

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025



TARDE

PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO (PRCICAPET01)

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

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.

3

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.

4

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.

5

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.

6

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.

7

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.

8

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 Behçet;
- (E) síndrome de Peutz-Jeghers.

9

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.

10

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.

11

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.

12

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.

13

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.

14

Uma paciente de 45 anos comparece à consulta médica com queixa de globus faríngeo, pigarro e disфонia 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.

15

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.

16

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.

17

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, fâcies alongada, palato ogival e amígdala grau IV. Uma endoscopia nasal evidencia hipertrofia de tonsila faringea 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.

18

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.

19

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.

20

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.

21

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.

22

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.

23

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.

24

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.

25

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.

26

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) meningoenfalocele.

27

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.

28

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.

29

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 vocal;
- (E) paralisia de prega vocal.

30

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.

31

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 disfonia, 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.

32

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, disfonia 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 tireoglosso;
- (C) cisto branquial;
- (D) bócio multinodular;
- (E) bócio difuso.

33

Uma paciente de 65 anos apresenta aumento do volume da tireoide, com invasão torácica parcial, ocasionando disfagia, dispnéia 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.

34

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 aural à direita e hipoacusia à direita. Tem vertigem ocasionalmente. Ao exame, verificam-se otoscopia direita com tumorção 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.

35

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.

36

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 antrocoanal;
- (E) carcinoma de seio maxilar.

37

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.

38

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.

39

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.

40

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.

Cirurgia Geral e Área Cirúrgica Básica

41

Sabe-se que a inflamação é uma resposta protetora para que possamos nos livrar de agentes lesivos, remover células necrosadas e reparar tecidos lesados.

A síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) está associada a um conjunto de sinais e sintomas resultantes de um complexo mecanismo de defesa imunológico, endócrino e metabólico, que é desencadeado primariamente:

- (A) pela acidose metabólica;
- (B) por interferência do cortisol;
- (C) por ação das catecolaminas;
- (D) pelas proteínas de choque térmico;
- (E) por ação da interleucina 1 e fator de necrose tumoral.

42

O estado nutricional do paciente é fundamental para o prognóstico do tratamento cirúrgico. Assim, a reposição de vitaminas faz-se necessária para o bom prognóstico.

As características funcionais de ser antioxidante, proteger contra os danos de radicais livres, atuar na ligação cruzada de colágeno, participar da hidroxilação da lisina e da prolina durante a formação de colágeno, desempenhar funções antibacterianas mediadas pelo sistema imune dos leucócitos e ser importante na replicação de DNA e RNA e na função de linfócitos, são próprias da vitamina:

- (A) A;
- (B) C;
- (C) D;
- (D) E;
- (E) K.

43

Em uma cirurgia eletiva de grande porte, faz-se necessária uma avaliação nutricional rigorosa, pois esta vai determinar um preparo pré-operatório muito importante para o prognóstico cirúrgico.

Assim, um paciente que pesa 55 kg e mede 1,78 metro é classificado pelo índice de massa corporal como:

- (A) gravemente abaixo do peso;
- (B) abaixo do peso;
- (C) peso normal;
- (D) acima do peso;
- (E) obesidade de grau 1.

44

A compreensão das fases do processo cicatricial de uma ferida cirúrgica é importante para a prática médica.

Nesse sentido, é correto afirmar que:

- (A) macrófagos e neutrófilos são predominantes na fase de maturação;
- (B) neutrófilos e linfócitos são predominantes na fase de maturação;
- (C) fibroblastos e neutrófilos são predominantes na fase de proliferação;
- (D) macrófagos e neutrófilos são predominantes na fase inflamatória;
- (E) macrófagos e linfócitos são predominantes na fase inflamatória.

45

Antibióticos profiláticos, cujo uso está bem documentado para a redução da infecção no sítio cirúrgico, devem ser ministrados sempre que a ferida for classificada como limpa-contaminada. Na prática médica, porém, observa-se que alguns pacientes são alérgicos aos antibióticos betalactâmicos.

Nesses casos, os betalactâmicos devem ser substituídos por:

- (A) cefazolina;
- (B) metronidazol;
- (C) ampicilina-sulbactam;
- (D) gentamicina;
- (E) clindamicina.

46

A perspectiva de vida aumentou significativamente nas últimas décadas, e, com isso, um maior número de cirurgias é realizado em pacientes idosos. Esses pacientes trazem um déficit orgânico e comorbidades que devem ser considerados na avaliação pré-operatória.

Nesse sentido, o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de *delirium* no pós-operatório é:

- (A) a presença prévia de um déficit cognitivo;
- (B) o comprometimento funcional;
- (C) o tipo de cirurgia a ser realizada;
- (D) a presença de doença grave;
- (E) a má nutrição.

47

Um paciente de 34 anos apresenta-se na consulta com histórico de obesidade grave há mais de 10 anos. Ele tem um índice de massa corporal (IMC) de 44 kg/m² e sofre de várias comorbidades relacionadas à obesidade, incluindo diabetes tipo 2, hipertensão arterial e apneia do sono. Ele já tentou vários tratamentos, incluindo dietas supervisionadas, programas de exercícios e medicações para perda de peso, sem sucesso. Relata que essas condições estão afetando seriamente sua qualidade de vida e capacidade de trabalho. Após uma avaliação completa, ele é considerado um bom candidato para cirurgia bariátrica.

A técnica considerada o “padrão ouro” para esse paciente é:

- (A) gastrectomia vertical (*sleeve gastrectomy*);
- (B) banda gástrica ajustável;
- (C) *duodenal switch* (DS);
- (D) balão intragástrico;
- (E) *bypass* gástrico em Y de Roux (RYGB).

48

Um paciente de 81 anos, com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca congestiva, é internado para tratamento de pneumonia. Após alguns dias de tratamento com antibióticos e repouso no leito, ele começa a apresentar distensão abdominal significativa, dor leve e náuseas, mas sem vômitos. Não apresenta sinais clínicos de peritonite aos exames físico e laboratorial. Radiografias do abdômen mostram dilatação importante dos cólons, principalmente no ceco e cólon ascendente, porém sem evidência de obstrução mecânica.

Diante desse quadro clínico, o diagnóstico mais provável e a melhor abordagem inicial para o manejo desse paciente são, respectivamente:

- (A) síndrome de Ogilvie e tratamento com neostigmina;
- (B) colite pseudomembranosa e tratamento com metronidazol;
- (C) obstrução intestinal por brida e tratamento com cirurgia exploratória;
- (D) vôlvo de sigmoide e tratamento com sigmoidoscopia descompressiva;
- (E) íleo paralítico e tratamento com reposição de eletrólitos e mobilização precoce.

49

Uma paciente de 54 anos se queixa de dor abdominal crônica e sensação de plenitude gástrica após as refeições. Uma endoscopia digestiva alta revela massa submucosa no corpo do estômago, e a biópsia confirma a presença de um tumor estromal gastrointestinal (GIST).

A respeito do diagnóstico, prognóstico e tratamento dos tumores GIST, é correto afirmar que:

- (A) os tumores GIST são frequentemente benignos e de baixo potencial metastático;
- (B) a mutação no gene KIT é um marcador prognóstico negativo em pacientes com tumores GIST;
- (C) a imuno-histoquímica positiva para CD117 (c-KIT) é uma característica comum dos tumores GIST;
- (D) os tumores GIST produzem metástases para linfonodos com muita frequência;
- (E) a ressecção cirúrgica radical é o único tratamento eficaz para os tumores GIST, independentemente do tamanho ou localização.

50

Uma paciente se queixa de boca seca por diminuição da saliva e olhos secos devido à diminuição da produção de lágrimas.

Esse quadro clínico é característico da:

- (A) síndrome de Williams;
- (B) síndrome de Peutz-Jeghers;
- (C) síndrome de Kleine-Levin;
- (D) síndrome Sjögren;
- (E) síndrome de Down.

51

Um paciente de 58 anos, com histórico de uso contínuo de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), queixa-se de dor abdominal intensa, principalmente após as refeições, e episódios de vômito com sangue. Relata, também, fezes escuras e pastosas, como piche, nas últimas 48 horas. Ao exame físico, o paciente está hipotenso, taquicárdico e apresenta abdômen distendido e sensível à palpação. A endoscopia digestiva alta revela úlcera gástrica com classificação de Forrest IB, que foi tratada adequadamente.

O tratamento concomitante é:

- (A) realizar angiografia para localizar o vaso sangrante;
- (B) realizar teste respiratório para detecção de *Helicobacter pylori*;
- (C) iniciar infusão de *proton pump inhibitor* (PPI) e transfusão de sangue;
- (D) iniciar antibioticoterapia empírica para erradicação de *Helicobacter pylori*;
- (E) encaminhar o paciente para cirurgia de emergência para ressecção do segmento gástrico afetado.

52

A técnica Lichtenstein tem sido associada a baixas taxas de recorrência e é considerada uma abordagem padrão para o tratamento das hérnias.

Em relação a essa técnica, é correto afirmar que:

- (A) é utilizada para o tratamento de hérnias lombares;
- (B) envolve o uso de uma malha sintética para reforçar a parede abdominal, sem tensão, após a correção da hérnia inguinal;
- (C) utiliza suturas com fio inabsorvível para fechar o defeito herniário sem o uso de uma malha;
- (D) é mais comumente utilizada para reparo de hérnias umbilicais;
- (E) requer a remoção da hérnia e a reconstrução da parede abdominal utilizando tecido do próprio paciente.

53

Um paciente de 20 anos chega ao serviço de emergência de um grande hospital com história de anorexia e náuseas que se iniciaram há 24 horas. Agora apresenta dor abdominal intensa no quadrante inferior direito, febre e vômitos. O exame físico revela rigidez abdominal localizada no quadrante inferior direito e dor à palpação profunda na fossa ilíaca direita. Os exames laboratoriais mostram leucocitose de $15.400/\text{mm}^3$ com desvio à esquerda. A tomografia computadorizada de abdômen confirma o diagnóstico de abscesso apendicular.

A próxima etapa no manejo desse paciente será:

- (A) realização de ultrassonografia abdominal para confirmar o diagnóstico;
- (B) tratamento conservador com analgésicos e observação clínica;
- (C) antibioticoterapia intravenosa empírica e observação clínica;
- (D) cirurgia laparoscópica de urgência para apendicectomia;
- (E) drenagem percutânea do abscesso apendicular.

54

Um homem de 36 anos chega ao pronto-socorro após atropelamento. Ele se queixa de dor abdominal intensa no lado direito do abdômen. Quando do exame físico, está hipotenso e taquicárdico, com dor à palpação no quadrante superior direito do abdômen. Os exames laboratoriais revelam queda da hemoglobina e elevação das enzimas hepáticas. Uma tomografia computadorizada mostra uma lesão no lobo hepático direito com hematoma subcapsular com 30% da superfície e uma laceração estimada em 4 cm de profundidade com 8 cm de comprimento.

A classificação mais provável dessa lesão hepática e a conduta inicial correta de tratamento são, respectivamente:

- (A) classificação I e tratamento conservador com monitoramento clínico e radiológico;
- (B) classificação II e intervenção cirúrgica para controle do sangramento com reparo hepático;
- (C) classificação III e esplenectomia para controle do sangramento com reparo hepático;
- (D) classificação IV e tratamento com terapia endovascular para embolização da lesão hepática;
- (E) classificação V e tratamento com transfusão sanguínea e monitoramento clínico.

55

Durante endoscopia realizada em um paciente com sangramento gastrointestinal agudo, uma úlcera é identificada.

O sistema de classificação comumente utilizado para descrever essa úlcera de acordo com a gravidade do sangramento é a classificação de:

- (A) Forrest;
- (B) Rockall;
- (C) Blatchford;
- (D) Glasgow-Blatchford;
- (E) Johnson-Lapidus.

56

Um paciente de 68 anos queixa-se de dor abdominal intermitente e perda de peso inexplicada. Apresenta anemia ferropriva. Ele relata um histórico de síndrome do intestino irritável, mas observou um aumento na frequência e na gravidade dos sintomas nos últimos quatro meses. O exame físico revela uma massa palpável, com certa mobilidade, no quadrante inferior direito do abdômen.

Diante desse quadro clínico, a hipótese diagnóstica principal é:

- (A) doença celíaca;
- (B) síndrome do intestino irritável;
- (C) tumor carcinoide do intestino delgado;
- (D) adenocarcinoma do intestino delgado;
- (E) doença de Crohn.

57

Uma mulher jovem, 19 anos, chega ao serviço de emergência com dor abdominal intensa e súbita. O exame físico mostra sinais de choque hipovolêmico, como taquicardia e hipotensão. Revela ainda rigidez abdominal difusa, sensibilidade e dor à palpação.

A hipótese mais provável para esse quadro clínico é:

- (A) apendicite aguda;
- (B) prenhez tubária rota;
- (C) diverticulite perforada;
- (D) diverticulite de Meckel;
- (E) cisto ovariano hemorrágico roto.

58

No consultório, dá entrada um paciente de 38 anos, com suspeita clínica de síndrome de Lynch, que precisa de confirmação do diagnóstico.

O método que pode confirmar a hipótese é:

- (A) teste genético para mutações no gene BRCA1;
- (B) colonoscopia de rotina a cada 10 anos;
- (C) colonoscopia com exérese do pólipó e estudo histopatológico;
- (D) tomografia computadorizada (TC) abdominal anual;
- (E) teste genético para mutações nos genes MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2.

59

O conhecimento da embriologia, histologia, anatomia e patologia é importante para a compreensão do divertículo de Meckel e para o diagnóstico diferencial da apendicite.

Em relação ao divertículo de Meckel, é correto afirmar que:

- (A) caracteriza-se por múltiplos divertículos no cólon descendente;
- (B) localiza-se preferencialmente na segunda porção do duodeno;
- (C) geralmente afeta pacientes idosos e é mais comum no sexo masculino, que apresenta pior prognóstico;
- (D) é uma complicação da diverticulose do cólon e pode causar sintomas como dor abdominal, febre e leucocitose;
- (E) resulta de uma persistência do ducto onfalomesentérico e pode levar à inflamação e complicações como sangramento intestinal.

60

Uma paciente de 45 anos, com histórico de dor abdominal no quadrante superior direito, icterícia intermitente e elevação moderada das enzimas hepáticas, é diagnosticada com coledocolitíase.

A melhor abordagem para o diagnóstico e tratamento dessa paciente é:

- (A) endoscopia digestiva alta, seguida de cirurgia aberta de vias biliares;
- (B) ressonância magnética de abdômen, seguida de drenagem biliar percutânea;
- (C) tomografia computadorizada do abdômen, seguida de ressonância magnética;
- (D) colangiografia por ressonância magnética, seguida de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica;
- (E) ultrassonografia das vias biliares, seguida de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com papilotomia e litotripsia.

61

Um paciente de 52 anos tem diagnóstico de úlcera gástrica, classificada com Johnson III e complicada por sangramento persistente com classificação Forrest 1A, apresentando sucessivas recidivas do sangramento. Após estabilização hemodinâmica do paciente, o cirurgião planeja realizar uma antrectomia. Para isso, ele reflete sobre as principais diferenças entre as técnicas de Billroth I e Billroth II.

Em relação a essas técnicas, é correto afirmar que:

- (A) Billroth I envolve anastomose do estômago com o jejuno, enquanto Billroth II envolve anastomose do estômago com o duodeno. Billroth I é preferível em casos de úlcera gástrica complicada;
- (B) Billroth I envolve anastomose do estômago com o duodeno, enquanto Billroth II envolve anastomose do estômago com o jejuno. Billroth I é preferível, em casos de úlcera gástrica complicada;
- (C) Billroth I envolve ressecção do estômago e anastomose com o duodeno, enquanto Billroth II envolve ressecção do estômago e anastomose com o íleo. Billroth II é preferível em casos de úlcera gástrica complicada;
- (D) Billroth I e Billroth II não diferem na técnica de anastomose, sendo ambas apropriadas para úlcera gástrica complicada;
- (E) Billroth I envolve ressecção do estômago e anastomose com o duodeno, enquanto Billroth II envolve ressecção do estômago e anastomose com o jejuno. Billroth II é preferível em casos de úlcera gástrica complicada.

62

Um homem de 54 anos apresenta-se no consultório com história de disfagia progressiva para sólidos e líquidos, regurgitação noturna de alimentos não digeridos e perda de peso significativa nos últimos oito meses. Ele não relata dor torácica, mas menciona uma sensação de "comida parada" no meio do peito. Não há história de doenças crônicas ou cirurgias prévias. O exame físico revela um paciente emagrecido, sem outras alterações significativas. A endoscopia digestiva alta mostra retenção de alimentos no esôfago sem lesões obstrutivas evidentes. Uma esofagografia com contraste revela um esôfago dilatado com afilamento distal, que sugere um "bico de pássaro". A manometria esofágica confirma aperistalse do corpo esofágico e ausência de relaxamento adequado do esfíncter esofágico inferior.

O tratamento cirúrgico mais indicado para esse paciente é:

- (A) funduplicatura a Nissen;
- (B) dilatação pneumática;
- (C) miotomia de Heller;
- (D) esofagectomia;
- (E) injeção de toxina botulínica.

63

Durante o pneumoperitônio para realização de cirurgias por acesso videolaparoscópico, algumas alterações hemodinâmicas podem ocorrer no paciente.

Em relação a essas alterações, é correto afirmar que:

- (A) há diminuição do débito cardíaco, com aumento do retorno venoso;
- (B) ocorre hipotensão por compressão mecânica da aorta abdominal;
- (C) a oligúria ocorre devido à hipercapnia e retenção de bicarbonato pelos rins;
- (D) a bradicardia ocorre por estímulo vasovagal pela distensão abdominal;
- (E) arritmias cardíacas e outros distúrbios de ritmo cardíaco são raros.

64

Em relação à anatomia das vias biliares extra-hepáticas, bem como à vascularização do pedículo biliar, é correto afirmar que:

- (A) em cerca de 50% da população, os ductos biliar e pancreático desembocam no duodeno por orifícios distintos;
- (B) anomalias da artéria hepática e da artéria cística são extremamente raras, ocorrendo em menos de 10% da população;
- (C) a artéria cística normalmente se origina da artéria hepática direita, cruzando o ducto hepático anteriormente;
- (D) em cerca de 20% dos pacientes, a artéria hepática direita se origina da artéria mesentérica superior;
- (E) na maioria das pessoas, o ducto biliar e o ducto pancreático se unem no interior da parede duodenal.

65

Um paciente de 52 anos, com sintomas dispépticos, realizou endoscopia digestiva alta, que mostrou lesão ulcerada de 3 cm em grande curvatura na transição do fundo para o corpo gástrico. A gastrina sérica estava normal. A biópsia revelou se tratar de tumor neuroendócrino G2, índice mitótico de 15 e índice Ki-67 de 25%. O estadiamento por USG endoscópico e a TC de abdômen mostraram invasão até a muscular própria, sem evidências de metástases linfonodais e à distância.

A conduta mais apropriada é:

- (A) quimioterapia exclusiva;
- (B) ressecção endoscópica;
- (C) gastrectomia total com linfadenectomia a D1;
- (D) gastrectomia total com linfadenectomia a D2;
- (E) bioterapia com octreotida.

66

Uma paciente de 48 anos, IMC = 35 kg/m², foi submetida a colecistectomia eletiva por colecistolitíase crônica. Após o procedimento, a vesícula biliar foi aberta, evidenciando cálculo único de 3 cm e mucosa de aspecto macroscópico de “vesícula biliar em morango”.

O provável diagnóstico anatomopatológico macroscópico é de:

- (A) adenomiomatose de vesícula biliar;
- (B) pólipos granulomatosos;
- (C) colesterose de vesícula biliar;
- (D) carcinoma de vesícula biliar;
- (E) linfoma MALT.

67

Uma paciente de 60 anos apresentou lesão de 1,5 cm em pele perianal, cuja biópsia mostrou carcinoma epidermoide. A ultrassonografia endoanal e a ressonância magnética não mostraram metástases linfonodais e/ou à distância. Também não há evidências de invasão do complexo esfinteriano, bem como de estruturas adjacentes.

Nesse caso, a conduta mais apropriada é:

- (A) excisão local com margens negativas;
- (B) radioterapia exclusiva;
- (C) quimiorradioterapia exclusiva;
- (D) amputação abdominoperineal;
- (E) quimiorradioterapia neoadjuvante.

68

Sobre as afecções cirúrgicas do baço, é correto afirmar que:

- (A) o tamanho do baço deve estar aumentado no mínimo em quatro vezes para que seja palpável abaixo do rebordo costal;
- (B) o tumor maligno que mais comumente envia metástases para o baço é o carcinoma colorretal;
- (C) baços acessórios podem estar presentes em até 20% da população em geral;
- (D) a principal indicação de esplenectomia eletiva é a leucemia mieloide aguda;
- (E) os principais germes envolvidos na infecção fulminante pós-esplenectomia são *Staphylococcus aureus* e *H. influenzae* tipo B.

69

Um paciente de 35 anos com IMC = 26 kg/m² apresenta lesão por arma branca em região anterior do abdômen, 7 cm acima e à esquerda da cicatriz umbilical, de cerca de 2 cm de diâmetro. Apresenta-se hemodinamicamente estável, e o exame físico do abdômen é normal.

A próxima conduta a ser tomada nesse caso é:

- (A) lavado peritoneal diagnóstico;
- (B) exploração local da ferida;
- (C) alta domiciliar;
- (D) reavaliação clínica após 24 horas;
- (E) laparotomia exploradora.

70

Existem importantes marcos anatômicos durante a correção cirúrgica de uma hérnia da região da virilha pelo acesso minimamente invasivo por via transperitoneal (TAPP).

Sobre esses marcos, é correto afirmar que:

- (A) o “triângulo da dor” se localiza lateralmente e abaixo do trato iliopúbico;
- (B) as hérnias indiretas se localizam entre os vasos epigástricos e o ligamento umbilical;
- (C) o trato iliopúbico divide os compartimentos inguinais anterior e posterior;
- (D) o “triângulo da desgraça” (*triangle of doom*) fica lateralmente aos vasos espermáticos;
- (E) as hérnias femorais se originam lateralmente ao ducto deferente e abaixo do trato iliopúbico.

71

Um paciente de 40 anos está internado em unidade de terapia intensiva, em estado grave, há 15 dias devido a sepse de origem pulmonar. Apesar de doses altas de aminas vasoativas, mantém PAM de 60 mmHg e FC de 112 bpm (ritmo regular). Há 24 horas evoluiu com piora significativa do quadro clínico, com distensão abdominal e hipertimpanismo. Ao toque retal, evidenciou-se presença de moderada quantidade de muco e sangue.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é:

- (A) trombose arterial mesentérica;
- (B) trombose venosa mesentérica;
- (C) embolia da artéria mesentérica superior;
- (D) isquemia intestinal não oclusiva;
- (E) intussuscepção de intestino delgado.

72

Um paciente de 17 anos chega ao pronto-socorro com dor em hipocôndrio esquerdo após queda de bicicleta há cerca de 6 horas. Ao exame, está hipocorado +/4, com PA: 120 x 80 mmHg e FC: 88 bpm. Realiza tomografia computadorizada de abdômen, que mostra presença de pouca a moderada quantidade de líquido em hipocôndrio esquerdo com laceração grau III, em baço, sem extravasamento (*blush*) de contraste arterial. Apresenta hematócrito de 30% e hemoglobina de 9,5 mg/dL.

A melhor conduta nesse caso é:

- (A) observação por 12 horas na sala de emergência;
- (B) cristaloides intravenosos e observação clínica em UTI;
- (C) transfusão de concentrado de hemácias e embolização arterial por arteriografia;
- (D) cristaloides intravenosos e embolização arterial por arteriografia;
- (E) transfusão de concentrado de hemácias e laparotomia exploradora.

73

Uma paciente de 59 anos, diabética, hipertensa e dislipidêmica, em uso de metformina, rosuvastatina e captopril, relata também uso de escitalopram e clonazepam para tratamento de transtorno de ansiedade. Encontra-se em pré-operatório de colecistectomia eletiva.

A medicação de uso regular da paciente que deve ser suspensa em até 48 horas do procedimento é:

- (A) metformina;
- (B) rosuvastatina;
- (C) captopril;
- (D) escitalopram;
- (E) clonazepam.

74

Um paciente de 47 anos, etilista, apresenta emagrecimento, esteatorreia e diabetes mellitus e dor tipo barra de forte intensidade de difícil controle com opioides. Realizou tomografia de abdômen, que mostrou pâncreas atrofico, com calcificações, e ducto de Wirsung dilatado (1,5 cm) e tortuoso em toda a sua extensão, com estenoses e saculações.

A melhor conduta terapêutica nesse caso é:

- (A) alcoolização do plexo mesentérico;
- (B) papilotomia endoscópica com drenagem do Wirsung;
- (C) Wirsung-jejuno anastomose (Partington-Rochelle);
- (D) pancreatectomia cefálica com preservação duodenal (Beger);
- (E) pancreatectomia corpo-caudal.

75

A técnica de Sistrunk é utilizada no tratamento do(a):

- (A) tumor de parótida;
- (B) síndrome do desfiladeiro torácico;
- (C) tumor de Warthin;
- (D) cisto branquial;
- (E) cisto tireoglossal.

76

No que diz respeito às fístulas anorretais, é correto afirmar que:

- (A) cerca de 50% dos pacientes que tiveram abscessos anorretais drenados irão desenvolver uma fístula;
- (B) as fístulas anteriores, segundo a regra de Goodsall, têm um trajeto curvado, enquanto as posteriores têm trajeto retilíneo;
- (C) as fístulas extraesfincterianas são as mais comuns, e são tratadas com esfínterectomia lateral;
- (D) fístulas transesfinctéricas altas, que envolvem uma grande quantidade de músculo, são mais bem tratadas com fistulotomia;
- (E) o uso de fio (seton) só está indicado em fístulas interesfinctéricas simples.

77

Um paciente de 30 anos, portador de síndrome de Down, chega ao ambulatório de cirurgia para avaliação cirúrgica de hérnia umbilical. Embora possua visível déficit cognitivo e mental, o paciente compreende de forma parcial as informações acerca da cirurgia.

Em relação ao termo de consentimento livre e esclarecido, é correto afirmar que:

- (A) deve ser assinado apenas pela mãe e lido em voz alta para o paciente;
- (B) deve ser assinado pela mãe e pelo paciente, visto que ele é maior de idade;
- (C) deve ser assinado apenas pelo paciente, visto que ele é maior de idade;
- (D) deve ser assinado pela mãe e deve ser apresentado termo de assentimento livre e esclarecido ao paciente;
- (E) não é necessário, pois se trata de procedimento de baixa complexidade.

78

Em relação à cicatrização de feridas, é correto afirmar que:

- (A) a principal célula envolvida no processo cicatricial é o linfócito T-helper, pois ele orquestra todas as fases de cicatrização;
- (B) o colágeno tipo I constitui a matriz inicial, dando lugar ao colágeno tipo III posteriormente;
- (C) a fase de maturação dura até cerca de 3 semanas após o início do processo cicatricial;
- (D) a angiogênese é o marco principal da fase inflamatória, ocorrendo nas primeiras 72 horas após a lesão;
- (E) a taxa de síntese de colágeno declina após 4 semanas, sendo equilibrada por sua degradação.

79

Em relação aos sarcomas de retroperitônio, é correto afirmar que:

- (A) o tipo histológico mais comum é o rabdomiossarcoma;
- (B) dois terços dos tumores são sarcomas de baixo grau;
- (C) o linfoma e a metástase de tumores testiculares são diagnósticos diferenciais possíveis;
- (D) a invasão de grandes vasos do retroperitônio é contraindicação para a ressecção cirúrgica;
- (E) a ressecção cirúrgica com linfadenectomia intercavaoártica e de ilíacas é o tratamento de escolha.

80

Um paciente de 35 anos foi submetido a apendicectomia videolaparoscópica por diagnóstico de apendicite aguda. Durante o intraoperatório, foi visto tumor de ponta de apêndice, cujo resultado histopatológico foi tumor carcinoide de 1,5 cm com margens livres de doença neoplásica.

A melhor conduta nesse caso é:

- (A) observação clínica e radiológica;
- (B) hemicolectomia direita;
- (C) ileotiflectomia;
- (D) ressecção do trajeto dos trocartes;
- (E) quimioterapia adjuvante.

RASCUNHO

Realização

