

-- CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS --

Tendo em vista que as cavidades nasais possuem diversas funções: olfatória, respiratória, equilíbrio da umidade e temperatura do ar inspirado, além de filtragem das partículas em suspensão inspiradas, julgue os itens a seguir, relativos à anatomofisiologia do nariz e dos seios paranasais.

- 51** O suprimento sanguíneo da cavidade nasal origina-se de ramos das artérias carótidas externa e interna bilateralmente. Da artéria carótida externa originam-se as artérias etmoidais anterior e posterior e da artéria carótida interna origina-se a artéria esfenopalatina.
- 52** Durante o período fetal, o desenvolvimento dos seios paranasais é lento; entretanto, após o nascimento, acelera-se em estirões de crescimento, que ocorrem na infância, na puberdade e na adolescência.
- 53** A válvula nasal é o local de maior resistência do fluxo de ar inspirado. São condições que diminuem a resistência nasal: exercício físico, decúbito dorsal, ar frio e idade avançada.
- 54** Pode-se encontrar o epitélio olfatório na superfície medial da concha nasal superior e na porção superior do septo nasal.
- 55** O principal controle da secreção nasal é autonômico: a estimulação simpática diminui a secreção e a estimulação parassimpática aumenta a secreção nasal.

As glândulas salivares podem ser divididas em maiores — parótidas, submandibulares e sublinguais — e menores. Elas são classificadas em mucosas, serosas e mistas, de acordo com a morfologia dos ácinos. Com relação a esse tema, julgue os itens seguintes.

- 56** Diante da presença de nodulação em uma glândula salivar maior, a probabilidade de se tratar de uma lesão maligna será maior do que de uma lesão benigna.
- 57** O tumor de Warthin é um tumor benigno que só acontece na glândula parótida. Ele pode ser uni ou bilateral e é muito mais comum em homens, ocorrendo mais frequentemente em fumantes.
- 58** O adenoma pleomórfico é o tumor mais comum das glândulas salivares e, normalmente, possui um crescimento e não causa sintomas na maioria das vezes.
- 59** O carcinoma adenoide cístico é o tumor maligno menos comum das glândulas salivares intraorais. Ele é mais frequente em homens e acomete habitualmente a glândula parótida, podendo causar paralisia facial devido a sua tendência de invasão perineural.
- 60** Tumores de glândulas salivares menores são raros e, entre eles, é clinicamente difícil diferenciar lesões benignas de malignas, razão por que se recomenda a realização de biópsia excisional. O palato mole é o local mais frequentemente acometido por esses tumores.

A audição é fundamental para a comunicação humana e sua avaliação pode ser realizada por diversos testes. Sabe-se que diversas patologias do ouvido e centrais podem afetar a audição, mesmo que transitoriamente. Com relação a este tema, julgue os próximos itens.

- 61** A perda auditiva decorrente da presbiacusia é do tipo neurossensorial, simétrica e rapidamente progressiva, sendo difícil de ser diferenciada da perda auditiva decorrente da exposição a ruído.
- 62** As emissões otoacústicas estarão ausentes na otite média serosa, na otosclerose e na disjunção de cadeia ossicular.
- 63** Os vírus causadores do sarampo, da caxumba e da rubéola são capazes de causar distúrbios na orelha interna que acarretam perda auditiva do tipo neurossensorial.
- 64** A perda auditiva causada por substâncias ototóxicas, como, por exemplo, os antibióticos aminoglicosídeos, é do tipo neurossensorial e ocorre principalmente nas frequências graves.

Um paciente com sessenta anos de idade, tabagista, apresenta quadro de desconforto faríngeo, disfagia e mudança da qualidade vocal há 9 meses. No exame do pescoço desse paciente, observou-se a presença de um linfonodo endurecido de 3 cm na região cervical esquerda.

Com relação a esse caso clínico e ao câncer de laringe e hipofaringe, julgue os itens que se seguem.

- 65** O câncer da região glótica da laringe apresenta maior incidência de metástase devido à rica rede linfática dessa região.
- 66** Na laringe, os tumores que apresentam melhor prognóstico são os da região supraglótica e, felizmente, estes são os tumores laringeos mais frequentes.
- 67** O tipo histológico mais comum das duas regiões — laringe e hipofaringe — é o carcinoma espinocelular, que tem como fatores predisponentes principais o tabagismo e o álcool.
- 68** Caso o exame de laringoscopia indireta do paciente em questão evidenciasse presença de lesão tumoral de aproximadamente 3 cm em seio piriforme esquerdo, o estadiamento do tumor seria T2N1Mx.
- 69** O câncer de hipofaringe apresenta comportamento mais agressivo, sintomas mais tardios e, portanto, pior prognóstico quando comparado ao câncer de laringe.
- 70** A maior parte dos tumores de hipofaringe acomete a área retrocricóide.

Um homem com trinta anos de idade procurou atendimento otorrinolaringológico devido ao surgimento de lesões ulceradas em sua cavidade oral.

Tendo esse caso clínico como referência inicial, julgue os itens subsequentes, relativos às doenças ulcerogranulomatosas.

- 71** O surgimento de úlceras dolorosas e recorrentes em qualquer local da mucosa oral pode ser um sintoma inicial da doença de Behçet.
- 72** A presença de úlceras em língua, palato, mucosa jugal e septo nasal, bem como hiperplasia gengival moriforme, são achados no exame físico que podem estar presentes em portadores de granulomatose de Wegener.
- 73** Inicialmente, o acometimento da mucosa oral por lesões ulcerovegetativas no caso de leishmaniose mucosa é mais frequente do que o comprometimento da mucosa nasal, que pode manifestar-se com epistaxe e perfuração septal.
- 74** A hipótese diagnóstica de sífilis deve ser aventada diante da presença de úlcera extremamente dolorosa e endurecida à palpação em tonsila palatina, visto que a boca é o local extragenital mais acometido.

Um recém-nascido a termo, de parto normal, adequado para idade gestacional, sem intercorrências durante gestação ou parto, apresentou estridor identificado nos primeiros dias de vida, que piorava com o choro. A criança apresentava dificuldade para mamada.

Considerando o caso clínico descrito e as alterações laringeas, julgue os itens subsequentes.

- 75** Por ser um exame invasivo e arriscado, a nasofibrolaringoscopia não é indicada em recém-nascidos, sendo a conduta mais indicada, no caso descrito, o tratamento para refluxo e a fonoterapia para deglutição e melhora da mamada.
- 76** As características do estridor podem sugerir diagnósticos patológicos distintos de acordo com o local acometido: estridor inspiratório indica acometimento baixo, como subglote e traqueia, enquanto o estridor expiratório indica acometimento supraglótico.
- 77** Para confirmar o diagnóstico de laringomalácia, principal hipótese diagnóstica na situação descrita, deve-se confirmar a presença de epiglote em ômega, encurtamento das pregas ariepiglóticas e redundância mucosa sobre as aritenoides por laringoscopia com a criança em repouso sob anestesia geral.
- 78** As estenoses glóticas geralmente manifestam-se com choro rouco desde o nascimento, sendo importante avaliar as outras regiões da via respiratória, pois podem existir estenoses supraglóticas, subglóticas ou traqueais associadas.
- 79** As paralisias congênitas de pregas vocais podem ter manifestações clínicas variadas, conforme a posição assumida (abdução ou adução) e o fato de serem se uni ou bilaterais, e seu tratamento depende da situação clínica, podendo a traqueostomia ser indicada em casos de paralisia bilateral em adução com comprometimento respiratório; a deglutição também deve ser avaliada e alguns casos necessitam de alterações da dieta com espessantes e até mesmo via alternativa com dieta enteral.

Com relação às deficiências auditivas, julgue os itens a seguir.

- 80** A síndrome da deiscência do canal semicircular superior é uma hipótese diagnóstica possível para paciente de 42 anos de idade, do sexo masculino, com zumbido há 5 anos e episódios de crises de vertigem, principalmente quando exposto a ruído intenso, com otoscopia normal, perda condutiva em orelha esquerda e reflexo acústico presente.
- 81** No caso de paciente em quimioterapia por cisplatina por câncer de pulmão que apresente apenas zumbido bilateralmente por 2 semanas, sem queixa de hipoacusia, estando ausente queixa de hipoacusia, pode-se afastar ototoxicidade continuar o tratamento quimioterápico.
- 82** Considere que uma criança sem comorbidades, nascida de parto prematuro, que ficara em UTI neonatal por 2 semanas, sem necessidade de intubação, tenha passado no teste da orelhinha bilateralmente na alta hospitalar. Nesse caso, a conduta mais correta é o seguimento pediátrico, com nova avaliação audiológica a partir de 1 ano de idade, época crucial para acompanhar o desenvolvimento da fala.
- 83** A perda auditiva induzida por pressão sonora elevada (PAINPSE) ou perda auditiva induzida por ruído (PAIR) é sempre neurossensorial e irreversível, por acometimento endococlear e, geralmente, sob condições estáveis de ruído, atinge o nível máximo para as frequências de 3, 4 e 6 kHz nos primeiros 10 a 15 anos de exposição.
- 84** Frente a um quadro de surdez súbita, independentemente da causa, deve-se instituir o tratamento clínico o mais brevemente possível: caso não haja melhora dos limiares auditivos, deve-se pesquisar a etiologia do quadro com exames laboratoriais e de imagem, pois, nessa condição, pode-se estar diante de um quadro tumoral ou autoimune.

- 85** A perda auditiva ligada à presbiacusia resulta de fatores intrínsecos e extrínsecos, como herança genética, comorbidades e fatores de risco como exposição ao ruído e ototoxicidade, tendo tendência a aumentar e podendo a restrição dietética atrasar sua evolução.

No que se refere à paralisia facial periférica, julgue os itens que se seguem.

- 86** Além de ser responsável pela atividade motora dos músculos da mímica facial, o nervo craniano VII (nervo facial) atua na estimulação das glândulas lacrimais, salivares sublinguais e submandibulares e na gustação dos 2/3 anteriores da língua.
- 87** A síndrome de Ramsay Hunt é uma das causas de paralisia facial periférica e está relacionada a infecção pelo bacilo da tuberculose.
- 88** Considerando-se o aparecimento de paralisia facial periférica grau I na Escala de House-Brackmann após mais de 48 horas de um acidente traumático, com fratura do osso temporal, o tratamento cirúrgico é mandatório e urgente, já que esse quadro indica agressão direta do nervo ao trauma e a cirurgia pode impedir a degeneração progressiva das fibras, melhorando o prognóstico de recuperação.
- 89** A causa mais frequente de paralisia facial periférica é a paralisia de Bell, cuja etiopatogenia pode estar relacionada a doenças virais, autoimunes, metabólicas ou vasculares; a maioria dos quadros retorna à normalidade e alguns casos podem apresentar recidiva.
- 90** Em relação ao topodiagnóstico da lesão do nervo facial, a presença de alteração no teste de Schimmer, ausência de reflexo do músculo estapédio e alteração de gustação indicam acometimento em porção extracraniana.

Um homem de 45 anos de idade, compareceu ao atendimento médico queixando-se de tontura rotatória ao acordar, de início súbito, havia 4 dias, com duração de cerca de poucos segundos, com melhora completa espontânea depois desse curto período. No dia do atendimento, as crises agravaram-se, tornando-se mais intensas e frequentes desde a hora em que acordara. Ele informou que o episódio se repetira ao pegar uma roupa na prateleira de cima do armário. Pela indisposição, voltara a deitar-se, e a tontura voltara a acontecer algumas vezes, sempre desencadeada pelo movimento, com remissão após alguns segundos. Permanecera com sensação de “cabeça oca e flutuando” e náuseas, quando então procurara o atendimento especializado. O paciente negou plenitude aural, perda auditiva ou zumbido.

Havia cerca de 6 meses, vinha apresentando episódios frequentes e fugazes de desequilíbrio, com frequência semanal, aparentemente sem fatores desencadeantes. Eventualmente, tinha crises de cefaleia, mas que não o incomodavam. Relatou lembrar-se de que a mãe se queixava muito de dor de cabeça. Relatou, ainda, desconhecer comorbidades ou alergias e negou uso de medicamentos. Tinha sobrepeso e informou ser tabagista (20 maços-ano) até 10 meses antes do atendimento.

Considerando o quadro clínico descrito e os múltiplos aspectos a ele relacionados, julgue os itens seguintes.

- 91** A neuronite vestibular é a principal hipótese diagnóstica para o caso descrito, já que se trata de um episódio agudo de tontura associada a náuseas, estando o exame de tomografia computadorizada de mastoide sem contraste indicado para elucidar o diagnóstico.
- 92** A ausência de perda auditiva, zumbido e plenitude aural no caso apresentado exclui o diagnóstico de doença de Ménière, que se apresenta como crises de vertigem que regredem espontaneamente.

- 93 Os estudos histopatológicos em pacientes com doença de Ménière revelam que o sáculo é acometido pela hidropsia antes do utrículo, o que explica porque o potencial evocado miogênico vestibular cervical (cVEMP), que tem origem no sáculo, pode estar alterado em estágio inicial da doença sem que haja alteração no potencial evocado miogênico vestibular ocular (oVEMP), que representa primordialmente a função do utrículo.
- 94 A vertigem paroxística postural benigna (VPPB) é uma das hipóteses diagnósticas para o quadro relatado anteriormente — a forma mais comum entre as VPPBs é a canalitíase do canal semicircular posterior.
- 95 Apesar de não estarem entre as principais hipóteses diagnósticas para o caso descrito anteriormente, algumas vestibulopatias centrais podem acontecer de forma concomitante, de modo que se devem investigar as causas centrais nos casos refratários à terapia e na presença de nistagmo atípico.
- 96 A migrânea vestibular é uma hipótese diagnóstica para o quadro e pode estar associada a quadros de vertigem paroxística postural benigna (VPPB).
- 97 Os episódios de tontura que vinham ocorrendo nos últimos 6 meses podem estar ligados a alterações metabólicas, como distúrbios do metabolismo dos carboidratos e hormonais.

Uma criança do sexo feminino, com seis meses de vida, apresentando tumefação cervical indolor de consistência amolecida, crescimento lento, presente desde o nascimento, foi levada para avaliação otorrinolaringológica.

Tendo esse caso clínico como referência inicial, julgue os itens a seguir, relativos às afecções cervicais benignas.

- 98 Hemangiomas são malformações vasculares que possuem um crescimento rápido no primeiro ano de vida e, após, tendem a involuir. A maioria dos casos regride sem a necessidade de algum tipo de tratamento.
- 99 Teratomas normalmente são massas cervicais firmes observadas no nascimento ou no primeiro ano de vida, sendo raros na cabeça e no pescoço. A excisão cirúrgica do teratoma cervical é mandatória a fim de prevenir obstrução de vias aéreas superiores.
- 100 Linfangiomas consistem em malformações do sistema linfático, normalmente encapsuladas, bem delimitadas e não infiltrativas e, por isso, a remoção cirúrgica completa da lesão é simples e mandatória.

O zumbido, que é definido como uma sensação de som na ausência de um estímulo sonoro externo correspondente, pode decorrer de uma série de doenças, sendo a maioria delas localizada na via auditiva. A respeito desse tema, julgue os próximos os itens.

- 101 A maioria dos pacientes portadores de zumbido possui perda auditiva associada, como, por exemplo, decorrentes da exposição a ruído, do envelhecimento ou do uso de agentes ototóxicos. Por esse motivo, a avaliação audiológica do paciente com zumbido não é essencial.
- 102 Tumores do ângulo pontocerebelar podem gerar zumbido unilateral associado ou não a perda auditiva assimétrica. Nesses casos, para a avaliação de lesões retrococleares, exames complementares como ressonância nuclear magnética e(ou) BERA sempre devem ser realizados.
- 103 Cerume impactado no conduto auditivo externo, alterações da articulação temporomandibular e o uso de antimaláricos não são causas de zumbido.
- 104 O zumbido no murmúrio (“hum”) venoso é causado pelo fluxo turbulento na veia jugular. Ele é do tipo pulsátil e piora com a compressão digital do trajeto da veia jugular interna ipsilateral ao zumbido, a rotação da cabeça para o lado do zumbido ou a manobra de Valsalva.

105 As causas de zumbido rítmico vascular (zumbido pulsátil) incluem, entre outras: trajeto aberrante da artéria carótida na caixa timpânica, estenose ou aneurisma da artéria braquicefálica e da artéria carótida, persistência da artéria estapediana e fistulas arteriovenosas intracranianas.

106 A presença de zumbido pulsátil e perda auditiva unilaterais, associada a lesão vinhosa na caixa timpânica visualizada na otoscopia, pode corresponder a um tumor glômico timpânico — neoplasia vascular constituída de células paragangliônicas que acomete mais homens do que mulheres.

Um homem com quarenta anos de idade, etilista, vítima de acidente automobilístico havia uma semana, compareceu ao pronto atendimento com queixa de otorragia na orelha esquerda, perda auditiva e paralisia facial à esquerda iniciada 3 dias após o acidente. O exame físico desse paciente mostrou paralisia facial periférica de grau IV à esquerda, presença de sangue no conduto auditivo externo esquerdo e perfuração da membrana timpânica. O paciente foi submetido a tomografia computadorizada de ossos temporais que evidenciou linha de fratura longitudinal à esquerda, com velamento parcial das células mastoideas.

Acerca desse caso clínico e de traumatismos do osso temporal, julgue os itens subsequentes.

- 107 As fraturas longitudinais do osso temporal, também denominadas extralabirínticas, são as fraturas menos comuns após trauma fechado. As fraturas mais comuns são as transversais, causadas por impacto occipital.
- 108 No caso clínico em apreço, a perda auditiva do paciente provavelmente é do tipo neurosensorial e, portanto, irreversível.
- 109 Se o paciente em apreço evoluir com paralisia facial periférica completa, haverá indicação de realização de eletroneurografia. Se esse exame mostrar mais de 90% de degeneração em relação ao lado normal, isso será sugestivo de mau prognóstico, estando indicada a abordagem cirúrgica do nervo facial.
- 110 No caso clínico em questão, devido ao fato de a paralisia facial periférica do paciente ter ocorrido tardiamente ao trauma, é correto supor que não houve secção do nervo e que, portanto, a paralisia é consequência de edema por concussão.

Uma mulher com quarenta e cinco anos de idade apresenta quadro de vertigem aguda intensa iniciada ao acordar, associada a náuseas e vômitos. Ela nega sintomas auditivos como zumbido ou hipoacusia, bem como nega episódios semelhantes prévios.

Acerca desse caso clínico e de aspectos diversos a ele pertinentes, julgue os itens que se seguem.

- 111 Diante de um quadro agudo de vertigem isolada, deve ser feita a diferenciação entre doença de causa central e de causa periférica. Nas primeiras 24 horas, a maneira mais sensível de se fazer essa diferenciação é por meio de três manobras de exame físico: teste do impulso cefálico, avaliação do nistagmo e teste do *skew deviation*.
- 112 Normalmente, nos casos de neurite vestibular aguda, há predileção de acometimento da porção inferior do nervo vestibular.
- 113 *Head impulse* teste normal, nistagmo vertical ou horizontal que não respeita a lei de Alexander e teste do *skew deviation* positivo são indicativos de doença de origem central.
- 114 **Situação hipotética:** O exame da paciente objeto do caso clínico em apreço mostrou: nistagmo espontâneo horizontal com fase rápida para a esquerda, que aumentava de intensidade com o olhar para a esquerda; alteração no teste do impulso cefálico ao testar o lado direito e teste do *skew deviation* normal. **Assertiva:** Nessa situação, é correto considerar como provável diagnóstico neurite do nervo vestibular esquerdo.

Um homem com cinquenta anos de idade procurou atendimento otorrinolaringológico com queixa de obstrução nasal, espirros, coriza, prurido nasal, roncos e sonolência diurna. O exame endoscópico nasal desse paciente mostrou hipertrofia de cornetos inferiores (4+/4+), palidez da mucosa nasal e desvio septal obstrutivo.

Acerca desse caso clínico e do tratamento do ronco e da síndrome da apneia do sono, julgue os itens a seguir.

- 115** Sabe-se que a associação entre obstrução nasal e distúrbios respiratórios do sono é relativamente frequente. Nesses casos, a cirurgia nasal isolada costuma ser a cura do distúrbio respiratório do sono.
- 116** Para o paciente do caso clínico em apreço, não há indicação de realização do exame de polissonografia, visto que ele queixa-se de roncos e de sonolência diurna, sintomas indicativos de síndrome da apneia do sono.
- 117** São exemplos de cirurgias para o tratamento de pacientes roncadores e apneicos: uvulopalatofaringoplastia, tonsilectomia lingual, avanço maxilomandibular e traqueostomia.
- 118** Faz parte do tratamento da síndrome da apneia obstrutiva do sono a implementação de medidas comportamentais como perder peso, evitar a ingestão de bebidas alcoólicas, evitar o uso de medicamentos sedativos e relaxantes musculares, cessar o tabagismo. Tais medidas podem ser adotadas independentemente da gravidade da apneia do sono.
- 119 Situação hipotética:** A polissonografia do paciente do caso clínico em questão mostrou índice de apneia e hipopneia (IAH) de 10 eventos/h. **Assertiva:** Nessa situação, o paciente deverá ser classificado como portador de apneia leve do sono, quadro para o qual uma forma adequada de tratamento será o uso de aparelho intraoral.
- 120** No caso clínico em apreço, a realização de cirurgia para correção do desvio septal e diminuição dos cornetos inferiores poderá diminuir a intensidade dos roncos, reduzir a sonolência diurna e até contribuir para melhor adaptação ao CPAP, caso seu uso seja necessário.
-

Espaço livre
