

NOME _____ SEQ. ____/____
IDENTIDADE _____ CPF _____ NASCIMENTO ____/____/____ INSCRIÇÃO _____
LOCAL DE PROVA IMPARH _____ SALA _____
CATEGORIA PROFISSIONAL CIRURGIÃO-DENTISTA

ASSINATURA DO CANDIDATO _____



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal do
Planejamento, Orçamento e Gestão

**DIRETORIA DE CONCURSOS
E SELEÇÕES (DICES)**

Instituto Municipal
de Desenvolvimento
de Recursos Humanos

**INSTITUTO DR. JOSÉ
FROTA (IJF)**

**X SELEÇÃO PÚBLICA PARA O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
ODONTOLÓGICA NA ÁREA DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCOMAXILOFACIAL DO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA (IJF)**

EDITAL Nº 105/2018

PROVA OBJETIVA

DATA: 25/11/2018 - MANHÃ

LEIA COM ATENÇÃO E SIGA RIGOROSAMENTE ESTAS INSTRUÇÕES

01. Examine se o caderno de provas está completo e se há falhas ou imperfeições gráficas que causem dúvidas. Qualquer reclamação somente será aceita até os 15 minutos iniciais.

02. A prova objetiva consistirá de 50 questões com quatro alternativas (A, B, C, D), das quais apenas uma é correta. Utilize somente caneta esferográfica fabricada em material transparente, de tinta azul ou preta. Marque seu cartão-resposta, preenchendo completamente o espaço referente à sua resposta, como no modelo abaixo:

Ex.:
A B C D
01 ○ ● ○ ○
02 ○ ○ ○ ●
03 ● ○ ○ ○

03. O cartão-resposta não pode ser dobrado, amassado, molhado, rasgado, rasurado ou manchado. Não haverá substituição do mesmo. Nada deve ser escrito ou registrado fora do espaço destinado às respostas. Não é permitida a transcrição das respostas para qualquer outro local.

04. Verifique se o seu nome, a data de nascimento e o número de inscrição estão corretos no cartão-resposta. Se houver erro, comunique ao chefe de sala. Não esqueça de assiná-lo.

05. Durante a prova, é vetado o intercâmbio e o empréstimo de material de qualquer natureza entre os candidatos. A fraude ou tentativa de fraude, a indisciplina e o desrespeito às autoridades encarregadas dos trabalhos são faltas que desclassificarão o candidato.

06. De acordo com o subitem 5.3.12, do Edital nº 105/2018, ***“Durante a realização da prova objetiva, não será admitida, sob pena de exclusão do presente certame, qualquer espécie de consulta e comunicação entre os candidatos, porte de arma, nem o porte e/ou utilização de caneta fabricada em material não transparente, lápis, borracha, corretivo, lapiseira, marca-texto, régua, pincel, grafite, livros, manuais, impressos ou anotações, papel (ainda que em branco), máquinas de calcular ou equipamento similar e demais aparelhos eletrônicos, tais como bip, e-books, telefone celular, smartphone, tablet, iphone®, ipod®, ipad®, walkman®, agenda eletrônica, notebook, palmtop, pen drive, fone de ouvido, alarme de qualquer espécie, gravador ou qualquer outro receptor ou transmissor de mensagens e dados, máquina fotográfica, protetor auricular, artigos de chapelaria (bonés, gorros, chapéus, etc.), lenços, turbantes, óculos escuros (ainda que contenham grau), relógios de qualquer espécie e artigos/adereços religiosos, aparelho de surdez e/ou lupa não autorizados pela comissão coordenadora do certame.”***

07. Ao terminar, verifique se marcou todas as questões e entregue ao chefe de sala o caderno de provas e o cartão-resposta assinados, que é o único documento válido para correção.

08. Somente será permitida a saída do candidato levando a folha de anotação de gabarito após as 11 horas e 30 minutos.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS: 85 3433.2987 - concursos.fortaleza.ce.gov.br

RESIDÊNCIA ODONTOLÓGICA - BUCOMAXILOFACIAL

01. De acordo com as normatizações para o exercício da Odontologia e da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais (CTBMF), assinale o item verdadeiro.

- (A) É vedado ao cirurgião-dentista o uso da via cervical infra-hióidea.
- (B) É proibida a realização de cirurgias estéticas sem ressalvas.
- (C) A via infra-hióidea está no campo de atuação para o especialista em CTBMF.
- (D) Em cirurgias de enxertos autógenos extraorais, a zona doadora é abordada pelo cirurgião-dentista.

02. Avaliando os conceitos de bioestatística, quando descrevemos que um resultado estatístico tem um $p \leq 0,05$ afirmamos que:

- (A) existe uma chance de 95% de erro do resultado do estudo.
- (B) existe uma probabilidade de, no máximo, 5% de que o resultado do estudo não seja verdadeiro.
- (C) com esse valor de p , o estudo não tem significância estatística.
- (D) significa que o desvio padrão do estudo foi de 5%.

03. A sensibilidade dos 2/3 anteriores da língua e do 1/3 posterior é realizada pelos seguintes pares cranianos:

- (A) I e IV NC.
- (B) VII e IX NC.
- (C) V e VI NC.
- (D) Nervo Vago e hipoglosso.

04. Os forames cranianos dão passagem a estruturas vasculares e nervosas. Marque a opção abaixo que traz as estruturas que passam pelo forame espinhoso e forame jugular.

- (A) Artéria e veia meníngea média, ramo meníngeo do nervo mandibular; IX, X e XI NC.
- (B) Artéria meníngea anterior, nervo petroso maior; artéria carótida interna, nervo petroso menor.
- (C) Veia emissária e artéria faríngea ascendente; veia jugular, X NC.
- (D) Nervo petroso maior, artéria meníngea acessória; VI NC, veia jugular.

05. Os músculos da expressão facial, que nos proporcionam a capacidade de expressar uma ampla variedade de emoções, têm o M. occipitofrontal como uma musculatura incomum, porque:

- (A) trata-se de um músculo de formação mesenquimal e de inserção profunda na parte occipital.
- (B) é composto de duas partes, uma anterior, ventre frontal e uma posterior, ventre occipital.
- (C) possui parte profunda e superficial ancorado na região do ínio.
- (D) possui um pedículo que ancora a musculatura do frontal.

06. Dois grupos de músculos estão associados à face anterior do pescoço: os músculos supra-hióideos e os infra-hióideos. Com relação ao músculo digástrico, é correto afirmar.

- (A) Eleva o osso hioide e abaixa a laringe durante a fala.
- (B) Eleva o osso hioide e a laringe durante a deglutição e a fala.
- (C) Abaixa a mandíbula e contém o osso hioide.
- (D) Tem origem na fossa mandibular.

07. A musculatura da face pode ser dividida em músculos elevadores e abaixadores da mandíbula e em músculos da expressão facial. Analise as afirmações abaixo:

- I. O músculo estilo-hióideo é innervado pelo nervo facial.
- II. O músculo milo-hióideo é innervado pelo nervo mandibular.
- III. O músculo gênio-hióideo é innervado pelo nervo vago.
- IV. O músculo digástrico é innervado pelo nervo facial e hipoglosso.
- V. O músculo digástrico é innervado pelo trigêmeo e glossofaríngeo.

É correto o que se afirma em:

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

08. Paciente com 05 anos de idade, vítima de queda da própria altura, com extenso edema na face, com oclusão de globo ocular associado. Qual destes anti-inflamatórios não esteroidais comporiam a melhor escolha para tratamento do quadro?

- (A) Ibuprofeno ou Cetoprofeno.
- (B) Ibuprofeno ou Nimesulida.
- (C) Cetoprofeno ou Nimesulida.
- (D) Nenhum, já que o uso de AINE é absolutamente contraindicado nessa idade.

09. Considerando os casos descritos abaixo, selecione aquele no qual o uso de corticoide para tratamento de infecções odontogênicas agudas está corretamente indicado.

- (A) No tratamento de pericoronarites não supurativas.
- (B) No tratamento de celulites odontogênicas não abscedadas.
- (C) No tratamento de Anginas de Ludwig com risco de comprometimento das vias aéreas pelo extenso edema associado.
- (D) No pré-operatório de drenagens de abscessos intraorais.

10. Sobre o uso de anestésicos locais na cirurgia bucomaxilofacial, assinale a alternativa incorreta.

- (A) O uso da bupivacaína deve ser feito com parcimônia, devido ao seu caráter cardiotoxico.
- (B) A mepivacaína tem intenso caráter lipofílico, sendo o anestésico com melhor difusão através do osso cortical e medular.
- (C) A lidocaína com vasoconstrictor continua sendo uma boa opção anestésica para cirurgias bucodentárias.
- (D) Em áreas com pouco suprimento sanguíneo, como em regiões de cartilagem, o uso de anestésicos sem vasoconstrictor pode ser considerado pelo risco de necrose isquêmica do local.

11. Considerando o uso dos antibióticos, qual destes fármacos não é considerado de escolha para o tratamento de infecções onde há predominância de microrganismos anaeróbios?

- (A) Amoxicilina.
- (B) Ciprofloxacina.
- (C) Metronidazol.
- (D) Clindamicina.

12. Sobre o choque, assinale a alternativa correta.

- (A) O choque cardiogênico é um dos tipos de choque chamados de distributivos.
- (B) O choque séptico ocorre devido a uma vasoconstricção generalizada causada pela massiva liberação de toxinas pelos microrganismos responsáveis pelo processo infeccioso.
- (C) O choque anafilático é aquele causado pelo deslocamento de um trombo causando embolia pulmonar.
- (D) O choque hipovolêmico pode ser do tipo hemorrágico ou não hemorrágico.

Com base na imagem abaixo, responda às questões 13 e 14.



13. De acordo com a classificação de Winter e de Pell & Gregory para prever o nível de dificuldade para remoção de terceiros, podemos afirmar.

- (A) O nível de dificuldade de remoção do dente 18 é maior que o nível do dente 48.
- (B) Pelo nível de dificuldade dos dentes 18, 28, 38 e 48, pode-se afirmar que não é recomendada a remoção de todos esses dentes em único tempo cirúrgico.
- (C) É possível afirmar que os ápices dos dentes 38 e 48 envolvem as estruturas relacionadas ao canal mandibular esquerdo e direito.
- (D) Existe a previsão de ser necessária a realização de osteotomia e odontosseção para remover o dente 38.

14. Quanto aos aspectos dos dentes 18, 28, 38 e 48 da figura acima, assinale a alternativa correta.

- (A) Devido à posição horizontal do dente 38, é recomendado que o profissional realize o procedimento de odontectomia parcial intencional, minimizando a possibilidade de lesão ao feixe vaso-nervoso alveolar inferior.
- (B) Por estarem em uma profundidade de nível C, certamente a remoção dos dentes 18 e 28 causará uma comunicação bucosinusal, que deverá ser tratada imediatamente no intuito de prevenir o desenvolvimento de uma fístula bucosinusal.
- (C) Para remover os dentes 18 e 28, é recomendado que o profissional estabeleça, por acesso oclusal e vestibular, um ponto de apoio na face mesial dos dentes a serem removidos, o mais próximo possível da região cervical e realize movimentos que promovam o deslocamento dos dentes para a direção vestibular, distal e oclusal.
- (D) Para a remoção do dente 48, é preferível que o profissional realize uma ampla osteotomia na região vestibular e distal do referido dente para viabilizar a exodontia sem odontosseção. Dessa forma, previne-se infecção pós-operatória por diminuir a quantidade de fragmento dentário no alvéolo após o procedimento.

15. No controle da dor pós-operatória em pacientes submetidos a cirurgias bucodentárias, assinale a afirmativa correta.

- (A) O uso de analgésicos não opioides, em geral, é insuficiente para um controle satisfatório da dor em procedimentos cirúrgicos bucodentários.
- (B) A prescrição de AINE para uso pré-operatório não contribui para o manejo da dor em pacientes submetidos a tais cirurgias.
- (C) O uso de analgésicos opioides, como o cloridrato de tramadol, deve ser considerado para pacientes com histórico de alergia a AINE.
- (D) O ácido acetilsalicílico deve ser considerado o analgésico não opioide de escolha para o controle da dor em pacientes submetidos a cirurgias bucodentárias.

16. Com relação aos acidentes e complicações em cirurgias para aproveitamento e para remoção de terceiros molares, marque a alternativa correta.

- (A) A osteíte alveolar ou “alvéolo seco” é uma condição em que houve a perda, a lise ou o colapso do coágulo sanguíneo totalmente formado antes do amadurecimento para tecido de granulação. Os sinais e sintomas surgem entre o sétimo e o décimo dia após a extração. As queixas mais comuns são dor, que não responde ao uso de analgésicos de ação periférica, e odor desagradável.
- (B) A ocorrência de hemorragias expressivas após a remoção de terceiros molares está mais relacionada aos inferiores (80%) do que aos superiores (20%). Fatores que aumentam a possibilidade de ocorrência estão relacionados com idade avançada, inclusões com angulação distal e profunda e proximidade com canal mandibular.
- (C) As comunicações bucosinusais podem evoluir para fístulas bucosinusais caso não sejam tratadas adequadamente. Caso ocorra o deslocamento do dente para cavidade sinusal com conseqüente comunicação bucosinusal, o profissional deverá suturar a mucosa alveolar de forma hermética e observar se haverá o desenvolvimento de sinusopatia odontogênica.
- (D) Na confecção do retalho da região retromolar, pode ocorrer dano ao nervo lingual no momento do descolamento. Ao surgimento do sintoma de parestesia lingual, é recomendado que o profissional inicie a laserterapia de baixa intensidade no comprimento de onda de 680nm, com potência de 100mW e energia de 5J.

17. Paciente de 61 anos de idade, normossistêmico, sem dentes na cavidade bucal, apresenta dente 45 incluso na base de sua mandíbula atrófica. Após avaliação para reabilitação bucal, foi solicitado para que o mesmo removesse esse dente incluso para a correta reabilitação do caso. De acordo com o caso acima brevemente relatado, quais os riscos de acidentes associados à remoção desse dente incluso.

- I. Fratura de mandíbula atrófica.
- II. Lesão do feixe vaso-nervoso alveolar inferior.
- III. Lesão do VI par craniano.
- IV. Luxação da mandíbula.

É correto o que se afirma em:

- (A) Apenas I e II estão corretos.
- (B) Apenas I, II e III estão corretos.
- (C) Todos estão corretos.
- (D) Apenas I, II e IV estão corretos.

18. Considerando os acidentes e complicações de origem neurais na CTBMF, assinale abaixo a alternativa correta.

- (A) Neurotmesa é uma lesão em que há rompimento parcial do feixe nervoso.
- (B) Axonotmesa é definido como o rompimento total do feixe nervoso.
- (C) Disestesia é uma alteração da sensibilidade nervosa de uma região inervada por origem traumática, podendo ser referida como queimação ou formigamento da região.
- (D) Parestesia é a perda completa da sensibilidade nervosa de uma região afetada, podendo ser causada por um traumatismo do nervo durante o tratamento cirúrgico.

19. Para a instalação de um implante de plataforma regular (4.1 mm), deve haver um espaço mesiodistal, em milímetros, de, pelo menos:

- (A) 6.
- (B) 6,5.
- (C) 7.
- (D) 7,5.

20. Dentre os fatores que podem interferir no preparo da osteotomia para a inserção de um implante osseointegrável, a densidade óssea representa um determinante importante. Sobre a densidade óssea, é correto afirmar que:

- (A) o osso do tipo D1 (de acordo com a classificação de densidade proposta por Lekholm e Zarb, 1985), que está presente geralmente na região posterior da mandíbula, é um osso formado por uma camada fina de osso cortical circundando osso esponjoso denso.
- (B) o osso trabecular D2 pode estar presente na região anterior de mandíbulas reabsorvidas, onde encontramos um osso residual formado basicamente por osso cortical homogêneo.
- (C) a região posterior da mandíbula e a região anterior da maxila são, usualmente, formadas por osso trabecular D3, podendo no preparo do leito ósseo, ser realizada a técnica de subfresagem para melhorar a estabilidade primária dos implantes instalados nesse tipo de osso.
- (D) a região posterior da maxila geralmente é constituída de osso trabecular D4, sendo a utilização da broca *countersink*, nesse tipo de densidade óssea, uma alternativa importante para melhorar o assentamento da plataforma do implante.

21. Acerca dos princípios que regem a implantodontia, assinale a alternativa incorreta.

- (A) Está contraindicada a colocação de implantes em áreas com presença de infecção ativa.
- (B) Espaços (gaps) de até 05mm entre o osso e a superfície do implante em casos de implantes imediatos, podem ser preenchidos somente com o coágulo sanguíneo, sem a necessidade de enxerto ósseo.
- (C) A técnica de levantamento do seio maxilar poderá ser feita para colocação de enxertos particulados, e com possibilidade de imediata instalação de implantes.
- (D) A lateralização do nervo alveolar inferior é uma técnica indicada para reabilitação dos rebordos atróficos na região posterior de mandíbula, porém com grande morbidade associada.

22. Com relação aos implantes osseointegráveis, avalie as afirmativas a seguir:

- I. Os implantes de plataforma protética do tipo Cone Morse são os mais indicados para reabilitações na zona estética (região anterior de maxila), pois não provocam o processo de saucerização.
- II. Em reabilitações protéticas unitárias sobre implantes, quando pensamos na instalação imediata de um dente provisório fixado ao implante no mesmo momento da instalação deste, a estabilidade primária mínima que deveremos conseguir desse implante dentro do tecido ósseo deverá ser de no mínimo 25 N/cm³.
- III. Durante a cirurgia para a confecção do sítio cirúrgico para a instalação dos implantes, se o osso sofrer um aquecimento além de 47 graus centígrados por mais de 05 minutos, pode sofrer necrose.
- IV. O movimento de perfuração do osso com as fresas durante as cirurgias de instalação dos implantes deve ser intermitente até a profundidade desejada para evitar superaquecimento ósseo.

Estão corretas as afirmativas:

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

23. Quanto às técnicas de regeneração óssea em implantodontia, podemos afirmar.

- (A) Os enxertos autógenos em bloco de origem intrabucal podem ser removidos da tuberosidade da maxila, da sínfise mandibular, linha oblíqua externa e do ângulo mandibular.
- (B) Os enxertos ósseos mineralizados de origem heterógena são considerados materiais osteoindutores.
- (C) O enxerto retirado do ramo mandibular geralmente causa maior morbidade pós-cirúrgica, quando comparado com o removido do mento, como parestesias e deiscências de sutura.
- (D) As membranas de politetrafluoretileno expandido (PTFE) são consideradas não reabsorvíveis, tendo necessidade de um segundo momento para sua remoção.

24. O tratamento de superfície dos implantes dentais representa um grande marco evolutivo da implantodontia, no que se refere ao aperfeiçoamento do processo de osseointegração. Com base no exposto anteriormente, analise as afirmativas a seguir:

- I. As superfícies usinadas se caracterizam, principalmente, pela possibilidade de observação de uma osteogênese de contato e por uma área de superfície semelhante aos de superfície anodizada.
- II. O jateamento de uma superfície tem por objetivo o aumento das irregularidades da superfície do implante, utilizando, por exemplo, a alumina e o óxido de titânio.
- III. O método biomimético de tratamento de superfície consiste na precipitação heterogênea de hidroxiapatita sob condições fisiológicas de temperatura e pH sobre o implante dentário, assim, capazes de aumentar a osseocondutividade e potencializar a formação do osso em torno do implante.
- IV. o processo de anodização resultará no aumento da espessura da camada de óxido de titânio TiO₂ com a possibilidade de adição de outros elementos, como fosfato (PO₄), potencializando-se a osseointegração.

Estão corretas as afirmativas:

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

25. A identificação dos defeitos que necessitam de reconstrução óssea na face define a modalidade terapêutica que será utilizada em seu tratamento. Dessa forma, num paciente que necessitou de mandibulectomia parcial, com um defeito entre cotos ostectomizados de 11cm, da região de corpo mandibular direito a ramo mandibular esquerdo, qual o tipo de reconstrução óssea estaria indicado?

- (A) Enxerto ósseo autógeno microvascularizado de fíbula.
- (B) Enxerto ósseo livre de crista posterior de íliaco.
- (C) Proteína morfogenética óssea do tipo II.
- (D) Osso liofilizado bovino.

26. Paciente de 35 anos de idade, após acidente esportivo teve fratura dentoalveolar do dente 11 com avulsão do dente associada à perda da parede vestibular desse alvéolo dentário. Tendo em vista que o remanescente ósseo da região acometida apresenta 2mm de espessura, não havendo defeito de altura na região, assinale a alternativa **incorreta**.

- (A) O enxerto autógeno em bloco com zona doadora de mento ou linha oblíqua externa mandibular seriam excelentes opções para reconstrução óssea do defeito.
- (B) O uso de uma membrana de colágeno após o enxerto poderia propiciar uma regeneração tecidual guiada, otimizando o reparo ósseo.
- (C) O preparo do leito doador é fundamental para a perfeita cicatrização do enxerto ósseo.
- (D) Enxerto do tipo *in lay* estaria contraindicado para esse caso descrito.

27. Dentre as atribuições do cirurgião-dentista, está a atuação na prevenção e no diagnóstico precoce de lesões malignas da cavidade bucal. O carcinoma de células escamosas (CEC) destaca-se como o mais frequente, sendo assim, há uma necessidade direta no conhecimento dessa lesão. Com relação ao CEC e às lesões de diagnóstico diferencial, assinale a afirmativa verdadeira.

- (A) A paracoccidiodomicose é uma doença fúngica causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis* e é a micose sistêmica mais comum na América Latina. Na boca, as lesões típicas mostram hiperplasia finamente granular e eritematosa, sendo conhecida como estomatite moriforme.
- (B) A sífilis é considerada como uma doença bacteriana causada pelo *Treponema pallidum*, e a manifestação primária é chamada de goma sífilítica que aparece no local do contágio após período de incubação de 9 a 90 dias.
- (C) A fase tardia da sífilis se desenvolve em média de 4 a 8 anos do contágio. Na boca, a lesão típica é chamada de cancro sífilítico, afetando principalmente a língua e o palato.
- (D) O ceratoacantoma é uma lesão tumoral relativamente comum que aparece na pele da face, dos antebraços e das mãos. Na boca, o vermelhão do lábio superior é a região mais afetada e sua etiologia parece estar relacionada à exposição a raios ultravioletas do sol, a viroses, a carcinogênicos químicos e a drogas imunossupressoras.

28. Os cistos odontogênicos são encontrados de forma relativamente comum na rotina do cirurgião-dentista, sendo importante o conhecimento dos diversos tipos e suas características clínicas, imaginológicas e histopatológicas. Assinale a alternativa correta a respeito dos cistos odontogênicos.

- (A) O cisto dentífero é definido como um cisto que se origina pela separação do folículo que envolve a coroa de um dente incluso, levando ao acúmulo de fluido entre o epitélio reduzido do esmalte e a coroa do dente envolvido. Pode ser encontrado em pacientes com ampla variação de idade, mas são mais frequentemente achados em pacientes com idade entre 10 e 30 anos. Podem atingir tamanho considerável e, quando grandes, podem estar associados à assimetria facial e à expansão indolor do osso na área envolvida.
- (B) Como característica histopatológica, um cisto dentífero não inflamado apresenta a capsula de tecido conjuntivo fibroso arranjada frouxamente com considerável substância amorfa composta por glicosaminoglicanos. O revestimento epitelial consiste em uma camada uniforme de epitélio escamoso. A camada basal epitelial é composta por uma camada em paliçada de células epiteliais coloidais, frequentemente hiper cromáticas.
- (C) Radiograficamente, o cisto dentífero revela uma área radiolúcida unilocular associada à coroa de um dente incluso. Tal lesão é circundada por um halo radiopaco com margem bem definida e esclerótica, revelando um comportamento agressivo e de crescimento rápido. Caso alcance grandes proporções, pode passar a impressão de uma lesão multilocular devido à persistência de trabéculas ósseas dentro da lesão, porém são processos macroscópico e histologicamente uniloculares.
- (D) Geralmente, o tratamento do cisto dentífero é a cuidadosa remoção da lesão juntamente com o dente incluso. Caso a lesão seja de grandes proporções, a estratégia mais recomendada é a remoção completa da lesão associada a meios complementares de remoção óssea como a utilização de solução de Carnoy, a osteotomia periférica ou a osteotomia segmentar.

29. O cisto periapical, também chamado de cisto radicular ou cisto periodontal apical, é o cisto odontogênico mais comum, pois representa mais da metade de todos os cistos orais. Sobre seus aspectos clínicos, imaginológicos e histopatológicos, assinale o item correto.

- (A) Clinicamente, apresenta-se como uma lesão de crescimento lento, com destruição do osso à medida que se expande por aumento da quantidade de líquido no seu lúmen. Seu surgimento está relacionado com restos epiteliais de Malassez, os quais respondem a uma inflamação provocada por infecção pulpar bacteriana.
- (B) Radiograficamente, o cisto periapical aparece como uma radiotransparência ao redor de uma raiz dentária com resultados positivos ao teste de sensibilidade pulpar e envolta por um halo radiopaco descontínuo e mal definido. Geralmente causa deslocamento de raízes dentárias de dentes adjacentes.

- (C) Histologicamente, é uma cavidade revestida por epitélio escamoso não ceratinizado de espessura variável. Raramente são encontrados neutrófilos dentro do revestimento epitelial. Células gigantes multinucleadas associadas com depósitos de cristais de colesterol e de hemossiderina costumam estar presentes na parede do cisto, simulando o comportamento de células fantasmas.
- (D) Quando atingem tamanhos maiores que cinco centímetros no maior diâmetro, devem ser tratados como lesões de maior potencial de recidiva. Portanto, tratamentos que promovam sua diminuição progressiva, a exemplo da marsupialização, não são alternativas.

30. O ameloblastoma é um tumor odontogênico com frequência relevante e com capacidade de causar grandes destruições. Assinale a alternativa correta a respeito desse tumor.

- (A) A forma de apresentação clínico e radiográfica é dividida em três: sólido convencional ou unicístico (cerca de 86% de todos os casos); multicístico (cerca de 13% de todos os casos) e periférico (variante extraóssea com cerca de 15% de todos os casos). Todos com predileção pela mandíbula em relação à maxila.
- (B) O ameloblastoma sólido convencional pode apresentar diversos padrões histológicos. Os padrões folicular e desmoplásico são os mais comuns. Os padrões acantomatoso, de células granulares, plexiforme e de células basais são os menos frequentes, sendo os mais difíceis de responder ao tratamento.
- (C) O ameloblastoma unicístico acomete em mais de 90% dos casos a mandíbula, usualmente na região de pré-molares, caninos e incisivos. Geralmente é assintomático, podendo causar aumento de volume indolor nos ossos gnáticos. Em imagem radiográfica, pode ser confundido com um cisto dentífero.
- (D) O ameloblastoma periférico é uma lesão indolor geralmente localizada na mucosa gengival ou alveolar, não ulcerada, podendo se apresentar de forma séssil ou pedunculada. Por ser uma lesão de características clínicas inespecíficas, pode ser confundida clinicamente com um fibroma ou um granuloma piogênico.

31. Quanto aos procedimentos para proporcionar uma via aérea segura, assinale o item correto.

- (A) Pacientes com tubo orotraqueal e com previsão de serem retirados do ventilador entre 7 a 10 dias tem a indicação formal de serem submetidos a procedimento de traqueostomia.
- (B) No momento da traqueostomia eletiva, é aconselhável que a cabeça do paciente esteja estendida. Dessa forma, a distração da laringe e da traqueia aumenta a distância da cartilagem cricoide do manúbrio externo, facilitando o procedimento.
- (C) O pneumotórax como complicação de uma traqueostomia é um achado raro. Quando presente, está mais associado a uma traqueia difícil ou a uma dissecação profunda inferior e central em crianças.
- (D) A incisão vertical sobre a pele cervical é a mais realizada, porém uma incisão horizontal pode ser confeccionada. Nesse último caso, o cirurgião deve ter o cuidado de não transfixar a traqueia para a inserção da cânula traqueal.

32. Quanto ao controle da via aérea em procedimentos cirúrgicos, é correto afirmar.

- (A) Os Dispositivos Supraglóticos (DSG) podem ser vantajosos em pacientes que necessitem de pequenos procedimentos cirúrgicos, por exemplo realizar sutura na região do lábio de crianças. A desvantagem desses dispositivos é que levam à maior tendência de produzir broncoespasmo reversível em comparação à intubação traqueal.
- (B) A laringoscopia direta é o procedimento que tem o objetivo de produzir uma linha de visão direta do olho do anestesiológista até a laringe. A graduação de Cormack-Lehane (graus 1 a 4) faz uma correlação da laringoscopia com a dificuldade progressiva de intubação.
- (C) O anestesiológista deve decidir se o paciente será intubado acordado ou somente após a indução da anestesia geral. A intubação com o paciente acordado é escolhida quando uma dificuldade que colocará a vida do paciente em risco não é vislumbrada, enquanto o manejo da via aérea após a indução é escolhido quando se espera uma situação incorrigível.
- (D) Um Dispositivo Supraglótico (DSG) pode ser usado para ventilação do paciente em caso de falha na intubação ou na ventilação com máscara. A principal vantagem dos DSG na reanimação é a capacidade de proteção mecânica da via aérea contra a regurgitação gástrica.

33. Paciente com fratura bilateral de côndilo intracapsular, de tratamento conservador, e complexo zigomático orbitário unilateral com grande afundamento após trauma contuso na face, apresentando severa limitação de abertura bucal. Qual dos procedimentos abaixo **não** seria de escolha para estabelecimento da via aérea durante a anestesia geral para o tratamento das fraturas descritas?

- (A) Intubação nasal assistida por nasofibroscopia.
- (B) Intubação retrógrada.
- (C) Traqueostomia.
- (D) Laringoscopia com intubação orotraqueal.

34. Motorista sofre batida na traseira de seu automóvel, tendo como consequência traumatismo severo na coluna cervical, progredindo com um quadro clínico de dificuldades em rodar a cabeça e elevar os ombros. Essa correlação clínica está associada a:

- (A) lesão da C6 e C7 com comprometimento IX par craniano.
- (B) lesão do XII par e paralisia do esternocleidomastóideo.
- (C) paralisia dos músculos esternocleidomastóideo e trapézio por lesão do XI par craniano.
- (D) lesão da C3 e C4 com comprometimento IV par craniano.

35. Quanto ao diagnóstico e ao tratamento do trauma nasal, marque o item correto.

- (A) A irrigação arterial da cavidade nasal se deve principalmente à artéria esfenopalatina, como fonte principal, à artéria labial superior, ramo da artéria facial e às artérias etmoidais anterior e posterior, ramos da artéria carótida interna.
- (B) Diante de episódios de epistaxe recorrente, o profissional deve considerar a possibilidade de automutilação como fator primordial frente à possibilidade do uso de medicações anticoagulantes.
- (C) O local de mais comum de epistaxe anterior na parede lateral da cavidade é suprido principalmente por ramos e anastomoses das artérias esfenopalatinas, labial superior e etmoidal posterior. É conhecido por “pequena área” ou plexo de Kiesselbach.
- (D) O plexo de Woodruff é uma rede de anastomoses na parede do septo nasal. Persiste como fonte principal de sangramento posterior. A utilização de sondas de Folley no 16 para tamponamento posterior apresentam eficácia comprovada.

36. Paciente vítima de trauma esportivo com fratura de nariz e apresentando epistaxe severa no momento da admissão ao hospital. Assinale a opção correta quanto ao tratamento dessa condição.

- (A) O paciente deverá ser mantido em posição de Trendelenburg, com a cabeça mais baixa em relação ao tronco e membros inferiores.
- (B) Deve-se realizar tampão nasal anterior e/ou posterior para contenção da hemorragia.
- (C) O uso de anti-hemorrágicos sistêmicos está contraindicado nesse caso por tratar-se de sangramento de caráter eminentemente local.
- (D) O paciente deverá realizar transfusão de concentrado de hemácias profilaticamente, independente do resultado dos exames hematológicos.

37. Paciente portador de fratura do terço médio da face onde ocorreu comprometimento da lâmina crivosa do etmoide, poderá progredir:

- (A) com um quadro de perda de olfato por lesão do I par craniano.
- (B) com um quadro de perda de movimentos do pescoço por lesão do VI par craniano.
- (C) com uma lesão do gânglio de Gasser.
- (D) com uma dificuldade de deglutição.

38. Paciente que sofreu trauma contuso na face na região do mento onde progrediu com um quadro de contato prematuro na região de molares direitos para o lado direito e otorragia. Essa situação pode ser explicada por:

- (A) fratura do côndilo mandibular e ação do músculo pterigoideo lateral.
- (B) ação dos músculos pterigoideo medial e trapézio.
- (C) ação da musculatura supra-hióidea.
- (D) fratura do mento com deslocamento da mandíbula por ação dos músculos infra-hióideos.

39. Paciente J.B.S, 40 anos, sofre traumatismo facial, na região da órbita, apresentando equimose e edema periorbitário, equimose subconjuntival, enfisema e epistaxe. Evolui com anisocromia, ptose palpebral. Diante da situação acima, analise as afirmações abaixo:

- I. Paciente portador de fratura da parede orbitária e comprometimento do nervo óptico.
- II. Fratura de órbita com comprometimento da inervação do IV par craniano.
- III. Fratura do complexo zigomático orbitário e comprometimento da inervação do III par craniano.
- IV. Fratura de OPN e fratura orbitária.
- V. Fratura de órbita, na parede lateroposterior e comprometimento do nervo óptico.

É correto o que se afirma em:

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

40. Na rotina de um profissional que trabalha em um hospital de referência no atendimento de traumas de face, muitas vezes o profissional necessita solicitar exames de imagens que possam auxiliar no diagnóstico e na definição de conduta. Assinale o item correto.

- (A) Quando o paciente apresenta um trauma na região zigomática direita, com distopia, edema palpebral e limitação da abertura bucal, as técnicas radiográficas que poderão auxiliar o profissional são as radiografias posteroanterior de face (PA de Face) e laterais oblíquas direita e esquerda de face.
- (B) Paciente apresentando mordida aberta anterior e contato oclusal prematuro bilateral na região de molares após trauma na região do mento, é indicado que o cirurgião solicite as técnicas radiográficas anteroposterior de Towne (AP de Towne) e laterais oblíquas direita e esquerda de mandíbula.
- (C) Para planejamento cirúrgico de um paciente com fratura de parede medial da órbita direita, é suficiente os dados obtidos em uma radiografia posteroanterior oblíqua de face (PA de Waters) e axial de Hirtz, pois dessa forma são obtidos dados em diferentes planos.
- (D) Para o planejamento de uma cirurgia para redução de fratura de ossos próprios do nariz (OPN), é recomendado que o profissional tenha dados em diferentes direções. As radiografias de perfil da face e axial de Hirtz são ideias para tal planejamento.

41. Em artigo científico publicado em 2017, SALES PHH e colaboradores realizaram um levantamento epidemiológico dos pacientes com fraturas em um hospital de referência em atendimento a acidentes. Com base nos dados abaixo, marque a alternativa correta.

Fraturas Múltiplas em Face				
	Não	Sim	p-Valor ^a	p-Valor ^b
Procedência				
Interior	35	41	0.219	0.610
	56.5%	67.2%		
Zona Metropolitana	27	20		
	43.5%	32.8%		
Faixa Idade				
0-20 anos	8*	19	0.032	0.341
	12.9%	31.1%		
21-40 anos	42	29*		
	67.7%	47.5%		
> 40 anos	12*	13		
	19.4%	21.3%		
Sexo				
Feminino	11	7	0.326	0.183
	17.7%	11.5%		
Masculino	51	54		
	82.3%	88.5%		
Usava capacete				
Não	43	50+	0.103	0.049
	69.4%	82.0%		
Sim	19+	11		
	30.6%	18.0%		
Possui habilitação				
Não	45	45	0.882	0.517
	72.6%	73.8%		
Sim	17	16		
	27.4%	26.2%		
Ingeriu bebida alcoólica				
Não	35	41	0.219	0.179
	56.5%	67.2%		
Sim	27	20		
	43.5%	32.8%		
Condutor ou passageiro				
Passageiro	7	4	0.358	0.179
	11.3%	6.6%		
Condutor	55	57		
	88.7%	93.4%		
Fraturas em outra parte do corpo				
Não	49	49	0.858	0.364
	79.0%	80.3%		
Sim	13	12		
	21.0%	19.7%		

*p<0.05, aTeste qui-quadrado; †p<0.05, bRegressão Logística Multinomial;

- (A) Houve diferença estatisticamente significativa quanto à procedência dos pacientes que não tiveram fraturas múltiplas de face.
- (B) É possível afirmar, por meio do número absoluto, que as pessoas que menos tiveram fraturas múltiplas da face não usavam capacete.
- (C) Dentre as categorias de faixas etárias, a que mais está relacionada à ocorrência de fraturas múltiplas é a de 21-40 anos de idade.
- (D) O número de pacientes que afirmam ter consumido bebidas alcoólicas é maior que o número que nega ter consumido.

42. Para o tratamento das fraturas mandibulares, alguns conceitos de física e de mecânica são necessários para definir a melhor forma de fixação dos cotos fraturados. Assinale o item correto:

- (A) Em casos de fraturas em que houve perda de segmento e fragmentação óssea, o profissional escolherá por formas de fixação em que o material de órtese compartilhará com o osso mandibular remanescente a capacidade de manter a redução dos fragmentos. Tal situação enquadra-se nos princípios de *LoadShearing*.
- (B) Em casos de fraturas que apresentam traços de fratura lineares, sem perda ou fragmentação óssea e com boa capacidade de resistir aos esforços, o profissional utilizará um sistema de fixação óssea baseado nos princípios de *LoadBearing*. Um bom exemplo de sistema para tal situação é o de 2,4mm.
- (C) Caso haja uma fratura no ângulo mandibular com pouco deslocamento dos cotos fraturados, em que o paciente seja cooperativo, existe a possibilidade de o profissional utilizar um sistema de fixação óssea de 2.0mm instalado na zona de tensão por acesso intraoral. Tal situação enquadra-se no protocolo de Champy.
- (D) Os princípios de fixação óssea preconizados pela AO/ASIF são imutáveis. Portanto, o cirurgião deverá segui-los sem a possibilidade de realizar alterações no momento em que estiver fixando os cotos fraturados. Tal situação refere-se ao princípio da imutabilidade da fixação óssea.

43. Os músculos que movem a mandíbula e auxiliam na mastigação e na fala são conhecidos como músculos da mastigação. Podemos afirmar que:

- (A) o músculo temporal tem inserção na fossa temporal.
- (B) o músculo masseter tem como ação protrair e abaixar a mandíbula.
- (C) três dos quatros músculos da mastigação fecham a mandíbula e apenas o músculo pterigoideo lateral contribui na abertura da boca.
- (D) o músculo pterigoideo lateral tem origem no colo do côndilo da mandíbula.

44. Os músculos da mastigação associados à dinâmica da articulação temporomandibular, movimentam a mandíbula em diferentes direções e planos. Marque a opção correta relacionada à descrição anatômica e funcional desses músculos.

- (A) O músculo pterigoideo lateral tem origem na fossa lateral do osso etmoide e inserção na face interna do ramo da mandíbula.
- (B) O músculo temporal tem origem na fossa craniana e inserção na apófise do côndilo mandibular.
- (C) O músculo pterigoideo medial tem ação de elevar a mandíbula, fazendo ação de antagonismo com o masseter.
- (D) O músculo masseter é um dos principais músculos elevadores da mandíbula e é innervado pelo terceiro ramo do quinto par de nervos cranianos.

45. Para o tratamento cirúrgico das luxações recidivantes da ATM, várias técnicas podem ser empregadas. Assinale abaixo qual das técnicas estaria contraindicada para o tratamento dessas alterações da ATM.

- (A) Eminectomia.
- (B) Plicatura do disco articular.
- (C) Instalação de barreiras físicas de placas de titânio na eminência articular para limitar o movimento mandibular.
- (D) Instalação de parafusos de titânio na eminência articular para limitar o movimento mandibular.

46. De acordo com as patologias que acometem a Articulação Temporomandibular, assinale o item correto.

- (A) A anquilose é uma alteração que pode ter origem traumática, podendo ser classificada em intracapsular ou extracapsular, levando a uma limitação parcial ou total da abertura de boca.
- (B) Na artrite reumatoide que acomete a articulação temporomandibular é possível observar a proliferação de tecido sinovial sem possibilidade de reabsorções condilares.
- (C) Nos casos de deslocamento anterior de disco sem redução, apesar da alteração, o côndilo ainda é capaz de transladar em sua amplitude anterior.
- (D) A hiperplasia condilar é uma lesão neoplásica que indica o tratamento de condilectomia total e encaminhamento da peça patológica para estudo histopatológico.

47. Como regra, pacientes que serão submetidos à cirurgia ortognática necessitam de preparo ortodôntico prévio. Quanto ao preparo ortodôntico para a cirurgia ortognática, assinale a alternativa correta.

- (A) A fase de nivelamento dentário corresponde à dissolução de apinhamentos dentários e, se possível, o fechamento de diastemas e de espaços residuais. Para ter uma previsão do espaço necessário para alinhamento, o profissional pode realizar análises como a análise de Bolton e a análise da discrepância de modelos.
- (B) É importante que, durante o tratamento ortodôntico, o cirurgião acompanhe a evolução dos movimentos dentários. Dessa forma, ele poderá contribuir com sugestões para o correto preparo ortodôntico. A compatibilização dos arcos (coordenação interarcos) e a coordenação intra-arcos poderão ser verificadas por meio de manipulação da mandíbula para posição de relação cêntrica.
- (C) Em termos gerais, a ortodontia pré-operatória iniciará com arcos finos de secção circular e progressivamente aumentará a espessura dos arcos ortodônticos até que possa evoluir para arcos retangulares. Devido ao torque embutido nos braquetes ou às dobras realizadas nos fios retangulares, o movimento de inclinação dos dentes ocorrerá.
- (D) É recomendado que o aparelho ortodôntico seja instalado de forma que os segundos molares participem da mecânica ortodôntica. Caso isso não aconteça, após alcançado o alinhamento, o nivelamento e a descompensação dos dentes, estando o paciente apto à cirurgia ortognática, recomenda-se a colagem de tubo nos segundos molares de forma ativa.

48. O planejamento para a cirurgia ortognática tem passado por uma fase de quebra de paradigmas, saindo de uma forma bidimensional para uma tridimensional. Sobre as formas de planejamento, identifique o item correto.

- (A) Em ambas as formas de planejamento, as fases de aquisição de exames e de orientação da cabeça podem modificar a coleta e a interpretação dos dados, levando à tomada de decisões incorretas.
- (B) A utilização de *softwares* para realização do planejamento digital é uma forma de garantir a precisão dos movimentos a serem realizados no ato cirúrgico, pois impossibilita o cirurgião de realizar movimentos cirúrgicos desfavoráveis.
- (C) Por meio de uma telerradiografia lateral, é possível realizar o planejamento cirúrgico de um paciente. Dessa forma, serão definidos movimentos verticais, anteroposteriores e mediolaterais.
- (D) A capacidade de reproduzir os movimentos planejados é semelhante quando utilizamos o traçado cefalométrico bidimensional com a cirurgia de modelos e o planejamento virtual tridimensional com impressão de guia cirúrgico em resina fotopolimerizável.

49. Quanto aos aspectos clínicos, de imagens e de modelos de pacientes aptos à cirurgia ortognática, identifique a resposta correta.

- (A) Quando o profissional manipula os modelos da maxila e da mandíbula em posição de oclusão pós-operatória, busca os critérios de linhas médias coincidentes, relação de caninos em chave de classe I de Angle e intercuspidação satisfatória. Com isso, não é necessário o tratamento ortodôntico após a cirurgia.
- (B) Ao avaliar a descompensação dentária superior, o cirurgião pode calcular o ângulo formado pelo longo eixo dos incisivos superiores em relação ao plano oclusal da maxila. De acordo com Arnett e McLaughlin, esse ângulo deverá estar idealmente entre 57° e 58°.
- (C) Ao avaliar a descompensação dentária inferior, o cirurgião pode calcular o ângulo formado pelo longo eixo dos incisivos inferiores em relação ao plano oclusal da mandíbula. De acordo com Arnett e McLaughlin, esse ângulo deverá estar idealmente em 64°.
- (D) A falta de coincidência entre a linha média dentária superior e a rafe palatina pode estar relacionada com a mecânica assimétrica de retração dos incisivos nos casos de remoção dos dentes 14 e 24 para descompensação em pacientes classe III de Angle.

50. Quanto às osteotomias utilizadas para correção de deformidades dentofaciais, assinale o item correto.

- (A) A osteotomia maxilar tipo Le Fort I possibilita a movimentação da maxila em diversos planos e direções. Quando realizada a rotação horária do complexo maxilo-mandibular com intrusão do segmento anterior e manutenção da altura dos incisivos, o fulcro de rotação está localizado na região dos pré-molares.
- (B) Nos casos em que está planejada a segmentação da maxila, é recomendado que o ortodontista promova um afastamento das raízes próximas às osteotomias alveolares de aproximadamente 3 milímetros. Com isso, o risco de dano periodontal aos dentes adjacentes é diminuído.
- (C) Com o passar dos anos, a Osteotomia Sagital Bilateral da Mandíbula (OSBM) foi passando por modificações. Algumas com o objetivo de evitar fraturas desfavoráveis, outras de diminuir o dano ao nervo alveolar inferior. Atualmente, sabe-se que a porção medial da OSBM, realizada na face interna do ramo mandibular, não poderá ser realizada abaixo do forame mandibular.
- (D) A fixação da OSBM tem se tornado cada vez mais estável. É possível definir com exatidão que a melhor forma de fixação dos segmentos osteotomizados é utilizar o método de duas miniplacas retas do sistema 2.0 em cada osteotomia, estando uma na porção alveolar e outra na porção basilar.