvéolos vestibulares de pré-molares apresenta uma tábula óssea bastante espessa e pouca quantidade de osso esponjoso.

Ⓓ A região de alvéolos vestibulares de molares apresenta uma característica mais específica, já que os dentes possuem duas raízes vestibulares. Na região dos alvéolos do primeiro molar, nota-se a crista infrazigomática, que torna a tábua mais delgada nessa região.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. Para facilitar o entendimento, devemos ter em mente que a cortical vestibular é aquela que está localizada abaixo da mucosa alveolar/gengiva inserida e a cortical alveolar está voltada para a superfície radicular do dente. Durante uma exodontia pela técnica fechada, através da utilização de fórceps, o segundo movimento recomendado é a força vestibular justamente por ser a região mais delgada que circunda os dentes incisivos. Lembrando que o primeiro movimento realizado é a força apical.

Alternativa B: INCORRETA. Essa alternativa está incorreta, pois a relação dos alvéolos vestibulares de caninos com as suas raízes é semelhante à encontrada nos incisivos.

Alternativa C: INCORRETA. Essa alternativa está incorreta pelo mesmo motivo da proposição anterior. A tábua óssea alveolar palatina/lingual é mais espessa do que a vestibular na região de pré-molares.

Alternativa D: INCORRETA. Apesar desta proposição não especificar se os molares em questão são superiores ou inferiores, presume-se que sejam os superiores, pois ela especifica a presença de duas raízes vestibulares. Dessa forma, a primeira parte da alternativa está correta, porém a presença da crista zigomaticoalveolar (termo anatômico correto) torna a tábua óssea na região dos primeiros molares superiores mais espessa e não delgada, como afirma a segunda parte da alternativa.

05 (PREFEITURA ÁGUAS DO CHAPECÓ/SC – CURSIVANI–2017) Todo o instrumental perfurocortante que penetra em tecidos e entra em contato com sangue e secreções é classificado, segundo as normas de Biossegurança, como:

- (A) Artigos não críticos.
- (B) Artigos semicríticos.
- (C) Artigos críticos.
- (D) Artigos cirúrgicos.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. Artigos não críticos são todos aqueles que entram em contato com pele íntegra e ainda os que não entram em contato direto com o paciente. Esses artigos devem passar por procedimentos de desinfecção.

Alternativa B: INCORRETA. Artigos semicríticos são todos aqueles que entram em contato somente com mucosa íntegra, capaz de evitar a invasão dos tecidos subepiteliais. Esses artigos devem estar esterilizados.

Alternativa C: CORRETA. Artigos críticos são todos aqueles que penetram nos tecidos subepiteliais, no sistema vascular e em outros órgãos livres de microbiota própria, bem como todos aqueles que sejam conectados com eles. Instrumentos que têm contato com a pele e mucosa não íntegras também são considerados críticos. Ao serem utilizados, esses artigos devem estar obrigatoriamente esterilizados.

Alternativa D: INCORRETA. Os artigos cirúrgicos pertencem ao grupo de artigos críticos.

06 (PREF. IRACEMINHA/SC – PREF. IRACEMINHA/SC – 2016) O dente é composto por quatro partes distintas. Assinale a alternativa correta:

- (A) Esmalte, cimento, dentina, cavidade pulpar.
- (B) Esmalte, palato mole, dentina, freio labial.
- (C) Cimento, cavidade pulpar, palato duro, língua.
- (D) Dentina, cimento, esmalte, palato duro.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. O dente é formado por coroa e raiz (es), unidas por uma parte intermediária classificada como colo. Ele é composto, na maior parte, por dentina, que se circunscreve à cavidade pulpar. A dentina é recoberta na coroa pelo esmalte; na raiz, pelo cimento.

Alternativa B: INCORRETA. O palato mole é uma estrutura fibromuscular móvel, fixada à margem posterior do palato duro. O freio labial é uma prega sagital da mucosa alveolar que se origina na linha mediana da superfície interna do lábio e se insere na gengiva do maxilar entre os incisivos centrais.

Alternativa C: INCORRETA. O palato duro e o palato mole constituem o teto da cavidade bucal e o assoalho da cavidade nasal e a língua é um órgão muscular revestido por mucosa, que exerce im-

portantes funções na mastigação, deglutição e articulação da palavra.

Alternativa D: INCORRETA. Como referido na alternativa anterior, o palato duro separa a cavidade nasal da cavidade bucal; não compõe a estrutura dentária.

07 (PREF. IRACEMINHA/SC – PREF. IRACEMINHA/SC – 2016) O dente possui cinco faces. Relacione a face ao que ela corresponde:

- I. Face vestibular.
- II. Face lingual ou palatal.
- III. Face mesial.
- IV. Face distal.
- V. Face oclusal ou incisal.

- () É a face anterior do dente.
 () É a face posterior do dente.
 () É a face do dente voltada para bochecha ou lábios.
 () É a face do dente que oclui com o correspondente.
 () É a face do dente que está voltada para dentro, próxima à língua, para os dentes da mandíbula, ou próxima ao palato para os dentes da maxila.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta:

- (A) I, IV, V, III, II.
- (B) V, III, II, I, IV.
- (C) IV, V, III, II, I.
- (D) III, V, I, II, IV.

GRAU DE DIFICULDADE

Associação I: (III). Face vestibular é a face que se volta para o vestibulo da boca, conhecida como face livre.

Associação II: (V). Face lingual é a face que se volta para a língua (dentes inferiores) e face palatal se volta para o palato (dentes superiores), também classificada como faces livres.

Associação III: (I). Face mesial é uma face de contato, também conhecida como face proximal. É a mais próxima do plano sagital mediano no ponto em que ele corta o arco dentário.

Associação IV: (II). Face distal é uma face de contato ou ainda denominada por face proximal. É a mais distante do plano mediano.

Associação V: (IV). Face oclusal ou incisal é a superfície da coroa que entra em contato com as superfícies da coroa dos dentes antagonistas durante a oclusão, classificadas como face oclusal nos dentes posteriores e incisal nos dentes anteriores.

08 (EBSERH/HRL – UFS – AACP–2017) As assimetrias esqueléticas de longa duração podem levar a compensações dentárias e mudanças nos tecidos moles. O planejamento virtual, atualmente, é muito utilizado em cirurgias ortognáticas para facilitar o planejamento e execução do tratamento das assimetrias faciais. Assim, novos termos passam a ser utilizados como Pitch, Roll e Yaw. Sendo assim, assinale a alternativa que apresenta a definição correta de cada um desses termos, respectivamente.

- (A) Pitch é o ângulo de oclusão visto em uma vista sagital; Roll é a rotação do arco da maxila e da mandíbula com relação à base do crânio; Yaw é a inclinação frontal do plano oclusal.
- (B) Pitch é a inclinação frontal do plano oclusal; Roll é a rotação do arco da maxila e da mandíbula com relação à base do crânio; Yaw é o ângulo de oclusão visto em uma vista sagital.
- (C) Pitch é a inclinação frontal do plano oclusal; Roll é o ângulo de oclusão visto em uma vista sagital; Yaw é a rotação do arco da maxila e da mandíbula com relação à base do crânio.
- (D) Pitch é o ângulo de oclusão visto em uma vista sagital; Roll é a inclinação frontal do plano oclusal; Yaw é a rotação do arco da maxila e da mandíbula com relação à base do crânio.
- (E) Pitch é a rotação do arco da maxila e da mandíbula com relação à base do crânio; Roll é a inclinação frontal do plano oclusal; Yaw é o ângulo de oclusão visto em uma vista sagital.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A primeira definição se refere a Yaw, a segunda definição se refere a Pitch e a terceira definição se refere a Roll.

Alternativa B: INCORRETA. A primeira definição se refere a Roll, a segunda definição se refere a Pitch e a terceira definição é a única respectivamente correta e se refere a Yaw.

Alternativa C: INCORRETA. A primeira definição se refere a Roll, a segunda definição se refere a Yaw e a terceira definição se refere a Pitch.

Alternativa D: INCORRETA. A primeira definição se refere a Yaw, a segunda definição é a única respectivamente correta e se refere a Roll e a terceira definição se refere a Pitch.

Alternativa E: CORRETA. As definições estão respectivamente corretas.

09 (EBSERH/HR/L – UFS – AOC – 2017) O desconhecimento das doenças hepáticas pode causar prejuízos durante as cirurgias bucomaxilofaciais. São métodos de diagnósticos das doenças hepáticas, exceto:

- (A) ALT.
- (B) AST.
- (C) Fosfatase alcalina.
- (D) Tempo de protrombina.
- (E) Tempo tromboplastina parcial ativada.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. O ALT, também denominado por TGP, é um marcador de lesão hepática, exibindo-se elevado. Indicará destruição de hepatócitos. Esse marcador pode ser considerado como específico do fígado; na prática, os profissionais rotineiramente costumam solicitá-lo junto ao AST, também denominado por TGO. Diante da elevação dessas enzimas raramente se pensará em outra causa que não seja lesão de hepatócitos. Contudo, exames laboratoriais são complementares aos dados clínicos do paciente.

Alternativa B: INCORRETA. Assim como o ALT, o AST, também denominado por TGO, é um marcador que, quando elevado, poderá indicar destruição de hepatócitos, embora possa exibir elevação em outras situações sistêmicas, por ser encontrada em outros tecidos. Dessa maneira, além de associá-lo a outros exames, há de se levar em consideração a avaliação clínica do paciente, para melhor acurácia diagnóstica.

Alternativa C: CORRETA. A FA (fosfatase alcalina) associada à GGT (gama glutamil transpeptidase) são enzimas canaliculares, marcadores de lesões nas vias biliares. Exibem-se elevadas, por exemplo, na coledocolitíase. Contudo, a FA é pouco específica para lesões biliares por, também, exibir-se elevada na presença de lesões ósseas, por exemplo; desse modo, deve-se associar o exame de FA ao GGT. Nos casos de diagnósticos das doenças hepáticas, a FA e GGT não são exames es-

pecíficos, pois as lesões hepáticas estão localizadas nos hepatócitos.

Alternativa D: INCORRETA. O TP (tempo de protrombina) é um marcador que pode estar relacionado com a perda da função hepática, podendo exibir alteração na insuficiência hepática. Entretanto, outras condições sistêmicas podem alterar esse marcador, o que torna imprescindível sua associação a outros exames e avaliação clínica.

Alternativa E: INCORRETA. Assim como o TP referido na alternativa anterior, o tempo tromboplastina parcial ativada (TTPA) também poderá exibir alteração na perda da função hepática. Considerando que sua elevação poderá também estar associada a outros fatores sistêmicos, a associação a outros exames, bem como a avaliação clínica, se fazem necessárias.

10 (PREF. ANÁPOLIS/GO-FUNCAB-2016) Assinale o tipo de fio de sutura reabsorvível por decomposição de enzimas proteolíticas.

- (A) Nylon.
- (B) Seda.
- (C) Categute.
- (D) Ácido poliglicólico.
- (E) Poliglactina 910.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. O nylon é um fio de sutura não reabsorvível.

Alternativa B: INCORRETA. O fio de seda é um fio de sutura comumente usado e não é reabsorvível.

Alternativa C: CORRETA. Apesar de receber o nome categute, o fio de sutura é, na verdade, derivado da superfície serosa do intestino de carneiros. O categute simples reabsorve rapidamente na cavidade oral, raramente durando mais do que 3 a 5 dias. Já o categute tratado por substâncias, como o ácido crômico, é denominado de categute cromado e dura entre 7 e 10 dias. O processo de reabsorção é feito por um mecanismo duplo; inicialmente ocorre a quebra das ligações por ação do ácido hidrolítico e atividade das colagenases e, em um segundo momento, ocorre a digestão e absorção por ação das enzimas proteolíticas lisossomais dos neutrófilos e macrófagos.

Alternativa D: INCORRETA. O ácido poliglicólico é uma sutura sintética reabsorvível. É lentamente reabsorvido, demorando até quatro semanas antes de ser completamente reabsorvido. Mediante o

seu tempo de reabsorção, raramente é indicado para a cavidade oral em cirurgia oral convencional; sua absorção ocorre por hidrólise, sendo acelerada em ambientes alcalinos.

Alternativa E: INCORRETA. A poliglactina 910 é um fio de sutura sintético, absorvível, formado pela associação de 90% de ácido glicólico e 10% de ácido láctico, absorvido por hidrólise.

11 (EBSERH/HRL – UFS – AOCP – 2017) Considerando a técnica da coronectomia, analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta as corretas.

- I. Consiste na remoção da coroa do dente e da porção coronal das raízes, mantendo intraóssea a porção apical.
- II. Pode ser denominada preservação parcial das raízes, preservação de raízes vitais ou odontectomia parcial intencional.
- III. Radiografias panorâmicas são suficientes para indicar coronectomia como alternativa aos terceiros molares inferiores que apresentam sinais sugerindo proximidade com o nervo alveolar inferior.
- IV. Alguns princípios devem ser seguidos: o dente não deve apresentar mobilidade, lesão cariosa ou infecção.
- V. Devido ao aquecimento provocado no momento da secção dentária pelo uso de instrumentos rotatórios (brocas), torna-se necessário o tratamento endodôntico da polpa exposta do remanescente radicular.

- (A) Apenas I, II, III e IV.
 (B) Apenas II, III e V.
 (C) Apenas I, II, III e V.
 (D) Apenas I, II e IV.
 (E) Apenas III e V.

GRAU DE DIFICULDADE

Assertiva I: VERDADEIRA. A coronectomia ou odontectomia parcial intencional é uma técnica que consiste na remoção da coroa de dentes impactados e/ou inclusos, principalmente terceiros molares inferiores, que apresentam um íntimo contato com o nervo alveolar inferior e manutenção das raízes.

Assertiva II: VERDADEIRA. O princípio da coronectomia ou odontectomia parcial intencional é a re-

moção da coroa do dente, deixando a raiz in situ (no local).

Assertiva III: FALSA. As radiografias panorâmicas apresentam as relações do terceiro molar com estruturas nobres como o canal do nervo mandibular, a extensão das raízes e graus de curvatura em uma visão bidimensional. Contudo, a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) exibe o grau de relacionamento entre os terços radiculares e o canal mandibular de maneira tridimensional. Dessa maneira, a TCFC é o exame de imagem com maior acurácia diagnóstica para determinação da conduta terapêutica.

Assertiva IV: VERDADEIRA. O dente não poderá ter mobilidade periodontal. Sua inserção em um periodonto saudável garantirá que as raízes sejam sepultadas como parte integrante da biologia do organismo; não pode existir degradação ou infecção acometendo as raízes dos dentes. As infecções podem ocasionar uma resposta mais agressiva do organismo, de forma que as raízes sejam “consideradas” como um corpo estranho, além do risco de a infecção se disseminar para outros tecidos; o dente deve estar vital ou endodonticamente tratado. Pulpites são derivadas da patologia cariogênica ocasionando riscos de infecção para o organismo.

Assertiva V: FALSA. Não é necessário o tratamento da polpa exposta. Não é preconizado qualquer tipo de tratamento à polpa, vital e exposta, após a remoção completa da coroa.

Resposta D.

12 (PREF. CANTANHEDE/MA–IMA–2016) Em uma radiografia periapical, técnica que possibilita uma visão em conjunto dos elementos dentais, da região de molares superiores, o ponto de reparo anatômico que aparece radiolúcido é:

- (A) Seio maxilar.
 (B) Tuberosidade maxilar.
 (C) Osso zigomático.
 (D) Processo coronoide da mandíbula.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. O seio maxilar exibe-se como uma imagem radiolúcida, de forma arredondada, ovoide ou multiloculada e contornos bem definidos delimitados por uma linha radiopaca, devido a uma maior densidade de suas paredes.

Alternativa B: INCORRETA. A tuberosidade maxilar é o limite posterior do processo alveolar, que exhibe um pequeno grau de radiopacidade.

Alternativa C: INCORRETA. O osso zigomático está associado ao processo zigomático, em direção posterior. É uma estrutura com pequeno grau de radiopacidade.

Alternativa D: INCORRETA. O processo coronoide da mandíbula é exibido como uma imagem radiopaca de contornos nítidos, de forma triangular, geralmente superposto à tuberosidade da maxila.

13 (PREF. SOLONÓPOLE/CE-PRÓ-MUNICÍPIO- 2018) O nervo trigêmeo se divide a partir do gânglio trigeminal. Marque a opção que não faz parte da divisão do nervo trigêmeo a partir desse gânglio:

- (A) Nervo oftálmico.
- (B) Nervo maxilar.
- (C) Nervo mandibular.
- (D) Nervo timpânico.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. O nervo oftálmico é uma das ramificações do nervo trigêmeo. É formado por fibras sensitivas e sai do gânglio trigeminal, passa pela fissura orbital superior, chegando à cavidade orbital onde se ramifica em nervo nasociliar, nervo frontal e nervo lacrimal.

Alternativa B: INCORRETA. O nervo maxilar é uma das ramificações do nervo trigêmeo, formado por fibras sensitivas. Localiza-se na dura-máter, lateralmente ao seio cavernoso. Sai do gânglio trigeminal, passa pelo forame redondo, chegando à fossa pterigopalatina, onde se ramifica nos nervos zigomático, infraorbital (ramos: alveolar superior anterior e médio), alveolar superior posterior, pterigopalatino (ramos: palatino menor e palatino maior).

Alternativa C: INCORRETA. O nervo mandibular é uma das ramificações do nervo trigêmeo. É um nervo misto, constituído de fibras sensitivas e motoras. O nervo sai do gânglio trigeminal, passa pelo forame oval, chegando à fossa infratemporal, dando origem aos nervos aurículo temporal, ramos motores para os músculos da mastigação, nervo bucal, lingual, alveolar inferior (ramos: mental e incisivo) e nervo milo-hióideo.

Alternativa D: CORRETA. O nervo timpânico não faz parte da divisão do nervo trigêmeo. Trata-se de um dos ramos do nervo glossofaríngeo

14 (SAP/SP-MSCONCURSOS-2018) A cirurgia é uma modalidade de terapêutica que tem como peculiaridade o fato de ser praticada por atividade manual e com o auxílio de instrumentos apropriados que, por meio de manobras cruentas, permite a obtenção da solução de continuidade dos tecidos e, dessa forma, a atuação direta na causa determinante do seu uso. A remoção de dentes decíduos pode ser praticada com as seguintes técnicas, exceto:

- (A) Pelo uso de fórceps específicos.
- (B) Pelo uso de elevadores dentais.
- (C) Pelo uso de odontossecação com instrumentos rotatórios.
- (D) Pelo uso da tentacânula.
- (E) Pelo uso de osteotomia alveolar.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. Os fórceps do tipo infantis, quando há indicações, são utilizados nas exodontias de dentes decíduos. Contudo, seu uso deve ser avaliado e preconizado com cautela pelo profissional, mediante os riscos, como possibilidade de fraturas e remoção conjunta ao dente decíduo de germe do dente permanente.

Alternativa B: INCORRETA. Os elevadores dentais são destinados na luxação dos dentes, separando-os do osso circundante, auxiliando a remoção de raízes fraturadas e residuais e podem ser utilizados nas exodontias de dentes decíduos.

Alternativa C: INCORRETA. Nos casos que preveja riscos de fratura das raízes, mesmo em dentes decíduos, pode ser realizada a odontossecação com instrumentos rotatórios com devida cautela, para não envolver o germe do dente permanente.

Alternativa D: CORRETA. A tentacânula não é utilizada para remoção de dentes decíduos. É um instrumento destinado a guiar a ponta do bisturi.

Alternativa E: INCORRETA. Em determinados casos, a exemplo de dentes decíduos anquilosados, e alguns casos que exibam risco de remoção do germe do dente permanente juntamente ao decíduo, a osteotomia pode ser uma manobra cirúrgica adotada para viabilizar a exodontia.

● ● ● RESUMO PRÁTICO ● ● ●

Este capítulo é destinado a responder e comentar questões sobre cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, que também englobarão conteúdos sobre anatomia da cabeça e do pescoço e noções sobre o atendimento do paciente politraumatizado. Para dinamizar a estruturação deste resumo, os assuntos acima descritos serão divididos em tópicos que conterão breves explicações sobre os pontos considerados mais importantes e com maiores chances de serem abordados em questões de concursos. Portanto, os tópicos estarão dispostos da seguinte forma:

1. Osteologia.
2. Vascularização da Cabeça e do Pescoço.
3. Inervação da cabeça.
4. Articulação temporomandibular (ATM).
5. Miologia.
6. Cirurgia oral.
7. Atendimento inicial ao politraumatizado.
8. Traumatismo maxilofacial.

OSTEOLOGIA

CRÂNIO

O crânio é dividido em neurocrânio (terço superior) e viscerocrânio (dois terços inferiores): a primeira parte é formada por oito ossos rigidamente unidos (por suturas, que são articulações fibrosas do tipo sinartrose, ou seja, não permitem movimentos entre os ossos articulados), enquanto a segunda é formada por catorze ossos, sendo um deles o único osso móvel do crânio, a mandíbula. O neurocrânio (assim chamado por abrigar o encéfalo), pode ser dividido em calvária e base que, por sua vez, é dividida internamente em três fossas: anterior (aloja o lobo frontal do cérebro), média (aloja o lobo temporal do cérebro) e posterior (aloja a ponte, o bulbo, o cerebelo e o lobo occipital). Os ossos que formam o neurocrânio são: occipital (1), esfenóide (1), etmoide (1), frontal (1), parietais (2) e temporais (2). Os ossos que formam o viscerocrânio são: vômer (1), mandíbula (1), maxilas (2), zigomáticos (2), palatinos (2), lacrimais (2), conchas nasais inferiores (2) e nasais (2).

SEIOS PARANASAIS

Alguns ossos do crânio possuem cavidades preenchidas por ar e revestidas por mucosa, que são denominadas seios paranasais. Esses seios são assim denominados pois comunicam-se com a cavidade nasal e estão divididos da seguinte forma:

- **Seio frontal:** comunica-se com a cavidade nasal através de uma abertura na parte anterior do meato nasal médio.
- **Seios/células etmoidais:** comunicam-se com a cavidade nasal através de pequenas aberturas localizadas nos meatos nasais médio e superior.
- **Seio esfenoidal:** sua comunicação com a cavidade nasal ocorre através de uma pequena abertura voltada para a parte posterior do meato nasal superior.
- **Seio maxilar:** apresenta drenagem menos eficiente que os demais seios paranasais uma vez que a sua abertura, o óstio do seio maxilar, está localizada em um nível muito alto do seio, dificultando a drenagem de secreções para a cavidade nasal, através do meato nasal médio.

CAVIDADES E FOSSAS DO CRÂNIO

- **Fossa temporal:** região limitada superiormente pela linha temporal superior e inferiormente pelo arco zigomático. Os ossos frontal, parietal, esfenóide e temporal formam o seu assoalho e é preenchida pelo músculo temporal.

- **Fossa infratemporal:** arco zigomático (superiormente), face posterior da maxila (anteriormente), côndilo mandibular (posteriormente), face medial do ramo mandibular (lateralmente) e lâmina lateral do processo pterigoide (medialmente) formam os limites desta região do crânio. Tendão do músculo temporal, músculo pterigoideo lateral, plexo pterigoideo, artéria maxilar e ramos do nervo maxilar são as principais estruturas localizadas nesta região.
- **Fossa pterigopalatina:** região limitada superiormente pela asa maior do osso esfenoide, inferiormente pela junção do processo pterigoideo com a tuberosidade maxilar, anteriormente pela tuberosidade maxilar, posteriormente pela parte anterior do processo pterigoide do osso esfenoide, lateralmente pela fissura pterigomaxilar e medialmente (profundamente) pela lâmina perpendicular do osso palatino. As principais estruturas desta região são: gânglio pterigopalatino, ramos da artéria maxilar, nervo maxilar e ramos. O forame esfenopalatino está localizado nesta região, conectando essa fossa com a cavidade nasal.
- **Cavidade nasal:** essa estrutura é uma via aérea, que possui uma abertura piriforme anterior, localizada entre os ossos nasais e maxilares, e uma abertura posterior (coanas). Dividindo essa cavidade em duas fossas, temos o septo nasal formado pela lâmina perpendicular do etmoide, vômer e cartilagem quadrangular (ou cartilagem do septo). Nas paredes laterais, encontramos as conchas nasais superiores, médias e inferiores, cujos espaços entre elas e a parede lateral formam os meatos nasais de mesmo nome, que são os locais de drenagem dos seios paranasais. Vale ressaltar que no meato nasal inferior está localizada a abertura do ducto nasolacrimal (conexão das cavidades orbital e nasal) e, na parte posterior do meato médio está o forame esfenopalatino;
- **Cavidade orbital:** responsável por alojar o bulbo do olho e suas estruturas anexas, esta fossa é formada por sete ossos, dispostos da seguinte maneira:

Margens	Ossos	Paredes	Ossos
Superior	Frontal	Teto	Frontal + Asa maior do esfenoide
Inferior	Zigomático + Maxila	Assoalho	Maxila + Zigomático + Processo orbital do palatino
Lateral	Frontal + Zigomático	Parede lateral	Zigomático + Frontal + Asa maior do esfenoide
Medial	Frontal + Maxila	Parede medial	Etmoide + Esfenoide + Lacrimal + Maxila

Obs.: Alguns autores não consideram que o osso frontal faça parte da formação das margens lateral e medial e da parede lateral da órbita.

PRINCIPAIS CANAIS, FISSURAS, FORAMES E SULCOS DO CRÂNIO

Acidente anatômico	Localização	Conteúdo
Forame cego	Osso frontal	Veia emissária da cavidade nasal
Lâmina crivosa (Cribiforme)	Osso etmoide	Fibras do nervo olfatório (NC I)
Canal óptico	Osso esfenoide	Nervo óptico (NC II) e artéria oftálmica
Forame/incisura supraorbital	Osso frontal	Nervo e artéria supra-orbitais
Fissura orbital superior	Entre asas maior e menor do osso esfenoide, lateralmente ao canal óptico	Veias oftálmicas e nervos oculomotor (NC III), troclear (NC IV), oftálmico (NC V/1) e abducente (NC VI)