

GRILE ORTODONȚIE

Tema 59: Anomaliile dentare. Dinții supranumerari pag.453- 460

1*. **Teoria care explică cel mai bine varietatea mare a dinților supranumerari este:**

- a. Teoria hiperactivității lamei dentare;
- b.** Teoria mugurilor adamantini multipli;
- c. Teoria celei de a treia dentiții;
- d. Teoria atavică;
- e. Teoria proliferării anormale și întârziate a unor resturi epiteliale paradentare.

R: b, pag. 454- 455

2*. **Un dinte anastrofic este:**

- a.** un dinte inclus orientat cu coroana spre baza maxilarului și cu rădăcina spre planul de ocluzie;
- b. un dinte supranumerar situat în interiorul altui dinte;
- c. un dinte supranumerar situat lângă linia mediană;
- d. un dinte contemporan dentiției permanente a cărui erupție a fost întârziată;
- e. un dinte format numai din două țesuturi dentare.

R: a, pag. 457

3*. **Dinții în plus sunt mai frecvenți:**

- a. În dentiția temporară;
- b. În dentiția postpermanentă;
- c.** În dentiția permanentă;
- d. La sexul feminin;
- e. La mandibulă.

R: c, pag. 453

Tema 60: Anomaliile dentare. Anodonția pag. 460-468

4*. **În cazul anodonțiilor raportul în care sunt afectate cele două dentiții este:**

- a. 2/1 în favoarea dentiției permanente;
- b. 2/1 în favoarea dentiției temporare;
- c. 16/1 în favoarea dentiției temporare;
- d.** 16/1 în favoarea dentiției permanente
- e. Nu există nici o diferență în ceea ce privește frecvența anodonției între cele două dentiții.

R: d, pag. 460

5*. **În cadrul etiopatogeniei anodonției, teoria proterogenetică susține că:**

- a. Se reduce potențialul formativ al teritoriilor prezumtiv odontogene;
- b. Se distruge lama dentară;
- c.** Dispare ultimul dinte din fiecare grup dentar, excepție făcând grupul incisiv inferior;
- d. Se reduce dimensiunea maxilarelor la om;
- e. Are loc o revenire la formule dentare anterioare din cursul filogenezei.

R: c, pag. 461

6*. **Anodonția de molar trei poate fi un factor adjuvant:**

- a. În tratamentul ocluziilor deschise;

- b. În tratamentul compresiilor de maxilar cu îngheșuire;
 - c. Când se asociază extracțiilor molarilor de 6 ani sau celor de 12 ani;
 - d.** În tratamentul incongruențelor dento-alveolare cu îngheșuire;
 - e. Indiferent de tipul anomaliei dento-maxilare anodonția de molar trei reprezintă un factor agravant în tratamentul acesteia.
- R: d, pag. 464

Tema 61: Anomaliile dentare. Incluzia dentară. pag. 468-478

7*. În simptomatologia incluziei dentare de canin superior semnul lui Quintero constă în:

- a. Disto-înclinarea accentuată a incisivului lateral datorată incluziei caninului în poziție oblic mezială;
 - b. Mezio-înclinarea accentuată a incisivului lateral datorată incluziei caninului în poziție oblic mezială;
 - c. Poziția oralizată a coroanei incisivului lateral superior și rotația sa mezio-vestibulară;
 - d.** Poziția vestibularizată a coroanei incisivului lateral superior și rotația sa mezio-vestibulară;
 - e. Asimetria procesului alveolar în zona în care este situat dintele inclus;
- R: d, pag. 474

8*. Incluzia unui dinte poate fi considerată medie după Vermette, Kokich și Kennedy dacă distanța în milimetri dintre el și planul ocluzal (apreciată pe ortopantomogramă) este:

- a.** Între 12-15 mm;
 - b. Mai mică de 12 mm;
 - c. Mai mare de 15 mm;
 - d. Între 10-12 mm;
 - e. Între 5-10 mm.
- R: a, pag. 472

9*. Transmigrația reprezintă anomalia dentară în care:

- a. Caninul complet format rămâne în interiorul osului maxilar mult peste vârsta sa normală de erupție;
 - b. Caninul complet format rămâne submucos mult peste vârsta sa normală de erupție;
 - c. Caninul schimbă locul de pe arcadă cu incisivul lateral sau premolarul unu;
 - d. Caninul se formează în altă parte decât locul său normal;
 - e.** Caninul neerupt migrează și traversează linia mediană.
- R: e, pag 469

Tema 62: Anomaliile dentare. Reincluzia dentară. pag. 478-482.

10*. În dentiția temporară dintele cel mai afectat de fenomenul reincluziei este:

- a.** Molarul doi inferior;
 - b. Molarul doi superior;
 - c. Incisivii centrali;
 - d. Molarul unu superior;
 - e. Caninii.
- R: a, pag. 478

11*. Din punct de vedere al momentului apariției, reincluzia molarilor temporari poate fi considerată precoce dacă instalarea fenomenului s-a produs înainte de perioada fiziologică de permutare dentară cu:

- a. 1an;
- b. 2 ani;
- c. 2ani și jumătate;
- d. 3 ani;
- e. 4-5 ani.

R: e, pag 478

Tema 63: Anomaliile dentare. Ectopia dentară. pag. 483-486.

12*. Referindu-ne la canin, anomalia de erupție cu frecvența cea mai ridicată din patologia ortodontică a acestuia este:

- a. Incluzia;
- b. Ectopia;
- c. Transpoziția;
- d. Transmigrația;
- e. Heterotopia.

R: b, pag.483

13*. **Extracția dirijată este indicată în situațiile clinice în care:**

- a. Pacientul prezintă macrodonție relativă;
- b. Dacă la începutul permutării dentare (6-7 ani) se observă că incisivii centrali superiori, în curs de erupție, nu au loc suficient pentru aliniere în curbura normală a arcadei;
- c. Caninul ectopic a generat complicații la nivelul dinților învecinați (rizaliza patologică, modificări de ax radicular, modificări de formă ale rădăcinii etc.);
- d. Pacientul prezintă o dezvoltare insuficientă a maxilarului în plan transversal (endalveolii);
- e. Pacientul prezintă o dezvoltare insuficientă a maxilarului în plan sagital (retrodenții, retrognații).

R: b, pag.485

64. Anomaliile dentare .Transpoziția dentară. pag.487-489

14*. **La mandibulă cei doi dinți care-și schimbă invariabil locul pe arcadă sunt:**

- a. Incisivul central cu incisivul lateral;
- b. Incisivul central cu caninul;
- c. Caninul cu premolarul unu;
- d. Caninul cu incisivul lateral;
- e. Caninul cu premolarul doi.

R: d, pag.487

15*. **După școlile franceză și românească transpoziția dentară face parte din grupa:**

- a. Anomaliilor dento-alveolare;
- b. Anomaliilor monocauzale;
- c. Anomaliilor din clasa I;
- d. Anomaliilor scheletale;
- e. Anomaliilor dentare.

R: e, pag.487

Tema 65: Anomaliile dentare. Diastema pag.489- 492

16*. Diastema este anomalia de poziție și erupție caracterizată prin:

- a. Existența unui spațiu foarte mic între incisivii centrali permanenți;
- b.** Cel mai frecvent este întâlnită la arcada superioară;
- c. Cel mai frecvent este întâlnită la arcada inferioară;
- d. Diastema secundară se mai numește și diastema vera;
- e. Majoritatea autorilor susțin denumirea de diastemă pentru orice spațiu existent între dinți, indiferent de localizare.

R: b, pag 489

17*. Despre diastema primară putem afirma că:

- a. Este doar divergentă;
- b. Se mai numește și diastemă falsă;
- c. Se datorează anodonției incisivului lateral;
- d. Se datorează prezenței parapremolarilor;
- e.** se datorează dezvoltării exagerate a frenului buzei superioare.

R: e, pag 489

Tema 66: Anomaliile dento-maxilare. Compresiunea de maxilar pag 493-505

18*: Semnele clinice extraorale întâlnite în compresiunea de maxilar cu prodenție sunt:

- a. Fața este alungită și lată;
- b. Narinele sunt hipertone;
- c.** Fanta labială este deschisă în repaus;
- d. Buza superioară este hipertona;
- e. Profilul este accentuat concav.

R: c, pag 498

19*: În funcție de forma clinică a compresiunii de maxilar, printre principalele modificări de ocluzie statică se numără:

- a. În plan sagital ocluzia poate fi mezializată;
- b.** 60% din cazurile de compresie de maxilar cu prodenție prezintă ocluzie distalizată;
- c. În forma cu prodenție, spațiul de inocluzie sagitală este cu atât mai mare, cu cât prodenția incisivilor superiori este mai mică;
- d. În plan transversal se înregistrează frecvent rapoarte inverse, dacă deficitul de dezvoltare transversală afectează mai mult arcada inferioară;
- e. În plan transversal se înregistrează frecvent rapoarte lingualizate, dacă deficitul de dezvoltare transversală afectează mai mult arcada superioară.

R: b, pag 499-500

Tema 67: Anomaliile dento-maxilare. Ocluzia adâncă acoperită pag 505- 510

20*: La examenul facial în ocluzia adâncă acoperită se remarcă:

- a. Etajul inferior al feței este mărit;
- b. Buza superioară este răsfrântă;
- c. Șanțul labio-mentonier este șters;
- d.** Unghiul mandibular este micșorat;
- e. Profilul este concav.

R: d, pag 507

21*: Pentru ocluzia adâncă acoperită, precizați care modificare ocluzală nu este prezentă:

- a. Supraacoperire incisivă accentuată;
- b. Angrenaje inverse la nivelul premolarilor, uni- sau bilaterale;
- c. Inocluzie fiziologică mai mare de 2-4 mm;
- d. Ocluzie lingualizată uni sau bilaterală;
- e.** Ocluzie mezializată.

R: e, pag 507

Tema 68: Anomaliile dento-maxilare. Ocluzia deschisă pag 512-521

22*: Ocluzia deschisă prezintă semne clinice faciale precum:

- a. Fanta labială închisă;
- b. Etaj inferior redus;
- c. Creșterea ramului ascendent al mandibulei;
- d.** Oblicitatea accentuată a ramului orizontal al mandibulei;
- e. Unghi mandibular micșorat.

R: d, pag 517

23*: Tratamentul curativ în ocluzia deschisă se caracterizează prin:

- a. Se aplică cât mai tardiv;
- b. Se mențin factorii cauzali;
- c.** Se urmărește corectarea decalajului dintre oasele maxilare și a inocluziei verticale;
- d. Asigură posibilitatea egresiunii dinților din zonele laterale;
- e. Anomalia răspunde ușor la tratament și are un potențial scăzut de recidivă.

R: c, pag 521

Tema 69: Anomaliile dento-maxilare. Sindromul progenic (prognatismul mandibular) pag 522-531

24*: O posibilă cauză a pseudoprognațismului mandibular prin poziționarea sau deplasarea anterioară a mandibulei este:

- a. Poziția atipică de formare a mugurilor dentari;
- b. Obstrucțiile căilor respiratorii superioare;
- c. Deficitul de spațiu la maxilar;
- d.** Macroglosia;
- e. Cicatricile postchirurgicale în cazul despicăturilor labio-maxilo-palatine.

R: d, pag 524

25*: **În prognatismului mandibular anatomic putem observa:**

- a. Un etaj inferior al feței micșorat;
- b. Un unghi mandibular micșorat;
- c. Un menton șters;
- d. Faptul că punctul gnathion este situat posterior de planul Simon;
- e.** O treaptă a buzelor inversată.

R: e, pag 525

Tema59: Anomaliile dentare. Dinții supranumerari pag.453- 460

1.Semnele clinice particulare care pot atrage atenția asupra prezenței unui dinte supranumerar inclus sunt:

- a. Perdistența unuia sau mai multor dinți temporari peste vârsta obișnuită de permutare;
- b. Existența unor bombări la nivelul crestei alveolare;
- c. Meziopозиția generalizată;
- d. Prezența distopiilor izolate;
- e. Existența unei diasteme interincisive fără o cauză evidentă, după erupția incisivului lateral sau chiar a caninilor.

R: a, b, d, e pag.457

2.Dinții neonatali propriu-zis prezintă următoarele caracteristici:

- a. Apar în primele luni ale vieții;
- b. Sunt localizați mai frecvent la nivelul grupului incisiv superior;
- c. Prezintă un țesut conjunctiv pulpar foarte bogat vascularizat;
- d. Nu posedă rădăcini;
- e. Sunt acoperiți de un strat gros de smalț.

R: a, c, d pag.456-457

3.Principalele caracteristici ale meziodensului sunt:

- a. Este unicuspidat și uniradicular;
- b. În majoritatea cazurilor erupe în jurul vârstei de 6-7ani;
- c. Apare doar la mandibulă;
- d. Față de dinții normali se comportă ca un element străin;
- e. Se dezvoltă întotdeauna pe linia mediană.

R: a, b, d pag. 457

Tema 60: Anomaliile dentare. Anodonția pag. 460-468

4. Modificările faciale caracteristice anodonției totale și subtotale sunt:

- a. Dinții reduși de volum și atipici ca formă;
- b. Profil concav;
- c. Șanț labio-mentonier aplatizat;
- d. Creste alveolare reduse vestibulo-oral, în special la arcada inferioară;
- e. Etaj inferior micșorat.

R: b, e pag. 465

5.Anodonția de canin se caracterizează prin:

- a. Este mai frecventă la maxilar decât la mandibulă;
- b. În majoritatea cazurilor este bilaterală;
- c. Corespondentul temporar persistă pe arcadă până la vârste înaintate, 45-50 ani;
- d. Conduce la apariția ocluziei inverse frontale;
- e. Originea ei este mai degrabă genetică.

R: a, b, e pag. 464

6. În anodonții, ortopantomograma permite, prin compararea radiografiilor efectuate la anumite intervale de timp (seriate):

- a. Cuantificarea tulburărilor de dezvoltare cantitative, de ritm, de poziție, de direcție și de rotație ale maxilarelor, alveolelor și dinților;
- b. Evidențierea reactivității biologice a pacientului;
- c. Urmărirea evoluției cazului sub tratament;
- d. Analizarea deplasărilor dentare dirijate ortodontic;
- e. Aprecierea poziției intraosoase, dimensiunii, conformației și anatomiei dinților.

R: b, c, d pag.466

Tema 61: Anomaliile dentare. Incluzia dentară. pag. 468-478

7. După locul în care se dezvoltă dinții incluși, incluzia dentară poate fi:

- a. Normală - dinții se găsesc la locul în care, în mod normal, evoluează germele dentar;
- b. Submucoasă;
- c. Osoasă;
- d. A cheval;
- e. Ectopică - dinții se găsesc la distanță de locul în care, în mod normal, evoluează germele dentar, dar tot în limitele procesului alveolar.

R: a, e, pag.473

8. Pentru situația particulară a dinților incluși, radiografia retroalveolară digitală permite în plus comparativ cu radiografia retroalveolară, izometrică și ortoradială (rio) următoarele:

- a. Aprecierea poziției dintelui inclus în profunzimea osului;
- b. Realizarea de reconstrucții tridimensionale;
- c. Mărirea anumitor imagini pentru evidențierea unor detalii (efectul zoom);
- d. Aprecierea morfologiei coronare și radiculare a dintelui inclus;
- e. Aprecierea gradului lor de dezvoltare.

R: b, c, pag. 475

9. Printre factorii generali incriminați în producerea incluziilor dentare se numără:

- a. Disfuncțiile endocrine;
- b. Disostoza cleidocraniană;
- c. Tulburările neuropsihice;
- d. Hemiatrofia facială;
- e. Obiceiurile vicioase.

R: a, b, c, pag. 471

Tema 62: Anomaliile dentare. Reincluzia dentară. pag. 478-482.

10. Printre consecințele reincluziei molarilor temporari se numără:

- a. Denivelarea planului de ocluzie ca urmare a infrapozității dintelui reinclus;
- b. Supurația și rotația cu 90 de grade a premolarului 2 succesional;
- c. Apariția unor forțe anormale la nivelul dinților vecini care îi solicită nefuncțional;
- d. Hiperestezie și hipersensibilitate la nivelul dinților vecini prin denudarea anumitor suprafețe dentare;
- e. Rar ectopia succesionalului permanent.

R:a, c, d, e, pag. 482

11. În reincluzia totală de molar temporar, semne radiologice de certitudine sunt:

- a. Molarul temporar și succesionalul său sunt situați unul deasupra celuilalt;
- b. Existența de obturații pe oricare din fețele dintelui reinclus total;
- c. Prezența unor leziuni carioase tipice;
- d. Supurația și rotația cu 90 de grade a premolarului 2 succesional;
- e. Faptul că cei doi dinți cel reinclus total și succesionalul sunt situați unul lângă celălalt.

R: a, b, c, pag. 481

12. În reincluzia dentara parțială examenul clinic ne arată:

- a. Dinții antagoniști corespunzători pot fi egresați;
- b. O depresiune (denivelare) la nivelul procesului alveolar al dintelui respectiv;
- c. La percuție (cu instrument bont), în cazul dintelui reinclus tonul este mai intens, mai sonor comparativ cu tonul estompat al unui dinte normal;
- d. Prezența sau absența dintelui succesional;
- e. Gradul de rizaliză de la nivelul rădăcinilor dinților temporari aflați în procesul de reincluzie.

R: a, b, c, pag 480

Tema 63: Anomaliile dentare. Ectopia dentară. pag. 483-486.

13. Principalele obstacole în calea erupției dentare care pot conduce la ectopii sunt:

- a. Meziopozitia generalizată;
- b. Existența unui capac osos dens sau a unei fibromucoase dure ca urmare a extracției precoce a predecesorului temporar;
- c. Macrodonția absolută;
- d. Prezența unor formațiuni dentare supranumerare, erupte sau incluse care obligă dintele să erupă ectopic;
- e. Persistența dintelui temporar fără rizaliză, sau cu un tipar atipic de rizaliză.

R:b, d, e, pag. 483-484

14. Modificările fizionomice în ectopia vestibulară de canin sunt:

- a. Deformarea buzei în dreptul ei;
- b. În vorbire sau zâmbet, sunt evidente modificările de formă și simetrie ale arcadei;
- c. Aspectul de edentație;
- d. Ulcerațiile traumatiche ale mucoasei vestibulare;
- e. Scurtarea arcadei dentare.

R:a, b, pag.484

15. Tratamentul preventiv în ectopia de canin trebuie să vizeze:

- a. Stimularea dezvoltării transversale a arcadei;
- b. Stimularea dezvoltării sagitale a arcadei (prin avansarea grupului incisiv, sau prin distalizare, uni sau bilaterală);
- c. Depistarea și înlăturarea obstacolelor existente în calea erupției dentare;
- d. Tratamentul cariilor dinților temporari din zona de sprijin Korkhaus;
- e. Dacă au fost deja efectuate extracții de dinți temporari din zona de sprijin Korkhaus, sau acestea sunt inerente, aplicarea de menținătoare de spațiu.

R: c, d, e, pag. 485.

64. Anomaliile dentare .Transpoziția dentară. pag.487-489

16. Precizați care dintre următoarele afirmații despre frecvența transpozițiilor dentare sunt adevărate:

- a. Pare să afecteze doar dentiția permanentă;
- b. Pare să afecteze în proporție mai mare genul feminin;
- c. La arcada superioară, transpozițiile caninului cu primul premolar sunt considerabil mai frecvente decât cele ale caninului cu incisivul lateral;
- d. Sunt cu precădere totale;
- e. Sunt cu precădere unilaterale.

R: a, b, c, e, pag. 487

17. Despre transpoziția incompletă putem afirma că:

- a. Poate îmbrăca și aspecte particulare, atipice, inversarea interesând numai coroanele sau numai rădăcinile dinților;
- b. Ambii dinți implicați pot fi situați în linia arcadei;
- c. În amplasarea vestibulară sau oral a unuia dintre ei, apar semnele clinice și funcționale ale ectopiei dentare;
- d. În situația în care linia arcadei dentare trece printre ei, survin blocaje ocluzo-articulare;
- e. Tratamentul ei urmărește întotdeauna transformarea în transpoziție dentară completă.

R: a, c, d pag. 488

18. Transpoziția de canin cu premolarul unu se produce dacă:

- a. Se pierde caninul temporar înaintea erupției premolarului unu;
- b. Mugurele premolarului unu este situat mai profund comparativ cu caninul;
- c. Premolarul unu erupe în breșa lăsată de pierderea precoce a caninului temporar, în virtutea tendinței de mezializare a dinților;
- d. Caninul permanent erupe în locul lăsat liber de pierderea molarului unu temporar;
- e. Se pierd concomitent caninul și molarul unu temporar.

R: a, c, d, pag.487-488

Tema 65: Anomaliile dentare. Diastema pag.489- 492

19. Din punct de vedere clinic, la pacienții cu diastemă se pot întâlni următoarele tipuri de fren al buzei superioare:

- a. Fren lat care generează o diastemă cu laturi convergente;
- b. Fren lat care generează o diastemă cu laturi paralele;
- c. Fren lat cu inserție înaltă care induce o diastemă convergentă ocluzal;
- d. Fren lat cu inserție joasă care determină o diastemă convergentă spre planul de ocluzie;
- e. Fren lat cu inserție joasă care determină o diastemă divergentă spre planul de ocluzie.

R: b, c, e pag 489-490

20. Pentru diastema adevărată, diagnosticul diferențial se face cu:

- a. Diastemele fiziologice;
- b. Diastema tranzitorie de erupție;
- c. Spațierile din dizarmonia dento-alveolară cu înghesuire;
- d. Spațierile interdentare ca urmare a unor factori disfuncționali;

- e. Spațiile din compresia de maxilar forma cu prodenție și spațiere.
R: a, b, d, e pag 490-491

21. Principalele obiective ale tratamentului diastemei sunt:

- a. Îndepărtarea cauzei care a determinat anomalia;
b. Corectarea ocluziei distalizate;
c. Augmentarea ortodontică a spațiului existent până la dimensiunile unui dinte din serie normală;
d. Închiderea ortodontică a spațiului existent;
e. Reducerea gradului de supraacoperire frontală.

R: a, d, pag 492

Tema 66: Anomaliile dento-maxilare. Compresiunea de maxilar pag 493-505

22: Respirația orală cronică poate fi cauzată de:

- a. Vegetații adenoide;
b. Deviații de sept;
c. Rinite acute;
d. Hipertrofia cornetelor nazale;
e. Alergii.

R: a, b, d, e pag 495

23. Dintre modificările dezvoltării arcadei prezente în compresia de maxilar forma cu prodenție putem enumera:

- a. Frecvent arcada superioară este îngustată și alungită;
b. Arcada superioară are frecvent formă de pentagon, W sau M;
c. Arcada inferioară este adesea scurtată prin vestibulo-înclinarea incisivilor inferiori;
d. Arcada inferioară este adesea scurtată prin linguo-înclinarea incisivilor inferiori;
e. Arcada inferioară prezintă adesea formă de trapez.

R: a, d, e pag 498

24. După Boileau, în compresia de maxilar, semne de severitate ale cazului observabile pe teleradiografia de profil sunt:

- a. Creșterea valorii unghiului ANB;
b. Unghi sfenoidal mărit;
c. Tipar facial hiperdivergent;
d. Diametru antero-posterior al spațiului retrofaringian mărit;
e. Modificări importante ale angulației vestibulo-orale a incisivilor superiori și inferiori.

R: a, b, c, e pag 500

25. Tulburările funcționale întâlnite în compresiunea de maxilar sunt:

- a. Respirație orală;
b. Eficiență masticatorie redusă;

- c. Deglutiție de tip infantil;
- d. Obiceiuri vicioase de sugere;
- e. Sigmatism.

R: a, b, c, e pag 502

Tema 67: Anomaliile dento-maxilare. Ocluzia adâncă acoperită pag 505- 510

26. În etiologia ocluziei adânci acoperite sunt incriminați următorii factori generali:

- a. Factorul genetic;
- b. Prezența la nou născut a relației în capac de cutie;
- c. Existența unei siderări a creșterii verticale;
- d. Obiceiurile vicioase;
- e. Caria dentară.

R: a, b, c pag 505

27. Arcada maxilară în cazul ocluziei adânci acoperite prezintă următoarele particularități:

- a. Este alungită;
- b. Există proalveolie superioară;
- c. Incisivii laterali sunt frecvent în vestibuloposiție;
- d. Baza apicală este mai mică decât baza coronară;
- e. Profilul este convex prin poziția posterioară a punctului gnathion în câmpul de profil facial.

R: a, b, c pag 507

28. Ortopantomograma pune în evidență următoarele semne caracteristice ocluziei adânci acoperite:

- a. Rotație posterioară a mandibulei;
- b. Unghi mandibular mărit;
- c. Condil înalt cu dezvoltare predominant anterioară;
- d. Curbă preangulară ștearsă;
- e. Lățime a ramurii orizontale mandibulare micșorată.

R: c, d, e pag 508

Tema 68: Anomaliile dento-maxilare. Ocluzia deschisă pag 512-521

29. După Boboc (1971), funcție de severitatea modificărilor și de mecanismele etiopatogenice ocluzia deschisă poate fi:

- a. Ocluzie deschisă anterioară sau frontală;
- b. Ocluzie deschisă posterioară;
- c. Ocluzie deschisă maxilară;
- d. Ocluzie deschisă parțială;
- e. Ocluzie deschisă totală.

R:d, e pag 512

30. Bifați afirmațiile adevărate referitoare la interpozițiile decelate drept factori cauzali ai ocluziei deschise:

- a. Obiceiul de interpoziție a degetului/degetelor sau a suzetei este cel mai frecvent incriminat;
- b. De cele mai multe ori interpozițiile simple se asociază cu fenomenul de succiune;
- c. Interpoziția obrazilor determină limitarea sau oprirea dezvoltării verticale a arcadei dento-alveolare în zona frontală;
- d. Poziționarea anterioară și joasă a limbii poate determina infrapoziția dinților anteriori;
- e. Interpoziția buzelor poate avea ca efect oprirea evoluției dinților în plan transversal.

R: a, b, d pag 515-516

31. Semnele radiologice sugestive, specifice, pentru ocluzia deschisă sunt:

- a. Oblicitatea accentuată a ramului orizontal al mandibulei;
- b. Infrapoziția incisivilor și/sau suprapoziția molarilor;
- c. Rotația anterioară a mandibulei;
- d. Creșterea înălțimii verticale a ramului ascendent mandibular;
- e. Raportul dintre înălțimea posterioară și înălțimea anterioară facială mai mic de 0,65 (pentru ocluzia deschisă scheletică).

R: a, b, e pag 518

Tema 69: Anomaliile dento-maxilare. Sindromul progenic (prognatismul mandibular) pag 522-531

32. Semnele clinice faciale în sindromul progenic prin deficit de dezvoltare a maxilarului sunt reprezentate de:

- a. Profilul este concav;
- b. Treapta buzelor este inversată;
- c. Punctul subnasale este situat posterior de planul nazofrontal;
- d. Etajul inferior și unghiul mandibular sunt ușor modificate;
- e. Punctul gnation este situat anterior de planul orbitofrontal.

R: a, b, c, d pag 525-526

33. Semnele clinice intraorale în prognatismul mandibular ca rezultat al creșterii în exces a mandibulei sunt:

- a. Prezența unor spațieri între dinții temporari inferiori, mai ales între canin și primul molar temporar inferior;
- b. Decalaj mare de erupție între dinții frontali inferiori și cei superiori, dinții inferiori erupând cu mult timp înaintea celor superiori;
- c. Lipsa abraziunii fiziologice în dentiția temporară;
- d. Rapoarte de ocluzie mezializate;
- e. Vestibulo-înclinarea marcată a frontalilor superiori (prodenție frontală superioară), aspect cu caracter compensatoriu în tendința de a stabili relații interarcadice.

R: a, b, d pag 526

34. Aspecte radiologice caracteristice prognatismului mandibular anatomic descoperite pe teleradiografia de profil pot fi:

- a.** Unghiul mandibular mult mărit;
- b.** Unghiul lui Tweed mult mărit;
- c. Unghiul bazelor micșorat;
- d.** Unghiul SNB mărit;
- e. Unghiul SNA micșorat.

R: a, b, d pag 528

35. Tratamentul profilactic și interceptiv în sindromul progenic urmărește:

- a.** Supravegherea diastemizării fiziologice și a procesului de abraziune a dinților temporari;
- b.** Monitorizarea procesului de erupție a dinților;
- c.** Tratamentul precoce al leziunilor carioase și aplicarea menținătoarelor de spațiu în cazul extracțiilor precoce ale dinților temporari;
- d. Armonizarea echilibrului dintre cele două arcade alveolo-dentare prin stimularea dezvoltării maxilarului și/sau frânarea ori limitarea creșterii mandibulare;
- e. Asigurarea unei supraocluzii frontale care să contribuie la menținerea rezultatelor în timp (contenție naturală).

R: a, b, c pag 529-530