



PREPARATÓRIO PARA
**RESIDÊNCIA EM
BUCOMAXILO**





PREPARATÓRIO PARA

RESIDÊNCIA EM BUCOMAXILO

COORDENAÇÃO

Samário Cintra Maranhão

AUTORES

Evaldo Sales Honfi Júnior | Antonio Lucindo Pinto de Campos Sobrinho
Renata Moura Xavier Dantas | Gabriel Queiroz Vasconcelos Oliveira

COLABORADORES

Helene Marie Rodrigues Carvalho França | Matheus Pinheiro Silva



2019

© Todos os direitos autorais desta obra são reservados e protegidos à Editora Sanar Ltda. pela Lei nº 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume ou qualquer parte deste livro, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, gravação, fotocópia ou outros), essas proibições aplicam-se também à editoração da obra, bem como às suas características gráficas, sem permissão expressa da Editora.

Título	Preparatório para residência em bucomaxilofacial
Editora	Fernanda Fernandes
Diagramação	Editorando Birô
Capa	Editorando Birô
Revisão	Editorando Birô
Conselho Editorial	Caio Vinicius Menezes Nunes Paulo Costa Lima Sandra de Quadros Uzêda Sheila de Quadros Uzêda Silvio José Albergaria da Silva

Dados Internacionais de Catalogação-na- Publicação (CIP)

P927 Preparatório para residência em bucomaxilofacial /
Samário Cintra Maranhão, coordenação geral. – Salvador
: SANAR, 2019.

316 p. : il. ; 17x24 cm.

ISBN 978-85-5462-121-6

1. Cabeça - Estudo e ensino (Residência).
2. Pescoço - Estudo e ensino (Residência).
3. Boca - Estudo e ensino (Residência). 4. Cabeça - Anatomia. 5. Pescoço - Anatomia. 6. Boca - Cirurgia.
7. Maxilares - Cirurgia. 8. Face - Cirurgia.
9. Patologia bucal. I. Maranhão, Samário Cintra, coord.

CDU: 616.314

Ficha Catalográfica: Fábio Andrade Gomes - CRB-5/1513

Editora Sanar Ltda.

Rua Alceu Amoroso Lima, n 172,
Caminho das Árvores
CEP: 41820-77- Salvador - BA
Telefone: 71. 3052-4831
atendimento@editorasanmar.com.br
www.editorasanmar.com.br

SANAR

Autores

Samário Cintra Maranhão

Coordenador

Graduação em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia, Residência em Cirurgia Bucomaxilofacial pelo Hospital Roberto Santos/Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial pelo Colégio Brasileiro de Cirurgia, Especialista em Farmacologia pela Universidade Federal de Lavras, Mestre em Estomatologia pela Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, Atualmente é o Coordenador do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Geral do Estado da Bahia e Perito Odontologista da Polícia Civil do Estado da Bahia. Foi aprovado em 12 concursos públicos, sendo 9 deles na Área de Cirurgia Bucomaxilofacial, 7 deles em primeiro lugar e 2 em segundo.

Helene Marie Rodrigues Carvalho França

Colaboradora

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Secretária de Saúde do Estado da Bahia e Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Cirurgiã-Dentista pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Atualmente é residente do terceiro ano em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, atuando nos seguintes campos de estágio: Hospital Geral Roberto Santos, Hospital Geral Ernesto Simões Filho, Hospital Geral de Camaçari e Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Experiência em Odontologia clínica, cirurgia oral menor e cirurgia bucomaxilofacial.

Evaldo Sales Honfi Júnior

Autor

Mestrado em Implantodontia, pela Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas/SP; Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial (CFO); Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial, pelo Hospital Paulistano em São Paulo/SP. Atualmente é Staff do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial do Hospital de Trauma Sen. Humberto Lucena. Professor do curso de Anatomia da face e Cirurgia Buco Maxilo Facial no Hospital Nicholson Center em Orlando, Florida. Experiência em Implantes dentários e Cirurgia Ortognática.

Matheus Pinheiro Silva

Colaborador

Graduando em Odontologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Membro da Liga Acadêmica de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (LACIB), e da Liga Acadêmica de Diagnóstico por Imagem (LADI). Atualmente é monitor do componente curricular Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Internato em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial no Carnaval de Salvador pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Antonio Lucindo Pinto de Campos Sobrinho

Autor

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Bahiana, mestre em Implantodontia pela Bahiana, professor de Odontologia da Bahiana, Cirurgião Bucomaxilofacial do HGE e HGC. Coordenador do serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Carnaval de Salvador SMS/SAMU



Renata Moura Xavier Dantas

Autora

Cirurgiã-Dentista, graduada pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela UFBA/HGE/HSA (Obras Sociais Irmã Dulce), Salvador/BA. Plantonista do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, João Pessoa-PB. Pós-graduada em Implantodontia (CEBEO, Salvador/BA). Especializanda em Implantodontia na ABO-PE, Recife-PE. Professora de Cirurgia da UEPB, Araruna-PB. Membro aspirante do Capítulo IV (PB/RN) do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

Gabriel Queiroz Vasconcelos Oliveira

Autor

Graduado em Odontologia, pela Universidade Federal da Bahia, residência e especialização em implantodontia, pela Universidade Federal da Bahia, mestre e doutorado em Odontologia, pela Universidade Federal da Bahia. Atualmente, trabalha em clínica particular e realiza pesquisa na área de cirurgia ortognática.

Apresentação

O livro **Preparatório para residência em bucomaxilofacial** é o mais organizado e completo livro para os dentistas que desejam ser aprovados nos concursos do Brasil. Fruto de um rigoroso trabalho de seleção de questões de residência e elaboração de novos conteúdos, atende às mais diversas áreas de conhecimento da 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 residências passadas.
3. Questões selecionadas com base nas disciplinas e assuntos mais recorrentes nos concursos.
4. Resumos práticos ao final de cada capítulo.
5. Questões categorizadas por assunto e grau de dificuldade sinalizadas de acordo com o seguinte modelo:

FÁCIL	●
INTERMEDIÁRIO	● ●
DIFÍCIL	● ● ●

O livro **Preparatório para residência em bucomaxilofacial** 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!

Fernanda Fernandes
Editora



Sumário

1. ANATOMIA DE CABEÇA E PESCOÇO	11
2. PATOLOGIA MAXILOFACIAL	39
3. TRAUMA.....	87
4. FARMACOLOGIA	125
5. CIRURGIA ORTOGNÁTICA E ATM	153
6. BIOSSEGURANÇA.....	185
7. ANESTESIOLOGIA.....	201
8. EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM ODONTOLOGIA.....	223
9. INFECÇÕES MAXILOFACIAIS	257
10. CIRURGIA ORAL MENOR	283



Anatomia de cabeça e pescoço

Antonio Lucindo Pinto de Campos Sobrinho

I

01 (PREFEITURA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES - AO-CP - 2015). Saliências ósseas localizadas na porção mediana da mandíbula, que dão inserção aos músculos milo-hioideo e genioglossos, que aparecem nas radiografias periapicais como um anel radiopaco abaixo do ápice dos incisivos centrais, circundando a foramina lingual, são denominadas:

- (A) Foramina lingual.
- (B) Tubérculos Geni.
- (C) Hâmulo pterigoideo.
- (D) Y invertido de Ennis.
- (E) Canais nutrientes da mandíbula.

GRAU DE DIFICULDADE

► **DICA DO AUTOR:** O conhecimento de anatomia é de suma importância para a Odontologia. A região anterior da mandíbula tem a inserção de músculos chamados de supra-hioideos: o genioglossos, milo-hioideo, ventre anterior do digástrico e geni-hioideo. Esses músculos se inserem na região anterior lingual da mandíbula e, por isso, há uma protuberância óssea nessa região: o tubérculo Geni.

Alternativa A: INCORRETA. A questão pergunta a saliência óssea que circunda a foramina lingual.

Alternativa B: CORRETA. É o nome da saliência óssea que circunda a foramina lingual, localizada na porção mediana da mandíbula.

Alternativa C: INCORRETA. O hámulo pterigoideo é uma estrutura localizada no processo pterigoideo do osso esfenóide.

Alternativa D: INCORRETA. O Y invertido de Ennis é um achado radiográfico encontrado em radiografias periapicais formado pela junção do soalho da cavidade nasal com a parede anterior do seio maxilar.

Alternativa E: INCORRETA. Canais nutrientes correspondem aos trajetos intraósseos das arteríolas e vênulas.

02 (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM - PA - CETAP - 2012). A inervação da ATM é feita pelo seguinte ramo nervoso e respectivo par craniano:

- (A) Petroso maior, V.
- (B) Auriculotemporal, VII.
- (C) Petroso maior, VII.
- (D) Auriculotemporal, V.
- (E) Petroso menor, VII.

GRAU DE DIFICULDADE

► **DICA DO AUTOR:** A Articulação Temporomandibular (ATM) é a articulação mais complexa do corpo humano. Apresenta diversas estruturas que a compõem: o osso temporal (direito e esquerdo), a cabeça da mandíbula (direita e esquerda), cápsula articular, cartilagem articular, disco articular, nervos e artérias.

Alternativa A: INCORRETA. O nervo petroso maior é ramo do Nervo Facial, VII par craniano.

Alternativa B: INCORRETA. O nervo auriculotemporal é ramo do nervo trigêmeo, o V par craniano.

Alternativa C: INCORRETA. Realmente, o nervo petroso maior é ramo do Nervo Facial, VII par craniano, mas não é responsável pela inervação da ATM.

Alternativa D: CORRETA. A ATM é innervada pelo nervo trigêmeo (V par Craniano) através do ramo do nervo mandibular, chamado de auriculotemporal.

Alternativa E: INCORRETA. O nervo petroso menor promove estímulo secretor para a glândula parótida e faz sinapse no gânglio ótico.

03 (PREFEITURA DE MANAUS – CETRO - 2012) O cirurgião dentista, em particular o cirurgião bucomaxilofacial, deve estar apto a localizar e ter pleno conhecimento do funcionamento das glândulas salivares. Em relação a essas glândulas, assinale a alternativa correta.

- (A) As glândulas salivares são divididas em maiores – parótida, submandibular e sublingual –, com funções endócrinas, e glândulas menores, que, com função exócrina, estão espalhadas pela região bucal, labial e lingual.
- (B) A glândula parótida ocupa o espaço parotídeo, localizado posteriormente ao ramo da mandíbula e anterior a orelha. É innervada pelo nervo facial, sétimo par dos nervos cranianos.
- (C) A glândula submandibular está situada superficialmente no músculo milo-hioideo. Sua palpação pode ser feita digitalmente na região inferior ao queixo.
- (D) O entupimento de uma glândula salivar menor pode levar a um processo de acúmulo de muco conhecido como rânula, tratado com a remoção da glândula envolvida.
- (E) O cisto do ducto salivar é revestido por epitélio, ao contrário das mucocelos, assim sendo um cisto verdadeiro.

GRAU DE DIFICULDADE

► **DICA DO AUTOR:** As glândulas salivares apresentam um complexo entendimento anatomofisiológico. A presença de alimento na cavidade bucal estimula as glândulas salivares a secretar saliva. É um líquido transparente aquoso, de consistência viscosa, com o objetivo de umedecer a cavidade oral, amolecer o alimento com o intuito de auxiliar na digestão através da presença de enzimas. Uma das principais enzimas é a amilase salivar, que quebra o amido transformando-o em moléculas menos complexas.

Na boca existem centenas de glândulas salivares que são divididas em maiores e menores. Das glândulas salivares maiores, temos a parótida, a submandibular e a sublingual. As glândulas menores estão espalhadas por toda a cavidade oral, nos lábios, palato, mucosa jugal e língua.

Alternativa A: INCORRETA. As glândulas salivares maiores têm a função de secretar saliva, não possuindo função endócrina.

Alternativa B: INCORRETA. A glândula parótida é innervada pelo nervo auriculotemporal, que é ramo do nervo mandibular do nervo trigêmeo e nervo

auricular magno correspondente ao plexo cervical. A inervação autônoma parassimpática é dada pelo nervo glossofaríngeo, e a inervação simpática é feita pelo plexo timpânico.

Alternativa C: INCORRETA. A glândula submandibular é palpável bidigitalmente em região submandibular, e não na região inferior do queixo.

Alternativa D: INCORRETA. O entupimento de uma glândula salivar menor que pode levar ao acúmulo de muco normalmente é chamado de mucocelo. Rânula corresponde a uma mucocelo na região de assoalho bucal e não é tratada pela remoção da glândula.

Alternativa E: CORRETA. Todo cisto é revestido por epitélio. As mucocelos são o acúmulo de muco, e não são revestidas por epitélio.

04 (PREFEITURA DE MANAUS – CETRO - 2012). Leia o trecho abaixo e, em seguida, assinale a alternativa que preenche correta e respectivamente as lacunas.

- (A) Através do forame _____, passa o nervo maxilar, _____ divisão do nervo _____. Este forame, juntamente com o forame _____, encontra-se no osso _____.
- (B) Orbital superior/ segunda/ facial/ redondo/ esfenoide.
- (C) Redondo/ segunda/ trigêmeo/ oval/ esfenoide. Oval/ primeira/ facial/ orbital superior/ etmoide.
- (D) Redondo/ primeira/ trigêmeo/ orbital/ superior.
- (E) Oval/ segunda/ trigêmeo/ redondo/ esfenoide.

GRAU DE DIFICULDADE

► **DICA DO AUTOR:** Para o cirurgião bucomaxilofacial, o conhecimento do trajeto dos ramos do nervo trigêmeo é fundamental para a anestesia e tratamento cirúrgico. O nervo trigêmeo é dividido em três ramos: o nervo oftálmico, o nervo maxilar e o nervo mandibular. Cada ramo sai do crânio por um forame ósseo específico.

Alternativa A: INCORRETA. O nervo maxilar não passa pela fissura orbital superior e não é ramo do nervo facial.

Alternativa B: CORRETA. O nervo maxilar é o segundo ramo do nervo trigêmeo, que sai do crânio através do forame redondo. Esse forame se localiza no osso esfenoide junto com o forame oval, onde passa o ramo mandibular do nervo trigêmeo.

Alternativa C: INCORRETA. O nervo maxilar passa pelo forame redondo e é o segundo ramo do nervo trigêmeo. Tal forame está localizado no osso esfenóide.

Alternativa D: INCORRETA. O nervo maxilar passa pelo forame redondo e é o segundo ramo do nervo trigêmeo. Não faz trajeto em região orbital.

Alternativa E: INCORRETA. O nervo maxilar passa pelo forame redondo, e o nervo mandibular passa pelo forame oval. Os dois forames estão localizados no osso esfenóide.

05 (PREFEITURA DE MANAUS – CETRO - 2012). O nervo facial é responsável pela inervação de um grupo de músculos pertinentes ao universo do cirurgião dentista. Sendo assim, assinale a alternativa que apresenta esse grupo.

- (A) Músculos da mastigação.
- (B) Músculos extrínsecos da língua.
- (C) Músculos da expressão facial.
- (D) Músculos intrínsecos da língua.
- (E) Músculos da orofaringe.

GRAU DE DIFICULDADE

► **DICA DO AUTOR:** O entendimento do trajeto e inervação motora do VII par craniano, conhecido como nervo facial, é fundamental para a atuação em cirurgia Bucomaxilofacial, uma vez que este nervo pode ser lesionado durante os acessos cirúrgicos. Tal nervo é do tipo motor e inerva os músculos da expressão facial. Seus ramos são divididos em: temporal, zigomático, bucal, mandibular e cervical.

Alternativa A: INCORRETA. Os músculos da mastigação são inervados pelo nervo trigêmeo.

Alternativa B: INCORRETA. Os músculos extrínsecos da língua são inervados pelo nervo hipoglosso, conferindo motricidade.

Alternativa C: CORRETA. O nervo facial é o nervo motor responsável pela expressão da mímica facial. Inerva os músculos da expressão facial.

Alternativa D: INCORRETA. Os músculos intrínsecos da língua são inervados pelo nervo hipoglosso.

Alternativa E: INCORRETA. A musculatura da orofaringe é inervada pelo nervo glossofaríngeo.

06 (AERONÁUTICA – CADAR - 2013). As infecções da cavidade bucal são mistas, ou seja, vários tipos de bactérias participam desse processo. O

grupo de bactérias mais numeroso é o *Streptococcus*. Terceiros molares inferiores impactados frequentemente têm raízes superpostas ao canal alveolar inferior nas radiografias. Por essa razão, uma das potenciais sequelas da remoção do 3º molar inferior é o dano ao nervo alveolar inferior. Sobre as áreas em que o paciente se queixa de parestesia, caso haja lesão do referido nervo, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma e, em seguida, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () Língua.
- () Mucosa jugal.
- () Mento.
- () Lábio inferior.

- (A) F – F – V – V
- (B) F – V – V – F
- (C) V – F – F – V
- (D) V – V – F – F

GRAU DE DIFICULDADE

► **DICA DO AUTOR:** É de suma importância que o cirurgião bucomaxilofacial conheça o trajeto do ramo mandibular do nervo trigêmeo. O nervo alveolar inferior é um ramo do nervo mandibular que é o terceiro ramo (V3) do quinto par craniano, o nervo trigêmeo. Inerva os dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares inferiores. Também é responsável pela inervação do periodonto do lado vestibular dos dentes pré-molares e anteriores. Entra pela mandíbula pela face medial, através do forame mandibular, associado a uma proeminência anatômica nessa região, a língua, e percorre toda a medular da mandíbula, de onde irá emergir na região de ápice radicular dos pré-molares ou caninos, no forame mental.

Alternativa 1: INCORRETA. O nervo lingual é ramo do nervo mandibular. Antes de entrar pelo forame mandibular, o nervo mandibular emite um ramo para a língua que não entra por tal forame. Ao entrar pelo forame mandibular, se torna o nervo alveolar inferior. O dano ao nervo alveolar inferior não tem relação com a língua.

Alternativa 2: INCORRETA. O nervo bucal é ramo do nervo mandibular. Antes de entrar pelo forame mandibular, o nervo mandibular emite um ramo para a mucosa jugal que não entra por tal forame. Ao entrar pelo forame mandibular, se torna o nervo alveolar inferior. O dano ao nervo alveolar inferior não tem relação com a mucosa jugal.

RESUMO PRÁTICO

A face é uma estrutura do corpo humano composta por diversas estruturas nobres e fundamentais para o funcionamento e estética da mesma. Na face observamos a composição de diversos ossos, músculos, vias de drenagem venosa, irrigação arterial, glândulas e órgãos. Dentro da Cirurgia Bucomaxilofacial, é fundamental o conhecimento de toda a anatomia da face de modo que seja possível a avaliação das estruturas nobres que circundam determinada região acometida por traumas, patologias, processos infecciosos, permitindo ao cirurgião o acesso adequado à região a ser trabalhada, assim como a manutenção dessas estruturas, evitando acidentes e complicações estético-funcionais para os pacientes.

OSTEOLOGIA;

O crânio é formado por um total de 22 ossos e é classificado em neurocrânio (08 ossos) e viscerocrânio (14 ossos). O neurocrânio é responsável pelo alojamento do encéfalo e é composto por ossos planos, sendo dois ossos pares e quatro ossos ímpares, são eles:

- Parietal (2);
- Temporal (2);
- Frontal (1);
- Occipital (1);
- Esfenoide (1);
- Etmoide (1).

Já o viscerocrânio corresponde à face do indivíduo e aloja todas as vísceras faciais. Ele é composto por ossos irregulares, sendo um total de seis ossos pares e dois ossos ímpares, são eles:

- Maxila (2);
- Zigomático (2);
- Palatino (2);
- Nasais (2);
- Lacrimais (2)
- Conchas nasais inferiores (2);
- Mandíbula (1);
- Vômer (1).

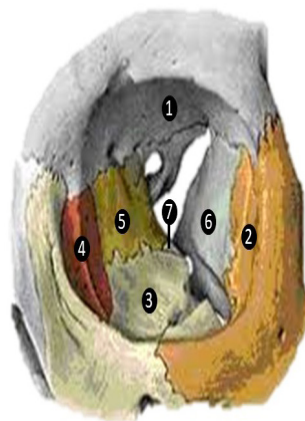
A face é dividida em três terços faciais: superior, médio e inferior. O terço superior é limitado pela inserção do couro cabeludo até a linha das so-

brancelhas. O terço médio estende-se da linha das sobrancelhas à região subnasal. O terço inferior possui como limites a região subnasal até a região mental.

No terço médio da face encontramos as órbitas, que são dois espaços responsáveis para acomodação do globo ocular, glândulas lacrimais, nervos e músculos. Cada órbita é formada pela junção de 07 ossos, são eles:

1. Face orbital do Frontal;
2. Face orbital do Zigomático;
3. Face orbital da Maxila;
4. Osso lacrimal;
5. Lâmina orbital do etmoide;
6. Lâmina orbital do esfenoide;
7. Processo orbital do palatino.

Imagem 1 - Ossos que compõe a órbita, numerados de acordo com a descrição acima.

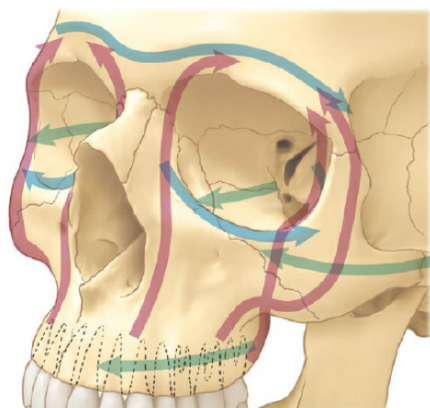


Fonte: Imagem modificada de: <http://images.slideplayer.com.br/7/1858959/slides/slide_2.jpg>. Acesso em: 26/12/2018.

A face possui algumas estruturas responsáveis pela dissipação de forças e resistência para permitir a manutenção da estrutura facial, eles são chamados de pilares maxilofaciais. Divididos em um total de seis pilares, classificados três a três em verticais e horizontais. Os pilares maxilofaciais verticais são os pilares nasomaxilar, zigo-

mático e pilares pterigomaxilar. Já os horizontais são compostos pelos pilares superior (lâmina orbital do frontal e lâmina cribriforme do etmoide), médio (arco zigomático, rebordo infraorbitário e processo frontal da maxila) e inferior (crista alveolar e palato duro).

Imagem 2 – Imagem mostrando os pilares verticais (em vermelho) e os horizontais (em verde e azul).



Fonte: Fonseca RJ, Walker RJ, Baber HD, Powers MP, Frost DE. Trauma bucomaxilofacial. 4. ed. São Paulo: Elsevier; 2015. 912 p., il. color.

Muitos vasos e nervos adentram as estruturas ósseas através de forames e fissuras para vascularizar ou inervar regiões mais internas ou, no caso das veias, drenarem o sangue venoso do interior da face e crânio. De forma simplificada, as principais estruturas e seus respectivos caminho de entrada ou saída estão expressos no quadro (Quadro 1) abaixo.

Quadro 1 – Relação de forames e fissuras e as respectivas estruturas que passam por eles.

Forame/Fissura	Estrutura
Forame magno	Tronco encefálico, ramos espinhais, nervo acessório e artéria vertebral
Canal hipoglosso	Nervo hipoglosso
Forame jugular	Nervo glossofaríngeo, nervo vago, nervo acessório e veia jugular interna
Canal carotídeo	Artéria carótida interna

Forame estilomastoideo	Nervo facial
Forame lacerado	Artéria carótida interna
Forame redondo	Nervo maxilar (ramo do nervo trigêmeo)
Forame oval	Nervo mandibular (ramo do nervo trigêmeo)
Forame espinhoso	Artéria meníngea média
Fissura orbital superior	Nervo oculomotor, nervo troclear, nervo abducente e nervo oftálmico (ramo do nervo trigêmeo)
Forame óptico	Artéria oftálmica e nervo óptico
Forame infraorbitário	Nervo infraorbitário, artéria e veia infraorbitária
Forames alveolares superiores posteriores	Nervos e artérias alveolares superiores posteriores
Forame incisivo	Nervo nasopalatino e artéria esfenopalatina
Forame palatino maior	Nervo, artéria e veia palatina maior
Forame palatino menor	Nervo, artéria e veia palatina menor
Forame zigomaticofacial	Nervo zigomaticofacial
Forame mandibular	Nervo alveolar inferior e lingual
Forame mental	Nervos incisivo e mental

Fonte: Quadro elaborado pelo autor.

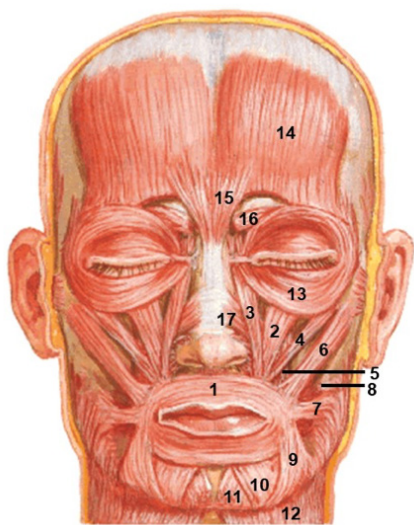
MIOLOGIA:

Os músculos da face exercem função fundamental no funcionamento do sistema estomatognático, seja através de movimentos mandibulares para a mastigação ou através da mímica facial. A musculatura da face é inervada pelo nervo facial e pelos ramos motores do nervo mandibular (ramo do nervo trigêmeo). De acordo com sua função, os músculos são classificados em músculos da expressão facial e músculos da mastigação. A expressão facial é realizada por um conjunto de 17 músculos inseridos na pele, inervados pe-

los ramos do nervo facial que, ao sofrerem contração, movimentam o tecido de modo a compor a mímica facial. Os músculos da expressão facial são:

1. M. orbicular da boca;
2. M. levantador do lábio superior;
3. M. levantador do lábio superior e asa do nariz;
4. M. zigomático menor;
5. M. levantador do ângulo da boca;
6. M. zigomático maior;
7. M. risório;
8. M. bucinador;
9. M. abaixador do ângulo da boca;
10. M. abaixador do lábio inferior;
11. M. mentoniano;
12. M. platisma;
13. M. orbicular do olho;
14. M. occipitofrontal;
15. M. prócero;
16. M. corrugador do supercílio;
17. M. nasal.

Imagem 3 – Músculos da expressão facial, numerados de acordo com a descrição acima.



Fonte: Netter FH. Atlas de anatomia humana. 6. ed. São Paulo: Elsevier; 2015. 640 p., il. color.

Além da expressão facial, existe um outro conjunto de quatro músculos, inervados pela raiz motora do nervo mandibular (ramo do nervo trigêmeo), chamados de músculos da mastigação, são eles:

1. M. masseter;
2. M. temporal;
3. M. pterigoideo medial;
4. M. pterigoideo lateral;
- 5.
6. M. digástrico.

Os músculos da mastigação exercem papel fundamental na movimentação mandibular. Eles possuem a função de elevação, protrusão e lateralização da mandíbula. No quadro 2 é possível observar a origem, inserção e função de cada músculo da mastigação.

Quadro 2 – Relação dos músculos da mastigação com suas origens, inserções e funções.

Músculo	Origem	Inserção	Função
M. masseter	Arco zigomático	Ângulo e ramo mandibular (ramo superficial) / Ramo e processo coronoide (ramo profundo)	Elevação mandibular
M. temporal	Face externa do osso temporal	Processo coronoide da mandíbula e face anterior do ramo da mandíbula	Elevação e retrusão mandibular
M. pterigoideo medial	Face medial da lâmina lateral do processo pterigoideo do osso esfenóide	Face medial do ângulo e ramo mandibular	Elevação mandibular
M. pterigoideo lateral	Asa maior do esfenóide (cabeça superior) / Face lateral da lâmina lateral do processo pterigoideo do osso esfenóide (cabeça inferior)	Face anterior do disco articular (cabeça superior) / Côndilo mandibular (cabeça inferior)	Depressão, protrusão e lateralidade mandibular