

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2024/2025




TARDE

# ÁREA DE ATUAÇÃO - CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL (ATCIRCMFT01)


PROVA OBJETIVA

TIPO 1


 **SUA PROVA**

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:


- uma folha de respostas para a marcação das alternativas

 **TEMPO**

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**

 **NÃO SERÁ PERMITIDO**

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões

 **INFORMAÇÕES GERAIS**

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

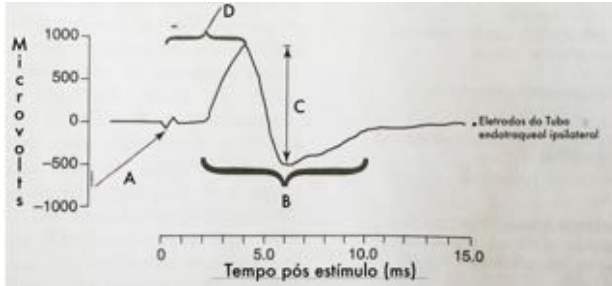
**Boa sorte!**



## Cirurgia de Cabeça e Pescoço

1

Nos últimos 20 anos, a monitorização eletrofisiológica em cirurgias de cabeça e pescoço tem sido cada vez mais usada. Ela permite mapear nervos, acessar sua função, prognosticar lesões e definir condutas intraoperatórias.



Segundo conceitos básicos de eletrofisiologia, é correto afirmar, em relação ao gráfico acima, que a letra (A, B, C e D):

- (A) **D** representa a potência do estímulo e não tem nenhum valor prognóstico;
- (B) **C** representa a amplitude do estímulo, que é independente da espessura do nervo ou de condições locais do campo cirúrgico;
- (C) **D** representa a latência, que é um importante fator prognóstico de lesão do nervo;
- (D) **A** representa uma interferência anterior ao estímulo;
- (E) **B** representa a potência do estímulo, importante na avaliação da resposta do nervo estimulado.

2

Durante uma tireoidectomia total com uso de monitorização intraoperatória, houve uma perda do sinal no nervo laríngeo recorrente no lobo direito. O nervo encontra-se anatomicamente preservado em toda a extensão cervical.

A melhor conduta a seguir é:

- (A) desligar o aparelho, pois não está mais funcionando;
- (B) interromper a cirurgia, pois inequivocamente houve uma lesão do nervo laríngeo;
- (C) continuar com a cirurgia, pois essa informação não é importante;
- (D) checar a conexão dos cabos, avaliar mal posicionamento do tubo e avaliar contração da laringe;
- (E) trocar todos os eletrodos, substituindo o eletrodo endotraqueal, utilizar novo probe de estimulação e reiniciar o aparelho neuroestimulador.

3

Um paciente masculino, de 57 anos, portador de tireoidite de Hashimoto e um nódulo em lobo esquerdo Bethesda VI em citologia medindo, em seu maior diâmetro, 4,2 cm, sem linfonomegalias suspeitas, foi encaminhado para tireoidectomia total. Ao final da lobectomia esquerda, foi estimulado o nervo laríngeo recorrente e foi identificada uma diminuição de 70% da amplitude e aumento de 50% da latência em comparação com os valores iniciais da cirurgia. Foi descartado qualquer mal funcionamento ou interferência no monitor de nervo.

A melhor conduta intraoperatória para esse paciente é:

- (A) fazer a lobectomia contralateral, pois sem isso o prognóstico do paciente será pior e o risco é baixo;
- (B) encerrar a cirurgia, pois a lobectomia já é suficiente para o seu tratamento;
- (C) fazer a lobectomia contralateral, caso o cirurgião seja de alto volume, uma vez que o risco de complicação é baixo;
- (D) fazer uma dose de Iodo 131 de 250mCi para destruir o remanescente da glândula e eventuais metástases;
- (E) encerrar a cirurgia, realizar videolaringoscopia pós-operatória, esperar recuperação da função da prega vocal e totalizar a tireoidectomia.

4

Uma paciente de 37 anos, eutireoidiana e portadora de nódulo tireoidiano espongiiforme de 15 ml em lobo direito em uma glândula sem outros nódulos, foi submetida a duas punções no decorrer de 5 anos, e ambas retornaram Bethesda II. O nódulo documentalmente apresentou aumento evolutivo e agora pode ser classificado como categoria 4 na escala estética. Em consulta médica ela pergunta sobre a possibilidade de se realizar a ablação térmica desse nódulo.

Nesse caso, é correto afirmar que a ablação:

- (A) é bem indicada, preserva a função tireoidiana, pode ser feita ambulatorialmente e resulta em uma redução média de 80% em um ano;
- (B) não é uma boa indicação, pois apresenta altas taxas de recrescimento e apenas estaria atrasando o tratamento definitivo;
- (C) apresenta as mesmas chances de hipotireoidismo pós-operatório tardio que a lobectomia;
- (D) ainda não é indicada pela falta de literatura e consenso;
- (E) não é a indicação ideal para esse caso, embora seja uma opção, porque o volume do nódulo de 15 ml é muito grande e apresenta resultados piores de taxa de redução e recrescimento.

5

Um paciente de 52 anos, hipertenso de longa data, apresenta-se com quadro de perda de massa óssea e os seguintes exames laboratoriais: cálcio sérico = 8,5 (N 8,8 a 10,2mg/dl), fósforo sérico = 5,1 (N 2,5 a 4,5 mg/dL), PTH = 156 (N 18,5 a 88,0 pg/ml) e vitamina D 25OH = 32 (N superior a 22 ng/ml).

O diagnóstico mais provável para a elevação do PTH é:

- (A) hiperparatireoidismo primário;
- (B) hiperparatireoidismo secundário;
- (C) hiperparatireoidismo terciário;
- (D) hiperparatireoidismo quaternário;
- (E) erro laboratorial.

6

Uma paciente de 67 anos, com histórico de dois episódios de litíase renal e osteopenia na coluna e osteoporose no rádio, apresenta os seguintes exames: PTH = 98 (N 18,5 a 88,0 pg/ml), cálcio sérico = 10,6 (N 8,8 a 10,2mg/dl), fósforo sérico = 2,4 (N 2,5 a 4,5 mg/dL). Em dois exames de imagem diferentes, identifica-se a paratireoide inferior direita aumentada. Optou-se por uma paratireoidectomia focada. As dosagens do PTH intraoperatório foram as seguintes: pré-operatório: 112 pg/ml, 5 min: 83 pg/ml, 15 min: 72 pg/ml e 30 min: 65 pg/ml.

A melhor conduta é:

- (A) finalizar a cirurgia, pois a queda intraoperatória do PTH confirma a cura do quadro;
- (B) aguardar o exame de congelação para definir se se trata de um adenoma ou hiperplasia da paratireoide;
- (C) finalizar a cirurgia e repetir os exames laboratoriais e de imagem;
- (D) remover o lobo ipsilateral da tireoide pelo risco de uma paratireoide intratireoidiana;
- (E) explorar as outras glândulas em busca de um segundo adenoma ou hiperplasia.

7

Uma paciente de 35 anos foi encaminhada pela sua ginecologista após um exame ultrassonográfico de tireoide "rotina". Foram reportados uma glândula tireoide de tamanho normal e parênquima homogêneo exceto por uma formação nodular no ½ médio de lobo direito formando um ângulo obtuso com a traqueia. Trata-se de um nódulo profundamente hipoecoico, com margens irregulares, mais largo do que alto, com pontos hiperecogênicos medindo 0,9x1,0x1,2 cm.

A melhor propedêutica para essa paciente é:

- (A) punção guiada por ultrassom com agulha fina e ultrassonografia cervical para avaliação de linfonodos suspeitos;
- (B) vigilância ativa, pois a paciente é muito jovem;
- (C) tireoidectomia total, pois, como a lesão é TIRADS 5, não requer nenhum exame adicional;
- (D) tomografia computadorizada com contraste e cintilografia pertecnetato de sódio (99mTc);
- (E) punção guiada por ultrassom com agulha fina e pesquisa do BRAF V600E para decidir se serão feitos tireoidectomia total ou parcial e esvaziamento cervical profilático.

8

Um paciente de 57 anos, recuperando-se de infarto agudo do miocárdio e da revascularização deste com dois stents farmacológicos, encontra-se agora em uso de dupla antiagregação plaquetária pelos próximos 6 meses. Descobriu, durante a investigação do infarto, um nódulo tireoidiano em 1/3 superior de lobo direito, isoecoico, regular, altamente vascularizado, com margens regulares, mais largo do que alto, medindo 2,2x1,8x3 cm. Seu TSH é 0,8 (N 0,40 a 5,8 µUI/ml). Foi solicitada a citologia do nódulo, que resultou em Bethesda IV (neoplasia folicular).

Nesse cenário, os resultados que indicariam baixo risco de malignidade e permitiriam, com isso, evitar uma cirurgia nesse momento são:

- (A) PET-Scan (Baixo SUV no nódulo), calcitonina baixa e cintilografia não captante no nódulo;
- (B) cintilografia não captante no nódulo, teste molecular negativo, calcitonina baixa;
- (C) PET-Scan (Baixo SUV no nódulo), revisão de lâmina Bethesda II e cintilografia não captante no nódulo;
- (D) PET-Scan (Baixo SUV no nódulo), teste molecular negativo, calcitonina baixa;
- (E) PET-Scan (Alto SUV no nódulo), teste molecular negativo, cintilografia captante no nódulo.

9

Paciente masculino, 22 anos, saudável, após quadro viral importante, notou linfonodo cervical aumentado em nível IIa esquerdo, móvel, indolor, medindo 2,5 cm à palpação. Após um mês, o linfonodo não desapareceu e o paciente encontra-se aflito pela possibilidade de se tratar de um linfonodo suspeito para malignidade. Diante disso, foi solicitada uma ultrassonografia.

A suspeita de benignidade será corroborada caso o exame revele:

- (A) bordas bem definidas, hilo presente e central e Índice de Solbiati maior que 2;
- (B) bordas bem definidas, hilo presente e periférico e Índice de Solbiati maior que 2;
- (C) bordas bem definidas, hilo ausente e Índice de Solbiati menor que 1,5;
- (D) bordas bem definidas, heterogêneo e Índice de Solbiati menor que 1,5;
- (E) bordas mal definidas, heterogêneo e Índice de Solbiati menor que 1,5.

10

Paciente feminino, 32 anos, após andar de montanha-russa, notou nódulo cervical localizado em nível IV à esquerda. Ao exame, palpou-se linfonodo cervical móvel, indolor, abaixo do músculo esternocleidomastoideo. Realizado ultrassom, foram identificados múltiplos linfonodos arredondados e hipoecoicos. A paciente foi, então, encaminhada a punção aspirativa guiada por ultrassom.

Haverá necessidade de se retirar o linfonodo completamente para o diagnóstico caso o resultado da citologia descreva:

- (A) células poligonais e plasmocitoides em arranjo disperso;
- (B) granulomas de células gigantes;
- (C) células foliculares, com fendas e pseudoinclusões;
- (D) escamas córneas e células escamosas com atipias moderadas;
- (E) linfócitos atípicos e monomórficos.

**11**

Paciente feminina, 55 anos, não tabagista, com uso de prótese dentária, apresenta lesão ulcerada e plana em borda lateral esquerda da língua. A lesão é verrucosa e tem áreas avermelhadas em seu interior. Não apresenta linfonodos suspeitos à palpação. Foi sugerida a biópsia da lesão; porém, a paciente se recusa a realizar o procedimento.

Como forma de aconselhar a paciente, é correto afirmar que:

- (A) o local da lesão não é frequentemente associado a neoplasias malignas e não se aconselha a biópsia;
- (B) o tipo da lesão não é associado com neoplasia maligna e não se aconselha a biópsia;
- (C) o tipo da lesão não é associado com neoplasia maligna, mas o local é associado; contudo, não se aconselha a biópsia;
- (D) o tipo e o local da lesão são associados com neoplasia maligna; por isso, aconselha-se a biópsia;
- (E) o tipo da lesão é associado com neoplasia maligna, contudo o local não é associado, mesmo assim aconselha-se a biópsia.

**12**

Paciente masculino, 55 anos, portador de lesão ulcerada supraglótica com obstrução parcial da via aérea, foi submetido a punção por agulha fina de linfonodo em nível III a esquerda, que mostrou tratar-se de carcinoma epidermoide. Optou-se, por tratamento cirúrgico com laringectomia supraglótica e esvaziamento cervical radical bilateral.

Quanto ao manejo da via aérea do paciente, a melhor conduta é:

- (A) intubação com nasofibroscopia e traqueostomia ao final do procedimento;
- (B) sequência rápida de indução e entubação com laringoscópio e traqueostomia ao final do procedimento;
- (C) sequência rápida de indução e entubação com laringoscópio, encaminhamento do paciente ao CTI intubado e previsão de extubação em 24-48h;
- (D) intubação nasal guiada por videolaringoscópio, encaminhamento do paciente ao CTI intubado e previsão de extubação em 24-48h;
- (E) traqueostomia pré-operatória com retirada da cânula antes da alta, em geral ao redor de 5 dias.

**13**

Acerca do carcinoma de células de Merkel, é correto afirmar que:

- (A) é um tumor raro de origem no epitélio glandular;
- (B) é tratado com cirurgia e raramente apresenta recidiva local ou regional;
- (C) tem positividade no CK-20 e negatividade no TTF1 como critérios para classificação;
- (D) tem *Merkel cell polyomavirus* detectado em 100% dos tumores;
- (E) é um tumor tipicamente de mulheres jovens entre 25-30 anos.

**14**

Os adenomas pleomórficos de glândula parótida são definidos radiologicamente como:

- (A) lesões hiperintensas em T1;
- (B) lesões isoecoicas ao ultrassom com reforço posterior;
- (C) lesões hipoeicoicas, com bordas regulares, altamente vascularizadas ao doppler;
- (D) lesões hiperintensas em T2 com captação de gadolínio;
- (E) lesões hiperintensas em T1 e T2 sem captação de gadolínio.

**15**

Quanto à produção de saliva, é correto afirmar que:

- (A) a maior produção ocorre durante o período da noite;
- (B) as glândulas parótidas contribuem mais do que as glândulas submandibulares na produção total;
- (C) apenas 0,5% consiste em eletrólitos, muco, glicoproteínas, enzimas, IGA e lisozimas;
- (D) glândulas parótidas produzem um tipo mucoso de saliva;
- (E) glândulas submandibulares produzem um tipo seroso de saliva.

**16**

O espaço parafaríngeo é delimitado por:

- (A) base do crânio, músculos pré-vertebrais, músculos pterigoideos e parede lateral da faringe;
- (B) base do crânio, músculos pré-vertebrais, músculos masseter e parede lateral da faringe;
- (C) processo estiloide, músculos pré-vertebrais, músculos pterigoideos e parede lateral da faringe;
- (D) base do crânio, músculos pré-vertebrais, músculos pterigoideos e base da língua;
- (E) base do crânio, carótida interna, músculos pterigoideos e parede lateral da faringe.

**17**

A ressecção robótica é contraindicada para o(s) seguinte(s) tumor(es) de orofaringe:

- (A) T1 e T2 HPV negativos;
- (B) carótida interna retrofaríngea;
- (C) T1 e T2 HPV positivos;
- (D) linfomegalia bilateral;
- (E) mediais ao constritor da faringe.

**18**

Um paciente masculino de 72 anos, calvo, com histórico de grande queimadura no couro cabeludo na infância, evoluiu com degeneração maligna da área cicatricial. A biópsia mostrou um carcinoma espinocelular Grau II; não há evidência de linfonodos acometidos, a lesão mede 5,2 cm, com o centro sobre a região occipital, e não está aderida ao perióstio.

A melhor opção para reconstrução, nesse caso, é um:

- (A) retalho de avanço, pois trata-se de uma área muito maleável e extensível;
- (B) fechamento primário, pois trata-se de uma lesão pequena em uma área bem vascularizada;
- (C) enxerto em espessura total e gordura, pois esta é a reconstrução com melhor resultado estético nesse local;
- (D) retalho microcirúrgico anterolateral da coxa, pois o defeito é muito complexo e haverá exposição de estruturas vitais;
- (E) enxerto em espessura total, caso seja preservado o perióstio, pois ajudará na avaliação de recidivas.

19

Uma paciente de 65 anos, tabagista, foi diagnosticada com carcinoma epidermoide glótico estadia como T4N0M0, tendo sido traqueostomizada por desconforto respiratório. A proposta inicial foi laringectomia total e radioterapia adjuvante. A paciente recusou e foi encaminhada a radioterapia e quimioterapia. Ao retornar ainda havia indícios de neoplasia, e nova biópsia confirmou a suspeita. Foi novamente proposta a laringectomia total. No aconselhamento dessa paciente, conversou-se sobre a alta incidência de fístula faringocutânea.

No que se refere ao manejo dessa complicação, é correto afirmar que:

- (A) interposição de retalhos no leito cirúrgico não altera a chance de fístula;
- (B) o uso de cola de fibrina revolucionou o manejo dessa complicação;
- (C) o retalho microcirúrgico anterolateral da coxa não é justificável para essa situação;
- (D) o retalho peitoral maior é uma opção viável e com bons resultados;
- (E) o enxerto livre de pele sobre a sutura da faringe confere a tensão necessária para o fechamento.

20

Uma paciente de 45 anos apresentava aumento de linfonodos cervicais, sudorese noturna, febre baixa e perda de peso. Foi submetida a biópsia do maior linfonodo, tendo sido diagnosticada doença de Castleman.

Acerca dessa condição, é correto afirmar que:

- (A) deve ser tratada com antibiótico de amplo espectro por no mínimo 3 meses;
- (B) pode estar associada a anemia por deficiência de ferro e infecções oportunistas;
- (C) é uma doença benigna e não possui aumento de risco de desenvolvimento de linfomas;
- (D) é uma doença autolimitada e não requer qualquer acompanhamento a longo prazo;
- (E) é uma infecção sexualmente transmissível, de modo que os parceiros sexuais devem ser investigados.

21

Um rapaz de 22 anos procurou a emergência com quadro de febre alta, aumento de tonsilas palatinas bilateralmente com exsudato e aumento importante de linfonodos cervicais. Foram solicitados monosteste e sorologia para EBV IGM. Ambos vieram positivos. O paciente ficou internado por 5 dias para controle da febre e sintomas gerais.

Como orientação de alta, é correto afirmar que é:

- (A) importante evitar esportes de contato por 3 meses, por risco de ruptura de baço;
- (B) necessário fazer dosagens seriadas desse marcador e aguardar sua negatificação;
- (C) imprescindível orientar os parceiros por se tratar de uma infecção sexualmente transmissível;
- (D) fundamental fazer *screening* para carcinoma de nasofaringe nos próximos 5 anos;
- (E) necessário seguimento com hematologista.

22

Um paciente de 62 anos foi submetido a tireoidectomia total por carcinoma papilífero de tireoide há 10 anos. Em seguimento houve elevação da tireoglobulina sérica e foi solicitado ultrassom cervical, por meio do qual se obteve a imagem abaixo.



É correto afirmar, a partir dessa imagem, que se trata de um linfonodo:

- (A) de aspecto reacional;
- (B) heterogêneo e atípico no compartimento central;
- (C) heterogêneo e atípico no compartimento lateral;
- (D) atípico, porém sem tamanho suficiente para indicar punção;
- (E) atípico e que não requer nenhum exame adicional, podendo ser levado diretamente ao esvaziamento cervical.

23

Paciente masculino, 45 anos, apresenta grande massa nasal à esquerda com abaulamento da parede nasal e maxilar ipsilateral. A biópsia mostrou carcinoma sinonasal indiferenciado (SNUC). O patologista deve considerar as seguintes hipóteses como diagnóstico diferencial:

- (A) linfoma, neuroblastoma do nervo olfatório e carcinoma de pequenas células;
- (B) carcinoma epidermoide queratinizante bem diferenciado, melanoma e histiocitose X;
- (C) carcinoma epidermoide queratinizante bem diferenciado e carcinoma ex-adenoma pleomórfico;
- (D) melanoma, carcinoma ex-adenoma pleomórfico e rabdomiossarcoma;
- (E) processo inflamatório inespecífico, tuberculose e histoplasmose.

24

A ultrassonografia cervical, um dos métodos auxiliares mais disponíveis atualmente, não emite radiação ionizante e não tem custos importantes após a aquisição do equipamento. Esse método permite a classificação de diversas patologias e serve como o primeiro método de acesso diagnóstico por meio de punções guiadas e, algumas vezes, intervenções como aspiração, alcoolização ou ablação. Contudo, é um método que requer grande conhecimento anatômico para a correta categorização das estruturas.

Observe a imagem a seguir, na qual se identificam três marcas anatômicas em uma ultrassonografia cervical.



Na imagem acima, os números 1, 2 e 3 correspondem, respectivamente, ao(à):

- (A) músculo esterno-tireo-hioideo; músculo longo do pescoço; esôfago;
- (B) músculo esterno-hioideo; músculo longo do pescoço; paratireoide superior esquerda;
- (C) músculo esterno-cleido mastoideo; músculo longo do pescoço; esôfago;
- (D) fáscia cervical superficial; músculo esplênio da cabeça; esôfago;
- (E) músculo esterno-tireo-hioideo; músculo esplênio da cabeça; esôfago.

25

Os tumores iniciais de laringe podem ser abordados por acesso endoscópico transoral com uso de laringoscopia de suspensão. Uma opção de ressecção é o uso de laser.

Sobre os lasers cirúrgicos em cirurgias de laringe, é correto afirmar que o laser (de):

- (A) CO<sub>2</sub> apresenta comprimento de onda de 10.600nm, com maior absorbância pela hemoglobina e, por isso, com alto poder hemostático;
- (B) CO<sub>2</sub> apresenta comprimento de onda de 10.600nm, com maior absorbância pela água e, por isso, com pequeno efeito poder hemostático;
- (C) Neodímio YAG (Nd-YAG) apresenta comprimento de onda 1064nm, com maior absorbância pela hemoglobina e sendo, por isso, ideal para ressecções delicadas;
- (D) CO<sub>2</sub> é ideal para tratamento de lesões vasculares da laringe;
- (E) CO<sub>2</sub> em geral é aplicado ao tecido através de fibras ópticas.

26

Considerando o pós-operatório usual das tireoidectomias totais de glândulas até duas vezes o tamanho normal, é correto afirmar que:

- (A) o uso de drenos tubulares claramente mostra benefício na redução de hematomas;
- (B) a aplicação de toxina botulínica na cicatriz não é um método válido para melhor resultado estético;
- (C) as suturas simples com fio nylon 3-0 facilitam a retirada intercalada e progressiva nas primeiras semanas;
- (D) o repouso vocal intenso nas primeiras semanas confere melhor prognóstico na recuperação vocal;
- (E) a reposição hormonal com levotiroxina na dose de 1,7mcg/kg/dia pode ser iniciada no dia seguinte na maioria dos pacientes.

27

A reconstrução com retalhos microcirúrgicos de fíbula são uma excelente opção para ressecções de segmentos de mandíbulas. Acerca desse retalho, é correto afirmar que:

- (A) exames de imagem não são necessários previamente para avaliar a vascularização do sítio doador;
- (B) a vascularização do retalho é feita pela artéria fibular;
- (C) trata-se um retalho exclusivamente ósseo e inadequado para defeitos tridimensionais;
- (D) o planejamento e impressões 3D não facilitam nem diminuem o tempo da reconstrução;
- (E) o retalho possui um pedículo longo e pode ser feita a anastomose no lado contralateral à ressecção.

## Cirurgia Plástica

28

Nos casos em que haja importante perda cutânea associada a exposição óssea, o transplante microcirúrgico mais adequado para se fazer a cobertura cutânea da perda é:

- (A) retalho muscular do gracilis;
- (B) retalho cutâneo paraescapular;
- (C) retalho muscular do grande dorsal;
- (D) retalho cutâneo antebraquial radial;
- (E) retalho miocutâneo do glúteo máximo.

29

Um tenista, após receber o impacto de uma bola na região da órbita direita, apresenta sufusão hemorrágica no globo ocular, enoftalmia à direita, diplopia e edema periorbitário.

O diagnóstico provável é fratura do:

- (A) arco do zigomático;
- (B) osso nasal direito;
- (C) osso malar;
- (D) osso lacrimal;
- (E) assoalho da órbita.

**30**

Dentre as síndromes de cranioestenoses, a única que apresenta padrão de transmissão autossômico recessivo é:

- (A) Crouzon;
- (B) Apert;
- (C) Carpenter;
- (D) Pfeiffer;
- (E) Saethre-Chotzen.

**31**

Dos músculos abaixo relacionados, o que não é considerado da mastigação é o:

- (A) pterigóideo lateral;
- (B) digástrico;
- (C) temporal;
- (D) masseter;
- (E) pterigóideo medial.

**32**

A denominada incisão de Caldwell-Luc pode ser utilizada nas manobras de redução das fraturas do zigoma e é realizada na seguinte topografia:

- (A) região superciliar lateral;
- (B) conjuntiva palpebral inferior;
- (C) região infraorbitária;
- (D) sulco gengivolabial anterior (lateralmente);
- (E) região temporal do couro cabeludo.

**33**

A osteotomia sagital de mandíbula para correção do retrognatismo ou prognatismo é conhecida como técnica de:

- (A) Letterman;
- (B) Caldwell-Letterman;
- (C) Obwegeser-Dal Pont;
- (D) Risdon;
- (E) Converse.

**34**

A doença de von Recklinghausen acomete principalmente a região:

- (A) frontal;
- (B) malar;
- (C) nasal;
- (D) auricular;
- (E) labial.

**35**

Uma paciente de 16 anos, branca, relatou trauma há 2 anos em hemiface direita, sem nenhuma implicação clínica. Há cerca de 60 dias, queixou-se de dores na articulação temporomandibular direita e modificação da estética facial. O exame físico mostrava assimetria facial devido a uma hipoplasia de toda a hemiface direita e irregularidade no contorno dos tecidos moles que recobriam o osso mandibular. Durante a abertura bucal, a paciente mostrava desvio da linha média para a direita. Também foi observada, com o repouso dos músculos da mímica facial, a exposição dos dentes superiores do lado direito, caracterizando um hipodesenvolvimento tecidual da maxila esquerda com atrofia ipsilateral dos lábios superior e inferior. O exame de TC mostrava um hipodesenvolvimento do ramo mandibular direito associado a uma alteração morfológica do processo condilar.

Diante do quadro, a hipótese diagnóstica é:

- (A) síndrome de Parry-Romberg;
- (B) síndrome de Barraquer;
- (C) síndrome de Meckel-Wagner;
- (D) doença de von Recklinghausen;
- (E) síndrome de Touraine-Solente-Golé.

**36**

Com relação ao retalho Abbé, é correto afirmar que:

- (A) é realizado em tempo único;
- (B) tem como objetivo reparar perda do lábio superior ou aumentar sua dimensão horizontal;
- (C) tem como objetivo reparar perda do lábio inferior ou aumentar sua dimensão horizontal;
- (D) não corrige a espessura total dos lábios;
- (E) não tem resultados estéticos favoráveis.

**37**

A fratura denominada Le Fort III, comumente encontrada nos pacientes com traumatismo facial, é caracterizada por:

- (A) fratura transalveolar;
- (B) disjunção craniofacial;
- (C) fratura transversa baixa de maxila;
- (D) um tipo de fratura nasoetmoidal;
- (E) fratura nasomaxilar (ou piramidal).

**38**

A região facial mais acometida por carcinoma espinocelular é:

- (A) lábio inferior;
- (B) ponta nasal;
- (C) dorso nasal;
- (D) pálpebra inferior;
- (E) mento.

**39**

A função de mastigação é controlada pelo nervo:

- (A) vago;
- (B) trigêmeo;
- (C) glossofaríngeo;
- (D) facial;
- (E) hipoglosso.

**40**

As alterações encontradas na síndrome de Treacher Collins são:

- (A) coloboma da pálpebra inferior, fissura palatina e microtia;
- (B) exoftalmia, hipertelorismo e surdez;
- (C) polissindactilia, proeminência da região frontal e déficit intelectual;
- (D) sindactilia, aumento do terço inferior da face e sorriso gengival;
- (E) implantação baixa das orelhas, face com depressão mediana e cegueira.

**41**

A fratura bilateral do côndilo mandibular tem como principal achado clínico:

- (A) assimetria facial;
- (B) mordida aberta anterior;
- (C) endurecimento da região maxilar;
- (D) torção lateral da mandíbula;
- (E) incapacidade de abrir a boca.

**42**

O tratamento pelo método fechado de fraturas dos ossos nasais e do septo é indicado quando:

- (A) houver cominuição dos ossos próprios e desvio septal;
- (B) estiverem associadas à fratura orbitoetmoidal;
- (C) forem abordadas de 3 a 4 semanas após o trauma;
- (D) houver condição de realinhamento, tamponamento e imobilização externa;
- (E) houver exposição do septo e feridas complexas do tegumento nasal.

**43**

A criptotia corresponde a:

- (A) orelha proeminente com ângulo escafo-conchal superior a 90°;
- (B) redução do tamanho das orelhas com assimetria entre elas;
- (C) hipoplasia da raiz da anti-hélice com o alargamento de sua base;
- (D) orelhas constrictas tracionadas para baixo em forma de copo;
- (E) sepultamento do polo superior da orelha sob o couro cabeludo.

**44**

Dentre as abordagens abaixo, a que oferece menos riscos e menores cicatrizes na elevação das sobrancelhas é:

- (A) *lifting* endoscópico (*endobrow*);
- (B) *lifting* coronal;
- (C) *lifting* cutâneo superficial (GBL);
- (D) elevação das sobrancelhas por excisão cutânea (Castañares);
- (E) *lifting* parietal com ressecção de couro cabeludo.

**45**

A melhor abordagem cirúrgica para a correção da disfunção velofaríngea (DVF) é:

- (A) veloplastia intravelar;
- (B) reposicionamento do faríngeo;
- (C) esfínteroplastia dinâmica de Orticochea;
- (D) retalho faríngeo posterior de pedículo superior;
- (E) dupla zetaplastia oposta.

**46**

O nevo de Ota é caracterizado por:

- (A) mancha escura, acinzentada ou azulada na região periorbitária;
- (B) mancha escura, acinzentada ou azulada unilateral no ombro ou tórax;
- (C) mácula hiperocrômica, localizada predominantemente no tronco anterior ou região escapular e frequentemente associada à hipertricosose;
- (D) mancha azulada, acinzentada ou ligeiramente esverdeada, sendo mais comum na região inferior das costas ou nas nádegas;
- (E) mancha azul, cinza escuro, amarelada ou preta, com elevação, podendo estar localizada no couro cabeludo, no rosto, nas mãos ou nos pés e nas nádegas.

**47**

Nas bichectomias, o nervo mais lesado é o(a):

- (A) corda do tímpano;
- (B) ramo bucal do facial;
- (C) marginal da mandíbula;
- (D) zigomático
- (E) cervical.

**48**

O momento ideal para iniciar-se a reconstrução da orelha é:

- (A) após 14 anos;
- (B) após os 5 anos;
- (C) após os 7 anos;
- (D) qualquer idade;
- (E) nos primeiros 6 meses de vida.

**49**

O melhor material para criação do arcabouço auricular é:

- (A) silicone;
- (B) polietileno poroso de alta densidade (POREX);
- (C) cartilagem de outra pessoa;
- (D) cartilagem condrocostal do mesmo indivíduo;
- (E) osso do mesmo indivíduo.

**50**

Na paralisia facial antiga com "*scleral show*", o tratamento NÃO utilizado é:

- (A) peso de ouro;
- (B) alongamento do tendão do músculo elevador da pálpebra;
- (C) *tarsal strip*;
- (D) blefaroplastia superior com ressecção de pele;
- (E) ponte de nervo masseter e cantoplastia lateral.

**51**

O tratamento abaixo indicado para melhorar o sorriso da paralisia facial antiga é:

- (A) retalho livre do músculo gracilis;
- (B) retalho livre do reto abdominal;
- (C) retalho livre do glúteo máximo;
- (D) eletroterapia;
- (E) fisioterapia facial.

52

Um paciente de 15 anos teve amputação traumática total da orelha em acidente automobilístico.

A conduta adequada para o caso é:

- (A) iniciar a reconstrução imediatamente no momento do acidente;
- (B) aguardar cicatrização completa das feridas e planejar reconstrução;
- (C) reimplantar a orelha imediatamente;
- (D) remover a cartilagem da orelha e inserir no subcutâneo do abdômen, na face interna do braço ou em outras regiões do corpo;
- (E) manter em gelo e reimplantar em até 24 horas.

53

O(s) agente(s) causal(ais) de queimaduras que produz(em) menor destruição ao pavilhão auricular é(são):

- (A) líquidos aquecidos;
- (B) agentes químicos;
- (C) neve;
- (D) chama direta;
- (E) corrente elétrica.

54

O princípio básico da lipoabdominoplastia proposto por Avelar é o(a):

- (A) amplo descolamento do retalho abdominal;
- (B) drenagem com aspiração contínua;
- (C) curativo compressivo;
- (D) preservação vascular;
- (E) utilização rotineira de drenos.

## Otorrinolaringologia

55

Um paciente de 55 anos, hipertenso em uso irregular de hidroclorotiazida 100 mg/dia, captopril 50 mg/dia e propranolol 80 mg/dia, chega à emergência com PA de 200x110 mmHg e epistaxe volumosa. São realizados tamponamento anteroposterior na emergência e controle do nível pressórico. Apesar do tamponamento nasal, epistaxe permanece muito intensa.

Diante do quadro acima, a conduta mais adequada é:

- (A) embolização arterial;
- (B) cauterização elétrica e /ou ligadura de vasos nasais;
- (C) cauterização química da área de Kiesselbach;
- (D) embolização venosa;
- (E) ligadura da artéria carótida interna.

56

Uma paciente de 18 anos comparece à consulta com queixa de odinofagia há 10 dias, astenia, febre e presença de linfonodomegalias cervicais e axilares. Ao exame da orofaringe, notam-se petéquias no palato e aumento das tonsilas palatinas recobertas por exsudato de coloração esbranquiçada.

O exame complementar que está indicado nesse caso para o diagnóstico da paciente é:

- (A) sorologia para vírus Epstein-Barr;
- (B) tomografia computadorizada de faringe;
- (C) dosagem de IgA sanguínea;
- (D) videolaringoscopia;
- (E) biópsia ganglionar.

57

Um paciente de 45 anos HIV positivo, apresenta lesões brancas e difusas na mucosa oral, removíveis à raspagem com espátula e que, ao serem removidas, evidenciam uma mucosa eritematosa.

Essas lesões são sugestivas de:

- (A) papiloma escamoso;
- (B) candidíase oral;
- (C) herpes simplex;
- (D) sífilis;
- (E) carcinoma epidermoide.

58

Uma paciente de 60 anos, tabagista desde os 35 anos, 1 maço/dia, vem em consulta de otorrinolaringologia devido a disфонia progressiva, voz "masculinizada" e pigarro. O exame de videolaringoscopia evidencia pregas vocais edemaciadas com edema em franja grau III e motilidade laríngea preservada.

O diagnóstico dessa paciente é:

- (A) câncer de laringe;
- (B) laringite catarral aguda;
- (C) laringite espasmódica;
- (D) edema de Reinke;
- (E) papilomatose laríngea.

59

Um paciente de 35 anos, cantor profissional, procura o otorrinolaringologista com queixa de disфонia e dificuldade em alcançar determinadas notas no canto. A videolaringoscopia evidencia a presença de lesão nodular na transição entre o terço anterior e terço médio de ambas as pregas vocais, com presença de fenda em ampulheta à fonação.

O tratamento recomendado para esse paciente é:

- (A) imunoterapia;
- (B) fonoterapia;
- (C) tratamento com inibidor de bomba de próton;
- (D) afastamento profissional definitivo;
- (E) microcirurgia de laringe.

**60**

Um paciente de 65 anos, tabagista há 40 anos (1 maço/dia), realiza videolaringoscopia devido a quadro de disfonia progressiva. A videolaringoscopia evidencia presença de lesão vegetante e infiltrativa em terço anterior de prega vocal esquerda estendendo-se para a comissura anterior.

O diagnóstico mais provável desse paciente é:

- (A) linfoma de laringe;
- (B) carcinoma epidermoide de laringe;
- (C) refluxo laringofaríngeo;
- (D) tuberculose laríngea;
- (E) sarcoidose laríngea.

**61**

Um paciente de 42 anos iniciou quadro de febre, cefaleia, artralgia, lesões cutâneas (máculas eritematosas, pápulas e vesículas) e lesões vesicobolhosas em mucosa oral e lábios, que rapidamente se ulceraram e formaram crostas sangrantes. Ela relata que estava com quadro viral respiratório e que fez uso de dipirona antes do aparecimento das lesões.

Diante do exposto, o quadro clínico sugere:

- (A) eritema multiforme;
- (B) candidíase oral;
- (C) afta menor;
- (D) doença de Behcet;
- (E) síndrome de Peutz-Jeghers.

**62**

Um paciente de 45 anos compareceu a consulta otorrinolaringológica devido ao aparecimento de lesão no assoalho da boca. Negava tabagismo.

Ao exame, constataram-se a presença de lesão cística de consistência amolecida no assoalho bucal à esquerda e ausência de linfonodomegalia cervical.

Frente ao quadro descrito acima, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) litíase submandibular;
- (B) rânula;
- (C) carcinoma oral;
- (D) adenoma pleomorfo;
- (E) torus mandibular.

**63**

Um paciente de 73 anos, branco, comparece à consulta com um otorrinolaringologista queixando-se de lesão no lábio inferior há cerca de 5 meses. Relata que a lesão não cicatrizou mesmo com o uso de pomadas

Ao exame, o médico identificou a presença de lesão ulcerada, endurecida, no lábio inferior, com cerca de 2 cm, e a ausência de linfonodomegalia cervical. Foi realizada a exérese completa da lesão e enviada a peça cirúrgica para exame histopatológico.

O resultado mais provável desse exame é:

- (A) melanoma;
- (B) carcinoma basocelular;
- (C) linfoma;
- (D) carcinoma epidermoide;
- (E) cancro duro.

**64**

Uma paciente de 30 anos chega à emergência com queixa de odinofagia unilateral e halitose. Ao exame, constatam-se dentes com más condições de higiene, úvula centrada e amígdala direita com lesões ulcero-necróticas, recoberta por exsudato tipo pseudomembranoso. O médico sugere a hipótese diagnóstica de angina de Plaut-Vincent.

Nesse caso, o tratamento recomendado é:

- (A) amigdalectomia de urgência;
- (B) amoxicilina associada a metronidazol;
- (C) soro antidiftérico;
- (D) corticoterapia venosa;
- (E) aciclovir.

**65**

Um paciente de 55 anos, diabético e com insuficiência renal crônica, chega à emergência com quadro de febre, prostração, toxemia e hiperemia acentuada em região submandibular. Tem história de infecção dentária no molar inferior, sem tratamento adequado devido a dificuldades financeiras. Ao exame, verifica-se a presença de abaulamento em região submandibular com hiperemia acentuada e calor local.

O quadro descrito acima é compatível com:

- (A) abscesso retrofaríngeo;
- (B) síndrome de Bezold;
- (C) adenoma pleomórfico;
- (D) angina de Plaut Vincent;
- (E) angina de Ludwig.

**66**

Um paciente de 72 anos, tabagista desde os 30 anos (1 maço/dia), faz exame de videolaringoscopia, que evidencia lesão infiltrativa em toda a prega vocal esquerda. Há ausência de linfonodomegalia cervical e de metástase à distância.

De acordo com o descrito acima, o estágio desse paciente é:

- (A) 0;
- (B) I;
- (C) II;
- (D) III;
- (E) IV A.

**67**

Um paciente de 50 anos foi encaminhado ao otorrinolaringologista para a realização de uma videoendoscopia da deglutição devido a uma queixa de disfagia para alimentos sólidos e líquidos, tosse e engasgos.

O exame de videoendoscopia da deglutição revelou sensibilidade laríngea diminuída, escape precoce, estase de material ofertado em seios piriformes, sem limpeza eficaz com deglutições subsequentes e com presença de aspiração e penetração laríngea.

O laudo desse exame é compatível com:

- (A) exame normal;
- (B) disfagia;
- (C) disfagia leve;
- (D) disfagia moderada;
- (E) disfagia severa.

**68**

Uma criança comparece a uma consulta médica apresentando craniossinostose bicoronal, proptose ocular, hipoplasia do terço médio da face e sindactilia simétrica de mãos e pés. O exame da cavidade oral apresenta má oclusão dentária tipo III de Angle, palato ogival e fissura palatina. O exame diagnóstico evidencia uma mutação do gene FGFR2 (receptor 2 do fator de crescimento dos fibroblatos)

Com base nos dados apresentados, o diagnóstico mais provável é:

- (A) síndrome de Crouzon;
- (B) síndrome de Pfeiffer;
- (C) síndrome de Down;
- (D) síndrome de Apert;
- (E) síndrome de Goldenhar.

**69**

Um recém-nascido com fissura labiopalatina foi encaminhado para avaliação crâniomaxilofacial logo após a alta hospitalar da maternidade. Os pais estavam muito ansiosos e necessitavam de orientação quanto à correção cirúrgica.

Ao exame, confirma-se que o recém-nascido de 3 dias de vida e com 2,1 kg apresentava uma fissura labiopalatina.

A cirurgia deve ser conduzida da seguinte forma:

- (A) correção cirúrgica em conjunto do lábio e palato aos 3 meses ou quando atingir 5 kg;
- (B) correção cirúrgica inicialmente do palato aos 6 meses ou quando o paciente atingir 10 kg;
- (C) correção cirúrgica inicialmente do lábio aos 9 meses ou quando o paciente atingir 10 kg;
- (D) correção cirúrgica inicialmente do palato aos 3 meses ou quando o paciente atingir 5 kg;
- (E) correção cirúrgica inicialmente do lábio aos 3 meses ou quando o paciente atingir 5 kg.

**70**

Um menino de 2 anos compareceu a uma consulta com o otorrinolaringologista para esclarecimento diagnóstico. Possui hipoplasia mandibular e do complexo zigomaticomalar, além de malformação de orelha externa (microtia), olhos com inclinação para baixo e fissuras palatinas.

O quadro clínico descrito é compatível com:

- (A) síndrome de Rett;
- (B) síndrome de Down;
- (C) síndrome de Angelman;
- (D) síndrome de Treacher Collins;
- (E) síndrome de Williams.

**71**

Um paciente de 35 anos, vítima de agressão física (soco), sofreu trauma facial. Foi encaminhado ao serviço de emergência e avaliado por um cirurgião craniomaxilofacial.

Ao exame físico, apresentava edema em terço inferior da face, dor intensa, salivação abundante, dificuldade de deglutição, alteração da mordida e impossibilidade de abrir ou fechar a boca. Apresentava, também, parestesia de lábio inferior.

Com base no descrito acima, há que se suspeitar de fratura:

- (A) tipo Le Fort I;
- (B) tipo Le Fort II;
- (C) de mandíbula;
- (D) do assoalho de órbita;
- (E) do arco zigomático.

**72**

Um paciente de 45 anos, com paralisia facial periférica à direita, compareceu a consulta otorrinolaringológica para avaliação. Ao exame, apresentou teste de Schirmer normal, ausência de reflexo estapédico e alteração da gustação à direita.

Com relação ao topodiagnóstico, a lesão do nervo facial está localizada:

- (A) antes da saída do ramo grande petroso superficial;
- (B) depois da saída do ramo corda do tímpano;
- (C) antes do gânglio geniculado;
- (D) depois da saída do ramo grande petroso superficial e antes da saída do ramo estapédico;
- (E) depois da saída do ramo estapédico e antes da saída do ramo corda do tímpano.

**73**

Um paciente de 45 anos comparece à consulta com um otorrinolaringologista com queixa de obstrução nasal à esquerda. Ao exame, constata-se a presença de um abaulamento liso na região do assoalho nasal esquerdo próximo à cartilagem alar nasal. A tomografia computadorizada de face evidencia lesão arredondada cística, bem delimitada na região nasal.

Diante do apresentado, o diagnóstico mais provável é:

- (A) granuloma piogênico;
- (B) rinolito;
- (C) displasia fibrosa;
- (D) osteoma maxilar;
- (E) cisto nasolabial.

**74**

Um adolescente de 12 anos, com queixa de obstrução nasal à direita, sem queixa de epistaxe, faz uma endoscopia nasal, que evidenciou um pólipso na região do óstio do maxilar direito que se estende para o cavum, ocasionando obstrução total de nasofaringe. A tomografia computadorizada de cavidades paranasais revelou um material com densidade de partes moles ocupando o seio maxilar direito, levando ao alargamento do complexo osteomeatal e estendendo-se para cavidade nasal e cavum.

Com base na anamnese e nos exames descritos acima, a principal hipótese para esse caso é:

- (A) rinossinusite fúngica alérgica;
- (B) síndrome de Woakes;
- (C) pólipso antrocoanal;
- (D) esteseoneuroblastoma;
- (E) meningoencefalocelo.

**75**

Um paciente de 30 anos compareceu à consulta médica relatando ter notado uma lesão na boca, indolor, na região da úvula. Ao exame, verificou-se a presença de lesão verrucosa na úvula, mas o restante da cavidade oral estava sem anormalidade. Identificou-se ausência de linfonodomegalias.

Com base na anamnese e no exame físico, a hipótese diagnóstica é:

- (A) herpes simples;
- (B) papiloma de úvula;
- (C) herpangina;
- (D) líquen plano;
- (E) hematoma.

**76**

Um paciente de 4 anos realizou cirurgia para correção de fissura palatina aos 2 anos, mas a mãe relata que a criança tem hipernasalidade na fala e alteração da deglutição.

A principal hipótese para esse caso é:

- (A) hipertrofia de amígdala;
- (B) nódulo vocal;
- (C) insuficiência velofaríngea;
- (D) pólipso vocal;
- (E) paralisia de prega vocal.

**77**

Uma paciente de 55 anos comparece à consulta médica com queixa de sensação de queimação na boca e língua que surgiu após o início da menopausa. Relata ser muito ansiosa e sentir a boca muito ressecada. Ao exame, verifica-se a ausência de lesões na língua ou na mucosa oral, cuja coloração é normal.

Diante do exposto, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) glossite;
- (B) carcinoma oral;
- (C) síndrome da boca ardente;
- (D) candidíase oral;
- (E) língua geográfica.

**78**

Um paciente de 50 anos apresenta história de intubação orotraqueal prolongada devido a insuficiência respiratória causada por covid há 3 meses. Logo após melhora do quadro clínico, teve alta e notou disфонia, que não regrediu.

Ao exame de videolaringoscopia, foi evidenciada uma lesão lisa, arredondada, no terço posterior da prega vocal direita, próxima ao processo vocal da aritenóide direita. A mobilidade laríngea foi preservada.

Diante dessa história clínica e da videolaringoscopia, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) nódulo vocal;
- (B) granuloma vocal;
- (C) edema de Reinke;
- (D) papilomatose laríngea;
- (E) membrana laríngea.

**79**

Um paciente de 40 anos, com história de aumento de volume em região cervical anterior há cerca de 1 ano, de forma lenta e gradual, comparece ao otorrinolaringologista. Nega disfagia, disфонia e também tabagismo.

Ao exame, verificam-se o aumento do volume da tireóide, não sendo palpável nenhum nódulo, e ausência de linfonodomegalia cervical.

De acordo com o descrito acima, a principal hipótese diagnóstica para o caso é:

- (A) carcinoma papilífero de tireóide;
- (B) cisto do ducto tireoglossal;
- (C) cisto branquial;
- (D) bócio multinodular;
- (E) bócio difuso.

**80**

Uma paciente de 65 anos apresenta aumento do volume da tireóide, com invasão torácica parcial, ocasionando disfagia, dispneia e cansaço. A radiografia de tórax evidencia uma massa na região superior de mediastino.

Diante do exposto, a principal hipótese diagnóstica para esse caso é:

- (A) tireoidite de Hashimoto;
- (B) cisto branquial;
- (C) nódulo tireoidiano;
- (D) bócio mergulhante;
- (E) doença de Graves.

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

