

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2025/2026

# Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

## PRÉ-REQUISITO

# CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

### PROVA OBJETIVA - TIPO 1



#### SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



#### 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 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 prova!**



## Cirurgia Geral

1

Você recebe, em seu hospital, um paciente do sexo masculino, 58 anos, previamente hígido, que é encaminhado por médico assistente de uma clínica da família, após queixas inespecíficas de desconforto abdominal e sensação de massa no flanco esquerdo.

Ao exame físico, apresenta abaulamento em flanco esquerdo, indolor, profundo e mal delimitado. Tomografia computadorizada de abdome e pelve evidencia massa retroperitoneal de grandes dimensões, heterogênea, com áreas de necrose central, deslocando estruturas adjacentes, sem sinais claros de invasão de órgãos. Não há metástases à distância identificadas.

Diante desse quadro, a conduta mais apropriada será

- (A) biópsia percutânea guiada por TC para diagnóstico histológico e posterior quimioterapia.
- (B) ressecção cirúrgica ampla com margens negativas, sem biópsia prévia.
- (C) início de radioterapia externa com controle radiológico seriado
- (D) quimioterapia neoadjuvante antes da cirurgia para reduzir o volume tumoral.
- (E) ressecção cirúrgica limitada ao tumor visível, poupando estruturas adjacentes.

2

No ambulatório de um grande hospital, dá entrada uma mulher de 37 anos. Ela apresenta hipertensão arterial resistente ao uso de três anti-hipertensivos, associada a episódios de fraqueza muscular e câimbras. Os exames laboratoriais revelam hipocalcemia e alcalose metabólica. A dosagem da atividade de renina plasmática está suprimida e a aldosterona plasmática encontra-se elevada. A tomografia computadorizada de abdome mostra nódulo de 1,5 cm na glândula adrenal esquerda.

Nesse caso, a melhor conduta para confirmação diagnóstica é

- (A) iniciar espironolactona e monitorar resposta clínica, sem necessidade de confirmação adicional.
- (B) realizar cintilografia com MIBG para avaliar atividade funcional do tumor.
- (C) proceder à amostragem venosa adrenal bilateral antes de indicar cirurgia.
- (D) realizar adrenalectomia laparoscópica esquerda baseada no achado tomográfico.
- (E) repetir dosagem hormonal após suspensão dos anti-hipertensivos por 30 dias.

3

Paciente do sexo feminino, 29 anos, apresenta quadro progressivo de irregularidade menstrual, hirsutismo acentuado, acne de difícil controle e aumento de massa muscular nos últimos 6 meses. Ao exame físico, observa-se voz grossa, alopecia frontal e clitoromegalia. Os exames laboratoriais mostram elevação importante de androgênios séricos (DHEA-S e testosterona total), além de níveis elevados de 17-hidroxiprogesterona. Tomografia computadorizada de abdome revela massa adrenal direita de 8,1 cm, heterogênea, com áreas de necrose e calcificações.

Diante desse quadro, a conduta mais apropriada será

- (A) aguardar avaliação genética para hiperplasia adrenal congênita antes de intervir.
- (B) iniciar tratamento com anticoncepcionais e antiandrogênicos e reavaliar em 6 meses.
- (C) realizar biópsia percutânea da massa para confirmar o diagnóstico histológico.
- (D) indicar ressecção cirúrgica aberta da adrenal com margem oncológica ampla.
- (E) realizar adrenalectomia laparoscópica para ressecção tumoral.

4

Uma mulher de 52 anos, apresenta nódulo sólido na região anterior do pescoço detectado em exame clínico de rotina. Ultrassonografia de tireoide revela nódulo de 2,8 cm, sólido, hipoeicoico, com bordas regulares, sem calcificações. PAAF guiada por USG foi realizada, com resultado compatível com Bethesda IV (neoplasia folicular). Os níveis de TSH são normais, e não há linfonodomegalias cervicais.

A conduta mais apropriada nesse caso será

- (A) observação clínica com repetição da PAAF em 6 a 12 meses.
- (B) tireoidectomia total com esvaziamento cervical terapêutico.
- (C) lobectomia da glândula tireoide para diagnóstico definitivo.
- (D) iodoterapia empírica seguida de monitoramento hormonal.
- (E) biópsia por agulha grossa para confirmar invasão capsular antes da cirurgia.

5

Homem de 62 anos, com história de aumento progressivo de volume em região inguinal direita há mais de dois anos, procura atendimento ambulatorial. Refere que o abaulamento desce até o escroto, é indolor, aumentava com esforço físico e se reduz espontaneamente ao deitar-se. Nega episódios de dor súbita, náuseas ou sinais de obstrução intestinal. Ao exame físico, observa-se hérnia inguinoescrotal direita, com anel inguinal interno alargado e conteúdo redutível. O restante do exame físico e os exames laboratoriais pré-operatórios são normais.

A conduta mais adequada para esse paciente será

- (A) observar clinicamente, pois não há sinais de encarceramento ou obstrução.
- (B) indicar hernioplastia eletiva, preferencialmente por via anterior com tela.
- (C) iniciar antibioticoterapia e repetir avaliação em 30 dias.
- (D) solicitar tomografia antes de indicar cirurgia, pois a clínica é inconclusiva.
- (E) realizar cirurgia de urgência por risco iminente de estrangulamento.

**6**

Mulher de 68 anos, com história prévia de hérnia crural direita não tratada, é levada ao pronto-socorro com dor em fossa ilíaca direita, náuseas e sensação de distensão abdominal há 24 horas. Nega vômitos ou parada total de eliminação de gases e fezes. Ao exame físico, apresenta massa dolorosa e pouco reduzível em região inguinal direita, com dor localizada, sem sinais francos de peritonite. Ruídos hidroaéreos presentes. Exames laboratoriais mostram leucocitose ( $14.000/\text{mm}^3$ ) e PCR elevada. A tomografia evidenciou alça intestinal com parede espessada herniando parcialmente pelo canal femoral, sem dilatação significativa de alças proximais.

Nesse caso, a conduta mais apropriada será

- (A) tratamento conservador com analgesia e vigilância clínica.
- (B) redução manual da hérnia com sedação e reavaliação ambulatorial.
- (C) cirurgia de urgência com abordagem da hérnia e avaliação de viabilidade intestinal.
- (D) antibioticoterapia de amplo espectro e dieta zero por 72 horas.
- (E) CPRE urgente para alívio da compressão mecânica intestinal.

**7**

Homem de 71 anos, com antecedentes de duas cirurgias prévias para correção de hérnia inguinal direita, apresenta novamente abaulamento em região inguinal ipsilateral, que aumenta ao esforço e reduz parcialmente ao repouso. Relata desconforto local progressivo, mas nega sintomas obstrutivos ou dor aguda. Ao exame físico, observa-se hérnia recidivada inguinal direita, que se estende parcialmente até o escroto. A tomografia de abdome confirma hérnia inguinal recorrente com componentes direto e indireto, sem sinais de encarceramento. Funções pulmonar e cardíaca estão compensadas.

Para esse paciente, a melhor abordagem terapêutica será

- (A) indicar correção cirúrgica por via posterior (pré-peritoneal), preferencialmente videolaparoscópica.
- (B) realizar nova hernioplastia anterior com tela pela técnica de Lichtenstein.
- (C) optar por tratamento conservador com suporte inguinal e vigilância semestral.
- (D) indicar ressecção intestinal profilática, dado o risco de estrangulamento.
- (E) utilizar sistema de plugue e tela pela via anterior para evitar manipulação peritoneal.

**8**

Homem de 47 anos, previamente saudável, procura o pronto-socorro com dor epigástrica intensa irradiando para dorso, associada a náuseas e vômitos. Relata episódio semelhante leve há 2 meses. Exame físico mostra dor epigástrica à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Temperatura  $37,5^\circ\text{C}$ , FC 102 bpm, PA 110/70 mmHg. Exames laboratoriais mostram: amilase 1.200 U/L (VR < 120), lipase 1.800 U/L (VR < 160), leucócitos  $13.000/\text{mm}^3$ . Ultrassonografia abdominal revela vesícula biliar com múltiplos cálculos e colédoco de 8 mm, sem sinais de dilatação intra-hepática.

Das condutas a seguir, a mais apropriada nesse momento será

- (A) realizar CPRE de urgência para desobstrução biliar.
- (B) iniciar antibiótico e programar colecistectomia eletiva em 3 meses
- (C) iniciar nutrição parenteral total e jejum prolongado até normalização das enzimas pancreáticas.
- (D) encaminhar para ressonância magnética e repetir exames laboratoriais em 72 horas.
- (E) internar para suporte clínico e programar colecistectomia laparoscópica durante a mesma internação.

**9**

Uma mulher de 52 anos apresenta-se com icterícia leve, colúria, prurido e dor em hipocôndrio direito, intermitente, com duração de cerca de 2 horas por episódio, geralmente após refeições gordurosas. Refere episódios semelhantes há mais de um ano, mas sem febre ou sinais de infecção sistêmica. Ao exame físico, há dor à palpação do quadrante superior direito, sem sinal de Murphy positivo. Exames laboratoriais mostram bilirrubina total de 3,5 mg/dL (fração direta 2,8), elevação de GGT, FA e discreto aumento de transaminases. Ultrassonografia abdominal revela vesícula biliar com paredes espessadas, múltiplos cálculos e colédoco com 10 mm.

A melhor conduta para essa paciente, nesse momento, será

- (A) realizar colecistectomia videolaparoscópica imediata e alta hospitalar precoce.
- (B) solicitar colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) para avaliação de coledocolitíase.
- (C) iniciar antibioticoterapia empírica e aguardar resolução espontânea da icterícia.
- (D) realizar CPRE imediata com retirada de cálculo, seguida de colecistectomia eletiva.
- (E) indicar drenagem percutânea da vesícula biliar para descompressão urgente.

**10**

Um paciente de 60 anos apresenta icterícia progressiva, colúria e prurido há duas semanas. Nega febre ou dor abdominal intensa. Ao exame físico, encontra-se icterico, eupneico e normotenso. A ultrassonografia mostra dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. A tomografia computadorizada de abdome evidencia massa de 2,5 cm na região ampular, sem invasão vascular, linfonodos aumentados ou metástases. A colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) e a ecoendoscopia confirmam lesão localizada na papila de Vater. Biópsia endoscópica sugere adenocarcinoma bem diferenciado.

Diante desse quadro clínico, a conduta terapêutica mais apropriada será

- (A) colocação de *stent* biliar endoscópico e acompanhamento ambulatorial.
- (B) radioterapia exclusiva com intenção curativa.
- (C) duodenopancreatectomia (procedimento de Whipple) com linfadenectomia regional.
- (D) pancreatectomia total com esplenectomia, por ser tumor de alto risco.
- (E) quimioterapia neoadjuvante antes da cirurgia para reduzir o volume tumoral.

**11**

Em sua enfermaria está um paciente de 73 anos, que tem perda ponderal de 15 kg em 4 meses, dor epigástrica persistente e vômitos pós-prandiais frequentes, é submetido à endoscopia digestiva alta, que revela lesão vegetante ulcerada no antro gástrico. A biópsia confirma adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado. A tomografia de tórax, abdome e pelve demonstra linfonodomegalia retroperitoneal, ascite e nódulos hepáticos múltiplos. A laparoscopia diagnóstica confirma carcinomatose peritoneal, impossibilitando a ressecção cirúrgica.

Na sessão clínica, a conduta a ser aplicada é discutida e concluiu-se que, nesse caso, a melhor conduta será

- (A) quimioterapia paliativa baseada em fluoropirimidina e platina, com objetivo de controle de sintomas e sobrevida.
- (B) gastrectomia total com linfadenectomia D2, seguida de quimioterapia adjuvante.
- (C) radioterapia curativa isolada com alta dose de precisão sobre o estômago e fígado.
- (D) gastrojejunostomia profilática para prevenção de obstrução futura, sem necessidade de quimioterapia.
- (E) imunoterapia com inibidores de *checkpoint* como monoterapia de primeira linha.

**12**

Homem de 63 anos apresenta perda ponderal de 10 kg, saciedade precoce e dor epigástrica nos últimos 3 meses. A endoscopia digestiva alta com biópsia revelou adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado na pequena curvatura do antro. A tomografia de abdome e pelve com contraste não evidenciou metástases. A ecoendoscopia mostrou lesão comprometendo a submucosa e parte da muscular própria, com linfonodos regionais positivos. A classificação TNM foi T2N1M0.

A conduta apropriada é

- (A) iniciar quimioterapia paliativa com fluorouracil e cisplatina.
- (B) iniciar imunoterapia com anti-PD1 seguida de gastrectomia total.
- (C) apenas vigilância clínica, pois se trata de um tumor limitado à submucosa.
- (D) indicar radioterapia isolada antes da cirurgia para reduzir o volume tumoral.
- (E) realizar gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2 e considerar quimioterapia adjuvante.

**13**

Homem de 68 anos, hipertenso, com antecedente de dispepsia crônica e uso contínuo de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), é admitido na emergência com episódio de melena volumosa e queda do nível de consciência. Ao exame, encontra-se pálido, sudorético, taquicárdico (FC 112 bpm) e hipotenso (PA 85/60 mmHg). Após estabilização com reposição volêmica e transfusão de 2 concentrados de hemácias, é submetido à endoscopia digestiva alta que revela úlcera duodenal com vaso visível sem sangramento ativo (classificação de Forrest IIa).

Das condutas abaixo, a mais adequada nesse momento é

- (A) alta hospitalar com uso de IBP oral e nova endoscopia em 30 dias.
- (B) apenas observação clínica com jejum e hidratação intravenosa por 24-48h.
- (C) cirurgia de emergência com sutura da úlcera e vagotomia troncular
- (D) tratamento endoscópico com injeção de adrenalina e termo coagulação local.
- (E) embolização angiográfica profilática, mesmo sem sangramento ativo.

**14**

Paciente do sexo masculino, 64 anos, com histórico de dor epigástrica crônica e uso irregular de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), é admitido no pronto-socorro com dor abdominal súbita, intensa, difusa, acompanhada de rigidez abdominal e taquicardia. Ao exame físico, há abdome em tábua, com sinal de Blumberg positivo. Radiografia de tórax em ortostatismo evidencia ar-livre subdiafragmático. O paciente está hemodinamicamente estável após reposição volêmica inicial.

Diante desse quadro, a melhor conduta inicial a ser adotada para esse paciente será

- (A) iniciar tratamento clínico com IBP endovenoso e antibióticos, observando por 24 h antes de decidir cirurgia.
- (B) solicitar endoscopia digestiva alta imediata para confirmar a localização e gravidade da úlcera.
- (C) realizar laparotomia exploradora com fechamento da perfuração e biópsia da borda da úlcera.
- (D) realizar laparotomia exploradora com drenagem abdominal sem fechamento da perfuração.
- (E) proceder a laparoscopia diagnóstica e, caso haja perfuração, manter apenas tratamento clínico com drenagem.

**15**

Paciente, homem de 55 anos, com história de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) há mais de 10 anos, apresenta-se com pirose frequente, regurgitação e ocasional disfagia. Nega perda ponderal significativa ou sangramentos. Foi submetido a endoscopia digestiva alta, que revelou mucosa esofágica com coloração salmão, estendendo-se por 3 cm acima da junção esofagogástrica. Biópsias demonstraram metaplasia intestinal com células calciformes. O exame histológico não evidenciou displasia. Ele está hemodinamicamente estável e com função hepática e renal preservadas.

Com base nesse quadro, a conduta mais apropriada é

- (A) iniciar esofagectomia subtotal, devido ao risco de adenocarcinoma.
- (B) repetir a endoscopia com biópsias em 3 meses, para confirmar o diagnóstico antes de qualquer tratamento.
- (C) realizar terapia endoscópica de ablação com radiofrequência imediatamente, mesmo na ausência de displasia.
- (D) iniciar inibidor de bomba de prótons (IBP) e realizar vigilância endoscópica periódica com biópsias.
- (E) encaminhar para funduplicatura laparoscópica como primeira medida curativa.

**16**

Um homem de 65 anos, tabagista e etilista crônico, apresenta disfagia progressiva para sólidos há três meses, perda de peso de 10 kg e episódios de odinofagia. A endoscopia digestiva alta revela lesão ulcerada e estenosante no terço médio do esôfago, com biópsia confirmando carcinoma espinocelular. A tomografia computadorizada de tórax e abdome mostra espessamento da parede esofágica sem evidência de metástases.

Com base no quadro clínico e nos achados de imagem, o estadiamento clínico mais provável e a melhor conduta terapêutica inicial são

- (A) estágio I; esofagectomia transhiatal sem neoadjuvância.
- (B) estágio II; quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de esofagectomia.
- (C) estágio III; quimioterapia paliativa.
- (D) estágio IV; radioterapia exclusiva.
- (E) estágio II; esofagectomia toracoabdominal imediata.

**17**

Um homem de 54 anos apresenta disfagia progressiva para sólidos e líquidos, regurgitação de alimentos não digeridos e perda de peso de 8 kg nos últimos seis meses. Nega tabagismo e etilismo. A endoscopia digestiva alta revela esôfago dilatado com acúmulo de resíduos alimentares e resistência na passagem para o estômago, sem lesões mucosas. A esofagografia baritada mostra dilatação esofágica com estreitamento distal em “bico de pássaro”. A manometria esofágica evidencia ausência de peristalse e hipertonia do esfíncter esofágico inferior.

Com base no quadro clínico e nos achados de exames, o diagnóstico mais provável e a melhor conduta terapêutica para o caso são, respectivamente,

- (A) acalasia; realizar miotomia de Heller laparoscópica com funduplicatura parcial.
- (B) estenose péptica do esôfago; iniciar inibidores da bomba de prótons e dilatações endoscópicas seriadas.
- (C) espasmo esofágico difuso; iniciar bloqueadores de canal de cálcio e nitratos.
- (D) doença do refluxo gastroesofágico; indicar funduplicatura de Nissen.
- (E) carcinoma de esôfago distal; agendar biópsia endoscópica e estadiamento com PET-CT.

**18**

Homem de 67 anos, com histórico de fibrilação atrial crônica, em uso irregular de anticoagulante, apresenta dor abdominal súbita e intensa há 6 horas, desproporcional ao exame físico, que revela apenas discreta distensão e dor difusa à palpação. Está taquicárdico e com sinais de hipoperfusão. Leucograma com  $18.000/\text{mm}^3$ , lactato sérico elevado (5,2 mmol/L) e gasometria com acidose metabólica. A tomografia de abdome com contraste mostra pneumatose intestinal e ausência de realce da artéria mesentérica superior. Não há sinais de perfuração ou peritonite evidente.

A conduta mais adequada nesse caso será

- (A) iniciar anticoagulação plena e manter observação clínica com jejum.
- (B) repetir tomografia em 12 horas para avaliar progressão da imagem.
- (C) encaminhar para laparotomia exploradora imediata para avaliação da viabilidade intestinal.
- (D) realizar colonoscopia urgente para confirmar o diagnóstico.
- (E) administrar antibióticos e iniciar nutrição parenteral total.

**19**

Mulher de 74 anos, com antecedente de colecistopatia não tratada, é admitida com quadro de distensão abdominal progressiva, náuseas e vômitos biliosos há 48 horas. Ao exame físico, encontra-se desidratada, com ruídos hidroaéreos aumentados e dor difusa à palpação do abdome. A radiografia de abdome mostra níveis hidroaéreos em alças delgadas e presença de ar nas vias biliares. A tomografia computadorizada revela alça ileal distendida com cálculo de 3 cm em sua luz, presença de pneumobilia e ausência de vesícula biliar.

A melhor conduta terapêutica para esse caso será

- (A) iniciar antibióticos e realizar CPRE com retirada do cálculo.
- (B) indicar laparotomia com enterolitotomia para extração do cálculo.
- (C) iniciar tratamento conservador com dieta zero e sonda nasogástrica, devido à idade da paciente.
- (D) realizar colecistectomia laparoscópica de urgência com exploração do colédoco.
- (E) colocar prótese biliar endoscópica para restabelecer o fluxo biliar.

**20**

Mulher de 56 anos, com histórico de histerectomia por via laparotômica há 3 anos, apresenta quadro de dor abdominal em cólica, distensão e episódios de vômitos nos últimos dois dias. Refere eliminação de flatos, mas sem evacuação nas últimas 36 horas. Ao exame físico, o abdome está distendido, com ruídos hidroaéreos aumentados e dor difusa sem sinais de peritonite. Radiografia de abdome em pé revela níveis hidroaéreos em alças delgadas. Tomografia com contraste oral e endovenoso mostra alças distendidas de delgado com ponto de transição único, sem sinais de isquemia ou perfuração. Paciente está hemodinamicamente estável, sem febre.

A conduta mais adequada nesse momento é

- (A) indicar laparotomia imediata, pois todo quadro obstrutivo requer cirurgia de urgência.
- (B) iniciar tratamento conservador com hidratação venosa, cateter nasogástrico e observação clínica.
- (C) realizar colonoscopia para descompressão e retirada do conteúdo fecal.
- (D) administrar anticoagulação por suspeita de trombose venosa mesentérica associada.
- (E) iniciar nutrição parenteral total imediata por risco de necrose intestinal.

**21**

Paciente masculino, 25 anos de idade, é vítima de queda de grande altura. Apresenta TCE grave com anisocoria à direita. Pressão Arterial de 100 x 60 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm e hipocorado ++/4.

Das alternativas de ressuscitação volêmica elencadas a seguir, a mais indicada é

- (A) ringer lactato.
- (B) soro glicosado 5%.
- (C) solução colóide de Dextran.
- (D) solução salina hipertônica a 3%.
- (E) ringer sem lactato com dextrose 5%.

**22**

Paciente com diagnóstico de carcinoma papilífero em lobo direito da tireoide, apresentando linfonodo de 1 cm palpável no bordo anterior do músculo esternocleidomastoideo do mesmo lado, abaixo da altura do osso hioide e acima da altura da cartilagem cricoide.

Segundo os compartimentos nodais do pescoço, esse linfonodo se encontra no nível

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

**23**

Tumores formados a partir de células G produtoras de gastrina, quando localizados no pâncreas, ocorrem mais comumente

- (A) no corpo e na cauda.
- (B) no colo pancreático e no corpo.
- (C) na cabeça e em processo uncinado.
- (D) no corpo e em processo uncinado.
- (E) na cauda, somente.

**24**

A correta síntese da parede abdominal é um fator importante na diminuição de ocorrência de hérnias incisionais de parede abdominal.

O estudo STITCH demonstrou diminuição de hérnias incisionais, com o fechamento da parede abdominal da seguinte forma:

- (A) pontos a 1 cm da borda, 0,5 cm entre os pontos e fio multifilamentar.
- (B) pontos a 0,5 cm da borda, 0,5 cm entre os pontos e fio monofilamentar.
- (C) pontos a 1 cm da borda, 1 cm entre os pontos e fio monofilamentar.
- (D) pontos a 0,5 cm da borda, 1 cm entre os pontos e fio monofilamentar.
- (E) pontos a 1 cm da borda, 1 cm entre os pontos e fio multifilamentar.

**25**

Os divertículos de esôfago podem estar associados a diversas condições clínicas.

O divertículo epifrênico está associado, entre outros, à(ao)

- (A) tuberculose pulmonar.
- (B) acalásia do esôfago.
- (C) doença do refluxo gastroesofágico.
- (D) hérnia de hiato tipo II.
- (E) linfoma de Hodgkin.

**26**

Paciente de 53 anos, tabagista, apresenta disfagia para sólidos. A endoscopia mostrou lesão estenosante de terço médio de esôfago, de 4 cm de extensão, ocupando 2/3 da luz do órgão. A biópsia confirmou carcinoma escamoso. O estadiamento clínico foi de um tumor T3, N1, M0.

Nesse caso, a próxima medida terapêutica a ser adotada é

- (A) radioterapia exclusiva.
- (B) gastrostomia alimentar.
- (C) esofagectomia em três campos.
- (D) esofagectomia distal (Ivor Lewis).
- (E) quimiorradioterapia neoadjuvante.

**27**

Sobre os tumores desmoides de parede abdominal, é correto afirmar que

- (A) geralmente se manifestam como massas palpáveis e dolorosas na parede abdominal.
- (B) têm associação com síndromes genéticas hamartomatosas como a síndrome de Peutz-Jeghers.
- (C) a biópsia por agulha tipo "core biopsy" é contraindicada pelo risco de disseminação tumoral.
- (D) se trata de um tumor benigno de comportamento maligno, com pouca propensão à recidiva local e a metástases.
- (E) nos casos esporádicos, há uma predominância no sexo feminino de dois para um.

**28**

Paciente chega ao pronto-socorro com quadro de obstrução intestinal alta. Apresenta dor na face anteromedial da coxa direita que alivia com a sua flexão. Ao exame físico, não são palpadas hérnias na região inguinal ou na parede anterior do abdome.

A hipótese diagnóstica mais provável, entre as listadas a seguir, é a de hérnia

- (A) obturatória.
- (B) perineal.
- (C) ciática.
- (D) de Grynfeldt.
- (E) de Petit.

**29**

Paciente submetido à correção de hérnia inguinal direita pela técnica de Liechtenstein, apresentando parestesia em face lateral do escroto do mesmo lado.

O nervo provavelmente lesado nessa situação é o

- (A) ileoinguinal.
- (B) ileohipogástrico.
- (C) ramo genital do genitofemoral.
- (D) ramo femoral do genitofemoral.
- (E) cremastérico.

**30**

Segundo a Resolução nº 2.429/2025 do Conselho Federal de Medicina, as cirurgias bariátricas em adolescentes podem ser realizadas

- (A) acima de 14 anos, respeitando os mesmos critérios que os adultos.
- (B) acima de 16 anos, respeitando os mesmos critérios que os adultos.
- (C) acima de 16 anos, somente se o IMC for acima de 40 kg/m<sup>2</sup> e houver comorbidades graves.
- (D) acima de 14 anos, somente se o IMC for acima de 35 kg/m<sup>2</sup> e houver comorbidades graves.
- (E) acima de 16 anos somente se o IMC for acima de 35 kg/m<sup>2</sup> e houver comorbidades graves.

**31**

Paciente, 20 anos, com febre baixa e dor abdominal de início há 12 horas. Ao exame, nota-se perda de sensibilidade abdominal quando os músculos da parede abdominal são contraídos.

Esse achado semiológico corresponde ao sinal de

- (A) Blumberg.
- (B) Rovsing.
- (C) Murphy.
- (D) Carnett.
- (E) Fothergill.

**32**

Em pacientes com hemorragia digestiva alta de causa varicosa, a contraindicação relativa ao uso do TIPS, entre as listadas a seguir, é

- (A) o escore de MELD acima de 10.
- (B) a classificação de Child-Pugh acima de 7 pontos.
- (C) a síndrome hepatorenal.
- (D) a ascite refratária.
- (E) o carcinoma hepatocelular.

**33**

Avalie o fragmento a seguir.

*Secretado(a) por células presentes no fundo gástrico, é também conhecido(a) como “hormônio da fome”.*

O fragmento fala sobre

- (A) grelina.
- (B) colecistoquinina.
- (C) GLP-1.
- (D) peptídeo YY.
- (E) leptina.

**34**

Paciente, 40 anos, mostra massa indolor de 7 cm em testículo direito, discreto aumento de gonadotrofina coriônica humana (hCG), desidrogenase láctea (DHL) bastante aumentada e alfa feto proteína normal.

Este tipo de tumor tem como sítio de metástase mais comum

- (A) o pulmão.
- (B) a coluna lombar.
- (C) os linfonodos retroperitoneais.
- (D) os linfonodos inguinais.
- (E) o fígado.

**35**

O subtipo de linfoma gástrico mais comum é o linfoma de

- (A) tecido linfóide associado à mucosa.
- (B) células foliculares.
- (C) grandes células B difuso.
- (D) células do manto.
- (E) Burkitt.

**36**

No pós-operatório de cirurgias em que não se utilizam próteses permanentes, as infecções de sítio cirúrgico são aquelas que ocorrem em até

- (A) cinco dias.
- (B) sete dias.
- (C) dez dias.
- (D) quinze dias.
- (E) trinta dias.

**37**

Paciente, 58 anos, iniciou tratamento com amoxicilina + clavulanato após colecistectomia de urgência devido a empiema de vesícula biliar. Após 48 horas, começou quadro de dor abdominal tipo cólica, queda do estado geral, diarreia mucosanguinolenta e febre de 39,7 °C. PA: 80 x 40 mmHg e FC: 128 bpm. Exame do abdome sem sinais de irritação peritoneal.

Além de estabilização do quadro hemodinâmico, assinale a melhor medida terapêutica a ser adotada, entre as citadas.

- (A) suspender amoxicilina + clavulanato e iniciar ceftriaxone.
- (B) suspender amoxicilina + clavulanato e aguardar coprocultura.
- (C) suspender amoxicilina + clavulanato e iniciar vancomicina.
- (D) proctocolectomia total com ileostomia e iniciar ceftriaxone.
- (E) associar vancomicina + metronidazol.

**38**

Paciente, 18 anos, sexo masculino, refere dor abdominal de início vaga em epigástrico, que migrou e se localizou em fossa ilíaca direita em 24 horas. Refere também náuseas e anorexia. A temperatura axilar é de 38 °C. Apresenta dor e defesa à palpação da fossa ilíaca direita, com descompressão dolorosa. Leucograma normal, sem desvio. Ultrassonografia com apêndice de diâmetro de 8 mm, sem líquido periapendicular.

Segundo o escore de Alvarado, esse paciente

- (A) não tem apendicite aguda.
- (B) tem probabilidade baixa de ter apendicite aguda.
- (C) tem probabilidade mediana de ter apendicite.
- (D) tem probabilidade alta de ter apendicite aguda.
- (E) precisa realizar TC para avaliar probabilidade de apendicite.

**39**

Pacientes com ileostomia podem apresentar distúrbios hidroeletrólíticos importantes, decorrentes da perda de eletrólitos pelo efluente ileal.

A concentração de sódio no efluente ileal é em torno de

- (A) 25 mEq/L.
- (B) 50 mEq/L.
- (C) 100 mEq/L.
- (D) 200 mEq/L.
- (E) 300 mEq/L.

**40**

O chamado canal anal cirúrgico diverge do canal anal anatômico. O canal anal cirúrgico possui comprimento de cerca de

- (A) 1 cm.
- (B) 2 cm.
- (C) 4 cm.
- (D) 6 cm.
- (E) 8 cm.

## Otorrinolaringologia

**41**

Em relação à otite média secretora na infância, assinale a afirmativa mais apropriada em relação à conduta diagnóstica inicial.

- (A) A realização de tomografia computadorizada de mastoides é obrigatória em todos os casos.
- (B) A timpanometria é pouco útil, pois não fornece dados confiáveis sobre a presença de líquido na orelha média.
- (C) A avaliação audiológica deve ser postergada até o surgimento de queixas auditivas objetivas.
- (D) A otoscopia pneumática deve ser utilizada para avaliação da mobilidade da membrana timpânica.
- (E) A prescrição de antibióticos deve ser feita em todos os casos suspeitos, mesmo sem sinais de infecção aguda.

**42**

No tratamento das rinossinusites crônicas sem polipose nasal, das opções abaixo, assinale a que é considerada de primeira linha no manejo clínico.

- (A) Lavagem nasal com solução salina e uso de corticoide tópico.
- (B) Antibioticoterapia sistêmica por até 3 dias.
- (C) Corticoterapia oral por tempo indeterminado.
- (D) Uso diário de descongestionantes tópicos vasoconstritores.
- (E) Cirurgia endoscópica nasossinusal imediata.

**43**

Na avaliação otoneurológica, o teste de Romberg alterado sugere

- (A) distúrbio exclusivamente coclear.
- (B) lesão vestibular periférica ou comprometimento da propriocepção.
- (C) alteração exclusiva da motricidade ocular.
- (D) presença de nistagmo posicional típico da VPPB.
- (E) hipersensibilidade auditiva bilateral.

**44**

Sobre o uso do diapasão em testes clínicos de triagem auditiva, assinale a afirmativa correta.

- (A) O teste de Weber lateraliza sempre para o lado normal em perdas condutivas.
- (B) O teste de Rinne é positivo quando a condução óssea é melhor que a aérea.
- (C) Em perdas neurossensoriais, o Rinne geralmente é negativo.
- (D) O teste de Weber lateraliza para o lado afetado nas perdas condutivas.
- (E) Diapasão de 128 Hz é o mais indicado para triagem auditiva.

**45**

Assinale a afirmativa correta sobre o desvio septal nasal.

- (A) A cirurgia corretiva deve ser realizada preferencialmente antes dos 5 anos de idade.
- (B) O desvio septal raramente causa obstrução nasal significativa.
- (C) A septoplastia é indicada apenas em casos com perfuração septal.
- (D) Pode estar associado à hipertrofia compensatória do corneto contralateral.
- (E) O desvio septal não interfere na respiração durante o sono.

**46**

Em relação às otites médias recorrentes na infância, a seguinte conduta está correta:

- (A) a timpanotomia com colocação de tubo de ventilação é indicada após o primeiro episódio de otite.
- (B) a profilaxia antibiótica contínua é sempre preferida em relação à intervenção cirúrgica.
- (C) a presença de perda auditiva associada pode justificar indicação cirúrgica precoce.
- (D) o uso de descongestionantes orais reduz comprovadamente a frequência de infecções.
- (E) a adenoidectomia é contraindicada em crianças menores de 5 anos.

**47**

A função da audiometria vocal é

- (A) avaliar prioritariamente o ganho com aparelhos auditivos.
- (B) medir os limiares auditivos em diferentes frequências.
- (C) avaliar principalmente lesões retrococleares.
- (D) substituir completamente a audiometria tonal liminar.
- (E) identificar limiar de recepção da fala e discriminação de palavras.

**48**

Em pacientes com perfuração timpânica traumática recente, a seguinte conduta inicial é mais adequada:

- (A) realizar lavagem otológica com soro fisiológico para remover debris.
- (B) iniciar antibiótico sistêmico por 10 dias e manter ouvido tampado.
- (C) observar clinicamente por algumas semanas, evitando entrada de água.
- (D) encaminhar imediatamente para timpanoplastia cirúrgica.
- (E) efetuar irrigação auricular com álcool boricado a 3%.

**49**

No exame de nistagmo espontâneo, a seguinte característica sugere origem periférica:

- (A) nistagmo vertical puro.
- (B) ausência de supressão com fixação ocular.
- (C) presença de nistagmo multidirecional.
- (D) nistagmo horizontal, unidirecional, com supressão à fixação.
- (E) nistagmo que se inverte com o olhar lateral.

**50**

Em relação à fisiopatologia da rinite vasomotora, é correto afirmar que

- (A) é uma rinite infecciosa com predomínio de neutrófilos.
- (B) está relacionada à hiper-reatividade do sistema parassimpático nasal.
- (C) apresenta eosinofilia nasal como característica diagnóstica obrigatória.
- (D) tem como tratamento de escolha os antibióticos tópicos nasais.
- (E) é determinada como sendo secundária a uso crônico de descongestionantes tópicos.

**51**

Sobre o exame físico do nariz, assinale a afirmativa correta.

- (A) A rinoscopia anterior permite avaliação direta do óstio do seio esfenoidal.
- (B) A inspeção externa nasal é desnecessária em casos de obstrução nasal unilateral.
- (C) A rinoscopia anterior avalia septo, cornetos inferiores e secreções na cavidade nasal.
- (D) A presença de pólipos nasais impede completamente a realização da rinoscopia anterior.
- (E) O exame rinoscópico é contraindicado em pacientes com rinite alérgica.

**52**

Assinale a opção que apresenta uma contraindicação relativa à realização da prova calórica com água.

- (A) Zumbido bilateral.
- (B) Presença de otite externa aguda.
- (C) Presbiacusia.
- (D) Vertigem posicional paroxística benigna.
- (E) Disacusia súbita unilateral.

**53**

Em relação ao zumbido, é correto afirmar que

- (A) o zumbido objetivo é sempre causado por distúrbios do sistema nervoso central.
- (B) o zumbido pulsátil deve ser avaliado com atenção por possível origem vascular.
- (C) o zumbido bilateral de início gradual raramente tem origem auditiva.
- (D) a acufenometria é um exame que visa ao diagnóstico diferencial com perda condutiva.
- (E) o zumbido é, por definição, um sinal de urgência médica.

**54**

Na propeleutica do labirintopata, a manobra de Dix-Hallpike é empregada principalmente para

- (A) induzir zumbido em pacientes com perda auditiva unilateral.
- (B) identificar hiporreflexia vestibular bilateral.
- (C) confirmar vertigem central causada por esclerose múltipla.
- (D) diagnosticar vertigem posicional paroxística benigna de canal posterior.
- (E) medir limiares auditivos de condução óssea.

**55**

Das situações elencadas a seguir, assinale a que representa uma indicação clássica para cirurgia de adenotonsilectomia em crianças.

- (A) Apenas dois episódios de amigdalite por ano, com boa resposta a analgésicos.
- (B) Ronco noturno sem apneia associada, com exames laboratoriais normais.
- (C) Otolgia recorrente sem evidência de otite média ou infecção de vias aéreas superiores.
- (D) Rinite alérgica perene não controlada com corticoterapia tópica nasal.
- (E) Apneia obstrutiva do sono documentada por polissonografia com comprometimento ventilatório.

**56**

No diagnóstico da rinite medicamentosa, dos achados a seguir, o mais característico é a

- (A) obstrução nasal associada a prurido e espirros intensos.
- (B) secreção nasal purulenta unilateral associada a febre.
- (C) obstrução nasal persistente após uso prolongado de vasoconstritor tóxico.
- (D) presença de pólipos nasais visíveis à rinoscopia anterior.
- (E) hipoacusia associada a espessamento da mucosa septal.

**57**

O principal mecanismo fisiopatológico da vertigem em pacientes com doença de Ménière é a(o)

- (A) destruição dos otólitos no utrículo.
- (B) inflamação do nervo vestibular.
- (C) presença de fístula perilinfática traumática.
- (D) atrofia progressiva do canal semicircular posterior.
- (E) aumento da pressão endolinfática no labirinto membranoso.

**58**

Durante o exame físico otológico, a presença de nível hidroaéreo visível por otoscopia indica

- (A) otosclerose.
- (B) otite média com efusão.
- (C) otite externa difusa.
- (D) miringoesclerose sem secreção.
- (E) perfuração timpânica seca.

**59**

Dos exames elencados a seguir, assinale o mais adequado para investigação inicial de rinossinusite crônica refratária ao tratamento clínico.

- (A) Endoscopia digestiva alta.
- (B) Nasofibrolaringoscopia.
- (C) Ressonância magnética de crânio.
- (D) Radiografia simples de cavidade nasal.
- (E) Tomografia computadorizada de seios paranasais.

**60**

A principal característica clínica da paracusia de recrutamento encontrada em perdas auditivas neurosensoriais é

- (A) a melhora auditiva em ambientes silenciosos.
- (B) uma audição normal com zumbido intermitente.
- (C) um incômodo exagerado a sons de intensidade moderada.
- (D) uma alteração no equilíbrio corporal em repouso.
- (E) uma otalgia desencadeada por sons agudos.

**61**

Sobre a válvula nasal, formada por duas regiões anatomicamente próximas, que podem ser responsáveis isoladamente ou em conjunto pela sua insuficiência, assinale a afirmativa correta.

- (A) A válvula nasal interna é um ângulo formado medialmente pela porção superior do septo nasal, superiormente e lateralmente pela porção caudal da cartilagem lateral superior e inferiormente pela cabeça do corneto inferior.
- (B) É o local de menor resistência na via aérea superior.
- (C) A válvula nasal externa é formada medialmente pelo septo caudal e columela, pelo triângulo frágil anteriormente, pelo rebordo alar lateralmente e pelo assoalho do vestibulo nasal inferiormente.
- (D) O restabelecimento da válvula nasal depende da abordagem cirúrgica de corneto inferior, septo nasal e parede nasal lateral.
- (E) O uso de dilatadores nasais externos não ajuda no diagnóstico, mas representa terapêutica bastante eficaz.

**62**

Em relação às deformidades de pavilhão auricular, como a orelha de abano, e às otoplastias, assinale a afirmativa correta.

- (A) A orelha em abano é considerada uma malformação.
- (B) A orelha em abano é transmitida geneticamente através de herança mendeliana autossômica dominante.
- (C) A orelha de abano é normalmente assimétrica ou unilateral.
- (D) O mau posicionamento do pavilhão pode ser decorrente do tamanho reduzido da concha, que projeta todo o pavilhão anteriormente.
- (E) Normalmente, o pavilhão está posicionado em 50° com relação à cabeça e, quando apresenta-se com ângulos maiores, caracteriza-se a orelha em abano.

**63**

A respeito da halitose, assinale a afirmativa correta.

- (A) A origem do mau hálito está localizada na cavidade oral em 50% dos casos.
- (B) O odor desagradável está, na maioria das vezes, relacionado à presença de compostos provenientes da ação de enzimas proteolíticas de bactérias Gram positivas aeróbicas presentes na cavidade oral.
- (C) As cáries são inerentemente malcheirosas, pois causam grandes espaços passíveis de acúmulo de alimentos.
- (D) A salivação deve ser observada, já que o fluxo salivar aumentado favorece a halitose.
- (E) A camada superficial da saburra está em constante contato com o ar formando uma camada anaeróbica. Já nas camadas profundas existem áreas com baixa concentração de oxigênio favorecendo a proliferação de bactérias aeróbicas.

**64**

Quanto aos dispositivos intraorais, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os elevadores de palato mole são muito eficazes e utilizados.
- (B) Os retentores linguais retêm a língua mediante pressão negativa, levando à sua posteriorização e facilitando a passagem do ar.
- (C) Os retentores linguais são melhor tolerados e mais usados em pacientes desdentados.
- (D) O aparelho de avanço mandibular é o tipo mais utilizado atualmente, deslocando a mandíbula e a língua anteriormente, e devem ser utilizados continuamente, dia e noite.
- (E) Os aparelhos intraorais de avanço mandibular formados por duas peças não permitem realizar avanço progressivo.

65

Sobre os aparelhos intraorais de avanço mandibular, assinale a afirmativa correta.

- (A) O efeito sobre a apneia dos aparelhos feitos sob medida e dos fornecidos prontos pré-moldados, é semelhante.
- (B) Estão indicados para pacientes com apneia que não tolerem e não se adaptem ao aparelho de pressão aérea positiva (CPAP).
- (C) Não podem ser associados ao uso de CPAP.
- (D) A protusão individual não é fato preditivo de sua eficácia.
- (E) Os pacientes com apneia supinodépendente apresentam pior resposta.

66

Sobre a aplicação do aparelho de pressão aérea positiva (CPAP), assinale a afirmativa correta.

- (A) A pressão do CPAP deverá ser aumentada até os eventos respiratórios serem reduzidos em 50%, como apneias, hipopneias, despertares relacionados a esforços respiratórios e ronco.
- (B) Para pressões acima de 10 cm H<sub>2</sub>O o uso de BiPAP (pressão positiva em dois níveis de pressão na via aérea superior) deve ser recomendado.
- (C) O limite máximo de pressão recomendado é de 20 cm H<sub>2</sub>O para pacientes acima de 12 anos.
- (D) Numa titulação "ótima" o índice de apneia-hipopneia deve estar abaixo de 15 eventos por hora de sono e a saturação mínima da oxi-hemoglobina acima de 85%.
- (E) O tratamento com CPAP restaura totalmente a disfunção cognitiva e os domínios da memória e função executiva, tais como memória de trabalho, flexibilidade mental, planejamento, resolução de problemas, inibição e fluência verbal.

67

Em relação à influência de condições clínicas e medicamentos na qualidade do sono, assinale a afirmativa correta.

- (A) Não há relação entre refluxo faringolaríngeo e apneia do sono.
- (B) Na mulher, os roncos e as apneias aparecem somente na forma precoce de menopausa e são decorrentes da perda do tônus muscular faríngeo oferecido pelo estrogênio.
- (C) As metilxantinas aumentam a latência para o sono, diminuem o tempo total de sono, aumentam os despertares e a latência para o sono REM, e diminuem a porcentagem do sono REM.
- (D) O tratamento de doenças da tireoide com hormônios tiroideanos melhora a qualidade do sono, mas não reduz a sonolência diurna excessiva.
- (E) A reposição exógena de estrógenos está indicada para todas as mulheres em menopausa e apneia do sono.

68

Em relação à síndrome do respirador oral, assinale a afirmativa correta.

- (A) Trata-se de uma adaptação fisiológica associada a desvios do padrão de crescimento dentocraniofacial.
- (B) Não está associada a maior frequência de infecções das vias aéreas superiores.
- (C) Trata-se de alteração mais prevalente em adultos, associada a desvios do septo nasal.
- (D) A respiração oral ativa sistemas distintos para o estímulo do crescimento e pode resultar em uma variação morfológica da face.
- (E) São alterações características a inversão de lábio inferior, hiperdesenvolvido, alargamento narinário e hipertonía da musculatura perioral.

69

Em relação às indicações de adenoidectomia e/ou amigdalectomia (tonsilectomia faríngea e/ou palatina), assinale a afirmativa correta.

- (A) Doenças imunomediadas pelo *Streptococcus pyogenes*, como o reumatismo poliarticular agudo, a glomerulonefrite difusa aguda não se beneficiam da tonsilectomia.
- (B) A formação do caseum ou tonsilolito nas criptas tonsilares causa halitose e representa indicação formal de tonsilectomia.
- (C) Complicações locorregionais das infecções tonsilares tais como otites médias crônicas secretoras, rinosinusites e laringotraqueítes recorrentes, são raras.
- (D) A administração de antimicrobianos no pós-operatório de tonsilectomias durante 7 a 10 dias traz benefícios adicionais.
- (E) Nos casos de abscesso peritonsilar a indicação de tonsilectomia é controversa e deve ser restrita aos casos de infecções recorrentes.

70

Em relação às técnicas cirúrgicas nas amigdalectomias, assinale a afirmativa correta.

- (A) A técnica de dissecação extracapsular auxiliada pelo eletrocautério é raramente indicada.
- (B) A utilização de microdebridador e bisturi bipolar de alta radiofrequência (Coblation®) oferecem substancial redução da dor pós-operatória e menor ocorrência de sangramento.
- (C) A utilização de bisturi elétrico bipolar auxilia na dissecação e na hemostasia.
- (D) As tonsilectomias parciais, quando realizadas em crianças maiores que 3 anos, não têm risco significativo de recidiva de hiperplasia tonsilar ou reintervenção cirúrgica.
- (E) A administração de corticosteroides no pós-operatório imediato não ocasiona redução da dor e retorno alimentar mais precoce.

71

Em relação à anquiloglossia, é correto afirmar que

- (A) é mais comum em homens brancos.
- (B) não apresenta relação com síndromes ou questões genéticas.
- (C) existem evidências de que a frenectomia a laser seja a mais segura.
- (D) não há indicação para terapia fonoaudiológica.
- (E) pode causar limitações para a fala e mastigação, e efeitos como recessão gengival e má-oclusão.

**72**

Sobre a leucoplasia pilosa lingual, assinale a afirmação correta.

- (A) É causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV) e ocorre em pacientes imunossuprimidos.
- (B) É considerada agressiva e de moderada morbidade.
- (C) A sorologia positiva é patognomônica.
- (D) Se manifesta como placa acinzentada escura corrugada na borda lateral da língua que não se destaca à raspagem.
- (E) A biópsia está indicada, mas a identificação histológica é difícil.

**73**

Quanto às doenças sistêmicas que causam manifestações orais, assinale a afirmativa correta.

- (A) O lúpus se manifesta na mucosa oral usualmente por lesões semelhantes a líquen plano e leucoplasias.
- (B) São 12 as doenças sistêmicas que causam manifestações orais.
- (C) A biópsia incisional é obrigatória para a definição diagnóstica.
- (D) Por definição, em todos os casos, as manifestações orais são a primeira evidência da doença sistêmica.
- (E) Na esclerodermia surgem gengivite, ressecamento oral, perda dentária e lesões endurecidas na mucosa.

**74**

Em relação às glândulas salivares e as sialoadenites, é correto afirmar que

- (A) cerca de 50% da saliva é produzido pelas parótidas, submandibulares e sublinguais.
- (B) o citomegalovírus normalmente promove infecções sistêmicas e possui tropismo por glândulas salivares.
- (C) a caxumba está relacionada à infecção pelo paramixovírus, havendo maior incidência entre 8 e 12 anos de idade.
- (D) exames de imagem auxiliam no diagnóstico, e a sialoendoscopia é a terapêutica mais empregada.
- (E) a viscosidade da saliva produzida pela glândula parótida é a maior e a menor é a da submandibular.

**75**

Sobre as sialolitíases, assinale a afirmativa correta.

- (A) Ocorrem raramente associadas à sialoadenite crônica.
- (B) Predominam em pacientes na faixa etária entre 30 e 50 anos.
- (C) A sialorressonância magnética é um exame mais preciso para avaliar o parênquima glandular e o ducto de drenagem.
- (D) Distribuem-se igualmente entre as glândulas maiores.
- (E) Há direta correlação entre os níveis de cálcio sérico e a sua formação.

**76**

Sobre hipossalivação e xerostomia, assinale a afirmativa correta.

- (A) Xerostomia e hipossalivação são sinônimos.
- (B) O tratamento da hipossalivação e da xerostomia se inicia no uso de saliva artificial e na ingestão de ácidos e cítricos.
- (C) O uso sistêmico de cloridrato de pilocarpina em dose única diária resulta em aumento de salivação após uma semana de uso.
- (D) O cloridrato de pilocarpina é bem tolerado por pacientes com úlcera gastrointestinal e mal de Parkinson.
- (E) O cloreto de betanecol gera menor quantidade de efeitos colaterais, maior tempo de atividade sialogoga e melhor custo-benefício do que a pilocarpina.

**77**

Quanto à sialorreia, assinale a afirmativa correta.

- (A) É comum em condições neurológicas e pode ser causada pela produção excessiva de saliva ou diminuição da deglutição.
- (B) A babugem é geralmente associada com aumento da produção salivar.
- (C) Na sialorreia paroxística idiopática, os episódios podem durar algumas horas, sem outros sintomas.
- (D) Trata-se de um fenômeno fisiológico em recém-nascidos, devendo cessar em torno dos 6 meses.
- (E) O uso de medicamentos anticolinérgicos reduz o volume de saliva, mas pode causar flatulência, incontinência urinária e insônia.

**78**

Sobre as mudanças vocais causadas pela variação dos hormônios, assinale a afirmativa correta.

- (A) Mudanças vocais relacionadas a hormônios sexuais começam a ser percebidas a partir dos 11 anos.
- (B) A muda vocal relativa à puberdade inicia-se a partir dos 12 anos, completando-se aos 15 em ambos os sexos.
- (C) As variações vocais durante o ciclo menstrual são determinadas por preponderância de estrógeno ou progesterona, com efeitos laríngeos diversos.
- (D) Substâncias androgênicas exógenas são componentes de contraceptivos orais, e seu uso representa um enorme risco para cantoras.
- (E) A laringopatia da gravidez é mais perceptível em cantoras no terceiro trimestre da gestação, tornando a voz mais aguda e trêmula.

**79**

Sobre os efeitos vocais das disfunções da tireoide, assinale a afirmativa correta.

- (A) No hipotireoidismo as alterações vocais são decorrentes do aumento da massa das pregas vocais, o que acarreta proporcional aumento da frequência fundamental.
- (B) No hipertireoidismo ocorre fadiga vocal e perda da extensão vocal, a voz é áspera ou grave.
- (C) No hipotireoidismo grave com mixedema, há grande diminuição da força muscular e pode surgir paresia ou paralisia da prega vocal.
- (D) O hipertireoidismo leve causa precocemente problemas vocais, com aumento da intensidade da voz e tremor na emissão.
- (E) O hipertireoidismo moderado causa problemas vocais, com diminuição da intensidade da voz e tremor na emissão.

**80**

Sobre a semiologia da laringe, assinale a afirmativa correta.

- (A) Na laringoscopia solicita-se a emissão da vogal /i/ porque esta permite o rebaixamento da laringe, facilitando a visão da região anterior da glote.
- (B) O estroboscópio capta a frequência de vibração das pregas vocais e emite luz entrecortada em ciclos sucessivos e regulares, sem defasagem, o que nos dá a falsa impressão de câmera lenta.
- (C) Na escala RASATI avalia-se rouquidão, aspereza, soprosidade, astenia, tensão e instabilidade, graduando-se cada uma dessas características vocais em três graus.
- (D) A avaliação acústica da voz é essencial na monitorização do tratamento do paciente, dispensando a avaliação perceptiva e auditiva da voz.
- (E) Para a realização da laringoscopia em consultório é obrigatória a anestesia tópica na orofaringe.



Realização

