

TIPO

1

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

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 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

Sua equipe de emergência atende a um paciente de 29 anos, que foi admitido após queda de motocicleta. Encontra-se consciente, com frequência respiratória de 30 irpm, a saturação de oxigênio está em 90% em ar ambiente, com queixa de dor torácica intensa à direita. A radiografia de tórax evidencia fratura de três arcos costais, hemopneumotórax moderado, sem desvio significativo do mediastino. O paciente apresenta estabilidade hemodinâmica. A equipe indica a descompressão torácica.

Considerando as recomendações atuais, assinale a opção que descreve corretamente a indicação, a técnica e o material que devem ser empregados.

- (A) Realizar punção pleural no segundo espaço intercostal com cateter venoso calibroso, mantendo-o como drenagem definitiva em selo d'água para hemopneumotórax traumático estável.
- (B) Indicar toracotomia imediata, utilizando dreno de pequeno calibre apenas ao término da cirurgia, independentemente do volume inicial do hemotórax identificado.
- (C) Introduzir dreno de pequeno calibre por técnica de Seldinger no primeiro espaço intercostal, direcionando-o inferiormente para drenagem simultânea de sangue e ar.
- (D) Inserir dreno torácico por via posterior ao nível da escápula, utilizando trocarte metálico como método preferencial para facilitar a passagem pela parede torácica.
- (E) Realizar toracostomia no quinto espaço intercostal, entre as linhas axilar anterior e média, por dissecação romba, introduzindo dreno torácico de calibre adequado ao hemopneumotórax e conectando-o a sistema de drenagem em selo d'água.

2

Sua paciente é uma mulher de 47 anos que foi submetida à exérese de uma lesão cutânea benigna na face, com fechamento primário da ferida. Ela evoluiu sem sinais de infecção, deiscência ou hematoma, apresentando boa coaptação das bordas. Durante a visita de enfermagem, um interno questiona o cirurgião sobre o momento mais adequado para a retirada dos pontos. Sua resposta deve levar em consideração o processo fisiológico da cicatrização e a resistência tênsil da ferida.

Nesse caso, assinale a resposta correta.

- (A) Os pontos devem ser retirados exclusivamente após o término da fase de remodelamento, quando a cicatriz adquire resistência equivalente à do tecido normal.
- (B) A retirada dos pontos deve ser determinada apenas pela idade do paciente, independentemente da localização da ferida, da tensão da sutura ou da evolução clínica.
- (C) Os pontos podem ser retirados no primeiro ou no segundo dia de pós-operatório, pois a fase de hemostasia já proporciona resistência suficiente para evitar deiscência.
- (D) A retirada dos pontos depende da localização anatômica, da tensão sobre a ferida, das condições clínicas do paciente e da evolução da cicatrização, respeitando o ganho progressivo da resistência tênsil.
- (E) Os pontos devem permanecer até completa substituição do colágeno tipo III pelo colágeno tipo I, independentemente da região operada e da finalidade da sutura.

3

Na rotina de visita ao leito da sua paciente, que está no sexto dia de pós-operatório, de hemicolectomia esquerda para tratamento de diverticulite, quando da inspeção da ferida operatória, observa: dor na incisão, hiperemia que se estende por cerca de 3 cm das bordas da ferida, edema local e drenagem espontânea de secreção purulenta em pequena quantidade.

O exame físico mostra que a paciente está hemodinamicamente estável, sem sinais de peritonite ou sepse e com trânsito intestinal presente.

Considerando o diagnóstico e o tratamento das feridas pós-operatórias, a conduta mais adequada é

- (A) diagnosticar infecção superficial do sítio cirúrgico, abrir parcialmente a incisão para drenagem, realizar curativos locais, colher cultura quando indicada e instituir antibioticoterapia conforme a apresentação clínica.
- (B) considerar reação inflamatória fisiológica da cicatrização, manter a ferida completamente fechada, trocar o curativo diariamente e aguardar resolução espontânea sem outras intervenções.
- (C) suspeitar deiscência completa da aponeurose, indicar reoperação imediata e realizar síntese da parede abdominal, independentemente do exame físico ou da estabilidade clínica.
- (D) diagnosticar seroma infectado, realizar apenas punção aspirativa da coleção e manter antibioticoterapia prolongada, evitando abertura da ferida para reduzir o risco de contaminação.
- (E) presumir infecção profunda do sítio cirúrgico, retirar todos os pontos da incisão, realizar desbridamento cirúrgico amplo e laparotomia exploradora em todos os pacientes.

4

Você examina uma mulher de 29 anos, ectoscopicamente hígida, que procurou o pronto-socorro com dor abdominal intensa de início súbito. Relata atraso menstrual de sete semanas, com atividade sexual ativa, lipotimia e pequeno sangramento vaginal.

Ao exame físico, apresenta-se pálida, sudorética, com PA 82/50 mmHg, FC 128 bpm, abdome doloroso com sinal de Blumberg positivo e dor à mobilização do colo uterino. Realizou-se um FAST que demonstra grande quantidade de líquido livre na cavidade abdominal.

Considerando o quadro clínico, o diagnóstico provável e a conduta mais adequada para o caso serão:

- (A) abortamento incompleto com instabilidade hemodinâmica; realizar curetagem uterina de urgência após reposição volêmica, mantendo antibioticoterapia e acompanhamento seriado do β -hCG.
- (B) ruptura de cisto hemorrágico ovariano com hemoperitônio; solicitar tomografia contrastada após estabilização clínica e indicar cirurgia conforme a evolução clínica e laboratorial.
- (C) doença inflamatória pélvica complicada por abscesso roto; iniciar antibioticoterapia venosa, ressuscitação volêmica e laparoscopia após estabilização completa da paciente.
- (D) torção anexial com sofrimento ovariano; instituir hidratação venosa, analgesia e tratamento videolaparoscópico após confirmação diagnóstica pelos exames complementares.
- (E) prenhez tubária rota com hemoperitônio; iniciar ressuscitação hemodinâmica, solicitar sangue para transfusão quando necessário e realizar exploração cirúrgica imediata para controle do sangramento.

5

Na sessão clínica do seu hospital é discutido o caso de um paciente de 46 anos que refere pirose e regurgitação há oito anos, com melhora parcial durante o uso contínuo de inibidor da bomba de prótons. Nos últimos meses, passou a apresentar sintomas, diurnos e noturnos, frequentes, e com maior intensidade, que causam impacto importante na qualidade de vida.

Uma endoscopia digestiva alta demonstra esofagite erosiva distal, classificada como Los Angeles C, associada a hérnia hiatal por deslizamento de 4 cm. A investigação clínica continua, faz-se uma pHmetria de 24 horas, que confirma refluxo gastroesofágico patológico, e uma manometria esofágica, que evidencia peristalse preservada, sem distúrbio motor significativo.

A conduta mais adequada para o caso é

- (A) manter tratamento clínico exclusivo, aumentar a dose do inibidor da bomba de prótons e repetir a endoscopia após doze meses, independentemente da persistência dos sintomas.
- (B) indicar dilatação endoscópica da junção esofagogástrica como tratamento definitivo, dispensando correção da hérnia hiatal e avaliação da barreira antirrefluxo.
- (C) indicar tratamento cirúrgico antirrefluxo com correção da hérnia hiatal e funduplicatura, após confirmação objetiva da doença e adequada avaliação funcional do esôfago.
- (D) realizar gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux para eliminar o refluxo, mesmo na ausência de complicações gástricas ou suspeita de neoplasia.
- (E) contraindicar qualquer procedimento cirúrgico, pois a presença de esofagite erosiva constitui contraindicação absoluta à cirurgia antirrefluxo.

6

Durante a visita aos pacientes internados em seu serviço de cirurgia, você é designado para o preparo pré-operatório de um paciente de 52 anos, com diagnóstico de hipertensão portal esquistossomótica, com antecedente de hemorragia digestiva alta por varizes esofágicas, tratado com ligadura elástica.

Após discussão em sessão clínica, teve como indicação terapêutica a desconexão ázigo-portal com esplenectomia. É hipertenso, diabético tipo 2, tabagista, tem DPOC moderada e relata dispneia aos médios esforços.

Exames mostram plaquetas de 68.000/mm³, INR 1,4, albumina discretamente reduzida, função renal limítrofe e esplenomegalia volumosa. Está clinicamente estável, sem sangramento ativo.

A conduta pré-operatória mais adequada para o caso será

- (A) liberar o paciente para cirurgia após hemograma e coagulograma, pois a desconexão ázigo-portal trata a causa do sangramento e não exige investigação adicional.
- (B) corrigir plaquetopenia com transfusão profilática imediata, suspender anti-hipertensivos e hipoglicemiantes no dia anterior e realizar a cirurgia sem atraso.
- (C) solicitar apenas endoscopia digestiva alta, pois o principal risco é o sangramento varicoso, sendo dispensável avaliação cardiopulmonar se não houver dor torácica.
- (D) realizar avaliação clínica, anestésica, cardiopulmonar, hepatorenal, hematológica e nutricional; otimizar comorbidades, revisar medicamentos, planejar hemocomponentes, antibioticoprofilaxia, vacinação, consentimento e *checklist* cirúrgico.
- (E) contraindicar a cirurgia, pois plaquetopenia, hipertensão portal e comorbidades tornam obrigatória a escolha por tratamento exclusivamente endoscópico.

7

Sua equipe multidisciplinar atende a um paciente de 31 anos, atlético, que foi admitido no serviço de emergência 35 minutos após ferimento por arma branca na região paraumbilical esquerda. Encontra-se consciente, ansioso, pálido e sudorético. Refere dor abdominal intensa e progressiva.

Ao exame físico, apresenta PA 88/56 mmHg, FC 122 bpm, FR 28 irpm, SpO₂ 96% com oxigênio suplementar por cateter, enchimento capilar lentificado e extremidades frias, caracterizando o quadro de choque hemorrágico classe II.

O abdome está distendido, com defesa involuntária difusamente, dor à descompressão brusca e exteriorização de pequena quantidade de conteúdo entérico pela ferida. Após o protocolo inicial do ATLS, são obtidos dois acessos venosos calibrosos, inicia-se reposição volêmica balanceada e são coletados exames laboratoriais.

Com base no quadro clínico, a conduta mais apropriada é

- (A) solicitar tomografia computadorizada contrastada após estabilização inicial completa, mantendo observação intensiva e antibioticoterapia, indicando laparotomia apenas se houver piora clínica ou confirmação tomográfica de lesão intestinal.
- (B) prosseguir com ressuscitação hemodinâmica, realizar laparotomia exploradora imediata, controlar a hemorragia e a contaminação, identificar todas as lesões intestinais e reparar ou ressecar os segmentos inviáveis conforme os achados operatórios.
- (C) realizar laparoscopia diagnóstica como primeiro procedimento cirúrgico, convertendo para laparotomia apenas se houver sangramento persistente ou impossibilidade técnica de tratar as lesões encontradas.
- (D) manter reposição volêmica vigorosa, realizar FAST após estabilização clínica e indicar laparotomia somente se houver líquido livre ou agravamento dos sinais de choque nas horas seguintes.
- (E) indicar tratamento não operatório com monitorização contínua, antibioticoterapia de amplo espectro e reavaliações clínicas seriadas, reservando intervenção cirúrgica para o aparecimento de peritonite generalizada ou instabilidade refratária.

8

Em relação aos marcadores séricos na avaliação do estado nutricional no pré-operatório, é correto afirmar que

- (A) a administração de albumina no pré-operatório em pacientes desnutridos graves está correlacionada com melhora nos desfechos clínicos no pós-operatório.
- (B) os marcadores séricos podem ser considerados como fatores prognósticos pré-operatórios, mas não necessariamente como indicadores do estado nutricional.
- (C) mais especificamente, a síntese fracionada de albumina é bastante alterada após uma cirurgia abdominal de grande porte.
- (D) a albumina e a pré-albumina costumam apresentar níveis séricos baixos no pré-operatório, antes mesmo do paciente apresentar desnutrição moderada ou grave.
- (E) no estresse inflamatório, o corpo poupa recursos de aminoácidos para a criação de proteínas inflamatórias, aumentando assim as concentrações de marcadores nutricionais mesmo quando o paciente está adequadamente nutrido.

9

Um paciente de 30 anos é levado, 40 minutos após ser atropelado por um automóvel, ao seu serviço de emergência. Durante a avaliação primária, apresenta via aérea pérvia, ausculta cardiopulmonar sem alterações significativas, com murmúrio vesicular preservado bilateralmente.

Sinais vitais: PA 108/70 mmHg, FC 112 bpm, FR 24 irpm, SpO₂ 98% em ar ambiente.

Após exclusão de lesões com risco imediato de morte, constata-se, no membro inferior esquerdo, uma fratura exposta da diáfise da tíbia e da fíbula, com ferida de aproximadamente 8 cm, intensa contaminação por terra, sangramento moderado, deformidade evidente e exposição óssea. Os pulsos distais são palpáveis, o pé está aquecido e a sensibilidade encontra-se preservada. Não há outras lesões relevantes.

Com base nos princípios do ATLS e da cirurgia do trauma, a conduta mais adequada para esse paciente será

- (A) cobrir a ferida com curativo estéril, iniciar antibioticoterapia intravenosa e profilaxia antitetânica, imobilizar o membro, realizar irrigação e desbridamento cirúrgico precoces, seguidos de estabilização da fratura conforme as condições locais.
- (B) solicitar tomografia do membro inferior antes de qualquer intervenção, manter analgesia e curativo compressivo, iniciando antibióticos apenas após definição completa das lesões ósseas e vasculares observadas nos exames.
- (C) realizar redução definitiva da fratura ainda na sala de emergência, suturar imediatamente a ferida exposta, administrar antibióticos após o procedimento e encaminhar posteriormente para fixação interna definitiva.
- (D) manter observação clínica com analgesia, elevar o membro e aguardar redução do edema antes da antibioticoterapia e do tratamento cirúrgico, desde que os pulsos periféricos permaneçam preservados.
- (E) priorizar fixação interna definitiva com placas e parafusos logo após a admissão, deixando a limpeza cirúrgica e o desbridamento para um segundo procedimento, quando houver melhores condições locais.

10

Paciente de 55 anos, com câncer de antro gástrico e síndrome de estenose pilórica completa, com desnutrição grave, fez terapia nutricional pré-operatória com nutrição parenteral (NPT) por 14 dias, e foi submetido à gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux, com colocação de cateter nasoenteral após a enteroenteroanastomose. No primeiro dia de pós-operatório, o paciente apresenta-se sem queixas e com abdome flácido e indolor.

A dieta enteral em baixo volume, nesse caso, deve ser feita

- (A) imediatamente.
- (B) após 24 h.
- (C) após 36 h.
- (D) após 48 h.
- (E) após manter em NPT por 3 dias e reavaliar.

11

Paciente de 49 anos, submetido à retossigmoidectomia para tratamento de adenocarcinoma de reto alto, no 6º dia de pós-operatório, apresentou febre e dor abdominal. Realizou TC de abdome que mostrou pequena coleção perianastomótica de 7 cm, contendo gás em seu interior.

Esse abscesso pode ser classificado como

- (A) primário.
- (B) primário tardio.
- (C) secundário.
- (D) secundário tardio.
- (E) terciário.

12

Uma ambulância do SUS traz, a seu plantão de emergência, um paciente de 67 anos, hipertenso e diabético, com história de abaulamento doloroso na região inguinal direita, conhecido há mais de 8 anos, que se tornou irreduzível há cerca de 10 horas. Refere dor intensa e contínua, náuseas, dois episódios de vômitos biliosos e interrupção da eliminação de fezes e flatos desde o início do quadro.

Ao exame físico, apresenta-se desidratado, PA 100/65 mmHg, FC 112 bpm, temperatura de 38,2 °C. O abdome está discretamente distendido, com ruídos hidroaéreos aumentados. Na região inguinal direita observa-se massa endurecida, extremamente dolorosa à palpação, irreduzível, sem impulso à tosse e com hiperemia cutânea local. Exames laboratoriais realizados em urgência revelam leucocitose de 18.500/mm³ e lactato sérico elevado.

Considerando o quadro clínico, o diagnóstico e a conduta mais adequados serão:

- (A) hérnia inguinal encarcerada sem sinais de isquemia; realizar analgesia, sedação e tentativa cuidadosa de redução manual (táxis), seguida de observação hospitalar e correção eletiva após estabilização clínica.
- (B) hérnia inguinal estrangulada com provável sofrimento intestinal; iniciar ressuscitação volêmica, analgesia, antibioticoterapia de amplo espectro e encaminhar imediatamente para exploração cirúrgica, com avaliação da viabilidade intestinal e ressecção quando necessária.
- (C) hérnia femoral complicada associada à obstrução intestinal parcial; solicitar tomografia computadorizada com contraste antes de qualquer intervenção e indicar cirurgia apenas após confirmação radiológica da necrose intestinal.
- (D) hérnia inguinal recidivada complicada por abscesso da parede abdominal; realizar drenagem local, manter antibioticoterapia intravenosa e programar hernioplastia definitiva somente após resolução completa da infecção.
- (E) hérnia inguinal encarcerada de evolução prolongada sem comprometimento vascular; manter jejum, hidratação venosa e descompressão gástrica, adiando o tratamento operatório até normalização dos exames laboratoriais.

13

Durante a cicatrização de feridas, o pico máximo de macrófagos na fase inflamatória ocorre em torno do

- (A) primeiro dia.
- (B) segundo dia.
- (C) terceiro dia.
- (D) quarto dia.
- (E) quinto dia.

14

As cicatrizes hipertróficas, diferentemente dos queloides, contêm principalmente colágeno

- (A) tipo I.
- (B) tipo II.
- (C) tipo III.
- (D) tipos I e II igualmente.
- (E) tipos II e III igualmente.

15

No leito 3 da sala de mulheres está uma paciente de 23 anos, ectoscopicamente hígida, que procurou o serviço de emergência com dor abdominal iniciada há cerca de 10 horas na região periumbilical, migrando progressivamente para a fossa ilíaca direita. Refere anorexia, náuseas e um episódio de vômito. Não relata diarreia, disúria ou corrimento vaginal. A última menstruação ocorreu há duas semanas.

Ao exame físico, apresenta temperatura de 37,8 °C, frequência cardíaca de 94 bpm, dor localizada na fossa ilíaca direita, defesa muscular discreta e dor à descompressão brusca nessa região. Não há sinais de irritação peritoneal difusa, tampouco instabilidade hemodinâmica.

Considerando esse quadro clínico, a melhor sequência de propedêutica, diagnóstico e tratamento é:

- (A) suspeitar de doença inflamatória pélvica, solicitar ultrassonografia transvaginal e exames laboratoriais, iniciar antibioticoterapia empírica e indicar cirurgia apenas se houver piora clínica.
- (B) considerar diverticulite do cólon direito, solicitar tomografia abdominal contrastada, manter antibioticoterapia venosa e reservar o tratamento cirúrgico para falha da abordagem conservadora.
- (C) admitir adenite mesentérica como hipótese principal, solicitar ultrassonografia abdominal, instituir analgesia e observação clínica, indicando operação apenas diante de agravamento do quadro.
- (D) suspeitar de apendicite aguda, solicitar hemograma, teste de gravidez e exame de imagem quando indicado, iniciar hidratação, analgesia e antibioticoprofilaxia, indicando apendicectomia precoce, preferencialmente por via laparoscópica.
- (E) considerar gastroenterite aguda, solicitar exames laboratoriais básicos, manter hidratação e dieta conforme tolerância, reservando investigação complementar apenas se os sintomas persistirem.

16

O seguinte antibiótico é mais indicado no tratamento de infecções causadas por enterococos resistentes à vancomicina (ERV):

- (A) piperacilina + tazobactam.
- (B) meropenem.
- (C) ampicilina + sulbactam.
- (D) cefepime.
- (E) linezolida.

17

Você é o cirurgião responsável por uma paciente de 37 anos, advogada, mãe de 3 filhos, que será submetida a uma colecistectomia videolaparoscópica eletiva para tratamento de colecistolitíase sintomática. Durante a consulta pré-anestésica, relata episódios prévios de urticária generalizada, broncoespasmo e hipotensão após procedimentos odontológicos e ginecológicos. Refere ainda prurido intenso ao utilizar luvas de borracha e diz-se alérgica a banana e kiwi. O prontuário confirma diagnóstico de alergia grave ao látex. No dia da cirurgia, durante o *checklist* de entrada na sala cirúrgica, observa-se que a equipe ainda utiliza luvas de látex sobre a mesa cirúrgica, o carrinho anestésico não foi preparado especificamente para esse caso e a paciente ainda não recebeu identificação visual de risco.

Considerando os protocolos de segurança do paciente, a sua conduta será

- (A) administrar corticosteroide e anti-histamínico profilaticamente, mantendo a cirurgia com os materiais habituais, desde que a paciente permaneça monitorada.
- (B) trocar apenas as luvas cirúrgicas por luvas sem látex, mantendo os demais materiais da sala, pois a principal fonte de exposição é o contato direto com as luvas.
- (C) adiar a cirurgia apenas se houver história prévia de choque anafilático; nos demais casos basta comunicar verbalmente a alergia ao anesthesiologista.
- (D) confirmar a alergia durante o *checklist*, identificar a paciente como portadora de alergia ao látex, utilizar ambiente e materiais livres de látex, comunicar toda a equipe, manter recursos para tratamento de anafilaxia disponíveis e registrar as medidas adotadas no prontuário.
- (E) realizar teste cutâneo com luva de látex imediatamente antes da anestesia para confirmar se a paciente permanece sensibilizada, evitando mudanças desnecessárias na rotina cirúrgica.

18

Paciente, 58 anos, procurou, há 12 dias, pronto-socorro e teve diagnosticada pneumonia de base pulmonar direita para a qual prescreveu-se amoxicilina + clavulanato por 14 dias.

Após 10 dias, retorna apresentando febre de 39 °C, FC: 122, PA: 100 x 60 mmHg, bpm, FR: 28 irpm e sat: 90%. RX mostra consolidação em lobo pulmonar direito com derrame pleural moderado e pleura pouco espessada. A toracocentese mostrou líquido francamente purulento, cuja análise relevou: pH: 6,95, Glicose: 22 mg/dL, LDH: 3.800 U/L, Proteínas: 4,8 g/dL e 58.000 células/mm³.

Das condutas a seguir, assinale a melhor e mais importante a ser adotada no momento.

- (A) Decorticação pleural direita + troca de antibiótico para vancomicina.
- (B) Estender a antibioticoterapia de amoxicilina + clavulanato por mais 7 dias.
- (C) Videotoracoscopia para toaleta pleural + troca de antibiótico para meropenem.
- (D) Troca de antibiótico para ceftriaxona + metronidazol, apenas.
- (E) Toracostomia + troca de antibiótico para piperacilina-tazobactam.

19

Você atende a uma mulher de 46 anos, com obesidade grau 2, que procurou o serviço de emergência com queixa de dor contínua no hipocôndrio direito há aproximadamente 18 horas, iniciada após farta refeição gordurosa. Refere náuseas, quatro episódios de vômitos e febre, que não aferida. Nega icterícia, colúria ou acolia fecal.

Ao exame físico, apresenta temperatura axilar de 38,3 °C, frequência cardíaca de 102 bpm, pressão arterial de 122/78 mmHg e dor intensa à palpação do hipocôndrio direito, com interrupção inspiratória durante a palpação profunda da região. Não há sinais de irritação peritoneal difusa, nem instabilidade hemodinâmica. Tem ausculta cardiopulmonar sem alterações significativas.

Considerando esse quadro clínico, a melhor sequência de propedêutica, diagnóstico e tratamento é:

- (A) solicitar endoscopia digestiva alta como exame inicial, iniciar inibidor da bomba de prótons e programar colecistectomia apenas se houver recorrência dos sintomas após o tratamento clínico.
- (B) solicitar tomografia computadorizada como primeiro exame, iniciar antibioticoterapia empírica e indicar drenagem percutânea da vesícula antes de qualquer tratamento cirúrgico.
- (C) solicitar colangiopancreatografia retrógrada endoscópica de rotina, tratar como coledocolitíase presumida e indicar colecistectomia após normalização dos exames laboratoriais.
- (D) solicitar ressonância magnética das vias biliares como exame inicial, manter observação hospitalar e indicar cirurgia somente se houver piora clínica durante a internação.
- (E) solicitar hemograma, provas inflamatórias e função hepática, realizar ultrassonografia abdominal como exame inicial, estabelecer o diagnóstico de colecistite aguda e instituir hidratação, analgesia, antibioticoterapia e colecistectomia laparoscópica precoce.

20

Paciente, 69 anos, apresentando ferida necrótica em membro superior com áreas de crepitação. Relata também anemia ferropriva leve e emagrecimento de 5 kg em 3 meses de forma não intencional. Vem apresentando episódios de febre há 5 dias e internou hoje com leucocitose de 14.000, PCR de 38, ureia de 60 e creatinina de 1,3. A hemocultura foi positiva para *Clostridium septicum*.

A conduta mais indicada nesse caso é

- (A) endoscopia digestiva alta e piperacilina + tazobactam por 14 dias.
- (B) colonoscopia e amoxicilina + clavulanato por 14 dias.
- (C) colonoscopia e vancomicina por 10 dias.
- (D) endoscopia digestiva alta e vancomicina por 10 dias.
- (E) endoscopia digestiva alta e amoxicilina + clavulanato.

21

O serviço de clínica médica encaminha um paciente de 59 anos, hipertenso e com diabetes *Mellitus* tipo 2 bem controlado, que procurou atendimento após a realização de uma tomografia computadorizada de abdome solicitada para investigação de nefrolitíase.

O exame revelou, incidentalmente, uma massa sólida de 3,8 cm na suprarrenal esquerda. O paciente nega perda ponderal, dor abdominal, palpitações, sudorese, cefaleia paroxística, fraqueza muscular ou episódios de hipertensão de difícil controle. Ao exame físico encontra-se em bom estado geral, com pressão arterial de 136/84 mmHg, sem achados clínicos compatíveis com hipercortisolismo, hiperaldosteronismo ou excesso de catecolaminas.

Considerando esse quadro clínico, a melhor sequência de hipótese diagnóstica, propedêutica e conduta terapêutica é:

- (A) considerar adenoma não funcionante; solicitar apenas ressonância magnética abdominal e indicar acompanhamento anual, dispensando investigação hormonal por ausência de manifestações clínicas.
- (B) considerar metástase suprarrenal; solicitar PET-CT e biópsia percutânea como investigação inicial, indicando adrenalectomia somente após confirmação histopatológica da lesão.
- (C) considerar feocromocitoma; solicitar cintilografia com metaiodobenzilguanidina como exame inicial e indicar adrenalectomia imediata, independentemente da avaliação endócrina laboratorial.
- (D) considerar incidentaloma suprarrenal; realizar investigação hormonal completa e caracterização radiológica da lesão, indicando adrenalectomia apenas se houver funcionalidade, suspeita de malignidade ou critérios de tamanho e crescimento.
- (E) considerar carcinoma adrenocortical; solicitar colonoscopia e endoscopia digestiva alta para pesquisa de tumor primário, programando ressecção da suprarrenal após esses exames.

22

Paciente, 67 anos, com tumor de cólon direito com invasão da cápsula de Gerota do rim direito, irá ser submetido à hemicolectomia direita aberta com intenção curativa.

Há quatro anos, durante investigação de dor torácica atípica, realizou cineangiogramia coronariografia que demonstrou placas ateroscleróticas não obstrutivas (< 30%), sem necessidade de angioplastia ou cirurgia cardíaca. Desde então usa: ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg/dia, rosuvastatina 20 mg/dia e losartana 50 mg/dia.

Em relação à necessidade de suspensão do AAS, a melhor conduta a ser adotada é

- (A) não suspender.
- (B) suspender por 24 a 48 horas antes da cirurgia.
- (C) suspender por 3 a 7 dias antes da cirurgia.
- (D) suspender de 7 a 10 dias antes da cirurgia.
- (E) suspender de 10 a 14 dias antes da cirurgia.

23

Uma mulher de 28 anos foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia, com história de dor recorrente na fossa ilíaca direita há oito meses, diarreia intermitente, perda ponderal de 7 kg e episódios ocasionais de febre baixa, que não foi aferida. Relata fadiga progressiva e melhora apenas parcial com analgésicos. Nega sangramento digestivo importante.

Ao exame físico, apresenta discreta dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, sem sinais de irritação peritoneal ou massas palpáveis. Ausculta cardiopulmonar e sinais vitais estão dentro da normalidade.

Considerando esse quadro clínico, a melhor sequência de hipótese diagnóstica, propedêutica e tratamento é:

- (A) considerar retocolite ulcerativa; solicitar colonoscopia com biópsias, iniciar aminosalicilato e indicar colectomia apenas nos casos de atividade persistente ou complicações clínicas.
- (B) considerar síndrome do intestino irritável; solicitar colonoscopia e exames laboratoriais, instituir dieta, controle dos sintomas e seguimento ambulatorial periódico.
- (C) considerar tuberculose intestinal; solicitar exames microbiológicos e tomografia abdominal, iniciar tratamento específico e indicar cirurgia apenas diante de perfuração ou obstrução.
- (D) considerar doença de Crohn; solicitar colonoscopia com biópsias, exames laboratoriais e enterografia, iniciar tratamento medicamentoso individualizado e reservar cirurgia para complicações ou falha terapêutica.
- (E) considerar diverticulite do cólon; solicitar tomografia computadorizada contrastada, iniciar antibioticoterapia, hidratação venosa e programar colectomia após resolução do episódio agudo.

24

Uma senhora de 84 anos, portadora de doença de Alzheimer em estágio avançado, dá entrada em sua enfermaria. Ela foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia Geral por apresentar disfagia progressiva, episódios recorrentes de broncoaspiração e incapacidade de manter ingestão oral adequada.

Uma avaliação conjunta, os serviços de Geriatria e Nutrição confirmaram a indicação da gastrostomia para suporte nutricional de longa permanência. Os familiares receberam todas as informações e deram o consentimento para a realização do procedimento. Na avaliação pré-operatória não há sinais de abdome agudo, coagulopatia ou contraindicação clínica.

Considerando os princípios para o procedimento, assinale a opção que descreve adequadamente os elementos essenciais da técnica operatória e seus tempos cirúrgicos.

- (A) Realizar laparotomia mediana, identificar o jejuno proximal, confeccionar jejunostomia em alça, fixar a alça ao peritônio parietal e exteriorizar a sonda pela parede abdominal.
- (B) Realizar incisão subcostal esquerda, abrir o estômago na pequena curvatura, introduzir a sonda, fechar a gastrotomia em plano único e concluir sem fixação gástrica à parede.
- (C) Realizar acesso supraumbilical, mobilizar o duodeno, confeccionar gastrotomia posterior, exteriorizar a sonda e fechar a parede abdominal antes da fixação do estômago.
- (D) Realizar acesso ao estômago, confeccionar gastrotomia na parede anterior, introduzir a sonda, fixar o estômago à parede abdominal com suturas adequadas e fechar os planos da parede por técnica anatômica.
- (E) Realizar laparoscopia, posicionar a sonda no antro gástrico, fechar a gastrotomia em plano contínuo, dispensar gastropexia e finalizar com drenagem sistemática da cavidade.

25

Sua paciente é uma mulher de 29 anos, de complexão física atlética. Ela dá entrada no serviço de emergência com história clínica de dor súbita e intensa em fossa ilíaca direita, iniciada há quatro horas, quando fazia atividade física. Descreve discreta tontura e náuseas nesse período.

Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca de 106 bpm, pressão arterial de 110 × 70 mmHg, com ausculta cardiorrespiratória normal. Há dor à palpação no hipogástrio e fossa ilíaca direita, mas sem sinais de irritação peritoneal difusa. Uma ultrassonografia transvaginal demonstra moderada quantidade de líquido livre na pelve e imagem cística anexial direita de paredes irregulares, sem sinais sugestivos de torção do pedículo vascular ao estudo pelo Doppler. A hemoglobina é de 11,8 g/dL e permanece estável após nova dosagem quatro horas depois. A dosagem do β -hCG sérico é negativa.

Assinale a opção que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial mais adequada para essa paciente.

- (A) Apendicite aguda; solicitar tomografia abdominal contrastada e indicar apendicectomia de urgência após antibioticoterapia profilática.
- (B) Gravidez ectópica; repetir o β -hCG seriado e manter observação clínica até confirmação laboratorial antes de qualquer intervenção.
- (C) Hemoperitônio por ruptura de cisto ovariano; manter observação hospitalar, analgesia, controle seriado da hemoglobina e indicar laparoscopia apenas se houver instabilidade hemodinâmica ou sangramento persistente.
- (D) Doença inflamatória pélvica complicada; iniciar antibioticoterapia intravenosa e programar drenagem cirúrgica da cavidade abdominal.
- (E) Torção anexial; indicar laparotomia com ooforectomia imediata, independentemente dos achados clínicos e ultrassonográficos.

26

Paciente submetido à craniotomia descompressiva de emergência devido à hematoma epidural. No sétimo dia de pós-operatório, apresenta vermelhidão e saída de pus pela ferida do couro cabeludo.

O germe mais comum envolvido nesse tipo de infecção é

- (A) *Estafilococos coagulase-positivo*.
- (B) *Estreptococos beta-hemolítico*.
- (C) *Staphylococcus aureus*.
- (D) *Escherichia coli*.
- (E) *Pseudomonas aeruginosa*.

27

Sobre o *delirium* pós-operatório é correto afirmar que

- (A) é um evento bastante comum, não tendo relação direta com o porte da cirurgia.
- (B) é mais associado à anestesia geral inalatória que à anestesia peridural.
- (C) o tratamento inicial padrão é o haloperidol injetável em dose plena.
- (D) o hematócrito pós-operatório inferior a 30% está associado a um risco maior.
- (E) a associação de *delirium* com dispositivos invasivos no pós-operatório não foi comprovada.

28

Seu preceptor da residência médica discute com você a conduta para um paciente de 58 anos, obeso, com história de refluxo gastroesofágico há 15 anos em uso irregular de inibidor de bomba de prótons. Indicam uma endoscopia digestiva alta por piora dos sintomas. O exame mostra esofagite de refluxo LA-D cicatrizada e segmento de metaplasia intestinal tipo Barrett de 7 cm, estendendo-se de 30 a 37 cm da arcada dentária, com ilhas de mucosa gástrica no interior. É realizada cromoendoscopia com magnificação que identifica área de 1,5 cm, elevada, com padrão de pit irregular no quadrante anterior, a 32 cm da arcada. As biópsias dirigidas dessa lesão revelam displasia de alto grau. As demais biópsias do segmento de Barrett mostram apenas metaplasia intestinal sem displasia. A tomografia de tórax e abdome não evidencia linfonodomegalias ou metástases. A manometria esofágica é normal.

Considerando o diagnóstico, a extensão da doença e os achados endoscópicos atuais, a conduta mais adequada para esse paciente será

- (A) iniciar supressão ácida em altas doses com IBP duas vezes ao dia, repetir a endoscopia com biópsias em seis meses e indicar esofagectomia total caso haja progressão para neoplasia invasiva.
- (B) programar ablação por radiofrequência de todo o segmento de Barrett, dispensar a ressecção da lesão visível e manter seguimento endoscópico anual após a erradicação completa da metaplasia.
- (C) indicar mucosectomia endoscópica da lesão nodular com displasia de alto grau, seguida de ablação do epitélio de Barrett residual, após estadiamento local por ecoendoscopia.
- (D) realizar esofagectomia transtorácica com linfadenectomia de dois campos, associada à correção da hérnia hiatal e reconstrução gástrica, como tratamento definitivo da displasia de alto grau.
- (E) manter apenas seguimento clínico com endoscopia anual, pois a displasia de alto grau em Barrett longo não possui indicação formal de ressecção endoscópica ou cirúrgica imediata.

29

Sobre as drogas utilizadas para a indução anestésica, é correto afirmar que

- (A) o tiopental é bem indicado em pacientes com função cardíaca comprometida.
- (B) a cetamina tem como um de seus efeitos adversos a hipotensão grave.
- (C) o midazolam produz pouca hipotensão arterial, com hemodinâmica relativamente estável.
- (D) o propofol é contraindicado em asmáticos devido ao seu efeito de broncoespasmo.
- (E) o etomidato produz bastante instabilidade cardiovascular.

30

A veia retal inferior drena

- (A) direto na veia ilíaca interna.
- (B) para a veia obturatória.
- (C) direto na veia retal superior.
- (D) para o plexo venoso retal externo.
- (E) para a veia pudenda interna.

31

Você examina uma paciente de 42 anos, encaminhada ao ambulatório de Cirurgia Geral, que apresenta um nódulo cervical anterior em crescimento há 6 meses. Nesse período, não tem rouquidão, disfagia, dispneia ou história familiar de doença de tireoide.

Ao exame físico, palpa-se nódulo único, endurecido, móvel à deglutição, de aproximadamente 2,8 cm no lobo direito da tireoide, sem linfadenomegalias cervicais. Os exames de TSH, T3 e T4 livres estão normais. Uma ultrassonografia da tireoide demonstra nódulo sólido, hipoecoico, margens irregulares, microcalcificações e vascularização central, classificado como TI-RADS 5. A punção aspirativa por agulha fina foi realizada e o laudo citopatológico é Bethesda V.

Considerando o quadro clínico, os achados de imagem e o resultado citológico, a conduta mais adequada é

- (A) repetir a punção aspirativa por agulha fina em seis meses, manter seguimento com ultrassonografia anual e iniciar levotiroxina para supressão do TSH independentemente dos resultados.
- (B) solicitar cintilografia da tireoide com iodo-131, iniciar tratamento com iodo radioativo se o nódulo for frio e programar tireoidectomia total apenas em caso de crescimento progressivo.
- (C) indicar tireoidectomia total com esvaziamento cervical profilático bilateral, independentemente da presença de metástases linfonodais cervicais ao exame de imagem pré-operatório.
- (D) indicar tireoidectomia total com avaliação intraoperatória dos linfonodos cervicais centrais, realizando esvaziamento terapêutico apenas se houver evidência de acometimento metastático.
- (E) manter tratamento clínico com inibidor de bomba de prótons e anti-inflamatório, repetir a ultrassonografia em três meses e indicar cirurgia apenas se houver sintomas compressivos.

32

Paciente, 60 anos, realizou endoscopia digestiva alta com lesão ulcerada de 2,0 cm em antro gástrico. O histopatológico veio como linfoma do tipo MALT de baixo grau e *H. pylori* positivo. A tomografia de estadiamento não mostrou invasão de outros órgãos nem metástases à distância. Evidencia-se a presença de 3 linfonodos perigástricos suspeitos, sendo o maior de 0,5 cm.

A melhor conduta, entre as a seguir listadas, nesse caso, é a

- (A) erradicação do *H. pylori*, apenas.
- (B) quimioterapia exclusiva.
- (C) quimioterapia neoadjuvante + antrectomia.
- (D) excisão local endoscópica.
- (E) antrectomia + linfadenectomia D2.

33

Paciente com esôfago de Barrett do tipo nodular realizou biópsias segundo o protocolo de Seattle, que mostrou displasia de alto grau. A ecoendoscopia mostrou que a lesão está restrita à mucosa.

Dentre as condutas a seguir, assinale a mais indicada nesse caso.

- (A) Crioterapia.
- (B) Ablação com laser.
- (C) Ressecção endoscópica de mucosa.
- (D) Esofagectomia total (McKewon).
- (E) Esofagectomia parcial (Ivor-Lewies).

34

Um homem de 34 anos, vítima de acidente automobilístico, dá entrada na Emergência onde você é residente de Cirurgia Geral. Ele apresenta Glasgow 14, PA 100 x 60 mmHg, FC 110 bpm.

Ao exame secundário do ATLS, você identifica fratura instável de pelve, edema e equimose no períneo, sangue em meato uretral e próstata elevada e flutuante ao toque retal. A bexiga está globosa e dolorosa à palpação suprapúbica. Foi tentada a passagem de sonda vesical de demora, mas houve resistência e saída de sangue pelo meato. O paciente refere retenção urinária completa há 8 horas. Uma tomografia de abdome evidenciou bexiga repleta e fratura de ramos púbicos.

Considerando o mecanismo de trauma, os achados clínicos e a impossibilidade de sondagem uretral, a conduta mais adequada para derivação urinária imediata será

- (A) realizar sondagem uretral com cateter de Foley 20 Fr sob anestesia geral, utilizando manobra de tração e irrigação vesical para vencer a resistência e estabelecer a drenagem urinária.
- (B) realizar punção mediana suprapúbica às cegas, com agulha de grosso calibre inserida 2 cm acima da sínfise púbica, seguida de passagem de cateter de drenagem para alívio imediato da bexiga.
- (C) programar uretrocistoscopia de urgência para visualização direta da lesão uretral e passagem guiada de fio-guia com sonda vesical para derivação imediata.
- (D) realizar cistostomia suprapúbica aberta por laparotomia infraumbilical, com dissecação até a cúpula vesical, fixação da bexiga e inserção de sonda de cistostomia tipo Malecot.
- (E) optar por conduta expectante com analgesia e antibioticoterapia profilática, aguardando 48 horas para nova tentativa de sondagem uretral após resolução do edema local.

35

A neostigmina, utilizada para tratamento da pseudo-obstrução intestinal, pode ser utilizada com segurança na seguinte comorbidade isolada:

- (A) asma.
- (B) hipotireoidismo.
- (C) obstrução colônica mecânica.
- (D) insuficiência renal.
- (E) doença coronariana recente.

36

Sobre a apendicite aguda em gestantes, é correto afirmar que

- (A) a abordagem cirúrgica agressiva e precoce é justificada pelo alto índice de parto prematuro e perda fetal.
- (B) a sensibilidade e a especificidade da ultrassonografia são maiores comparativamente com não grávidas.
- (C) o custo-efetividade da ressonância magnética é menor, pois não reduz a taxa de apendicectomia negativa.
- (D) a apresentação clínica de apendicite aguda ocorre em apenas cerca de metade dos casos.
- (E) um aumento de proteína C reativa confirma processo infeccioso ativo, como a apendicite aguda.

37

Você é o residente R1 encarregado de programar e auxiliar uma colecistectomia videolaparoscópica eletiva em uma paciente de 47 anos, obesa (IMC 34), com diagnóstico de colecistolitíase sintomática. Durante o preparo da sala cirúrgica, o cirurgião, seu preceptor, discute os princípios básicos do acesso minimamente invasivo: como a paciente será posicionada, de que modo será feita a insuflação abdominal e como será montado o sistema de imagem. No ato operatório, durante a dissecação do triângulo de Calot, há sangramento importante de difícil controle e piora da visibilidade.

Considerando os princípios da videocirurgia e o cenário descrito, a conduta mais adequada, em relação ao posicionamento, aos sistemas e ao manejo da complicação, será

- (A) posicionar a paciente em decúbito dorsal com pernas abduzidas, utilizar insuflador com fluxo de 15 L/min e CO₂ aquecido e converter para laparotomia se o sangramento não cessar com pressão e clips.
- (B) manter paciente em decúbito dorsal com braços ao longo do corpo, usar insuflação com N₂O a 20 mmHg e converter apenas após falha de transfusão e estabilização hemodinâmica completa.
- (C) posicionar em Trendelenburg reverso com rotação para esquerda, usar sistema de imagem 3D sem insuflação e prosseguir com cauterização bipolar mesmo com campo sujo de sangue.
- (D) colocar a paciente em litotomia com pernas fletidas, insuflar com ar ambiente a 25 mmHg e indicar conversão imediata para qualquer sangramento intraoperatório independentemente da magnitude.
- (E) manter decúbito dorsal horizontal sem inclinação, usar insuflador de baixa vazão e sistema de imagem HD com óptica de 30°, e converter somente se houver lesão de via biliar principal.

38

A aldosterona é secretada na seguinte zona da glândula adrenal:

- (A) reticular.
- (B) medular.
- (C) fasciculada.
- (D) glomerulosa.
- (E) capsular.

39

Paciente de 35 anos, sem histórico de doença hepática ou esteatose, irá doar parte do fígado para seu filho.

O percentual mínimo de parênquima residual que deve ser deixado no doador durante um transplante de fígado intervivos é de

- (A) 15%.
- (B) 20%.
- (C) 30%.
- (D) 50%.
- (E) 70%.

40

Em uma explosão ocorrida em uma feira agropecuária com dezenas de vítimas, a equipe do Serviço Médico de Emergência Pré-hospitalar avalia e decide para quais hospitais devem ser levados os feridos, de acordo com a gravidade de cada um.

Este processo é denominado

- (A) subtriagem.
- (B) supertriagem.
- (C) triagem hospitalar.
- (D) triagem de campo.
- (E) acidente traumático padrão.

Otorrinolaringologia

41

Um paciente masculino de 60 anos refere disfonia após internação em UTI com intubação orotraqueal por 2 semanas. Ao exame de videolaringoscopia, apresenta prega vocal esquerda em posição paramediana.

Nesse cenário, o melhor exame para identificar etiologia do quadro descrito é a

- (A) ressonância magnética de laringe.
- (B) videolaringoestroboscopia.
- (C) tomografia computadorizada de laringe.
- (D) eletromiografia de laringe.
- (E) broncoscopia.

42

As estruturas da prega vocal que não devem ser abordadas em uma fonocirurgia envolvendo uma lesão fonotraumática são

- (A) o epitélio e o músculo vocal.
- (B) as camadas superficial e média da lâmina própria.
- (C) a camada superficial e o músculo vocal.
- (D) o epitélio e a camada superficial da lâmina própria.
- (E) as camadas média e profunda da lâmina própria.

43

Uma mulher de 46 anos, sem comorbidades, procura atendimento relatando que acordou, há aproximadamente 24 horas, com redução importante da audição na orelha esquerda, acompanhada de plenitude auricular e zumbido. Nega otalgia, vertigem, otorreia, exposição recente a ruído intenso ou uso de medicamentos ototóxicos. A otoscopia é normal. A audiometria demonstra perda auditiva neurossensorial de 35 dB em quatro frequências consecutivas, na orelha esquerda.

A conduta mais adequada, nesse momento, é

- (A) orientar observação por sete dias, pois não preenche critérios para tratamento medicamentoso.
- (B) iniciar precocemente corticoterapia.
- (C) prescrever antibiótico por via oral, devido à provável infecção subclínica da orelha média.
- (D) indicar imediatamente aparelho de amplificação sonora individual.
- (E) solicitar Ressonância Magnética de Crânio para confirmar o diagnóstico, antes de instituir o tratamento.

44

O serviço de Otorrinolaringologia de um hospital geral é acionado para avaliar uma paciente de 60 anos, internada em uma unidade intermediária, quanto ao início de esquema de Amicacina intravenosa. A paciente encontra-se acordada no leito, orientada, sem queixas auditivas ou vestibulares.

A melhor propedêutica do caso é realizar

- (A) audiometria convencional, audiometria de altas frequências, emissões otoacústicas e imitanciometria antes do início do tratamento duas vezes por semana durante o tratamento, e mensalmente após o tratamento por 6 meses.
- (B) emissões otoacústicas e imitanciometria antes do início do tratamento, duas vezes por semana durante o tratamento, e mensalmente após o tratamento por 3 meses.
- (C) Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico, emissões otoacústicas e imitanciometria antes do início do tratamento, duas vezes por semana durante o tratamento e após o tratamento.
- (D) audiometria convencional, audiometria de altas frequências, emissões otoacústicas e imitanciometria antes do início do tratamento, duas vezes por semana durante o tratamento, e uma avaliação no final o tratamento.
- (E) audiometria convencional, audiometria de altas frequências, emissões otoacústicas e imitanciometria antes do início do tratamento, uma vez por semana durante o tratamento, e mensalmente após o tratamento por 6 meses.

45

Em um planejamento cirúrgico de uma cirurgia endoscópica nasal - Pansinusectomia, o cirurgião identifica uma célula de Onodi na tomografia computadorizada de seios paranasais.

Nesse caso, a estrutura que tem mais risco de ser lesada nessa cirurgia é

- (A) a base do crânio.
- (B) o globo ocular.
- (C) o nervo óptico.
- (D) o nervo infraorbitário.
- (E) o ducto nasolacrimal.

46

Paciente de 15 meses é levado por seus pais que referem preocupação quanto à linguagem expressiva do lactente, já que ele fala somente “mama”, “dá” e “água”. Com relação à linguagem receptiva, negam preocupação, já que ele compreende ordens simples e responde ao nome. As histórias gestacional e do parto são sem intercorrências.

A melhor conduta é

- (A) solicitar audiometria com reforço visual.
- (B) solicitar Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico.
- (C) orientar a família e manter acompanhamento regular.
- (D) solicitar Ressonância Magnética de Crânio.
- (E) solicitar Ultrassom transfontanela.

47

Um paciente de 10 anos é encaminhado ao Foniatra por prejuízo na aprendizagem. Na anamnese, as únicas alterações identificadas foram episódios recorrentes de otites nos primeiros anos de vida, com história gestacional e parto dentro da normalidade, com marcos do desenvolvimento adequados. A professora ressalta alterações como dificuldade para entender orientações e aumento do tempo de resposta, mas refere boa atenção durante as atividades escritas. Audiometria encontra-se dentro da normalidade.

Diante do quadro, a principal hipótese diagnóstica é de

- (A) déficit intelectual.
- (B) transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.
- (C) transtorno do desenvolvimento de linguagem.
- (D) transtorno do espectro autista.
- (E) transtorno do processamento auditivo central.

48

Lactente de 10 dias de vida, portador de fissura palatina, é encaminhado por falha no teste da orelhinha em ambas as orelhas.

De acordo com o “Guia para Realização de Triagem Auditiva Neonatal”, de 2025, do Ministério da Saúde, a melhor conduta é realizar

- (A) emissões otoacústicas em até 15 dias de vida.
- (B) potencial auditivo evocado de tronco encefálico automático.
- (C) potencial auditivo evocado de tronco encefálico diagnóstico.
- (D) timpanometria, por se tratar de provável otite média secretora.
- (E) acompanhamento clínico quanto à linguagem.

49

Durante uma cirurgia endoscópica nasal, ao abordar o seio etmoidal, o cirurgião observa importante proptose do globo ocular do lado operado.

No caso apresentado, a melhor conduta é a técnica de

- (A) ligadura imediata da artéria carótida externa.
- (B) tamponamento nasal anteroposterior.
- (C) cauterização das artérias etmoidais.
- (D) cantotomia lateral se o reflexo pupilar estiver ausente.
- (E) remoção da lâmina papirácea, seguida de incisão da periórbita.

50

Quanto à etiologia do transtorno do desenvolvimento da linguagem, é correto afirmar que ela

- (A) é exclusivamente genética.
- (B) está associada ao abuso de telas.
- (C) está associada a fatores genéticos e ambientais.
- (D) pode estar associada ao transtorno do espectro autista.
- (E) pode estar associada à perda auditiva.

51

Uma criança de 2 anos e 2 meses é encaminhada para avaliação de linguagem. Pais referem que ela não emite palavra alguma. História gestacional e do parto sem alterações. Demais marcos do desenvolvimento dentro da normalidade. Não há abuso de telas. Ao exame físico, a criança obedece a ordens simples, com linguagem receptiva adequada para a idade e linguagem expressiva alterada.

A melhor conduta inicial é orientar sobre estímulo de linguagem, além de

- (A) aguardar até os 3 anos de idade para reavaliação.
- (B) solicitar potencial evocado auditivo de tronco encefálico com sedação.
- (C) solicitar audiometria com reforço visual.
- (D) solicitar eletroencefalograma.
- (E) solicitar ressonância magnética de crânio.

52

Um paciente de 52 anos apresenta rinossinusite crônica com pólipos nasais, asma de difícil controle e história de broncoespasmo após uso de ácido acetilsalicílico. Apesar de cirurgia endoscópica prévia e uso regular de corticosteroide nasal, permanece com obstrução nasal intensa, anosmia e recorrência precoce dos pólipos.

Segundo o EPOS 2020, a característica desse paciente que favorece a indicação de terapia biológica é a

- (A) presença de pólipos.
- (B) hipertrofia de cornetos inferiores.
- (C) anosmia.
- (D) recorrência precoce dos pólipos.
- (E) evidência de inflamação do tipo II associada à doença refratária.

53

Uma criança de 8 anos apresenta 3 episódios de tonsilite bacteriana por ano, ocorridos nos últimos 3 anos.

De acordo com os critérios de Paradise, a melhor conduta é

- (A) indicar tonsilectomia.
- (B) iniciar antibioticoterapia regular.
- (C) seguir expectante.
- (D) iniciar corticoterapia oral.
- (E) iniciar lisado bacteriano e reavaliar após ciclo do medicamento.

54

Paciente obeso de 50 anos, com diagnóstico de SAOS grave, traz o relatório de uso do CPAP automático nos últimos meses. O documento revela apneia residual de 5 eventos por hora.

Quanto ao quadro clínico, observa-se que o índice residual é

- (A) alto, devendo-se buscar mudar o tratamento.
- (B) alto, devendo-se encaminhar o paciente para tratamento da obesidade.
- (C) alto, devendo-se alterar os parâmetros do aparelho.
- (D) aceitável, devendo-se orientar o tempo de uso adequado.
- (E) aceitável para pacientes obesos somente.

55

Homem de 55 anos refere vertigem há 2 dias que pioram ao movimentar a cabeça. Ao exame, *supine roll test* evidencia nistagmo geotrópico para direita. Ausência de nistamos para esquerda.

A manobra mais indicada para resolução do quadro é realizar manobra de

- (A) Gufoni para canalitíase.
- (B) Epley para esquerda.
- (C) Gufoni para cupulolitíase.
- (D) Yacovino.
- (E) Epley para direita.

56

Com relação ao diagnóstico de tontura postural perceptual persistente, são fatores considerados gatilhos:

- (A) anemia e VPPB.
- (B) abuso de telas e decúbito prolongado.
- (C) desordem de ansiedade generalizada e arritmia cardíaca.
- (D) anemia e migrânea vestibular.
- (E) disautonomia e decúbito prolongado.

57

Uma mulher de 61 anos apresenta dor facial intensa unilateral há seis meses. Nega obstrução nasal, rinorreia, hiposmia ou secreção nasal. A tomografia dos seios paranasais demonstra apenas discreto espessamento mucoso maxilar sem obstrução do complexo óstio-meatal. A nasofibrosopia é normal.

Segundo o EPOS 2020, a conduta mais adequada é

- (A) indicar cirurgia endoscópica.
- (B) prescrever antibiótico por 21 dias.
- (C) realizar punção do seio maxilar.
- (D) investigar causas não nasossinusais.
- (E) iniciar corticoterapia sistêmica.

58

Paciente de 40 anos com diagnóstico de SAOS, com índice de apneia-hipopneia de 20 eventos por hora. Apresenta IMC adequado, nega medicação regular ou comorbidades. Nasofibrolaringoscopia sem sítios de obstrução. Refere não ter se adaptado ao CPAP indicado previamente. DISE evidencia obstrução parcial concêntrica em nível de palato.

No caso exposto, a melhor conduta diante do quadro é

- (A) orientar atividade física e medidas posicionais.
- (B) indicar avanço mandibular.
- (C) realizar terapia miofuncional orofacial.
- (D) indicar aparelho intraoral.
- (E) indicar tonsilectomia.

59

Paciente de 60 anos refere dificuldade de iniciar o sono há 5 anos, diariamente, gerando fadiga, alteração da memória e do humor. Leva na consulta um exame de polissonografia com IAH=30 eventos/hora.

Com base no Consenso de Diagnóstico e Tratamento da Insônia em Adultos 2023, assinale a opção que apresenta o melhor tratamento medicamentoso.

- (A) Benzodiazepínicos.
- (B) Melatonina.
- (C) Ralmetona.
- (D) Quetiapina.
- (E) Amitriptilina.

60

Diante de um exame de polissonografia do tipo III normal, de um paciente com queixa de roncos, de 60 anos, sem comorbidades, a melhor conduta é

- (A) orientar o paciente quanto ao diagnóstico de roncos primários, indicando uso do CPAP.
- (B) iniciar terapia com CPAP, por se tratar de um falso negativo.
- (C) repetir o exame de polissonografia do tipo III, já que o paciente é hígido.
- (D) solicitar polissonografia do tipo I.
- (E) orientar o paciente quanto ao diagnóstico de roncos primário, indicando uso de aparelho intraoral.

61

Cinco pacientes foram encaminhados para adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI). Todos apresentam limiares auditivos suficientemente elevados para justificar reabilitação auditiva.

Considerando o tipo de perda auditiva, o reconhecimento de fala e os mecanismos fisiopatológicos envolvidos, assinale a opção que apresenta o paciente com a maior probabilidade de obter benefício funcional sustentado com AASI.

- (A) Mulher de 73 anos com presbiacusia neural bilateral, audiometria demonstrando perda descendente moderadamente severa e IPRF de 24%, referindo dificuldade principalmente para compreender conversas mesmo em ambiente silencioso.
- (B) Homem de 56 anos com otosclerose bilateral, perda auditiva mista com componente condutivo predominante, discriminação vocal de 96%, reflexos estapedianos abolidos e limiares ósseos preservados até 2 kHz.
- (C) Mulher de 41 anos com neuropatia auditiva, audiometria compatível com perda moderada, emissões otoacústicas presentes, potenciais evocados auditivos ausentes e IPRF de 18%.
- (D) Homem de 68 anos com perda auditiva neurosensorial profunda bilateral decorrente de meningite bacteriana, discriminação vocal nula mesmo na intensidade máxima do audiômetro.
- (E) Mulher de 64 anos com doença imunomediada da orelha interna estabilizada após corticoterapia, perda auditiva neurosensorial moderada bilateral e IPRF de 34%.

62

Um candidato ao implante coclear apresenta os seguintes achados na avaliação pré-operatória:

- perda auditiva neurosensorial profunda bilateral;
- índice percentual de reconhecimento de fala inferior a 5%, mesmo com uso adequado de AASI;
- tomografia computadorizada dos ossos temporais sem alterações significativas; e
- ressonância magnética demonstrando hipossinal coclear compatível com ossificação inicial pós-meningite.

Considerando esses achados, a principal implicação clínica desse exame de imagem é que ele

- (A) contraindica definitivamente o implante coclear.
- (B) indica preferência por prótese auditiva de condução óssea.
- (C) pode modificar o planejamento cirúrgico e reforçar a necessidade de intervenção precoce.
- (D) não interfere no prognóstico nem na técnica cirúrgica.
- (E) indica obrigatoriamente implante coclear bilateral simultâneo.

63

Um homem de 44 anos apresenta hipoacusia neurosensorial unilateral lentamente progressiva, zumbido e discreta instabilidade postural.

A ressonância magnética evidencia lesão extra-axial no ângulo ponto-cerebelar, que apresenta:

- intensidade semelhante ao líquido nas sequências ponderadas em T1 e T2;
- ausência de realce após administração de gadolínio; e
- restrição marcada nas sequências de difusão (DWI).

No caso descrito, o diagnóstico mais provável é o

- (A) schwannoma vestibular.
- (B) cisto aracnoide.
- (C) cisto epidermoide.
- (D) lipoma.
- (E) meningioma.

64

Um homem de 64 anos apresenta massa expansiva do forame jugular direito.

Ao longo de dois anos evolui progressivamente com:

- zumbido pulsátil e hipoacusia mista;
- massa retrotimpânica à otoscopia;
- disfonia e disfagia;
- diminuição do reflexo nauseoso;
- hipotrofia do músculo trapézio e dificuldade para elevar o ombro direito;
- desvio da língua para a direita durante a protrusão; e
- miose, ptose discreta e anidrose ipsilaterais.

Apesar da progressão tumoral, o nervo craniano que permaneceu funcional durante toda a evolução descrita foi o nervo

- (A) facial (VII).
- (B) glossofaríngeo (IX).
- (C) vago (X).
- (D) acessório espinal (XI).
- (E) hipoglosso (XII).

65

Um pesquisador desenvolve um fármaco experimental que inibe seletivamente a secreção das glândulas de Bowman, sem provocar dano direto aos neurônios olfatórios ou às células de sustentação.

A alteração funcional mais provável de ocorrer nos primeiros dias após o uso dessa medicação é a

- (A) redução da capacidade de identificar sucessivos odores, por diminuição da remoção das moléculas odoríferas da superfície dos cílios olfatórios.
- (B) anosmia permanente decorrente da degeneração imediata dos neurônios olfatórios.
- (C) incapacidade de regeneração do epitélio olfatório devido à destruição das células basais.
- (D) perda da condução dos impulsos olfatórios através da lâmina crivosa do etmoide.
- (E) hiperosmia decorrente do aumento do tempo de contato das substâncias odoríferas com os receptores.

66

Durante um protocolo experimental, voluntários saudáveis recebem aplicação intranasal de um antagonista seletivo dos receptores α -adrenérgicos, sem ação sobre receptores colinérgicos ou peptídeos neurogênicos.

A alteração fisiológica mais provável de ocorrer imediatamente após a administração da substância é o(a)

- (A) aumento da resistência nasal, decorrente da vasodilatação do tecido erétil venoso da mucosa.
- (B) redução da congestão nasal, por diminuição do tônus dos sinusoides venosos.
- (C) redução importante da secreção aquosa, sem alteração do fluxo sanguíneo mucoso.
- (D) inibição da liberação de substância P, com diminuição do *clearance* mucociliar.
- (E) aumento do batimento ciliar por estimulação compensatória do VIP (*vasoactive intestinal polypeptide*).

67

Um homem de 49 anos recuperou-se de uma infecção viral que evoluiu com anosmia. Durante a consulta, refere:

"Ainda consigo perceber quando um alimento é doce, salgado ou amargo. Também sinto perfeitamente a ardência da pimenta e o frescor do mentol. No entanto, todos os alimentos parecem ter praticamente o mesmo sabor."

Frente ao relato, o mecanismo fisiológico que explica mais adequadamente esse quadro é

- (A) a preservação da gustação e da quimестesia, com perda predominante da olfação retronasal, essencial para a percepção do sabor.
- (B) a perda da quimестesia trigeminal, responsável pela percepção da ardência e do frescor.
- (C) a lesão seletiva das papilas gustativas, preservando exclusivamente a olfação ortonasal.
- (D) o comprometimento do órgão vomeronasal, reduzindo a integração entre gustação e olfação.
- (E) a lesão das células quimiossensoriais solitárias da cavidade nasal, responsável pela perda do gosto.

68

Uma criança de 9 anos é admitida com rinossinusite aguda etmoidal, febre alta, edema palpebral, proptose dolorosa e limitação da motilidade ocular direita. A tomografia computadorizada evidencia coleção subperiosteal junto à parede medial da órbita. A ressonância magnética confirma coleção com realce periférico e restrição à difusão. Observa-se ainda acentuada proptose com aspecto em "tenda" da margem posterior do globo ocular, associada ao estiramento do nervo óptico.

O principal significado clínico desse último achado é que ele

- (A) sugere evolução para trombose do seio cavernoso, sendo indicada apenas anticoagulação.
- (B) corresponde a um edema orbitário sem repercussão funcional, podendo ser acompanhado clinicamente.
- (C) é um achado típico da celulite pré-septal, sem indicação de drenagem cirúrgica.
- (D) indica elevado risco de isquemia do nervo óptico e caracteriza uma emergência oftalmológica.
- (E) demonstra comprometimento exclusivo da musculatura extrínseca ocular, sem risco de perda visual.

69

Um adolescente de 16 anos apresenta episódios recorrentes de epistaxe volumosa e obstrução nasal unilateral progressiva. A tomografia computadorizada evidencia massa expansiva centrada na região da fissura esfenopalatina, com remodelamento ósseo e abaulamento anterior da parede posterior do seio maxilar. A ressonância magnética demonstra intenso realce pelo contraste, múltiplos *flow-voids* intralasionais e ausência de restrição à difusão.

No caso do adolescente, o diagnóstico mais provável é o(a)

- (A) papiloma invertido.
- (B) carcinoma espinocelular da cavidade nasal.
- (C) linfoma extranodal.
- (D) esteseoneuroblastoma.
- (E) nasoangiofibroma juvenil.

70

Um homem de 68 anos é admitido com epistaxe volumosa recorrente, necessitando tamponamento posterior e transfusão de concentrado de hemácias. Após estabilização clínica, é submetido à endoscopia nasal. O examinador evita o uso de vasoconstritor tópico na região superior da cavidade nasal e identifica um pedículo arterial sangrante localizado na região superior do septo nasal, na projeção da axila da concha média, posteriormente ao tubérculo septal.

Esse achado corresponde ao(a)

- (A) ao *S-point* (ponto de Stamm), ramo septal das artérias etmoidais frequentemente envolvido nas epistaxes graves.
- (B) ao plexo venoso de Woodruff.
- (C) à área de Kiesselbach, principal sítio das epistaxes anteriores.
- (D) ao ramo terminal da artéria esfenopalatina localizado no meato inferior.
- (E) à artéria palatina maior, visualizada na região do assoalho nasal.

71

Um homem de 71 anos procura o pronto-socorro com epistaxe grave. Após estabilização hemodinâmica, a endoscopia nasal não identifica claramente o ponto de sangramento. Realiza-se tamponamento nasal posterior, obtendo controle inicial da hemorragia. O paciente permanece internado para monitorização.

À luz das evidências atuais, assinale a afirmativa correta em relação ao tratamento das epistaxes graves.

- (A) O tamponamento posterior deve ser mantido por, no mínimo, sete dias para reduzir o risco de ressangramento.
- (B) A antibioticoterapia sistêmica profilática é obrigatória durante todo o período de permanência do tamponamento para prevenir síndrome do choque tóxico.
- (C) Todo paciente submetido a tamponamento posterior pode receber alta após observação inicial, desde que o sangramento esteja controlado.
- (D) Os tampões absorvíveis são contraindicados em pacientes anticoagulados devido ao maior risco de ressangramento.
- (E) O tratamento cirúrgico precoce apresenta maior taxa de sucesso, menor tempo de internação e menor necessidade de transfusão quando comparado ao tamponamento nasal isolado.

72

Um homem de 27 anos apresenta rinite alérgica persistente moderada a grave. Refere obstrução nasal intensa, espirros frequentes, rinorreia aquosa e prurido nasal há vários meses, com importante impacto na qualidade do sono. Nunca recebeu tratamento específico.

Considerando as evidências atuais e as recomendações dos consensos internacionais, a melhor opção terapêutica inicial em monoterapia é indicar

- (A) anti-histamínico oral de segunda geração.
- (B) descongestionante tópico nasal por 14 dias.
- (C) cromoglicato dissódico.
- (D) montelucaste em monoterapia.
- (E) corticosteroide tópico intranasal.

73

Uma primigesta de 30 anos, com 28 semanas de gestação, procura atendimento por obstrução nasal progressiva iniciada no segundo trimestre. Refere dificuldade para respirar pelo nariz, roncos noturnos e sono não reparador. Nega espirros, prurido nasal, rinorreia aquosa, infecção respiratória recente ou história prévia de rinite alérgica.

O exame físico evidencia congestão difusa da mucosa nasal, sem secreção purulenta ou pólipos.

Assinale a afirmativa correta sobre o caso.

- (A) O quadro é mais compatível com rinite alérgica, devendo ser iniciada imunoterapia específica durante a gestação.
- (B) O diagnóstico de rinite gestacional é improvável, pois seus sintomas desaparecem apenas vários meses após o parto.
- (C) Corticosteroides tópicos intranasais são contraindicados durante a gestação pelo risco comprovado de teratogenicidade.
- (D) Descongestionantes tópicos nasais devem ser utilizados continuamente até o parto para manter adequada permeabilidade nasal.
- (E) O tratamento inicial deve priorizar medidas não farmacológicas e, quando houver necessidade de tratamento medicamentoso, os corticosteroides tópicos intranasais constituem a terapia de primeira linha.

74

Uma mulher de 48 anos refere rinorreia aquosa e obstrução nasal há aproximadamente cinco anos. Os sintomas são precipitados por mudanças bruscas de temperatura, perfumes, fumaça de cigarro, bebidas alcoólicas e situações de estresse emocional. Nega piora após exposição a ácaros, pólen, cães ou gatos. Relata raros episódios de espirros e ausência de prurido ocular ou nasal. Os testes cutâneos para aeroalérgenos e a IgE específica são negativos.

Assinale a afirmativa que descreve mais corretamente essa condição.

- (A) O mecanismo fisiopatológico mais provável envolve hiperatividade colinérgica e vias neurogênicas, com liberação de neuropeptídeos, sem participação predominante da IgE.
- (B) Trata-se de rinite alérgica mediada por IgE, sendo os anti-histamínicos orais o tratamento de escolha.
- (C) A presença de testes alérgicos negativos praticamente exclui qualquer benefício do uso de azelastina intranasal.
- (D) Crises desencadeadas por odores fortes sugerem mastocitose localizada da mucosa nasal.
- (E) O tratamento cirúrgico inicial de escolha consiste em neurectomia vidiana para todos os pacientes sintomáticos.

75

Um homem de 24 anos apresenta obstrução nasal unilateral desde a adolescência. Ao exame endoscópico observa-se deslocamento do bordo caudal do septo para o vestíbulo nasal, lateralmente à columela, reduzindo significativamente o calibre da válvula nasal externa. Não há desvio importante da cartilagem quadrangular nem esporões posteriores.

Segundo a classificação anatômica dos desvios septais, o achado corresponde ao(a)

- (A) desvio caudal do septo na área 1 de Cottle.
- (B) crista septal das áreas 4 e 5 de Cottle.
- (C) curvatura da cartilagem quadrangular na área 2 de Cottle.
- (D) esporão septal da junção condrovomeriana.
- (E) alargamento septal da área 3 de Cottle.

76

Um homem de 35 anos procura o pronto-socorro com história de rinossinusite aguda há sete dias, evoluindo nas últimas 24 horas com edema periorbitário importante, proptose, dor intensa aos movimentos oculares, limitação da motilidade extrínseca e redução da acuidade visual.

Ao exame, encontra-se febril e taquicárdico.

A conduta diagnóstica mais adequada, nesse momento, é

- (A) solicitar tomografia computadorizada dos seios paranasais sem contraste e iniciar antibioticoterapia apenas após o resultado da cultura de secreção nasal espontânea.
- (B) solicitar radiografia dos seios paranasais para confirmação diagnóstica e observar a evolução clínica por 24 horas.
- (C) solicitar apenas ressonância magnética das cavidades paranasais sem contraste, pois a avaliação óssea não modifica a conduta terapêutica.
- (D) realizar cultura de secreção nasal obtida por *swab* da fossa nasal, pois apresenta elevada correlação com o agente etiológico da rinossinusite complicada.
- (E) solicitar tomografia computadorizada ou ressonância magnética com contraste do crânio, órbitas e cavidades paranasais, associando avaliação otorrinolaringológica urgente.

77

Uma mulher de 31 anos apresenta rinorreia hialina, obstrução nasal, dor facial leve e hiposmia há cinco dias, iniciados após quadro típico de infecção viral de vias aéreas superiores. Não apresenta febre alta, secreção purulenta persistente, piora bifásica ou sinais de complicação orbitária ou neurológica.

Considerando as recomendações atuais para o tratamento da rinossinusite aguda viral, assinale a afirmativa correta.

- (A) A antibioticoterapia deve ser iniciada precocemente para reduzir o risco de evolução para rinossinusite bacteriana.
- (B) Corticosteroides sistêmicos devem ser prescritos rotineiramente como monoterapia, pois reduzem significativamente a duração da doença.
- (C) Os anti-histamínicos de primeira geração são recomendados de rotina porque reduzem a produção de secreção nasal e diminuem a incidência de rinossinusite bacteriana.
- (D) Os descongestionantes tópicos devem ser mantidos por pelo menos sete dias para garantir adequada drenagem dos seios paranasais.
- (E) Os corticosteroides intranasais constituem uma das principais terapias sintomáticas recomendadas, podendo ser utilizados como monoterapia nos quadros leves a moderados.

78

Um paciente de 48 anos apresenta rinossinusite crônica com pólipos nasais (RSCcPN) associada à doença respiratória exacerbada por aspirina® e anti-inflamatórios não esteroidais (DREA), com recidivas após múltiplas cirurgias endoscópicas e uso adequado de corticosteroides tópicos e sistêmicos. Durante a discussão terapêutica, o residente afirma corretamente que um dos imunobiológicos disponíveis atua bloqueando a subunidade alfa do receptor da interleucina 4 (IL-4Rα), inibindo simultaneamente as vias da IL-4 e da IL-13, fundamentais na inflamação do tipo 2.

Essa descrição corresponde ao seguinte imunobiológico:

- (A) omalizumabe.
- (B) mepolizumabe.
- (C) benralizumabe.
- (D) dupilumabe.
- (E) tezepelumabe.

79

Um homem de 46 anos é submetido à ressecção de um carcinoma da cavidade oral. Durante o procedimento, ocorre lesão do nervo corda do tímpano, ramo do nervo facial (VII par craniano). No pós-operatório, o paciente apresenta diminuição da percepção gustativa nos dois terços anteriores da língua, mantendo preservadas as sensações de tato, temperatura e dor nessa mesma região.

A seguinte afirmativa revela corretamente esse quadro:

- (A) as papilas filiformes concentram a maioria dos botões gustativos da língua e são inervadas pelo nervo trigêmeo.
- (B) as papilas circunvaladas são inervadas pela corda do tímpano, enquanto as fungiformes recebem fibras do nervo glossofaríngeo.
- (C) o nervo trigêmeo é responsável tanto pela gustação quanto pela sensibilidade somática geral dos dois terços anteriores da língua.
- (D) as papilas fungiformes recebem fibras gustativas da corda do tímpano, ramo do nervo facial (VII), enquanto a sensibilidade somática geral permanece preservada por ser conduzida pelo nervo lingual, ramo do nervo mandibular (V3).
- (E) a perda gustativa decorre da interrupção das fibras do nervo glossofaríngeo, responsável pela gustação dos dois terços anteriores da língua.

80

Um homem de 29 anos, previamente hígido, procura atendimento por episódios recorrentes de úlceras orais dolorosas há três anos. Relata ainda úlceras genitais recorrentes e episódios de uveíte posterior tratados pelo oftalmologista. Durante a investigação, observam-se lesões cutâneas compatíveis com vasculite.

Considerando a hipótese de doença de Behçet, assinale a afirmativa correta.

- (A) A doença é mediada exclusivamente por autoanticorpos específicos, sendo o diagnóstico confirmado por exames laboratoriais sorológicos.
- (B) A presença de uveíte recorrente é suficiente para estabelecer o diagnóstico, mesmo na ausência de úlceras orais.
- (C) O acometimento limita-se à mucosa oral, ocular e genital, sendo excepcional o envolvimento vascular ou neurológico.
- (D) O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado em critérios de classificação; a presença de úlceras orais recorrentes é requisito fundamental, e um escore igual ou superior a quatro pontos estabelece a classificação da doença.
- (E) O exame anatomopatológico é indispensável para confirmação diagnóstica, sendo a demonstração de vasculite obrigatória em todos os pacientes.

Realização

