

003. PROVA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO EM **OTORRINOLARINGOLOGIA OU CIRURGIA GERAL**
OU **ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA**

Especialidade: **Cirurgia de Cabeça e Pescoço**

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- ◆ Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- ◆ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ◆ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ◆ A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- ◆ Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova, assinando termo respectivo.
- ◆ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- ◆ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

Nome do candidato _____

RG _____

Inscrição _____

Prédio _____

Sala _____

Carteira _____

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

CIRURGIA GERAL

01. Homem de 29 anos procura atendimento por quadro de diarreia mucossanguinolenta associada a tenesmo retal e urgência evacuatória. Queixa-se ainda de dor abdominal esporádica leve e relata que o início dos sintomas foi há cerca de 4 semanas. Nega febre e perda ponderal. Refere que as evacuações se tornaram urgentes e frequentes, com sensação de evacuação incompleta. Ao exame físico, apresenta dor à palpação abdominal profunda, sem sinais de peritonite ou massas palpáveis. Ao toque retal, apresenta discreta quantidade de muco e sangue em dedo de luva. Região perianal sem alterações como mamilos hemorroidários ou fissuras.

O diagnóstico mais provável é

- (A) retocolite ulcerativa idiopática.
- (B) síndrome do intestino irritável.
- (C) doença de Crohn.
- (D) gastroenterocolite infecciosa.
- (E) giardíase.

02. Quais pólipos são relacionados à síndrome de Peutz-Jeghers?

- (A) Adenomas.
- (B) Adenomas serrilhados.
- (C) Hamartomas.
- (D) Hiperplásicos.
- (E) Inflamatórios.

03. Assinale a alternativa correta sobre as manifestações clínicas da infecção pelo *H. pylori*.

- (A) A maioria dos infectados tem sintomas gastrointestinais significativos já nos primeiros meses após a infecção.
- (B) A infecção pelo *H. pylori* isoladamente já é suficiente para o desenvolvimento do carcinoma gástrico, mesmo na ausência de outros fatores de risco.
- (C) As úlceras gástricas têm menos associação com a infecção pelo *H. pylori* do que as úlceras duodenais, sendo essas últimas mais frequentemente causadas por uso de anti-inflamatórios.
- (D) Pacientes que desenvolvem úlcera duodenal após a infecção têm menor risco de desenvolvimento de câncer gástrico.
- (E) O linfoma MALT ocorre apenas nas infecções pelo *H. pylori* associadas a úlceras gástricas.

04. Assinale a alternativa correta sobre a fisiopatologia e as manifestações clínicas da cirrose hepática.

- (A) Na cirrose avançada, observa-se tipicamente uma vasoconstrição esplâncnica característica.
- (B) A encefalopatia hepática ocorre pela ação da amônia sobre o sistema nervoso central, sem a participação de outros mediadores inflamatórios.
- (C) A disfunção imunológica da cirrose hepática é decorrente de uma resposta descontrolada a infecção bacteriana, levando à síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS).
- (D) O comprometimento renal relacionado à cirrose é decorrente da ação de citocinas inflamatórias sobre a microvasculatura renal, entre outros fatores.
- (E) Na inflamação sistêmica relacionada à cirrose, secundária à disfunção hepática, não se observa aumento da permeabilidade intestinal.

05. Um homem de 40 anos, previamente hígido, é admitido na sala de emergência após atropelamento por automóvel. Encontra-se consciente e orientado, porém pálido, sudorético e agitado. Relata dor abdominal intensa. Ao exame: PA: 80 × 60mmHg; FC: 124 bpm; FR: 24 irpm. Perfusão periférica alentecida (tempo de enchimento capilar > 4 segundos), abdome doloroso e tenso, com sinais de peritonite. Está sendo submetido a laparotomia exploradora para controle de danos. Foi realizada passagem de cateter vesical de demora, que permaneceu sem débito durante toda a abordagem, apesar da reposição volêmica recebida.

Assinale a alternativa correta sobre os mecanismos compensatórios de preservação da função dos órgãos vitais observados nesse paciente.

- (A) A ativação dos barorreceptores durante o estado de choque inibe a atividade simpática e aumenta o tônus parassimpático, com conseqüente redução da contratilidade miocárdica.
- (B) A angiotensina II atua na conversão da angiotensina I no endotélio pulmonar e não tem efeitos sobre a função renal.
- (C) A aldosterona participa de forma independente na ativação do sistema renina-angiotensina.
- (D) O hormônio antidiurético (ADH) conserva a água livre através da reabsorção da água nos túbulos coletores do córtex renal. Seu principal estímulo é mediado por barorreceptores e centros hipotalâmicos.
- (E) A vasoconstrição promovida pelas catecolaminas ocorre de forma homogênea em todos os territórios vasculares para assegurar uma perfusão tecidual global adequada.

06. Os mecanismos fisiopatológicos do choque, descritos por Blalock na década de 30, permanecem ainda relevantes nos dias de hoje. Com base nessa classificação, assinale a alternativa correta.

- (A) O choque vasogênico corresponde ao quadro de hipoperfusão tecidual causada pelo aumento abrupto da resistência vascular sistêmica.
- (B) O choque neurogênico tem como causa a perda de grandes volumes de fluidos corporais extracelulares.
- (C) O choque hematogênico é decorrente da perda do volume sanguíneo circulante, como nos casos de hemorragia aguda.
- (D) O choque cardiogênico é proveniente de uma vasodilatação exacerbada associada à redistribuição do fluxo, como nos casos de sepse grave.
- (E) A perda de grandes volumes de fluidos nos casos de diarreia, vômitos ou fistulas enterais explica a fisiopatologia do choque distributivo.

07. Homem de 60 anos, em regime de internação hospitalar há duas semanas por sepse de foco abdominal por diverticulite operada, apresenta fístula entérica de alto débito (> 500 mL/24horas), impossibilitando a alimentação por via entérica. Iniciou nutrição parenteral total (NPT) há 10 dias. Nos últimos dias, iniciou quadro de febre persistente com secreção purulenta ao redor do sítio de inserção do cateter venoso central, bem como icterícia leve e elevação das enzimas hepáticas. Apresenta ainda dificuldade no desmame da ventilação mecânica.

Considerando o quadro clínico, assinale a alternativa mais adequada.

- (A) A NPT apresenta baixo risco infeccioso por ser uma solução estéril. A febre possivelmente deve estar relacionada à fístula entérica ou a coleções intra-abdominais.
- (B) Carboidratos em excesso na formulação da NPT podem levar a um aumento do CO₂ e consequente refratariedade ao desmame da ventilação mecânica.
- (C) A translocação bacteriana não é uma hipótese para este caso por ser mais comum em pacientes críticos recebendo nutrição enteral do que naqueles em NPT.
- (D) A toxicidade hepática induzida pela NPT é decorrente da hiperglicemia persistente, sem outros fatores relacionados à formulação.
- (E) Formulações parenterais com alto teor de proteínas não são associadas a complicações clínicas relevantes, devendo ser preferidas em pacientes com grande consumo metabólico.

08. Um paciente etilista crônico de 45 anos apresenta dor abdominal epigástrica súbita e intensa com irradiação em faixa para o dorso. Apresentou múltiplos episódios de vômitos intensos e náuseas. Foi admitido no pronto atendimento com hipotensão (PA: 90 × 60 mmHg), taquicardia (FC: 120 bpm) e febre (38,7 °C). Ao exame, apresenta regular estado geral, abdome doloroso difusamente, mas sem sinais de peritonite. Exames laboratoriais: amilase sérica: 1.240 mg/dL; lipase: 1.700 mg/dL; leucócitos: 16.000/mm³; proteína C reativa: 21 mg/dL e creatinina: 1,9 md/dL. A tomografia abdominal descreve edema pancreático difuso com áreas de necrose. O paciente foi internado em terapia intensiva e iniciou período de reposição volêmica vigorosa com solução cristalóide, analgesia e antibioterapia, devido à suspeita de evolução infecciosa da necrose pancreática. A equipe titular discute agora a melhor estratégia nutricional.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Manter o paciente em jejum absoluto até a completa resolução do quadro agudo. Estímulos enterais neste momento aumentam o risco de infecção.
- (B) A nutrição parenteral total precoce está indicada neste momento como estratégia de prevenção da desnutrição e profilaxia da translocação bacteriana.
- (C) Iniciar nutrição enteral com sonda pós-pilórica nas primeiras 24 horas de internação reduz o risco de complicações infecciosas, o tempo de internação e a mortalidade relacionada à pancreatite.
- (D) Iniciar uso diário de procinéticos associados à nutrição enteral, pois há indícios robustos de benefícios na redução de complicações infecciosas da pancreatite aguda grave.
- (E) Aguardar a normalização dos níveis de amilase sérica previamente ao início da dieta oral, que deve ser pobre em gorduras.

09. Uma mulher de 55 anos, com histórico de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* do tipo 2, é admitida para cirurgia eletiva videolaparoscópica (colecistectomia). Ela apresenta IMC de 42,9 kg/m². Na avaliação pré-anestésica, houve a discussão sobre os cuidados perioperatórios com essa paciente, principalmente devido a seu estado nutricional.

A esse respeito, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de paciente com obesidade grau II. Neste cenário, o excesso de peso não representa um fator de risco relevante para complicações cirúrgicas.
- (B) Há maior risco de complicações perioperatórias devido ao acúmulo de gordura abdominal. Do ponto de vista metabólico, no entanto, não são observadas diferenças significativas em comparação a pacientes eutróficos.
- (C) Há pouca comprovação de que o IMC tenha relação com morbidade e mortalidade perioperatórias. Este índice, apesar de amplamente utilizado, tem utilidade limitada na avaliação pré-operatória.
- (D) Há necessidade de ajuste do IMC de acordo com a idade e o sexo, pois, na classificação tradicional, só há validação para crianças e adultos jovens.
- (E) A associação de fatores de risco oferece significativa chance de complicações e distúrbios endócrinos, cardiovasculares e imunológicos.

10. Mulher de 30 anos, hígida, foi submetida a cirurgia para ressecção de cisto dermoide na região esternal. O procedimento transcorreu sem complicações. A paciente manifestou sua preocupação com o risco de formação de cicatrizes inestéticas, pois já apresentou uma cicatriz hipertrófica no local de uma queimadura, no membro superior, ocorrida na infância. Ao exame, a ferida cirúrgica se encontra em bom aspecto. O fechamento foi feito com pontos simples.

Quais orientações podem ser dadas à paciente como medidas de profilaxia para a cicatrização anormal?

- (A) O uso de roupas de pressão deveria ser iniciado imediatamente após o fechamento da pele, mesmo na ocorrência de uma deiscência parcial.
- (B) A aplicação de curativos à base de gel de silicone, após a cicatrização inicial, colabora com a manutenção da hidratação da ferida e ajuda na redução da espessura, do prurido e do desconforto local.
- (C) O risco de formação de cicatriz hipertrófica ou de quelóide não está relacionado com a tensão no fechamento cirúrgico da ferida, tampouco com a localização anatômica.
- (D) Uso de protetor solar sobre a ferida operatória é contraindicado devido ao risco de impregnação da ferida por agentes emulsionantes presentes nas formulações.
- (E) Loções hidratantes e curativos oclusivos devem ser evitados, pois aumentam o risco de infecção local e deiscência de ferida.

11. Homem de 30 anos e 70 kg, hígido, foi vítima de ferimento por arma branca. É admitido na sala de emergência e apresenta PA: 90 × 60 mmHg; FC: 130 bpm; FR: 30 irpm; pele fria e pálida. Exames laboratoriais: hemoglobina de 11,2 g/dL; hematócrito de 34%; gasometria arterial evidencia acidose metabólica leve. A estimativa de sangramento é de 1.600 ml. Após um período de estabilização inicial com reposição de cristaloides, a equipe médica está discutindo a necessidade de transfusão de sangue.

Com base nos critérios de decisão frente ao grau de anemia aguda, assinale a alternativa correta.

- (A) Não há necessidade de transfusão, pois a hemoglobina está acima de 11 g/dL.
- (B) O paciente apresenta choque hemorrágico de classe II, portanto a transfusão de hemácias é obrigatória.
- (C) A perda estimada classifica a hemorragia como classe III. Nesses casos, a transfusão de hemácias provavelmente será necessária e deve-se proceder com tipagem e reserva de sangue.
- (D) A perda sanguínea classifica o choque como classe IV, portanto está indicada hemotransfusão maciça com sangue do tipo O negativo.
- (E) A decisão de transfundir, neste caso, dependerá da dosagem laboratorial das plaquetas e do coagulograma.

12. Um homem de 65 anos está sendo admitido na sala cirúrgica para um procedimento de urgência. Apresentou dor abdominal em fossa ilíaca esquerda associada a náuseas e distensão abdominal com início há 12 horas. Ao exame físico, apresenta massa dolorosa, irreductível e endurecida na região da fossa ilíaca esquerda, além de ruídos hidroaéreos difusamente aumentados. A radiografia de abdome realizada na sala de emergência evidenciou níveis hidroaéreos de distensão de alças de intestino delgado na região. O paciente não apresenta comorbidades ou alergias conhecidas. O cirurgião solicita que seja realizada a profilaxia antimicrobiana perioperatória adequada, caso seja indicada para o quadro. Nesse caso,

- (A) não é necessária profilaxia antimicrobiana.
- (B) deve ser administrada cefazolina, 2 g, em dose única, previamente à incisão da pele.
- (C) deve ser administrada cefazolina, 2 g, antes da incisão da pele, e mantida por ao menos 48 horas após o procedimento.
- (D) deve ser administrada cefazolina, 2 g, antes da incisão da pele, com possível associação de metronidazol.
- (E) deve ser administrada vancomicina, 2 g, associada à clindamicina, 600 mg, em dose única, antes da incisão da pele.

13. Durante a colecistectomia videolaparoscópica eletiva de um paciente jovem, o médico residente opta pelo fechamento da parede abdominal com fio absorvível para a aproximação da aponeurose. O preceptor questiona a escolha do fio, lembrando que o fechamento dessa estrutura deve garantir uma maior e mais prolongada força tênsil, minimizando o risco de hernias e, ao mesmo tempo, tendo baixa reação tecidual, evitando a formação de granulomas.

Com base nas características dos materiais de sutura, qual dos seguintes fios absorvíveis seria o mais adequado para o fechamento da bainha anterior do músculo reto abdominal?

- (A) CatGut simples.
- (B) Monocryl (poliglecarpone 25).
- (C) Vicryl (poliglactina 910).
- (D) PDS II (polidioxanona).
- (E) Seda cirúrgica.

14. Uma mulher de 55 anos, previamente hígida, é submetida à retossigmoidectomia eletiva por doença diverticular recorrente. A cirurgia foi realizada com preparo de cólon prévio e adequado e transcorreu sem intercorrências, sendo realizada anastomose primária. No pós-operatório, evoluiu satisfatoriamente nos primeiros dias, recebendo dieta progressiva com aceitação adequada. No sexto dia do pós-operatório, iniciou quadro de febre persistente com temperaturas de até 39,3 °C. Ao exame, a ferida operatória se encontra limpa e seca, sem sinais de infecção ou coleções. A ausculta pulmonar é limpa, e o abdome é flácido, sem sinais de peritonite. Não há sintomas urinários ou secreções em cateteres.

Com base na conduta mais adequada para o caso, assinale a alternativa correta.

- (A) A febre após mais de 72 horas de pós-operatório provavelmente está relacionada à atelectasia, devendo-se aguardar melhora espontânea e administrar a febre com antitérmicos.
- (B) O uso empírico de antibióticos deve ser iniciado imediatamente, mesmo antes da coleta de exames laboratoriais devido ao risco iminente de sepse.
- (C) Hemoculturas somente devem ser coletadas se houver sinais de infecção em órgãos alvo como na suspeita de pneumonia ou infecção urinária.
- (D) A persistência de febre sem foco definido após o quinto dia de pós-operatório exige a realização de tomografia computadorizada para avaliação de focos abdominais de infecção oculta.
- (E) Uroculturas com mais de 103 UFC/mL são definidoras de infecção do trato urinário mesmo em pacientes assintomáticos.

15. Homem de 37 anos é submetido a hemorroidectomia eletiva com raquianestesia e sedação. A cirurgia não teve intercorrências, e o paciente recebeu hidratação venosa vigorosa durante o intraoperatório e no período de 2 horas em que permaneceu na sala de recuperação anestésica. Seis horas após a cirurgia, queixou-se de dor abdominal na região hipogástrica, sem vômitos, náuseas ou diarreia. Ao exame, apresenta dor à palpação suprapúbica e maciez a punho-percussão da região.

Com base no quadro clínico, assinale a alternativa mais adequada.

- (A) A retenção urinária aguda é incomum após cirurgias anorretais, especialmente em pacientes idosos.
- (B) O manejo inicial é a hidratação venosa rigorosa para estímulo ao reflexo miccional.
- (C) O uso de antiespasmódicos deve ser realizado previamente às tentativas de cateterização vesical para restauo do tônus vesical e auxílio no esvaziamento.
- (D) A cateterização vesical de alívio é preferida à sondagem prolongada, especialmente em pacientes jovens e com baixo risco de novas retenções.
- (E) A cateterização vesical de alívio deve ser realizada apenas nos pacientes com dor intensa e sinais de infecção urinária. Os demais casos devem ser estimulados à deambulação e tentativa de esvaziamento vesical espontâneo.

16. Paciente vítima de trauma é socorrido por populares e levado à unidade de saúde mais próxima devido a atropelamento por veículo em alta velocidade, que ocorreu no centro da cidade. Apresenta-se inconsciente (Glasgow 7), pupilas assimétricas e com frequência respiratória de 25 irpm. A unidade de saúde não dispõe de neurocirurgião de plantão, mas há suporte de imagem e equipe treinada em suporte avançado de vida (ACLS e PHTLS).

Após a estabilização inicial do trauma, qual deve ser a conduta?

- (A) Realizar tomografia de crânio sem contraste, hidratação venosa e observação clínica.
- (B) Realizar tomografia e, após, administrar manitol e dexametasona se indicado.
- (C) Transferência imediata para o centro de trauma mais próximo.
- (D) Intubação orotraqueal em sequência rápida e transferência para o centro de referência mais próximo.
- (E) Intubação orotraqueal em sequência rápida, tomografia de crânio assim que possível e transferência para o centro de referência a depender dos achados.

17. Um paciente de 56 anos foi vítima de colisão automobilística. Foi atendido ainda na rodovia pela equipe de resgate, que evidenciou sinais de instabilidade hemodinâmica. Durante a avaliação inicial, foram identificados sinais de fratura do anel pélvico, com dor intensa e crepitação à palpação.

Considerando o mecanismo de trauma descrito e o tipo de fratura mais comum do anel pélvico, quais são o diagnóstico mais provável e a conduta imediata antes do transporte para o hospital de referência?

- (A) Fratura por compressão lateral – imobilização imediata com cinta pélvica externa e tração dos membros inferiores.
- (B) Fratura em livro aberto – imobilização imediata com cinta pélvica externa com rotação externa dos membros inferiores.
- (C) Fratura por cisalhamento vertical – estabilização externa imediata do anel pélvico.
- (D) Fratura por compressão lateral – estabilização externa imediata do anel pélvico.
- (E) Fratura em livro aberto – imobilização imediata com cinta pélvica externa com rotação interna dos membros inferiores.

18. Durante uma laparotomia exploradora por trauma penetrante do andar superior do abdome, o preceptor pede ao residente que avalie adequadamente a terceira e quarta porções do duodeno em busca de possíveis lesões.

Qual manobra cirúrgica o residente deve realizar?

- (A) Manobra de Pringle.
- (B) Manobra de Rutherford-Morrison.
- (C) Manobra de Cattell-Braasch.
- (D) Manobra de Mattox.
- (E) Manobra de Lortat-Jacob.

19. Uma mulher de 32 anos dá entrada na sala de emergência após agressão física por arma branca. Apresenta ferida penetrante na região lombar à esquerda, posteriormente a linha axilar anterior. Ao exame, apresenta pressão arterial de 120 x 70 mmHg, FC de 98 bpm e saturação de 97% em ar ambiente. O abdome é indolor à palpação. A ferida apresenta-se limpa e sem sangramento ativo no momento. Optou-se pela observação clínica do caso. Após 24 horas de internação, a paciente manteve-se afebril e sem sinais de peritonite, porém com dor discreta no local do ferimento que foi submetido a sutura. Os exames laboratoriais não apresentam alterações e a conduta expectante foi mantida.

Sobre o manejo dessa paciente, assinale a alternativa mais adequada.

- (A) O manejo é inadequado, pois nos ferimentos penetrantes da região posterior do flanco, mesmo em pacientes estáveis, indica-se exploração cirúrgica.
- (B) O manejo é inadequado. A tomografia computadorizada com contraste oral, retal e endovenoso é o método preferencial de avaliação de todos os pacientes com lesão penetrante no dorso, mesmo assintomáticos.
- (C) O manejo é adequado, pois exames físicos seriados têm elevada eficácia na detecção de lesões retroperitoneais e intraperitoneais.
- (D) O manejo é inadequado, pois, na ausência de sinais de irritação peritoneal nas primeiras 6 horas de observação hospitalar, o paciente pode ser receber alta com segurança.
- (E) O manejo foi inadequado, pois, para pacientes estáveis com traumas penetrantes do flanco, o ultrassom FAST teria acurácia mais elevada.

- 20.** Um homem de 45 anos sofreu uma queda de bicicleta enquanto participava de um evento esportivo. Foi trazido para a sala de emergência pelos organizadores do evento. Apresenta múltiplas escoriações em membros superiores e inferiores, bem como equimose na região epigástrica, local de impacto contra o guidão da bicicleta. Apresenta defesa à palpação do andar superior do abdome e dor importante no local do hematoma. Ao exame, apresenta PA: 100 × 70 mmHg; FC: 105 bpm e saturação de 95% em ar ambiente. Foi submetido a tomografia de abdome, sendo evidenciada presença de líquido livre no andar superior do abdome, ausência de sinais de trauma esplênico, hepático ou pneumoperitônio e um importante hematoma na parede abdominal. Qual é a conduta mais adequada?
- (A) Laparotomia exploradora. Na ausência de lesão hepática ou esplênica, a presença de líquido livre indica provável lesão do trato gastrointestinal.
 - (B) Repetir a tomografia e solicitar revisão do laudo por um segundo médico radiologista.
 - (C) Realizar ultrassom FAST na sala de trauma para quantificação do volume do líquido e melhor orientação terapêutica.
 - (D) Observação clínica. O trauma contuso da parede abdominal desencadeia reação inflamatória peritoneal, resultando em exsudação estéril.
 - (E) Realização de lavado peritoneal diagnóstico (LPD) para análise do aspirado. Na presença de fibras alimentares ou sangue, está indicada laparotomia exploradora.
- 21.** Assinale a alternativa correta sobre a utilidade das radiografias na sala de trauma.
- (A) No trauma abdominal penetrante em paciente instável, a radiografia abdominal não é necessária.
 - (B) A radiografia de pelve deve ser realizada em todo paciente vítima de trauma abdominal, independentemente da queixa ou da condição hemodinâmica.
 - (C) A radiografia de tórax em decúbito dorsal só tem utilidade nos pacientes com trauma torácico não penetrante.
 - (D) Nos pacientes com ferimentos por arma de fogo, as radiografias, mesmo com diferentes incidências, não permitem um estudo adequado do projétil, sendo preferida a tomografia assim que as condições clínicas permitirem.
 - (E) A radiografia de pelve não é necessária nos pacientes com dor ou sensibilidade à palpação devido à alta incidência de iatrogenias na mobilização para o exame.
- 22.** Na sala de emergência, é admitido um paciente de 34 anos, vítima de queda de motocicleta em alta velocidade. Apresenta-se consciente e lembra-se de todo o ocorrido. Os sinais vitais estão estáveis, sem sinais de choque ou instabilidade. Queixa-se de intensa dor pélvica. Ao exame, mostra escoriações na região glútea, um hematoma perineal extenso e sangue no meato uretral. A palpação retal revela que o tônus do esfíncter é preservado e não se percebe sangue em dedo de luva. A conduta mais apropriada é
- (A) hidratação vigorosa com solução colóide, seguida de sondagem vesical de demora para quantificação de débito urinário.
 - (B) tomografia pélvica com sondagem vesical para exame contrastado da bexiga.
 - (C) sondagem vesical com irrigação com soro gelado para prevenção de retenção urinária por coágulo vesical.
 - (D) tomografia (abdome e pelve) e uretrografia retrógrada.
 - (E) antibioticoterapia empírica e observação clínica.
- 23.** Um homem de 50 anos, vítima de acidente automobilístico, é admitido na sala de trauma consciente, com queixa de dor abdominal difusa e escoriações na parede anterior do abdome e tórax. Apresenta pressão arterial de 90 × 60 mmHg; FC: 130 bpm; FR: 28 irpm e saturação de 96% em ar ambiente. Ao exame, mostra sensibilidade abdominal difusa à palpação, mas sem sinais de peritonite: sem dor à descompressão brusca ou punho-percussão. Há nítida distensão abdominal, e a pelve está estável à palpação e mobilização. O paciente tem hálito etílico e encontra-se agitado e agressivo. Assinale a alternativa mais adequada.
- (A) A ausência de crepitações à palpação e mobilização da pelve descarta a possibilidade de fraturas nessa região.
 - (B) O exame físico neste caso é suficiente para afirmar que não há lesões abdominais, sendo possível a realização de tomografia para complementação diagnóstica.
 - (C) É necessário adiar o exame físico até que o paciente esteja sóbrio e colaborativo.
 - (D) A ausência de sinais de irritação peritoneal no exame físico, apesar da distensão abdominal, permite concluir que a fonte de sangramento oculta deve ser o tórax, sendo necessária radiografia na sala de trauma para confirmação.
 - (E) A possibilidade de hemorragia intra-abdominal ou pélvica é alta devido à instabilidade hemodinâmica sem causa aparente, sendo necessária avaliação complementar com ultrassom FAST ou lavado peritoneal diagnóstico.

24. Um jovem de 25 anos foi vítima de ferimento por arma branca na região torácica após um desentendimento no trânsito. Foi trazido por populares para a Unidade Básica de Saúde mais próxima. Encontra-se consciente e agitado, taquipneico, taquicárdico e saturando 85% em ar ambiente. O médico de plantão avalia a lesão, que apresenta 3,0 cm de diâmetro e localiza-se na linha axilar média à esquerda. Percebe que há ruídos e borbulhamento pela ferida com entrada e saída de ar. A unidade de saúde não conta com cirurgião de plantão ou sala de trauma.

Com base no caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Tamponamento da ferida com curativo oclusivo de gaze estéril e transferência imediata.
 - (B) Exploração digital da ferida para avaliação de acometimento da pleura visceral e sutura caso esteja íntegra.
 - (C) Drenagem de tórax em selo d'água com tubo improvisado (equipo de soro e frasco de soro) e transferência imediata.
 - (D) Punção de alívio em linha hemiclavicular à esquerda e transferência imediata.
 - (E) Curativo oclusivo impermeável de três pontas e transferência imediata.
- 25.** Homem de 35 anos dá entrada na sala de trauma devido a atropelamento por automóvel. Encontra-se consciente, PA: 110 × 80 bpm; FC: 98 bpm e FR: 25 irpm. Queixa-se de dor torácica à direita associada a dispneia leve. Ao exame: murmúrio vesicular diminuído e macicez à percussão do hemitórax direito. A radiografia de tórax revela opacificação homogênea na base direita na posição supina. Foi indicada drenagem torácica em selo d'água, sendo observada saída de 1.600 mL de sangue de forma imediata.

Assinale a alternativa correta quanto ao manejo do hemotórax.

- (A) Drenagem contínua em selo d'água e observação da evolução clínica em leito de enfermaria.
- (B) Estudo tomográfico do tórax para avaliação posterior e melhor decisão terapêutica.
- (C) Retirar o dreno na sala do trauma e proceder com toracotomia de emergência.
- (D) Avaliação cirúrgica para toracotomia.
- (E) Toracocentese diagnóstica para estudo do líquido pleural e confirmação da presença de sangue.

OTORRINOLARINGOLOGIA

26. Paciente refere quadro recorrente de aftas nos últimos anos, que acontecem de 3 a 4 vezes por ano. Foi feita a hipótese diagnóstica de doença de Mikulicz.

Sobre essa doença, assinale a alternativa correta.

- (A) A doença é mais prevalente em indivíduos acima de 60 anos.
- (B) As aftas podem durar até 10 semanas.
- (C) As aftas podem ter apresentação única ou serem múltiplas.
- (D) As aftas têm aspecto irregular, com mais de 2 cm de diâmetro.
- (E) O tratamento deve incluir corticoide sistêmico e antiviral.

27. Paciente, 25 anos, refere dor e calor local em pavilhão auricular à direita há 3 dias. Relata ter tido trauma local em treino de jiu-jitsu há 1 semana. Ao exame físico, observa-se edema moderado e hiperemia intensa do pavilhão auditivo direito, sem pontos de flutuação.

Considerando a principal diagnóstica, qual a medicação indicada?

- (A) Amicacina.
- (B) Amoxicilina com clavulanato de potássio.
- (C) Ceftriaxona.
- (D) Ciprofloxacina.
- (E) Prednisolona.

28. Paciente, 47 anos, sexo feminino, relata episódios de disфония leve nos últimos 4 meses. Realizou laringoscopia que identificou a presença de pseudossulco vocal em ambas pregas vocais.

Qual a conduta nessa situação clínica?

- (A) Encaminhar a paciente para realização de fonoterapia.
- (B) Indicar corticoide sistêmico e repouso vocal.
- (C) Prescrever inibidor de bomba de prótons e orientar medidas dietéticas para refluxo laringofaríngeo.
- (D) Indicar exérese das lesões através de microcirurgia de laringe e realização de fonoterapia a seguir.
- (E) Indicar a injeção de corticoide nas pregas vocais.

- 29.** Paciente, 35 anos, sexo feminino, refere disfonia progressiva nos últimos 6 meses, após episódio de infecção de vias aéreas superiores. Realizou laringoscopia que identificou a presença de “nódulos em bambu” em pregas vocais.
- Qual a principal conduta nessa situação clínica?
- (A) Encaminhar para realização de fonoterapia.
 - (B) Realizar investigação para doenças reumatológicas.
 - (C) Realizar endoscopia digestiva alta.
 - (D) Indicar corticoide inalatório e repouso vocal.
 - (E) Indicar exérese cirúrgica para exame anatomopatológico.
- 30.** Criança, 6 anos, sexo feminino, tem prurido nasal, obstrução nasal e coriza frequentes, que pioram em lugares empoeirados. As crises tem duração de 3 dias por semana, durando menos que 4 semanas. A mãe reclama que sua filha fica limpando o nariz e com fungação, constantemente, devido à rinorreia e fica sonolenta durante o dia. Tem RAST positivo para ácaros, poeira e epitélio de gatos.
- Frente a esse quadro clínico, a doença é classificada como
- (A) leve e intermitente.
 - (B) leve e persistente.
 - (C) moderada e intermitente.
 - (D) moderada e persistente.
 - (E) grave e persistente.
- 31.** Durante a avaliação tomográfica para a realização de cirurgia endoscópica dos seios paranasais, o cirurgião identificou como áreas de atenção a presença de célula de Onodi e de célula de Haller.
- Em quais seios paranasais essas células se originam, respectivamente?
- (A) Etmoide posterior e etmoide anterior.
 - (B) Maxilar e frontal.
 - (C) Esfenoide e etmoide posterior.
 - (D) Etmoide anterior e maxilar.
 - (E) Etmoide posterior e frontal.
- 32.** Criança, 5 anos, sexo masculino, apresenta quadro de crises de tontura, tipo vertigem, que ocorrem sem fatores desencadeantes evidentes ou presença de inflamações/infecções, com duração de 30 minutos, resolução espontânea, sem história de perda de consciência. Durante os episódios, a mãe refere presença de nistagmo e palidez cutânea. Tem audiometria, pedida pelo pediatra, dentro dos limites da normalidade. A irmã mais velha, de 15 anos, tinha enxaqueca e os mesmos sintomas, que desapareceram após os 8 anos de idade.
- Qual a principal hipótese diagnóstica?
- (A) Doença de Ménière provável.
 - (B) Neurite vestibular.
 - (C) Síndrome vaso-vagal.
 - (D) Vertigem postural paroxística benigna da infância.
 - (E) Vertigem paroxística benigna da infância.
- 33.** Paciente, 33 anos, sexo masculino, tem quadro de tontura, tipo vertigem, nos últimos 2 meses, que ocorrem quando está deitado na posição supina e rola na cama para o lado esquerdo. A vertigem tem duração menor que 1 minuto e remissão espontânea se retomar à posição supina. Nega hipoacusia, zumbido ou outras queixas otológicas durante os episódios de tontura. Apresenta *head roll test* com nistagmo horizontal geotrópico, com latência, mais intenso quando vira para o lado esquerdo.
- Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual a manobra indicada para o tratamento dessa doença?
- (A) Epley.
 - (B) Epley modificada.
 - (C) Lempert.
 - (D) Semont.
 - (E) Yacovino.
- 34.** Paciente, 25 anos, refere ter dificuldade de introduzir os protetores auditivos que precisa usar durante o trabalho. A otoscopia demonstra membranas timpânicas normais e meatos acústicos externos com várias lesões arredondadas, endurecidas, recobertas por pele de aspecto normal, causando estreitamento no diâmetro de ambos meatos. Nega hipoacusia.
- Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.
- (A) É mais comum no sexo feminino.
 - (B) A bilateralidade da doença é frequente.
 - (C) É causada por trauma recorrente da pele do meato acústico externo.
 - (D) Apresenta potencial aumentado de malignização.
 - (E) Pode cursar com perda auditiva neurosensorial.

- 35.** Em paciente com atraso do desenvolvimento da linguagem foi realizada avaliação dos potenciais evocados auditivos de tronco encefálico (PEATE). O resultado demonstrou aumento da latência de todas as ondas, com intervalos interpicos preservados.
- Qual dos diagnósticos a seguir é compatível com esse achado?
- (A) Malformação da cadeia ossicular.
 - (B) Malformação de Mondini.
 - (C) Meningite neonatal.
 - (D) Toxoplasmose congênita.
 - (E) Transtorno do espectro autista.
- 36.** Paciente, 54 anos, sexo feminino, sem comorbidades, apresenta obstrução nasal e rinorreia esverdeada à esquerda, além de períodos de cacosmia no último ano. Já fez vários tratamentos com antibiótico e corticoide por via oral, com pouca melhora do quadro nasal. Faz uso de mometasona nasal e lavagem nasal há 6 meses. Tem tomografia computadorizada de seios paranasais com presença de espessamento mucoso importante, com áreas heterogêneas em seio maxilar esquerdo, além de osteíte no mesmo seio, sem apresentar erosões ósseas. Os outros seios paranasais apresentam-se dentro da normalidade.
- Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual tratamento deve ser instituído?
- (A) Internação para receber antibiótico e corticoide por via endovenosa e realização de ressonância magnética de seios paranasais após 48 horas do tratamento, para avaliar a evolução do quadro.
 - (B) Introdução de antifúngico por via endovenosa e realização de tomografia computadorizada de seios paranasais após 2 semanas de tratamento, para avaliar a evolução do quadro.
 - (C) Punção de seio maxilar para coleta de material para cultura e antibiograma e lavagem do seio maxilar esquerdo com antibiótico e antifúngico.
 - (D) Programação de antróstomia maxilar em caráter eletivo, sem necessidade de terapia antifúngica no pós-operatório.
 - (E) Internação, antróstomia maxilar de urgência e introdução de antifúngico por via oral no pós-operatório.
- 37.** Paciente, 16 anos, tem rinosinusite crônica com polipose nasal bilateral, pneumonias de repetição e teste do cloro no suor com valor de 100 mEq/L (normal: 40 mEq/L). Frente à principal hipótese diagnóstica, quais são, respectivamente, o achado característico na tomografia computadorizada de seios paranasais e o antibiótico utilizado nas agudizações do quadro nasossinusal?
- (A) Erosão de assoalho de seio maxilar e anfotericina B.
 - (B) Mucocele etmoidal e gentamicina.
 - (C) Mucocele maxilar e ceftazidima.
 - (D) Pseudomucocele etmoidal e axetilcefuroxima.
 - (E) Pseudomucocele maxilar e ciprofloxacina.
- 38.** Paciente, 4 anos, sexo masculino, apresenta episódios de aftas, faringite, febre e linfonodopatia cervical recorrentes, a cada 6 semanas, com duração de 4 dias.
- Frente à principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.
- (A) O tratamento clínico nas crises deve ser feito com corticoide sistêmico.
 - (B) Deve-se investigar a doença com hemograma, dosagem de imunoglobulinas e mielograma.
 - (C) Os quadros tendem a permanecer até a idade adulta.
 - (D) A amigdalectomia não traz benefício para a melhora do quadro.
 - (E) A presença de déficit pômbero-estatural nesses pacientes é comum devido à frequência elevada das crises.
- 39.** Paciente, 6 meses, com história de estridor, com piora com choro, sem dispneia ou cianose. À nasofibrolaringoscopia flexível foi observada alteração laríngea compatível com o tipo 1 na classificação de Olney.
- Qual é o achado relativo a essa alteração?
- (A) Ausência de movimentação de cartilagens aritenoides ao choro.
 - (B) Encurtamento das pregas ariepiglóticas.
 - (C) Excesso de mucosa em pregas vestibulares.
 - (D) Prolapso da mucosa redundante sobre as cartilagens aritenoides e acessórias.
 - (E) Queda posterior da cartilagem epiglote sobre ádito laríngeo.

40. Na semiologia otoneurológica, qual é a descrição de nistagmo compatível com ductolitíase do canal semicircular posterior à direita?
- (A) Vertical para baixo e torcional para a direita, com duração inferior a um minuto à manobra de Dix-Hallpike à direita.
 - (B) Vertical para cima e torcional para a direita, com duração inferior a um minuto à manobra de Dix-Hallpike à direita.
 - (C) Vertical para baixo e horizontal ageotrópico mais intenso com a orelha direita para baixo, com duração superior a um minuto à manobra de girar a cabeça.
 - (D) Vertical para cima e torcional para a direita, com duração superior a um minuto à manobra de Dix-Hallpike à direita.
 - (E) Vertical para baixo e torcional para a direita, com duração superior a um minuto à manobra de Dix-Hallpike à direita.
41. A doença de Ménière definida deve apresentar, durante as crises de vertigem, perda auditiva neurosensorial nas frequências
- (A) médias e/ou altas.
 - (B) altas apenas.
 - (C) baixas e/ou médias.
 - (D) baixas e/ou altas.
 - (E) baixas, médias e altas.
42. Para considerar a hipótese de paroxismia vestibular, as crises de tontura, rotatórias ou não, devem
- (A) ter duração de mais de uma hora e remissão espontânea.
 - (B) melhorar com uso de carbamazepina.
 - (C) ser desencadeadas após alimentação rica em carboidratos.
 - (D) vir acompanhadas de plenitude auricular e zumbido unilateral.
 - (E) ocorrer menos de 3 vezes por dia.
43. Após análise genética, um paciente com perda auditiva sensorineural foi diagnosticado com a síndrome de Pendred.
- Qual(is) exame(s) deve(m) ser solicitado(s) para complementar a investigação dessa doença?
- (A) Mapeamento de retina.
 - (B) Eletrocardiograma e ecocardiograma.
 - (C) Ureia, creatinina e ultrassonografia de rins.
 - (D) Tomografia computadorizada de tórax.
 - (E) T3, T4, TSH e ultrassonografia de tireoide.
44. Considerando-se a otite média aguda (OMA) não complicada, em qual situação clínica não há necessidade de introdução de antibioticoterapia na conduta inicial?
- (A) 5 meses, com OMA unilateral há 48 horas e febre de 38,5 °C.
 - (B) 1 ano, com OMA bilateral há 48 horas, sem otorreia.
 - (C) 2 anos, com OMA unilateral há 72 horas, com otorreia.
 - (D) 3 anos, com OMA unilateral e otalgia persistente há 96 horas.
 - (E) 5 anos, com OMA bilateral há 48 horas, sem otorreia.
45. Paciente apresenta epistaxe de pequena quantidade à esquerda, após 4 horas da realização de cirurgia endoscópica endonasal. Ao exame físico, apresenta discreta proptose à esquerda e equimose em pálpebras superior e inferior ipsilaterais ao sangramento nasal. Não há alteração na acuidade visual, mas o paciente diz não conseguir enxergar a cor vermelha adequadamente com o olho esquerdo.
- Qual a principal conduta a ser instituída?
- (A) Realizar tamponamento nasal à esquerda e solicitar avaliação oftalmológica.
 - (B) Introduzir manitol e reavaliar a acuidade visual após 6 horas.
 - (C) Realizar tamponamento nasal à esquerda, introduzir ácido tranexâmico e compressas frias sobre nariz e olho esquerdo.
 - (D) Realizar cantotomia lateral à esquerda e revisar áreas operadas em centro cirúrgico.
 - (E) Realizar tamponamento nasal à esquerda e solicitar arteriografia de vasos cranianos.

46. No prontuário de um paciente foi encontrada a seguinte descrição cirúrgica resumida:

“Realizada tonsilectomia bilateral, remoção do triângulo da região do músculo palatoglosso na área supratonsilar, separação dos músculos palatofaríngeo e constritor superior da faringe criando o retalho palatofaríngeo, secção do músculo constritor superior da faringe, reposição do retalho com sutura tipo Donatti para a parede lateral. Realizada miotomia do músculo palatofaríngeo, com fechamento das suturas do retalho e realização da incisão vertical de alívio bilateralmente”.

Qual cirurgia foi realizada?

- (A) Faringoplastia expansiva funcional.
- (B) Faringoplastia expansora.
- (C) Faringoplastia lateral.
- (D) Tonsilectomia com fechamento de lojas amigdalianas.
- (E) Uvulopalatofaringoplastia.

47. Considere a seguinte descrição cirúrgica:

“Após exposição através de dissecação cervical, foi realizada sutura entre cartilagem tireoidea e cartilagem cricoide, com nylon 2.0, pontos simples, aproximando as duas cartilagens”.

A qual tireoplastia essa descrição se refere?

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

48. Paciente, 4 anos, sexo feminino, apresentou odinofagia, obstrução nasal, rinorreia amarelada, roncocal e febre (38,5 °C) por 4 dias. Mãe procurou pronto-socorro (PS), onde a paciente foi diagnosticada com amigdalite bacteriana aguda e adenoidite aguda, e foi iniciado tratamento com amoxicilina com clavulanato de potássio, prednisona e lavagem nasal com solução fisiológica. Estava evoluindo bem, mas, no sétimo dia de antibioticoterapia, acordou com dor cervical intensa, choro e posicionamento lateral da cabeça para a direita, compatível com torcicolo, impedindo a movimentação cefálica. A mãe a levou ao PS novamente, onde foi verificado exame otorrinolaringológico normal, palpação cervical com tensão em músculo esternocleidomastoideo à direita e ausência de sinais neurológicos. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) cervical, na qual se observou subluxação atlantoaxial.

Qual a principal hipótese diagnóstica?

- (A) Síndrome de Lemierre.
- (B) Síndrome de Grisel.
- (C) Abscesso de Bezold.
- (D) Síndrome de Young.
- (E) Síndrome de Widal.

49. A neurofibromatose do tipo 2

- (A) apresenta schwannoma unilateral do nervo vestibular.
- (B) é causada pela falta do gene supressor do cromossomo 17.
- (C) não apresenta acometimento do sistema nervoso central.
- (D) tem crescimento lento e não causa invasão vascular.
- (E) tem herança autossômica dominante.

50. Na avaliação de pacientes com apneia obstrutiva do sono, o estágio III de Friedman apresenta tonsilas palatinas com grau

- (A) 1 de Brodski, Mallampati Modificado II e IMC menor que 40 kg/m².
- (B) 1 de Brodski, Mallampati Modificado I e IMC menor que 40 kg/m².
- (C) 2 de Brodski, Mallampati Modificado IV e IMC maior que 40 kg/m².
- (D) 2 de Brodski, Mallampati Modificado III e IMC menor que 40 kg/m².
- (E) 3 de Brodski, Mallampati Modificado III e IMC menor que 40 kg/m².

RASCUNHO

RASCUNHO

