

CONHECIMENTOS ESPECIALIZADOS

31) No que tange a técnica anestésica de bloqueio do nervo palatino maior, avalie as afirmativas abaixo.

- I. Dentre as desvantagens, pode-se destacar o fato de não haver hemostasia, exceto na área próxima da injeção.
- II. É útil para anestésiar a porção anterior do palato duro (tecidos moles e duros) desde a face medial do primeiro pré-molar direito até a face medial do primeiro pré-molar esquerdo.
- III. Volumes mínimos de solução (0,2 a 0,3 ml) produzem anestesia dos tecidos rígidos e moles profundos.
- IV. O bloqueio do nervo nasopalatino é menos traumático que o bloqueio do nervo palatino maior, pois, os tecidos que circundam o forame nasopalatino acomodam melhor o volume de solução depositado.

Está(ão) correta(s) apenas a(s) afirmativa(s)

- a) II e IV.
- b) II e III.
- c) I e IV.
- d) I.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

De acordo com a obra, apenas a afirmativa I é correta. Dentre as desvantagens, pode se destacar que não há hemostasia, exceto na área próxima da injeção.

(II) A porção anterior do palato duro (tecidos moles e duros) desde a face medial do primeiro pré-molar direito até a face medial do primeiro pré-molar esquerdo é anestesiado pelo Bloqueio do Nervo Nasopalatino.

(III) Os volumes mínimos de solução necessários para produzir anestesia dos tecidos rígidos e moles profundos são de 0,45 a 0,6 ml;

(IV) Segundo a obra, o bloqueio do nervo palatino maior é menos traumático que o bloqueio do nervo nasopalatino, porque os tecidos que circundam o forame palatino maior acomodam melhor o volume de solução depositado. [...]

Fonte:

MALAMED, Stanley F. **Manual de Anestesia Local**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

32) Em conformidade com Malamed (2013), um dos sinais e sintomas sugestivos de efeito do anestésico, após realização da técnica de injeção de bloqueio do nervo alveolar inferior, é

- a) a pressão atrás da parte superior da maxila no lado da injeção, progredindo para a pálpebra inferior e ausência de dor durante o tratamento.
- b) o formigamento ou dormência do lábio inferior, o que indica anestesia do nervo mentoniano, um ramo terminal do nervo alveolar inferior.
- c) o formigamento e dormência na parte posterior do palato, parestesia do lábio superior lateral do nariz.
- d) o formigamento ou dormência na pálpebra inferior, face lateral do nariz e lábio superior.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Segundo Malamed (2013), o formigamento ou dormência do lábio inferior indica anestesia do nervo mentoniano, um ramo terminal do nervo alveolar inferior. É uma boa indicação de que o nervo alveolar inferior está anestesiado, embora não seja um indicador confiável da profundidade da anestesia. Pressão atrás da parte superior da maxila no lado da injeção; em geral esta desaparece rapidamente, progredindo para formigamento e dormência da pálpebra inferior, lateral do nariz e lábio superior. Formigamento e dormência na pálpebra inferior, face lateral do nariz e lábio superior indicam anestesia do nervo infra-orbitário. Formigamento e dormência na parte posterior do palato indicam anestesia do palato, e parestesia do lábio superior sugerem bloqueio do nervo alveolar superior médio.

Fonte:

MALAMED, Stanley F. **Manual de Anestesia Local**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

33) Informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo sobre o bloqueio do nervo incisivo. A seguir, marque a opção com a sequência correta.

- () O nervo sempre será anestesiado quando o bloqueio do nervo alveolar inferior ou mandibular for bem-sucedido.
- () Os pré-molares, os caninos e os incisivos laterais e centrais não são anestesiados quando se faz o bloqueio do nervo incisivo.
- () Uma indicação importante de bloqueio do nervo incisivo é quando o procedimento envolve o trecho da mandíbula anterior ao forame mentoniano.
- () Os tecidos moles da língua e o palato são anestesiados quando ocorre o bloqueio do nervo incisivo.

- a) F – V – V – V
- b) V – F – F – F
- c) V – F – V – V
- d) F – V – V – F

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A primeira alternativa é verdadeira. O nervo sempre será anestesiado quando o bloqueio do nervo alveolar inferior ou mandibular for bem-sucedido; portanto, não é necessário bloqueio do nervo incisivo quando esses bloqueios são realizados.

A segunda alternativa é falsa. O nervo sempre será anestesiado quando o bloqueio do nervo alveolar inferior ou mandibular for bem-sucedido; portanto, não é necessário bloqueio do nervo incisivo quando esses bloqueios são realizados.

A terceira alternativa é falsa. Os pré-molares, os caninos e os incisivos laterais e centrais, incluindo os tecidos moles da boca e o osso, são anestesiados quando se faz o bloqueio do nervo incisivo.

A quarta alternativa é falsa. Uma indicação importante de bloqueio do nervo incisivo é quando o procedimento considerado envolve os lados direito e esquerdo da mandíbula. Os tecidos moles da língua não são anestesiados com este bloqueio.

Fonte:

MALAMED, Stanley F. **Manual de Anestesia Local**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. (Capítulo 14, p. 191)

34) Relacione a coluna da direita com a da esquerda, atrelando os compostos orgânicos aos anestésicos locais. Depois, marque a sequência correta nas alternativas abaixo. Alguns números poderão ser utilizados mais de uma vez.

- | | | |
|---|-----|--------------------------------|
| (1) Ésteres do ácido benzoico | () | Procaína |
| (2) Ésteres do ácido para-aminobenzoico | () | Etilaminobenzoato (benzocaína) |
| (3) Quinolina | () | Mepivacaína |
| (4) Amidas | () | Butacaína |
| | () | Centbucridina |
| | () | Prilocaína |

- a) 2 – 2 – 1 – 4 – 3 – 1
- b) 3 – 3 – 1 – 2 – 4 – 2
- c) 2 – 1 – 4 – 1 – 3 – 4
- d) 4 – 1 – 2 – 3 – 2 – 3

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA (LETRA C)

De acordo com a classificação dos anestésicos locais

- (1) **Ésteres do ácido benzoico:** Butacaína; Cocaína; Etilaminobenzoato (benzocaína); Hexilcaína; Piperocaína; Tetracaína.
- (2) **Ésteres do ácido para-aminobenzoico:** Cloroprocaína; Procaína; Propoxicaína.
- (3) **Quinolina:** Centbucridina ;
- (4) **Amidas:** Prilocaína; Mepivacaína

Fonte:

MALAMED, Stanley F. **Manual de Anestesia Local**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

35) Em conformidade com os aspectos referentes ao osso disponível para a realização do implante dentário, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, marque a opção com a sequência correta.

- () A altura óssea mínima disponível necessária para a sobrevida dos implantes endósseos está relacionada ao rebordo alveolar o qual é, de modo geral, menor na área de primeiro molar.
- () A disponibilidade de altura óssea, geralmente, é maior na área de primeiro pré-molar superior do que na área de segundo pré-molar.
- () O osso menos denso pode acomodar um implante mais curto (8 mm) e um osso mais denso, mais forte, pode necessitar de um implante mais longo (12 mm).
- () Uma vez estabelecida a altura mínima do implante para cada tipo de desenho e densidade óssea, o comprimento adicional é mais importante do que a largura.

- a) V – F – V – V
- b) F – V – F – F**
- c) V – V – V – F
- d) F – F – F – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A primeira afirmativa é falsa. A altura óssea mínima disponível necessária para a sobrevida dos implantes endósseos a longo prazo está relacionada à densidade do osso.

A segunda afirmativa é verdadeira. De acordo com Misch (2006), geralmente, a disponibilidade de altura óssea é maior na área de primeiro pré-molar superior do que na área de segundo pré-molar, que por sua vez é maior do que nas áreas molares, devido à morfologia côncava do assoalho do seio maxilar.

A terceira afirmativa é falsa. O osso mais denso pode acomodar um implante mais curto (8 mm), e um osso menos denso, mais fraco, pode necessitar de um implante mais longo (12 mm).

A quarta afirmativa é falsa. Uma vez estabelecida a altura mínima do implante para cada tipo de desenho e densidade óssea, a largura é mais importante que o comprimento adicional.

Fonte:

MISCH, Carl E. **Prótese sobre Implantes.** São Paulo: Santos, 2006.

36) Tendo em vista as contraindicações dentárias para tratamento com implantes da maxilar posterior, analise as afirmativas abaixo.

- I. O espaço de altura da coroa (EAC) deve ser avaliado antes da instalação do implante, visto que o EAC deve ser maior que 8 mm.
- II. Em geral, a qualidade de osso é mais precária na maxila posterior, se comparada com qualquer outra região intraoral.
- III. São indicados implantes com forma radicular parafusados de 4 mm de comprimento menor que 12 mm, pelo fato de a densidade óssea nessa região ser muito baixa.

Está(ão) correta(s) apenas a(s) afirmativa(s)

- a) II e III.
- b) I e II.**
- c) III.
- d) II.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Segundo Misch (2003), o espaço de altura da coroa (EAC) deve ser avaliado antes da instalação do implante. [...], o EAC deve ser maior que 8 mm.

(II) Em geral, a qualidade de osso é mais precária na maxila posterior, se comparada com qualquer outra região intraoral.

(III) Os implantes com forma radicular parafusados de 4 mm devem ter pelo menos 12 mm de comprimento quando a densidade óssea for baixa. [...] Portanto, o implante deve ter frequentemente de 12 a 16 mm de comprimento nesta região da boca.

Fonte

_____. **Prótese sobre Implantes.** 2. ed. São Paulo: Santos, 2015.

37) Com relação a guias cirúrgicos, analise o que se coloca abaixo.

- I. Não pode ser usado para mais de um procedimento, em virtude da dificuldade de esterilização.
- II. Deve ser volumoso, de difícil inserção e esconder pontos de referência cirúrgicas no entorno.
- III. Não deve contaminar o campo cirúrgico durante a inserção de enxertos ósseos ou a instalação de implantes.
- IV. Deve ser estável e rígido quando na posição correta, ser transparente e permitir fácil acesso ao cirurgião e ao assistente.

Está(ão) correta(s) apenas a(s) afirmativa(s)

- a) II, III e IV.
- b) III e IV.**
- c) I e IV.
- d) II.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA (LETRA B)

A afirmativa I é incorreta, pois de acordo com a referida obra, o guia cirúrgico pode ser usado para enxerto ósseo, e mais tarde o mesmo guia pode ser usado para a inserção dos implantes e novamente para o momento de reabertura. Um guia de estudo facilita a esterilização e uso em diversos procedimentos.

(II) Conforme a obra de referência, a alternativa contradiz a obra, posto que o modo como o guia pode ser usado após o rebatimento de tecidos moles na região do implante. [...] O guia não deve ser volumoso, de difícil inserção, ou esconder pontos de referência cirúrgica no entorno.

(III) Segundo a obra, o guia, dentre outras recomendações, não deve contaminar o campo cirúrgico durante a inserção de enxertos ósseos ou a instalação de implantes; deve também ser transparente e permitir fácil acesso ao cirurgião e ao assistente.

(IV) Conforme Misch (2009), o guia deve ser estável e rígido quando na posição correta.

Fonte:

MISCH, Carl E. **Implantes Dentais Contemporâneos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

38) Assinale a alternativa correta sobre o sistema de retenção da prótese.

- a) As restaurações implantossuportadas com parafusos inviabilizam a remoção, em casos de necessidade para resolver problemas gerados pelo próprio sistema de retenção.
- b) As restaurações fixas sobre dentes naturais têm, geralmente, vida mais longa do que as restaurações implantossuportadas.
- c) **Uma prótese parafusada sobre dentes naturais pode ser confeccionada em menos consultas e a um custo inferior do que implantes.**
- d) O sistema de retenção a ser utilizado, cimentado ou parafusado, deve ser escolhido no momento de colocação do implante.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

O sistema de retenção da prótese deve ser determinado antes da cirurgia. Em uma prótese fixa parafusada, os implantes anteriores são instalados em um plano mais para lingual do que para uma restauração cimentada, porque o orifício de acesso para o parafuso protético é inserido no cíngulo. A correção de um implante instalado em um plano excessivamente vestibularizado nas restaurações parafusadas é mais difícil, e pode levar a um comprometimento estético incontornável. Portanto, o dentista restaurador deve estabelecer o sistema de retenção a ser utilizado (cimentado ou parafusado), ainda durante o plano de tratamento, e comunicar esta informação para o cirurgião antes da colocação do implante.

Fonte:

_____. **Prótese sobre Implantes**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2015.

39) De acordo com Malamed (2013), dentre as técnicas de injeção para se obter anestesia clinicamente adequada dos dentes e dos tecidos duros e moles maxilares é recomendada o(a)

- a) bloqueio do nervo alveolar superior posterior, indicado para tratamento dos tecidos moles e ósseos palatinos distais ao canino em um quadrante.
- b) **injeção no ligamento periodontal (LPD, intraligamentar), preconizado como auxiliar de outras técnicas ou para protocolos de tratamento limitado.**
- c) injeção intra-óssea, aconselhada para tratamento dos tecidos moles e ósseos palatinos de canino a canino bilateralmente.
- d) bloqueio do nervo alveolar superior médio, preconizado para tratamento dos dentes anteriores em um quadrante.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Segundo a obra de referência, a seleção da técnica específica a ser usada é determinada, em grande parte, pela natureza do tratamento a ser realizado. Dentre as técnicas que há ao dispor dos profissionais, é a Injeção no ligamento periodontal (LPD, intraligamentar), recomendada como auxiliar de outras técnicas ou para protocolos de tratamento limitado. Geralmente é recomendada para dentes isolados (basicamente molares mandibulares), quando outras técnicas falharem; Bloqueio do nervo alveolar superior posterior, recomendado para tratamento de alguns dentes molares em um quadrante; Bloqueio do nervo alveolar superior médio, recomendado para tratamento dos pré-molares em um quadrante.

Fonte:

MALAMED, Stanley F. **Manual de Anestesia Local**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

40) Segundo Malamed (2013), o bloqueio do nervo maxilar (ou da segunda divisão) é um método eficaz para produzir anestesia profunda de um hemimaxilar. Dentre as áreas, qual das opções abaixo pode ser anestesiada por essa técnica?

- a) **Tecidos moles, osso do palato duro e parte do palato mole, medialmente à linha média.**
- b) Polpas dos pré-molares maxilares e a raiz mesiobucal do primeiro molar.
- c) Polpas do incisivo central até o canino maxilares do lado da injeção.
- d) Tecido periodontal bucal (labial) e osso destes mesmos dentes.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Em conformidade com Malamed (2013), o bloqueio do nervo maxilar (ou da segunda divisão) é um método eficaz para produzir anestesia profunda de um hemimaxilar. É útil em procedimentos que envolvem odontologia do quadrante ou em procedimentos cirúrgicos extensos. [...] As seguintes áreas: Polpas do incisivo central até o canino maxilares do lado da injeção, polpas dos pré-molares maxilares e a raiz mesiobucal do primeiro molar, tecido periodontal bucal (labial) e osso destes mesmos dentes, e pálpebra inferior, face lateral do nariz, lábio superior são anestesiadas pela técnica Bloqueio do Nervo Alveolar Superior Anterior (Bloqueio do Nervo Infra-orbitário)

Áreas anestesiadas

1. Tecido pulpar dos dentes maxilares no lado do bloqueio.
2. Tecido periodontal bucal e osso sobrejacente a estes dentes.
3. Tecidos moles e osso do palato duro e parte do palato mole, medialmente à linha média.
4. Pele da pálpebra inferior, lado do nariz, bochecha e lábio superior.

Fonte:

MALAMED, Stanley F. **Manual de Anestesia Local**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

41) Dentre as indicações para administração de bloqueio do nervo bucal, em qual das opções abaixo ela é **incorreta**?

- a) Uso de grampo de barreira dos tecidos moles.
- b) Remoção de tártaro ou curetagem.
- c) Remoção de cáries subgengivais.
- d) **Procedimentos em pré-molares.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Em conformidade com a obra de referência, o nervo bucal é ramo da divisão anterior de V3 e, conseqüentemente, não é anestesiado durante o bloqueio do nervo alveolar inferior. Nem sua anestesia é necessária na maioria dos procedimentos odontológicos de restauração. O nervo bucal é responsável pela inervação sensitiva dos tecidos moles bucais adjacentes apenas aos molares mandibulares. Portanto, a única indicação de administração de bloqueio do nervo bucal é quando se considera a manipulação destes tecidos (por ex., remoção de tártaro ou curetagem, uso de grampo de barreira dos tecidos moles, remoção de cáries subgengivais, preparo de dente subgengival, colocação de fio de retração gengival e colocação de matriz).

Quanto ao bloqueio do nervo alveolar superior médio, o nervo ASM está presente em apenas cerca de 28% da população. Portanto, este bloqueio tem utilidade clínica limitada. Porém, quando o bloqueio do nervo infra-orbitário não produz anestesia pulpar distal ao canino maxilar, está indicado o bloqueio do nervo ASM para procedimentos em pré-molares e para a raiz mesiobucal do primeiro molar maxilar. A taxa de sucesso do bloqueio do nervo ASM é alta.

Fonte:

MALAMED, Stanley F. **Manual de Anestesia Local**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

42) No que diz respeito ao metabolismo dos ésteres e amidas, principais classes de anestésicos, conclui-se que

- a) os ésteres aparecem na urina como composto original em um percentual maior do que as amidas.
- b) as amidas só aparecem na urina como composto original em concentrações muito pequenas.
- c) os anestésicos locais tipo éster são hidrolisados no plasma pela enzima transaminase.
- d) **o principal local da biotransformação das drogas tipo amida é o fígado.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

O metabolismo dos anestésicos locais tipo amida é mais complexo do que o dos ésteres. O principal local da biotransformação das drogas tipo amida é o fígado. Os anestésicos locais tipo éster são hidrolisados no plasma pela enzima pseudocolinesterase. A velocidade na qual ocorre a hidrólise de diferentes ésteres varia consideravelmente. Os ésteres só aparecem na urina como composto original em concentrações muito pequenas. Isto porque são quase totalmente hidrolisados no plasma. De modo geral, as amidas aparecem na urina na forma do composto original em um percentual maior do que os ésteres, principalmente por causa do seu processo mais complexo de biotransformação.

Fonte:

MALAMED, Stanley F. **Manual de Anestesia Local**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

43) Assinale a alternativa **incorreta** quanto às ações sistêmicas dos anestésicos locais.

- a) Os anestésicos locais têm efeito duplo na respiração, pois em doses não-tóxicas, causam relaxamento direto do músculo liso brônquico; em níveis tóxicos, podem determinar parada respiratória em consequência da depressão generalizada do SNC.
- b) Os anestésicos locais têm uma ação direta no miocárdio e vasculatura periférica e, de modo geral, o sistema cardiovascular parece ser mais resistente aos efeitos dos anestésicos locais do que o SNC.
- c) Os anestésicos locais atravessam rapidamente a barreira hematoencefálica, sendo que sua ação farmacológica no SNC manifesta-se por depressão.
- d) **O músculo esquelético é mais resistente às propriedades irritantes dos anestésicos locais, quando comparado aos demais tecidos.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Pelo contrário, o músculo esquelético parece ser mais sensível às propriedades irritantes dos anestésicos locais do que os demais tecidos. Tanto que a injeção intramuscular e intra-oral de lidocaína, mepivacaína, prilocaína, bupivacaína e etidocaína pode causar alterações no músculo esquelético.

Fonte:

MALAMED, Stanley F. **Manual de Anestesia Local**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

44) Dentre as suas ações sistêmicas, a adrenalina

- a) inibe os receptores β_1 e diminui a irritabilidade das células marcapasso, determinando incidência maior de disritmias.
- b) possui como ação global no coração e no sistema cardiovascular a de receptor α e baixa a pressão diastólica.
- c) retrai as artérias coronárias, diminuindo o fluxo sanguíneo nesses vasos e baixa a pressão arterial sistólica.
- d) **estimula os receptores β_1 do miocárdio, de modo que o débito e a frequência cardíacos aumentam.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A adrenalina: estimula os receptores β_1 e aumenta a irritabilidade das células marcapasso, determinando incidência maior de disritmias. A taquicardia ventricular e as extra-sístoles ventriculares são comuns; dilata as artérias coronárias, aumentando o fluxo sanguíneo nesses vasos; e tem como ação global no coração e no sistema cardiovascular a estimulação direta.

Abaixo, algumas das ações sistêmicas da adrenalina.

Miocárdio – A adrenalina estimula os receptores β_1 do miocárdio. Há um efeito inotrópico (força da contração) e cronotrópico (velocidade da contração) positivos. O débito e a frequência cardíacos aumentam.

Células marcapasso – A adrenalina estimula os receptores β_1 e aumenta a irritabilidade das células marcapasso, determinando incidência maior de disritmias. A taquicardia ventricular e as extra-sístoles ventriculares são comuns.

Artérias coronárias – A adrenalina dilata as artérias coronárias, aumentando o fluxo sanguíneo nesses vasos.

Pressão arterial – Eleva a pressão arterial sistólica. A pressão diastólica diminui quando são administradas doses pequenas, uma vez que os receptores β_2 dos vasos que irrigam os músculos esqueléticos são mais sensíveis à adrenalina do que os receptores α . A pressão diastólica sobe quando são administradas doses grandes, em virtude da contração dos vasos que irrigam os músculos esqueléticos determinada pela estimulação do receptor α .

Dinâmica cardiovascular – A ação global da adrenalina no coração e no sistema cardiovascular é a estimulação direta: [...].

Fonte:

MALAMED, Stanley F. **Manual de Anestesia Local**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

45) A sensação de queimação durante a injeção de um anestésico local, pode se dar pelo fato de o

- a) soluto não ter sido aquecido à temperatura corporal normal.
- b) **pH da solução injetada nos tecidos moles ser muito ácido.**
- c) anestésico local ser injetado de forma muito lenta.
- d) anestésico local não ter sido misturado a álcool.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Não é incomum uma sensação de queimação durante a injeção de um anestésico local. Há algumas causas possíveis.

A causa primária de uma leve sensação de queimação é o pH da solução injetada nos tecidos moles. O pH das soluções de anestésico local preparadas para injeção é de aproximadamente 5, enquanto o pH das soluções contendo vasopressor é ainda mais ácido (aproximadamente 3).

A injeção rápida de anestésico local, principalmente nos tecidos mais densos e mais aderentes do palato, produz uma sensação de queimação.

Pode haver contaminação dos tubetes de anestésico local quando são armazenados em álcool ou outras soluções para esterilização, levando à difusão dessas soluções para dentro do tubete.

Soluções aquecidas à temperatura corporal normal geralmente são consideradas “muito quentes” pelo paciente.

Fonte:

MALAMED, Stanley F. **Manual de Anestesia Local**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

46) As próteses parciais removíveis

- a) devido ao seu volume e à necessidade de cruzar a arcada para estabilização, promovem a eliminação de placa bacteriana nos dentes adjacentes.
- b) são indicadas para restaurar áreas com dois ou mais dentes posteriores ou um canino perdido e dois dentes adjacentes.**
- c) dão suporte para a melhora da função bem como da manutenção da forma da arcada dentária.
- d) garantem a manutenção óssea, permitindo que os resultados estéticos sejam garantidos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

As vantagens da restauração removível incluem cuidados diários de manutenção fáceis de se executar nos dentes adjacentes, a possibilidade de ter um tecido mole restaurado em volta de um dente perdido em uma região estética com um defeito ósseo, o suporte labial em perdas ósseas maxilares, o preparo mínimo dos dentes remanescentes e baixo custo. Porém, as próteses removíveis não mantêm osso. A função não é melhorada com uma prótese removível em apenas um dente, assim a estética e o medo de outras substituições dentárias na arcada são as duas razões primárias para o paciente consentir em usar a restauração. Por causa de seu volume e da necessidade de cruzar a arcada para estabilização, uma PPR promove a retenção de resíduos alimentares e o acúmulo de placa bacteriana nos dentes adjacentes, mais que uma outra opção de tratamento.

Fonte:

_____. **Prótese sobre Implantes**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2015.

47) Considerando o esquema de classificação da densidade óssea de Misch, quanto à localização da densidade óssea, relacione a coluna da direita com a da esquerda e, em seguida, marque a opção com a sequência correta.

- | | | |
|--------|-----|---|
| (1) D1 | () | É comum encontrá-lo na região posterior da maxila, principalmente nas regiões de molares ou aquelas que receberam elevação de seio maxilar. |
| (2) D2 | () | É muito comum na maxila, sendo que em quase metade dos casos, na região posterior da mandíbula, também há sua presença. |
| (3) D3 | () | Pacientes parcialmente desdentados, com ausência de um ou dois dentes por espaço, quase sempre possuem esse osso. |
| (4) D4 | () | Quase nunca é observado na maxila e raramente é observado na maior parte das mandíbulas. |
-
- a) 1 – 4 – 3 – 2
 - b) 2 – 1 – 4 – 3
 - c) 4 – 3 – 2 – 1**
 - d) 3 – 2 – 1 – 4

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

De acordo com a obra de referência, no que tange à localização da densidade óssea, o osso D1 quase nunca é observado na maxila e raramente é observado na maior parte das mandíbulas.

Os pacientes parcialmente desdentados, com ausência de um ou dois dentes por espaço, quase sempre possuem osso D2.

A densidade óssea D3 é muito comum na maxila. [...] Em quase metade dos casos, na região posterior da mandíbula, também há presença de osso D3, ao passo que aproximadamente 25% da região anterior das mandíbulas têm osso D3. [...]

O osso mais mole, D4, é frequentemente encontrado na região posterior da maxila, principalmente nas regiões de molares ou aquelas que receberam elevação de seio maxilar.

Fonte:

MISCH, Carl E. **Implantes Dentais Contemporâneos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

48) Em relação aos modelos de diagnóstico, é correto afirmar que

- a) o arco facial de Kois (Kois Dento-Facial Analyzer System) usa as linhas de junção da face e uma referência plana perpendicular com o limite incisal a 100 mm do eixo de rotação.
- b) o arco facial, quando é paralelo entre o horizonte e o paciente, ao ser articulado, o modelo maxilar é montado com uma inclinação que ressalta a condição intraoral do paciente.
- c) a maioria dos arcos faciais usa o canal auricular como ponto de referência posterior porque o eixo de rotação está entre 5 mm deste ponto em mais de 75% dos pacientes.
- d) os modelos diagnósticos são montados, na maioria das vezes, em relação transversal a um espaçador de cera entre os arcos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Segundo a obra de referência, a maioria dos arcos faciais usa o canal auricular como ponto de referência posterior porque o eixo de rotação está entre 5 mm deste ponto em mais de 75% dos pacientes. A linha da face utilizada no arco facial de Kois (Kois Dento-Facial Analyzer System) é a mediana, além de uma referência plana paralela com o limite incisal a 100 mm do eixo de rotação. Efetivamente, é quando o arco facial não é paralelo entre o horizonte e o paciente que, ao ser articulado, o modelo maxilar é montado com uma inclinação que não representa a condição intraoral do paciente. Os modelos diagnósticos são montados em relação cêntrica a um espaçador de cera entre os arcos.

Fonte:

MISCH, Carl E. **Implantes Dentais Contemporâneos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

49) Considerando as reações medicamentosas associadas ao envelhecimento, a xerostomia pode ser considerada como um efeito colateral relevante, pois ela pode provocar

- a) frequentes infecções por *Candida spp.*
- b) tolerância reduzida ao estresse.
- c) depressão respiratória.
- d) hematopoese alterada.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Em conformidade com a obra de referência, a xerostomia pode ser provocada por quase todas as drogas. Ela pode levar a frequentes infecções por *Candida spp.*, aumento das doenças periodontais e periimplantares, lesões cariosas, e infecções bacterianas causadas pela perda da proteção da saliva. A xerostomia também diminui a válvula de selamento da prótese removível muco-suportada e aumenta o risco de abrasões e úlceras de pressão.

Fonte:

MISCH, Carl E. **Implantes Dentais Contemporâneos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

50) Qual é a complicação mais comum em um implante regular de 4 mm de diâmetro na reposição de um molar?

- a) Perfuração dos tecidos moles.
- b) Necrose do tecido por pressão.
- c) Remoção do tecido queratinizado.
- d) Afrouxamento do parafuso do pilar.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

De acordo com Misch (2009), trata-se do afrouxamento do parafuso do pilar. Dessa forma, quando a dimensão mesiodistal permite, deve-se cogitar dois implantes de 3,5 a 4 mm de diâmetro para restaurar a região, a fim de melhorar a redução da tensão e, assim, reduzir a incidência de afrouxamento do parafuso pilar.

Fonte:

MISCH, Carl E. **Implantes Dentais Contemporâneos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

51) Preencha as lacunas abaixo e, em seguida, assinale a alternativa correta.

Tendo em vista a fórmula biomecânica $S = F/A$, compreende-se que durante a máxima _____, nenhum contato oclusal deve ser prematuro, especialmente sobre uma coroa _____.

- a) **intercuspidação / implantossuportada**
- b) mobilidade / implantossuportada
- c) elasticidade / híbrida
- d) secção / cimentada

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Segunda a bibliografia de referência, $S = F/A$ é uma fórmula biomecânica fundamental, na qual estresse é igual à força dividida pela área sobre a qual esta força é aplicada. Por isso, durante a máxima **intercuspidação**, nenhum contato oclusal deve ser prematuro, especialmente sobre uma coroa **implantossuportada**.

Fonte:

_____. **Prótese sobre Implantes**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2015.

52) Sobre os fatores predisponentes à superdosagem de anestésicos locais, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) Difusão da droga fora do tecido nervoso e sua absorção pelo SCV.
- b) Absorção de anestésicos locais através das mucosas orais.
- c) **Administração intravenosa lenta.**
- d) Injeção intravascular inadvertida.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Os anestésicos locais usados para controle da dor produzem sua eficácia clínica na área da injeção. A droga não precisa entrar no sistema cardiovascular e alcançar um nível sanguíneo terapêutico mínimo, como ocorre com a maioria das outras drogas. Os anestésicos locais administrados para fins antiarrítmicos devem alcançar um nível sanguíneo terapêutico para serem eficazes. Na verdade, um fator envolvido na interrupção do controle da dor por um anestésico local é a difusão da droga fora do tecido nervoso e sua absorção pelo SCV e remoção da área de injeção.

Fator importante na superdosagem de anestésico local em odontologia é a injeção intravascular inadvertida. Podem-se alcançar níveis da droga extremamente altos em tempo mínimo, levando a reações de superdosagem sérias.

A absorção de anestésicos locais através das mucosas orais também pode ser perigosa, devido à velocidade com que alguns anestésicos aplicados topicamente entram no sistema circulatório. A lidocaína e a tetracaína são absorvidas logo após a aplicação tópica nas mucosas. A benzocaína, por outro lado, é pouco ou nada absorvida.

A velocidade de injeção de uma droga é fator muito importante no desencadeamento ou na prevenção de reações de superdosagem. [...] A administração intravenosa rápida (≤ 15 segundos) de 36 mg de lidocaína produz níveis muito elevados e praticamente assegura uma reação de superdosagem.

Fonte:

MALAMED, Stanley F. **Manual de Anestesia Local**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

53) “*Nervo misto com duas raízes – uma grande raiz sensitiva e uma raiz motora menor (esta última representando todo o componente motor do nervo trigêmeo), é o maior ramo do nervo trigêmeo*”.

(MALAMED, Stanley F. **Manual de Anestesia Local**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.)

O trecho acima faz referência à

- a) **Divisão mandibular.**
- b) Divisão maxilar.
- c) Raiz sensitiva.
- d) Raiz motora.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Embora as demais estruturas estejam vinculadas ao nervo trigêmeo, somente a divisão mandibular corresponde ao explicitado no comando da questão. De fato, a divisão mandibular é o maior ramo do nervo trigêmeo. É um nervo misto com duas raízes – uma grande raiz sensitiva e uma raiz motora menor (esta última representando todo o componente motor do nervo trigêmeo).

Fonte:

MALAMED, Stanley F. **Manual de Anestesia Local**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

54) *A inervação própria das raízes individuais de todos os dentes, osso e estruturas periodontais no maxilar e na mandíbula provém dos ramos terminais de nervos maiores na região.*

Essas redes nervosas são denominadas

- a) Ramos interdentários.
- b) Pterigoideo medial.
- c) Fibras motoras.
- d) **Plexo dentário.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A inervação própria das raízes individuais de todos os dentes, osso e estruturas periodontais no maxilar e na mandíbula provém dos ramos terminais de nervos maiores na região. Estas redes nervosas são denominadas plexo dentário. Os ramos interdentários atravessam toda a altura do septo inter-radicular, proporcionando inervação sensitiva aos ligamentos periodontais de dentes adjacentes através do osso alveolar; o pterigoideo medial é um dos músculos supridos pelas fibras motoras do nervo trigêmeo; as fibras motoras são parte constitutiva do nervo trigêmeo.

Fonte:

MALAMED, Stanley F. **Manual de Anestesia Local**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

55) Baseando-se em Misch (2009), para os casos de osso de densidade mais pobre, qual é o formato de implante recomendado?

- a) **Rosqueado.**
- b) Triangular.
- c) Em furca.
- d) Em "V".

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Quando comparado a um implante cilíndrico de mesmo tamanho, um implante rosqueado apresenta uma área de superfície 30% a 200% maior. Embora seja de colocação mais difícil, o implante rosqueado em osso de densidade mais pobre é fortemente recomendado.

Fonte:

MISCH, Carl E. **Implantes Dentais Contemporâneos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. (Capítulo 18, p. 393)

56) *“Trata-se de um músculo que se origina na margem infraorbitária, acima do forame infraorbitário e, portanto, raramente está no âmbito de ação do cirurgião que está inserindo um implante. Ele é inervado pela ramificação zigomática do nervo facial.”*

(MISCH, Carl E. **Implantes Dentais Contemporâneos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.)

O trecho acima faz referência ao músculo

- a) **Elevador do Lábio Superior.**
- b) Incisivo do Lábio Superior.
- c) Orbicular da Boca.
- d) Bucinador.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Músculo Orbicular da Boca – origina-se do modíolo em cada canto da boca e recebe inervação dos ramos bucais e mandibulares do nervo facial. Músculo Incisivo do Lábio Superior – origina-se do assoalho da fossa incisiva da maxila sobre a eminência do incisivo lateral e profundamente ao orbicular da boca. Músculo Bucinador – origina-se na base do processo alveolar, relacionada ao primeiro, segundo e terceiro molares superiores e inferiores. *Músculo Elevador do Lábio Superior – origina-se na margem infraorbitária, acima do forame infraorbitário e, portanto, raramente está no âmbito de ação do cirurgião que está inserindo um implante; ele também é inervado pela ramificação zigomática do nervo facial.*

Fonte:

MISCH, Carl E. **Implantes Dentais Contemporâneos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

57) *“Trata-se de um enxaguatório bucal cujo uso mostrou ser um adjunto efetivo na redução do acúmulo de placa, na melhora da saúde da mucosa, na melhora da cicatrização do tecido mole, no tratamento da doença periodontal, na prevenção da osteíte alveolar, na melhora da cicatrização tecidual após as extrações, na reversão da periimplantite, e mostrou não possuir efeito adverso nas superfícies do implante.”*

O trecho acima faz referência ao enxaguatório bucal a base de

- a) clorexidina.
- b) metronidazol.
- c) clindamicina.
- d) levofloxacina.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Outra modalidade de profilaxia antimicrobiana para a cirurgia de implante é o uso de um enxaguatório bucal, o gluconato de clorexidina a 0,12% (Peridex®; Procter & Gamble, Cincinnati, Ohio). Estudos *in vitro* mostraram um efeito inibitório da clorexidina em células de cultura de tecido epitelial e no crescimento celular; contudo, estudos clínicos não mostraram este efeito. O Metronidazol é um antibiótico bactericida utilizado frequentemente para as infecções anaeróbicas; a Clindamicina é um antibiótico, opção para o paciente alérgico à penicilina; a Levofloxacina também é um antibiótico.

Fonte:

MISCH, Carl E. *Implantes Dentais Contemporâneos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

- 58) *“Trata-se de um material cerâmico utilizado em implantodontia devido à sua biocompatibilidade, estética (porque a sua cor é semelhante à dos dentes) e propriedades mecânicas, que são melhores do que as da alumina. Os implantes produzidos com esse material são biocompatíveis, bioinertes e radiopacos, e eles apresentam uma elevada resistência à corrosão, flexão e fratura.”*

(MISCH, Carl E. *Implantes Dentais Contemporâneos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.)

A qual material utilizado nas superfícies dos implantes dentais o excerto acima faz referência?

- a) Titânio.
- b) Zircônia.
- c) Hidroxiapatita.
- d) Ácido clorídrico.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A zircônia (ZrO₂) é um material cerâmico utilizado em implantodontia devido à sua biocompatibilidade, estética (porque a sua cor é semelhante à dos dentes) e propriedades mecânicas, que são melhores do que as da alumina. O titânio é um metal que apresenta baixo peso, alta proporção de resistência/peso, baixo módulo de elasticidade, excelente resistência à corrosão, excelente biocompatível, e facilidade de corte e acabamento; a hidroxiapatita confere rugosidade e aumento da área de superfície funcionais similares à PPT; o ácido clorídrico é utilizado para modificar superfícies de titânio.

Fonte:

MISCH, Carl E. *Implantes Dentais Contemporâneos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

- 59) Qual é a densidade óssea que oferece uma excelente cicatrização na interface do implante, além de possibilitar a osseointegração?

- a) D1.
- b) D2.
- c) D3.
- d) D4.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

O osso D2 oferece uma excelente cicatrização na interface do implante e a osseointegração é muito previsível. A maioria dos sistemas de implantes refere-se a esta densidade óssea para seu protocolo habitual.

Fonte:

MISCH, Carl E. *Implantes Dentais Contemporâneos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

- 60) Dentre as opções de tratamento na reabilitação de dentes unitários anteriores têm-se alguns tipos de prótese. Qual é a indicada para “servir como uma prótese provisória auxiliar aos procedimentos de remodelação óssea e gengival que, muitas vezes antecede a instalação de implantes endósseos”?

(MISCH, Carl E. *Prótese sobre Implantes*. São Paulo: Santos, 2006.)

- a) **Próteses adesivas.**
- b) Prótese parcial fixa.
- c) Próteses parciais removíveis.
- d) Prótese parcial fixa com cantiléver.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Dentre as próteses destacadas, somente as Próteses Adesivas possuem como principal indicação, servir como uma prótese provisória auxiliar aos procedimentos de remodelação óssea e gengival que, muitas vezes antecede a instalação de implantes endósseos.

Fonte:

_____. **Prótese sobre Implantes.** 2. ed. São Paulo: Santos, 2015.