

AVANÇASP



INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO  
SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE

RESIDÊNCIA MÉDICA -  
02/2024

## PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA GERAL - PROGRAMA AVANÇADO

### Leia atentamente as instruções abaixo

#### 1. PROVA E FOLHA DE RESPOSTAS

- Além deste Caderno de Prova, contendo 60 (sessenta) questões objetivas, você receberá do Fiscal de Sala:
- 01 (uma) Folha de Respostas destinada às respostas das questões objetivas. Confira se seus dados estão corretos.

#### 2. TEMPO

- 03 (três) horas é o tempo disponível para realização da prova, já incluído o tempo para marcação da Folha de Respostas da prova objetiva;

#### 3. INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm 05 (cinco) alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente **uma** delas está correta;
- Verifique se seu caderno está completo, sem repetição de questões ou falhas. Caso contrário, informe imediatamente o Fiscal da Sala, para que sejam tomadas as devidas providências;
- Confira seus dados pessoais na Folha de Respostas, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade e leia atentamente as instruções para preenchimento;
- O preenchimento das respostas da prova objetiva é de sua responsabilidade e não será permitida a troca de Folha de Respostas em caso de erro de marcação pelo candidato;

- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta azul ou preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.

- Reserve tempo suficiente para o preenchimento de suas respostas. Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na Folha de Respostas da prova objetiva, não sendo permitido anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja o caderno de prova;

- Ao se retirar, entregue a Folha de Respostas preenchida e assinada ao Fiscal de Sala.

#### SERÁ ELIMINADO do presente certame o candidato que:

- a) for surpreendido, durante as provas, em qualquer tipo de comunicação com outro candidato;
- b) portar ou usar, qualquer tipo de aparelho eletrônico (calculadoras, bips/pagers, câmeras fotográficas, filmadoras, telefones celulares, smartphones, tablets, relógios, walkmans, MP3 players, fones de ouvido, agendas eletrônicas, notebooks, palmtops ou qualquer outro tipo de computador portátil, receptores ou gravadores) seja na sala de prova, sanitários, pátios ou qualquer outra dependência do local de prova;
- c) se ausentar da sala em que se realizam as provas levando consigo o Caderno de Questões e/ou a Folha de Respostas;
- d) se recusar a entregar a Folha de Respostas, quando terminar o tempo estabelecido;
- e) não assinar a Lista de Presença e/ou a Folha de Respostas.

CADERNO DE QUESTÕES

PROVA OBJETIVA

**CIRURGIA GERAL****QUESTÃO 01**

O motivo para realizar vacinação no pré-operatório de esplenectomias é:

- (A) A queda da maturação de linfócito T.
- (B) A queda da produção de opsonina.
- (C) A queda da produção de linfócito B.
- (D) A queda da taxa de destruição das hemácias.
- (E) A elevação de leucócitos.

**QUESTÃO 02**

Os principais marcadores imunohistoquímicos do GIST são:

- (A) CD117 e DOG1.
- (B) CD34 e desmina.
- (C) DOG1 e proteína S100.
- (D) SMA e CD34.
- (E) PKC-theta e Proteína S100.

**QUESTÃO 03**

O tumor mais associado à tilose palmo-plantar é:

- (A) Câncer de estômago.
- (B) Câncer do rim.
- (C) Câncer de esôfago.
- (D) Câncer de bexiga.
- (E) Câncer hepático.

**QUESTÃO 04**

Qual o radioisótopo utilizado na pesquisa do linfonodo sentinela no melanoma?

- (A) Fluor - 18- FDG.
- (B) Promécio.
- (C) Azul patente.
- (D) Lutécio.
- (E) Tecnécio.

**QUESTÃO 05**

Quanto ao tratamento da acalasia esofágica idiopática, qual tem melhor resultado a longo prazo:

- (A) Dilatação endoscópica com Savary.
- (B) Dilatação endoscópica com balão pneumático calibrado.
- (C) Cirurgia de Heller.
- (D) POEM.
- (E) Injeção com toxina botulínica.

**QUESTÃO 06**

Qual sarcoma abaixo tem predileção por disseminação linfonodal:

- (A) Sarcoma de células dendríticas.
- (B) Lipossarcoma.
- (C) Angiossarcoma.
- (D) Sarcoma sinovial.
- (E) Rabdomyosarcoma.

**QUESTÃO 07**

A síndrome que causa dor abdominal, perda de peso, náuseas, vômitos, sopro epigástrico, diarreia e compressão do tronco celíaco é:

- (A) Síndrome de Wilkie.
- (B) Síndrome de Dumbar.
- (C) Síndrome de Bouveret.
- (D) Síndrome de Cockett.
- (E) Síndrome de Nutcracker.

**QUESTÃO 08**

São critérios de gravidade moderada na colangite aguda (segundo a classificação de Tokyo), exceto:

- (A) Idade maior ou igual 75 anos.
- (B) Febre maior ou igual a 39 graus.
- (C) Leuco maior que 18 mil ou menor que 4 mil.
- (D) Bilirrubina maior ou igual a 5 mg/dL.
- (E) Hipoalbuminemia.

**CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO****QUESTÃO 09**

Em relação a neoplasia neuroendócrina gastrointestinal pode-se afirmar:

- (A) Tumores neuroendócrinos de pâncreas funcionantes são mais frequentes que os não funcionantes, sendo o insulinoma seu principal representante.
- (B) O gastrinoma, embora raro, tem o pâncreas como principal sítio de acometimento.
- (C) Insulinomas de até 2 cm e em contato com o ducto pancreático principal podem ser enucleados.
- (D) Ki-67 é o principal marcador tumoral para seguimento pré e pós-operatório nos tumores neuroendócrinos de pâncreas.
- (E) Tamanho do tumor, funcionalidade, índice mitótico e grau de diferenciação tumoral são critérios utilizados para definição cirúrgica nos tumores neuroendócrinos de pâncreas.

**QUESTÃO 10**

As neoplasias intraductais papilíferas mucinosas de pâncreas (IPMN's) são lesões com potencial de malignização. Pelo consenso de Fukuoka considera-se estigma de alto risco:

- (A) Cisto maior que 3 cm.
- (B) Cisto com parede espessada.
- (C) Aumento do marcador CA19,9.
- (D) Taxa de crescimento do cisto maior que 5 mm em 2 anos.
- (E) Icterícia obstrutiva com lesão cística em cabeça do pâncreas.

**QUESTÃO 11**

De acordo com o consenso de Brisbane (2000) que padronizou a nomenclatura das ressecções hepáticas, deve-se chamar a ressecção simultânea dos segmentos 5 e 8 de:

- (A) Bissegmentectomia.
- (B) Setorectomia anterior direita.
- (C) Setorectomia medial direita.
- (D) Hepatectomia direita.
- (E) Setorectomia posterior direita.

**QUESTÃO 12**

Sobre o adenocarcinoma gástrico da junção esofagogástrica pode-se afirmar:

- (A) Com advento da ecoendoscopia, determinar a margem proximal do tumor tornou-se uma etapa fundamental e sem dificuldades no planejamento cirúrgico.
- (B) Para tumores classificados como Siewert I deve-se realizar apenas a linfadenectomia do mediastino inferior, além da linfadenectomia abdominal.
- (C) Cirurgia minimamente invasiva mostra-se superior a cirurgia aberta com menores complicações cardiopulmonares, menos dor pós-operatória, melhor qualidade de vida, melhor recuperação funcional e maior sobrevida global.
- (D) São pontos fundamentais no pré-operatório para avaliação e planejamento cirúrgico: drenagem linfática do tumor com a linfadenectomia correspondente, margem proximal adequada e reconstrução do trato gastrointestinal permitindo uma anastomose de boa qualidade.
- (E) A utilização do anti-PD1 (Nivolumab) e anti-HER2 (Transtuzumab) como imunoterapias foram desconsiderados no tratamento adjuvante do câncer de transição esofagogástrico pela toxicidade elevada e melhor indicação para tumores precoces.

**QUESTÃO 13**

No by-pass gástrico em Y de Roux para tratamento de obesidade mórbida, deve-se ter o cuidado de fechar alguns defeitos anatômicos criados, conhecidos por defeitos mesentéricos ou "brechas" mesentéricas. Defeito que pode acarretar a chamada hérnia interna de Petersen, sendo essa formada pelo(a):

- (A) Mesocólon transverso e o mesentério da alça do Y de Roux.
- (B) Mesocólon transverso e o duodeno.
- (C) "Brecha" dos mesentérios da enteroentero anastomose.
- (D) Espaço retrogástrico do pouch gástrico.
- (E) Espaço entre o mesentério da alça alimentar do Y de Roux e o estômago excluído.

---

**QUESTÃO 14**

---

Em relação aos exames de imagens, marcador tumoral e exames endoscópicos no estadiamento e seguimento do câncer colorretal pode-se afirmar:

- (A) A tomografia computadorizada com emissão de pósitrons (PET-TC) é recomendada para o estadiamento inicial de todos os pacientes com câncer colorretal, independente do estágio clínico realizado.
- (B) A ressonância magnética de pelve é o exame de escolha para avaliação de profundidade de invasão em cânceres de reto, permitindo em estadiamentos iniciais a ressecção local endoanal.
- (C) A elevação do marcador tumoral no pós-operatório, antígeno carcinoembrionário (CEA), em pacientes submetidos previamente a ressecção do câncer colorretal primário indica provável metástase hepática, porém exclui possibilidade de metástase peritoneal.
- (D) A ultrassonografia endoscópica retal mostra um alto valor preditivo positivo para o estudo do acometimento linfonodal perirretal e de estruturas adjacentes ao reto, sendo um exame importante na decisão de neoadjuvância nos cânceres de reto.
- (E) O exame de colonoscopia deve ser indicado após 3 meses da cirurgia do câncer colorretal e, em seguida, anualmente no seguimento dos pacientes visando a vigilância de recidivas locais.

---

**QUESTÃO 15**

---

Paciente de 43 anos, em 14º dia de pós-operatório de gastrectomia vertical para tratamento de obesidade mórbida, vem ao pronto-socorro do hospital com dor abdominal, fraqueza, inapetência e febre. Ao exame físico: FC: 120 bpm, PA: 120 x 80 mmHg, temperatura axilar 37°. Tomografia computadorizada - TC de abdome mostrando uma coleção líquida de cerca de 300 ml em hipocôndrio esquerdo com presença de gás no interior, cavidade abdominal sem demais achados. Diante de quadro clínico, pode-se propor como tratamento para o caso apresentado:

- (A) Laparotomia exploradora com gastrectomia total.
- (B) Antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro.
- (C) Angio – TC de vasos pulmonares com protocolo para tromboembolismo pulmonar (TEP).
- (D) Confecção de curativo à vácuo passado por endoscopia para drenagem transgástrica.
- (E) Punção transparietal de coleção cavitária com posicionamento de dreno de pigtail guiado por imagem, seguido pela passagem de prótese endoscópica digestiva alta.

---

**QUESTÃO 16**

---

Em relação ao tratamento cirúrgico de metástase hepática por câncer colorretal pode-se afirmar:

- (A) Fígado remanescente final (FRF) de 30% é suficiente para uma cirurgia segura independente da condição prévia do fígado.
- (B) Apesar do desenvolvimento da cirurgia de fígado e das quimioterapias não houve impacto na sobrevida global do paciente com câncer de cólon ou reto metastático para fígado.
- (C) Os critérios de Fong (*Fong Clinical Risk Score*) fornecem informações, entre outras, quanto a sobrevida após a ressecção de metástases hepáticas de câncer colorretal.
- (D) A deprivação hepática pode ser realizada como opção tática cirúrgica para reduzir o tamanho do tumor e aumentar a ressecabilidade nas cirurgias hepáticas.
- (E) ALPPS (*Associating Liver Partition and Portal Vein Ligation for Staged Hepatectomy*) mostra-se uma técnica segura e com baixa morbimortalidade principalmente em pacientes idosos.

---

**CIRURGIA PEDIÁTRICA**  
**QUESTÃO 17**

---

Na correção cirúrgica de onfalocele gigante, a técnica de fechamento em estágios é frequentemente utilizada para evitar complicações relacionadas ao aumento da pressão intra-abdominal. Sobre o manejo cirúrgico da onfalocele gigante, é correto afirmar:

- (A) O fechamento em estágios utiliza inicialmente a colocação de um silo de material sintético, permitindo a redução gradual das vísceras para a cavidade abdominal sem comprometer a função respiratória.
- (B) A utilização de telas biológicas na onfalocele gigante é preferível para fechamento primário, pois permite menor risco de infecção e eliminação da necessidade de cirurgias adicionais.
- (C) O fechamento primário da onfalocele gigante é considerado o padrão-ouro, independentemente do tamanho do defeito, para reduzir o tempo de internação hospitalar.
- (D) O uso de plastia abdominal com tração contínua não é indicado em onfalocele gigante devido ao risco elevado de isquemia da parede abdominal.
- (E) A técnica cirúrgica em um único tempo é mais frequentemente utilizada em pacientes com onfalocele gigante, priorizando a reparação completa do defeito ainda no período neonatal.

---

**QUESTÃO 18**

---

Paciente recém-nascido, sexo masculino, 40 semanas de idade gestacional, apresenta onfalocele gigante contendo fígado e intestino, associada à extrofia de cloaca. A respeito do manejo cirúrgico dessa complexa condição, assinale a alternativa correta:

- (A) A técnica de fechamento primário da onfalocele com redução do conteúdo visceral e fechamento da parede abdominal em um único tempo cirúrgico é a mais indicada, mesmo nos casos de onfalocele gigante.
- (B) A gastrosquise, por ser um defeito da parede abdominal mais grave que a onfalocele gigante, apresenta maior risco de infecção e complicações pós-operatórias.
- (C) A utilização de curativos tópicos com antissépticos, como a sulfadiazina de prata, é contraindicada no tratamento da onfalocele gigante devido ao risco de absorção sistêmica e toxicidade.
- (D) O uso de silo de silicone para fechamento gradual da onfalocele gigante, associado à técnica de "paint and wait" com aplicação de soluções antissépticas na pele ao redor do defeito, pode ser uma opção para evitar a síndrome compartimental abdominal.
- (E) A correção cirúrgica da extrofia de cloaca deve ser realizada em um segundo tempo cirúrgico, após a completa resolução da onfalocele gigante e estabilização clínica do paciente.

---

**QUESTÃO 19**

---

Paciente de 3 meses, portador de hidrocefalia por Síndrome de Dandy-Walker, apresentou três episódios de disfunção valvar por obstrução do cateter proximal em derivação ventriculoperitoneal programável gravitacional. Após avaliação por neuroimagem e análise do líquido, verifica-se alta concentração proteica (350mg/dL) e debris intraventriculares. Em relação à melhor conduta terapêutica específica para este caso, selecione a alternativa que representa o sistema de derivação mais apropriado para reduzir o risco de nova obstrução.

- (A) Sistema de derivação com válvula de pressão diferencial e cateter ventricular impregnado com antibiótico.
- (B) Sistema de derivação com válvula anti-sifão distal e cateter ventricular revestido com prata.
- (C) Sistema de derivação com válvula anti-refluxo e cateter ventricular de silicone convencional.
- (D) Sistema de derivação com válvula programável e cateter ventricular com superfície rugosa.
- (E) Sistema de derivação com válvula gravitacional e cateter ventricular com membrana microporosa.

---

**QUESTÃO 20**

---

O manejo do tétano neonatal envolve múltiplas abordagens terapêuticas e preventivas. Considerando as opções disponíveis no tratamento dessa condição, assinale a alternativa que apresenta a abordagem mais apropriada para a gestão clínica do tétano neonatal.

- (A) A administração de antitoxina tetânica é suficiente para o tratamento, dispensando a necessidade de suporte ventilatório.
- (B) A profilaxia com vacina tríplice bacteriana é indicada somente após a resolução clínica do quadro de tétano neonatal.
- (C) O manejo do tétano neonatal deve incluir a administração de metronidazol para controle da infecção, além de cuidados de suporte intensivo.
- (D) A utilização de sedativos é fundamental para o controle da hiperatividade neuromuscular, devendo ser iniciada apenas após a confirmação do diagnóstico.
- (E) O tratamento deve incluir a imunização ativa e passiva, além da administração de antibióticos para prevenir infecções secundárias.

---

**QUESTÃO 21**

---

A abordagem cirúrgica inicial recomendada para o tratamento da obstrução intestinal congênita em neonatos com má-rotação intestinal e volvo é:

- (A) Cirurgia de Ladd, incluindo a divisão das bandas de Ladd, desvolvulação do intestino e correção da má-rotação com uma apendicectomia de rotina.
- (B) Ressecção segmentar do intestino com anastomose primária.
- (C) Enterostomia temporária para descompressão do intestino e posterior reconstrução eletiva.
- (D) Anastomose duodeno-jejunal com divisão das bandas de Ladd e fixação do intestino para evitar recidivas de volvo.
- (E) Ressecção do intestino envolvido com sutura contínua para restabelecimento imediato do trânsito intestinal.

---

**QUESTÃO 22**

---

A correção cirúrgica da hérnia diafragmática congênita apresenta diferentes abordagens. Assinale a alternativa que descreve corretamente um aspecto técnico relevante da abordagem cirúrgica para essa condição.

- (A) A técnica de toracotomia lateral é frequentemente utilizada, permitindo acesso direto ao diafragma e à redução do conteúdo abdominal, seguido pelo fechamento do defeito com uma tela sintética para suporte.
- (B) Durante a correção cirúrgica, a redução do conteúdo herniado deve ser realizada sob visão direta, e o fechamento do defeito diafragmático é feito com sutura contínua utilizando fio não absorvível para garantir a durabilidade da reparação.
- (C) A abordagem laparoscópica é considerada a técnica padrão, pois permite uma visualização otimizada e menor trauma torácico, embora possa ser desafiadora em casos de hérnias grandes.
- (D) A técnica de reparo envolve a ressecção do saco herniário e o fechamento primário do defeito diafragmático, sendo crucial evitar a compressão pulmonar durante o procedimento.
- (E) O uso de drenos torácicos é essencial após a cirurgia para prevenir a formação de seromas e facilitar a drenagem de fluidos, independentemente da técnica utilizada.

**QUESTÃO 23**

Um paciente de 3 anos de idade é encaminhado para avaliação de fissura palatina. Após exame clínico detalhado, é diagnosticada a presença de fissura palatina submucosa. Qual a melhor técnica cirúrgica para o tratamento dessa condição?

- (A) Palatoplastia de Veau, com acesso através de incisões na região do palato mole e palato duro.
- (B) Palatoplastia de Furlow, com reposicionamento muscular do palato mole e encerramento da fissura em camadas.
- (C) Palatoplastia de von Langenbeck, com liberação do palato mole do palato duro e fechamento em camadas.
- (D) Palatoplastia de Kriens, com reconstrução do esfíncter velofaríngeo por meio de retalhos musculares.
- (E) Palatorrafia de Sommerlad, com alongamento do palato mole e encerramento da fissura em duas camadas.

**CIRURGIA PLÁSTICA****QUESTÃO 24**

Na mastopexia com prótese, a técnica cirúrgica que permite a suspensão das mamas com reposicionamento adequado do complexo aréolo-mamilar, associando maior suporte ao tecido glandular, é:

- (A) Mastopexia com uso de retalho glandular em técnica de pedículo superior.
- (B) Mastopexia com inclusão de prótese e técnica de pedículo inferior.
- (C) Mastopexia sem uso de prótese e técnica de incisão periareolar.
- (D) Mastopexia com ressecção glandular em técnica de pedículo lateral.
- (E) Mastopexia com inclusão de prótese e técnica de lifting subglandular simples.

**QUESTÃO 25**

Durante transplante facial total em paciente vítima de trauma balístico com perda das estruturas do terço médio e inferior da face, no momento da dissecação microcirúrgica do retalho do doador, considerando a sequência técnica e preservação vascular, selecione a afirmativa correta:

- (A) A dissecação das artérias carótidas externas deve ser iniciada após a identificação do nervo facial em seu tronco principal, com preservação mandatória da artéria temporal superficial para perfusão do retalho ósseo.
- (B) O retalho miocutâneo deve ser elevado em plano subfascial na região cervical para preservação do plexo venoso superficial, mantendo-se distância de 2cm das artérias faciais para evitar espasmo vascular.
- (C) A sequência de anastomoses deve priorizar as veias jugulares externas bilateralmente, seguidas das artérias faciais e linguais, permitindo perfusão precoce e redução do tempo de isquemia fria.
- (D) A dissecação do ramo marginal mandibular do nervo facial é realizada após identificação da veia facial anterior, em plano profundo à glândula submandibular, para minimizar lesão neural iatrogênica.
- (E) O tempo de isquemia fria tolerável do retalho facial é de até 6 horas quando utilizada solução de preservação HTK (Custodiol) a 4°C, com dissecação simultânea das equipes do doador e receptor.

**QUESTÃO 26**

A tendência crescente na cirurgia plástica em 2024 é a utilização de técnicas que promovem resultados mais naturais e menos invasivos. Uma das inovações que permite ao cirurgião planejar melhor os procedimentos e visualizar resultados potenciais antes da cirurgia é:

- (A) Lipoaspiração tradicional.
- (B) Tecnologia de imagem 3D.
- (C) Implantes mamários de silicone.
- (D) Abdominoplastia convencional.
- (E) Enxerto de gordura autólogo.



---

**QUESTÃO 27**

---

Paciente feminina, 52 anos, procura atendimento queixando-se de excesso de pele nas pálpebras superiores, com sensação de peso e dificuldade para abrir os olhos. Ao exame físico, observa-se dermatocalase e pseudoptose palpebral bilateral. Considerando a técnica cirúrgica clássica para blefaroplastia superior, qual o tempo cirúrgico em que se utiliza a tesoura de Stevens para realizar a incisão na prega palpebral superior?

- (A) Hemostasia.
- (B) Síntese.
- (C) Divulsão.
- (D) Incisão.
- (E) Ressecção.

---

**QUESTÃO 28**

---

Em pacientes com queimaduras graves no membro superior, a escarotomia é realizada com o objetivo de:

- (A) Realizar incisão transversal no membro superior, para liberar a restrição da pele queimada e melhorar a flexão do cotovelo. Incorreta, pois a escarotomia é realizada com incisão longitudinal, não transversal.
- (B) Realizar incisão circular no membro superior, para aliviar a restrição da pele queimada na região. Incorreta, pois a escarotomia envolve incisão longitudinal, não circular.
- (C) Realizar incisão longitudinal no membro superior, para permitir a abdução e flexão do ombro. Correta, essa é a técnica e objetivo da escarotomia no membro superior.
- (D) Realizar incisão em zigue-zague no membro superior, para facilitar a mobilidade dos dedos. Incorreta, pois a escarotomia visa melhorar a mobilidade do ombro, não dos dedos.
- (E) Realizar incisão na região axilar, para liberar a pele queimada e permitir a rotação do ombro. Incorreta, pois a incisão da escarotomia é realizada no membro superior, não na região axilar.

---

**QUESTÃO 29**

---

Na reconstrução de mão após lesão por esmagamento, a técnica cirúrgica e os instrumentais específicos utilizados para garantir a adequada perfusão dos tecidos e a preservação da funcionalidade incluem:

- (A) A técnica de retalho neurovascular, mobilizando retalhos de tecido com seu suprimento vascular e nervoso intactos, garantindo a perfusão e a sensibilidade dos tecidos reconstruídos.
- (B) A utilização de ganchos de Farabeuf para retração dos tecidos moles e visualização das estruturas ósseas durante a fixação interna com placas e parafusos.
- (C) A técnica de dermolipectomia para remover excesso de pele e tecido subcutâneo, promovendo a remodelação estética da mão.
- (D) A aplicação de fios de Kirschner para fixação temporária de fraturas, permitindo a mobilização precoce dos dedos e a recuperação da função motora.
- (E) O uso de implantes metálicos articulados para substituir as articulações danificadas, restaurando a mobilidade e a força da mão.



**QUESTÃO 30**

Na cirurgia de aumento mamário, a escolha da prótese é fundamental para o resultado estético e a satisfação do paciente. Analise as alternativas abaixo, considerando uma prótese mamária específica e suas características.

- (A) As próteses anatômicas, que imitam a forma natural da mama, são frequentemente utilizadas em pacientes que desejam um resultado mais discreto e são associadas a uma maior incidência de complicações cirúrgicas.
- (B) As próteses de solução salina são consideradas mais seguras, pois, em caso de ruptura, o fluido é absorvido pelo organismo sem causar complicações, mas apresentam uma textura menos natural em comparação às de silicone.
- (C) A prótese mamária texturizada é projetada para promover a aderência ao tecido mamário e reduzir o risco de contratura capsular, mas sua superfície rugosa pode aumentar o risco de infecção.
- (D) A prótese mamária de silicone coesivo, também conhecida como prótese de gel de silicone de alta coesividade, apresenta uma consistência semelhante ao tecido mamário, proporcionando um resultado estético natural e redução do risco de vazamento.
- (E) A escolha entre próteses redondas e anatômicas é irrelevante, visto que ambas oferecem o mesmo resultado estético e a mesma taxa de complicações.

**CIRURGIA TORÁCICA****QUESTÃO 31**

É o tipo de tumor pleural que é frequentemente associado à exposição ao amianto e apresenta células fusiformes e padrão de crescimento sarcomatoide:

- (A) Carcinoma de pequenas células.
- (B) Mesotelioma pleural.
- (C) Adenocarcinoma.
- (D) Tumor neuroendócrino.
- (E) Linfoma não-Hodgkin.

**QUESTÃO 32**

Paciente masculino, 52 anos, apresenta tumor carcinoide atípico de 2,8 cm em brônquio intermediário direito com extensão para brônquio lobar inferior, evidenciado em broncoscopia rígida. Tomografia computadorizada mostra preservação do parênquima distal e ausência de metástases linfonodais. Na programação da broncoplastia com preservação pulmonar, selecione a afirmativa correta:

- (A) A linfadenectomia sistemática das estações 4R, 7 e 11R deve ser realizada após a anastomose brônquica para minimizar a desvascularização da região a ser reconstruída.
- (B) A margem proximal de ressecção deve ser confirmada por análise de congelação com mínimo de 0,5 cm, sendo a dissecação circunferencial limitada a 2 cm para preservação da vascularização brônquica.
- (C) O uso de sutura contínua com PDS 4-0 na porção membranosa e pontos separados de polidioxanona 3-0 na cartilaginosa reduz o risco de deiscência pós-operatória.
- (D) A liberação do brônquio intermediário através da secção do ligamento pulmonar inferior e dissecação hilar posterior permite redução da tensão anastomótica sem necessidade de liberação pericárdica.
- (E) A anastomose deve ser iniciada pela parede posterior membranosa com pontos separados extramucosos de polipropileno 4-0, seguida pela parede cartilaginosa com tensão graduada nos nós.

**QUESTÃO 33**

A utilização de técnicas minimamente invasivas na cirurgia torácica tem se tornado cada vez mais comum, especialmente em procedimentos que envolvem a ressecção pulmonar. A técnica que permite a realização de ressecções pulmonares com menor trauma cirúrgico e recuperação mais rápida é:

- (A) Toracotomia convencional.
- (B) Videotoracoscopia (VATS).
- (C) Cirurgia robótica assistida.
- (D) Drenagem torácica convencional.
- (E) Lobectomia aberta.

---

**QUESTÃO 34**

---

Na cirurgia de revascularização miocárdica, a escolha da técnica e do enxerto é crucial para o sucesso do procedimento. Analise as alternativas abaixo, considerando uma técnica específica utilizada nesse contexto.

- (A) O uso de enxertos venosos, como a veia safena, é desaconselhado na revascularização miocárdica moderna, pois apresenta uma taxa de patência superior aos enxertos arteriais, especialmente em pacientes com doença arterial coronariana extensa.
- (B) A técnica de cirurgia minimamente invasiva para revascularização miocárdica geralmente não utiliza a artéria mamária interna, pois a abordagem é limitada em termos de acesso e visualização das estruturas torácicas.
- (C) O uso de enxertos de artérias radiais tem demonstrado eficácia semelhante à artéria mamária interna, porém sua utilização é limitada devido ao risco de complicações pós-operatórias, como trombose e espasmo arterial.
- (D) A técnica de enxerto arterial com a artéria mamária interna é considerada a padrão-ouro na revascularização miocárdica, devido à sua maior patência a longo prazo e menor incidência de infarto do miocárdio em comparação aos enxertos venosos.
- (E) A revascularização miocárdica com o uso de técnicas de circulação extracorpórea não é recomendada em pacientes idosos, pois aumenta significativamente o risco de complicações neurológicas e cardíacas nesse grupo etário.

---

**QUESTÃO 35**

---

Paciente masculino, 32 anos, vítima de acidente automobilístico com trauma torácico fechado, apresenta drenagem pleural persistente de líquido leitoso pelo dreno de tórax à direita, com débito superior a 1000 ml/dia após 72 horas de observação. A análise do líquido pleural confirma a presença de quilotórax. Considerando a necessidade de tratamento cirúrgico para este caso, qual a conduta mais adequada no intraoperatório para a identificação precisa do ducto torácico e sua ligadura?

- (A) Toracotomia póstero-lateral direita com realização de pleurodese química com talco.
- (B) Videotoroscopia direita com clipagem profilática do ducto torácico na sua porção supradiafragmática.
- (C) Mediastinoscopia para ligadura do ducto torácico na sua porção cervical.
- (D) Toracotomia antero-lateral direita com ligadura dos vasos mamários internos.
- (E) Videotoroscopia direita com injeção de azul de metileno via cateter nasoentérico para visualização e ligadura do ducto torácico.

---

**QUESTÃO 36**

---

Em pacientes com carcinoma broncogênico de lobo superior do pulmão direito, a técnica cirúrgica indicada para ressecção do tumor com margem de segurança é a:

- (A) Lobectomia superior direita com ressecção do arco costal.
- (B) Pneumonectomia direita com reconstrução da parede torácica.
- (C) Lobectomia superior direita com linfadenectomia mediastinal.
- (D) Segmentectomia superior direita com preservação do parênquima pulmonar.
- (E) Bilobectomia superior e média direita com reconstrução brônquica.

**QUESTÃO 37**

Na abordagem cirúrgica de uma fístula broncopulmonar persistente após lobectomia superior direita, a técnica avançada mais indicada para o fechamento da fístula e restauração da função pulmonar é:

- (A) Fechamento da fístula com retalho pediculado de grande omento através de toracotomia, garantindo cobertura vascularizada e suporte estrutural.
- (B) Ressecção segmentar do lobo afetado com anastomose bronquial primária e reforço com retalho muscular intercostal.
- (C) Ressecção dos tecidos necrosados ao redor da fístula e colocação de dreno torácico permanente para evacuação contínua de secreções.
- (D) Aplicação de cola de fibrina no orifício fistuloso seguido por pleurodese química para adesão das superfícies pleurais.
- (E) Utilização de prótese expansível para vedar a fístula e promover a regeneração do tecido bronquial ao longo do tempo.

**CIRURGIA VASCULAR****QUESTÃO 38**

Na abordagem cirúrgica minimamente invasiva para tratamento de varizes por meio de escleroterapia com espuma densa, o método consiste em:

- (A) Injeção de espuma esclerosante com compressão elástica contínua apenas em telangiectasias.
- (B) Injeção de solução hipertônica diretamente em microvarizes sem auxílio de ultrassonografia.
- (C) Aplicação de laser transdérmico associado à espuma esclerosante em veias superficiais.
- (D) Uso de glicose hipertônica associada a solução anestésica em veias safenas dilatadas.
- (E) Injeção de espuma esclerosante sob controle ultrassonográfico para veias calibrosas.

**QUESTÃO 39**

Na avaliação de fluxo em pacientes com doença arterial periférica (DAP), qual das seguintes técnicas e instrumentais específicos é utilizada para medir o índice tornozelo-braquial (ITB) com precisão e avaliação não invasiva da gravidade da doença?

- (A) Ultrassonografia Doppler colorida, que utiliza ondas sonoras de alta frequência para avaliar a velocidade do fluxo sanguíneo e identificar estenoses ou oclusões arteriais.
- (B) Angiografia por ressonância magnética, que emprega campos magnéticos e ondas de rádio para criar imagens detalhadas das artérias sem exposição à radiação ionizante.
- (C) Tomografia computadorizada angiográfica, que combina raios-X e tecnologia computacional para visualizar e quantificar o fluxo sanguíneo nas artérias periféricas.
- (D) Pletismografia de ar, que mede as variações volumétricas nos membros inferiores para determinar a perfusão e o fluxo sanguíneo arterial.
- (E) Teste de caminhada de seis minutos, que avalia a capacidade funcional e a claudicação intermitente, mas não quantifica diretamente o fluxo sanguíneo arterial.

**QUESTÃO 40**

O índice tornozelo-braquial (ITB) é utilizado para avaliar a presença de insuficiência arterial nos membros inferiores. Um valor de ITB inferior a 0,90 sugere:

- (A) Presença de doença arterial periférica leve.
- (B) Insuficiência arterial moderada a grave.
- (C) Normalidade na perfusão arterial.
- (D) Presença de trombose venosa profunda.
- (E) Necessidade de cirurgia de revascularização imediata.

**QUESTÃO 41**

Paciente masculino, 62 anos, com diagnóstico recente de adenocarcinoma de pulmão, apresenta quadro de edema e dor em membro inferior direito. A ultrassonografia com Doppler confirma a presença de trombose venosa profunda (TVP) femoropoplíteia. Considerando o risco aumentado de tromboembolismo venoso em pacientes oncológicos, qual a conduta mais adequada em relação à anticoagulação?

- (A) Heparina não fracionada endovenosa em dose plena por 5 dias, seguida de warfarina oral por 3 meses, com alvo de INR entre 2,0 e 3,0.
- (B) Rivaroxabana oral em dose terapêutica por 3 meses, seguida de dose profilática por tempo indeterminado.
- (C) Apixabana oral em dose terapêutica por 6 meses, seguida de avaliação para suspensão ou manutenção do tratamento.
- (D) Enoxaparina subcutânea em dose terapêutica por 12 meses, com posterior reavaliação do risco trombótico.
- (E) Filtro de veia cava inferior, associado à aspirina em dose antiagregante plaquetária por tempo indeterminado.

**QUESTÃO 42**

Paciente masculino, 70 anos, portador de aneurisma poplíteo sintomático à direita, com 4 cm de diâmetro e trombose parcial do saco aneurismático. Opta-se pelo tratamento cirúrgico com bypass femoropoplíteo utilizando veia safena magna ipsilateral. Considerando a técnica de enxerto invertido de veia safena, qual o procedimento realizado para garantir o fluxo sanguíneo adequado no enxerto?

- (A) Ligadura de todas as tributárias da veia safena durante sua dissecação.
- (B) Inversão do enxerto de veia safena para que as válvulas venosas fiquem no sentido do fluxo arterial.
- (C) Utilização de um dispositivo valvulotomo para romper as válvulas venosas do enxerto.
- (D) Anastomose do enxerto de veia safena na artéria femoral superficial.
- (E) Realização de arteriografia no intraoperatório para confirmar a perviedade do enxerto.

**QUESTÃO 43**

O tratamento cirúrgico definitivo da Síndrome do Desfiladeiro Torácico consiste na seguinte técnica:

- (A) Ressecção da primeira costela e escalenectomia anterior.
- (B) Descompressão do plexo braquial por abordagem supraclavicular.
- (C) Descompressão do plexo braquial por abordagem transaxilar.
- (D) Ressecção da porção distal da clavícula e ligamento coracoclavicular.
- (E) Liberação do músculo peitoral menor por abordagem transtorácica.

**QUESTÃO 44**

Durante o tratamento endovascular de aneurisma abdominal, a técnica de "chimney" é utilizada para:

- (A) Tratar lesões da aorta infrarrenal com envolvimento da artéria renal esquerda.
- (B) Realizar angioplastia da artéria ilíaca comum.
- (C) Implantar stent na artéria femoral.
- (D) Tratar aneurismas saculares da aorta torácica descendente.
- (E) Realizar embolização da artéria mesentérica inferior.

**QUESTÃO 45**

Durante a avaliação clínica de um paciente com doença arterial obstrutiva periférica, o principal sinal e sintoma característico de claudicação é:

- (A) Dor em repouso no membro acometido.
- (B) Parestesia e formigamento na região distal.
- (C) Surgimento de dor muscular durante a deambulação.
- (D) Diminuição da temperatura cutânea no membro afetado.
- (E) Ausência de pulsos periféricos palpáveis no membro comprometido.

---

**UROLOGIA**  
**QUESTÃO 46**

---

Um paciente de 32 anos apresenta dor lombar à esquerda, principalmente após ingestão de líquidos em grandes volumes, acompanhada de episódios ocasionais de hematúria macroscópica. Exames de imagem, incluindo ultrassonografia e tomografia computadorizada com contraste, revelam hidronefrose no lado esquerdo, sem falha de enchimento ou cálculo e ureter normal sem dilatação. O exame de função renal sérica é normal. Qual a abordagem inicial mais adequada para confirmar o diagnóstico e avaliar a indicação terapêutica neste caso?

- (A) Ultrassonografia com Doppler para avaliar a presença de compressão vascular na junção uretero-piélica
- (B) Cintilografia renal com diurético para avaliar a função renal diferencial e a presença de obstrução na junção uretero-piélica.
- (C) Ressonância magnética da pelve renal para excluir outras causas de obstrução e avaliar a presença de fibrose ureteral
- (D) Cistoscopia com biópsia ureteral para confirmar a presença de tecido fibroso ou tumores obstrutivos
- (E) Angiotomografia computadorizada para avaliação detalhada da anatomia vascular renal e possíveis variações anatômicas.

---

**QUESTÃO 47**

---

Em relação a Litotripsia extracorpórea (LECO), das situações abaixo listadas, apenas uma não configura contraindicação a sua realização

- (A) Gestantes.
- (B) Crianças menores de 10 anos.
- (C) Obesidade mórbida.
- (D) Uso de anticoagulantes.
- (E) Presença de aneurisma de aorta abdominal.

---

**QUESTÃO 48**

---

Um paciente de 45 anos apresenta quadro de febre persistente, perda de peso, dor lombar esquerda e episódios recorrentes de infecção urinária com presença de piúria. A tomografia computadorizada revela aumento do volume renal esquerdo, com áreas hipodensas em forma de “anel” e múltiplas calcificações internas. Qual das alternativas a seguir é a hipótese diagnóstica mais provável e o achado característico da condição descrita?

- (A) Pielonefrite xantogranulomatosa, caracterizada por destruição do parênquima renal e presença de infiltrado inflamatório crônico.
- (B) Pielonefrite crônica, caracterizada por fibrose renal difusa e caliectasia moderada
- (C) Nefrolitíase complicada com abscesso perirrenal, caracterizada por cálculo impactado e destruição do parênquima renal
- (D) Carcinoma de células renais, associado a lesões císticas com captação de contraste heterogênea.
- (E) Hidronefrose secundária a estenose ureteral, com dilatação piélica acentuada e espessamento da parede ureteral.

**QUESTÃO 49**

Paciente de 50 anos procura o Urologista com queixa de curvatura peniana importante há 02 anos. Refere que no início sentia dor, mas há 06 meses cessou e já não percebe progressão da deformidade, entretanto, não tem relações sexuais pois a curvatura impede a penetração. Traz um exame de Ultrassom Doppler Peniano com Fármaco Indução realizado há 1 mês sem demonstrar alteração do fluxo arterial e venoso. No laudo, havia uma informação adicional em relação a curvatura durante a ereção induzida: 75 graus dorsal uniplanar.

Em relação ao tratamento desse paciente, pode-se afirmar:

- (A) Ainda é cedo para propor tratamento cirúrgico e o ideal é prescrever Vitamina E por 90 dias.
- (B) Após a interpretação do exame trazido pelo paciente, a melhor conduta é o implante de prótese peniana.
- (C) Pelo grau de curvatura e fase da doença, a melhor conduta é a correção cirúrgica sem utilização de enxerto.
- (D) Pela fase da doença, a melhor conduta é o tratamento clínico com a utilização de Fentolamina e Colchicina por 6 meses.
- (E) Pelo grau de curvatura e fase da doença, a melhor conduta é a correção cirúrgica com utilização de enxerto (são possibilidades: enxertos autólogos, enxertos alógenos, enxertos sintéticos e xenoenxertos).

**QUESTÃO 50**

Com relação a formação de cálculos urinários, apenas uma alternativa NÃO apresenta um fator considerado como litogênicos (favorecendo a formação de cálculos).

- (A) Obesidade.
- (B) Hipocitraturia.
- (C) Ingesta de cálcio.
- (D) Gastroplastia “bypass”.
- (E) Hiperparatireidismo.

**QUESTÃO 51**

Paciente masculino, de 65 anos é encaminhado para o ambulatório de uro-oncologia do IAMSPE com diagnóstico de neoplasia de próstata, trazendo os seguintes exames:

-Antígeno prostático específico (psa): 12,55 ng/dl

-Biópsia de próstata: Gleason 4+4 (ISUP 4)

-Ressonância de abdome e pelve: nódulo periférico de 1.4 cm em base esquerda, que tangência, porém não ultrapassa à capsula prostática. Vesículas seminais livres, ausência de lesões ósseas e presença de linfonodo pélvico com 18 mm de diâmetro em cadeia ilíaca externa esquerda.

-Cintilografia óssea: ausência de lesões sugestivas de acometimento ósseo por doença neoplásica.

Pode-se afirmar:

- (A) Trata-se de um paciente com doença de risco intermediário desfavorável pela classificação de D Amico, uma vez que apresenta Gleason 4+4.
- (B) Trata-se de um paciente com doença de risco favorável pela classificação de D Amico, uma vez que apresenta PSA < 20ng/dl.
- (C) Somente com essas informações não podemos classificá-lo quanto ao prognóstico da doença.
- (D) Trata-se de um paciente metastático de alto volume, uma vez que já apresenta linfonodo pélvico clinicamente suspeito maior que 15mm.
- (E) Trata-se de um paciente com doença localmente avançada, uma vez que já apresenta linfonodo pélvico clinicamente suspeito.

---

**QUESTÃO 52**

---

O Câncer de bexiga músculo invasivo, não metastático tem como principal forma de tratamento a cistectomia radical. Com relação a este grupo de pacientes podemos afirmar que :

- (A) A quimioterapia neoadjuvante, a base de platina, aumenta a sobrevida.
- (B) A Imunoterapia neoadjuvante com pembrolizumabe, se disponível, deverá ser realizada.
- (C) Na reconstrução com derivação ortotópica devemos realizar uma uretrocistografia miccional para confecção da neo bexiga.
- (D) Em pacientes não elegíveis a cistectomia radical, por falta de condições clínicas, o protocolo de preservação vesical consiste na instilação mensal intra-vesical de BCG (Bacilo de Calmette-Guérin).
- (E) O carcinoma urotelial escamoso apresenta melhor prognóstico que o carcinoma urotelial papilífero.

---

**QUESTÃO 53**

---

Com relação aos Tumores Renais podemos afirmar que:

- (A) Em caso de suspeita de neoplasia de origem hematológica a biopsia da lesão deverá ser evitada devido ao risco de injúria aos grandes vasos.
- (B) Em casos com margens histológicas positivas após nefrectomia parcial a ampliação de margens ou a nefrectomia radical deverá ser indicada o mais breve possível para evitar disseminação
- (C) No seguimento oncológico do paciente submetido a nefrectomia radical a Ressonância Nuclear magnética com gadolínio de segunda geração deverá ser evitada devido ao risco elevado de desenvolvimento de fibrose nefrogênica.
- (D) A tríade clássica para suspeição clínica dos tumores renais é: hematuria, disúria e dor lombar
- (E) A linfadenectomia regional nos casos de linfonodos clinicamente suspeitos deverá ser realizada tendo como objetivo o estadiamento e avaliação prognóstica no entanto não influenciam na sobrevida global ou câncer específica.

---

**CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

---

**QUESTÃO 54**

---

A submandibulectomia requer técnicas anestésicas que ofereçam excelente controle da dor, adequada exposição cirúrgica e proteção das vias aéreas. Qual alternativa descreve corretamente uma técnica anestésica frequentemente utilizada nesse procedimento e sua relação com a anatomia regional?

- (A) Anestesia local com bloqueio do nervo alveolar inferior, garantindo analgesia na região submandibular por sua conexão com o plexo cervical.
- (B) Bloqueio de nervos cervicais superficiais com lidocaína, promovendo analgesia limitada ao nervo auricular maior e áreas periauriculares.
- (C) Bloqueio do plexo cervical superficial para analgesia na pele e tecido subcutâneo, associado à anestesia geral para manejo das vias aéreas e conforto cirúrgico.
- (D) Anestesia local infiltrativa no nervo hipoglosso, promovendo relaxamento muscular e analgesia na região submandibular profunda.
- (E) Bloqueio do plexo cervical profundo para analgesia das regiões inervadas por ramos do C2 e C3, associado à anestesia geral para cobertura completa da cirurgia.

---

**QUESTÃO 55**

---

Um paciente do sexo masculino, 60 anos, tabagista de longa data, apresenta rouquidão persistente há 3 meses. A laringoscopia indireta revela uma lesão ulcerada na corda vocal esquerda. A biópsia confirma o diagnóstico de carcinoma epidermoide. Qual das seguintes características está mais frequentemente associada a este tipo de tumor de laringe?

- (A) Incidência mais elevada em mulheres.
- (B) Associação com o vírus do papiloma humano (HPV).
- (C) Bom prognóstico, mesmo em estádios avançados.
- (D) Predileção por localizações supraglóticas.
- (E) Forte correlação com o consumo de álcool.



**QUESTÃO 56**

Um paciente de 45 anos apresenta sinusite crônica refratária ao tratamento clínico e é indicado para cirurgia endoscópica nasossinusal. Considerando a técnica e a metodologia desse procedimento, assinale a alternativa correta:

- (A) A cirurgia é realizada sob anestesia geral, com a necessidade de intubação endotraqueal, para garantir a ventilação adequada durante o procedimento.
- (B) O endoscópio é inserido pela cavidade oral, permitindo acesso direto aos seios paranasais, facilitando a remoção de pólipos e secreções.
- (C) O procedimento envolve a identificação e desobstrução dos óstios dos seios nasais, utilizando instrumentos específicos sob visão endoscópica, sem necessidade de incisões externas.
- (D) Durante a cirurgia, o uso de cautério elétrico é contraindicado, pois pode causar danos irreversíveis às estruturas adjacentes.
- (E) A recuperação pós-operatória é imediata, permitindo que o paciente retorne às suas atividades normais em 24 horas.

**QUESTÃO 57**

Qual das seguintes indicações é mais apropriada para a realização de uma tireoidectomia transvestibular (TOETVA), considerando suas vantagens e limitações?

- (A) Presença de nódulo tireoidiano maligno com metástases linfonodais.
- (B) Hipertrofia nodular multinodular em paciente com cicatrizes cervicais múltiplas.
- (C) Tireoidite autoimune com necessidade de remoção total da glândula tireoide.
- (D) Nódulo tireoidiano benigno em paciente que prefere uma abordagem cosmética sem cicatriz cervical visível.
- (E) Carcinoma medular da tireoide com envolvimento mediastinal.

**QUESTÃO 58**

Paciente de 28 anos, vítima de acidente automobilístico, apresenta trauma facial grave. Na avaliação tomográfica em cortes axial, coronal e sagital, para diferenciação entre os tipos de fratura de Le Fort, assinale a alternativa correta:

- (A) Na fratura Le Fort II, a separação ocorre na sutura pterigomaxilar sem envolver a junção zigomaticomaxilar, diferenciando-a da Le Fort III.
- (B) A fratura Le Fort III caracteriza-se pela disjunção craniofacial completa ao nível dos ossos nasais, sutura zigomaticofrontal e arco zigomático.
- (C) O sinal patognomônico da fratura Le Fort I é o traço horizontal único acima dos ápices dentários, sem envolvimento do septo nasal.
- (D) Na fratura Le Fort II, o traço de fratura envolve necessariamente a parede lateral da órbita e o arco zigomático bilateralmente.
- (E) A visualização do traço através da sutura nasofrontal e processo pterigóide é suficiente para caracterizar uma fratura Le Fort III.

**QUESTÃO 59**

Durante um exame de imagem de rotina, é identificado um tumor sólido, bem delimitado, no terço médio do esôfago de um paciente assintomático. Qual o tipo de tumor benigno de esôfago mais provável nesse caso?

- (A) Leiomioma.
- (B) Cisto de duplicação esofágica.
- (C) Lipoma.
- (D) Fibroma.
- (E) Pólipo esofágico.

---

**QUESTÃO 60**

---

Um paciente de 45 anos apresenta-se com paralisia facial completa à direita, de início súbito há 72 horas, associada a otalgia ipsilateral e disgeusia. O exame físico revela ausência total de movimento facial à direita, incluindo a fronte, e vesículas no conduto auditivo externo direito. Considerando a síndrome de Ramsay Hunt como diagnóstico provável, qual das seguintes afirmações melhor descreve a avaliação e manejo deste quadro?

(A) A detecção do DNA do vírus varicela-zoster por PCR no líquido tem sensibilidade superior a 95% nas primeiras 72 horas da doença, sendo essencial para confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento antiviral.

(B) A eletroneurografia facial realizada no 4º dia de evolução, demonstrando degeneração de mais de 90% das fibras nervosas, é preditiva de recuperação funcional completa em até 6 meses com terapia combinada de antiviral e corticosteroide.

(C) O teste de excitabilidade nervosa (NET) realizado nas primeiras 72 horas, mostrando inexcitabilidade total do nervo facial, indica necessidade de descompressão cirúrgica imediata do nervo facial em seu segmento labiríntico para otimizar o prognóstico.

(D) A ressonância magnética com sequências 3D-FLAIR e difusão pode demonstrar realce e restrição à difusão no gânglio geniculado e no labirinto, sendo útil para diferenciar a síndrome de Ramsay Hunt da paralisia de Bell nas fases iniciais.

(E) A presença de anticorpos IgM anti-VZV no soro, associada a um escore de House-Brackmann grau VI, é indicativa de reativação viral secundária e está associada a um prognóstico favorável, com recuperação completa em mais de 80% dos casos.

