



**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**  
**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RP/SES-DF/2019, DE 15 DE AGOSTO DE 2018**

## **PROGRAMA**

**1 1 1**

**Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial**  
**Odontologia**

*Data e horário da prova: domingo, 21/10/2018, às 14 h.*

## **INSTRUÇÕES**

- Você receberá do fiscal:
  - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
  - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

***Tenho em mim todos os sonhos do mundo.***

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

## **INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA**

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunicar ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

**Tipo “C”**

Em novembro de 2017, ocorreu o World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions, que modificou a classificação das doenças periodontais anterior, vigente desde 1999 (CATON *et al.*, 2018).

CATON, J.; ARMITAGE, G.; BERGLUNDH, T. *et al.* A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions: introduction and key changes from the 1999 classification. J. Clin. Periodontol., 2018. Jun; 45 Suppl 20:S1-S8. doi:10.1111/jcpe.12935.

No que se refere à reorganização das doenças periodontais e à aplicação da nova classificação, julgue os itens a seguir.

1. Uma pessoa que apresentou perda de inserção não relacionada com a presença de fatores locais (placa e cálculo), manifesta clinicamente como recessões gengivais nas faces vestibulares, na ausência de sangramento à sondagem, deve ser classificada como “saúde gengival em periodonto reduzido, sem histórico de periodontite”.
2. Um paciente que apresentou periodontite no passado, mas foi tratado com sucesso, na ocorrência de sangramento à sondagem em 15% dos sítios, sem profundidade de sondagem > 3mm, deverá ser classificado como “gengivite induzida pela placa em periodonto reduzido por tratamento, localizada”.
3. As periodontites anteriormente denominadas crônica e agressiva foram agrupadas em uma única categoria denominada “periodontite”, devendo, quanto à progressão, receber classificação em um de quatro estágios (I, II, III e IV), quanto à complexidade, em um de três graus (A, B e C), além de, quanto à extensão/distribuição, ser classificada em localizada ou generalizada.
4. As doenças periodontais necrosantes (gengivite, periodontite e estomatite necrosante) passaram a configurar, na lista das doenças gengivais não induzidas pela placa, como doença gengival causada por infecções específicas de origem bacteriana, e também na lista das periodontites, em categoria própria.
5. Uma classificação para implantes dentários foi adicionada, e as condições peri-implantares passam a ser classificadas em saúde peri-implantar, mucosite peri-implantar, peri-implantite e deficiências de tecidos moles e duros peri-implantares.
6. Um paciente anteriormente classificado como portador de “periodontite agressiva localizada”, considerando que tem 18 anos de idade, bolsas periodontais com profundidade de sondagem média de 6 mm na proximal de primeiros molares e incisivos, e rápida taxa de progressão, agora deverá ser classificado como “periodontite estágio IV, grau C, localizada”.
7. Um paciente deve ser considerado um caso de periodontite no contexto clínico, quando perda de inserção clínica interdental for detectável em  $\geq 2$  dentes não adjacentes, ou perda de inserção clínica vestibular ou lingual  $\geq 3$  mm com profundidade de sondagem > 3 mm for detectável em  $\geq 2$  dentes, e essa perda de inserção não puder ser atribuída a causa não periodontal.

Um adolescente de 15 anos de idade compareceu ao consultório odontológico apresentando cáries extensas e profundas nas faces oclusais dos segundos molares inferiores. Ambos estão vitais e assintomáticos.

Considerando esse caso clínico, no que concerne à remoção da dentina cariada previamente à restauração, julgue os itens a seguir.

8. A remoção de todo o tecido cariado amolecido até que somente a dentina dura ou não estável permaneça é ineficaz no que diz respeito a evitar complicações e à economia de tempo, e não é benéfica com relação à dor ou ao desconforto relatados pelo paciente.
9. A remoção parcial de tecido cariado reduz a ocorrência de exposição pulpar em dentes vitais assintomáticos, quando comparada à remoção completa de cárie.
10. Não há diferença quanto à ocorrência de sinais e sintomas de patologia pulpar quando são realizados tratamento expectante ou remoção completa da cárie em única sessão.
11. A conduta de deixar a dentina amolecida próximo à polpa parece ser mais benéfica, reduzindo tanto o risco de complicações quanto o tempo de tratamento necessário.
12. A opção pela não remoção de cárie dentária está mais associada às falhas das restaurações e à sintomatologia pulpar, quando comparada à remoção completa da dentina cariada.
13. Remoção parcial da dentina cariada somente é aceitável para a adequação de cavidades, devendo, para a restauração definitiva, haver a remoção completa da dentina cariada, sob o risco de progressão da lesão.
14. Durante a remoção de cárie, é mais importante deixar as bordas da cavidade livres de cárie, favorecendo um selamento adequado da restauração, do que retirar toda a dentina infectada do fundo da cavidade.
15. Não há diferença entre o uso de instrumentos rotatórios em baixa rotação e a utilização de instrumentos manuais na remoção parcial de cárie em cavidades profundas.

**Área livre**

Dos tabagistas que tentam parar de fumar (aproximadamente 50%), apenas a minoria recebe aconselhamento de um profissional de saúde a respeito de como parar, e uma parte ainda menor recebe acompanhamento adequado. O tratamento para a cessação do tabagismo, em particular o cigarro comum, apresenta elevado custo-efetividade e aumenta significativamente as chances de o usuário obter abstinência definitiva. Logo, todos os profissionais de saúde devem estar preparados (e sensibilizados) para estimular e apoiar os respectivos pacientes a pararem de fumar. As abordagens para cessação do tabagismo são classificadas como (1) mínima (ou breve), (2) básica ou (3) intensiva, a partir do tempo investido no contato entre a pessoa e o profissional de saúde – respectivamente, menor que 3 minutos, entre 3 e 10 minutos, e maior que 10 minutos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista*. (Caderno de Atenção Básica, n. 40). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

16. A abordagem mínima é considerada a forma ideal de atendimento e apresenta o maior impacto em saúde pública, embora não tenha grande aceitação por parte dos profissionais de saúde.
17. A abordagem mínima é especialmente interessante para profissionais de saúde que apresentam dificuldades no acompanhamento do indivíduo durante a tentativa de cessação, caso dos cirurgiões-dentistas durante as consultas odontológicas de rotina.
18. Em geral, aconselhamentos dados por médicos apresentam maior efetividade na cessação do tabagismo do que os concedidos por outros profissionais, como dentistas, enfermeiros e psicólogos.
19. A abordagem básica é mais recomendada que a mínima porque prevê o retorno do usuário para acompanhamento na fase crítica da abstinência.
20. A abordagem intensiva, ao contrário das anteriores, exige treinamento mais extensivo e atuação mais intensiva, devendo ser realizada pelo médico, e não por outros profissionais de saúde.
21. A abordagem intensiva (também denominada específica) apresenta as maiores taxas de sucesso para cessação definitiva do tabagismo, devendo ser a opção sempre que possível.
22. As modalidades individual ou em grupo da abordagem intensiva apresentam eficácias semelhantes para a cessação do tabagismo.
23. O tratamento em grupo permite que um número maior de pessoas seja tratado, tornando-se mais viável e custo-efetivo que a abordagem individual, além de possibilitar a troca de experiências entre os participantes, aspecto terapêutico de grande valia e que contribui significativamente para o processo de cessação.

No que tange à relação da doença periodontal com o aumento da idade, julgue os itens a seguir.

24. A relação entre idade e doença periodontal está bem estabelecida em estudos de fatores de risco. Hoje se reconhece o “efeito idade” como o conceito de que a perda de inserção é consequência natural do processo de envelhecimento do periodonto.

25. Embora exista um aumento pronunciado da perda de inserção com a idade, este não se manifesta preferencialmente como aprofundamento das bolsas periodontais, mas como recessão gengival.
26. Achados epidemiológicos de estudos correlacionando idade e saúde periodontal usualmente estão confundidos por covariáveis, como comorbidades, uso de medicações e condições nutricionais.
27. Estudos epidemiológicos demonstram maior prevalência e gravidade das periodontites em idosos, mesmo quando os dados são ajustados para covariáveis importantes, como nível de higiene bucal ou acesso a cuidados odontológicos.
28. Alterações na resposta imune inata podem explicar uma patologia periodontal mais acentuada em idosos, tornando maior a suscetibilidade à perda de inserção relacionada à idade plausível.

Homem de 35 anos de idade apresentou-se no consultório odontológico com queixa de dor aguda, espontânea, intensa e pulsátil no lado esquerdo da boca, que apareceu logo após uma restauração antiga “cair”. Ao exame clínico, observou-se ampla destruição coronária do dente 25, com restos de uma antiga restauração de resina composta, fratura da cúspide palatina limitada à coroa, tecido cariado, alívio da dor com estímulo frio, e o teste de percussão apresentou resultado positivo. O exame radiográfico não indicou alteração periapical. O diagnóstico foi de pulpite irreversível, e o tratamento indicado foi o endodôntico, colocação de pino intrarradicular e prótese unitária.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

29. A pulpite irreversível com teste de percussão positivo evidencia um envolvimento inicial dos tecidos perirradiculares.
30. Em casos de pulpites irreversíveis em que a dor não passa com analgésicos, deve-se administrar um antibiótico concomitantemente durante cinco a sete dias.
31. Na impossibilidade de efetuar o tratamento endodôntico imediatamente, o cirurgião-dentista deve fazer um atendimento inicial, que consiste em remover a lesão de cárie e a restauração falha, realizar o esvaziamento do canal radicular (por terços), promover o curativo intracanal com a utilização de tricresol formalina e selar a cavidade com cimento provisório.
32. Pinos intrarradiculares reforçados por fibra de vidro possibilitam que os diferentes componentes da reconstrução do elemento dental constituam um complexo estrutural e mecânico homogêneo e mais semelhante à constituição natural do dente.
33. A opção por pino intrarradicular reforçado por fibra de vidro está condicionado a um remanescente dentinário que permita a colocação de preenchimento de resina composta.
34. Pinos intrarradiculares reforçados por fibra de vidro apresentam melhor retenção que núcleos metálicos fundidos, porém apresentam maior probabilidade de fratura.
35. O padrão de fratura dos pinos intrarradiculares reforçados por fibra de vidro geralmente é catastrófico, com fraturas horizontais ou oblíquas no terço médio da raiz ou fraturas verticais.

36. O preparo para a coroa total deve ser posicionado o mais apical possível para aumentar a retenção e a resistência, porém isso não afeta a estética se a coroa foi confeccionada totalmente em cerâmica.

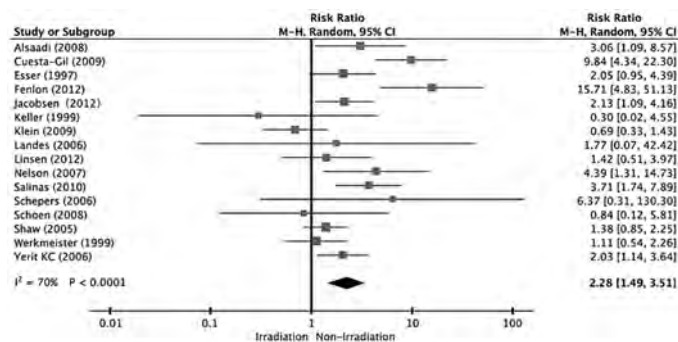
Criança de 7 anos de idade chegou ao atendimento odontológico com queixa de cárie, acompanhada pela mãe, e demonstrou muito medo do dentista e um comportamento não colaborador. Ao exame clínico, o cirurgião-dentista conseguiu observar cavidades de cárie na oclusal e proximais dos molares decíduos e lesões de mancha branca nas oclusais dos molares permanentes. Não encontrou evidências de comprometimento pulpar.

Considerando esse caso clínico, a respeito do tratamento restaurador atraumático (ART), julgue os itens a seguir.

37. O ART foi inicialmente desenvolvido para a promoção da saúde bucal em comunidades com menor nível socioeconômico, que vivem em áreas remotas de países em desenvolvimento. No entanto, em razão de sua abordagem “atraumática”, essa técnica pode ser uma abordagem alternativa para o tratamento de pacientes.
38. O ART utiliza instrumentos manuais para a remoção da cárie e restaurações com cimentos de ionômero de vidro. Porém, mesmo se utilizando de instrumentação manual, a técnica remove a mesma quantidade de tecido dental, não prevenindo a remoção adicional de tecidos saudáveis.
39. A abordagem do ART parece ser menos traumática e pode causar menos estresse para as crianças por produzir menos ruído e vibrações durante o tratamento e por não utilizar anestesia injetável.
40. As taxas de sobrevivência de restaurações ART de uma e múltiplas superfícies, usando ionômeros de vidro de alta viscosidade, em dentes posteriores decíduos não diferem significativamente de restaurações tradicionais comparáveis usando compósito.
41. As taxas de sobrevivência de restaurações ART de uma e múltiplas superfícies, usando ionômeros de vidro de alta viscosidade, em dentes posteriores decíduos não diferem significativamente de restaurações tradicionais comparáveis usando amálgama.
42. Selantes com ionômero de vidro de alta viscosidade (selantes ART) para a prevenção da cárie têm a mesma retenção que selantes resinosos.
43. Selantes ART têm retenção superior aos selantes com ionômero de vidro de baixa ou média viscosidade.
44. Os selantes ART apresentam um alto efeito preventivo da cárie, mesmo após sua perda.

Em 2013, Chen *et al.* publicaram uma meta-análise para avaliar a associação entre tabagismo, radioterapia, diabetes e osteoporose e o risco de falha de implantes dentários. Acerca do risco de falha de implantes dentários após radioterapia, os autores encontraram 16 artigos publicados entre 1997 e 2012, que consideraram, ao todo, 3.569 implantes colocados em pacientes não irradiados, dos quais 252 falharam, e 1.677 implantes colocados em pacientes irradiados, dos quais 264 falharam.

O *forest plot* apresentado pelos autores no artigo encontra-se reproduzido a seguir.



(Figura ampliada na página 9)

*Forest plot:* estudos a respeito do risco de falha de implantes dentários para pacientes irradiados versus não irradiados.

CHEN H.; LIU N.; XU X.; QU X.; LU E. *Smoking, radiotherapy, diabetes and osteoporosis as risk factors for dental implant failure: a meta-analysis.* PLoS One. 2013 Aug 5;8(8): e71955. doi: 10.1371/journal.pone.0071955. Print 2013.

Considerando as informações apresentadas, acerca dos resultados encontrados, julgue os itens a seguir.

45. A meta-análise indicou associação entre a radioterapia e o risco de falha do implante dentário, demonstrada pelo resultado do risco relativo de 2,28 [1,49-3,51].
46. A heterogeneidade encontrada entre os estudos, que é a variabilidade entre os estudos, incluídos na meta-análise pode ser considerada alta, constatado pelo  $I^2 = 70\%$ .
47. A adoção do modelo de efeito fixo ou randômico em uma meta-análise dá-se em função do teste estatístico utilizado. Como o teste Mantel & Haenszel (M-H) foi empregado, então o modelo randômico foi adotado.
48. O risco de falhas dos implantes dentários foi maior para o grupo não irradiado, de maneira estatisticamente significativa.
49. O resultado encontrado foi estatisticamente significativo, pois o valor de p foi menor que 0,0001, e os valores (limites inferior e superior) para o risco relativo dentro do intervalo de confiança (IC) de 95% são maiores que 1.
50. Pelos dados apresentados, o percentual de falhas no grupo não irradiado foi aproximadamente 7% e, no grupo irradiado, foi 15,7%, o que confirma o risco relativo encontrado pelos autores.
51. De acordo com os dados apresentados pelos autores, podem-se colocar implantes em pacientes irradiados sem que a condição aumente o risco de falhas.
52. No gráfico, a diferença entre o peso dos estudos, que indica a ponderação ou a influência do estudo nos resultados gerais da meta-análise de todos os estudos incluídos, pode ser observada pelo tamanho do quadrado no centro da reta que representa o intervalo de confiança (IC) de cada estudo. Em geral, quanto menor o tamanho da amostra e quanto mais estreito o IC, maior o peso do estudo.

Área livre

Determinado cirurgião-dentista foi contratado por um município de pequeno porte para implantar um programa de promoção de saúde bucal e prevenção da doença cárie, com foco em crianças e adolescentes. Após uma avaliação epidemiológica da população e da situação do município, ele decidiu adotar um programa que inclui a educação da população para os fatores de risco para a cárie e a disponibilização de flúor por meio de métodos comunitários, aplicações profissionais ou autoadministração.

Considerando as medidas de promoção de saúde bucal e de prevenção da cárie e os motivos para a respectiva adoção, julgue os itens a seguir.

53. O método comunitário recomendado para disponibilização de flúor é por meio da alimentação, sendo a água fluoretada o mais barato, porém o menos eficiente.
54. O papel dos fluoretos na prevenção da saúde pública mudou de acordo com o conhecimento a respeito do mecanismo cariostático do flúor. O efeito pós-eruptivo dos fluoretos era antes considerado o mais importante, mas foi suplementado pelo efeito pré-eruptivo. Portanto, a ação mais importante do flúor é tópica, quando está presente na saliva, na concentração adequada.
55. Os níveis de concentração de fluoreto na água de abastecimento público deve ser de 1,5 a 1,8 ppm F.
56. Em contraste com as formas sistêmicas tradicionais de F como medidas de saúde pública, atualmente o uso de F tópico está se tornando a abordagem primária. Porém, é necessário promover a saúde bucal também em outros níveis, como boa higiene oral, alimentação saudável (incluindo redução da ingestão de açúcar para menos de 10% da ingestão de energia), *check-ups* regulares e inclusão em programas preventivos orais.
57. Escovação dental deve ser realizada pelo menos duas vezes ao dia, com um dentífrico fluoretado, sendo uma das vezes à noite, antes de dormir.
58. Na escola, a escovação deve ser supervisionada por professores ou profissionais de saúde e, em casa, por pais/cuidadores, para bebês e crianças, pois o efeito do uso supervisionado de dentífrico fluoretado pode ser maior do que o uso doméstico aplicado e não supervisionado.
59. Os dentífricos fluoretados devem conter menos de 1.000 ppm de flúor para crianças de 0 a 6 anos de idade, e de 1.350 ppm a 1.500 ppm de flúor para as demais faixas etárias. Concentrações maiores de flúor nos dentífricos (> 2800 ppm F) podem ser recomendados para indivíduos considerados de risco.
60. A população deve ser orientada a cuspir depois de escovar e não enxaguar a boca, para manter os níveis de concentração de flúor.

Um paciente de 62 anos de idade chegou consciente ao pronto-socorro, vítima de queda da própria altura, com trauma diretamente na região do queixo (mento), e apresentou, ao exame físico, laceração cortocontusa na região, sem sangramento, e sinais vitais sem alterações significativas.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

61. Pela faixa etária do paciente, esse tipo de trauma é muito comum, uma vez que pacientes idosos perdem equilíbrio com mais facilidade e normalmente não têm ato reflexo de proteção facial.
62. Ao exame físico, é imperativo que se faça uma avaliação da abertura bucal do paciente, com movimentos de abertura e lateralidades direita e esquerda, sendo que, se o paciente apresentar, durante o movimento de abertura, desvio de linha média mandibular para o lado direito, isso pode significar, clinicamente, suspeita de fratura condilar esquerda.
63. Os exames radiográficos convencionais necessários para a avaliação inicial do caso são as radiografias P.A. de Caldwell, A.P. de Towne e a submento-vertice.
64. Na confirmação, pelos exames físico e radiográfico, de fratura de sínfise mandibular, podem-se utilizar duas placas de fixação do sistema 2,0 mm, sendo uma instalada na região basilar e a outra, abaixo dos ápices radiculares para inibir as forças de tração que existem naquela região anatômica.
65. Se houver fratura combinada de sínfise e côndilo unilateral, sem deslocamento, e o paciente apresentar oclusão mantida, pode-se optar pelo tratamento incruento com uso do bloqueio maxilomandibular por quatro a seis semanas e posterior fisioterapia ativa supervisionada.

Para a avaliação radiográfica inicial na extração dos dentes terceiros molares inferiores, os sistemas de classificação já consagrados de Pell & Gregory (1933) e Winter (1926) permitem analisar o posicionamento do dente em relação à borda do ramo e o dente adjacente segundo molar. Acerca dessas classificações, julgue os itens a seguir.

66. A classificação tipo III A significa que o dente se encontra totalmente coberto por osso da borda anterior do ramo mandibular e com altura vertical totalmente dentro do osso alveolar.
67. Não deve ser possível ter êxito na extração de um dente em posição horizontal II C, sem a realização de ostectomia e odontoseção.
68. No posicionamento de um dente vertical tipo I A, pode-se pressupor que clinicamente a coroa do dente se encontra exposta ao meio bucal, total ou parcialmente.
69. Dente que se encontra totalmente fora da borda anterior do ramo mandibular, e com altura vertical totalmente dentro do osso alveolar, pode ser classificado como sendo do tipo I C.

No que se refere ao atendimento ambulatorial nos pacientes que devem ser submetidos a tratamentos cirúrgicos sob anestesia local, com ou sem sedação, algumas situações denominadas emergências médicas podem ocorrer, dependendo das condições sistêmicas do paciente ou em razão da falta de preparo pré-operatório adequado para o caso. Quanto às emergências médicas ambulatoriais e aos cuidados preventivos necessários ao paciente, julgue os itens a seguir.

70. Na síncope vasovagal, o paciente tem a perda transitória da consciência, muitas vezes produzidas por fatores psicogênicos. A atitude inicial da equipe, nesse caso, é colocar o paciente em posição *trendelenburg* reverso, com início do suporte básico de vida, com preocupação inicial de verificação da respiração.

71. A determinação da capacidade física e psicológica do paciente ao procedimento cirúrgico proposto é uma das manobras preventivas aos episódios de emergências médicas ambulatoriais.
72. O paciente com lúpus eritematoso pode estar em tratamento médico, fazendo uso de glicocorticoides exógenos para controle dos sintomas da doença. Nesse caso, deve-se tomar cuidado, pois o paciente pode apresentar um quadro de insuficiência adrenal secundária e, se o paciente for submetido a estresse no ambiente odontológico, é capaz de ocorrer uma crise adrenal.
73. Os pacientes asmáticos que necessitam de atendimento odontológico podem ser atendidos de maneira eletiva, desde que controlados. Uma forma de prevenção da crise asmática é o uso do protocolo de redução de estresse, sendo que algumas medicações podem ser indicadas, como os barbitúricos e (ou) os benzodiazepínicos.
74. O paciente que relata fazer uso contínuo de diuréticos e, ao exame físico, apresenta pele de coloração acinzentada, com edema em membros inferiores, pode estar manifestando quadro clínico de obstrução cardíaca congênita.
75. A pressão arterial constantemente elevada é um fator de risco principal no desenvolvimento de acidente vascular encefálico, tanto o oclusivo como o hemorrágico.

Paciente de 46 anos de idade compareceu ao consultório odontológico queixando-se de dor na região do dente 14 (primeiro pré-molar superior direito), que foi submetido a tratamento endodôntico e reabilitado com prótese fixa há dois meses. Durante anamnese, relatou que é hipertenso controlado e que parou a medicação por conta própria. Ao exame físico, apresentou pressão arterial de 180 mmHg x 95 mmHg, temperatura de 36,5 °C, de frequência cardíaca de 80 bpm e respiratória de 17 vezes por minuto. Revelou também mobilidade coronária grau II no dente em questão. Ao exame radiográfico desse paciente, (raio X periapical), verificou-se traço radiolúcido horizontal localizado na metade da raiz, sem outras alterações presentes.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

76. Se, como conduta clínica, o dente mencionado fosse extraído, provavelmente, a utilização do fórceps nº 150 seria suficiente para uma extração sem complicações.
77. Por se tratar de um paciente ASA II, qualquer procedimento cirúrgico que se fizer necessário deverá antes passar por avaliação com o médico cardiologista.
78. Como diagnóstico diferencial, pode-se pensar em infecção odontogênica, lesão endopério e fratura radicular.
79. De maneira conservadora, uma nova abordagem endodôntica deve ser realizada após controle da pressão arterial, com retratamento de canal e confecção de novo pino e nova coroa, e manutenção do acompanhamento radiográfico.

Certa paciente de 18 anos de idade, saudável sistemicamente, foi encaminhada pelo ortodontista para avaliação do dente 23 (canino superior esquerdo), que não irrompeu. Ao exame

físico, observou-se ausência clínica do referido dente, com desvio de linha média maxilar para o lado esquerdo, ausência de espaço entre o incisivo lateral e o primeiro pré-molar esquerdo, com pequeno abaulamento em região do palato duro anterior, lado esquerdo. Na ocasião, foi avaliada a tomografia computadorizada da maxila, que mostrou presença do referido dente retido na maxila, acima dos ápices dos incisivos do lado esquerdo, horizontal, palatinizado e com dilaceração radicular importante em terço médio.

Em relação a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

80. Esse dente poderá ser reaproveitado, desde que a ortodontia consiga abrir espaço no arco superior e que se realize uma cirurgia para tracionamento dentário.
81. O referido dente, apesar de se localizar na região palatina, poderá ser removido pelo acesso vestibular, desde que esse acesso seja do tipo trapezoidal, com ostectomia vestibular.
82. A indicação da tomografia computadorizada, na avaliação de dentes retidos, está bem justificada pelo fato de esse exame fornecer informações anatômicas, sem distorção, nos eixos axial, coronal e sagital, incluindo, se necessário for, reconstruções tridimensionais da região.
83. O acesso cirúrgico preferencial, caso se planeje a extração desse dente retido, é pelo palato, com incisões papilares e descolamento do retalho de espessura total, podendo, inclusive, romper o feixe neurovascular nasopalatino, caso este dificulte a chegada ao referido dente.
84. Para realizar o procedimento cirúrgico de extração do dente 23, os seguintes nervos deverão ser anestesiados: nasopalatinos direito e esquerdo, palatino maior esquerdo e infraorbitário esquerdo.

Um paciente de 55 anos de idade chegou ao ambulatório queixando-se de aumento de volume no espaço bucal esquerdo, flutuante à palpação e de limites definidos, com lesão de cárie extensa no dente 36 (primeiro molar inferior esquerdo), linfonodos submandibulares aumentados e doloridos, com limitação parcial da abertura bucal (trismo). Os sinais surgiram há três dias, quando o dente deixou de doer. O paciente fez uso, por conta própria, de doxiciclina 100 mg, duas vezes ao dia, mas o quadro somente piorou. No momento, a temperatura do paciente é de 38,5 °C, a frequência cardíaca é de 120 bpm e a respiratória de 22 rpm. O paciente pesa 56 kg, é alérgico a penicilina e portador de doença cardíaca congênita.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

85. Como diagnóstico clínico, pode-se concluir que se trata de um quadro de infecção odontogênica, o qual se encontra passando de fase moderada para grave, em que a intervenção cirúrgica para remoção da causa deverá ser realizada o mais precocemente possível, sob antibiótico profilaxia.
86. Nesse caso, o quadro piorou, mesmo que o paciente tenha iniciado a medicação antibiótica, pois a doxiciclina, que faz parte do grupo dos macrolídeos, em baixas doses, tem ação bacteriostática e não bactericida.

87. Para tratar esse paciente, por ser um caso de abscesso odontogênico, o tratamento deverá ser realizado em ambiente hospitalar, com início imediato de antibiótico por terapia intravenosa empírica e, nesse caso, em razão da alergia às penicilinas, uma outra opção seria a clindamicina.
88. Independentemente do caso clínico apresentado, pela condição sistêmica desse paciente, qualquer cirurgia invasiva (médio e grande porte) deverá ser realizada sob profilaxia para a endocardite infecciosa, podendo utilizar, como opção, a azitromicina 2 g, 1 hora antes do procedimento, por via oral, ou 30 minutos antes, se pela via intravenosa.
89. Para o ato da drenagem do abscesso odontogênico localizado em espaço bucal, pode-se indicar o acesso intra ou extrabucal, sendo que a inserção muscular do bucinador é um dos principais parâmetros anatômicos que determina o local desse acesso.
90. Para ser submetido a um tratamento odontológico em nível ambulatorial, esse paciente poderá receber dose máxima de 6,8 tubetes de articaína a 4%.

Considere determinado paciente de 32 anos de idade, vítima de agressão física, com traumatismos múltiplos em região de terço médio da face.

Com base nesse caso clínico e acerca do trauma de terço médio, julgue os itens a seguir.

91. Deformidade por afundamento, epistaxe, má oclusão e edema são sinais muito comuns nas fraturas envolvendo a maxila.
92. A rinorreia é muito comum nos traumas em terço médio, sendo que, nesses casos, pode estar associada à fratura da placa cribiforme do osso esfenóide e (ou) da parede posterior do seio frontal, e é necessária intervenção cirúrgica de urgência com a equipe da neurocirurgia.
93. Na avaliação inicial desse paciente, um exame muito importante é o da fotoestimulação pupilar, uma vez que lesões do tipo mióticas são as mais comumente relacionadas ao trauma crânioencefálico.
94. O sinal de Battle pode ser encontrado nesse paciente, evidenciado pela presença de hematoma bilateral periorbitário.
95. A hiposmia ou anosmia pode ser resultado de uma fratura de base de crânio, no qual houve lesão total ou parcial do primeiro par de nervo craniano.

A respeito dos princípios básicos que regem a avaliação e tratamento dos traumas faciais, julgue os itens a seguir.

96. Na luxação condilar unilateral traumática, o côndilo frequentemente se desloca para anterior. Se não for instituído tratamento adequado por meio de medicação com relaxantes musculares e fisioterapia, as luxações podem se tornar recidivantes, e o tratamento cirúrgico, como a condilectomia alta, poderá ser indicado.
97. Quando uma força é direcionada ao longo da região do corpo-parassínfise, uma deformação compressiva desenvolve-se ao longo do aspecto vestibular, enquanto a deformação tênsil desenvolve-se ao longo do aspecto lingual.

98. Nas fraturas naso-órbito-etmoidais, o tratamento mais indicado é o fechado, com redução anatômica e fixação externa rígida.
99. Os pilares de resistência horizontais são aqueles que deverão ser utilizados para a aplicação da fixação interna rígida em uma fratura do tipo Le Fort I.
100. Nas fraturas em pacientes idosos que apresentam mandíbula atrofada, tem indicação o princípio de tratamento tipo *load bearing*, no qual placas de reconstrução são utilizadas para fixação, especialmente quando envolvem regiões de corpo e ângulo mandibular.

O desenvolvimento vertical excessivo da maxila resulta em rotação para baixo e para trás da mandíbula, ocasionando uma tendência a um perfil convexo. Esta deformidade de *face longa* responde particularmente bem a uma abordagem que combine ortodontia e cirurgia.

POGREL, M. A. et al. *Cirurgia Bucomaxilofacial*. São Paulo: Editora Santos, 2016.

Considerando as informações do texto quanto à deformidade dentofacial tipo excesso vertical de maxila, julgue os itens a seguir.

101. Existem duas variações de forma para esse tipo de deformidade, podendo ser sem mordida aberta ou com mordida aberta anterior.
102. A ortodontia preparatória para esse tipo de correção requer o alinhamento das arcadas de maneira coordenada, com nivelamento dos ossos intermaxilares.
103. As características faciais do excesso vertical sem mordida aberta são: base alar estreita, projeção de áreas paranasais, queixo retraído e tendência geral a uma relação de classe III esquelética.
104. Na cirurgia para correção do excesso vertical de maxila com mordida aberta, frequentemente se planeja a movimentação cirúrgica da maxila em segmentos.
105. Mordidas abertas anteriores podem ser corrigidas por meio de cirurgia mandibular isolada.

Para a realização de tratamentos cirúrgicos ao esqueleto facial e as respectivas áreas conexas, o conhecimento da anatomia facial é de fundamental importância.

A respeito desse tema, julgue os itens a seguir.

106. A língua, que é composta por músculos intrínsecos e extrínsecos, apresenta-se innervada pelos seguintes pares de nervos cranianos: V, VII, IX e XII.
107. O osso hioide fixa-se superiormente no assoalho da cavidade bucal, inferiormente na laringe e posteriormente na faringe.
108. No acesso para tratamento de fratura tipo Le Fort I, o nervo infraorbitário pode estar envolvido na área traumatizada, e a queixa do paciente poderá ser de parestesia nas regiões de pele da bochecha, pálpebra inferior, lateral do nariz e lábio superior do lado em questão.

- 109.** O olho possui um grupo de musculatura extrínseca responsável pela respectiva movimentação. Em um trauma direto nessa região, pode haver lesão aos nervos abducente e troclear, que gerará, respectivamente, danos motores aos músculos oblíquo superior e reto lateral.
- 110.** Se, em um trauma facial, a energia cinética foi muito intensa a ponto de fraturar a base do crânio com comprometimento ao forame oval (diminuição do respectivo volume anatômico), o músculo bucinador poderá ter a própria função motora comprometida.

Um paciente de 47 anos de idade envolveu-se em uma briga em determinada festa e foi vítima de espancamento, com traumatismo cranioencefálico (TCE) grave e fraturas múltiplas na face (traumatismo pan-facial).

No que se refere a esse tipo de trauma, julgue os itens a seguir.

- 111.** A cirurgia bucomaxilofacial somente poderá ser realizada após completa estabilização neurológica do paciente e liberação por parte da equipe da neurocirurgia, com exceção de tratamento cirúrgico das hemorragias faciais decorrentes do trauma, que impossibilitem essa estabilização.
- 112.** Uma das grandes dificuldades das fraturas pan-faciais é a manutenção das vias aéreas. Nesses casos, a intubação nasal está contraindicada e frequentemente o paciente necessita de ser traqueostomizado.
- 113.** O telecanto traumático pode estar presente nesse caso, sendo necessária a realização de reconstrução dos ligamentos cantais laterais envolvidos.
- 114.** Uma sequência adequada para esse tratamento é com início “de cima para baixo e de fora para dentro”, ou seja, iniciando nos ossos que dão projeção como frontal e zigomas, e, na sequência, redução e fixação das fraturas naso-órbito-etmoidais e maxila, finalmente terminando com a redução e fixação da mandíbula.
- 115.** No momento da reconstrução facial nesse tipo de trauma, normalmente não é preconizado o uso de enxertos ósseos, especialmente nos defeitos mais significantes. Preconiza-se reconstrução óssea em dois tempos, para evitar o colapso dos tecidos moles e para possibilitar um suporte estrutural do esqueleto facial.

Com relação ao tratamento dos tumores benignos da região maxilofacial, julgue os itens a seguir.

- 116.** O mixoma odontogênico é uma neoplasia benigna de origem mista, que tem envolvimento tanto em tecido mole quanto em tecido ósseo. O tratamento é cirúrgico e pode ser realizado por curetagem ou ressecção sem margens de segurança, sendo o respectivo prognóstico favorável pela baixa incidência de recidiva.
- 117.** O tumor odontogênico epitelial calcificante (TOEC), também conhecido como tumor de Pindborg, é uma neoplasia benigna de origem epitelial, mais encontrada em região posterior da mandíbula, apresentando, entre outras características, massas de células calcificadas no interior da lesão, denominadas anéis de Liesegang.

- 118.** A variante do ameloblastoma denominado periférico ou extraósseo é o mais raro entre esses tumores, sendo encontrado em apenas 1% dos casos. São mais comumente localizados na mucosa alveolar e gengival posterior, sendo mais comum na mandíbula.
- 119.** O odontoma composto consiste em uma desordenada mistura de tecidos dentais, mais comumente encontrado na região posterior da mandíbula. É difícil diferenciar o odontoma composto de um fibroma ameloblástico ou de um fibro-odontoma.
- 120.** O cementoblastoma benigno é caracterizado pela formação de camadas de tecido igual a cimento, que pode conter um elevado número de linhas justapostas e não ocorrer a mineralização na periferia dessa massa tecidual, ou nas áreas de mais ativo crescimento. A histogênese do tumor parece estar relacionada aos elementos do ligamento periodontal.

Área livre



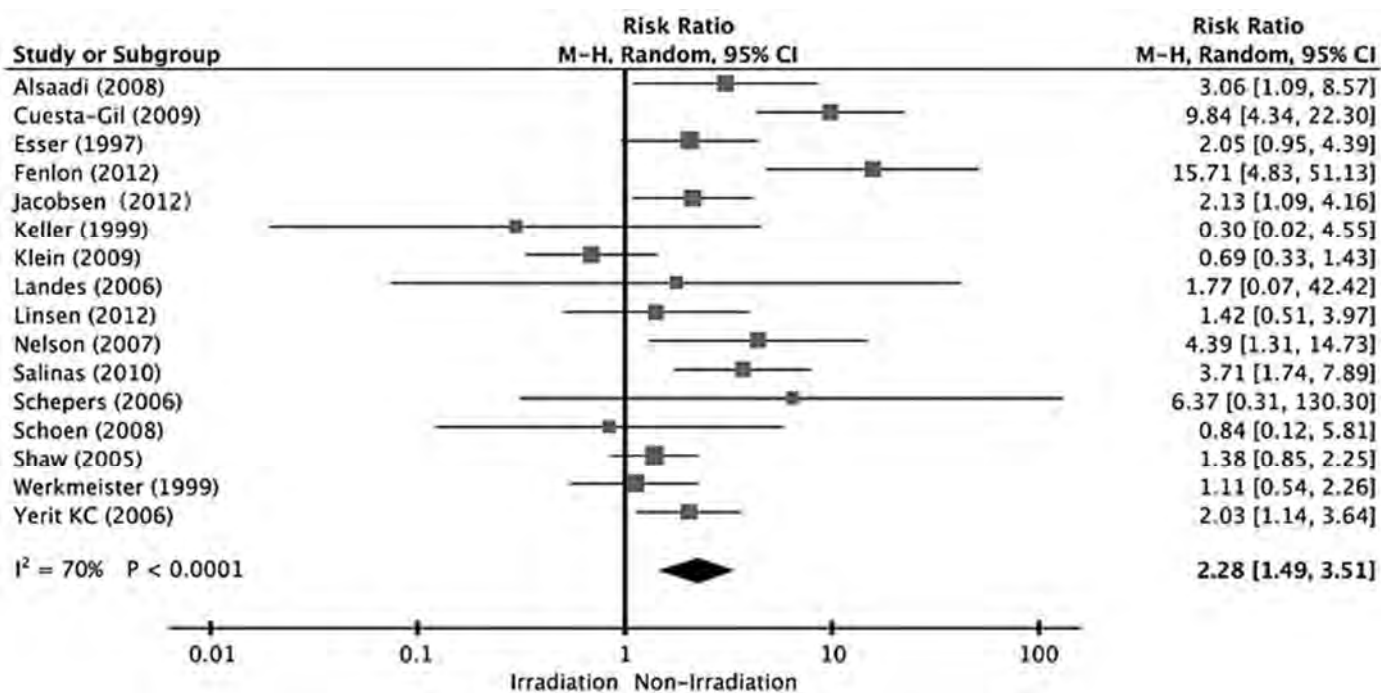


Figura ampliada dos itens de 45 a 52.