

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025




TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - FONIATRIA

(ATFONIATT01)


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!

Otorrinolaringologia

1

Uma paciente de 50 anos apresenta queixa de tontura e instabilidade nos últimos 5 meses, que são desencadeadas por privação do sono, ambientes com muito movimento e estímulos visuais intensos. Relata possuir transtorno de ansiedade, sem tratamento no último ano. Nega hipoacusia ou zumbido. Ao exame otorrinolaringológico, constatam-se os seguintes resultados: ausência de nistagmo espontâneo, ausência de nistagmo semi espontâneo, manobra de Dix Hallpike negativa, *head impulse test* negativo e teste de Skew normal.

Frente ao quadro descrito, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) vertigem posicional paroxística benigna;
- (B) neurite vestibular;
- (C) tontura perceptual postural persistente;
- (D) doença de Ménière;
- (E) schwannoma do acústico.

2

Uma mãe relata que sua filha de 6 anos, nascida a termo e com teste de triagem auditiva neonatal normal ao nascimento, há 6 meses vem apresentando hipoacusia bilateral, obstrução nasal, roncos e respiração oral de suplência. Uma otoscopia revela membranas timpânicas opacas e com presença de nível líquido bilateralmente.

Foi solicitado exame de audiometria e impedanciometria para essa criança. O resultado esperado é:

- (A) normoacusia com curva tipo A;
- (B) hipoacusia neurossensorial com curva tipo B;
- (C) hipoacusia mista com curva tipo A;
- (D) hipoacusia condutiva com curva tipo B;
- (E) hipoacusia neurossensorial com curva tipo C.

3

Um paciente de 80 anos, diabético tipo I, comparece à consulta com queixa de otalgia intensa à esquerda há 3 semanas, refratária ao uso de dipirona. Apresenta, também, queixa de otorreia amarelada há 3 semanas, que permanece mesmo após o uso de gotas otológicas. Uma otoscopia revela a presença de secreção amarelada e de tecido de granulação em meato acústico externo.

Considerando o quadro do paciente, a conduta mais adequada é:

- (A) dosagem de glicemia, dosagem de VHS, cintilografia com tecnécio e internação hospitalar para antibioticoterapia venosa;
- (B) ressonância nuclear magnética de crânio, hemograma, ciprofloxacina tópica e timpanotomia com colocação de tubo de ventilação;
- (C) dosagem de glicemia, timpanomastoidectomias radical, reabilitação auditiva e reabilitação vestibular;
- (D) cintilografia com gálio, tomografia computadorizada de crânio, debridamento cirúrgico e ciprofloxacina tópica;
- (E) descompressão cirúrgica do nervo facial, cintilografia com gálio, reabilitação auditiva e reabilitação vestibular.

4

Um paciente de 25 anos relata prurido auricular intenso à direita. Surfista profissional, não utiliza protetores auriculares na prática do surfe. Uma otoscopia constata a presença de hiperemia e secreção em meato acústico externo à direita com área de aspecto algodinoso e área de pontos escurecidos.

Diante do exposto, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) otite média aguda;
- (B) otite externa maligna;
- (C) otite externa fúngica;
- (D) otite externa furunculosa;
- (E) otite média crônica simples.

5

Considere um recém-nascido a termo de 39 semanas, apgar 9 e 10, sem indicadores de risco para deficiência auditiva.

O exame a ser solicitado nesse caso para teste de triagem auditiva neonatal deve ser:

- (A) imitanciometria;
- (B) potencial evocado auditivo de tronco encefálico automático;
- (C) emissão otoacústica transiente;
- (D) audiometria comportamental;
- (E) pesquisa do reflexo estapédico.

6

Uma criança de 4 anos chega ao consultório de otorrinolaringologia com quadro de rinorreia amarelada e odor fétido em fossa nasal direita há 4 semanas. A mãe relata que a criança fez uso de amoxicilina com ácido clavulânico por 10 dias, porém mantém o quadro de rinorreia à direita.

Com base nessa história clínica, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) hipertrofia de tonsila faríngea;
- (B) fístula liquórica;
- (C) adenoidite crônica;
- (D) rinopatia alérgica;
- (E) corpo estranho nasal.

7

Um adolescente de 15 anos, com história de obstrução nasal à direita associada a epistaxes à direita, de repetição e de grande intensidade, já tendo sido submetido a 3 tamponamentos nasais anteroposteriores à direita no último ano, realiza uma tomografia computadorizada de seios paranasais para investigação diagnóstica. O laudo revela massa na nasofaringe à direita, alargando a fossa pterigopalatina e deslocando anteriormente a parede posterior do antro maxilar.

Com base na história clínica e nos achados tomográficos, o diagnóstico desse paciente é:

- (A) rinossinusite fúngica invasiva;
- (B) hipertrofia de tonsila faríngea;
- (C) pólipos nasossinusal antrocoanal;
- (D) mucopiocele;
- (E) nasoangiofibroma.

8

O otorrinolaringologista é chamado para avaliar um recém-nascido com quadro de obstrução nasal. A pediatra relata que não foi possível a passagem da sonda de aspiração pela fossa nasal esquerda. Uma tomografia computadorizada em corte axial revela obliteração da parte posterior de fossa nasal esquerda.

Diante do quadro, o diagnóstico desse recém-nascido é:

- (A) agenesia de esfenóide;
- (B) atresia unilateral de coana;
- (C) desvio septal;
- (D) imperfuração de coana bilateral;
- (E) encefalocele.

9

Uma criança de 7 anos chega à emergência com quadro de leve proptose à direita, edema e hiperemia conjuntival à direita. A mãe relata que há 10 dias a criança estava com secreção nasal e fez uso de azitromicina por 3 dias, sem melhora do quadro respiratório. Ao exame físico, o paciente apresentava motilidade ocular preservada e acuidade visual dentro da normalidade.

Diante do quadro exposto acima, a hipótese diagnóstica é:

- (A) trombose do seio cavernoso;
- (B) abscesso cerebral;
- (C) conjuntivite alérgica;
- (D) celulite orbitária;
- (E) abscesso orbitário.

10

Uma criança de 9 anos comparece à emergência com quadro de odinofagia, febre, exantema e prurido cutâneo. A mãe relata que há colegas na escola com quadro clínico semelhante. Ao exame, constatam-se hiperemia de língua, com aspecto “em framboesa”, e exsudato em tonsilas palatinas.

O agente etiológico responsável pelo quadro apresentado é:

- (A) streptococcus pneumoniae;
- (B) streptococcus agalactiae;
- (C) herpes vírus;
- (D) coxsackie tipo A;
- (E) streptococcus pyogenes.

11

Uma criança de 11 anos é encaminhada ao otorrinolaringologista com história de há 2 meses apresentar roncos noturnos intensos e sialorreia noturna. Ao exame da cavidade oral, evidenciam-se hipertrofia amigdaliana direita, grau IV de Brodsky, com presença de nódulo em seu polo superior, e amígdala grau I de Brodsky à esquerda.

A conduta recomendada para essa criança é:

- (A) tratamento com amoxicilina;
- (B) cultura de orofaringe;
- (C) retorno em 6 meses para reavaliação;
- (D) amigdalectomia e envio da peça cirúrgica para histopatológico;
- (E) tratamento com amoxicilina e clavulanato de potássio.

12

Uma paciente de 25 anos com história de amigdalites de repetição (cerca de 4 episódios ao ano), chega à emergência com história de há 4 dias apresentar odinofagia intensa, principalmente à direita, febre de 39 graus celsius e surgimento de trismo há 24 horas. No exame da cavidade oral, notam-se um abaulamento em região peritonsilar à direita e um desvio de úvula para esquerda.

A conduta adequada para essa paciente é:

- (A) drenagem do abscesso periamigdaliano;
- (B) dosagem de VDRL e FTA-abs;
- (C) antibioticoterapia com quinolona;
- (D) sorologia para vírus Epstein-Barr;
- (E) sorologia para vírus herpes simplex.

13

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.

14

Uma criança de 4 meses é levada ao otorrinolaringologista devido a um quadro de estridor respiratório, dispneia e leve cianose desencadeada pelo choro e pelo ato de mamar.

Realizada uma videonasolaringoscopia, ficam evidenciadas epiglote em ômega e pregas ariepiglóticas encurtadas.

Com base na anamnese e no exame de videolaringoscopia, o diagnóstico desse bebê é:

- (A) imperfuração coanal;
- (B) membrana laríngea;
- (C) laringomalácia;
- (D) papilomatose laríngea;
- (E) paralisia laríngea.

15

Uma paciente de 60 anos, tabagista desde os 35 anos, 1 maço/dia, vem em consulta de otorrinolaringologia devido a disfonía 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.

16

Um paciente de 35 anos, cantor profissional, procura o otorrinolaringologista com queixa de disфония 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.

17

Uma criança de 5 anos chega à emergência com quadro de odinofagia intensa, sialorreia, febre e dispneia intensa e súbita. A radiografia lateral de pescoço evidencia “sinal do polegar”.

Nesse cenário clínico, o diagnóstico provável dessa criança é:

- (A) crupe viral;
- (B) laringite espasmódica;
- (C) laringomalácia;
- (D) laringocele externa;
- (E) epiglote aguda.

18

Uma paciente de 8 anos tem história de mais de 5 episódios de vertigens súbitas, recorrentes e fugazes, acompanhada de náuseas e vômitos, sem perda da consciência ou queixa de hipoacusia.

O quadro clínico descrito é compatível com:

- (A) doença de Ménière;
- (B) cinetose;
- (C) vestibulopatia central;
- (D) vertigem paroxística benigna da infância;
- (E) labirintite aguda.

19

Um paciente de 30 anos, vítima de acidente automobilístico, chega à emergência com quadro de otorragia intensa à esquerda, hipoacusia neurosensorial, equimose retroauricular, vertigem e paralisia facial periférica à esquerda.

Uma tomografia de mastoide deve revelar:

- (A) fratura transversal de osso temporal;
- (B) fratura de conduto auditivo externo;
- (C) fratura longitudinal de osso temporal;
- (D) desarticulação incudomaleolar;
- (E) desarticulação inculoestapediana.

20

Uma paciente de 40 anos, com história de mãe e tia com hipoacusia, apresenta queixa de hipoacusia progressiva bilateral e zumbidos que iniciaram após a última gestação, há 5 anos. A paciente não sabe especificar a causa da perda auditiva na família. Uma otoscopia evidencia sinal de Schwartz bilateral e teste de Rinne negativo em ambas as orelhas.

Considerando-se o quadro clínico apresentado, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) neurinoma do acústico;
- (B) presbiacusia;
- (C) otosclerose;
- (D) aqueduto vestibular alargado;
- (E) otite média crônica simples.

21

Uma criança de 7 anos comparece à consulta com queixa de febre e otalgia intensa à direita há 1 dia. A mãe relata história de quadro de IVAS na semana anterior, com uso de vitamina C.

Os achados na otoscopia que sugeririam otite média aguda seriam:

- (A) exsudato seroso e bolhas em orelha média;
- (B) retração epitimpanal e flacidez de membrana timpânica;
- (C) otorreia fétida e descamação epitelial;
- (D) hiperemia e abaulamento de membrana timpânica;
- (E) hiperemia e tecido de granulação em conduto auditivo externo.

22

Um paciente de 50 anos, sem doenças crônicas, apresenta história de obstrução nasal, secreção nasal e hiposmia há mais de 12 semanas. Realizou tratamento com antibiótico sem resposta adequada. A tomografia computadorizada de cavidades paranasais evidenciou presença de velamento em seio maxilar esquerdo com material hiperdenso de permeio com calcificações lineares em seu interior.

Com base na história clínica e nos achados tomográficos, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) rinossinusite fúngica alérgica;
- (B) polipose nasossinusal;
- (C) rinossinusite fúngica não invasiva – bola fúngica;
- (D) nasoangiofibroma;
- (E) rinossinusite fúngica invasiva aguda – mucormicose.

23

Um paciente de 50 anos foi submetido a cirurgia endoscópica nasossinusal para tratamento de uma rinossinusite crônica com polipose nasossinusal. Evoluiu no pós-operatório imediato com equimose periorbital, sem alteração da motilidade ocular ou alteração visual.

Essa complicação foi consequente à:

- (A) lesão do ducto nasolacrimal;
- (B) ruptura do músculo retomedial;
- (C) lesão do nervo óptico;
- (D) lesão da placa cribiforme;
- (E) lesão da lâmina papirácea.

24

Uma paciente de 60 anos, com obesidade grau II (IMC de 37) e história de 3 episódios de meningite bacteriana, é encaminhada ao otorrinolaringologista para investigação diagnóstica. A paciente apresenta-se com quadro de rinorreia hialina frequente pela fossa nasal esquerda, que foi atribuída a quadro de rinite alérgica, mas não teve melhora com tratamento antialérgico.

Ao exame, identifica-se, na fossa nasal esquerda, a presença de rinorreia tipo “água de rocha”, que surge após a inclinação da cabeça para frente.

Com base nesse cenário clínico, a conduta correta é encaminhar o paciente para o seguinte exame:

- (A) dosagem de eosinófilo na secreção nasal;
- (B) teste cutâneo de leitura imediata;
- (C) dosagem de IgE específica no sangue;
- (D) tomografia computadorizada de seios da face;
- (E) cultura do liquor.

25

Um paciente de 49 anos, com quadro de rinopatia alérgica e asma, apresenta um quadro de obstrução nasal crônica e rinorreia escurecida tipo mucina. A videoendoscopia nasal evidenciou a presença de pólipos em ambas as fossas nasais e secreção nasal amarronzada.

Diante do exposto acima, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) rinossinusite fúngica alérgica;
- (B) mucormicose;
- (C) rinossinusite aguda complicada;
- (D) discenesia ciliar primária;
- (E) síndrome de Kartagener.

26

Uma paciente de 65 anos, com história de cefaleia, dor ocular, diplopia e diminuição progressiva da acuidade visual, foi submetida a uma tomografia computadorizada de seios da face, que evidenciou uma massa cística, encapsulada, sem captação de contraste e sem destruição óssea no interior do seio esfenoidal.

Diante do exposto acima, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) osteoma esfenoidal;
- (B) célula de Onodi;
- (C) mucocele esfenoidal;
- (D) esteseoneuroblastoma;
- (E) célula de Haller.

27

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.

28

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.

29

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.

30

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.

31

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.

32

Uma paciente de 57 anos foi submetida a cordectomia à direita devido a um carcinoma *in situ* de prega vocal direita há 3 anos. Tem feito acompanhamento regular no ambulatório de otorrinolaringologia, sem sinal de recidiva de doença. Com queixa de disфония após a cirurgia laríngea, a paciente já fez fonoterapia, sem resultado satisfatório. Uma videolaringoscopia evidencia perda de massa da prega vocal direita como sequela pós-operatória, gerando uma grande fenda mesmo em adução máxima.

A cirurgia indicada para melhora da qualidade vocal nesse caso é:

- (A) tireoplastia tipo I;
- (B) tireoplastia tipo II;
- (C) tireoplastia tipo III;
- (D) tireoplastia tipo IV;
- (E) supraglotoplastia.

33

Um paciente de 65 anos procura um otorrinolaringologista devido a um quadro de disфония e disfagia há 2 meses. Nega infecção de via aérea prévia e uso abusivo da voz. É tabagista desde os 30 anos (1 maço/dia). Uma videolaringoscopia evidencia paralisia da prega vocal esquerda.

A hipótese diagnóstica mais provável para esse paciente é:

- (A) refluxo laringofaríngeo;
- (B) disфония espasmódica;
- (C) câncer de pulmão;
- (D) nódulo vocal;
- (E) síndrome de Arnold- Chiari.

34

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.

35

Uma paciente de 45 anos comparece à consulta médica com queixa de globus faríngeo, pigarro e disфония leve. Uma videolaringoscopia revela hiperemia de aritenóide, espessamento interaritenóide e edema retrocricóide.

O diagnóstico mais provável dessa paciente é:

- (A) refluxo laringofaríngeo;
- (B) granuloma vocal;
- (C) cisto de prega vocal;
- (D) estenose subglótica;
- (E) papilomatose laríngea.

36

Um paciente de 50 anos, com IMC 37 e história de roncos noturnos altos e sonolência excessiva diurna, leva para consulta um exame de polissonografia tipo I, com IAH de 54.

O resultado da polissonografia indica que esse paciente apresenta:

- (A) exame normal;
- (B) apneia leve;
- (C) apneia moderada;
- (D) apneia grave;
- (E) apneia central.

37

Um paciente de 35 anos comparece à consulta com um otorrinolaringologista com queixa de obstrução nasal à esquerda e roncos noturnos que incomodam a esposa. Nega sonolência excessiva diurna ou apneia presenciada. Traz polissonografia tipo I com IAH de 3.

O exame otorrinolaringológico evidencia desvio septal à esquerda, hipertrofia de cornetos, amígdala grau 4 e palato normal. A escala de Mallampati modificada aponta grau I, e o IMC é de 23.

A conduta mais adequada para esse paciente é:

- (A) septoplastia, turbinectomia e amigdalectomia;
- (B) septoplastia e CPAP;
- (C) CPAP;
- (D) aparelho intraoral;
- (E) cirurgia ortognática.

38

Uma criança de 6 anos comparece à consulta com um otorrinolaringologista apresentando história de roncos noturnos altos, sono agitado, apneia noturna presenciada pelos pais e hiperatividade durante o dia.

Ao exame, são constatados IMC 20, fácies alongada, palato ogival e amígdala grau IV. Uma endoscopia nasal evidencia hipertrofia de tonsila faríngea ocupando 90% da luz do cavum.

Nesse cenário clínico, o tratamento indicado para essa criança deve ser:

- (A) aparelho intraoral;
- (B) adenotonsilectomia;
- (C) CPAP;
- (D) expectante;
- (E) fonoterapia.

39

Um paciente de 65 anos, com quadro de roncos e apneia noturna presenciada, hipertenso e portador de doença pulmonar obstrutiva crônica, leva para a consulta uma polissonografia com IAH de 40.

Ao exame, o paciente é identificado com IMC de 40, circunferência cervical de 47, fossas nasais permeáveis e amígdala grau 1.

Nesse caso, o tratamento preconizado é:

- (A) uvulopalatofaringoplastia;
- (B) CPAP;
- (C) septoplastia e turbinectomia;
- (D) aparelho intraoral;
- (E) avanço maxilomandibular.

40

Um menino de 3 anos, com atraso na fala e ecolalia, é levado à consulta foniátrica. A mãe relata que seu filho frequenta creche, mas não tem boa interação com os amigos, preferindo brincar sozinho. É aficionado por carrinhos e gosta de brincar rodando as rodinhas do carro. O paciente nasceu a termo, sem fatores de risco para deficiência auditiva, e passou no teste de triagem auditiva neonatal.

Com base na história clínica, o provável diagnóstico dessa criança é:

- (A) transtorno do desenvolvimento da linguagem;
- (B) deficiência intelectual;
- (C) transtorno do espectro do autismo;
- (D) síndrome de Down;
- (E) transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

41

Um menino de 12 anos, com deficiência intelectual e alterações comportamentais (irritabilidade, hiperatividade), é levado ao foniatra para esclarecimento diagnóstico. Ao exame, constatam-se fácies alongada, orelhas grandes e em abano, mandíbula proeminente e deficiência intelectual.

Com base na história e no exame físico, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) síndrome do X frágil;
- (B) síndrome de Prader Willi;
- (C) síndrome de Down;
- (D) síndrome de Rett;
- (E) síndrome de Pierre Robin.

42

Uma criança de 9 anos do sexo masculino, com quadro de impulsividade, inquietude e desatenção que a prejudicam tanto em casa quanto no ambiente escolar, teve a sua mãe chamada na escola devido a seu baixo rendimento escolar e à dificuldade nas funções executivas. Os exames de otoscopia tiveram resultados normais e a audiometria ficou dentro dos padrões da normalidade.

Diante do exposto acima, o provável diagnóstico é:

- (A) otite serosa;
- (B) dislexia;
- (C) transtorno do espectro do autismo;
- (D) transtorno do desenvolvimento da linguagem;
- (E) transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

43

Um paciente de 12 anos, com queixa de baixo rendimento escolar em língua portuguesa, apresentando dificuldade em leitura, interpretação de texto e na escrita, não apresenta dificuldade em matemática.

Esse relato indica que a criança sofre de:

- (A) dislexia;
- (B) discalculia;
- (C) apraxia de fala;
- (D) transtorno do desenvolvimento de linguagem;
- (E) transtorno do espectro do autismo.

44

Uma paciente de 25 anos, com queixa de dificuldade em entender a fala das pessoas em ambientes ruidosos, nega hipoacusia ou zumbidos. Também não reporta história de otites na infância. Ao exame, são identificadas otoscopia normal e audiometria dentro dos padrões da normalidade.

O exame que deve ser solicitado para esclarecimento das queixas da paciente é:

- (A) eletrococleografia;
- (B) processamento auditivo central;
- (C) ressonância nuclear magnética de crânio;
- (D) neuropsicológico;
- (E) eletroencefalograma.

45

Um menino de 1 ano é avaliado por um pediatra, que nota uma alteração no formato do crânio da criança (crânio estreito e alongado). O pediatra suspeita de uma fusão prematura de sutura sagital do crânio e encaminha a criança para o cirurgião craniomaxilofacial que confirma esse diagnóstico.

Diante do exposto acima, é correto concluir que se trata de um caso de:

- (A) braquicefalia;
- (B) escafocefalia;
- (C) plagiocefalia;
- (D) trigonocefalia;
- (E) acrocefalia.

46

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.

47

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.

48

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.

49

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.

50

Uma criança de 6 anos realiza audiometria a pedido da escola para início na classe de alfabetização. O resultado revelou limiar audiométrico por via óssea em 10 dB, para todas as frequências pesquisadas, em ambas as orelhas, e limiar audiométrico por via aérea em 45 dB, para todas as frequências pesquisadas, em ambas as orelhas.

Esse resultado audiométrico indica:

- (A) normoacusia;
- (B) hipoacusia neurosensorial leve bilateral;
- (C) hipoacusia condutiva leve bilateral;
- (D) hipoacusia neurosensorial moderada bilateral;
- (E) hipoacusia condutiva moderada bilateral.

51

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.

52

Uma paciente de 62 anos, com queixa de vertigem, leva à consulta um exame de vHIT com o seguinte resultado: presença de sacadas cobertas e descobertas à esquerda, ganho diminuído à esquerda e assimetria do ganho de 40%.

Esse resultado é compatível com:

- (A) exame normal;
- (B) síndrome central;
- (C) hiperfunção vestibular esquerda;
- (D) hipofunção vestibular direita;
- (E) hipofunção vestibular esquerda.

53

Um paciente de 50 anos, com história de hipoacusia e zumbido em orelha direita que se iniciaram há 1 ano e que vêm piorando nos últimos 3 meses, apresentou otoscopia normal. Realizou também audiometria, que evidenciou hipoacusia neurosensorial moderada na orelha direita com 50% de discriminação e audição normal em orelha esquerda com discriminação de 100%.

O exame complementar a ser solicitado nesse caso é:

- (A) processamento auditivo central;
- (B) potencial evocado auditivo de tronco encefálico;
- (C) *video head impulse test*;
- (D) potencial evocado auditivo de média latência;
- (E) potencial evocado auditivo de longa latência.

54

Uma paciente de 42 anos relatou história de hipoacusia bilateral há 8 anos, que se intensificou na última gestação, associada a um zumbido de leve intensidade bilateralmente. A mãe e a tia materna operaram os ouvidos devido a um quadro semelhante ao dela. A otoscopia da paciente estava normal. Realizou audiometria, cujo resultado reforçou a hipótese de otosclerose em fase inicial.

Sabe-se que o laudo audiométrico compatível com otosclerose em fase inicial da doença é:

- (A) hipoacusia condutiva bilateral com curva tipo A e ausência de reflexo estapédico;
- (B) hipoacusia condutiva bilateral com curva tipo B e presença do reflexo estapédico;
- (C) hipoacusia neurosensorial bilateral com curva tipo A e presença do reflexo estapédico;
- (D) hipoacusia neurosensorial bilateral com curva tipo B e ausência do reflexo estapédico;
- (E) hipoacusia mista, com curva tipo B e presença do reflexo estapédico.

55

Uma paciente de 70 anos vai a uma consulta com um otorrinolaringologista com queixa de epífora, dor, hiperemia e edema no canto interno do olho direito, além de drenagem de secreção pelo ponto lacrimal. Não tem queixas nasais. Relata 3 quadros semelhantes a esse nos últimos 2 anos, tendo feito uso de antibióticos orais.

Ao exame, apresenta abaulamento com hiperemia no canto interno do olho direito com drenagem de secreção amarelada à compressão local. A rinoscopia anterior revela fossas nasais permeáveis e sem secreção.

Diante do exposto, o diagnóstico dessa paciente é:

- (A) polipose nasossinusal;
- (B) pansinusite aguda;
- (C) esfenoidite aguda;
- (D) dacriocistite;
- (E) ceratoconjuntivite.

56

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.

57

Um adolescente de 12 anos, com queixa de obstrução nasal à direita, sem queixa de epistaxe, faz uma endoscopia nasal, que evidenciou um pólipos 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) pólipos antrocoanal;
- (D) esteseoneuroblastoma;
- (E) meningoencefaloclele.

58

Uma paciente de 65 anos queixa-se de obstrução nasal à esquerda e sensação de plenitude auricular à esquerda há 4 meses. A otoscopia está normal à direita e com secreção em orelha média à esquerda. A imitanciometria apresentava uma curva tipo A à direita e curva de tipo B à esquerda.

Nessa paciente, é fundamental a realização do seguinte exame:

- (A) videoendoscopia nasal para análise do cavum;
- (B) emissão otoacústica por produto de distorção;
- (C) potencial evocado auditivo de tronco encefálico;
- (D) vectoeletronistagmografia;
- (E) eletrococleografia.

59

Uma paciente de 54 anos, com quadro de rinossinusite crônica com polipose nasossinusal e asma de difícil controle, já realizou 2 cirurgias endoscópicas nasossinusais há 4 anos atrás, mas houve retorno dos pólipos nasais. Constatou-se fenótipo eosinofílico.

Diante do exposto acima, a paciente tem indicação de:

- (A) tratamento com imunobiológico;
- (B) internação hospitalar;
- (C) anti-histamínico oral;
- (D) cauterização dos pólipos;
- (E) alta.

60

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.

61

Um paciente de 8 anos, há 3 dias com queixa de odinofagia e febre de 39 graus, relata vários quadros semelhantes a este nos últimos 3 anos. Ao exame, notam-se a presença de exsudato recobrimo ambas as tonsilas palatinas, úvula centrada e presença de linfonodomegalia submandibular bilateral.

A principal hipótese para esse quadro é:

- (A) mononucleose infecciosa;
- (B) herpangina;
- (C) tonsilite bacteriana;
- (D) abscesso periamigdaliano;
- (E) angina de Plaut-Vincent.

62

Uma criança de 5 anos é levada pela mãe a consulta, pois esta notou uma alteração no céu da boca da criança. A criança, no entanto, não tem nenhuma queixa relacionada à cavidade oral.

Ao exame, verifica-se a presença de abaulamento de consistência endurecida em palato duro em região mediana, sem sinais flogísticos locais.

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

- (A) linfoma;
- (B) melanoma;
- (C) fenda submucosa;
- (D) torus palatino;
- (E) cisto branquial.

63

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) pólipos vocais;
- (E) paralisia de prega vocal.

64

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.

65

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.

66

Um menino de 8 anos, com quadro de disфонia e dispneia aos esforços, apresenta história de 2 cirurgias laríngeas (aos 4 e aos 6 anos) devido a quadros de dispneia.

O histórico apresentado juntamente com o resultado do exame médico indicam um provável diagnóstico de:

- (A) estenose subglótica;
- (B) membrana laríngea;
- (C) laringite estridulosa;
- (D) epiglótite aguda;
- (E) papilomatose laríngea recorrente na infância.

67

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 tireoide, 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 tireoide;
- (B) cisto do ducto tireoglossal;
- (C) cisto branquial;
- (D) bócio multinodular;
- (E) bócio difuso.

68

Uma paciente de 65 anos apresenta aumento do volume da tireoide, 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.

69

Uma paciente de 65 anos apresenta história de radioterapia de cabeça e pescoço para tratamento de um câncer de nasofaringe há 3 anos. Há 2 meses, notou um rápido aumento da região anterior do pescoço, associado a disфония.

Seus exames tiveram os seguintes resultados: otoscopia normal; rinoscopia anterior sem alteração; orofaringoscopia normal; videolaringoscopia com paralisia de prega vocal direita em posição de abdução; endoscopia nasal normal; palpação do pescoço evidenciando tireoide aumentada de volume à direita com presença de um nódulo; ultrassonografia cervical com presença de nódulo sólido em lobo tireoidiano direito medindo 3 cm; ausência de linfonodomegalia cervical.

O próximo passo para o esclarecimento diagnóstico dessa paciente é:

- (A) tomografia computadorizada cervical;
- (B) reavaliar em 6 meses;
- (C) punção aspirativa por agulha fina;
- (D) fonoterapia para disфония;
- (E) dosagem de cálcio e calcitonina.

70

Um paciente de 57 anos comparece ao ambulatório de otorrinolaringologia com queixa de hipoacusia flutuante à direita, plenitude auricular à direita, zumbido tipo cigarras na orelha direita e vertigem. A audiometria apresentada revela hipoacusia neurosensorial em frequências graves de intensidade moderada à direita e PEATE sem sinais de comprometimento retrococlear.

Diante da principal suspeita diagnóstica desse paciente, o esperado para o exame de eletrococleografia é:

- (A) relação PS/PA normal em orelha direita;
- (B) relação PS/PA aumentada em orelha direita;
- (C) relação PS/PA diminuída em orelha direita;
- (D) ausência de potenciais em orelha direita;
- (E) exame normal em ambas as orelhas.

71

Um paciente de 50 anos, trabalhador de fábrica de tecidos há 20 anos, relata queixa de hipoacusia em ambos os ouvidos lentamente progressiva há 5 anos. Nega uso de equipamento de proteção individual para os ouvidos embora considere o ruído no ambiente de trabalho muito alto. Queixa-se de zumbido ocasional tipo apito em ambos os ouvidos. Os exames de otoscopia, rinoscopia e orofaringoscopia estão normais.

É solicitado um exame de audiometria para esse paciente por suspeita de perda auditiva induzida por nível de pressão sonora elevado.

O achado audiométrico compatível com essa hipótese diagnóstica é:

- (A) anacusia bilateral com recrutamento;
- (B) hipoacusia condutiva leve bilateral com baixa discriminação;
- (C) hipoacusia mista moderada bilateral com ausência de reflexo;
- (D) hipoacusia neurosensorial bilateral com entalhe de Carhart;
- (E) hipoacusia mista severa bilateral com boa discriminação.

72

Um menino de 13 anos tem queixa de obstrução nasal, prurido nasal e ocular, esternutos em salva e coriza hialina. A mãe relata que o adolescente não está tendo melhora dos sintomas apesar do controle ambiental e do uso de medicação (anti-histamínico oral e corticoide tópico nasal em dose adequada), necessitando muitas vezes de corticoide oral. Ao exame, constatam-se otoscopia normal, rinoscopia anterior: septo centrado, palidez de mucosa nasal e coriza hialina abundante; orofaringoscopia normal.

Para que seja iniciada imunoterapia para esse paciente, é primordial que:

- (A) exista uma redução de IgE específica no sangue;
- (B) o paciente tenha uma imunodeficiência comprovada;
- (C) o teste cutâneo de leitura imediata seja positivo;
- (D) o paciente apresente alergia alimentar associada;
- (E) o *prick test* seja realizado depois do início da imunoterapia.

73

Um paciente de 30 anos tem história de hipoacusia na orelha esquerda desde o nascimento; porém, devido a problemas financeiros e familiares, a hipoacusia nunca foi investigada.

Ao exame, verificam-se otoscopia normal e audiometria com hipoacusia neurosensorial severa na orelha esquerda. Uma tomografia computadorizada de mastoide em corte coronal e axial evidenciou a cóclea e o vestíbulo formando uma cavidade cística à esquerda.

Diante do quadro exposto, concluiu-se que a etiologia da hipoacusia se deve a:

- (A) neurinoma do acústico;
- (B) fixação congênita do estribo;
- (C) aqueduto vestibular alargado;
- (D) displasia de Mondini;
- (E) síndrome de Usher.

74

Uma paciente de 65 anos comparece à consulta de otorrinolaringologia com queixa de zumbido pulsátil em orelha direita há 3 anos, sincrônico aos batimentos cardíacos. Relata plenitude auricular à direita e hipoacusia à direita. Tem vertigem ocasionalmente. Ao exame, verificam-se otoscopia direita com tumoração avermelhada retrotimpânica e otoscopia esquerda normal.

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

- (A) colesteatoma adquirido;
- (B) granuloma de conduto;
- (C) malformação de cadeia ossicular;
- (D) timpanoesclerose;
- (E) glomus timpânico.

75

Um paciente de 8 anos, com síndrome de Treacher Collins, microtia bilateral importante e atresia de conduto auditivo externo bilateralmente, apresenta hipoacusia condutiva moderada com *gap* aéreo ósseo maior que 30 dB e índice de reconhecimento de fala de 80% em ambas as orelhas.

A forma de reabilitação auditiva indicada para esse paciente é:

- (A) prótese total de cadeia ossicular;
- (B) aparelho de amplificação sonora individual;
- (C) prótese auditiva osteoancorada;
- (D) implante coclear;
- (E) prótese parcial de cadeia ossicular.

76

Um paciente de 57 anos realizou extração a dentária do primeiro molar superior esquerdo e notou, no pós-operatório, que, ao bochechar, havia saída de líquido pela fossa nasal esquerda.

Cerca de 2 semanas após o procedimento dentário, o paciente evoluiu com quadro de sinusite maxilar esquerda, sendo necessário o uso de antibiótico.

Frente à anamnese descrita, a principal hipótese para esse caso é:

- (A) fístula oroantral;
- (B) rinopatia alérgica;
- (C) displasia fibrosa;
- (D) pólipos antrocoana;
- (E) carcinoma de seio maxilar.

77

Um paciente de 4 anos comparece a consulta ambulatorial com um quadro de hiperemia e edema na região pré-auricular direita e saída de secreção purulenta através de um pequeno orifício na região anterior da hélice à direita. A mãe relata um episódio semelhante a esse, há cerca de 1 ano.

Com base na história clínica, o provável diagnóstico é:

- (A) parotidite aguda;
- (B) higroma cístico;
- (C) cisto tireoglosso;
- (D) coloboma auris infectado;
- (E) linfadenite tuberculosa.

78

Um paciente de 8 anos queixa-se de pescoço inchado à direita.

Ao exame, verifica-se uma massa na região lateral do pescoço, indolor, não endurecida, localizada ao longo da borda anterior do músculo esternocleidomastoideo, próximo ao ângulo da mandíbula à direita.

Essa descrição é compatível com:

- (A) abscesso de Bezold;
- (B) angina de Ludwig;
- (C) linfadenite aguda;
- (D) cisto tireoglosso;
- (E) cisto branquial.

79

Um paciente de 74 anos com quadro de tontura e instabilidade há 6 meses, sem náuseas, leva um exame de vectoeletronistagmografia com nistagmo espontâneo multidirecional, sem efeito inibitório da fixação ocular e com rastreo tipo IV.

Com base nos dados apresentados, a hipótese diagnóstica é de:

- (A) síndrome vestibular periférica irritativa;
- (B) síndrome vestibular periférica deficitária;
- (C) síndrome central;
- (D) exame normal;
- (E) vertigem posicional.

80

Uma paciente de 40 anos, previamente hígida, apresentou quadro de meningite bacteriana grave, com intubação orotraqueal e internação hospitalar por 3 semanas. Relatou que, assim que melhorou do quadro infeccioso, notou hipoacusia bilateral que impedia o entendimento das palavras, realizando comunicação por leitura labial. Ao exame, verifica-se que a otoscopia está normal e que a audiometria revela hipoacusia neurossensorial bilateral profunda.

Diante do exposto, o tratamento indicado é:

- (A) timpanotomia com inserção de tubo de ventilação;
- (B) timpanomastoidectomia conservadora;
- (C) timpanomastoidectomia radical;
- (D) prótese auditiva osteoancorada;
- (E) implante coclear.

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

