

TIPO

1

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

ATENDIMENTO AO QUEIMADO

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 Plástica

1

Em relação aos retalhos fasciocutâneos, assinale a afirmativa correta.

- (A) Sua vascularização depende exclusivamente do plexo subdérmico.
- (B) A inclusão da fáscia profunda aumenta a confiabilidade vascular do retalho por incorporar vasos perfurantes que atravessam a fáscia.
- (C) São sempre inferiores aos retalhos musculares no tratamento de osteomielite crônica.
- (D) Não podem ser utilizados como retalhos livres.
- (E) Apresentam maior morbidade da área doadora que os retalhos musculares.

2

Uma das principais vantagens dos retalhos miocutâneos, em comparação aos retalhos fasciocutâneos, é sua

- (A) menor morbidade funcional da área doadora.
- (B) melhor correspondência estética em todas as regiões anatômicas.
- (C) capacidade de preencher espaços mortos extensos devido ao volume muscular.
- (D) menor espessura tecidual.
- (E) maior sensibilidade cutânea preservada.

3

Segundo a classificação vascular de Mathes e Nahai, aplicada aos retalhos musculares, um músculo classificado como Tipo V apresenta

- (A) um único pedículo vascular dominante.
- (B) um pedículo vascular dominante e múltiplos pedículos segmentares secundários.
- (C) dois pedículos dominantes de igual importância.
- (D) apenas suprimento vascular segmentar.
- (E) ausência de pedículo dominante identificável.

4

A classificação de Mathes e Nahai divide de I a V o padrão de irrigação arterial dos retalhos musculares.

A classificação correta do padrão de circulação do músculo gastrocnêmio é

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

5

Com relação à anatomia vascular da parede abdominal anterior e sua aplicação em cirurgia reconstrutiva, assinale a afirmativa correta.

- (A) As perfurantes originadas da artéria epigástrica superior profunda constituem a principal base vascular dos retalhos DIEP.
- (B) As perfurantes da artéria epigástrica inferior profunda apresentam importância fundamental na confecção de retalhos microcirúrgicos para reconstrução mamária.
- (C) As perfurantes abdominais possuem calibre insuficiente para anastomoses microcirúrgicas, limitando seu uso clínico.
- (D) As artérias intercostais não participam da irrigação dos tecidos da parede abdominal anterior.
- (E) Retalhos baseados em perfurantes são pouco utilizados na reconstrução mamária autóloga.

6

Assinale a afirmativa correta quanto à classificação da ginecomastia e sua importância no planejamento cirúrgico.

- (A) A ginecomastia grau I caracteriza-se por aumento mamário discreto, sem excesso de pele associado.
- (B) A ginecomastia grau IIb apresenta aumento mamário moderado, porém sem redundância cutânea.
- (C) A ginecomastia grau III corresponde a aumento mamário discreto com excesso mínimo de pele.
- (D) A classificação de Simon não considera a presença ou ausência de excesso cutâneo.
- (E) A ginecomastia grau IIa apresenta aumento mamário importante com ptose semelhante à mama feminina.

7

Sobre a microtia e suas opções reconstrutivas, assinale a afirmativa correta.

- (A) A reconstrução auricular com cartilagem costal autóloga é contraindicada em crianças.
- (B) A microtia bilateral é mais frequente que a unilateral.
- (C) A microtia é uma malformação congênita da orelha externa que pode estar associada à atresia do conduto auditivo externo.
- (D) A reconstrução auricular deve ser realizada preferencialmente antes dos 3 anos de idade para evitar deformidades craniofaciais.
- (E) A classificação da microtia não leva em consideração o grau de desenvolvimento do pavilhão auricular.

8

A respeito da classificação de Nagata para microtia, assinale a afirmativa correta.

- (A) A microtia do tipo lobular caracteriza-se pela presença de estruturas auriculares bem definidas, incluindo hélice, anti-hélice e concha.
- (B) A microtia do tipo conchal apresenta remanescentes auriculares e uma concha relativamente preservada, podendo haver meato auditivo externo presente ou atrésico.
- (C) A anotia é considerada a forma mais leve de microtia na classificação de Nagata.
- (D) A microtia do tipo pequeno-conchal apresenta ausência completa de remanescentes auriculares.
- (E) A classificação de Nagata baseia-se exclusivamente na presença ou ausência de perda auditiva.

9

Acerca dos ligamentos retentores da face, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os ligamentos retentores falsos possuem inserção óssea e representam os principais pontos de fixação da pele da face.
- (B) Os ligamentos retentores verdadeiros estão localizados apenas na região temporal.
- (C) Os ligamentos retentores falsos não possuem importância anatômica durante os procedimentos de rejuvenescimento facial.
- (D) Os ligamentos retentores verdadeiros conectam diretamente o periosteo ou a fáscia profunda à derme, atravessando os planos faciais.
- (E) Os ligamentos retentores verdadeiros são formados exclusivamente por fibras musculares do sistema SMAS.

10

Sobre a anatomia nervosa da face, assinale a afirmativa correta.

- (A) O ramo temporal do nervo facial cruza superficialmente o arco zigomático e é responsável pela inervação motora do músculo orbicular da boca.
- (B) O nervo infraorbitário é um ramo do nervo facial e fornece inervação motora para a região malar.
- (C) O ramo marginal mandibular do nervo facial inerva músculos responsáveis pela depressão do lábio inferior e pode ser lesionado durante procedimentos cervicais e da região mandibular.
- (D) O nervo mentoniano é responsável pela inervação motora do músculo mentual e do platisma.
- (E) O nervo auriculotemporal é um ramo do nervo facial responsável pela motricidade da musculatura frontal.

11

Em relação às fases da cicatrização das feridas, assinale a afirmativa correta.

- (A) A fase inflamatória inicia-se após o 7º dia da lesão e é caracterizada principalmente pela deposição de colágeno tipo I.
- (B) A fase proliferativa é marcada pela angiogênese, formação de tecido de granulação, fibroplasia e reepitelização.
- (C) A remodelação da cicatriz ocorre apenas nas primeiras duas semanas após a lesão.
- (D) Os neutrófilos predominam durante toda a fase de remodelação cicatricial.
- (E) A fase inflamatória ocorre após a fase proliferativa e precede a fase de remodelação.

12

A teoria das zonas de lesão tecidual nas queimaduras, descrita por Jackson, é fundamental para compreender a evolução da injúria térmica.

Sobre esse tema, assinale a afirmativa correta.

- (A) A zona de coagulação é a região periférica da queimadura e apresenta tecido viável com recuperação espontânea garantida.
- (B) A zona de hiperemia circunda a lesão e caracteriza-se por necrose irreversível dos tecidos.
- (C) A zona de estase localiza-se no centro da queimadura e representa a área de maior dano térmico.
- (D) A zona de hiperemia apresenta ausência completa de fluxo sanguíneo e não possui potencial de recuperação.
- (E) A zona de estase apresenta perfusão reduzida e pode evoluir para necrose caso a ressuscitação e os cuidados locais sejam inadequados.

13

Sobre a classificação de Eglé Mutti para as mamas tuberosas, assinale a afirmativa correta.

- (A) Na mama tuberosa tipo I, a deformidade está restrita ao quadrante infero-medial, com hipoplasia localizada e herniação areolar variável.
- (B) Na mama tuberosa tipo II, todos os quadrantes da mama apresentam hipoplasia grave, com constrição global da base mamária.
- (C) Na mama tuberosa tipo III, apenas o quadrante infero-lateral é acometido, mantendo-se o desenvolvimento normal dos demais quadrantes.
- (D) A mama tuberosa tipo I apresenta deficiência global do envelope cutâneo e importante redução do volume mamário.
- (E) A mama tuberosa tipo II caracteriza-se por ausência de constrição da base mamária e posicionamento normal do sulco inframamário.

14

Sobre a Síndrome de Poland, é correto afirmar que

- (A) a deformidade é caracterizada pela ausência bilateral do músculo peitoral maior, sem associação com alterações da parede torácica ou da mão.
- (B) a forma clássica apresenta hipoplasia ou ausência da porção esternocostal do músculo peitoral maior, podendo estar associada a anomalias ipsilaterais da mão.
- (C) a síndrome acomete predominantemente o sexo feminino e apresenta herança autossômica dominante bem estabelecida.
- (D) a ausência completa do músculo latíssimo do dorso é um achado obrigatório para o diagnóstico.
- (E) as deformidades da mão, quando presentes, ocorrem contralateralmente à alteração torácica.

15

Sobre a zetaplastia, assinale a afirmativa correta.

- (A) A zetaplastia é utilizada exclusivamente para revisão de cicatrizes hipertróficas, sem efeito sobre contraturas.
- (B) O principal objetivo da zetaplastia é encurtar uma cicatriz linear e reduzir sua largura.
- (C) Na zetaplastia clássica com ângulos de 60°, ocorre ganho teórico de aproximadamente 75% no comprimento da cicatriz central.
- (D) A zetaplastia não altera a direção da cicatriz original.
- (E) Retalhos com ângulos maiores apresentam menor risco de necrose e são sempre preferíveis.

16

A trigonocefalia é uma deformidade craniana decorrente do fechamento prematuro de uma sutura craniana específica, resultando em alterações características do crânio e da face.

Em relação ao tema, é correto afirmar que a trigonocefalia

- (A) é causada pelo fechamento precoce da sutura sagital, levando ao formato craniano alongado e estreito (escafocefalia).
- (B) resulta da sinostose da sutura metópica, caracterizando-se por frente triangular e hipotelorismo em graus variados.
- (C) decorre do fechamento precoce da sutura coronal bilateral, produzindo braquicefalia e exorbitismo.
- (D) é causada pela sinostose unilateral da sutura lambdoide, resultando em plagiocefalia posterior.
- (E) está invariavelmente associada a síndromes craniofaciais e requer tratamento exclusivamente conservador.

17

A síndrome da fissura orbital superior ocorre devido ao comprometimento das estruturas neurovasculares que atravessam a fissura orbital superior, produzindo um conjunto característico de sinais e sintomas oftalmológicos.

A respeito do tema, essa síndrome

- (A) caracteriza-se por perda isolada da visão devido ao acometimento exclusivo do nervo óptico (II).
- (B) apresenta como principal manifestação clínica exoftalmia pulsátil associada a fístula carotídeo-cavernosa.
- (C) é caracterizada por paralisia facial periférica associada à perda auditiva neurosensorial.
- (D) não cursa com alterações pupilares, pois as fibras parassimpáticas do nervo oculomotor não são acometidas.
- (E) ocorre pelo acometimento dos nervos III, IV, VI e do ramo oftálmico do nervo trigêmeo (V1), podendo causar oftalmoplegia e hipoestesia da região frontal.

18

A manobra de Phalen é amplamente utilizada na avaliação clínica de pacientes com suspeita de síndrome do túnel do carpo.

Assinale a afirmativa correta sobre o exposto.

- (A) Consiste na percussão sobre o nervo mediano ao nível do punho, sendo considerada positiva quando provoca dor no cotovelo.
- (B) É realizada com extensão máxima dos punhos por 60 segundos, sendo específica para compressão do nervo ulnar.
- (C) Consiste na flexão máxima dos punhos, mantida por aproximadamente 60 segundos, sendo positiva quando reproduz parestesias na distribuição do nervo mediano.
- (D) Avalia a integridade do nervo radial por meio da extensão resistida dos dedos.
- (E) É utilizada principalmente para o diagnóstico da síndrome do desfiladeiro torácico.

19

Durante a realização de uma abdominoplastia, o conhecimento das zonas vasculares descritas por Huger é fundamental para preservar a perfusão adequada dos retalhos abdominais.

A respeito do tema, assinale a afirmativa correta.

- (A) A Zona I corresponde às regiões laterais do abdômen e é irrigada principalmente pelas artérias intercostais e lombares.
- (B) A Zona III corresponde à região central do abdômen e é irrigada predominantemente pelas artérias epigástricas superiores.
- (C) A Zona II corresponde às regiões laterais do abdômen e é irrigada exclusivamente pelas artérias circunflexas ilíacas superficiais.
- (D) A Zona II localiza-se na região infraumbilical central e sua principal irrigação provém das artérias epigástricas inferiores profundas.
- (E) A Zona III é a região suprapúbica mediana e apresenta irrigação exclusiva das artérias pudendas externas.

20

A contratura isquêmica de Volkmann é uma complicação grave decorrente de aumento da pressão compartimental no membro superior, podendo resultar em deformidades permanentes da mão e do antebraço.

A respeito do tema, assinale a afirmativa correta.

- (A) Ocorre mais frequentemente após lesão do nervo radial, sem relação com alterações vasculares.
- (B) É consequência de isquemia muscular prolongada, geralmente associada à síndrome compartimental do antebraço.
- (C) Caracteriza-se por deformidade em “mão caída” decorrente da paralisia dos extensores do punho.
- (D) O tratamento definitivo consiste apenas em fisioterapia e imobilização precoce.
- (E) A contratura afeta preferencialmente os músculos extensores do antebraço, preservando os flexores.

21

Durante o desenvolvimento embrionário da face e do pescoço, diversas estruturas se originam dos arcos faríngeos.

Um derivado do primeiro arco faríngeo é

- (A) o estribo.
- (B) a cartilagem tireóidea.
- (C) o corpo do osso hioide.
- (D) o martelo e bigorna.
- (E) o músculo estapédio.

22

A irrigação arterial do complexo aréolo-papilar é fornecida pelas artérias

- (A) facial e temporal superficial.
- (B) torácica interna e torácica lateral.
- (C) subescapular e axilar.
- (D) intercostal superior e vertebral.
- (E) cervical transversa e supraescapular.

23

Durante o processo normal de cicatrização, a fase proliferativa é caracterizada por uma série de eventos celulares e moleculares que promovem o reparo tecidual.

Sobre essa fase, assinale a afirmativa correta.

- (A) É caracterizada principalmente pela vasoconstrição e formação do tampão plaquetário.
- (B) Ocorre predominantemente entre a 3ª e a 4ª semanas após a lesão, sendo marcada pela reorganização do colágeno tipo I.
- (C) É marcada pela angiogênese, fibroplasia, deposição de matriz extracelular e reepitelização da ferida.
- (D) Tem como principal evento a degradação da matriz extracelular por metaloproteinases, sem formação de novo tecido.
- (E) Caracteriza-se pela substituição do colágeno tipo III pelo colágeno tipo I, aumentando a resistência tênsil da cicatriz.

24

A tríade de Calnan é um importante conjunto de achados clínicos utilizados no diagnóstico da fissura palatina submucosa.

Os três componentes dessa tríade são

- (A) a úvula bífida, a chanfradura da espinha nasal posterior e a diástase muscular da linha média do palato mole (zona translúcida).
- (B) a úvula bífida, a fissura labial unilateral e o hipertelorismo.
- (C) o entalhe do rebordo alveolar, a úvula bífida e a insuficiência velofaríngea.
- (D) o palato ogival, a macroglossia e a úvula bífida.
- (E) a fissura do palato duro, a fissura do lábio e a deformidade nasal.

25

A sequência de Pierre Robin é uma condição congênita frequentemente encontrada na prática da cirurgia craniofacial. Suas características clássicas são:

- (A) craniossinostose coronal, exoftalmia e hipoplasia maxilar.
- (B) retrognatismo mandibular, glossoptose e obstrução das vias aéreas superiores, frequentemente associadas à fissura palatina.
- (C) hipertelorismo, fissura labial bilateral e macrostomia.
- (D) microtia, atresia de coanas e coloboma ocular.
- (E) hipoplasia mandibular, craniossinostose sagital e fissura facial oblíqua.

26

A fissura facial número 0 da classificação de Tessier corresponde a uma rara malformação craniofacial localizada na linha média.

Sobre essa fissura, ela

- (A) envolve a região lateral da órbita e pode estar associada à macrostomia.
- (B) corresponde a uma fissura mediana do lábio superior e do nariz, podendo estar associada a hipertelorismo e microcefalia e arruína.
- (C) caracteriza-se por uma fissura que se estende do canto medial do olho até o lábio superior.
- (D) está localizada na junção entre os processos maxilar e mandibular, resultando em fissura comissural.
- (E) afeta exclusivamente o palato secundário, sem acometimento das estruturas faciais externas.

27

Paciente de 47 anos, em avaliação pré-operatória para mastopexia com implantes mamários, realiza mamografia que evidencia um achado classificado como BI-RADS 3.

Assinale a opção que apresenta a conduta mais adequada diante desse resultado.

- (A) Lesão benigna, sendo indicado apenas o rastreamento mamográfico anual de rotina.
- (B) Achado suspeito para malignidade, devendo ser realizada biópsia por agulha imediatamente.
- (C) Exame sem alterações (BI-RADS 1), com indicação de repetir a mamografia em 1 ano.
- (D) Achado altamente sugestivo de malignidade, com indicação de biópsia por agulha o mais breve possível.
- (E) Achado provavelmente benigno, com recomendação de acompanhamento por imagem em curto prazo em 6 meses.

28

A região periorbital é uma área delicada de repleta de particularidades.

Os enxertos de pele utilizados em pálpebra inferior são preferencialmente obtidos da

- (A) região inguinal.
- (B) região retroauricular.
- (C) pálpebra inferior contralateral, obrigatoriamente.
- (D) pálpebra superior.
- (E) região supraclavicular.

29

Paciente submetido a *facelifting* apresenta paralisia do músculo depressor do ângulo da boca.

O ramo do nervo facial que inerva esse músculo é o mesmo que pode ser lesado em acessos transcutâneos de cirurgias mandibulares, sendo ele

- (A) o marginal da mandíbula.
- (B) o cervical.
- (C) o temporofacial.
- (D) o zigomático.
- (E) a corda do tímpano.

30

Paciente masculino, 14 anos de idade, sem comorbidades, 36 kg, foi submetido a exérese de lesão cutânea em braço esquerda, sob anestesia local (10ml de lidocaína a 2% com adrenalina).

Alguns minutos após, passou a referir distúrbios visuais, vertigens e zumbidos.

A causa provável desses sintomas é a(o)

- (A) intoxicação por contaminação anestésica.
- (B) intoxicação por dose excessiva de anestésico.
- (C) estresse do procedimento.
- (D) efeito rebote devido ao uso do vasoconstritor.
- (E) injeção intravascular do anestésico.

31

Em relação ao reparo da ferida fetal, assinale a afirmativa correta.

- (A) A cicatrização fetal ocorre por meio de uma resposta inflamatória exuberante, semelhante à observada em adultos, culminando em formação de cicatriz madura.
- (B) O reparo fetal caracteriza-se por intensa deposição de colágeno tipo I desde o início do processo cicatricial, o que explica a ausência de cicatriz.
- (C) Em fases precoces da gestação, o reparo da ferida fetal pode ocorrer com regeneração tecidual praticamente sem formação de cicatriz, devido, entre outros fatores, à resposta inflamatória reduzida, maior proporção de colágeno tipo III e perfil distinto de citocinas e fatores de crescimento.
- (D) A ausência de cicatriz fetal decorre exclusivamente da esterilidade do ambiente intrauterino, não havendo influência de fatores celulares ou moleculares.
- (E) O reparo da ferida fetal é idêntico ao do adulto, diferindo apenas pela maior velocidade de reepitelização.

32

Em relação ao melanoma extensivo superficial, assinale a afirmativa correta.

- (A) É o subtipo mais comum de melanoma cutâneo e caracteriza-se por uma fase inicial de crescimento radial, que precede a fase de crescimento vertical.
- (B) O melanoma extensivo superficial apresenta crescimento exclusivamente vertical desde seu surgimento, justificando seu comportamento altamente agressivo.
- (C) O melanoma extensivo superficial ocorre predominantemente nas regiões palmoplantares e subungueais.
- (D) Esse subtipo acomete principalmente crianças e adolescentes, sendo raro em adultos.
- (E) O prognóstico do melanoma extensivo superficial depende exclusivamente da presença de ulceração, independentemente da espessura tumoral.

33

Em relação à fratura isolada do arco zigomático, assinale a afirmativa correta.

- (A) A diplopia é o achado clínico mais frequente nas fraturas isoladas do arco zigomático.
- (B) A lesão do nervo infraorbitário é obrigatória nas fraturas isoladas do arco zigomático.
- (C) O tratamento de escolha é sempre a redução aberta com fixação interna por placas e parafusos.
- (D) A principal complicação funcional é a limitação da abertura bucal decorrente do impacto do arco zigomático sobre o processo coronoide da mandíbula.
- (E) O arco zigomático não exerce papel importante na projeção e na largura da face.

34

Assinale a afirmativa correta quanto à relação ao retalho de Converse para reconstrução do couro cabeludo.

- (A) O retalho de Converse consiste em um retalho de rotação de base única, indicado apenas para pequenos defeitos da região frontal.
- (B) O retalho de Converse é um retalho de transposição da região do couro cabeludo e da testa, vascularizado pela artéria temporal superficial que possibilitar o fechamento de defeitos moderados a extensos, preservando a vascularização do couro cabeludo.
- (C) O retalho de Converse é um retalho livre microcirúrgico baseado na artéria temporal superficial.
- (D) O retalho de Converse é indicado exclusivamente para defeitos do couro cabeludo após queimaduras, sendo contraindicado após ressecção oncológica.
- (E) O retalho de Converse depende da inclusão do periósteo para manter sua viabilidade vascular.

35

O retalho do músculo grande dorsal é amplamente empregado na reconstrução mamária devido às suas características anatômicas e vasculares.

Assinale a afirmativa que justifica corretamente essa indicação.

- (A) Possui inervação sensitiva preservada e irrigação segmentar, permitindo reconstrução sem perda funcional.
- (B) Fornece volume suficiente para reconstrução mamária em todos os casos, dispensando o uso de implantes.
- (C) Apresenta vascularização confiável por meio de um pedículo longo e constante, tornando sua dissecação previsível e segura.
- (D) Não provoca alterações no contorno da região dorsal e não resulta em cicatrizes na área doadora.
- (E) Sua transferência não ocasiona qualquer impacto na função do ombro, mesmo em pacientes que realizam atividades físicas intensas.

36

Assinale a afirmativa correta a respeito da avaliação inicial no tratamento das queimaduras.

- (A) A profundidade da queimadura pode ser determinada com precisão absoluta no momento da avaliação inicial, não sofrendo alterações nos dias subsequentes.
- (B) As queimaduras de espessura parcial superficial apresentam destruição completa dos anexos cutâneos e, por isso, sempre necessitam de enxertia de pele.
- (C) As queimaduras de espessura total caracterizam-se pela destruição de toda a epiderme e derme, geralmente apresentam aspecto seco, esbranquiçado ou carbonizado, são insensíveis à dor na área central e frequentemente requerem tratamento cirúrgico com excisão e enxertia.
- (D) A presença de flictenas (bolhas) é uma característica exclusiva das queimaduras de espessura total.
- (E) Todas as queimaduras de espessura parcial profunda cicatrizam em menos de duas semanas, sem risco aumentado de cicatriz hipertrófica.

37

Assinale a afirmativa correta sobre a definição dos subtipos de carcinoma basocelular (CBC).

- (A) O carcinoma basocelular superficial é o subtipo mais agressivo, apresentando maior risco de invasão perineural e recorrência local.
- (B) O carcinoma basocelular infiltrativo apresenta limites clínicos bem definidos, o que facilita sua ressecção com margens reduzidas.
- (C) O carcinoma basocelular morfeiforme (esclerodermiforme) raramente apresenta extensão subclínica, sendo considerado de baixo risco para recorrência.
- (D) O carcinoma basocelular nodular é o subtipo mais frequente, caracterizando-se clinicamente por pápula ou nódulo perolado, frequentemente com telangiectasias e possibilidade de ulceração central.
- (E) O carcinoma basocelular pigmentado possui comportamento biológico mais agressivo do que os demais subtipos devido ao acúmulo de melanina.

38

Assinale a afirmativa correta a respeito da fissura palatina.

- (A) A fissura palatina resulta da falha de fusão entre os processos mandibulares durante a 4ª semana do desenvolvimento embrionário.
- (B) O principal objetivo da palatoplastia é exclusivamente restaurar a estética do palato, não havendo impacto significativo na função da fala.
- (C) A palatoplastia tem como objetivos o fechamento anatômico da fissura, o restabelecimento da função do mecanismo velofaríngeo, a melhora da alimentação e a promoção do desenvolvimento normal da fala.
- (D) A fissura palatina isolada ocorre exclusivamente em associação à fissura labiopalatina.
- (E) A insuficiência velofaríngea é uma complicação rara após a palatoplastia e não está relacionada a alterações da fala.

39

Assinale a opção que contém a conduta correta sobre o hemangioma infantil.

- (A) O hemangioma infantil está completamente desenvolvido ao nascimento e não apresenta fase proliferativa após o parto.
- (B) A maioria dos hemangiomas infantis apresenta crescimento rápido nos primeiros meses de vida, seguido por uma fase de involução espontânea ao longo da infância.
- (C) Todos os hemangiomas infantis devem ser tratados cirurgicamente logo após o diagnóstico para prevenir complicações.
- (D) O propranolol é contraindicado no tratamento do hemangioma infantil por aumentar o risco de crescimento da lesão.
- (E) O hemangioma infantil é uma malformação vascular congênita que cresce proporcionalmente ao crescimento da criança e não sofre involução.

40

Em relação aos arcos branquiais e suas alterações congênitas, assinale a afirmativa correta.

- (A) As anomalias do primeiro arco branquial são as mais frequentes e geralmente se manifestam como cistos na borda anterior do músculo esternocleidomastoideo.
- (B) As anomalias do segundo arco branquial correspondem à maioria das malformações branquiais e costumam se apresentar como cistos, seios ou fístulas na região cervical lateral, ao longo da borda anterior do músculo esternocleidomastoideo.
- (C) As fístulas do segundo arco branquial terminam, em sua maioria, no assoalho da boca.
- (D) As anomalias dos arcos branquiais apresentam regressão espontânea na infância, não sendo indicado tratamento cirúrgico.
- (E) Os cistos branquiais localizam-se tipicamente na linha média do pescoço, sendo clinicamente indistinguíveis dos cistos do ducto tireoglossos.

41

Na reconstrução dos defeitos labiais após exérese de tumores, a escolha da técnica depende principalmente da extensão da perda tecidual e da necessidade de preservar a função oral. Com base nesse princípio, assinale a afirmativa correta.

- (A) O retalho de Karapandzic é reservado exclusivamente para defeitos inferiores a 25% da extensão do lábio.
- (B) O retalho de Abbe é realizado em um único tempo cirúrgico, dispensando a secção posterior do pedículo vascular.
- (C) Nas reconstruções de grandes defeitos labiais, a obtenção do melhor resultado estético deve prevalecer sobre a preservação da função esfinteriana do lábio.
- (D) O retalho de Bernard-Burow é contraindicado para grandes perdas do lábio inferior, por não empregar tecidos das regiões genianas.
- (E) Defeitos que acometem aproximadamente até um terço da largura do lábio, em geral, podem ser tratados por fechamento primário, mantendo adequada competência oral e bom resultado estético.

42

Em relação às diferenças entre cicatriz hipertrófica e quelóide, assinale a alternativa correta.

- (A) A cicatriz hipertrófica ultrapassa os limites da lesão original, enquanto o quelóide permanece restrito à área inicial da ferida.
- (B) Tanto a cicatriz hipertrófica quanto o quelóide apresentam regressão espontânea na maioria dos casos após 12 meses.
- (C) O quelóide caracteriza-se por crescimento além dos limites da ferida original, e apresenta menor tendência à regressão espontânea e maior taxa de recorrência após tratamento quando comparado à cicatriz hipertrófica.
- (D) A cicatriz hipertrófica ocorre exclusivamente em indivíduos geneticamente predispostos, enquanto o quelóide pode acometer qualquer indivíduo sem fatores de risco.
- (E) Histologicamente, não existem diferenças entre quelóides e cicatrizes hipertróficas, sendo a distinção baseada apenas no aspecto clínico.

43

A classificação de Kurtzman e Stern é utilizada para avaliar as contraturas cicatriciais da região axilar após queimaduras, auxiliando no planejamento reconstrutivo.

Em relação a essa classificação, assinale a opção correta.

- (A) Tipo IA: comprometimento apenas da prega axilar posterior.
- (B) Tipo IB: acometimento simultâneo das pregas axilares anterior e posterior, com preservação da cúpula axilar.
- (C) Tipo III: comprometimento das pregas axilares anterior e posterior associado à cicatrização da cúpula axilar, resultando em contratura mais grave e importante limitação da movimentação do ombro.
- (D) A classificação de Kurtzman e Stern baseia-se exclusivamente na amplitude de movimento do ombro, sem considerar as estruturas anatômicas acometidas.
- (E) O acometimento da cúpula axilar, isoladamente, caracteriza uma contratura do tipo I.

44

Em pacientes vítimas de queimaduras, a intoxicação por monóxido de carbono (CO) deve ser prontamente reconhecida devido à sua elevada morbidade.

Acerca desse tema, assinale a afirmativa correta.

- (A) A oximetria de pulso é um método confiável para excluir intoxicação por monóxido de carbono, pois diferencia adequadamente a oxihemoglobina da carboxihemoglobina.
- (B) O monóxido de carbono liga-se à hemoglobina com afinidade aproximadamente 200 a 250 vezes maior que a do oxigênio, reduzindo o transporte de oxigênio e promovendo hipóxia tecidual.
- (C) A intoxicação por monóxido de carbono provoca, caracteristicamente, acidose respiratória isolada, sem repercussão sobre o metabolismo celular.
- (D) O tratamento com oxigênio hiperbólico não tem indicação nesse caso.
- (E) A dosagem sérica de lactato é o exame diagnóstico padrão-ouro para confirmação da Intoxicação por monóxido de carbono.

45

Em relação à sindactilia congênita, é correto afirmar que

- (A) a sindactilia simples caracteriza-se pela fusão dos dedos com envolvimento ósseo, enquanto a sindactilia complexa acomete apenas tecidos moles.
- (B) a maioria dos casos de sindactilia congênita ocorre entre o polegar e o indicador e raramente é bilateral.
- (C) a sindactilia simples envolve apenas a fusão de tecidos moles, enquanto a sindactilia complexa apresenta união óssea ou comprometimento das estruturas esqueléticas dos dedos.
- (D) o tratamento cirúrgico deve ser realizado apenas após os 10 anos de idade, quando o crescimento da mão estiver completo.
- (E) a separação cirúrgica dos dedos não requer reconstrução dos espaços interdigitais nem enxertos cutâneos.

46

A classificação de Pairolero e Arnold é amplamente utilizada para categorizar as infecções externas após esternotomia, considerando principalmente o momento de aparecimento e as características clínicas.

Em relação a essa classificação, é correto afirmar que

- (A) a infecção do Tipo I ocorre vários meses após a cirurgia, geralmente associada à osteomielite crônica do esterno.
- (B) a infecção do Tipo II manifesta-se entre a segunda e a quarta semanas de pós-operatório, frequentemente cursando com mediastinite, drenagem purulenta e osteomielite esternal.
- (C) a infecção do Tipo III corresponde à infecção superficial da ferida operatória, sem acometimento ósseo ou mediastinal.
- (D) a infecção do Tipo I caracteriza-se por deiscência esternal completa associada à instabilidade do esterno.
- (E) a classificação de Pairolero e Arnold baseia-se exclusivamente no resultado das culturas microbiológicas.

47

Em relação ao tratamento do ectrópio palpebral, assinale a afirmativa correta.

- (A) O ectrópio cicatricial é tratado preferencialmente com cantopexia lateral isolada, independentemente da presença de retração cutânea.
- (B) O tratamento do ectrópio paralítico consiste exclusivamente no uso de lubrificantes oculares, sendo a cirurgia contraindicada.
- (C) No ectrópio cicatricial, o princípio fundamental do tratamento é a liberação completa da cicatriz, seguida da reposição do déficit de pele, frequentemente com enxerto cutâneo ou retalhos locais, associado à suspensão palpebral quando necessário.
- (D) O enxerto cutâneo de espessura parcial é o tratamento de escolha para todos os casos de ectrópio cicatricial por apresentar menor retração secundária.
- (E) O retalho de Hughes é o procedimento de escolha para correção do ectrópio involucional.

48

Assinale a afirmativa correta a respeito do tratamento cirúrgico das úlceras por pressão.

- (A) O fechamento primário é a técnica de escolha para úlceras isquiáticas extensas, pois apresenta menor taxa de recorrência.
- (B) A reconstrução deve ser realizada assim que a úlcera é diagnosticada independentemente da presença de infecção, osteomielite ou estado nutricional do paciente, devido à grande morbidade da úlcera.
- (C) Enxertos de pele de espessura parcial são o método reconstrutivo de escolha para úlceras sacrais profundas, por suportarem melhor a pressão contínua.
- (D) O tratamento cirúrgico adequado inclui desbridamento completo dos tecidos desvitalizados, ressecção das proeminências ósseas quando indicada e cobertura com tecido bem vascularizado, preferencialmente por meio de retalhos.
- (E) A ressecção da bursa e dos tecidos fibróticos deve ser evitada para reduzir o risco de deiscência da ferida.

49

Quanto à lipoaspiração, é correto afirmar que

- (A) a seleção adequada do paciente é um dos principais determinantes do sucesso da lipoaspiração, sendo o procedimento mais indicado para pacientes com adiposidade localizada e boa elasticidade cutânea.
- (B) a lipoaspiração é um procedimento indicado principalmente para tratamento da obesidade, promovendo perda ponderal significativa e sustentada.
- (C) a infiltração tumescente com solução contendo adrenalina tem como principal objetivo aumentar a velocidade de aspiração da gordura, sem influência sobre o sangramento.
- (D) a flacidez cutânea importante constitui uma indicação clássica de lipoaspiração isolada, uma vez que a retração da pele é previsível em todos os casos.
- (E) a lipoaspiração superficial deve ser realizada rotineiramente em todas as áreas tratadas, pois elimina o risco de irregularidades de contorno.

50

Em relação à braquioplastia, assinale a afirmativa correta.

- (A) A cicatriz da braquioplastia raramente se apresenta alargada ou hipertrófica.
- (B) A lesão do nervo ulnar é a complicação neurológica mais frequente da braquioplastia, devido ao seu trajeto superficial no braço.
- (C) O planejamento da braquioplastia deve considerar a distribuição da flacidez cutânea e do excesso adiposo, sendo a cicatriz geralmente posicionada na face pósteromedial ou medial do braço para torná-la menos evidente.
- (D) A lipoaspiração é contraindicada quando associada à braquioplastia, devido ao elevado risco de necrose cutânea.
- (E) A braquioplastia é indicada exclusivamente para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

51

No uso da toxina botulínica tipo A na cirurgia plástica e estética, é correto afirmar que

- (A) seu mecanismo de ação consiste em estimular a liberação de acetilcolina na junção neuromuscular, promovendo contração muscular sustentada.
- (B) a toxina botulínica promove bloqueio temporário da transmissão neuromuscular por inibição da liberação de acetilcolina na junção neuromuscular.
- (C) seu efeito clínico ocorre imediatamente após a aplicação e permanece inalterado por aproximadamente dois anos.
- (D) a aplicação da toxina botulínica está restrita ao tratamento de alterações dinâmicas do terço superior da face, não apresentando outras aplicações em cirurgia plástica.
- (E) a principal complicação da aplicação facial é a necrose cutânea decorrente de vasoconstrição intensa provocada pela toxina.

52

Uma criança de 3 anos é atendida no pronto-socorro após sofrer queimadura durante um acidente doméstico. Assinale a afirmativa correta, considerando a epidemiologia das queimaduras na população pediátrica.

- (A) As queimaduras elétricas constituem o tipo mais frequente de queimadura na infância, principalmente em crianças menores de 5 anos.
- (B) As queimaduras químicas são as mais comuns na infância, devido à exposição a produtos de limpeza no ambiente doméstico.
- (C) As queimaduras por escaldadura são as mais comuns na infância, estando frequentemente relacionadas a acidentes domésticos envolvendo líquidos quentes.
- (D) As queimaduras por chama são predominantes na primeira infância, sendo geralmente decorrentes de acidentes com fogões e velas.
- (E) As queimaduras por contato são as mais frequentes em todas as faixas etárias pediátricas.

53

Um paciente apresenta uma lesão cutânea que necessita de cobertura com enxerto de pele.

Considerando os princípios dos enxertos cutâneos, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os enxertos de pele total apresentam maior contração secundária do que os enxertos de pele parcial.
- (B) Os enxertos de pele parcial apresentam maior contração primária e menor contração secundária quando comparados aos enxertos de pele total.
- (C) Os enxertos de pele parcial necessitam obrigatoriamente de leito receptor com vascularização intacta, enquanto os enxertos de pele total podem ser aplicados sobre superfícies avasculares.
- (D) A integração de um enxerto de pele ocorre exclusivamente por neovascularização, sem participação da plasmática durante as fases iniciais.
- (E) Os enxertos de pele total apresentam maior resistência à contração secundária e, em geral, melhor resultado estético do que os enxertos de pele parcial.

54

Uma criança apresenta hipoplasia malar bilateral, mandíbula pequena, fissuras palpebrais com inclinação inferior e alterações auriculares. O quadro é compatível com síndrome de Treacher Collins.

Com base nos conhecimentos de cirurgia craniofacial descritos, assinale a afirmativa correta.

- (A) A síndrome decorre principalmente de alteração das fendas 6, 7 e 8, com acometimento bilateral e hipoplasia malar e mandibular.
- (B) A principal característica da síndrome é a presença de craniossinostose, especialmente da sutura coronal.
- (C) O comprometimento neurológico grave é uma característica obrigatória, decorrente de malformações primárias do sistema nervoso central.
- (D) A síndrome apresenta predominantemente deformidades unilaterais, sendo raro o acometimento bilateral.
- (E) A hipoplasia mandibular não faz parte do espectro da síndrome, estando o acometimento restrito aos ossos da face média.

55

Na avaliação pré-operatória de um paciente com deformidade dentofacial candidato à cirurgia ortognática, o cirurgião plástico deve compreender a relação oclusal descrita pela classificação de Angle.

Dito isso, é correto afirmar que

- (A) na Classe I de Angle, a cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior oclui distalmente ao sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior.
- (B) na Classe II de Angle, o primeiro molar inferior apresenta relação mesial em relação ao primeiro molar superior, caracterizando uma deformidade de prognatismo mandibular.
- (C) na Classe III de Angle, o primeiro molar inferior apresenta relação mesial em relação ao primeiro molar superior, sendo frequentemente associada à discrepância mandibular caracterizada por prognatismo.
- (D) a classificação de Angle é baseada exclusivamente na posição dos incisivos e não apresenta utilidade na avaliação de pacientes candidatos à cirurgia ortognática.
- (E) a Classe II de Angle corresponde necessariamente a uma deficiência maxilar, não podendo estar relacionada à posição mandibular.

56

Um paciente vítima de trauma facial de alta energia apresenta mobilidade do segmento maxilar, equimose periorbitária bilateral e alteração da oclusão dentária.

Ao exame físico, observa-se mobilidade da maxila juntamente com o palato duro, enquanto a região nasal e o rebordo orbitário permanecem estáveis.

Com base na classificação das fraturas maxilofaciais, o diagnóstico mais provável é fratura

- (A) de Le Fort I.
- (B) de Le Fort II.
- (C) de Le Fort III.
- (D) naso-órbito-etmoidal.
- (E) isolada do complexo zigomático-maxilar.

57

Uma paciente de 58 anos apresenta excesso de pele nas pálpebras superiores, associado a bolsas de gordura medial e central nas pálpebras inferiores, sem alterações significativas da posição palpebral ou sintomas de olho seco.

Considerando os princípios da blefaroplastia estética, a seguinte opção apresenta a conduta mais adequada:

- (A) ressecção ampla de pele e de gordura da pálpebra inferior, independentemente da presença de frouxidão palpebral.
- (B) ressecção conservadora do excesso cutâneo, com abordagem individualizada das bolsas de gordura, preservando o suporte palpebral.
- (C) ressecção completa da gordura orbital inferior para eliminar definitivamente as bolsas palpebrais.
- (D) realização obrigatória de cantoplastia associada à blefaroplastia inferior em todos os pacientes acima de 50 anos.
- (E) ressecção exclusiva da pele palpebral superior, pois a gordura orbital não deve ser abordada em procedimentos estéticos.

58

Durante uma ritidoplastia, o conhecimento dos planos anatômicos da face é fundamental para evitar lesões nervosas.

Considerando a anatomia do nervo facial e do sistema músculo-aponeurótico superficial (SMAS), é correto afirmar que o

- (A) nervo facial percorre exclusivamente o plano subcutâneo, superficial ao SMAS, em toda a sua trajetória pela face.
- (B) SMAS corresponde exclusivamente à fáscia profunda da face e não apresenta continuidade anatômica com o platisma.
- (C) ramo marginal mandibular do nervo facial encontra-se sempre profundamente à veia facial e não apresenta risco durante procedimentos cervicofaciais.
- (D) nervo facial emerge do forame estilomastoideo e, após atravessar a parótida, divide-se em seus ramos terminais, apresentando relações variáveis com o SMAS.
- (E) nervo facial atravessa a glândula parótida após emitir seus cinco ramos terminais.

59

Durante o processo de cicatrização de uma ferida, ocorre uma mudança progressiva na composição e na organização da matriz extracelular.

Em relação aos principais tipos de colágeno envolvidos nesse processo, assinale a afirmativa correta.

- (A) O colágeno tipo I predomina desde o início da fase inflamatória e é posteriormente substituído pelo colágeno tipo III durante a remodelação.
- (B) O colágeno tipo III é produzido predominantemente na fase proliferativa e, durante a remodelação, ocorre aumento relativo do colágeno tipo I, contribuindo para o ganho de resistência da cicatriz.
- (C) O colágeno tipo II é o principal componente da matriz extracelular da cicatriz cutânea e predomina durante toda a fase proliferativa.
- (D) Os colágenos tipo I e o tipo III apresentam a mesma função e permanecem em proporções constantes durante todo o processo de cicatrização.
- (E) A remodelação da cicatriz caracteriza-se pela substituição do colágeno tipo I pelo tipo III, tornando a cicatriz progressivamente menos resistente.

60

Uma criança de 8 anos apresenta múltiplas manchas café com leite, efélides axilares e inguinais e diversos neurofibromas cutâneos.

Considerando os achados clínicos característicos das neurofibromatoses, assinale a afirmativa correta.

- (A) A neurofibromatose tipo 1 está associada principalmente à presença de *schwannomas* vestibulares bilaterais.
- (B) A neurofibromatose tipo 1 caracteriza-se pela ausência de manifestações cutâneas, sendo seu principal achado o comprometimento vestibular.
- (C) O principal tumor associado à neurofibromatose tipo 1 é o *schwannoma*, enquanto os neurofibromas são característicos da neurofibromatose tipo 2.
- (D) A presença de uma única mancha café com leite é suficiente para estabelecer o diagnóstico de neurofibromatose tipo 1.
- (E) A neurofibromatose tipo 1 é causada por mutações no gene NF1, localizado no cromossomo 17, e apresenta associação com neurofibromas e gliomas da via óptica.

61

No que se refere às complicações da lipoaspiração, assinale a afirmativa correta.

- (A) O tromboembolismo pulmonar é uma complicação rara, porém sem relevância significativa na mortalidade associada à lipoaspiração.
- (B) O seroma ocorre exclusivamente em lipoaspirações de grande volume, não sendo observado em procedimentos de pequeno porte.
- (C) A perfuração visceral é uma complicação potencialmente grave da lipoaspiração, podendo ocorrer por lesão de órgãos intra-abdominais durante a passagem da cânula.
- (D) A embolia gordurosa apresenta quadro clínico limitado ao sistema respiratório, sem repercussões neurológicas.
- (E) As irregularidades de contorno são complicações exclusivamente relacionadas ao período pós-operatório tardio, sem relação com a técnica cirúrgica empregada.

62

Assinale a afirmativa correta quanto ao tromboembolismo venoso (TEV) em cirurgia plástica estética.

- (A) O risco de TEV em cirurgia plástica estética é desprezível em pacientes jovens e hígidos, de modo que a profilaxia mecânica é dispensável quando o procedimento é realizado em regime ambulatorial.
- (B) O escore de Caprini modificado é utilizado para estratificação individualizada do risco tromboembólico, mas a indicação de quimioprofilaxia deve considerar também fatores relacionados ao procedimento, como duração cirúrgica, associação de cirurgias, abdominoplastia/lipoabdominoplastia, imobilização e risco hemorrágico.
- (C) A quimioprofilaxia com heparina de baixo peso molecular deve ser indicada rotineiramente para todos os pacientes submetidos a procedimentos estéticos, independentemente do escore de risco, pois não aumenta a incidência de hematomas ou seromas.
- (D) A embolia pulmonar pós-operatória em cirurgia plástica ocorre quase exclusivamente nas primeiras 24 horas, razão pela qual sinais respiratórios após a alta raramente devem levantar suspeita diagnóstica.
- (E) A trombose venosa profunda em cirurgia plástica é habitualmente sintomática, o que torna desnecessária a estratificação pré-operatória formal em pacientes sem história prévia de TEV.

63

Paciente do sexo feminino, parda, 26 anos, procura o pronto-socorro referindo dor intensa em região axilar bilateral. Ao exame físico, observam-se nodulações dolorosas, com secreção purulenta e sinais flogísticos.

O diagnóstico mais provável e a natureza etiopatogênica da doença são, respectivamente,

- (A) furunculose axilar por *staphylococcus aureus*.
- (B) celulite bacteriana por estreptococos beta-hemolíticos.
- (C) hidradenite supurativa, doença inflamatória crônica do folículo piloso, com possível infecção bacteriana secundária.
- (D) linfadenite supurativa axilar por micobactérias.
- (E) abscesso cutâneo simples por flora anaeróbia.

64

O princípio básico da lipoabdominoplastia, proposta por Avelar, é o(a)

- (A) amplo descolamento do retalho abdominal.
- (B) drenagem com aspiração contínua.
- (C) curativo compressivo.
- (D) preservação vascular.
- (E) utilização rotineira de drenos.

65

Um paciente adulto é atendido após queimadura envolvendo o pavilhão auricular. Durante a avaliação inicial, o cirurgião observa que a intensidade da destruição tecidual varia conforme o agente causador.

Entre os agentes a seguir, assinale aquele que costuma produzir maior destruição imediata das estruturas auriculares, mesmo com baixo tempo de exposição.

- (A) Líquidos aquecidos.
- (B) Agentes químicos.
- (C) Neve.
- (D) Chama direta.
- (E) Corrente elétrica.

66

Paciente masculino, 15 anos, vítima de acidente automobilístico, é admitido no pronto atendimento com amputação traumática do pavilhão auricular.

A equipe inicial informa que a lesão apresenta bordas irregulares, importante contaminação local e perda significativa do envelope cutâneo.

Diante desse cenário, a conduta mais apropriada é

- (A) iniciar reconstrução imediatamente no momento do acidente.
- (B) aguardar cicatrização completa das feridas e planejar reconstrução.
- (C) reimplantar a orelha imediatamente.
- (D) remover a cartilagem da orelha e inserir no subcutâneo do abdome, face interna do braço ou em outras regiões do corpo.
- (E) manter em gelo e reimplantar em até 24 horas.

67

Paciente masculino adulto procura atendimento por aumento doloroso e progressivo do tecido mamário bilateral, iniciado há alguns meses. Durante a anamnese, refere uso crônico de diferentes medicamentos, incluindo fármacos cardiovasculares, gastrointestinais e pró-cinéticos.

Considerando que a ginecomastia pode decorrer de desequilíbrio entre a ação estrogênica e androgênica no tecido mamário, inclusive por efeito medicamentoso, o medicamento que não está classicamente relacionado à gênese da ginecomastia é o

- (A) Citrato de clomifeno.
- (B) Amiodarona.
- (C) Teofilina.
- (D) Omeprazol.
- (E) Domperidona.

68

Durante a preparação de uma cirurgia eletiva, antes da incisão, toda a equipe da sala operatória interrompe brevemente suas atividades para confirmar, em voz alta, a identidade do paciente, o procedimento programado, o sítio cirúrgico, a lateralidade quando aplicável, a disponibilidade de exames e materiais essenciais, além de eventuais riscos anestésicos ou cirúrgicos.

Essa etapa faz parte das práticas de segurança do paciente recomendadas para prevenir eventos adversos graves, como cirurgia em local errado, procedimento errado ou paciente errado.

Essa pausa de segurança é denominada

- (A) verificação realizada somente após o término da cirurgia para avaliação dos parâmetros anestésicos.
- (B) conferência exclusivamente documental da cirurgia, sem participação obrigatória de toda a equipe.
- (C) pausa imediata antes do procedimento, com participação da equipe, para confirmar paciente, procedimento, lateralidade e sítio cirúrgico corretos, é denominado “time out”.
- (D) etapa destinada apenas à checagem do funcionamento dos equipamentos cirúrgicos.
- (E) conjunto de medidas voltadas principalmente à redução do tempo operatório.

69

Criança de 7 anos, portadora de microtia unilateral, é encaminhada ao ambulatório de cirurgia plástica para avaliação de reconstrução auricular. Os pais relatam preocupação estética e dificuldade da criança em lidar com a assimetria da orelha na escola. Ao exame, observa-se ausência parcial do arcabouço auricular, com pele local adequada.

No caso dessa criança, a idade mais aceita para iniciar a reconstrução auricular deve ser

- (A) nos primeiros 6 meses de vida.
- (B) entre 2 e 3 anos, antes do início da socialização escolar.
- (C) em torno dos 7 a 10 anos, quando há crescimento auricular avançado e cartilagem costal suficiente.
- (D) apenas após a puberdade completa, quando termina o crescimento corporal.
- (E) somente na vida adulta, para evitar recidiva da deformidade.

70

Paciente previamente mastectomizada procura reconstrução mamária autóloga. A região abdominal não é considerada boa área doadora por cicatrizes prévias e pouca disponibilidade de tecido.

Discute-se, então, a possibilidade de reconstrução com retalho miocutâneo transversal do grácil, também conhecido como TUG/TMG.

A respeito desse retalho nas reconstruções mamárias, todas as opções estão corretas, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) É utilizado na ausência de outras alternativas de reconstrução autóloga.
- (B) Pode ser retirado com a paciente em posição supina.
- (C) A técnica fornece tecidos moles facilmente moldáveis.
- (D) Possui pedículo longo, o que facilita a microanastomose.
- (E) É considerado um retalho com rápida recuperação.

71

Um paciente de 45 anos apresenta dor e parestesia no quarto e quinto dedos da mão direita, além de fraqueza na preensão. O exame físico revela Sinal de Tinel positivo no cotovelo e atrofia dos músculos interosseos.

No caso descrito, o diagnóstico mais provável é

- (A) síndrome do túnel do carpo.
- (B) compressão do nervo radial no sulco espiral.
- (C) compressão do nervo ulnar no cotovelo (síndrome do túnel cubital).
- (D) radiculopatia cervical C6.
- (E) lesão do nervo mediano no punho.

72

Assinale a afirmativa correta, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.711/2003, que estabelece parâmetros de segurança para a realização de lipoaspiração.

- (A) A lipoaspiração pode ser realizada em consultório médico comum, desde que o procedimento seja de caráter estético e o paciente receba alta no mesmo dia.
- (B) A lipoaspiração deve ser executada em sala de cirurgia equipada para atendimento de intercorrências inerentes a qualquer ato cirúrgico e às intercorrências específicas do procedimento.
- (C) A realização em ambiente não cirúrgico é permitida quando se utiliza apenas anestesia local, independentemente do volume aspirado ou da área corporal abordada.
- (D) A resolução permite a realização do procedimento em salas de procedimento simplificadas, desde que haja termo de consentimento informado assinado pelo paciente.
- (E) O local de realização da lipoaspiração é definido apenas pelo cirurgião, não havendo exigência normativa quanto à estrutura para atendimento.

73

Recém-nascido do sexo masculino é avaliado em consulta pediátrica por apresentar meato uretral localizado na face ventral do pênis, associado a prepúcio dorsal em “capuz” e discreta curvatura peniana. O tratamento definitivo, quando indicado por razões funcionais ou estéticas, é cirúrgico.

Nesse cenário, o melhor momento para intervenção deve ser

- (A) antes de 1 mês de vida, ainda no período neonatal imediato.
- (B) entre 6 e 24 meses de idade.
- (C) somente após 24 meses, independentemente da gravidade.
- (D) após 48 meses, para aguardar maior desenvolvimento corporal.
- (E) apenas após os 6 anos, quando a criança puder relatar sintomas urinários.

74

Criança com antecedente de extrofia vesical clássica, submetida previamente ao fechamento da bexiga e da parede abdominal, é avaliada para reconstrução do colo vesical com objetivo de melhorar a continência urinária.

Considerando as complicações precoces descritas após procedimentos de reconstrução do colo vesical no complexo extrofia-epispádia, a complicação mais frequentemente observada nesse período é a

- (A) retenção urinária temporária.
- (B) fístula vesicocutânea imediata.
- (C) anúria obstrutiva persistente.
- (D) pielonefrite aguda como evento inicial mais comum.
- (E) estenose definitiva da neouretra no pós-operatório imediato.

75

Paciente adulta procura avaliação para bichectomia com finalidade estética, visando maior definição do terço médio e inferior da face.

Durante a explicação pré-operatória, o cirurgião destaca que a remoção parcial da bola gordurosa de Bichat deve respeitar rigorosamente a anatomia regional.

Dito isso, a estrutura mais relevante, quando lesada, é a(o)

- (A) corda do tímpano.
- (B) ramo bucal do nervo facial.
- (C) ramo marginal da mandíbula.
- (D) ramo zigomático do nervo facial.
- (E) ramo cervical do nervo facial.

76

Em relação às gluteoplastias de aumento, o plano de implantes com maior índice de complicações, quando utilizado, é o plano

- (A) intramuscular.
- (B) submuscular.
- (C) subcutâneo.
- (D) subfascial.
- (E) duplo intramuscular/subcutâneo (*dual plane*).

77

De acordo com as normas atuais de publicidade médica do Conselho Federal de Medicina (CFM) e com as orientações da Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos, assinale a afirmativa correta.

- (A) O médico pode divulgar especialidade médica em redes sociais mesmo sem Registro de Qualificação de Especialista, desde que informe possuir pós-graduação na área.
- (B) A divulgação de imagens de pacientes é permitida sem finalidade educativa, desde que haja autorização verbal e o paciente não seja identificado pelo nome.
- (C) Nas peças de publicidade médica, devem constar nome do médico, número de inscrição no CRM com a palavra “médico” e, quando houver divulgação de especialidade ou área de atuação registrada, o respectivo Registro de Qualificação de Especialista (RQE).
- (D) É permitido anunciar garantia de resultado terapêutico quando o procedimento tiver alta taxa de sucesso descrita na literatura.
- (E) O uso de imagens de “antes e depois” é livre em redes sociais, podendo ser editado para melhorar contraste, iluminação e simetria, desde que represente caso real.

78

Na evolução histórica das técnicas de queiloplastia para correção de fissura labial unilateral, alguns métodos clássicos empregam retalhos geométricos para alongar o lábio no lado fissurado e reconstruir o arco de Cupido.

Nesse contexto, o procedimento de Le Mesurier, também descrito como técnica de Le Mesurier-Hagedorn, utiliza retalho quadrangular/retangular do lado fissurado inserido em incisão de liberação no lado não fissurado.

Essa concepção técnica é mais similar à de

- (A) Millard.
- (B) Mirault.
- (C) Tennison.
- (D) Perseu Lemos.
- (E) Rose-Thompson.

79

A fratura de maxila, conhecida como de Lannelongue, é a fratura

- (A) piramidal.
- (B) mediana.
- (C) transversa baixa.
- (D) em 4 fragmentos.
- (E) transversa baixa unilateral.

80

O par craniano originário do I arco braquial é o

- (A) X.
- (B) V.
- (C) IX.
- (D) VII.
- (E) XII.

Realização

