01. Numa pesquisa sobre a cirurgia dos terceiros molares, foi observado que o uso de bochechos com clorexidina a 0,12% antes da cirurgia reduz o índice de infecção pós-operatória. Para obter o resultado do estudo, os pesquisadores mantiveram os avaliadores cegos. Com o cegamento descrito, podemos afirmar que o estudo:

(A) visou diminuir o viés de seleção.
(B) aumentou o tamanho amostral.
(C) permitiu a aleatorização dos grupos.
(D) diminui o viés de observação.

02. Num estudo do tipo de ensaio clínico randomizado, para avaliar a diferença no tratamento cirúrgico versus conservador para o tratamento da fratura de côndilo, foi observado que 90% dos casos cirúrgicos tiveram sucesso clínico, enquanto apenas 70% dos casos tratados de forma conservadora obtiveram sucesso clínico, com valor de p = 0,07. Nesse contexto, assinale a alternativa **CORRETA** acerca desse estudo.

(A) O resultado do trabalho não apresenta significância estatística.
(B) O sucesso observado no tratamento cirúrgico comparado ao conservador tem relevância estatística.
(C) O sucesso dos casos tratados de forma conservadora tem relevância estatística, mesmo sendo menor do que os casos tratados de forma cirúrgica.
(D) O resultado do trabalho contra-indica o tratamento conservador

03. De acordo com a consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de Odontologia, assinale a alternativa **CORRETA**.

(A) Nos casos de enxertos autógenos de região doadora fora da área bucomaxilofacial, esses enxertos podem ser removidos por cirurgião-dentista.
(B) Em caso de óbito de paciente submetido à cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, o atestado de óbito pode ser emitido pelo serviço de patologia do hospital.
(C) Nos procedimentos em pacientes politraumatizados, o cirurgião bucomaxilar terá prioridade para lesões neurológicas com indicação cirúrgica pelo neurocirurgião.
(D) Os cirurgiões-dentistas somente poderão realizar cirurgia em ambiente hospitalar na presença de um médico anestesista e um cirurgião geral.

04. Em casos de pacientes com lesão na boca, assinale o item **CORRETO**.

(A) O cirurgião bucomaxilar pode tratar lesões malignas de tamanho a partir de 3 cm na cavidade bucal.
(B) As lesões de parótida, como o adenoma pleomórfico de parótida, desde que tenham o tamanho de 4 cm ou menos, podem ser tratadas pelo cirurgião bucomaxilofacial.
(C) Os tumores benignos da face, mesmo com tamanho superior a 10 cm, podem ser tratados pelo cirurgião bucomaxilofacial.
(D) Os tumores odontogênicos de tamanho superior a 10 cm não podem ser tratados pelo cirurgião bucomaxilofacial.

05. As fraturas do assoalho da órbita podem apresentar sinais e sintomas diversos, entre os quais aqueles associados à área de inervação sensitiva do nervo:

(A) oftálmico.
(B) supraorbitário.
(C) infraorbitário.
(D) vidiano.

06. Quais músculos formam uma cinta e estão associados à rafe pterigomandibular?

(A) Pterigoideos medial e lateral.
(B) Salpingofaríngeo e palatofaríngeo.
(C) Tensor do véu palatino e pterigoideo lateral.
(D) Constrictor superior da faringe e bucinador.

07. A qual distância medioanterior ao meato acústico-externo, o ramo temporal do nervo facial cruza o arco zigomático?

(A) 5 mm.
(B) 20 mm.
(C) 40 mm.
(D) 45 mm.

08. Muitos procedimentos cirúrgicos da especialidade de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial necessitam ser realizados sob anestesia geral, em ambiente hospitalar, com um médico anestesiologista na equipe. O conhecimento básico do especialista sobre o preparo, indução, manutenção e recuperação anestésica envolve o conhecimento dos fármacos utilizados no centro cirúrgico para a anestesia geral. Sobre esse tema, analise as alternativas abaixo e assinale a alternativa **CORRRETA**.

(A) O óxido nitroso é um potente gás anestésico que possibilita a indução anestésica rápida e profunda, semelhante à de outros anestésicos inalatórios, como o sevoflurano e o isoflurano.
(B) A indução anestésica é realizada preferencialmente pela via endovenosa do que pela via inalatória, pois esta última tem um início de ação mais demorado que a endovenosa e depende muito da colaboração do paciente.
(C) O propofol é muito utilizado na indução anestésica endovenosa pelo rápido tempo de ação, aproximadamente 30 segundos, com a duração da metabolização e eliminação mais rápida que a dos fármacos inalatórios.
(D) A anestesia balanceada é a administração de uma mistura de anestésicos inalatórios para uma indução anestésica rápida, com boa manutenção da profundidade anestésica durante a cirurgia, excelente bloqueio neuromuscular e rápida recuperação pós-anestésica.

09. Por mais que o cirurgião-dentista tenha o domínio da realização da técnica anestésica, complicações locais e sistêmicas podem ocorrer. Quanto maior o tempo de profissão, maiores as chances de o profissional vivenciar uma complicação. O domínio do conhecimento para reduzir o risco de complicações, identificar de forma precoce e poder tratá-las é a melhor forma de proteger o paciente de danos permanentes. A respeito do assunto descrito acima, assinale a alternativa **CORRETA**.

(A) A prevalência de fratura de agulha durante a anestesia odontológica é maior na técnica do bloqueio do nervo alveolar-superoposterior, quando utilizada a agulha curta 30G.

(B) O risco de trismo não aumenta após as múltiplas realizações da técnica do bloqueio do nervo alveolar-inferior, desde que a agulha não cause dano vascular durante a penetração nos tecidos.

(C) O contato da ponta da agulha com o osso na cortical medial do ramo mandibular, manobra que não aumenta o risco de criar farpa na ponta da agulha, reduz a possibilidade de infiltração anestésica dentro da glândula parótida, o que poderia levar a paralisia facial.

(D) Na técnica anestésica do bloqueio do nervo alveolar-inferior, o trauma da agulha ao nervo, o dano neurotóxico ao nervo ou a contaminação da solução anestésica com álcool são possíveis causas da parestesia pós-anestésica, com maior prevalência relatada na literatura para o nervo lingual.

10. Durante um atendimento odontológico ambulatorial, um paciente adulto subitamente perde a consciência e não responde a estímulos verbais ou táteis. Após se avaliar e liberar a via aérea e constatar-se a ausência de respiração e pulso, qual deve ser a sequência imediata de manobras, de acordo com as diretrizes de suporte básico de vida (SBV)?

(A) Acionar o serviço de emergência (192), iniciar respiração boca a boca por 5 a 10 minutos e avaliar novamente.

(B) Colocar o paciente em posição supina para a aferição dos demais sinais vitais, seguida de posição lateral de segurança, administrar oxigênio a 100% e observar por 10 minutos, antes de acionar o serviço de emergência.

(C) Realizar 30 compressões torácicas a uma frequência de 100 a 120 por minuto, seguidas por duas ventilações e acionar, nesse intervalo, o serviço de emergência (192).

(D) Aferir a pressão arterial, acionar o serviço de emergência (192) e iniciar massagem cardíaca, após a confirmação de parada com monitor multiparamétrico.

11. Um paciente de 30 anos, sem histórico de epilepsia, sofre uma crise tônico-clônica generalizada durante exodontia sob anestesia local. O episódio dura cerca de 45 segundos, sem recidiva. Após a crise, o paciente entra em estado pós-ictal (pós-convulsão), sonolento, mas com respiração espontânea e sem sinais de aspiração. Qual deve ser a conduta imediata mais adequada?

(A) Iniciar diazepam EV profilático, para prevenir nova crise, e acionar o serviço de emergência (192) o mais breve possível.

(B) Posicionar o paciente em decúbito lateral, proteger vias aéreas, administrar oxigênio e monitorizar os sinais vitais.

(C) Chamar serviço móvel de emergência imediatamente e iniciar manobras preventivas de ressuscitação cardiopulmonar.

(D) Administrar 15 mg de midazolam via oral e avaliar a necessidade de administrar fenitoína 100 mg para garantir estabilização neurológica.

12. Em pacientes adultos submetidos a cirurgias de terceiros molares impactados, para a escolha do analgésico, o profissional deve considerar a intensidade da dor e o risco de efeitos adversos. Considerando o pós-operatório de exodontias complexas de terceiros molares inferiores impactados em que um paciente hígido e sem alergias conhecidas relata dor de moderada a intensa, qual das alternativas abaixo representa a melhor conduta farmacológica para o manejo da dor no pós-operatório desse paciente?

(A) A associação de paracetamol 500 mg de 6/6 h, por 5 dias, com dipirona 300 mg para reforço é recomendada nesses casos de dor intensa.

(B) Tramadol isolado é preferido como primeira escolha por sua baixa interação com outras drogas e menor risco de dependência.

(C) A combinação de paracetamol com codeína ou tramadol pode ser indicada para dor de moderada a intensa apresentada pelo paciente.

(D) O uso de morfina oral em baixa dose por até 3 dias é aceitável, se a dor for intensa, em associação com ibuprofeno 400 mg. Dipirona deve ser evitada, devido ao risco de agranulocitose.

13. Durante o manejo do edema e da dor pós-operatória em cirurgias bucais, para a escolha do anti-inflamatório, o profissional deve considerar a resposta inflamatória e os potenciais efeitos adversos. Qual das afirmativas abaixo representa a conduta farmacológica mais apropriada quanto ao uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) nesse cenário?

(A) Ibuprofeno 600 mg de 8/8 h é contraindicado por completo no pós-operatório imediato devido ao risco de sangramento.

(B) Para a escolha entre AINE não seletivo e inibidor seletivo da COX-2, deve-se levar em conta o perfil de risco gastrointestinal e cardiovascular do paciente.

(C) A administração parenteral de AINEs está contraindicada nesses casos, pois a utilização desses fármacos deve ser idealmente realizada por via oral.

(D) A associação de AINE com corticosteroide no pós-operatório é indicada como rotina, pois maximiza o efeito anti-inflamatório.

14. Em relação ao manejo farmacológico das infecções bucais e maxilofaciais de origem odontogênica, assinale a alternativa mais adequada à conduta antibiótico-empírica inicial para os casos de menor gravidade, sem o envolvimento de vias aéreas.

(A) O uso de penicilinas com inibidor de betalactamase, como a associação de amoxicilina com clavulanato de potássio, é recomendado frequentemente como terapia empírica de primeira linha, exceto quando houver contraindicações específicas.
(B) O metronidazol, por atuar contra anaeróbios, é eficaz de forma isolada no tratamento das infecções cervicofaciais com risco iminente de comprometimento respiratório.
(C) A clindamicina é contraindicada em infecções faciais que apresentam potencial de evolução para maior gravidade, devido à limitada penetração tecidual e maior taxa de resistência bacteriana.
(D) A monoterapia com ceftriaxona é a opção preferencial em infecções odontogênicas com menor gravidade, enquanto sua associação com a cefazolina é reservada aos casos com risco de disseminação e comprometimento das vias aéreas.

15. O carcinoma espinocelular intraósseo primário é definido como um carcinoma de células escamosas que se desenvolve nos maxilares, na maioria das vezes a partir do revestimento de um cisto odontogênico. Essa lesão não apresenta relação com a contraparte que se desenvolve nos tecidos moles, e o termo foi sugerido, pela primeira vez, em 1972, pela Organização Mundial de Saúde. Essa lesão é rara, acometendo mais o sexo masculino e a mandíbula. A patogênese da transformação maligna do revestimento epitelial de cistos odontogênicos em carcinomas intraósseos ainda é desconhecida. Apesar de raro, é mais um achado científico que evidencia a necessidade de tratamento das lesões císticas odontogênicas. Dessa forma, assinale a alternativa que apresenta a lesão cística mais associada com o desenvolvimento da lesão descrita acima.

(A) Cisto dentígero.
(B) Cisto residual ou periapical.
(C) Ceratocisto odontogênico ortoceratinizado.
(D) Ceratocisto odontogênico paraceratinizado.

16. Paciente de 43 anos, sexo feminino, com queixa de dor na região do palato à esquerda, apresenta nódulo com tempo de evolução de 8 meses. O exame clínico evidencia a presença de um aumento de volume endofítico normocrômico com aproximadamente 5 mm. Tomografia computadorizada de feixe cônico evidencia erosão superficial do osso palatino e processo palatino da maxila. Lesão submetida a biópsia incisional, com laudo histopatológico, evidencia a presença de células mioepiteliais e células ductais de arranjo variado, áreas de ilhas de células epiteliais basaloides, contendo múltiplos espaços cilíndricos e material mucoide levemente basofílico. Também se observam ilhas de células epiteliais basaloides arranjadas como múltiplos pequenos ductos em um estroma hialinizado. Invasão perineural é observada, além da presença de células pequenas e cuboides, exibindo núcleo basofílico e de citoplasma pequeno. Assinale a alternativa com o diagnóstico correto do caso descrito acima.

(A) Adenoma pleomórfico.
(B) Carcinoma adenoide-cístico.
(C) Carcinoma mucoepidermoide.
(D) Carcinoma de células acinares.

17. Paciente de 28 anos de idade, sexo feminino, apresenta múltiplas erosões rasas e ulcerações com bordas irregulares em mucosa oral com evolução de 5 dias, sem melhora clínica. Lesões não são observadas em gengiva e palato duro. No vermelhão do lábio inferior, observa-se quadro de crostas hemorrágicas. Apresenta dificuldade para se alimentar e realizar higiene oral. Na semana anterior ao início dos sintomas, recorda que apresentou um quadro de herpes labial, cujo tratamento teve início com aciclovir; em seguida, evoluiu com sintomas de virose, como febre, mal-estar, cefaleia, tosse e dor de garganta, que precederam o desenvolvimento das lesões orais. Não apresenta queixas quanto a outras partes do corpo. Assinale a principal hipótese diagnóstica com base na descrição do caso acima.

(A) Pênfigo vulgar.
(B) Eritema multiforme.
(C) Lúpus eritematoso crônico.
(D) Síndrome de Stevens-Johnson.

18. Na avaliação de radiografias da região da cabeça e do pescoço, diversos marcos anatômicos são utilizados no diagnóstico e na definição dos planos de tratamento. Considerando o estudo anatômico-radiográfico, qual das incidências a seguir melhor demonstra a relação anteroposterior dos processos clinoides anterior e posterior?

(A) Radiografia de Hirtz.
(B) Projeção lateral do crânio.
(C) Incidência mentonaso.
(D) Incidência posteroanterior.

19. Levando-se em consideração que os exames de imagem têm centralidade no cuidado de pessoas com processos infecciosos graves da cabeça e do pescoço e que as informações vindas de múltiplas modalidades são indispensáveis para circunscrever, com acurácia, a dimensão do processo, assinale a opção **INCORRETA**.

(A) O exame radiológico bidimensional é, frequentemente, o ponto de partida para a avaliação por imagem das anormalidades da região maxilofacial
(B) No reconhecimento eficaz de calcificações, patologias esqueléticas e lesões de continuidade (fraturas), o exame de tomografia computadorizada é mais vantajoso que o de ressonância nuclear magnética.
(C) A capacidade de distinguir tecidos diferentes é mais acentuada no exame de RM do que no exame de TC.
(D) A ressonância nuclear magnética é o método de imagem mais utilizado para o diagnóstico de patologias malignas, tendo como principal vantagem o menor uso de radiação ionizante para obtenção das imagens.

20. Qual das técnicas de localização utilizadas em radiografias intraorais a seguir permite a dissociação horizontal das raízes dentárias, permitindo diferenciar a raiz vestibular da raiz lingual?
(A) Le Master.
(B) Bitewing.
(C) Tuberosidade de Mataldi.
(D) Regra do objeto do vestíbulo bucal.

21. Em qual formato de arquivo as imagens obtidas de uma tomografia ou de uma ressonância magnética devem ser salvas, permitindo o intercâmbio e o armazenamento das imagens, junto com informações clínicas e parâmetros de medição?
(A) XLSX.
(B) PNG.
(C) DICOM.
(D) TXT.

22. Em relação aos diferentes tipos de implantes e suas indicações clínicas, assinale a alternativa **CORRETA**.
(A) Implantes cônicos e roscas trapezoidais são preferidos em áreas de baixa densidade óssea devido à menor estabilidade primária.
(B) Implantes de conexão hexagonal externa promovem melhor selamento biomecânico e menor perda óssea marginal em comparação aos implantes do tipo cone morse.
(C) Implantes curtos (< 8 mm) são contraindicados em qualquer região mandibular devido ao risco de sobrecarga oclusal.
(D) Implantes zigomáticos são outra opção terapêutica em casos de reabilitações unitárias em região posterior de maxila.

23. O uso de softwares de planejamento e tecnologia CAD/CAM na implantodontia permite:
(A) reduzir o tempo cirúrgico, mas sem impacto na previsibilidade protética.
(B) substituir a necessidade de tomografia computadorizada e de seleção de componentes protéticos.
(C) planejar virtualmente a posição tridimensional dos implantes e confeccionar guias cirúrgicos personalizados.
(D) eliminar a necessidade de planejamento oclusal na fase protética e a confecção de guias cirúrgicos, facilitando cirurgias flap less.

24. A instalação de implantes imediatos após exodontia apresenta maior taxa de sucesso quando:
(A) não há infecção ativa e existe perda das tábuas ósseas vestibulares.
(B) o implante é posicionado no alvéolo com estabilidade primária adequada e há preservação das paredes ósseas.
(C) a plataforma do implante fica posicionada rente à crista óssea da tábua vestibular.
(D) se deixa o alvéolo cicatrizar completamente após a exodontia e o implante é instalado somente após 01 mês da cicatrização inicial do alvéolo.

25. O tórus palatino é um aumento de volume ósseo relativamente comum, mais prevalente no sexo masculino, que, muitas vezes, leva o paciente ao consultório odontológico, após muito tempo da sua presença na cavidade oral. Sobre essa condição, analise as alternativas abaixo.
I. A indicação do tratamento é justificada diante de um planejamento reabilitador com uma prótese removível ou traumatismo crônico.
II. A incisão mais utilizada é o duplo Y na linha média do palato.
III. Não deve ser utilizado como fonte doadora de osso autógeno para enxertos intraorais.
IV. Apresenta um risco de desenvolvimento de osteonecrose induzida por medicamentos.

É **CORRETO** apenas o que se afirma em:
(A) I e III.
(B) II e IV.
(C) II e III.
(D) I, II e IV.

26. Paciente de 45 anos de idade, sexo masculino, foi submetido à remoção do dente 16 devido ao comprometimento pulpar. O dente apresentava bom remanescente coronário, porém, devido a questões financeiras, o paciente solicitou a realização da exodontia. Apesar de não observar qualquer remanescente ósseo no ápice radicular removido e nem conseguir visualizar algum defeito ósseo, o cirurgião-dentista realizou a remoção com o uso do fórceps, porém, durante o procedimento, suspeitou que houve uma comunicação orossinusal. Diante do relato do caso clínico, analise as afirmações abaixo e assinale a alternativa **CORRETA** para o caso descrito acima.
(A) O profissional deve orientar o paciente a realizar a manobra de Valsalva com as narinas fechadas com a mão, para confirmar sua suspeita, sem o risco de piorar a hipótese clínica.
(B) Antes de tomar a decisão da conduta, o cirurgião-dentista deve curetar o alvéolo com uma cureta alveolar, para confirmar a sua suspeita clínica, iniciando pelas paredes até o ápice alveolar.
(C) No momento da exodontia, está indicada a realização imediata de um retalho pediculado do corpo adiposo bucal, para fechar os tecidos moles por primeira intenção, com a vantagem de preservar a profundidade de sulco vestibular.
(D) Nenhum tratamento cirúrgico adicional será necessário, além de tomar medidas para garantir a formação de um coágulo sanguíneo de alta qualidade na cavidade alveolar e orientar os cuidados pós-operatórios, para evitar deslocamento do coágulo no alvéolo.

27. Na remoção de dentes multirradiculares na região posterior de maxila, uma possível complicação é a fratura da tuberosidade. Essa complicação pode ter um impacto em futuras reabilitações protéticas removíveis, pois essa área do rebordo alveolar-superior é importante no suporte de próteses totais removíveis. Caso ocorra uma fratura da tuberosidade durante uma exodontia fechada, o cirurgião-dentista deve ter, em seu planejamento, a conduta a ser realizada diante de cenários diferentes. Sobre esse assunto, analise as afirmações abaixo.

I. Se o dente foi removido junto com a tuberosidade e se já estão totalmente separados dos tecidos moles, deve-se suavizar as bordas de osso, reposicionar o dente com a tuberosidade de volta na ferida cirúrgica e suturar o tecido mole cuidadosamente, para, em um segundo momento, remover o dente.
II. Se for percebida a mobilidade da tuberosidade, com o fragmento ósseo ainda aderido ao periósteo, o ideal a se fazer primeiramente é tentar separar o dente do osso fraturado, que deverá ser deixado em posição.
III. Se a tuberosidade estiver com mobilidade e não for possível separar o dente da tuberosidade, pode-se seccionar a coroa das raízes e deixar que a raiz e a tuberosidade cicatrizem, para, em uma segunda cirurgia, planejar a remoção da raiz.

É **CORRETO** o que se afirma em:

(A) II apenas.
(B) I e III.
(C) II e III.
(D) I, II e III.

28. O retalho deve ser planejado adequadamente para oferecer um campo cirúrgico com exposição apropriada da anatomia óssea em retalhos mucoperiosteais. Existem princípios que devem ser respeitados na confecção do retalho e na síntese, para oferecer uma melhor cicatrização. Sobre esse tema, analise as afirmações abaixo.

I. As incisões sobre o rebordo alveolar devem ser realizadas no sentido da região posterior para a anterior, puxando-se a lâmina na direção do cirurgião.
II. As incisões relaxantes verticais devem atravessar a margem gengival livre diretamente na face vestibular ou papila gengival.
III. Uma vez descolado o retalho, o afastador a ser utilizado deve ser apoiado em osso saudável e não prender tecido mole entre o instrumental e o osso.
IV. O fio de sutura deve passar primeiro pela parte móvel do retalho, geralmente nos tecidos moles da região vestibular.
V. A quantidade mínima de tecido entre a sutura e a borda do retalho deve ser de 6 mm.

É **CORRETO** apenas o que se afirma em:

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

29. A realização de exodontias combina princípios de cirurgia e mecânica, além de conhecimento sobre o reparo ósseo tecidual. O conhecimento desses princípios tem o objetivo de reduzir complicações e o tempo operatório. Sobre a realização de exodontias, analise as afirmações abaixo e marque o item **CORRETO**.

(A) Os periótomos são instrumentais utilizados para extração dentária, preservando-se a anatomia do alvéolo do dente, utilizando-se o princípio de rotação de roda-eixo.
(B) O fórceps chifre de vaca utiliza as tábuas corticais vestibular e lingual como fulcros, para realizar a elevação do dente.
(C) O movimento básico de remoção de molares superiores é a aplicação de mais força na direção vestibular em vez da palatina, que, nesse sentido, ajuda a reduzir o risco de fratura da raiz vestibular.
(D) Mesmo se não houver lesão periapical, a curetagem alveolar deve ser realizada sem promover um atraso na cicatrização.

30. A extensão e a gravidade das infecções odontogênicas dependem da relação anatômica entre o dente envolvido e as inserções musculares adjacentes. Assinale a alternativa **CORRETA**.

(A) As infecções originadas nos segundos molares inferiores geralmente se disseminam para o espaço submentual devido à posição das inserções do músculo milo-hióideo.
(B) As infecções de origem nos segundos e terceiros molares inferiores tendem a se propagar para o espaço submandibular, pois as raízes dentárias se situam abaixo da linha milo-hióidea.
(C) As infecções provenientes dos pré-molares superiores disseminam-se diretamente para o espaço pterigomandibular.
(D) O envolvimento do espaço bucal ocorre principalmente por infecções associadas a molares superiores com raízes longas.

31. A respeito da angina de Ludwig, assinale a alternativa **CORRETA**.

(A) Trata-se de uma celulite localizada que acomete o espaço submandibular e submentoniano unilateral, sendo o tratamento preferencialmente ambulatorial.
(B) O tratamento baseia-se em antibioticoterapia intravenosa, sendo a drenagem cirúrgica indicada apenas após a formação evidente de abscesso, e a remoção do foco de infecção deve ser realizada em segundo momento.
(C) Caracteriza-se por uma celulite difusa bilateral, envolvendo os espaços submandibular, submentoniano e sublingual, com o risco de obstrução de vias aéreas; o manejo inclui garantia de via aérea, drenagem cirúrgica ampla e antibioticoterapia de amplo espectro.
(D) É causada primariamente por microrganismos aeróbios isolados, sendo desnecessário o uso de cobertura antibiótica para anaeróbios, porém são fundamentais a traqueostomia e a remoção do foco de infecção no momento da drenagem cirúrgica.

32. O acesso de Weber-Ferguson é classicamente utilizado para:
(A) o tratamento de fraturas de côndilos mandibulares ou de arco zigomáticos.
(B) a exposição ampla da maxila, cavidade nasal e assoalho orbitário.
(C) a ressecção de cistos e tumores em arco central mandibular.
(D) a abordagem de fraturas de parede anterior do seio frontal e do tipo nasorbitoetmoidal.

33. A reconstrução dos defeitos ósseos maxilofaciais pode envolver diferentes abordagens, desde enxertos autógenos até o uso de biomateriais e técnicas avançadas de engenharia tecidual. O sucesso do procedimento depende da escolha do material, da vascularização do leito receptor, da estabilidade mecânica e da ausência de infecção local. Em relação às técnicas e princípios de reconstrução óssea do esqueleto maxilofacial, analise as assertivas abaixo e assinale a alternativa **CORRETA**.
(A) Os enxertos autógenos corticais são preferidos em reconstruções de pequenos defeitos por apresentarem maior taxa de reabsorção, sendo indicados especialmente em áreas de carga mastigatória elevada.
(B) Os enxertos autógenos obtidos da crista ilíaca têm propriedades osteogênicas, osteoindutivas e osteocondutivas, sendo indicados para reconstruções segmentares extensas, desde que haja o contato íntimo entre enxerto e leito receptor e a fixação rígida adequada.
(C) Os enxertos alógenos e aloplásticos apresentam maior potencial osteogênico do que os autógenos, pois mantêm a viabilidade celular e induzem diferenciação osteoblástica direta, sendo preferíveis em casos de infecção ativa.
(D) Os enxertos vascularizados microcirúrgicos, como o de fíbula livre e o retalho de escápula, são indicados apenas em reconstruções de pequenos defeitos ósseos alveolares, devido à limitada disponibilidade de osso cortical.

34. Sobre o uso de biomateriais na reconstrução óssea dos maxilares, é **CORRETO** afirmar que:
(A) os xenógenos, como o osso bovino desproteinizado, apresentam reabsorção rápida e intensa osteogênese.
(B) os aloplásticos, como o fosfato tricálcico, atuam predominantemente como arcabouço osteocondutivo e têm reabsorção controlada.
(C) os enxertos homógenos apresentam osteoindução superior aos autógenos.
(D) a associação de biomateriais sintéticos com fatores de crescimento reduz a necessidade de vascularização no leito receptor.

35. Um paciente apresenta fratura de sínfise mandibular e necessita de tratamento cirúrgico, apresentando ainda quadro de hipertensão e fazendo uso de medicação anti-hipertensiva, com quadro controlado no momento do acidente e da internação. Com base nesse contexto, assinale o item **CORRETO**.
(A) O paciente deve suspender a medicação 48 horas antes da cirurgia.
(B) Deve-se adiar o procedimento até que a pressão fique controlada sem o uso de medicação.
(C) O anti-hipertensivo deve ser substituído por ansiolíticos 48 horas antes da cirurgia.
(D) O uso da medicação tem de ser mantido, controlando-se a pressão arterial antes da cirurgia, durante e após a cirurgia.

36. Entre os fatores que interferem diretamente no reparo tecidual da mandíbula, a irradiação prévia pode causar osteorradionecrose, lesão que leva ao risco de ressecção parcial ou total da mandíbula. Nesse contexto, assinale a alternativa **CORRETA**.
(A) Doses de até 2.500 cGy apresentam alto risco de necrose mandibular.
(B) A osteorradionecrose ocorre devido a infecção imediata após a radioterapia, sendo autolimitada, regredindo rapidamente com o uso de antibióticos de amplo espectro.
(C) A dose total de 5.000 cGy não apresenta risco de mucosites após radioterapia.
(D) Doses totais acima de 5.000 cGy apresentam maior risco de necrose óssea devido à hipovascularização e diminuição da capacidade de reparo do osso irradiado.

37. Nos casos de deslocamento anterior do disco articular com redução, com limitação de abertura bucal moderada, o tratamento inicial indicado será:
(A) artroscopia com plicatura de disco articular.
(B) uso de placa miorrelaxante, fisioterapia, anti-inflamatórios e relaxante muscular.
(C) artroplastia aberta.
(D) meniscectomia total.

38. O tratamento minimamente invasivo das disfunções temporomandibulares com a técnica de artroscopia da ATM está indicado na seguinte situação clínica:
(A) No estágio I de Wilkes, em pacientes com dor leve e movimento normal.
(B) na classificação II de Wilkes, em casos não refratários.
(C) nos desarranjos intermediários tardios, Wilkes III, com deslocamento anterior do disco sem redução.
(D) nos casos de degeneração severa da ATM ou anquilose.

39. Em relação aos princípios de fixação em cirurgia bucomaxilofacial, os sistemas de placas e parafusos do tipo locking têm especiais funcionalidades no tratamento de fraturas e reconstruções faciais. Dentro desse contexto, assinale a alternativa **CORRETA**.
(A) Com o uso do sistema locking com parafusos bicorticais, os parafusos conferem compressão entre as corticais ósseas parafusadas.
(B) O sistema locking promove o travamento do parafuso na placa de fixação, evitando a mobilidade do parafuso nos casos de eventuais perdas de estabilidade dos parafusos.
(C) Nas miniplacas e parafusos 2.0 do sistema locking, aplica-se o conceito de loadbearing.
(D) As placas excêntricas são utilizadas para manter a fixação passiva, livre de forças de compressão.

40. A técnica de Champy é utilizada para o tratamento das fraturas de ângulo mandibular, tendo como recomendação o método de fixação que utiliza:

(A) Uma placa na região de zona neutra de tensão e compressão da mandíbula.
(B) Uma placa na região de compressão da fratura.
(C) Duas placas na região de zona neutra e zona de tensão da fratura mandibular.
(D) Duas placas na região de zona de tensão e de compressão da fratura mandibular.

41. Um paciente vítima de queda de nível, que sofreu trauma direto no mento, foi avaliado pela equipe de cirurgia bucomaxilofacial de um hospital de emergência, sendo verificado, ao exame clínico da face, edema difuso em terço inferior da face, equimose sublingual, má-oclusão dentária, com contato prematuro e mordida cruzada posterior-bilateral. Ao exame da tomografia computadorizada da face, constatou-se fratura com severo deslocamento de sínfise mandibular e fratura subcondilar-bilateral, com presença de deslocamento medial de ambos os côndilos fraturados, sendo o deslocamento do côndilo direito de aproximadamente 60º e o do côndilo esquerdo de aproximadamente 10º. Considerando o exposto e a necessidade de planejamento do tratamento cirúrgico do paciente em questão, qual é a opção de tratamento mais adequada para o caso, de forma a se obter um adequado manejo das fraturas e minimizar o risco de sequelas?

(A) A redução aberta da fratura sinfisária e a fixação com sistema 2,4 mm, com atenção para a redução da cortical lingual da mandíbula, a fim de se evitar o alargamento mandibular somada à redução aberta e à fixação de pelo menos um dos côndilos mandibulares com o sistema de fixação 2,0 mm, com preferência a fixação do côndilo direito.
(B) A redução aberta das três fraturas e a fixação de cada uma dessas com duas placas do sistema 2,0 mm, utilizando uma placa na zona de tensão e uma placa na zona de compressão, associada à realização de bloqueio maxilomandibular pós-operatório por 2 a 3 semanas.
(C) A redução aberta da fratura sinfisária e a fixação com duas placas do sistema 2,0 mm, uma na zona de tensão e uma na zona de compressão, associada à instalação de barras de Erich para a realização de elasticoterapia para tratamento conservador das fraturas subcondilares.
(D) O acesso submandibular para a redução e a fixação da fratura sinfisária por meio da instalação de dois parafusos interfragmentários, do tipo lag screw, para a fixação da fratura sinfisária, e a redução aberta e a fixação da fratura condilar direita com duas placas do sistema 2,0 mm e da fratura condilar esquerda com uma placa do sistema 2,0 mm e a instalação de parafusos de bloqueio maxilomandibular e elasticoterapia pós-operatória.

42. Um paciente, 30 anos, vítima de acidente motociclístico de alta energia, foi conduzido ao pronto-socorro de um hospital de emergência. A equipe da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, ao ser acionada no hospital para a avaliação do paciente, verificou que ele estava sob intubação orotraqueal, com ventilação mecânica e que apresentava sangramento facial ativo nas cavidades nasais e bucal, instabilidade mandibular visível, mobilidade maxilar, lacerações no mento, língua e palato duro. O paciente era totalmente dentado e não apresentava sinais de fraturas dentoalveolares e não apresentava sinais de instabilidade clínica. Ao exame da tomografia de face que o paciente já havia realizado, visualizaram-se fratura de corpo mandibular bilateral, fratura de maxila do tipo Le Fort I, fratura nasorbitoetmoidal (NOE) com acentuado desvio em dorso e septo nasais e fratura do complexo zigomático-orbitário direito, com envolvimento do assoalho orbitário. Considerando a indicação de abordagem cirúrgica de urgência desse paciente, a necessidade de manejo das vias áreas e do estabelecimento de uma sequência de tratamento, a conduta cirúrgica mais apropriada para o caso consiste na:

(A) realização de intubação nasotraqueal, acesso cirúrgico, redução e fixação da fratura NOE, seguida pelo acesso, redução e fixação da fratura Le Fort I, bloqueio maxilomandibular transoperatório com barras de Erich, acesso, redução e fixação das fraturas do complexo zigomático-orbitário, finalizando com o acesso, redução e fixação das fraturas mandibulares, proporcionando ajuste da oclusão e restabelecimento do contorno mandibular orientado pela maxila funcionalmente estável.
(B) conversão da intubação orotraqueal para submentoniana, acesso às fraturas mandibulares, bloqueio maxilomandibular transoperatório e fixação das fraturas mandibulares, seguidas pela fixação das demais fraturas do esqueleto facial, considerando que, em fraturas panfaciais, a sequência de tratamento de “baixo para cima” é favorável, quando se pode obter adequado restabelecimento da oclusão dentária e as fraturas mandibulares podem ser adequadamente reduzidas e fixadas.
(C) realização de traqueostomia e subsequente remoção do tubo orotraqueal, acesso cirúrgico à fratura Le Fort I, bloqueio maxilomandibular transoperatório, fixação das fraturas maxilares nos pilares caninos e zigomático-maxilares, para devolução da estabilidade e projeção maxilares, seguida sequencialmente por reconstrução do assoalho orbitário, redução e fixação das fraturas do complexo zigomático, redução e fixação da fratura NOE e, por último, redução e fixação das fraturas mandibulares.
(D) manutenção da intubação orotraqueal, acesso cirúrgico e redução anatômica da fratura bilateral de mandíbula, fixação das fraturas mandibulares, acesso às fraturas do complexo zigomático-maxilar, redução e fixação dessas fraturas, acesso, redução e fixação da fratura NOE, seguida pelo acesso, redução e fixação da fratura Le Fort I, finalizando com a reconstrução do assoalho orbitário direito, o qual deverá ser reconstruído, se necessário, com enxertos ósseos, ou fixado com malhas de titânio.

43. Um paciente vítima de acidente automobilístico foi conduzido o pronto socorro pela equipe de atendimento pré-hospitalar. Durante a avaliação inicial, verificou-se que o paciente se apresentava com escore 8 na escala de coma de Glasgow, saturação de O_2 70% em ar ambiente, sangramento facial ativo, com presença de sangue em cavidades nasais e bucal, instabilidade mandibular visível e sinais clínicos de múltiplas fraturas craniofaciais. Seguindo as diretrizes e condutas do ATLS (Advanced Trauma Life Support), qual das seguintes condutas a seguir deve ser priorizada?

(A) Realizar tomografia de face e crânio imediatamente, para orientar o planejamento e o pronto tratamento das fraturas cranianas e faciais.
(B) Colocar máscara facial com pressão positiva, para melhorar a oxigenação antes de qualquer manobra de via aérea invasiva.
(C) Controlar o sangramento nasal e bucal, com tamponamento nasal anterior e posterior, e sutura das feridas, a fim de promover melhor visualização e subsequente manejo das vias aéreas.
(D) Realizar intubação orotraqueal precoce com proteção da coluna cervical, antes de qualquer reconstrução facial.

44. Durante a avaliação de um paciente de 8 anos com trauma orbitário por impacto contuso direto, observam-se clinicamente diplopia em supraversão, enoftalmo de aproximadamente 2 mm e oftalmoplegia em supraversão em olho direito e leve edema periorbitário unilateral, associados à hipoestesia na área inervada pelo nervo infraorbitário ipsilateral. A tomografia computadorizada revela fratura do assoalho orbitário direito com deslocamento inferior de fragmentos ósseos, associada a tracionamento de tecido orbitário no defeito ósseo. Qual é o mecanismo envolvido com o quadro clínico apresentado pelo paciente e a conduta cirúrgica mais indicada nesse cenário?

(A) Mecanismo: herniação do conteúdo orbitário por meio de fratura blow-out com aprisionamento da musculatura intrínseca. Conduta: monitoramento clínico rigoroso por até 14 dias, com intervenção cirúrgica apenas se houver progressão dos sintomas ou enoftalmo > 2 mm.
(B) Mecanismo: encarceramento do músculo reto-inferior secundário à fratura do assoalho orbitário. Conduta: intervenção cirúrgica precoce, idealmente até 72 horas, com liberação muscular e, se necessária, reconstrução do assoalho orbitário.
(C) Mecanismo: compressão extrínseca do músculo oblíquo-inferior por hematoma orbitário retrobulbar. Conduta: abordagem via transconjuntival com drenagem do hematoma e descompressão orbital cuidadosa com preservação de estruturas neurovasculares.
(D) Mecanismo: laceração do músculo reto-superior com retração muscular associada à fratura do teto orbitário. Conduta: exploração orbitária com mioplastia e enxertia autógeno-cartilaginosa para reposição do volume orbitário.

45. Paciente do sexo masculino, 15 anos, é encaminhado ao ambulatório 2 horas após acidente esportivo com avulsão completa do dente 21. O dente foi mantido em ambiente seco, durante todo o tempo, até o atendimento. Ao exame clínico, observa-se alvéolo parcialmente preenchido por coágulo, ausência de fratura alveolar e desenvolvimento radicular completo. O paciente é saudável, sem comorbidades. Radiograficamente, não há evidências de fragmentos radiculares no alvéolo. Qual é a conduta mais apropriada para esse caso?

(A) Realizar reimplante imediato com irrigação leve do alvéolo, contenção flexível por 4 semanas, realizar antibioticoterapia sistêmica profilática por 7 a 10 dias, endodontia imediata extraoral e controle clínico-radiográfico em 3 meses, com acompanhamento a longo prazo.
(B) Descartar o reimplante devido ao tempo extraoral seco superior a 60 minutos, realizar enxerto alveolar com osso autógeno, prótese provisória, utilizando a coroa do dente avulsionado, e estabelecer plano de reabilitação com implante ossintegrado após reparo ósseo.
(C) Proceder ao reimplante após condicionamento radicular com ácido cítrico ou EDTA e irrigação abundante, contenção flexível por 3 semanas, iniciar tratamento endodôntico no consultório e obturação definitiva no mesmo dia, para evitar infecção por reabsorção inflamatória.
(D) Irrigar o alvéolo com soro fisiológico 0,9%, reimplantar o dente lentamente com pressão digital, realizar contenção flexível por 2 semanas, antibioticoterapia sistêmica profilática, avaliação da necessidade de reforço da imunização antitetânica e iniciar o tratamento endodôntico em até 2 semanas.

46. As osteotomias maxilofaciais permitem a correção de uma ampla variedade de anomalias craniofaciais. Das técnicas de cirurgia ortognática, qual das osteotomias apresentadas a seguir não é uma opção utilizada na mandíbula?

(A) Osteotomia em três segmentos, associada a cortes parassagitais.
(B) Osteotomia sagital bilateral.
(C) Osteotomia em L invertido.
(D) Osteotomia subapical total.

47. O desenvolvimento dos ossos que formam a calvária e a face ocorre, de forma geral, por dois processos: a ossificação intramembranosa (maioria dos ossos) e a endocondral (maior parte da base do crânio), sendo algumas dessas áreas centros de crescimento facial durante o desenvolvimento pós-natal. Qual dos itens a seguir descreve, de forma **INCORRETA**, características do crescimento facial?

(A) No início da vida pós-natal, é observada inicialmente uma maior proporção de crescimento da abóbada craniana, se comparada à face.
(B) O crescimento conjunto dos ossos da face resulta um vetor com sentido superoanterior.
(C) O crescimento nasomaxilointramembranoso ocorre em vários sítios, o que resulta em uma transposição global da maxila em um sentido anterior e inferior, tendo como referencial a base do crânio.
(D) O crescimento mandibular ocorre de forma intramembranosa e endocondral, resultando em uma transposição global da mandíbula para baixo e para frente, em relação à posição da base do crânio.

48. A ortodontia pré-operatória é uma etapa fundamental para o planejamento e a estabilidade dos movimentos cirúrgicos realizados na cirurgia ortognática; a ortodontia pré-operatória tem os objetivos abaixo relacionados, **EXCETO**:

(A) a adequada coordenação dos arcos.
(B) o adequado alinhamento e nivelamento dentário.
(C) a intercuspidação dentária.
(D) as adequadas inclinações axiais, mesiodistais e vestibulolinguais dos dentes em relação às bases ósseas.

49. Durante uma cirurgia de remoção de terceiro molar inferoincluso, o cirurgião observa, na tomografia pré-operatória, íntima relação entre as raízes dentárias e o canal mandibular, com adelgaçamento da cortical óssea superior. Após a exodontia, o paciente relata perda parcial da sensibilidade no lábio inferior e no mento do mesmo lado. Considerando os aspectos diagnósticos, prognósticos e terapêuticos da lesão do nervo alveoloinferior, assinale a alternativa **CORRETA**.

(A) Lesões neurapráxicas resultantes de compressão ou estiramento do nervo cursam com degeneração walleriana completa e recuperação lenta e incerta, sendo necessária intervenção microcirúrgica imediata.
(B) Lesões axonotméticas nas quais ocorre interrupção do axônio com preservação parcial das bainhas conjuntivas, geralmente, apresentam bom prognóstico de recuperação espontânea, especialmente quando diagnosticadas precocemente e acompanhadas de terapia medicamentosa com vitaminas do complexo B e corticosteroides em curto prazo.
(C) Lesões neurotméticas correspondem a uma interrupção parcial das fibras nervosas, sendo esperada recuperação completa sem necessidade de reparo cirúrgico, desde que haja integridade epineural observada ao exame clínico.
(D) O uso de laserterapia de baixa intensidade é contraindicado no manejo de lesões neurossensoriais, pois pode retardar a regeneração axonal e aumentar o risco de neuroma doloroso.

50. Em casos de fratura de tuberosidade maxilar durante exodontia de molar superior, a conduta mais adequada é:

(A) remover fragmentos ósseos e suturar o alvéolo.
(B) continuar a extração até remover todo o fragmento ósseo.
(C) abandonar o dente, controlar o sangramento e estabilizar o fragmento com sutura, evitando comunicação bucossinusal.
(D) irrigar abundantemente e deixar o alvéolo aberto para drenagem.