

Eletrônico



Estratégia
CONCURSOS

Aula

Diagnóstico e Plano de Tratamento e Doenças Sistêmicas com Repercussão p/ TRT 18 (Odontologia) 2019

Professor: Ana Luiza Julio

AULA 00: Defeitos do Desenvolvimento da Região Bucal e Maxilofacial
Cistos do Desenvolvimento
Outras Anomalias de Desenvolvimento Raras

SUMÁRIO

1. Apresentação da professora, curso e cronograma
2. Defeitos do Desenvolvimento da Região Bucal e Maxilofacial
3. Cistos do Desenvolvimento
4. Outras Anomalias de Desenvolvimento Raras
5. Lista de questões apresentadas
6. Gabarito
7. Referências Bibliográficas

APRESENTAÇÃO DA PROFESSORA, CURSO E CRONOGRAMA



Olá, pessoal!!! Tudo bem?

É com imenso prazer que iniciaremos nossos estudos em **ESTOMATOLOGIA** focado no **TRT 18ª REGIÃO**. Mas antes de começar gostaria de me apresentar para os que ainda não me conhecem.

Meu nome é **Ana Luiza Rego Julio de Matos**, sou dentista na Força Aérea Brasileira, especialista em Dentística Restauradora, mestre em Ciências da Saúde com ênfase em Câncer Bucal e Estomatologia e Pós Graduada em Acupuntura. Tenho experiência com docência tanto em cursos de graduação quanto pós graduação, além de elaborar materiais para concursos públicos e palestras. Minhas grandes paixões são lecionar e a Medicina Tradicional Chinesa.

Acredito muito no trabalho em equipe e tenho certeza que juntos: você, eu e a equipe do Estratégia, formaremos um time de sucesso. O esforço aqui será intenso para construirmos um material completo e



adequado facilitando seus estudos e tornando o aprendizado o mais agradável possível. **A sua conquista é o nosso principal objetivo.**

O seu desafio como concursando é o meu desafio como professora do Estratégia e ambos queremos obter sucesso, concorda? Por isso não medirei esforços para que alcance sua tão almejada aprovação (e nomeação). É fundamental iniciarmos desde já uma relação de parceria e confiança. Comprometo-me a disponibilizar não apenas um material escrito, mas sim um material com diferencial, com uma linguagem clara, de fácil leitura e com os enfoques estrategicamente selecionados para o seu aprendizado e memorização. Como somos parceiros, dependo da sua dedicação e esforço para que nosso objetivo seja alcançado. **A caminhada nem sempre é fácil, mas com persistência e empenho, o sucesso é certo!!**

APRESENTAÇÃO DO CURSO E SOBRE A FCC

Uma das dúvidas que temos quando resolvemos estudar para algum concurso é por onde estudar. Estudar sozinho por meio de leitura de livros e manuais da disciplina em questão ou por um material elaborado especialmente para concursos? E essa eu consigo te responder sem dúvida alguma. Você até pode estudar sozinho, mas lembre-se que os livros e manuais são feitos para uma aprendizagem acadêmica e com isso você não irá focar no que realmente é importante, muitas vezes não aproveitando seu tempo que nesse momento é precioso. Recorrer ao apoio especializado é certamente o caminho mais proveitoso. Tenho total convicção da excelente qualidade do material do Estratégia. Nossas apostilas foram muito estudadas antes de serem disponibilizadas.

Claro, que a qualquer momento a banca pode mudar seu perfil e nos surpreender, por isso devemos ter toda a matéria na ponta da língua, mas analisar as últimas provas facilita o nosso direcionamento.

Nosso material é focando no que realmente é importante, facilitando assim, ao máximo, sua memorização com uma linguagem



informal e questões comentadas ao longo das aulas. Por falar em questões, teremos muitas da FCC para você praticar.

Estaremos juntos e vou apresentar questões logo após o assunto porque acredito que você vai perceber o que realmente cai nas provas e não perca tempo em assuntos que não costumam ser exigidos. Vou comentar questões da nossa banca (FCC) mas nem sempre tem do assunto em questão então coloco de várias instituições que às vezes elas fazem pequenas revisões. O assunto é extenso. Vão ter muitas questões da banca FCC nas outras aulas. Chamo a sua atenção para as frases com tarja amarela, sublinhadas, em negrito ou coloridas, pois elas muitas vezes são de questões que já caíram.

Nossas aulas são elaboradas com fontes de informação e referências bibliográficas confiáveis, atuais e as mais comuns em concursos públicos. Tenha certeza que nosso material será o mais completo possível ajudando você a otimizar seu tempo de estudo, tão precioso nesse momento.

Você poderá perceber que a linguagem e a didática são bem diferentes se comparadas as vistas em cursos da graduação e pós graduação. Aqui nosso objetivo não é ensinar Estomatologia (partimos do pressuposto que você já tem o conhecimento básico). Nosso objetivo é direcionar seus estudos e aprendizado para sua aprovação em concurso público.

A principal meta nesse momento é que você faça uma prova tranquila, conseguindo resolver com confiança todas as questões e obter 100% de acertos nas questões da matéria. Para isso, os **alunos matriculados no curso** terão acesso ao seguinte conteúdo:

- a)** Material em pdf atualizado com os **principais pontos** abordados pelos concursos sobre **Estomatologia** com foco na FCC.
- b)** **Questões** comentadas de várias bancas, com ênfase na FCC.
- c)** **Figuras** para facilitar a memorização dos principais tópicos da disciplina.



d) Fórum de dúvidas.

Seguiremos o seguinte cronograma:

SUMÁRIO	
AULA 00:	Defeitos do Desenvolvimento da Região Bucal e Maxilofacial Cistos do Desenvolvimento Outras Anomalias de Desenvolvimento Raras
AULA 01:	Anormalidades Dentárias Infecções Bacterianas, Fúngicas, Protozoárias e Virais Semiologia
AULA 02:	Lesões Físicas e Químicas Doenças Alérgicas e Imunológicas Patologia Epitelial
AULA 03:	Patologia das glândulas Salivares Distúrbios hematológicos
AULA 04:	Manifestações Oraís de Doenças Sistêmicas
AULA 05:	Doenças Dermatológicas Dor Facial e Doenças neuromusculares
AULA 06:	Lesões cancerizáveis
AULA 07:	Tumores dos Tecidos Moles Patologia Óssea
AULA 08:	Cistos e Tumores Odontogênicos

Nosso tempo é curto para tanta matéria, então não perca o foco.

Hora de começar!!!! Preparados? Rumo à aprovação!!!!



Ana Luiza Julio



AULA 00: Defeitos do Desenvolvimento da Região Bucal e Maxilofacial	
Cistos do Desenvolvimento	
Outras Anomalias de Desenvolvimento Raras	
SUMÁRIO	PÁGINA
Defeitos do Desenvolvimento da Região Bucal e Maxilofacial	5
1.Fendas Orofaciais	5
2.Fossetas da Comissura Labial e Labiais Paramedianas	7
3.Lábio Duplo	8
4.Grânulos de Fordyce	9
5.Leucoedema	10
6.Macroglossia e Microglossia	11
7.Anquiloglossia	13
8.Tireóide Lingual	14
9.Língua Fissurada, Língua geográfica, Língua Pilosa e Varicosidades	14
10.Arteria de Calibre Persistente	17
11.Fístulas Laterais do Palato Mole	17
12.Hiperplasia Coronóide e Condilar e Hipoplasia Condilar	17
13.Côndilo Bífido	21
14.Exostoses e Tórus Palatino e Mandibular	21
15.Síndrome de Eagle	23
16.Defeito de Stafne	26
A.Cisto do Desenvolvimento	29
1.Cistos Palatinos do Recém-nascido	30
2.Cisto Nasolabial	31
3.Cisto Globulomaxilar	32
4.Cisto do Ducto Nasopalatino	32
5.Cisto Palatino(Palatal) Mediano	34



6.Cisto Mandibular Mediano	34
7.Cistos Foliculares da Pele	35
8.Cisto Dermóide	35
9.Cisto do Ducto Tireoglosso	38
10.Cisto da Fenda Branquial	39
11.Cisto Linfoepitelial Oral	39
B.Outras Anomalias de Desenvolvimento Raras	40
1.Hemi-hiperplasia	40
2.Atrofia Hemifacial Progressiva	40
3.Displasia Odontomaxilar Segmentar	42
4.Síndrome de Crouzon	42
5.Síndrome de Apert	44
6.Síndrome Disostose Mandibulofacial	46
C. Lista de questões apresentadas	48
D. Gabarito	61
E. Referências Bibliográficas	61

Vamos apresentar aqui um conteúdo teórico básico e questões relacionadas a esta variedade de lesões que podem ocorrer na mucosa bucal e no complexo maxilomandibular. Vou utilizar uma linguagem informal, enfatizando aquilo que realmente é cobrado objetivando sua aprovação. Você pode e vai chegar lá!

Defeitos do Desenvolvimento da Região Bucal e Maxilofacial

1.Fendas Orofaciais

Defeito da fusão do processo nasal mediano com o processo maxilar resulta em **fenda labial** e cerca de 80% são unilaterais. A falha na fusão das prateleiras palatinas resulta **em fenda palatina**. A fenda palatina pode estar associada à Sequência de Pierre Robin. Tratamento com abordagem multidisciplinar. O **palato primário** também é formado pela



união dos processos nasais medianos para formar o segmento intermaxilar. O **palato secundário** constitui 90% dos palatos duro e mole, é formado pelos processos maxilares do primeiro arco branquial. As fissuras de lábio e palato são deformidades congênitas Podem ainda ser unilaterais, bilaterais, ou medianas. Nota-se a existência de aspectos multifatoriais concomitantes, tais como, hereditariedade, carência alimentar, influências psicológicas, doenças infecciosas, idade avançada dos genitores, drogas, radiação ionizante, diabetes materna e fumo.

01.(FCC - Analista Judiciário - Odontologia – TRT 3ª. 2015)

Deformidade congênita caracterizada pela fissura do palato secundário que atinge os palatos duro e mole denomina-se:

- (A) fissura do palato primário completa.
- (B) fissura do palato secundário parcial.
- (C) lábio leporino falso.
- (D) fissura do palato secundário incompleta.
- (E) fissura do palato secundário completa.



Comentários:

Neste caso, esta deformidade está dentro do grupo III - Fissura pós-forame incisivo: fissuras isoladas de palato que se localizam posteriormente ao forame incisivo. Podem ser completas ou incompletas.

Várias são as classificações utilizadas para as fissuras labiopalatinas, porém poucas têm aplicação clínica. Classificação de Davis e Ritchie (1922), baseada na posição da fissura em relação ao processo alveolar. São três os grupos:

Grupo I- Fissura pré-alveolar, quando envolve somente o lábio. Pode ser unilateral, bilateral ou mediana.

Grupo II- Fissura pós-alveolar, comprometendo palato mole, palato mole mais palato duro ou fissura submucosa

Grupo III- Fissura alveolar, que pode ser unilateral, bilateral ou mediana.

Classificação de Veau (1931). São quatro os tipos:

TipoI- Fissuras de palato mole.

TipoII- Fissuras de palato duro e palato mole até o limite no forame incisivo.

TipoII- Fissuras de palato duro e palato mole até o limite no forame incisivo na linha média, estendendo até ao alvéolo na posição do futuro dente incisivo lateral de um dos lados.

TipoIV- Fissura bilateral completa. À semelhança do tipo III, envolvendo os dois lados e mantendo uma porção mediana pré-maxila, suspensa ao septo nasal.

Kernahan e Stark (1958) e Harkins (1962) propuseram classificações que na sua modificação foram adotadas pela Associação Americana de Fissura Palatina. Spina (1979) conseguiu simplificá-las da seguinte maneira:

Grupo I: Fissuras pré-forame incisivo: Fissuras de lábio com ou sem envolvimento alveolar. Podendo ser bilateral ou unilateral, completa ou incompleta.

GrupoII: Fissuras transforame incisivo: são os de maior gravidade, atingindo lábio, arcada alveolar e todo palato. Podendo ser unilateral ou bilateral.

Grupo III: Fissuras pós forame incisivo: são fissuras palatinas, em geral medianas, que podem situar-se apenas na úvula, palato e envolver todo palato duro. Podendo ser completa o incompleta.

Grupo IV: Fissuras parciais raras.

Resposta: Letra E.

2.Fossetas da Comissura Labial e Labiais Paramedianas

As fossetas da comissura labial são invaginações congênitas da superfície mucosa do vermelhão do lábio que ocorrem no canto da boca.



As fossetas labiais paramedianas são invaginações congênitas do vermelhão do lábio tipicamente encontradas no lábio inferior bilateralmente em relação à linha média. São associadas com a Síndrome de Van der Woude. Tratamento cirúrgico se houver comprometimento estético.

3.Lábio Duplo

Dobra linear do tecido hiperplásico excessivo ao longo da superfície mucosa do lábio. Associado à Síndrome de Asher. Tratamento cirúrgico.

02.(FUNCAB - MPE/RO - Analista - Cirurgião Dentista - 2012). A síndrome de Ascher é caracterizada por uma tríade que consiste em:

- A. lábio duplo, blefarocalasia e aumento atóxico da tireoide.
- B.lábio leporino, grânulos de Fordyce e diminuição do volume da tireoide.
- C. fossetas labiais paramedianas, xerostomia e fossetas labiais congênitas.
- D. edema nasal, hemorragia estomacal e cúspides em garra.
- E. fossetas labiais congênitas, grânulos de Fordyce e lábio leporino.

Comentário: A síndrome de Ascher é caracterizada pela seguinte tríade: Lábio duplo, Blefarocalásia e Aumento atóxico da tireoide. Em um paciente com blefarocalásia, o edema recorrente da pálpebra superior leva à flacidez da pálpebra no canto externo do olho. Esta queda pode ser grave o suficiente para interferir na visão. Tanto o lábio duplo como a blefarocalásia ocorrem de maneira abrupta e simultânea, porém em alguns casos eles desenvolvem-se mais gradualmente. O aumento atóxico da tireoide ocorre em quase 50% dos pacientes com síndrome de Ascher e pode ser discreto. A causa da síndrome de Ascher é incerta; a herança autossômica dominante foi sugerida em alguns casos. Em geral, a blefarocalásia da síndrome de Ascher revela hiperplasia das glândulas lacrimais e prolapso do tecido adiposo palpebral. Nos casos discretos de



lábio duplo, pode não haver necessidade de tratamento. Nos casos mais graves, a excisão cirúrgica simples do tecido em excesso pode ser realizada com finalidade estética.

Resposta: Letra A

4.Grânulos de Fordyce

Os grânulos de Fordyce são glândulas sebáceas que ocorrem na mucosa oral, relatadas também na mucosa genital. São consideradas estruturas dérmicas anexas, por isso, quando encontradas na cavidade oral, são muitas vezes consideradas "ectópicas". Entretanto, como os grânulos de Fordyce são relatados em mais de 80% da população, sua presença deve ser considerada uma variação anatômica normal. Os grânulos de Fordyce apresentam-se como múltiplas pápulas amareladas ou branco-amareladas, mais frequentemente encontradas na mucosa jugal e na porção lateral do vermelhão do lábio superior. Às vezes, tais glândulas aparecem também na região retromolar e no pilar amigdaliano anterior. São mais comuns em adultos do que em crianças e assintomáticos, nenhum tratamento é indicado. Em geral, o aspecto clínico é característico e a biópsia não é necessária para o diagnóstico.

03.(FADESP - Pref. Municipal de Santa Cruz do Arari - Odontólogo - 2016) A alteração congênita que se caracteriza por pequenas glândulas sebáceas em forma de pápulas amareladas, de diâmetro inferior a 2 mm, formando grupos irregulares na mucosa jugal, labial e semimucosa do lábio que não requerem tratamento, apenas orientação adequada ao paciente, se chama

- (A) displasia ectodérmica.
- (B) grânulos de Fordyce.
- (C) doença de Caffey.
- (D) queratoacantoma

Comentário: Descartaremos a alternativa A pois as displasias ectodérmicas (DEs) são distúrbios do desenvolvimento dos tecidos



derivados da ectoderme que se caracterizam por alterações na epiderme e suas estruturas acessórias. A alternativa C também não se enquadra pois a doença de Caffey é uma patologia rara, apresentado-se geralmente em lactentes. Caracterizada por irritabilidade, dor, hiperestesia, edema dos tecidos moles e eritema envolvendo uma ou várias áreas do corpo e o queratoma que é uma doença dos pés extremamente difícil de se tratar. A lesão hiperqueratósica profunda tem como característica a irritação e a localização na planta do pé. Então, não resta dúvida que as características descritas são características dos Grânulos de Fordyce.

Resposta: Letra B

04.(UNIUV - Pref.Nova Tebas - Cirurgião Dentista – 2012) O conhecimento do padrão de normalidade da cavidade bucal é imprescindível para um plano de tratamento satisfatório. Algumas alterações dentro do padrão de normalidade podem assemelhar-se a condições patológicas e levar a diagnóstico e conduta errôneas. Assinale a alternativa que apresenta alterações bucais não patológicas.

- a) Varicosidade lingual, líquen plano, saburra lingual, Guna.
- b) Pigmentação melânica fisiológica, sarcoma de kaposi, SIDA, herpes
- c) Grânulos de Fordyce, leucoplasia, língua geográfica, gengivoestomatite herpética.
- d) Varicosidade lingual, grânulos de Fordyce, pigmentação melânica fisiológica, torus.
- e) Torus, leucoedema, guna, língua geográfica.

Comentários: A alternativa D reúne as lesões que não apresentam qualquer sintoma e geralmente são achados ocasionais em exames de rotina, podendo serem enquadrados como variações da normalidade.

Resposta: Letra D

5.Leucoedema



O leucoedema é uma condição comum da mucosa oral de etiologia desconhecida. Ocorre mais frequentemente em indivíduos negros do que em brancos, sustentando a probabilidade de predisposição genética para o seu desenvolvimento. O leucoedema caracteriza-se pela aparência difusa, opalescente e branco-acinzentada cremosa da mucosa. A superfície apresenta-se frequentemente pregueada, resultando em estrias esbranquiçadas ou rugosidades. As lesões não são destacáveis. Em geral, o leucoedema acomete a mucosa jugal bilateralmente e pode estender-se até a mucosa labial. Em raras ocasiões, pode haver envolvimento do assoalho bucal e dos tecidos palato-faríngeos. O leucoedema pode ser facilmente diagnosticado clinicamente, porque o aspecto esbranquiçado diminui muito ou até mesmo desaparece quando a mucosa é evertida e distendida. O leucoedema é uma condição benigna e nenhum tratamento é necessário. O aspecto clínico característico de lesão branco-acinzentada opalescente na mucosa jugal, que desaparece após o estiramento, auxilia a distingui-lo de outras lesões brancas comuns, como a leucoplasia.

05. (ASPERHS - PREFEITURA MUNICIPAL DE CORTÊS - PE - ORTODONTISTA - 2007) Condição comum que ocorre bilateralmente na mucosa jugal, de causa desconhecida e que acomete mais negros e fumantes. Possui uma aparência branco-acinzentada difusa da mucosa, com aspecto de estrias e desaparece quando a mucosa é esticada.

- a) Leucoplasia
- b) Candidíase pseudomembranosa
- c) Leucoedema
- d) Líquen plano
- e) NDA



Comentários: Você não pode esquecer o detalhe do Leucoedema. Suas características o diferem de tantas outras assim: ocorre mais frequentemente em indivíduos negros do que em brancos. As lesões não são destacáveis. . A superfície apresenta-se frequentemente pregueada,

resultando em estrias esbranquiçadas ou rugosidades. A lesão tem aparência difusa, opalescente e branco-acinzentada cremosa da mucosa.

Resposta: Letra C

06. (COMPANYLEARNING – Pref. Municipal de Penha/SC – Dentista - 2013) O leucoedema é uma condição comum da mucosa oral. Ocorre com mais frequência em indivíduos:

- A) Do sexo masculino.
- B) Do sexo feminino.
- C) Da raça negra.
- D) Da raça branca.
- E) Com menos de 8 anos de idade.



Comentários: O Leucoedema representa uma variação da mucosa oral, na qual o tecido envolvido apresenta um aspecto branco ou acinzentado opalescente. . Ocorre mais frequentemente **em indivíduos negros** do que em brancos, sustentando a probabilidade de predisposição genética para o seu desenvolvimento. Nenhum tratamento é necessário.

Resposta: Letra C

6. Macroglossia e Microglossia

A microglossia é uma alteração de desenvolvimento incomum, de etiologia desconhecida, caracterizada por uma língua anormalmente pequena. Em casos raros, a língua pode estar ausente (aglossia). Tais síndromes são caracteristicamente associadas a anomalias dos membros, como hipodactilia (ausência de dedos) e hipomelia (hipoplasia de parte ou de todo o membro). Outros pacientes têm anormalidades simultâneas, como fenda palatina, bandas intraorais e transposição das vísceras.

A macroglossia é uma condição incomum caracterizada pelo aumento da língua. Este aumento pode ser causado por diversas condições, incluindo malformações congênitas e doenças adquiridas. **As causas mais frequentes são as malformações vasculares e a hipertrofia**



muscular. É um achado característico na Síndrome de Down, na síndrome de Beckwith-Wiedemann, no Cretinismo e outras.

Causas da Macroglossia

HEREDITÁRIAS E CONGÊNITAS

- Malformações vasculares
- Linfangioma
- Hemangioma
- Hemi-hiperplasia
- Cretinismo
- Síndrome de Beckwith-Wiedemann
- Síndrome de Down
- Mucopolissacaridoses
- Neurofibromatose tipo 1
- Neoplasia endócrina múltipla, tipo 2B

ADQUIRIDAS

- Pacientes edêntulos
- Amiloidose
- Mixedema
- Acromegalia
- Angioedema
- Carcinoma e outros tumores

07. (AOCB - EBSEH - Cirurgião Dentista - HUJB – UFCG – 2017)

Qual é o nome que se dá quando dois dentes se unem pelo cimento ao longo das superfícies radiculares?

- Hipercementose.
- Dilaceração.
- Geminação
- Dens in dente.
- Concrescência.



Comentários: Vamos fazer uma revisão:

Na alternativa A – Hipercementose: alteração regressiva dos dentes caracterizada pela deposição de quantidades excessivas de cimento secundário, de forma simétrica, nas superfícies radiculares.

Na alternativa B – Dilaceração: anomalia dental de forma caracterizada pela observação de angulação ou curvatura exageradamente acentuada na raiz dental, que pode ocorrer em qualquer dente ou em qualquer ponto ao longo do comprimento da raiz;

Na alternativa C – Geminação: união de dois dentes decíduos ou permanentes em desenvolvimento apresentam câmaras pulpares e canais radiculares separados. Apresenta número normal de dentes na arcada. **2 coroas unidas total ou parcialmente, com 1 só raiz.**

Na alternativa D – Dens in dente: também dente invaginado (*Dens in dente*) é uma profunda invaginação da superfície da coroa ou da raiz que



é limitada pelo esmalte. , ocorre tanto na coroa quanto na raiz durante o desenvolvimento dentário e pode envolver a câmara pulpar ou o canal radicular. Esta condição parece ser rara em negros e não há predileção por sexo. Quando envolve a raiz, parece ser consequência de uma invaginação da bainha radicular epitelial de Hertwig.

A resposta certa para esta questão está na alternativa E – Congrescência: é a união de dois dentes adjacentes apenas por cimento sem confluência da dentina subjacente.

Resposta: Letra E.

7. Anquiloglossia

É uma anomalia de desenvolvimento da língua, caracterizada pelo freio lingual curto, resultando na limitação dos movimentos da língua. É observada em 1,7% a 4,4% dos recém-nascidos e é quatro vezes mais comum em meninos. Pode apresentar manifestações clínicas variadas, desde casos leves e com pouco significado clínico, até casos raros de anquiloglossia completa, onde a língua é totalmente fusionada ao soalho bucal. Ocasionalmente o freio estende-se anteriormente e insere-se no ápice lingual, podendo ser observada uma discreta fenda nesta região. A Anquiloglossia parcial é a aderência parcial na língua no assoalho (freio lingual curto).

08.(FCC - Analista Judiciário - Odontologia – TRT 3ª REGIÃO - 2015) A alteração congênita caracterizada pela inserção do freio lingual muito próximo da ponta da língua com aspecto fibroso ou muscular é denominada de

- A) língua fissurada.
- B) anquiloglossia.
- C) glossite migratória benigna.
- D) freio tetolabial persistente.
- E) fibromatose gengival hereditária.



Comentários: A anquiloglossia é uma anomalia oral congênita caracterizada por freio lingual muito curto capaz de resultar em graus variáveis de diminuição da mobilidade lingual. É formado por tecido conjuntivo fibroso e, muitas vezes, por fibras superiores do músculo genioglossa.

Resposta: Letra B.

8. Tireoide Lingual

É um Tecido tireoidiano formado junto ao buraco cego da língua.

09.(CESPE – Câmara dos Deputados – Analista Legislativo – 2012) A respeito dos exames para avaliação da tireoide, julgue os itens subsequentes

As tireoides linguais são as tireoides ectópicas mais comuns.

() Certo () Errado

Comentários: Segundo Neville (2009) de todas as tireóides ectópicas, 90% são encontradas na junção dos dois terços anteriores e terço posterior da língua, na linha média.

Resposta: Certo

9. Língua Fissurada, Língua geográfica, Língua Pilosa e Varicosidades

Língua Fissurada

Trata-se de uma entidade comum com uma prevalência em torno de 5% e pode ser verificada tanto em crianças como em adultos. Essa frequência parece aumentar com a idade, chegando a 30% em indivíduos idosos. Considerada pela maioria dos autores uma anomalia do desenvolvimento, embora de etiologia desconhecida, tem um fator



hereditário fortemente relacionado. Clinicamente, apresenta-se por meio de fissuras ou sulcos na porção dorsal da língua de profundidade variável, revestidos por epitélio íntegro, porém atrófico. Na maioria dos casos, nota-se um sulco central longitudinal, do qual se irradiam sulcos laterais; outras vezes, a disposição é variável formando segmentos e reentrâncias semelhantes à superfície pregueada do cérebro (Figura 23.5). Em alguns casos, **a língua fissurada está associada à macroglossia; e, em outros, à língua geográfica.** É vista com frequência em pacientes com síndrome de Down e também tem sido relacionada como um componente da síndrome de Melkersson-Rosenthal. A língua fissurada, em geral, é assintomática e passa despercebida na maioria das vezes. Quando há queixa, a sintomatologia é restrita a ligeiro ardor, decorrente da presença de microrganismos e resíduos alimentares dentro dos sulcos. Não há tratamento específico para essa entidade; apenas deve-se orientar o paciente quanto à higienização que precisa ser feita com a utilização de escova macia, podendo ser complementada, em especial, quando houver referência de ardor e halitose, com uso de digluconato de clorexidina 0,12% na forma de bochechos diários após a higienização, 3 vezes/dia até a remissão dos sintomas.

Língua geográfica

É de etiologia discutida, caracterizada por **áreas erosivas**, representada por manchas avermelhadas, com consequente **desaparecimento das papilas filiformes, localizada no dorso da língua.**

A língua geográfica, o eritema *migrans* e a glossite migratória benigna são nomenclaturas sinônimas que se referem às formas irregulares de áreas de desnudação, depapilação ou descamação no dorso e borda lateral da língua decorrentes de uma condição inflamatória crônica.



A sintomatologia, quando presente, é relatada por ardor local, principalmente após a ingestão de alimentos ácidos ou condimentados. O tratamento é sintomático.

10.(FCC - TRT 5ª - Analista Judiciário - Odontologia - 2013) O tipo de lesão fundamental encontrada quando diagnosticada a Glossite migratória benigna é

- A. mácula.
- B. placa.
- C. atrofia.
- D. escara.
- E. pústula.

Comentários: As lesões características do eritema migratório são vistas nos dois terços anteriores da mucosa do dorso da língua. Elas se apresentam como zonas de eritema múltiplos e bem demarcados, concentrados na ponta e bordas laterais da língua. Este eritema se deve à atrofia das papilas filiformes, e tais áreas atróficas são tipicamente cercadas, pelo menos parcialmente, por uma borda em forma de serpentina, amarelo-esbranquiçada e levemente elevada.

Resposta: Letra C.

Língua Pilosa

Representa a hipertrofia e alongamento das papilas filiformes da língua e hiperqueratose, com deficiência da descamação normal causada por falta de atrito no dorso lingual – dietas líquidas ou por sondas. Pode estar associada a xerostomia, geralmente assintomática, mas pode ocorrer prurido. A cor varia com os pigmentos (fumo, beterraba, cenoura). O tratamento consiste de orientações de higienização.

Varicosidades



Veias tortuosas dilatadas que ocorrem na superfície ventral da língua.

Não é necessário tratamento.

10. Artéria de Calibre Persistente

É uma alteração vascular comum, na qual um ramo arterial principal estende-se para a superfície do tecido mucoso sem redução no seu diâmetro. São observadas com maior frequência nos idosos e é assintomática. Ocorre quase que exclusivamente na mucosa labial. O achado característico é a pulsação.

11. Fístulas Laterais do Palato Mole

As fístulas laterais do palato mole são alterações raras de patogênese incerta, são geralmente bilaterais. Não há necessidade de tratamento.

12. Hiperplasia Coronóide e Condilar, Hipoplasia Condilar

Hiperplasia Coronóide

A causa da hiperplasia coronóide é desconhecida, a maioria dos casos é observada em homens na puberdade, uma influência hormonal tem sido sugerida. A hereditariedade também possui um papel significativo. A hiperplasia coronóide pode ser uni ou bilateral, embora casos bilaterais sejam quase cinco vezes mais comuns do que os unilaterais.

Em um paciente com hiperplasia coronóide unilateral, o aumento do processo coronóide toca a superfície posterior do zigoma, restringindo a abertura da mandíbula. Como o processo coronóide muitas vezes apresenta-se superposto ao zigoma em radiografias convencionais, tomogramas ou tomografias computadorizadas geralmente são mais eficazes na demonstração da hiperplasia.



O tratamento da hiperplasia coronóide consiste na remoção cirúrgica do(s) processo(s) alongado(s) para permitir a movimentação livre da mandíbula. A coronoidectomia ou a coronoidotomia são geralmente realizadas pelo acesso intraoral. Embora possa ocorrer uma melhora inicial na abertura de boca, os resultados em longo prazo podem ser desapontadores uma vez que o procedimento cirúrgico pode causar a fibrose e pela tendência do novo crescimento do processo coronóide. A fisioterapia pós-operatória é importante no restabelecimento da função normal.

Hiperplasia Condilar

A hiperplasia condilar é uma malformação rara da mandíbula, causada pelo crescimento excessivo de um dos côndilos. A causa desta hiperplasia é desconhecida, porém alterações circulatórias locais, distúrbios endócrinos e trauma foram sugeridos como possíveis fatores etiológicos.

Pode ser difícil de distinguir da hiperplasia hemifacial, embora hiperplasia hemifacial os tecidos moles e dentes associados também podem estar aumentados. A hiperplasia condilar pode se manifestar de formas distintas, incluindo assimetria facial, prognatismo, mordida cruzada e mordida aberta. Algumas vezes, ocorrem um crescimento maxilar compensatório e inclinação do plano oclusal. Esta condição é mais identificada em adolescentes e adultos jovens.

A cintilografia usando ^{99m}Tc -MDP tem sido indicada como um método útil na avaliação do grau de atividade óssea na hiperplasia condilar. A hiperplasia condilar é uma condição autolimitante e o seu tratamento é baseado no grau de dificuldade funcional e comprometimento estético. Alguns pacientes podem ser tratados pela condilectomia unilateral, enquanto outros necessitam de osteotomia mandibular uni ou bilateral. Em pacientes com crescimento maxilar compensatório, uma osteotomia maxilar também pode ser necessária. O tratamento ortodôntico concomitante é geralmente necessário.



11.(CESPE - SESA/ES - Odontólogo Cirurgião Buco Maxilofacial - 2013) Assinale a opção que apresenta o exame de imagem mais indicado para o estudo da hiperplasia condilar unilateral.

- A. tomografia computadorizada da ATM
- B. ultrassonografia da ATM
- C. radiografia transcraniana para ATM
- D. ressonância magnética da ATM
- E. radiografia panorâmica digital

Comentários: A tomografia computadorizada constitui um instrumento muito útil na diferenciação do tipo de patologia que acomete o côndilo mandibular. É o método ideal para a avaliação das estruturas ósseas.

Resposta: Letra A.

Hipoplasia Condilar

A hipoplasia condilar, ou o crescimento deficiente do côndilo mandibular, pode ser congênita ou adquirida. Muitas vezes, a hipoplasia condilar congênita está associada am síndromes da cabeça e pescoço, incluindo a disostose mandibulofacial, a síndrome oculoauriculovertebral (síndrome de Goldenhar) e a microssomia hemifacial. Nos casos mais graves, agenesia de todo o côndilo ou ramo pode ser observada (aplasia condilar).A hipoplasia condilar adquirida ocorre por distúrbios do centro de crescimento do côndilo em desenvolvimento. A causa mais comum é o trauma na região condilar durante a primeira e segunda décadas de vida. Outras causas incluem infecções, radioterapia e artrite reumatoide ou degenerativa.

A hipoplasia condilar pode ser uni ou bilateral, resultando em uma mandíbula pequena, com má oclusão do tipo Classe II. A hipoplasia unilateral resulta em distorção e depressão da face no lado afetado. A



linha média da mandíbula é desviada para o lado afetado quando o paciente abre a boca, acentuando a deformidade. Nos casos relacionados a trauma pode ocorrer anquilose da articulação temporomandibular (ATM).

A deformidade é facilmente observada em radiografias panorâmicas e a gravidade pode variar. Nos casos graves, o côndilo ou o ramo podem estar completamente ausentes. Os casos mais brandos exibem um processo condilar pequeno, chanfradura sigmoide rasa e cabeça do côndilo malformada. Uma chanfradura antegonial proeminente pode estar presente. A TC pode ser útil na avaliação dos côndilos.

O tratamento do paciente com hipoplasia condilar varia de acordo com a causa e gravidade do defeito, porém, muitas vezes, a cirurgia é necessária. Quando o côndilo está ausente, um enxerto costochondral (da costela) pode ser colocado para ajudar a estabelecer um centro de crescimento ativo. Além disso, as osteotomias, algumas vezes, promovem uma aparência estética aceitável. Em alguns casos, a distração osteogênica pode ser usada para estimular uma neoformação óssea.

12.(FGV - PC-RJ - Perito Legista – Odontologia - 2011) A alteração de desenvolvimento que se caracteriza pelo crescimento excessivo observado apenas em um dos côndilos é denominada:

- a) hiperplasia hemifacial
- b) hiperplasia condilar.
- c) hipertrofia condilar.
- d) hipertrofia hemifacial.
- e) hipoplasia condilar.

Comentários: A hiperplasia condilar é uma malformação rara da mandíbula, causada pelo crescimento excessivo de um dos côndilos.

Resposta: Letra B

13.Côndilo Bífido



É uma rara anomalia de desenvolvimento, caracterizada pelo côndilo mandibular com dupla cabeça, havendo, muitas vezes, um sulco ântero- posterior dividindo as cabeças em anterior e posterior. A sua causa ainda é incerta, mas sabe-se que pode estar relacionado à trauma como uma fratura na infância, por exemplo, à inserção muscular anormal, agentes teratogênicos ou persistência de um septo dentro da cartilagem condilar.

Se o paciente não relata nenhum sintoma na articulação o tratamento deve ser dispensado. Se ao contrário se queixa de dor ou desconforto, o correto tratamento tempo-mandibular deve ser aplicado.

14.Exostoses e Tórus Palatino e Mandibular

Exostoses

São protuberâncias ósseas localizadas que surgem da cortical óssea. Estes crescimentos benignos afetam frequentemente a maxila e a mandíbula. As exostoses orais mais conhecidas são o tórus palatino e o tórus mandibular. As exostoses vestibulares ocorrem como aumentos de volume ósseos bilaterais ao longo da face vestibular dos rebordos alveolares da maxila e/ou mandíbula.

13.(EBSERH/HU-UFJF - C. DENTISTA - CTBMF - 2015)

Anormalidades ósseas que ocorrem na região vestibular dos maxilares denominam-se:

- A)exostoses.
- B)tórus.
- C)expansão óssea.
- D)tumores.
- E)cistos



Comentários: As exostoses são excrescências ósseas múltiplas que ocorrem mais raramente que os toros. São nódulos ósseos assintomáticos, que estão presentes ao longo da face vestibular do osso

alveolar. E o tórus são protuberâncias que quando localizadas na maxila é evidenciada na linha mediana do palato, sendo que nessa região recebe o nome de toros palatinos.

Resposta: Letra A

Tórus Palatino

Uma exostose benigna de etiologia desconhecida, osso cortical com pouca medular, crescimento lento, mais comum na linha média do palato duro. Indicações cirúrgicas. Dificulta a mastigação, fonação e deglutição. Tem crescimento exagerado e dificulta reabilitação protética.

Tórus Mandibular

Uma protuberância óssea ao longo da superfície lingual da mandíbula, sobre a linha milohióidea, na região dos pré-molares, frequentemente bilaterais, osso cortical com pouca medular. Indicações cirúrgicas, dificulta a fonação e mastigação, há crescimento exagerado e dificulta a reabilitação protética parcial ou total.

14.(CESPE - TRT - 8ª Região (PA e AP) - Analista Judiciário - Odontologia – 2016) As exostoses ósseas representam um dos principais fatores de interferência para a adaptação de próteses nos arcos maxilares. Com relação a esse assunto, assinale a opção correta.

- a) Os tórus que envolvem áreas menores na mandíbula devem ser removidos em tempos cirúrgicos diferentes para melhor análise do rebordo remanescente no qual residirá a retenção protética.
- b) As principais complicações na remoção de torus maxilar incluem a formação de hematoma pós-operatório, fratura ou perfuração do assoalho da cavidade nasal.
- c) A manobra de reinserção do músculo genioglosso é um procedimento indispensável, quando o ponto de inserção se torna



extremamente proeminente em função da reabsorção do rebordo mandibular.

- d) As exostoses palatinas laterais possuem sua remoção cirúrgica contra indicada quando estiverem muito próximas do canal palatino, devido ao elevado risco de lesão do feixe vasculonervoso.
- e) As exostoses que envolvem áreas amplas deixam, após sua remoção cirúrgica, tecido mucoso exuberante que requer período de adaptação, em torno de doze semanas, para uma moldagem eficiente.

Comentários: Realmente a melhor alternativa é a letra B onde nos esclarece que as maiores complicações na remoção do torus maxilar são a formação de hematoma pós-operatório, perfuração do assoalho da fossa nasal, fratura e necrose do retalho.

Resposta: Letra B.

15. Síndrome de Eagle

O processo estiloide é uma projeção óssea fina que se origina da superfície inferior do osso temporal, medial e anteriormente ao forame estilomastoideo. Ele está conectado ao corno inferior do osso hioide pelo ligamento estilo-hioideo. A artéria carotídea externa e a carotídea interna localizam-se de cada lado do processo. O alongamento do processo estiloide ou a mineralização do complexo ligamentar estilo-hioideo não é incomum, sendo relatado em 18% a 40% da população em algumas revisões de radiografias. Essa mineralização geralmente é bilateral, porém pode afetar apenas um lado. A maioria dos casos é assintomática; entretanto, um número reduzido destes pacientes apresenta os sintomas da síndrome de Eagle, causada por colisão ou compressão dos vasos sanguíneos ou nervos adjacentes.

A síndrome de Eagle afeta preferencialmente adultos. O paciente apresenta dor facial vaga, principalmente quando deglute, quando vira a cabeça ou abre a boca. Outros sintomas que podem estar presentes são



disfagia, disfonia, otalgia, cefaleia, tontura e síncope transitória. O alongamento do processo estiloide ou a mineralização do complexo ligamentar estilo-hioideo pode ser observado na radiografia panorâmica ou radiografia lateral da mandíbula). A mineralização do complexo ligamentar estilo-hioideo pode ser palpada na região de fossa amigdaliana, promovendo muitas vezes a dor.

A síndrome de Eagle ocorre classicamente após uma amigdalectomia. O desenvolvimento de tecido cicatricial na área da mineralização do complexo ligamentar estilohioideo resulta em dor cervicofaríngea na região dos nervos cranianos V, VII, IX e X, principalmente durante a deglutição. Alguns autores reservam o termo síndrome de Eagle apenas para os casos onde a ossificação da cadeia estilo-hioidea tenha ocorrido pela amigdalectomia ou por outro trauma no pescoço.

Uma segunda forma desta condição que não está relacionada à amigdalectomia é chamada algumas vezes de síndrome da artéria carótida ou síndrome estiloide. O complexo mineralizado alongado é atritado na artéria carótida interna ou externa e fibras nervosas simpáticas associadas. O paciente pode se queixar de dor no pescoço quando vira a cabeça, e essa dor pode se irradiar para outras regiões da cabeça ou pescoço.

A síndrome de Eagle traumática também tem sido relatada, na qual os sintomas desenvolvem-se após fratura do ligamento estilo-hioideo mineralizado.

O tratamento da síndrome de Eagle depende da gravidade dos sintomas. Nos casos leves, geralmente nenhum tratamento é necessário (exceto tranquilizar o paciente). Algumas vezes, injeções locais de corticosteroides causam alívio. Nos casos mais graves, a excisão cirúrgica parcial do processo estiloide alongado ou do ligamento estilo-hioideo mineralizado é necessária. Geralmente, o acesso para essa cirurgia é intraoral, embora um acesso extraoral também possa ser utilizado. O prognóstico é bom.



15.(FGV – PC-RJ – Perito Legista -2011) A mineralização do processo estilóide, que pode levar a sintomas como dor facial, disfagia, otofagia, vertigem e dor de cabeça, é conhecida como:

- a) Síndrome de Stafne
- b) Síndrome de Treacher Collins.
- c) Síndrome de Sjögren.
- d) Síndrome de Eagle.
- e) Síndrome de Ewing.



Comentários: A síndrome de Eagle apresenta os sintomas apresentados acima além de outros como dor referida para garganta, língua, olhos, terço médio da face, articulação temporomandibular e ouvido. Os sintomas parafaríngeos incluem sensação de corpo estranho, disfagia, dificuldade de abertura bucal, dificuldade de fonação, sensação de queimação, parestesia, sialorréia, odontalgia e restrição de movimento da cabeça. Sintomas auditivos como surdez e zumbido e distúrbios visuais podem estar presentes.

Resposta: Letra D.

16.(FEPESE - HU/UFSC - RESIDÊNCIA EM CTBMF - 2010) Com relação à Síndrome de Eagle, assinale a alternativa **correta**.

- a. A mineralização do processo estiloide é frequentemente unilateral.
- b. As artérias carótidas interna e externa localizam-se de cada lado do processo estiloide.
- c. Caracteriza-se apenas pela mineralização do processo estiloide.
- d. O processo estiloide origina-se da porção inferior do osso temporal, posteriormente ao forame estilomastoídeo.
- e. Na maioria dos casos de mineralização do processo estiloide o paciente é sintomático, apresentando dores e tonturas.

Comentários: . É a mineralização do complexo ligamentar estilo-hioideo e essa mineralização geralmente é bilateral, a artéria carotídea externa e a carotídea interna localizam-se de cada lado do processo.



Resposta: Letra B.

17.(UFJF –CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL - RESIDÊNCIA 2016) Sobre a Síndrome de Eagle está **INCORRETO** afirmar que:

- a) ocorre classicamente após uma amigdalectomia.
- b) a dor ocorre principalmente quando o paciente deglute, vira a cabeça ou abre a boca.
- c) pode apresentar sintomas como a síncope transitória.
- d) nos casos leves não requer nenhum tratamento e nos casos mais graves pode-se aplicar injeções locais de corticosteroides.
- e) na Síndrome de Eagle Traumática os sintomas desenvolvem-se após fratura do ligamento estilo-hióideo mineralizado.



Comentários: Tem pegadinha....a segunda parte da alternativa D cancela tudo, pois nos casos mais graves, a excisão cirúrgica parcial do processo estiloide alongado ou do ligamento estilo-hioideo mineralizado é necessária.

Resposta: Letra D

16.Defeito de Stafne

Também conhecido como Cisto Ósseo de Stafne, Depressão mandibular lingual da glândula salivar, Cisto ósseo latente, Cisto ósseo estático, Defeito ósseo estático, Defeito da cortical lingual mandibular.

Em 1942, Stafne descreveu uma série de lesões radiolúcidas assintomáticas, localizadas próximo ao ângulo da mandíbula. relatos subsequentes de lesões semelhantes mostraram que esta condição representa uma concavidade focal do osso cortical na superfície lingual da mandíbula. na maioria dos casos, a biópsia revela tecido de glândula salivar histologicamente normal, sugerindo que estas lesões representem defeitos do desenvolvimento que contêm uma porção da glândula submandibular. entretanto, há relatos de alguns poucos casos de defeitos



desprovidos de conteúdo ou contendo músculo, tecido conjuntivo fibroso, vasos sanguíneos, gordura ou tecido linfoide.

Defeitos semelhantes da cortical lingual também já foram observados mais anteriormente na mandíbula, na região dos incisivos, caninos e pré-molares. Estes defeitos raros foram relacionados à glândula sublingual ou tecido de glândula salivar aberrante. Além disso, um relato apontou a glândula parótida como a causa de um defeito cortical aparente no ramo ascendente da mandíbula. Portanto, todas as glândulas salivares maiores parecem ser capazes de causar essas concavidades corticais.

O Defeito de Stafne clássico apresenta-se como uma lesão radiolúcida assintomática, abaixo do canal mandibular, na região posterior da mandíbula, entre os molares e o ângulo da mandíbula. A maioria dos defeitos de Stafne é unilateral, embora casos bilaterais possam ser observados. Os defeitos linguais anteriores associados à glândula sublingual apresentam-se como uma lesão radiolúcida bem-definida que pode aparecer superposta aos ápices dos dentes anteriores

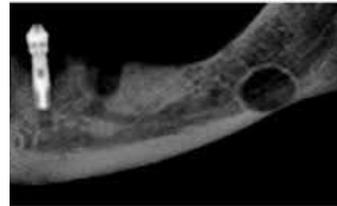
Embora se acredite que o Defeito de Stafne seja uma alteração do desenvolvimento, ele não parece estar presente desde o nascimento. a maioria dos casos tem sido relatada em pacientes de meia-idade e idosos, sendo as crianças raramente afetadas.

18.(UFJF – RESIDÊNCIA PROFISSIONAL – CTBMF - 2016) É CORRETO afirmar sobre o Defeito de Stafne:

- a)** pode ser também denominado de cisto ósseo latente.
- b)** não pode ser observado em radiografias comuns, apenas por ressonância magnética.
- c)** o tratamento requer curetagem cirúrgica e enxerto ósseo após trinta dias.
- d)** o tratamento requer curetagem cirúrgica e enxerto ósseo na mesma sessão.
- e)** quando a biópsia da lesão é realizada observamos tecidos de glândula sublingual normal



Comentários: A melhor alternativa é a letra A onde não há razão para dúvida, pois também é conhecido como Cisto Ósseo de Stafne, Depressão mandibular lingual da glândula salivar, Cisto ósseo latente, Cisto ósseo estático, Defeito ósseo estático, Defeito da cortical lingual mandibular.



Resposta: Letra A

19.(FUNIVERSA - SEPLAG / SEE/DF - Professor de Educação Básica - Área Odontologia – 2010) Uma paciente, 33 anos de idade, funcionária pública, compareceu a uma clínica radiográfica para realização de exames de imagem e documentação para colocação de implantes dentários. Sua história médica pregressa e sua saúde atual não apresentavam alterações dignas de nota. Após a realização dos exames radiográficos, constatou-se alteração óssea em mandíbula, assintomática, conforme mostra a radiografia a seguir.

Nessa situação, o diagnóstico clínico mais provável é o de:

- A. cisto ósseo de Stafne.
- B. cisto dentígero.
- C. cisto odontogênico glandular.
- D. cisto ósseo aneurismático.
- E. cisto linfoepitelial cervical.



Comentários: O Defeito de Stafne clássico apresenta-se como uma lesão radiolúcida assintomática, abaixo do canal mandibular, na região posterior da mandíbula, entre os molares e o ângulo da mandíbula

Resposta: Letra A.

Cistos do Desenvolvimento ou Cistos não odontogênicos

São formados a partir de inclusões epiteliais nas linhas de fusão dos processos embrionários que dão origem ao processo maxilomandibular. Veja o desenho esquemático:

CISTO		
Cavidade patológica com conteúdo fluido ou semifluido, a qual não é formada pelo acúmulo de pus, sendo frequentemente revestido por epitélio e suportado por tecido conjuntivo fibroso.		
ODONTOGÊNICOS		NÃO ODONTOGÊNICOS
Desenvolvimento	Inflamatórios	São cistos de desenvolvimento oriundos da linha de fusão dos ossos ou processos embrionários dos maxilares
Resultantes da proliferação de remanescentes epiteliais associados á formação dos dentes. Esse epitélio compreende a lâmina dentária, o órgão do esmalte e a bainha de Hertwig. A maioria são limitados por epitélios que se origina do epitélio odontogênico.	São lesões que atingem a região periapical de dentes não vitais tanto na maxila, quanto na mandíbula. O cisto radicular, ou também cisto periapical é o mais prevalente.	
Cisto dentífero	Cisto radicular (Cisto periapical)	Cistos Palatinos do Recém-nascido
Cisto de erupção	Cisto da Bifurcação Vestibular	Cistos Nasolabial
Cisto gengival do recém nascido	Cisto Residual	Cistos Globulomaxilar
Cisto gengival do adulto		Cisto do ducto Nasopalatino
Cisto periodontal lateral		Cisto Palatal Mediano
Cisto odontogênico calcificante		Cisto Mandibular Mediano
Cisto odontogênico glandular		Cisto Folicular da Pele
Cisto odontogênico ortoceratinizado		Cisto Dermóide
		Cisto do Ducto Tireoglosso
		Cisto da Fenda Branquial
		Cisto Linfoepitelial Oral

1.Cistos Palatinos do recém-nascido (Pérolas de Epstein; Nódulos de Bohn)



As pérolas de Epstein ocorrem ao longo da rafe palatina mediana e provavelmente surgem de epitélio aprisionado ao longo da linha de fusão. Os nódulos de Bohn estão espalhados pelo palato duro, muitas vezes próximo à junção entre os palatos, e acredita-se que sejam derivados de glândulas salivares menores.

20.(UEPA - PM-PA - 2º Tenente - Cirurgião Dentista - Odontopediatria - 2012) São reminiscências de tecidos epiteliais aprisionados, pequenas e normalmente múltiplas lesões esbranquiçadas que não aumentam de tamanho e podem ser evidenciadas ao longo da rafe palatina mediana de recém-nascidos:

- a) cistos de erupção
- b) cistos dentígeros
- c) distos da lâmina dentária
- d) nódulos de bohn
- e) pérolas de Epstein

Comentários: As pérolas de Epstein ocorrem ao longo da rafe palatina mediana e provavelmente surgem de epitélio aprisionado ao longo da linha de fusão.

Resposta: Letra E

2.Cisto Nasolabial

Ocorre no lábio superior, lateral a linha média. Há 2 teorias para a sua patogênese:

- 1- Remanescentes epiteliais aprisionados ao longo da linha de fusão dos processos maxilar/nasal mediano/nasal lateral e
- 2- Deposição ectópica do epitélio do ducto nasolacrimal (mesmo aspecto histológico).



Mais frequente em adultos, 4ª e 5ª décadas de vida, há predileção pelo sexo feminino, dor quando infectado secundariamente. O cisto nasolabial apresenta-se como um aumento de volume do lábio superior lateral à linha média, resultando na **elevação da asa do nariz**. Muitas vezes, o aumento eleva a mucosa do vestíbulo nasal e **causa apagamento do fundo** de vestíbulo. Pode romper para a cavidade bucal ou nasal. Como o cisto nasolabial origina-se nos tecidos moles, na maioria dos casos **não há alterações radiográficas**. O tratamento deve ser cirúrgico com remoção total da lesão através da cavidade bucal. Abordagem alternativa pela cavidade nasal.

21.(CETRO - AMAZUL - Cirurgião Dentista - 2015) Assinale a alternativa que não apresenta um cisto odontogênico.

- (A) Cisto nasolabial.
- (B) Cisto periapical radicular.
- (C) Cisto periodontal lateral.

Comentários: São Cistos Não Odontogênicos: Cistos Palatinos do recém-nascido, Cisto Nasolabial ou Nasoalveolar, Cisto Globulomaxilar, Cisto do Ducto Nasopalatino, Cistos Palatal Mediano, Cisto Alveolar Mediano, Cisto Mandibular Mediano, Cistos Foliculares da Pele, Cisto Dermóide, Cisto do Ducto Tireoglossal, Cisto da Fenda Branquial, Cisto Linfoepitelial. Única alternativa com cisto não odontogênico é a letra A ...cisto nasolabial ou nasoalveolar.

Resposta: Letra A

22..(FEPESE - HU/UFSC - RESIDÊNCIA EM CTBMF - 2010) Com relação ao cisto nasolabial, assinale a alternativa **correta**.

- a. É um cisto inflamatório raro que ocorre no lábio superior.
- b. É um cisto de desenvolvimento que ocorre na linha média do lábio superior.
- c. Existe uma predileção pelo sexo masculino em uma proporção de 3:1.
- d. Comumente ocorre reabsorção superficial do osso maxilar devido à compressão.



e. Uma das teorias de sua origem sugere que o cisto se desenvolve do epitélio do ducto lacrimal.

Comentários: Para começar não é um cisto inflamatório, sua localização é no lábio superior, lateral a linha média, pode romper para a cavidade bucal ou nasal, há predileção pelo sexo feminino e há 2 teorias para a sua patogênese entre elas a alternativa E que é a deposição ectópica do epitélio do ducto nasolacrimal.

Resposta: Letra E

3.Cisto Globulomaxilar

Praticamente todos os cistos que ocorrem na região globulomaxilar (entre o incisivo lateral e o canino) podem ser explicados com uma base odontogênica. Muitos são revestidos por epitélio escamoso estratificado com inflamação e são considerados cistos periapicais. Alguns exibem características histopatológicas específicas de um ceratocisto odontogênico ou de um cisto periodontal lateral. Também foi sugerido que algumas destas lesões podem surgir de uma inflamação do epitélio reduzido do esmalte no momento de erupção dos dentes. Como um cisto fissural nessa região provavelmente não existe, o termo cisto globulomaxilar não deve mais ser utilizado. Quando uma lesão radiolúcida for encontrada entre o incisivo lateral e canino superior, o clínico deve considerar primeiro uma origem odontogênica para a lesão.

4.Cisto do Ducto Nasopalatino ou Cisto do Canal Incisivo

É o cisto mais comum da cavidade bucal, ocorrendo em cerca de 1% da população. Acredita-se que se origine de remanescentes do ducto nasopalatino, estrutura embrionária que liga a cavidade nasal e bucal na região do canal incisivo. Patogênese ainda desconhecida. Pode se desenvolver em qualquer idade, porém é mais comum na 4ª e 6ª década



de vida e raramente é observado na 1ª década de vida. Prevalência pelo **sexo masculino.**

Clinicamente a sintomatologia mais comum são tumefação da região anterior do palato, drenagem e dor. Atentar para sintomatologia intermitente. Muitas lesões são assintomáticas. Lesões maiores produzem expansão flutuante. Em raras ocasiões um cisto do ducto nasopalatino pode se desenvolver nos tecidos moles da papila incisiva sem qualquer envolvimento ósseo. Estas lesões são frequentemente chamadas de cistos da papila incisiva. Estes cistos usualmente exibem uma coloração azulada devido ao conteúdo líquido na luz do cisto.

Radiograficamente aparece como lesão radiolúcida bem circunscrita, localizada próximo ou na linha média da região anterior da maxila, entre os ápices dos incisivos centrais, forma redonda ou oval e margem esclerótica. **Algumas lesões tem formato de pera invertida, outras formato de coração** de 6 mm a 6 cm, atentar para forame incisivo normal com **limite de 6 mm.** A reabsorção radicular é rara. O tratamento consiste de enucleação cirúrgica e realizar exame histológico da peça para afastar outras lesões semelhantes. O melhor acesso cirúrgico é fazer um retalho palatino rebatido após incisão ao longo da margem gengival lingual dos dentes anteriores. Recidiva rara.

23.(AOCP - EBSEH - Nacional - Cirurgião - Dentista - CTBMF – 2015) Paciente do gênero masculino, 40 anos de idade, procurou atendimento odontológico apresentando, como características clínicas, aumento tecidual sobre a papila incisiva, ausência de sintomatologia dolorosa e dentes ântero-superiores com teste de sensibilidade pulpar positivo. As características radiográficas mostraram uma lesão radiolúcida arredondada lembrando um aspecto de coração. Levando em consideração apenas os aspectos clínicos e radiográficos, qual é a primeira hipótese diagnóstica?



- (A) Cisto dentígero.
- (B) Queratocisto odontogênico.
- (C) Cisto do ducto nasopalatino.
- (D) Cisto nasolabial.
- (E) Cisto periapical inflamatório.

Comentários: Considerando na pergunta alguns dados como gênero masculino, 4ª década de vida, tumefação da região anterior do palato, assintomático, lesão com formato ora de pera invertida ou coração... até mesmo excluindo outras alternativas....não há dúvida como primeira hipótese o Cisto do Ducto Nasopalatino.

Resposta: Letra C.

5.Cisto Palatino (Palatal) Mediano

Se desenvolve do epitélio retido ao longo da linha de fusão embrionária dos processos palatinos laterais da maxila. É difícil diferenciá-lo do cisto do ducto naso palatino, tanto quando localizado anterior ou posteriormente. Lesão rara. O cisto palatino mediano apresenta-se como uma tumefação firme ou flutuante na linha média do palato duro, **posterior à papila incisiva**.. Uma área radiolúcida na linha média sem evidência clínica de expansão é provavelmente um cisto do ducto nasopalatino. **Ausência de comunicação com o canal incisivo** O cisto palatal mediano é tratado por remoção cirúrgica. A recidiva não ocorre.

6.Cisto Mandibular Mediano

Lesão controversa de existência questionável A mandíbula de desenvolve por uma proliferação mesenquimal bilobulada única com um istmo central na linha média. Como não ocorre fusão de processos limitada por epitélio não há retenção deste cisto odontogênico glandular, cistos periapicais, ceratocistos odontogênicos ou cistos periodontais laterais. Parece ser de origem odontogênica _ cisto odontogênico



glandular, cistos periapicais, ceratocistos odontogênicos ou cistos periodontais laterais.

7.Cistos Foliculares da Pele

São lesões comuns com ceratina no seu interior, que surgem de uma ou mais porções do folículo piloso. O tipo mais frequente é derivado do infundíbulo folicular, sendo chamado de cisto epidermóide ou cisto infundibular.

8.Cisto Dermóide

Lesão incomum, revestida por epitélio semelhante a epiderme, presença de anexos cutâneos, forma cística benigna de teratoma (composto pelos três folhetos germinativos por isso, complexos e podem ser benignos ou malignos). São mais simples na estrutura que os teratomas complexos ou cistos teratoides. Quando não há anexos cutâneos chama-se Cisto Epidermóide.

Clinicamente ocorrem mais na linha média do soalho bucal, ocasionalmente paramediano e outros locais. Quando localizado acima do músculo gêniohióide a lesão pode deslocar a língua com dificuldades na alimentação, fonação e até na respiração. Quando localizado abaixo do músculo gêniohióide pode dar aparência de queixo duplo.

Podem variar de poucos mms a 12 cm. Mais frequentes em crianças e adultos jovens, 15% são de origem congênita. Em geral, a lesão cresce lentamente sem provocar dor, apresentando-se como uma massa borrachóide ou pastosa, que frequentemente retém a marca dos dedos sob pressão digital. Pode ocorrer infecção secundária, com drenagem para a boca ou pele. Deve-se avaliar a extensão com RM, TC ou radiografia com contraste.

Tratamento é realizado com remoção cirúrgica quando localizados acima do músculo gêniohióide ou podem ser removidos pela boca quando



logo abaixo desse músculo pode necessitar acesso extrabucal. Recidiva rara. Malignização incomum.

24.(FUMARC - TJ-MG -Técnico Judiciário - 2012)

São considerados cistos odontogênicos, **EXCETO**:

- a) Ceratocisto odontogênico.
- b) Cisto dentígero.
- c) Cisto dermóide.
- d) Cisto primordial.

Comentários: Fizemos uma tabela para melhor visualização.

Nós queremos marcar a alternativa que é um cisto não odontogênico.

Vamos descartar a alternativa A e D pois durante muito tempo o Tumor Odontogênico Ceratocístico foi chamado de Cisto Primordial e Ceratocisto Odontogênico (CO). Em 2005, a Organização Mundial de Saúde alterou o nome de Ceratocisto odontogênico para Tumor Odontogênico Ceratocístico.

Olha como querem confundir...

Vejam, não estão na tabela.



A alternativa B está descartada pois sua origem é a partir dos restos celulares da lâmina dental. Então, odontogênico.

A alternativa C é a correta pois o cisto dermóide é classificado como não odontogênico. Sua origem é de tecidos embrionários, ou seja, é um teratoma cístico (tumor germinativo, formado por um ou mais tecidos embrionários) que contém pele madura desenvolvida com folículo piloso e glândulas sudoríparas completas, algumas vezes com pêlos e sebo, sangue, gordura, osso, unha, dentes, cartilagem e tecido da tireóide.

Resposta: Letra C.

25. (CONSULPLAN - HOB - Cirurgião Dentista - Bucomaxilofacial – 2012)

Uma variedade de cistos de desenvolvimento já foi descrita. Alguns foram historicamente considerados cistos “fissurais” porque se acreditava que tinham origem do epitélio aprisionado ao longo das linhas



de fusão dos processos embrionários. Em muitos casos, entretanto, a patogênese exata destas lesões é ainda incerta. Sobre os cistos de desenvolvimento, marque V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas.

() O cisto nasolabial apresenta-se como um aumento de volume do lábio superior, lateral à linha média, resultando na elevação da asa do nariz. Muitas vezes, o aumento eleva a mucosa do vestíbulo nasal e causa apagamento do fundo de vestíbulo. Radiograficamente, apresenta-se como uma imagem radiotransparente unilocular de bordas bem definidas entre o incisivo lateral maxilar e o canino superior.

() O cisto do ducto nasopalatino é o cisto não odontogênico mais comum da cavidade oral. É mais frequente na quarta a sexta décadas de vida, com predileção pelo gênero masculino. Pode ser difícil distinguir um cisto do ducto nasopalatino pequeno de um forame incisivo grande. Geralmente, considera-se que 6 mm é o limite máximo para o tamanho de um forame incisivo normal.

() O cisto palatino mediano pode ser difícil de diferenciar do cisto do ducto nasopalatino. São características específicas do cisto palatino mediano a localização posterior à papila palatina, formato circular ou ovoide na radiografia e comunicação com o canal incisivo.

() Os cistos dermóides ocorrem na linha média do soalho bucal, ainda que se localizem ocasionalmente e lateralmente ao soalho bucal ou em outras localizações. Tais cistos surgem mais em crianças e adultos jovens, podendo ser congênitos.

A sequência está correta em:

- a) F, F, V, V
- b) F, V, F, F.
- c) F, V, F, V.
- d) V, F, F, F.



Comentários: Totalmente corretas a segunda e quarta alternativa são verdadeiras. E a primeira tem como erro porque a maioria dos casos de



cisto nasolabial não há alterações radiográficas e a terceira alternativa erra quando descreve que há comunicação com o canal incisivo.

Resposta: Letra C.

9.Cisto do Ducto Tireoglosso

O desenvolvimento da glândula tireoide começa no final da 3ª semana embrionária a partir de células endodérmicas do soalho ventral da língua, entre tubérculo impar e a cópula da língua – posteriormente ao forame cego. No trajeto para a sua posição final – forma o ducto ou trato epitelial que acompanha a maturação do osso hióide, passando na frente e por baixo deste. Normalmente, o epitélio do ducto sofre atrofia e o ducto é obliterado. Remanescentes deste podem dar origem a esse cisto ao longo do seu trajeto. Tratamento é cirúrgico – técnica de Sistrunk com prognóstico bom.

26.(IADES – 2014 –EBSERH – Cirurgião Dentista – CTBMF) O epitélio do ducto tireoglosso normalmente sofre atrofia e o ducto se oblitera. Contudo, remanescentes desse epitélio podem persistir e dar origem a cistos ao longo desse trajeto. Acerca desse assunto, é correto afirmar que o nome desses cistos e o seu melhor tratamento são, respectivamente,

- a) submandibular mediano e técnica de Scarpa.
- b) do trato tireoglosso e técnica de Sistrunk.
- c) dermóide e câmara hiperbárica.
- d) do ducto tireoglosso e técnica de marsupialização.
- e) linfoepitelial cervical e técnica de enucleação.



Comentários: Exatamente todas as características do cisto do ducto tireoglosso... no trajeto para a sua posição final – forma o ducto ou trato epitelial que acompanha a maturação do osso hióide, passando na frente e por baixo deste. Normalmente, o epitélio do ducto sofre atrofia e o

ducto é obliterado. Remanescentes deste podem dar origem a esse cisto ao longo do seu trajeto. O tratamento é cirúrgico – técnica de Sistrunk.

Resposta: Letra B

10.Cisto da Fenda Branquial ou Cisto Linfoepitelial Cervical

Se desenvolve de remanescentes das fendas branquiais, ocorrem mais na região lateral superior do pescoço, ao longo da margem anterior do músculo esternocleidomastoideo, mais comum em adultos jovens. Podem apresentar-se como canais ou fístulas que drenam muco para a pele. O aumento do número de Cisto Linfoepitelial na glândula Parótida foi relatado em pacientes infectados pelo HIV, o que provavelmente estão relacionadas com a linfadenopatia na parótida associada à infecção pelo HIV.

11.Cisto Linfoepitelial Oral

Lesão rara da boca que se desenvolve dentro do tecido linfoide bucal. Microscopicamente semelhante ao cisto da fenda branquial, porém menor. O tecido linfoide é encontrado no anel de Waldeyer incluindo as amígdalas linguais, palatinas e as adenoides faríngeas assim como no assoalho bucal, superfície ventral da língua e palato mole. Tem estreita relação com o epitélio de revestimento da mucosa.

Formam bolsas cegas ou criptas amigdalíneas que podem se preencher com ceratina. Podem se desenvolver em qualquer idade, porém mais frequente em adultos jovens. Pelo menos metade dos casos se localiza no assoalho bucal. Superfície ventral e margem lateral da língua são outras localizações comuns. Também na amígdala palatina ou no palato mole, que são áreas de tecido linfóide oral normal ou acessório. O tratamento é cirúrgico. Recidiva rara. Normalmente não há necessidade de biópsia porque o diagnóstico pode ser clínico.



Outras Anomalias de Desenvolvimento Raras

1. Hemi-hiperplasia ou Hemi-hipertrofia

Caracterizada por crescimento acentuado e assimétrico de uma ou mais partes do corpo. Tem predileção por mulheres. Uma das características mais significativas é um aumento na prevalência de tumores abdominais. A macroglossia exibindo papilas linguais proeminentes é comum. O canal mandibular pode estar aumentado de tamanho nas radiografias. A má oclusão com mordida aberta não é rara. Quando o crescimento do paciente tiver cessado, a cirurgia cosmética pode ser realizada, incluindo a remoção de tecido mole, plástica da face e cirurgia ortognática. Frequentemente, também é necessário o tratamento ortodôntico.

2. Atrofia Hemifacial Progressiva (Síndrome de Romberg; Síndrome de Parry-Romberg)

Condição degenerativa rara e pouco compreendida, caracterizada pelas alterações atróficas que afetam um lado da face. A causa destas alterações permanece obscura.

A síndrome manifesta-se durante as duas primeiras décadas de vida. A condição começa como uma atrofia da pele e das estruturas subcutâneas em uma área localizada da face. As mulheres são acometidas com maior frequência. A pele sobrejacente exibe muitas vezes uma pigmentação escura. Alguns pacientes apresentam uma linha de demarcação, entre a pele normal e a pele afetada, próximo à linha média da frente, conhecida como esclerodermia linear "en coup de sabre" ("golpe de espada"). O envolvimento ocular é comum, sendo a manifestação mais frequente a enoftalmia devido à perda de tecido adiposo periorbitário. Alopecia local pode ocorrer. Ocasionalmente, podem estar presentes: neuralgia do trigêmeo, parestesia facial, enxaqueca ou epilepsia. Imagens por ressonância magnética podem revelar uma



variedade de anomalias no sistema nervoso central. A boca e o nariz são desviados para o lado afetado. A atrofia do lábio superior pode expor os dentes superiores. Também pode ocorrer atrofia unilateral da língua. Muitas vezes, a mordida aberta posterior unilateral se desenvolve como um resultado da hipoplasia mandibular e erupção retardada dos dentes. Os dentes no lado afetado podem exibir deficiência no desenvolvimento radicular ou reabsorção radicular.

A atrofia progride lentamente por vários anos e se estabiliza. A cirurgia plástica pode ser tentada para correção cosmética da deformidade e o tratamento ortodôntico pode ser útil no tratamento da má oclusão associada.

27.(FEPESE - HU/UFSC - RESIDÊNCIA EM CTBMF - 2010) Com relação à Síndrome de Parry-Romberg, assinale a alternativa correta.

- a. Raramente existe envolvimento ocular.
- b. Também é conhecida como microsomia hemifacial.
- c. Hipoplasia óssea é mais comum quando a condição começa durante a primeira década de vida.
- d. Existe maior predileção para o sexo masculino.
- e. Caracteriza-se pela atrofia cutânea sem repercussão no tecido ósseo.

Comentários: Segundo Neville (2009) esta atrofia progride em um ritmo variável e afeta o dermatomo de um ou mais ramos do nervo trigêmeo. Também pode ocorrer a hipoplasia do osso subjacente. A hipoplasia óssea é mais comum quando a condição surge durante a primeira década.

Resposta: Letra C.

3.Displasia Odontomaxilar Segmentar (Displasia Hemimaxilofacial)

É uma desordem do desenvolvimento recentemente reconhecida, que afeta os maxilares e outrora os tecidos faciais de revestimento. A causa é desconhecida. Em geral, esta condição é confundida clinicamente



com a displasia fibrosa craniofacial ou com a hiperplasia hemifacial, porém ela é uma entidade distinta e separada.

Geralmente descoberta durante a infância e caracteriza-se por **aumento unilateral e indolor** do osso maxilar, com **hiperplasia fibrosa dos tecidos gengivais**. Um ou ambos os prémolares superiores em desenvolvimento estão ausentes, e os dentes decíduos na área afetada podem ser hipoplásicos ou apresentar defeitos do esmalte. O exame radiográfico revela trabéculas espessadas, que muitas vezes são orientadas verticalmente, resultando em uma **aparência granular** relativamente radiopaca.

Esta desordem parece permanecer estável e a intervenção cirúrgica pode não ser necessária. Em alguns casos, o tratamento ortodôntico e a cirurgia ortognática podem ajudar.

4.Síndrome de Crouzon (DISOSTOSE CRANIOFACIAL)

Caracterizadas pelo fechamento prematuro de suturas cranianas. Acredita-se que ela seja causada por diversas mutações do gene receptor 2 do fator de crescimento fibroblástico (FGFR2) no cromossomo 10q26, o que leva às malformações cranianas, como a braquicefalia (cabeça curta), escafocefalia (cabeça em forma de navio), ou trigonocefalia (cabeça de forma triangular). Os pacientes afetados mais gravemente podem exibir um crânio em forma de "trevo". As órbitas são rasas, resultando na proptose ocular característica. Podem ocorrer deficiência visual ou cegueira total, bem como deficiência auditiva. Alguns pacientes relatam cefaleia, atribuída ao aumento da pressão intracraniana. Deficiência mental acentuada é raramente observada. A maxila é pouco desenvolvida, resultando em hipoplasia do terço médio da face.

Os defeitos clínicos da síndrome de Crouzon podem ser tratados cirurgicamente, porém podem ser necessários múltiplos procedimentos. A craniectomia precoce costuma ser necessária para aliviar o aumento da pressão intracraniana. O avanço fronto-orbital pode ser realizado para



corrigir os defeitos oculares, e o avanço do terço médio da face para corrigir a hipoplasia de maxila

28.(UFJF – RESIDÊNCIA 2016 – CTBMF) Malformações cranianas como a braquicefalia, escafocefalia ou trigonocefalia; deficiência visual e auditiva; presença de órbitas rasas com proptose ocular e o crânio mostra radiograficamente um aumento das marcas digitais (“aspecto de metal martelado”). Essas características estão associadas a que patologia?

- a) Síndrome de Apert.
- b) Síndrome de Parry-Romberg.
- c) Síndrome de Treacher-Collins.
- d) Síndrome de McCune- Albright.
- e) Síndrome de Crouzon

Comentários: Sim, estas são todas as características da Síndrome de Crouzon que é caracterizada pelo fechamento prematuro de suturas cranianas provocando muitas outras alterações como hipoplasia do terço médio da face, deficiência auditiva, crânio em forma de “trevo”.

Resposta: Letra E

5.Síndrome de Apert (Acrocefalossindactilia)

Condição rara caracterizada pela **craniossinostose**. Ocorre em aproximadamente 1 a cada 65.000 nascimentos e é causada por um dos dois pontos de mutação no gene receptor 2 do fator de crescimento fibroblástico (FGFR2), o qual está localizado no cromossomo 10q26. Embora esta condição seja herdada de forma autossômica dominante, a maioria dos casos representa novas mutações esporádicas, as quais se acreditam que ocorram exclusivamente por origem paterna e muitas vezes, associada à idade avançada do pai.

A craniossinostose produz acrobraqicefalia (**crânio em forma de torre**); vários casos podem mostrar a deformidade kleeblattschädel (crânio em forma de trevo). O osso occipital é achatado e a fronte



apresenta uma aparência alta. A **proptose ocular é um achado característico, associado a hipertelorismo e inclinação para baixo das fissuras palpebrais laterais**. A perda da visão pode resultar de: Exposição crônica dos olhos desprotegidos Aumento na pressão intracraniana Compressão dos nervos ópticos As radiografias de crânio demonstram impressões digitais semelhantes à síndrome de Crouzon (Fig. 1-81). O terço médio de face mostra-se acentuadamente retraído e hipoplásico, resultando em um prognatismo mandibular relativo. A redução no tamanho da nasofaringe e o estreitamento da coana posterior podem levar à dificuldade respiratória na criança. Para compensar esta dificuldade, a maioria dos recém-nascidos torna-se respirador bucal, contribuindo para a aparência de "boca aberta". Pode ocorrer apneia durante o sono. Infecções do ouvido médio são comuns, bem como a perda da audição. Caracteristicamente, os defeitos nos membros auxiliam a diferenciar a síndrome de Apert de outras síndromes com craniossinostose. A **sindactilia do segundo, terceiro e quarto dedos das mãos e dos pés é sempre observada**. A sinoníquia associada também pode estar presente. O primeiro e o quinto dedos podem estar separados ou unidos aos dedos do meio. Nas radiografias é possível observar a sinostose das falanges adjacentes. A altura média dos pacientes afetados é menor do que a população em geral. É comum o retardo mental em um grande número de pacientes com síndrome de Apert. Uma erupção semelhante à acne desenvolve-se na maioria dos pacientes e envolve os antebraços. As manifestações orais específicas incluem um aspecto trapezoidal dos lábios quando eles estão em repouso, como consequência da **hipoplasia da maxila** e da respiração bucal. Três quartos dos pacientes apresentam fenda do palato mole ou úvula bífida. A hipoplasia da maxila produz uma forma em V do arco superior e apinhamento dentário. Tipicamente, a má oclusão tipo classe III ocorre e pode estar associada à mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior. São observadas tumefações ao longo da parte lateral do palato duro, devido ao acúmulo de glicosaminoglicanos, especialmente ácido hialurônico (Fig. 1-83). Estas



tumefações costumam aumentar com a idade, produzindo uma pseudo fenda do palato duro. O espessamento da gengiva pode estar associado à erupção retardada dos dentes. Incisivos em forma de pá têm sido descritos em um terço dos pacientes.

TRATAMENTO E PROGNÓSTICO: Os defeitos estéticos e funcionais da síndrome de Apert podem ser tratados por uma abordagem interdisciplinar, utilizando-se múltiplos procedimentos cirúrgicos. Muitas vezes, a craniectomia é realizada durante o primeiro ano de vida, para tratar a craniossinostose. O avanço frontofacial e do terço médio de face pode ser realizado para

29.(FEPESE - HU/UFSC - RESIDÊNCIA EM CTBMF - 2010) Com relação à Síndrome de Apert, assinale a alternativa **correta**.

- a. Não existe envolvimento mental.
- b. A inclinação para baixo das fissuras palpebrais laterais é um achado característico.
- c. A sindactilia de todos os dedos é o principal achado que diferencia da Síndrome de Crouzon.
- d. Não existe relação da Síndrome com a presença de fendas palatinas.
- e. A perda da visão pode ser resultado da compressão dos nervos oftálmicos.

Comentários: Esta questão é ótima, pois dá para fazermos um resumo sobre a síndrome de Apert, pois ela é uma condição rara caracterizada pela craniossinostose que produz acrobraquicefalia (crânio em forma de torre); A proptose ocular é um achado característico, associado a hipertelorismo e **inclinação para baixo das fissuras palpebrais laterais. A perda da visão pode resultar de: Exposição crônica dos olhos desprotegidos. Aumento na pressão intracraniana Compressão dos nervos ópticos.** As radiografias de crânio demonstram impressões digitais semelhantes à síndrome de Crouzon (Fig. 1-81). Pode ocorrer apneia durante o sono. Infecções do ouvido médio são comuns, bem como a



perda da audição. Caracteristicamente, os defeitos nos membros auxiliam a diferenciar a síndrome de Apert de outras síndromes com craniossinostose. **A sindactilia do segundo, terceiro e quarto dedos das mãos e dos pés é sempre observada.** A sinoníquia associada também pode estar presente. O primeiro e o quinto dedos podem estar separados ou unidos aos dedos do meio. Nas radiografias é possível observar a sinostose das falanges adjacentes. A altura média dos pacientes afetados é menor do que a população em geral. **É comum o retardo mental** em um grande número de pacientes com síndrome de Apert. Uma erupção semelhante à acne desenvolve-se na maioria dos pacientes e envolve os antebraços. As manifestações orais específicas incluem um aspecto trapezoidal dos lábios quando eles estão em repouso, como consequência da hipoplasia da maxila e da respiração bucal. **Três quartos dos pacientes apresentam fenda do palato mole ou úvula bífida.** A hipoplasia da maxila produz uma forma em V do arco superior e apinhamento dentário. Podemos perceber que a única alternativa corretíssima é a letra B, as outras tentam confundir.

Resposta: Letra B.

6. Disostose Mandibulofacial (Síndrome de Treacher-Collins; Síndrome de Franceschetti-Wahlen-Klein)

Síndrome rara, que se caracteriza principalmente por defeitos nas estruturas derivadas do primeiro e segundo arcos branquiais. O gene para a disostose mandibulofacial (TCOF1) foi mapeado no cromossomo 5q32-q33.1.

Exibem fâcies característica. **Os zigomas são hipoplásicos, resultando em uma face estreita com depressão das bochechas e inclinação oblíqua das fissuras palpebrais.** Em 75% dos pacientes podem ocorrer **um coloboma ou uma chanfradura na parte externa da pálpebra inferior.** Aproximadamente metade dos pacientes não tem cílios próximos ao coloboma. Muitas vezes, o cabelo mostra uma extensão em forma de



língua na direção das bochechas. As orelhas podem demonstrar algumas anomalias. Os pavilhões mostram-se frequentemente deformados ou deslocados e orelhas rudimentares acessórias podem ser observadas. **Defeitos ósseos ou ausência do conduto auditivo externo podem causar perda de audição.** A mandíbula é hipoplásica, resultando em um queixo acentuadamente retraído. Muitas vezes, **as radiografias demonstram hipoplasia dos côndilos e dos processos coronoides, com acentuada chanfradura antegonial.** A boca é voltada para baixo, e cerca de 15% dos pacientes têm fenda facial lateral (ver no início deste capítulo) que causa macrostomia. **A fenda palatina é observada em cerca de um terço dos casos.** As glândulas parótidas podem estar hipoplásicas ou totalmente ausentes. Alguns recém-nascidos podem apresentar dificuldades respiratórias e na alimentação, devido à hipoplasia da nasofaringe, orofaringe ou hipofaringe. A atresia das coanas é um achado comum, e a laringe e a traqueia costumam estar estreitadas. A combinação da mandíbula hipoplásica, que resulta em posição inadequada da língua, pode levar o recém-nascido à morte devido a complicações respiratórias.

Nos casos mais graves, a aparência clínica pode ser melhorada pela cirurgia plástica e tratamento ortodôntico associado à cirurgia ortognática.

30.(FEPESE - HU/UFSC - RESIDÊNCIA EM CTBMF - 2010) Com relação à Síndrome de Treacher-Collins, assinale a alternativa **correta**.

- a. Cerca de um terço dos casos apresenta fenda palatina.
- b. Caracteriza-se por uma deficiência do terço médio da face, mas sem repercussão no zigoma.
- c. É comum a presença de "colobomas", que são fendas na pálpebra superior.
- d. Apesar do defeito no formato externo das orelhas, não há eficiência auditiva.
- e. Também é conhecida como Disostose Craniofacial



Comentários: Nossa, a única alternativa correta é a letra A, as outras tentam confundir como por exemplo a alternativa B...há repercussão no zigoma...na alternativa C os colobomas é uma chanfradura na parte externa da pálpebra inferior... totalmente o contrário na alternativa e na alternativa D diz que não eficiência auditiva....está equivocada pois os Defeitos ósseos ou ausência do conduto auditivo externo podem causar perda de audição. A alternativa E é brincadeira...nós estamos falando da Disostose Mandibulofacial e não Craniofacial.

Resposta: Letra A.

31.(ESSEX – ESSEX – 1º Tenente CTBMF - 2010) A síndrome de Treacher-Collins é também conhecida como:

- a) Disostose craniofacial.
- b) Disostose mandibulofacial.
- c) Hemi-hiperplasia facial.
- d)Atrofia hemifacial progressiva

Comentários: É conhecida como Disostose Mandibulofacial e também chamada de síndrome de Franceschetti-wahlen-klein

Resposta: Letra B.

Lista de questões apresentadas e outras para exercitar

01.(FCC - Analista Judiciário - Odontologia – TRT 3ª. 2015)

Deformidade congênita caracterizada pela fissura do palato secundário que atinge os palatos duro e mole denomina-se:

- A) fissura do palato primário completa.
- B) fissura do palato secundário parcial.
- C) lábio leporino falso.
- D) fissura do palato secundário incompleta.
- E) fissura do palato secundário completa.



02.(FUNCAB - MPE/RO - Analista - Cirurgião Dentista - 2012). A síndrome de Ascher é caracterizada por uma tríade que consiste em:

- A) lábio duplo, blefarocalasia e aumento atóxico da tireóide.
- B) lábio leporino, grânulos de Fordyce e diminuição do volume da tireóide.
- C) fossetas labiais paramedianas, xerostomia e fossetas labiais congênitas.
- D) edema nasal, hemorragia estomacal e cúspides em garra.
- E) fossetas labiais congênitas, grânulos de Fordyce e lábio leporino.

03.(FADESP - Pref. Municipal de Santa Cruz do Arari - Odontólogo - 2016) A alteração congênita que se caracteriza por pequenas glândulas sebáceas em forma de pápulas amareladas, de diâmetro inferior a 2 mm, formando grupos irregulares na mucosa jugal, labial e semimucosa do lábio que não requerem tratamento, apenas orientação adequada ao paciente, se chama

- A) displasia ectodérmica.
- B) grânulos de Fordyce.
- C) doença de Caffey.
- D) queratoacantoma

04.(UNIUV - Pref.Nova Tebas - Cirurgião Dentista - 2012) O conhecimento do padrão de normalidade da cavidade bucal é imprescindível para um plano de tratamento satisfatório. Algumas alterações dentro do padrão de normalidade podem assemelhar-se a condições patológicas e levar a diagnóstico e conduta errôneas. Assinale a alternativa que apresenta alterações bucais não patológicas.

- A) Varicosidade lingual, líquen plano, saburra lingual, Guna.
- B) Pigmentação melânica fisiológica, sarcoma de kaposi, SIDA, herpes
- C) Grânulos de Fordyce, leucoplasia, língua geográfica, gengivoestomatite herpética.
- D) Varicosidade lingual, grânulos de Fordyce, pigmentação melânica fisiológica, torus.



E) Torus, leucoedema, gunga, língua geográfica.

05. (ASPERHS - PREFEITURA MUNICIPAL DE CORTÊS - PE - ORTODONTISTA - 2007) Condição comum que ocorre bilateralmente na mucosa jugal, de causa desconhecida e que acomete mais negros e fumantes. Possui uma aparência branco-acinzentada difusa da mucosa, com aspecto de estrias e desaparece quando a mucosa é esticada.

- a) Leucoplasia
- b) Candidíase pseudomembranosa
- c) Leucoedema
- d) Líquen plano
- e) NDA

06. (COMPANYLEARNING - Pref. Municipal de Penha/SC - Dentista - 2013) O leucoedema é uma condição comum da mucosa oral. Ocorre com mais frequência em indivíduos:

- A) Do sexo masculino.
- B) Do sexo feminino.
- C) Da raça negra.
- D) Da raça branca.
- E) Com menos de 8 anos de idade

07.(FCC - Analista do MPU - Odontologia - 2007) A síndrome de Down, trissomia 21, é de grande importância em Odontologia por estar associada a várias anomalias crânio-faciais e dentárias, podendo apresentar:

- a) macroglossia, microdontia e erupção precoce.
- b) microglossia, macrodontia e atraso de erupção.
- c) microglossia, macrodontia e erupção precoce.
- d) macroglossia, microdontia e atraso de erupção.
- e) macroglossia, agenesias e erupção precoce.



08.(FCC - Analista Judiciário - Odontologia - TRT 3ª REGIÃO - 2015) A alteração congênita caracterizada pela inserção do freio lingual muito próximo da ponta da língua com aspecto fibroso ou muscular é denominada de

- A) língua fissurada.
- B) anquiloglossia.
- C) glossite migratória benigna.
- D) freio tetolabial persistente.
- E) fibromatose gengival hereditária.

09.(CESPE - Câmara dos Deputados - Analista Legislativo - 2012) A respeito dos exames para avaliação da tireoide, julgue os itens subsequentes

As tireoides linguais são as tireoides ectópicas mais comuns.

- () Certo () Errado

10.(FCC - TRT 5ª - Analista Judiciário - Odontologia - 2013) O tipo de lesão fundamental encontrada quando diagnosticada a Glossite migratória benigna é

- A) mácula.
- B) placa.
- C) atrofia.
- D) escara.
- E) pústula.

11.(CESPE - SESA/ES - Odontólogo Cirurgião Buco Maxilofacial - 2013) Assinale a opção que apresenta o exame de imagem mais indicado para o estudo da hiperplasia condilar unilateral.

- A) tomografia computadorizada da ATM



- B) ultrassonografia da ATM
- C) radiografia transcraniana para ATM
- D) ressonância magnética da ATM
- E) radiografia panorâmica digital

12.(FGV - PC-RJ - Perito Legista – Odontologia - 2011) A alteração de desenvolvimento que se caracteriza pelo crescimento excessivo observado apenas em um dos côndilos é denominada:

- a) hiperplasia hemifacial
- b) hiperplasia condilar.
- c) hipertrofia condilar.
- d) hipertrofia hemifacial.
- e) hipoplasia condilar.

13.(EBSERH/HU-UFJF - C. DENTISTA - CTBMF - 2015)

Anormalidades ósseas que ocorrem na região vestibular dos maxilares denominam-se:

- A)exostoses.
- B)tórus.
- C)expansão óssea.
- D)tumores.
- E)cistos

14.(CESPE - TRT - 8ª Região (PA e AP) - Analista Judiciário - Odontologia – 2016) As exostoses ósseas representam um dos

principais fatores de interferência para a adaptação de próteses nos arcos maxilares. Com relação a esse assunto, assinale a opção correta.

- A)Os tórus que envolvem áreas menores na mandíbula devem ser removidos em tempos cirúrgicos diferentes para melhor análise do rebordo remanescente no qual residirá a retenção protética.



B)As principais complicações na remoção de torus maxilar incluem a formação de hematoma pós-operatório, fratura ou perfuração do assoalho da cavidade nasal.

C)A manobra de reinserção do músculo genioglossa é um procedimento indispensável, quando o ponto de inserção se torna extremamente proeminente em função da reabsorção do rebordo mandibular.

D)As exostoses palatinas laterais possuem sua remoção cirúrgica contra indicada quando estiverem muito próximas do canal palatino, devido ao elevado risco de lesão do feixe vasculonervoso.

E)As exostoses que envolvem áreas amplas deixam, após sua remoção cirúrgica, tecido mucoso exuberante que requer período de adaptação, em torno de doze semanas, para uma moldagem eficiente.

15.(FGV – PC-RJ – Perito Legista -2011) A mineralização do processo estilóide, que pode levar a sintomas como dor facial, disfagia, otofagia, vertigem e dor de cabeça, é conhecida como:

- a) Síndrome de Stafne
- b) Síndrome de Treacher Collins.
- c) Síndrome de Sjögren.
- d) Síndrome de Eagle.
- e) Síndrome de Ewing.

16.(FEPESE - HU/UFSC - RESIDÊNCIA EM CTBMF - 2010) Com relação à Síndrome de Eagle, assinale a alternativa **correta**.

- a. A mineralização do processo estiloide é frequentemente unilateral.
- b. As artérias carótidas interna e externa localizam-se de cada lado do processo estiloide.
- c. Caracteriza-se apenas pela mineralização do processo estiloide.
- d. O processo estiloide origina-se da porção inferior do osso temporal, posteriormente ao forame estilomastoídeo.
- e. Na maioria dos casos de mineralização do processo estiloide o paciente é sintomático, apresentando dores e tonturas.



17.(UFJF –CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL - RESIDÊNCIA 2016) Sobre a Síndrome de Eagle está **INCORRETO** afirmar que:

- a) ocorre classicamente após uma amigdalectomia.
- b) a dor ocorre principalmente quando o paciente deglute, vira a cabeça ou abre a boca.
- c) pode apresentar sintomas como a síncope transitória.
- d) nos casos leves não requer nenhum tratamento e nos casos mais graves pode-se aplicar injeções locais de corticosteroides.
- e) na Síndrome de Eagle Traumática os sintomas desenvolvem-se após fratura do ligamento estilo-hióideo mineralizado.

18.(UFJF – RESIDÊNCIA PROFISSIONAL – CTBMF - 2016) É **CORRETO** afirmar sobre o Defeito de Stafne:

- a) pode ser também denominado de cisto ósseo latente.
- b) não pode ser observado em radiografias comuns, apenas por ressonância magnética.
- c) o tratamento requer curetagem cirúrgica e enxerto ósseo após trinta dias.
- d) o tratamento requer curetagem cirúrgica e enxerto ósseo na mesma sessão.
- e) quando a biópsia da lesão é realizada observamos tecidos de glândula sublingual normal

19.(FUNIVERSA - SEPLAG / SEE/DF - Professor de Educação Básica - Área Odontologia – 2010) Uma paciente, 33 anos de idade, funcionária pública, compareceu a uma clínica radiográfica para realização de exames de imagem e documentação para colocação de implantes dentários. Sua história médica pregressa e sua saúde atual não apresentavam alterações dignas de nota. Após a realização dos exames



radiográficos, constatou-se alteração óssea em mandíbula, assintomática, conforme mostra a radiografia a seguir.

Nessa situação, o diagnóstico clínico mais provável é o de:

- A) cisto ósseo de Stafne.
- B) cisto dentígero.
- C) cisto odontogênico glandular.
- D) cisto ósseo aneurismático.
- E) cisto linfoepitelial cervical.

20.(UEPA - PM-PA - 2º Tenente - Cirurgião Dentista - Odontopediatria - 2012) São reminiscências de tecidos epiteliais aprisionados, pequenas e normalmente múltiplas lesões esbranquiçadas que não aumentam de tamanho e podem ser evidenciadas ao longo da rafe palatina mediana de recém-nascidos:

- A) cistos de erupção
- B) cistos dentígeros
- C) cistos da lâmina dentária
- D) nódulos de bohn
- E) pérolas de Epstein

21.(CETRO - AMAZUL - Cirurgião Dentista - 2015) Assinale a alternativa que não apresenta um cisto odontogênico.

- A) Cisto nasolabial.
- B) Cisto periapical radicular.
- C) Cisto periodontal lateral.

22..(FEPESE - HU/UFSC - RESIDÊNCIA EM CTBMF - 2010) Com relação ao cisto nasolabial, assinale a alternativa **correta**.

- a. É um cisto inflamatório raro que ocorre no lábio superior.



- b. É um cisto de desenvolvimento que ocorre na linha média do lábio superior.
- c. Existe uma predileção pelo sexo masculino em uma proporção de 3:1.
- d. Comumente ocorre reabsorção superficial do osso maxilar devido à compressão.
- e. Uma das teorias de sua origem sugere que o cisto se desenvolve do epitélio do ducto lacrimal.

23.(AOCP - EBSEH - Nacional - Cirurgião - Dentista - CTBMF - 2015) Paciente do gênero masculino, 40 anos de idade, procurou atendimento odontológico apresentando, como características clínicas, aumento tecidual sobre a papila incisiva, ausência de sintomatologia dolorosa e dentes ântero-superiores com teste de sensibilidade pulpar positivo. As características radiográficas mostraram uma lesão radiolúcida arredondada lembrando um aspecto de coração. Levando em consideração apenas os aspectos clínicos e radiográficos, qual é a primeira hipótese diagnóstica?

- A) Cisto dentífero.
- B) Queratocisto odontogênico.
- C) Cisto do ducto nasopalatino.
- D) Cisto nasolabial.
- E) Cisto periapical inflamatório.

24.(FUMARC - TJ-MG -Técnico Judiciário - 2012)

São considerados cistos odontogênicos, **EXCETO**:

- a) Ceratocisto odontogênico.
- b) Cisto dentífero.
- c) Cisto dermóide.
- d) Cisto primordial.

25. (CONSULPLAN - HOB - Cirurgião Dentista - Bucomaxilofacial - 2012) Uma variedade de cistos de desenvolvimento já foi descrita.



Alguns foram historicamente considerados cistos “fissurais” porque se acreditava que tinham origem do epitélio aprisionado ao longo das linhas de fusão dos processos embrionários. Em muitos casos, entretanto, a patogênese exata destas lesões é ainda incerta. Sobre os cistos de desenvolvimento, marque V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas.

() O cisto nasolabial apresenta-se como um aumento de volume do lábio superior, lateral à linha média, resultando na elevação da asa do nariz. Muitas vezes, o aumento eleva a mucosa do vestíbulo nasal e causa apagamento do fundo de vestíbulo. Radiograficamente, apresenta-se como uma imagem radiotransparente unilocular de bordas bem definidas entre o incisivo lateral maxilar e o canino superior.

() O cisto do ducto nasopalatino é o cisto não odontogênico mais comum da cavidade oral. É mais frequente na quarta a sexta décadas de vida, com predileção pelo gênero masculino. Pode ser difícil distinguir um cisto do ducto nasopalatino pequeno de um forame incisivo grande. Geralmente, considera-se que 6 mm é o limite máximo para o tamanho de um forame incisivo normal.

() O cisto palatino mediano pode ser difícil de diferenciar do cisto do ducto nasopalatino. São características específicas do cisto palatino mediano a localização posterior à papila palatina, formato circular ou ovoide na radiografia e comunicação com o canal incisivo.

() Os cistos dermóides ocorrem na linha média do soalho bucal, ainda que se localizem ocasionalmente e lateralmente ao soalho bucal ou em outras localizações. Tais cistos surgem mais em crianças e adultos jovens, podendo ser congênitos. A sequência está correta em:

- a) F, F, V, V
- b) F, V, F, F.
- c) F, V, F, V.
- d) V, F, F, F.



26.(IADES – 2014 –EBSERH – Cirurgião Dentista – CTBMF) O epitélio do ducto tireoglosso normalmente sofre atrofia e o ducto se oblitera. Contudo, remanescentes desse epitélio podem persistir e dar origem a cistos ao longo desse trajeto. Acerca desse assunto, é correto afirmar que o nome desses cistos e o seu melhor tratamento são, respectivamente,

- a) submandibular mediano e técnica de Scarpa.
- b) do trato tireoglosso e técnica de Sistrunk.
- c) dermite e câmara hiperbárica.
- d) do ducto tireoglosso e técnica de marsupialização.
- e) linfoepitelial cervical e técnica de enucleação

27.(FEPESE - HU/UFSC - RESIDÊNCIA EM CTBMF - 2010) Com relação à Síndrome de Parry-Romberg, assinale a alternativa correta.

- a. Raramente existe envolvimento ocular.
- b. Também é conhecida como microsomia hemifacial.
- c. Hipoplasia óssea é mais comum quando a condição começa durante a primeira década de vida.
- d. Existe maior predileção para o sexo masculino.
- e. Caracteriza-se pela atrofia cutânea sem repercussão no tecido ósseo.

28.(UFJF – RESIDÊNCIA 2016 – CTBMF) Mal formações cranianas como a braquicefalia, escafocefalia ou trigonocefalia; deficiência visual e auditiva; presença de órbitas rasas com proptose ocular e o crânio mostra radiograficamente um aumento das marcas digitais (“aspecto de metal martelado”). Essas características estão associadas a que patologia?

- a) Síndrome de Apert.
- b) Síndrome de Parry-Romberg.
- c) Síndrome de Treacher-Collins.
- d) Síndrome de McCune- Albright.
- e) Síndrome de Crouzon



29.(FEPESE - HU/UFSC - RESIDÊNCIA EM CTBMF - 2010) Com relação à Síndrome de Apert, assinale a alternativa **correta**.

- a. Não existe envolvimento mental.
- b. A inclinação para baixo das fissuras palpebrais laterais é um achado característico.
- c. A sindactilia de todos os dedos é o principal achado que diferencia da Síndrome de Crouzon.
- d. Não existe relação da Síndrome com a presença de fendas palatinas.
- e. A perda da visão pode ser resultado da compressão dos nervos oftálmicos.

30.(FEPESE - HU/UFSC - RESIDÊNCIA EM CTBMF - 2010) Com relação à Síndrome de Treacher-Collins, assinale a alternativa **correta**.

- a. Cerca de um terço dos casos apresenta fenda palatina.
- b. Caracteriza-se por uma deficiência do terço médio da face, mas sem repercussão no zigoma.
- c. É comum a presença de "colobomas", que são fendas na pálpebra superior.
- d. Apesar do defeito no formato externo das orelhas, não há eficiência auditiva.
- e. Também é conhecida como Disostose Craniofacial.

31.(ESSEX – ESSEX – 1º Tenente CTBMF - 2010) A síndrome de Treacher-Collins é também conhecida como:

- a) Disostose craniofacial.
- b) Disostose mandibulofacial.
- c) Hemi-hiperplasia facial.
- d) Atrofia hemifacial progressiva



1	E
2	A
3	B
4	D
5	C
6	C
7	D
8	B
9	CERTO
10	C
11	A
12	B
13	A
14	B
15	D
16	B

Referências bibliográficas

1. Neville, Brad et al. Patologia oral & maxilofacial. [tradução Danielle Resende Camisasca Barroso — Rio de Janeiro: Elsevier, 2009

**UFA!!!! CHEGAMOS AO FINAL....RESPIRE FUNDO...
É MUITO IMPORTANTE VOCÊ DESCANSAR A MENTE...
E.... VAMOS PARA A PRÓXIMA AULA!**

SÍNDROMES

APERT

CROUZON

**TREACHER-
COLLINS**



Acrocefalossindactilia tipo 1	Disostose craniofacial	Disostose Mandibulofacial
<p>-Acrobraquicefalia (crânio em forma de torre)</p> <p>-Deformidade kleeblattschädel (crânio em forma de trevo)</p> <p>-Proptose ocular</p> <p>Inclinação para baixo das fissuras palpebrais laterais</p> <p>-Sindactilia do segundo, terceiro e quarto dedos das mãos e dos pés</p> <p>-Hipoplasia da maxila - Fenda do palato mole ou úvula bífida.</p> <p>-Apinhamento dentário.</p> <p>-Má oclusão classe III</p>	<p>-Braquicefalia</p> <p>-Escafocefalia ou trigonocefalia</p> <p>-Deficiência visual e auditiva</p> <p>-Presença de órbitas rasas com proptose ocular</p> <p>-Crânio mostra radiograficamente um aumento das marcas digitais ("aspecto de metal martelado").</p>	<p>-Zigomas são hipoplásicos,</p> <p>-Coloboma ou uma chanfradura na parte externa da pálpebra inferior.</p> <p>-Defeitos ósseos ou ausência do conduto auditivo externo podem causar perda de audição</p> <p>-Radiografias demonstram hipoplasia dos côndilos e dos processos coronoides, com acentuada chanfradura antegonial.</p> <p>-Fenda palatina é observada em cerca de um terço dos casos.</p>

ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1 Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2 Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3 Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4 Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5 Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6 Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7 Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8 O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.