

TIPO

1

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

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 de Cabeça e Pescoço

1

Um homem de 45 anos apresenta aumento progressivo do volume cervical direito. Refere ter sido submetido a duas cirurgias prévias para ressecção de "cisto cervical", evoluindo com recorrência em ambas as ocasiões. A ressonância magnética demonstra extensa lesão multiloculada hiperintensa em T2, insinuando-se entre planos musculares do triângulo cervical posterior. Durante o procedimento, há rompimento de uma loculação.

Diante desse fato, pode-se afirmar que há

- (A) aumento do risco de disseminação hematogênica.
- (B) maior probabilidade de transformação maligna.
- (C) necessidade obrigatória de radioterapia pós-operatória.
- (D) dificuldade para identificação e remoção de todas as loculações, favorecendo recorrência local.
- (E) lesão inevitável do nervo acessório espinal.

2

Um homem de 58 anos apresenta carcinoma de células escamosas superficial da prega vocal direita previamente biopsiado. Durante a programação da microcirurgia endoscópica com laser de CO₂, o cirurgião opta por realizar inicialmente cortes verticais paralelos antes da remoção sequencial do tumor.

Com relação a essa conduta, pode-se destacar que

- (A) a ressecção sequencial permite definir progressivamente a profundidade de invasão, mantendo orientação anatômica cuidadosa das peças e respeitando os princípios oncológicos.
- (B) a fragmentação tumoral é realizada exclusivamente para reduzir o tempo cirúrgico, sem qualquer vantagem relacionada ao controle oncológico.
- (C) a técnica é empregada apenas quando há impossibilidade de utilização do laser de CO₂.
- (D) a ressecção em fragmentos elimina a necessidade de avaliação anatomopatológica das margens.
- (E) essa técnica é indicada somente para tumores supraglóticos, não devendo ser utilizada em lesões glóticas.

3

Um homem de 67 anos apresenta carcinoma glótico T1 envolvendo ambas as pregas vocais e a comissura anterior. Durante discussão multidisciplinar, considera-se a realização de microcirurgia transoral com laser.

Segundo os critérios apresentados por Shah, assinale a opção que apresenta a característica do caso que reduz mais significativamente a probabilidade de um bom resultado funcional e aumenta o risco de recorrência após cirurgia endoscópica.

- (A) Lesão exofítica unilateral da prega vocal.
- (B) Comprometimento bilateral das pregas vocais associado à comissura anterior.
- (C) Tumor superficial restrito à mucosa da prega vocal.
- (D) Necessidade de cordectomia tipo II.
- (E) Utilização do laser de CO₂ em baixa potência (3–5 W).

4

Uma gestante de 31 anos, com 18 semanas de gestação, é encaminhada ao serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço após identificação de nódulo tireoidiano de 2,8 cm no lobo direito. A ultrassonografia demonstra lesão sólida hipoeoica, margens irregulares, microcalcificações e linfonodo nível VI suspeito. A PAAF revela carcinoma papilífero. A paciente encontra-se eutireoidiana, sem sintomas compressivos ou paralisia de pregas vocais.

De acordo com as Diretrizes da *American Thyroid Association* de 2026, a conduta mais apropriada é

- (A) adiar qualquer tratamento até o puerpério, independentemente das características do tumor.
- (B) indicar radioiodoterapia durante o segundo trimestre para reduzir o risco de progressão tumoral.
- (C) iniciar TSH supressivo e repetir ultrassonografia apenas após o parto.
- (D) considerar tireoidectomia durante a gestação, preferencialmente no segundo trimestre, pois há evidência de doença locorregional clinicamente significativa.
- (E) interromper a gestação para realização imediata da cirurgia oncológica.

5

Uma mulher de 56 anos apresenta nódulo parotídeo de crescimento lento há 12 anos. Foi submetida previamente a duas ressecções locais em outro serviço e evoluiu novamente com múltiplos nódulos na região operada. A função do nervo facial está preservada.

A punção aspirativa por agulha fina obtém pequena quantidade de material e sugere neoplasia benigna, mas não permite classificação histológica definitiva.

Com relação ao caso, pode-se afirmar que

- (A) a recorrência multifocal confirma transformação maligna, pois o adenoma pleomórfico benigno recorre exclusivamente como lesão única.
- (B) o resultado citológico benigno exclui carcinoma ex-adenoma pleomórfico, porque a punção apresenta precisão próxima de 100% para o subtipo histológico.
- (C) a recorrência decorre necessariamente de metástases intraparotídeas, devendo ser interpretada como doença regional maligna.
- (D) a congelção intraoperatória de pequeno fragmento sempre permite diagnóstico definitivo, apesar da heterogeneidade morfológica do adenoma pleomórfico.
- (E) a recorrência pode representar crescimento local multifocal de adenoma pleomórfico residual, sem implicar obrigatoriamente malignização; além disso, amostras pequenas podem não representar adequadamente sua diversidade histológica.

6

Um homem de 52 anos, sem histórico conhecido de neoplasia, apresenta linfonodomegalia cística de 3,5 cm no nível II cervical direito. A nasofibrolaringoscopia e o exame completo da cabeça e pescoço não demonstram tumor primário. A punção aspirativa por agulha fina revela carcinoma de células escamosas, e a coloração para p16 é positiva.

No caso narrado, a conduta mais apropriada em seguida é

- (A) realizar inicialmente PET-CT.
- (B) realizar inicialmente biópsias aleatórias extensas.
- (C) dispensar a PET, uma vez que a positividade para p16 identifica definitivamente a tonsila palatina ipsilateral como sítio primário.
- (D) tratar a massa como cisto branquial, pois metástases císticas são incomuns em carcinomas orofaríngeos associados ao HPV.
- (E) efetuar biópsia aberta do linfonodo antes da tomografia e da PET, porque a punção aspirativa não é suficiente para estabelecer carcinoma metastático.

7

Um homem de 64 anos apresenta metástases cervicais de carcinoma de células escamosas, sem tumor primário, identificadas após exame clínico, nasofibrolaringoscopia, PET, tomografia contrastada, exame sob anestesia, biópsias dirigidas e tonsilectomias bilaterais.

A avaliação radiológica demonstra três linfonodos metastáticos ipsilaterais nos níveis II e III, com extensão extranodal. Não há metástases à distância.

A melhor conduta é realizar, então,

- (A) tratamento exclusivamente por observação, pois a ausência de primário identificável impede a definição de qualquer campo terapêutico.
- (B) esvaziamento cervical terapêutico, considerando tratamento adjuvante pela multiplicidade linfonodal e pela extensão extranodal.
- (C) apenas tonsilectomia ipsilateral adicional, pois a origem orofaríngea é presumida e o tratamento do pescoço pode ser postergado.
- (D) esvaziamento cervical seletivo limitado aos níveis II e III, porque o tumor primário não foi encontrado e não há indicação de abordar outros níveis.
- (E) biópsia aberta de um segundo linfonodo antes do esvaziamento, já que a extensão extranodal invalida o diagnóstico obtido por punção aspirativa.

8

Um homem de 57 anos apresenta carcinoma de células escamosas da porção posterior da língua oral, sem invasão mandibular. A lesão é volumosa, profunda e se aproxima da base da língua. O paciente apresenta dentição preservada e abertura oral limitada, não sendo possível obter exposição adequada por via peroral. A equipe pretende realizar uma abordagem que proporcione amplo acesso, preserve a continuidade mandibular e reduza as repercussões funcionais sobre a deglutição.

Com base exclusivamente no texto fornecido, assinale a opção que contém a abordagem mais apropriada.

- (A) Mandibulotomia lateral, por proporcionar ampla exposição sem comprometer a inervação dos dentes ou a vascularização do segmento distal da mandíbula.
- (B) Visor *flap*, pois é a abordagem que oferece melhor acesso aos tumores posteriores da língua sem causar alterações sensitivas ou funcionais no lábio inferior.
- (C) Mandibulotomia mediana, por preservar os músculos genioglosso e gênio-hióideo e evitar a extração de dentes incisivos.
- (D) Mandibulotomia paramediana, por permitir ampla exposição, preservar o complexo hiomandibular e evitar a desnervação ou a desvascularização dos dentes, da mandíbula e da pele do mento.
- (E) *Lower cheek flap* isolado, pois oferece exposição superior à mandibulotomia para grandes tumores posteriores da língua e da orofaringe sem envolvimento mandibular.

9

Uma mulher de 64 anos apresenta carcinoma de células escamosas da gengiva inferior posterior, adjacente ao corpo da mandíbula. A avaliação demonstra necessidade de mandibulectomia segmentar e reconstrução imediata. A abertura oral é adequada, mas há extensão da lesão posterior.

Na descrição do caso, o acesso mais indicado seria o seguinte:

- (A) via peroral, porque o tamanho do tumor deixa de interferir na escolha do acesso quando a abertura oral é adequada.
- (B) visor *flap*, por permitir mandibulectomia segmentar do corpo mandibular sem divisão do lábio e sem perda da sensibilidade do mento.
- (C) *upper cheek flap* pela incisão de Weber-Ferguson, por ser o acesso indicado para ressecções envolvendo o corpo da mandíbula.
- (D) mandibulotomia paramediana, pois toda ressecção segmentar da mandíbula deve ser precedida de osteotomia mandibular poupadora.
- (E) *lower cheek flap* com incisão mediana do lábio prolongada lateralmente para o pescoço, permitindo exposição para a mandibulectomia segmentar e para o tratamento cervical.

10

Um homem de 54 anos apresenta carcinoma de células escamosas de 2,5 cm localizado na borda lateral do terço anterior e médio da língua à direita. A mobilidade da língua está preservada, não há acometimento do assoalho da boca nem cruzamento da linha média. Optou-se por glossectomia parcial por via peroral.

Sobre o caso, assinale a afirmativa correta em relação ao tratamento.

- (A) Para tumores volumosos da borda lateral da língua, a ressecção em cunha orientada transversalmente proporciona melhor resultado funcional, preservando formato mais fisiológico da língua.
- (B) A orientação longitudinal da ressecção diminui o risco de alteração da fala quando comparada à orientação transversal.
- (C) A orientação transversal é utilizada apenas para facilitar a síntese da mucosa, sem influência funcional pós-operatória.
- (D) A orientação longitudinal deve ser preferida em todos os tumores da língua oral, independentemente do volume tumoral.
- (E) A orientação da ressecção não interfere no formato final da língua, desde que a musculatura seja reconstruída em dois planos.

11

Assinale a afirmativa correta sobre a anatomia e a fisiologia da deglutição.

- (A) A fase oral da deglutição está sob controle muscular voluntário, sendo dividida em fase preparatória e fase de contração.
- (B) O esfíncter esofágico inferior é composto pelo músculo cricofaríngeo, localizado cerca de 3 cm acima da transição faringoesofágica.
- (C) Lesões do nervo trigêmeo (V par) causam paralisia da metade ipsilateral do músculo orbicular da boca, com escape salivar.
- (D) O nervo hipoglosso (XII par) é responsável pela sensibilidade gustativa dos 2/3 anteriores da língua.
- (E) O fechamento velofaríngeo ocorre pelo relaxamento dos palatoglossos associado à contração dos elevadores do palato mole, músculo da úvula e palatofaríngeos, fechando a comunicação entre orofaringe e rinofaringe.

12

Paciente de 70 anos, com carcinoma avançado de cabeça e pescoço fora de possibilidades curativas, encontra-se em fase final de vida. A equipe multidisciplinar planeja discutir com o paciente e seus familiares as medidas de suporte a serem adotadas.

Sobre os princípios do tratamento em cuidados paliativos nesse contexto, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os cuidados paliativos devem coexistir de forma proporcional ao tratamento modificador da doença desde o diagnóstico de doença avançada, e não apenas após seu esgotamento.
- (B) A discussão sobre a proporcionalidade das medidas invasivas de suporte de vida deve considerar o que é tecnicamente indicado em cada situação clínica, comunicado em linguagem acessível, poupando o paciente de uma tomada de decisão compartilhada.
- (C) O papel central na condução dos cuidados paliativos deve permanecer concentrado no médico assistente, cabendo aos demais profissionais da equipe multidisciplinar uma atuação apenas complementar e subordinada às decisões médicas.
- (D) A priorização de medidas de conforto em detrimento de medidas de suporte artificial de vida configura, por definição, uma imposição da equipe de saúde sobre a vontade do paciente e sua família.
- (E) Por se tratar de paciente já fora de possibilidades curativas, a discussão sobre prognóstico e valores pessoais deve ser evitada, priorizando-se exclusivamente a comunicação com os familiares para reduzir o sofrimento psicológico do paciente.

13

Assinale a afirmativa correta sobre os pares cranianos e sua avaliação clínica.

- (A) O nervo acessório (XI par) é responsável somente pela inervação do músculo esternocleidomastoídeo, sendo testado por meio do encolher e elevar dos ombros.
- (B) O nervo oculomotor (III par) e o nervo abducente (VI par) compartilham a mesma função de mobilidade ocular, porém apenas o abducente é testado solicitando-se ao paciente olhar em todas as direções.
- (C) O reflexo do vômito, utilizado para testar o nervo glossofaríngeo (IX), avalia a sensibilidade e motricidade da faringe e da língua.
- (D) A avaliação da voz e da posição da úvula é teste apropriado para nervo laríngeo superior, ramo do vago (X par), nervo misto responsável pela fonação.
- (E) O nervo troclear (IV par) é avaliado por meio do franzir da testa e fechamento dos olhos, testes que também avaliam o nervo facial (VII par).

14

Assinale a afirmativa correta sobre mecanismos de disseminação tumoral e princípios de cirurgia oncológica.

- (A) Na disseminação hematogênica, cerca de 50% das células tumorais que penetram na circulação sanguínea acabam morrendo, por fatores como resposta imunológica do hospedeiro, defesa não imunológica e choque mecânico na parede vascular.
- (B) A disseminação por via linfática costuma acometer inicialmente o linfonodo mais distante da drenagem tumoral, nunca havendo comprometimento do linfonodo sentinela.
- (C) Na cirurgia radical, o objetivo é a ressecção completa do tumor com margens oncológicas livres, dispensando terapias adjuvantes.
- (D) A biópsia excisional, ao contrário da incisional, nunca pode ter finalidade terapêutica, servindo apenas para fins diagnósticos.
- (E) Segundo a teoria "da semente e do solo", a formação de metástases depende exclusivamente das características intrínsecas da célula tumoral, sendo irrelevante o microambiente do órgão receptor.

15

Assinale a afirmativa correta sobre mecanismos de disseminação tumoral e princípios de cirurgia oncológica.

- (A) A citologia esfoliativa é amplamente empregada na investigação de linfonodos, massas cervicais e nódulos de tireoide, fornecendo dados diagnósticos quanto à malignidade a partir da análise citológica do material obtido.
- (B) A remoção profilática da tireoide em famílias com mutação do proto-oncogene RET associada à NEM é classificada como cirurgia paliativa, pois visa apenas o controle sintomático da doença já estabelecida.
- (C) A angiogênese tumoral consiste na capacidade das células neoplásicas de se diferenciarem progressivamente, adquirindo características cada vez mais semelhantes ao tecido de origem.
- (D) O carcinoma in situ é definido pela invasão da membrana basal pelas células neoplásicas, com penetração subsequente no estroma circundante.
- (E) A biópsia por agulha grossa (core biopsy) baseia-se na obtenção de um fragmento de tecido tumoral por meio de agulhas especiais, por exemplo na investigação de sarcomas.

16

Assinale a afirmativa correta sobre os métodos de estadiamento das neoplasias malignas de cabeça e pescoço.

- (A) A ressonância magnética não utiliza radiação ionizante, oferecendo pior contraste de tecidos moles que a tomografia computadorizada, porém apresenta maior tempo de execução e menor suscetibilidade a artefatos metálicos.
- (B) A tomografia computadorizada é superior à ressonância magnética na avaliação da invasão mandibular, apresentando acurácia muito maior nesse quesito.
- (C) A PET-CT, por combinar informações metabólicas e anatômicas, está isenta de resultados falso-positivos, sendo o exame mais confiável para diferenciar inflamação de recidiva tumoral.
- (D) A nasofibrosopia é geralmente melhor tolerada que a videolaringoscopia, pois provoca maior reflexo de náusea e desconforto ao paciente.
- (E) A ultrassonografia cervical, muito dependente da experiência do examinador, é bastante limitada em diferenciar com certeza nódulos tireoidianos benignos de malignos.

17

Assinale a afirmativa correta sobre o estadiamento TNM e os métodos de imagem no câncer de cabeça e pescoço.

- (A) Na 8ª edição do TNM, tumores orofaríngeos passaram a ser subclassificados conforme o status de HPV, e metástases linfonodais com extensão extracapsular foram segregadas em um grupo de melhor prognóstico.
- (B) O estadiamento clínico baseia-se em anamnese, exame físico e exames de imagem (antes do tratamento), enquanto o patológico leva em conta os achados da biópsia e do exame macroscópico após a cirurgia.
- (C) A TC é exame de imagem mais sensível que a PET-CT para detecção de metástases à distância em linfonodos, ossos e fígado.
- (D) Segundo a teoria dos diferentes padrões de drenagem circulatória, a classificação TNM dispensa a avaliação por exame físico, sendo o estadiamento definido exclusivamente pelos exames de imagem.
- (E) A classificação TI-RADS, desenvolvida pelo American College of Radiology, é utilizada para padronizar a avaliação ultrassonográfica de linfonodos cervicais metastáticos.

18

Assinale a afirmativa correta sobre os princípios básicos da radioterapia.

- (A) O fracionamento do tratamento consiste na administração da dose total de radiação em frações maiores ao longo do tempo, permitindo que as células normais se recuperem dos danos, enquanto as células tumorais são expostas a doses letais repetidas.
- (B) Na ionização direta, a radiação interage com a água presente nas células, produzindo radicais livres que danificam secundariamente o DNA.
- (C) Os efeitos estocásticos da radiação incluem eritema e necrose tecidual, sendo dependentes de uma dose limiar para sua ocorrência.
- (D) Células tumorais costumam apresentar mecanismos de reparo de DNA mais eficientes que as células normais, o que as torna mais resistentes à radiação ionizante.
- (E) A radiação ionizante danifica o DNA celular por meio de mecanismos de ionização direta, e pela participação de radicais livres derivados da água intracelular.

19

Assinale a afirmativa correta sobre as complicações da radioterapia nos tumores de cabeça e pescoço.

- (A) Um paciente que apresenta mucosa e gengiva úmidas e róseas, sem qualquer alteração visível, classifica-se como grau 0 de Mucosite Oral, não irá desenvolver posteriormente complicações crônicas como xerostomia e osteoradionecrose.
- (B) A disgeusia e a xerostomia são complicações tanto agudas quanto crônicas, que podem persistir por longo prazo, sendo necessário acompanhamento multidisciplinar.
- (C) A progressão da mucosite oral do grau 1 para o grau 4 ocorre de forma linear e previsível em todos os pacientes, independentemente da dose total, do fracionamento ou da associação com quimioterapia, o que torna essas variáveis irrelevantes para o planejamento terapêutico.
- (D) Como a mucosite oral é encontrada em 100% dos pacientes irradiados para câncer de cabeça e pescoço, e o comprometimento faríngeo causa dificuldade para engolir e falar, a queda no aporte nutricional decorrente desses sintomas raramente justifica a indicação de dieta por sonda nasointestinal, reservada apenas para casos de disfagia por causas estruturais.
- (E) A associação da radioterapia com a quimioterapia tende a atenuar a intensidade das complicações orais agudas, já que os efeitos citotóxicos de ambas as terapias atuam por vias distintas e não se sobrepõem no tecido normal.

20

Assinale a afirmativa correta sobre a disfagia.

- (A) A disfagia que ocorre somente para líquidos geralmente reflete dismotilidade esofágica, suspeita que se reforça quando há dor torácica associada.
- (B) A capacidade do paciente de apontar com precisão onde sente a comida presa não é um dado confiável para localizar a origem da disfagia, tanto na forma orofaríngea quanto na esofágica.
- (C) A disfagia que ocorre exclusivamente para sólidos, sem nunca acometer líquidos, sugere fortemente um distúrbio como a acalasia.
- (D) A nasofibrofaringolaringoscopia, quando comparada à videofluoroscopia, apresenta maior sensibilidade para detectar aspiração, identificando-a em praticamente 100% dos casos.
- (E) O teste da deglutição cronometrada de água é considerado o padrão ouro para avaliação da disfagia orofaríngea, substituindo a necessidade de videofluoroscopia na maioria dos casos.

21

Um homem de 63 anos procura avaliação oftalmológica após relatar discreta redução da acuidade visual no olho esquerdo. A fundoscopia evidencia lesão pigmentada originada na coroide, projetando-se para a cavidade vítrea.

Considerando a neoplasia maligna mais prevalente nessa localização, é correto afirmar que

- (A) a principal origem desses tumores é a retina, e sua disseminação inicial ocorre preferencialmente para pulmão.
- (B) trata-se de melanoma uveal e apresenta comportamento semelhante ao melanoma cutâneo.
- (C) a radioterapia pré-operatória mostrou melhora comprovada da sobrevida nesses casos.
- (D) o melanoma uveal apresenta comportamento clínico distinto do melanoma cutâneo e dissemina-se predominantemente por via hematogênica, especialmente para o fígado.
- (E) a presença de acometimento vítreo contraindica qualquer modalidade preservadora do globo ocular.

22

Uma mulher de 63 anos apresenta melanoma mucoso da cavidade oral classificado como T3N0, considerado completamente ressecável. Foi submetida à ressecção cirúrgica com margens livres e não há evidências de doença linfonodal.

De acordo com o algoritmo da *National Comprehensive Cancer Network* mais recente, a recomendação a ser feita posteriormente é

- (A) considerar fortemente radioterapia pós-operatória no sítio primário, podendo associar terapia sistêmica.
- (B) realizar observação clínica exclusiva, pois a ausência de comprometimento linfonodal elimina a indicação de tratamento adjuvante.
- (C) realizar radioterapia exclusiva para o pescoço, sem tratamento do sítio primário.
- (D) iniciar quimiorradioterapia obrigatória para todos os tumores T3 ressecados.
- (E) indicar imunoterapia isolada obrigatória, sendo a radioterapia reservada apenas para recorrência.

23

Um homem de 68 anos apresenta melanoma mucoso de cavidade nasal tratado com ressecção completa associada a esvaziamento cervical terapêutico. O anatomopatológico demonstra três linfonodos metastáticos de 1 a 2 cm, todos no mesmo lado do pescoço, sem doença residual macroscópica.

O cirurgião indicou radioterapia pós-operatória, pois

- (A) apenas extensão extranodal caracteriza alto risco.
- (B) a presença de mais de dois linfonodos comprometidos é critério de alto risco.
- (C) apenas recorrência cervical após cirurgia caracteriza alto risco.
- (D) o tamanho do tumor primário define o risco do leito cervical.
- (E) o linfonodo de 2 cm é de tamanho considerado de alto risco.

24

Um homem de 61 anos apresenta carcinoma de células escamosas da cavidade oral confirmado por biópsia. A tomografia computadorizada com contraste demonstra lesão infiltrativa próxima à mandíbula, porém permanece dúvida quanto ao comprometimento da medula óssea mandibular. O paciente possui múltiplas restaurações metálicas extensas, dificultando parcialmente a avaliação anatômica.

Assinale o exame de imagem mais indicado para complementar a investigação.

- (A) PET/CT, por apresentar maior sensibilidade para invasão medular mandibular.
- (B) Ultrassonografia cervical, por permitir melhor definição da infiltração óssea.
- (C) Nova tomografia computadorizada com janela óssea.
- (D) Ressonância magnética do pescoço, por ser preferível na avaliação da invasão da medula óssea e em pacientes com extenso amálgama dentário.
- (E) Radiografia panorâmica de mandíbula.

25

Assinale a afirmativa correta sobre a anatomia do pescoço.

- (A) A veia jugular externa recebe a maior parte do sangue venoso do encéfalo e forma, com a artéria carótida comum, o principal conteúdo da bainha carotídea.
- (B) O ducto torácico desemboca no ângulo venoso à esquerda, sendo responsável pela drenagem linfática de todo o corpo, exceto o quadrante superior direito.
- (C) O nível VI (compartimento central) inclui os linfonodos localizados entre as artérias carótidas, abaixo do osso hioide e acima do 2º anel traqueal, sendo frequentemente acometido por neoplasias malignas da tireoide.
- (D) A lâmina superficial da fáscia cervical reveste os músculos infra-hióideos, a glândula tireoide, a laringe, a traqueia e o esôfago.
- (E) O nervo laríngeo superior emite ramos motores diretos para as pregas vocais após penetrar a membrana cricótireóidea.

26

Assinale a afirmativa correta sobre a anatomia do pescoço:

- (A) O osso hioide situa-se na posição anterior e superior do pescoço, na altura da vértebra C3, e seu corpo deve ser preservado em cirurgias de ressecção do cisto tireoglossos para evitar recidivas.
- (B) A artéria tireóidea superior é ramo direto do tronco braquiocéfálico e irriga exclusivamente a glândula tireoide.
- (C) A glândula tireoide é formada por dois lobos unidos por um istmo que, geralmente, se localiza sobre o segundo e terceiro anéis traqueais.
- (D) Os músculos infra-hióideos são responsáveis por tracionar cranialmente o osso hioide durante a deglutição.
- (E) A artéria carótida interna emite ramos para irrigação das estruturas da face antes de entrar no crânio pelo canal carotídeo.

27

Assinale a afirmativa correta sobre a anatomia e fisiologia da deglutição.

- (A) Lesões do nervo laríngeo superior não causam perda de sensibilidade laríngea, e a prega vocal paralisada tende a manter parte do tônus, ficando mais próxima da linha média.
- (B) A inervação motora do músculo cricótireóideo e a sensibilidade laríngea vêm do nervo vago (X), através dos ramos laríngeos; o glossofaríngeo (IX) atua na sensibilidade da orofaringe e rinofaringe e no reflexo de deglutição.
- (C) A fase faríngea da deglutição é predominantemente voluntária e ocorre antes do fechamento da nasofaringe.
- (D) O esfíncter esofágico superior é formado principalmente pela musculatura tireofaríngea, que permanece relaxada exceto durante a deglutição.
- (E) O nervo laríngeo superior fornece inervação motora para todos os músculos intrínsecos da laringe, exceto o cricoaritenóideo posterior.

Cirurgia Plástica

28

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.

29

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.

30

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.

31

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.

32

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.

33

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.

34

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.

35

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.

36

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.

37

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.

38

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.

39

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.

40

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

- (A) O fechamento primário é a técnica de escolha para úlceras isquêmicas 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.

41

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.

42

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.

43

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.

44

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.

45

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.

46

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.

47

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.

48

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.

49

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 inferior não deve ser abordada em procedimentos estéticos.

50

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.

51

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.

52

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.

53

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.

54

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.

Otorrinolaringologia

55

Paciente feminina de 60 anos, com anticoagulação plena por tromboembolismo pulmonar, apresenta episódio de epistaxe grave. Foi submetida à avaliação endoscópica sob anestesia geral, que evidenciou sangramento em região de artéria esfenopalatina.

Para a identificação da artéria, deve-se realizar incisão mucosa

- (A) do terço posterior da concha inferior até a porção horizontal da concha média, com identificação da crista etmoidal.
- (B) do terço médio da concha inferior até a concha média, com identificação da crista etmoidal.
- (C) do terço posterior da concha inferior até a porção horizontal da concha média, com identificação da crista maxilar.
- (D) do terço médio da concha inferior até a concha média, com identificação da crista maxilar.
- (E) do terço anterior da concha inferior até a porção horizontal da concha média, com identificação da crista etmoidal.

56

Uma criança de 3 anos, portadora de fissura palatina pós-forame completa, apresenta sinais de efusão em ambas as orelhas médias. Não apresenta atraso de linguagem, alterações da fala ou roncos. Nasofibrosopia realizada evidencia obstrução por tecido adenoidiano de 50% da luz da nasofaringe.

Nesse caso, a melhor conduta é

- (A) reavaliar em 3 meses. Se a efusão permanecer, está indicada timpanotomia com colocação de tubo de ventilação.
- (B) reavaliar em 3 meses. Se a efusão permanecer, está indicada timpanotomia com colocação de tubo de ventilação e adenoidectomia.
- (C) realizar timpanotomia com tubo de ventilação.
- (D) realizar timpanotomia com tubo de ventilação e adenoidectomia.
- (E) iniciar corticoterapia oral e nasal, e reavaliar após tratamento medicamentoso.

57

Uma criança de 5 anos, portadora de fissura palatina submucosa, apresenta roncos com respiração oral de suplência e leve hipernasalidade. Nasofibrosopia realizada evidencia obstrução da luz da nasofaringe por tecido adenoidiano ocupando 70%.

No caso, assinale a melhor conduta.

- (A) Adenoidectomia total.
- (B) Adenoidectomia parcial.
- (C) Corticoterapia nasal.
- (D) Palatoplastia com técnica de Furlow.
- (E) Esfincteroplastia dinâmica.

58

O fator modificador a ser considerado na tomada de decisão para a tonsilectomia, com objetivo de tratamento de infecções recorrentes, é

- (A) convulsão febril.
- (B) asma brônquica.
- (C) palato ogival.
- (D) respiração oral de suplência.
- (E) coagulopatia.

59

Escolar de 6 anos apresenta episódios recorrentes de tonsilites há 3 anos, que duram 7 dias em média, mantendo-se assintomático entre as crises. Mãe refere que maior parte dos eventos foram resolvidos com corticoterapia oral.

Nesse caso, o provável diagnóstico é

- (A) faringotonsilite bacteriana recorrente.
- (B) faringotonsilite viral recorrente.
- (C) tonsilite caseosa.
- (D) síndrome PFAPA.
- (E) faringotonsilite alérgica.

60

Paciente masculino de 30 anos, infectado pelo HIV sem tratamento regular, apresenta lesão branca em borda lateral de língua bilateralmente, extensa.

O tratamento mais adequado é

- (A) biópsia incisional.
- (B) biópsia excisional com margem de segurança.
- (C) corticoterapia tópica.
- (D) essencialmente estético.
- (E) antiviral.

61

Após a penetração de um corpo estranho na região supraglótica, um reflexo de proteção da via aérea altamente eficaz é acionado para que não haja aspiração, em condições fisiológicas.

Assim, o nervo responsável pela aferência desse reflexo é o

- (A) ramo externo do nervo laríngeo superior.
- (B) ramo interno do nervo laríngeo superior.
- (C) nervo laríngeo recorrente.
- (D) nervo laríngeo inferior.
- (E) nervo glossofaríngeo.

62

Neonato de 2 meses é encaminhado com diagnóstico de sequência de Pierre-Robin para avaliação de apneia obstrutiva do sono.

No episódio descrito, assinale a conduta mais adequada.

- (A) Solicitar polissonografia tipo I.
- (B) Indicar CPAP.
- (C) Considerar distração osteogênica de mandíbula após nasofibrolaringoscopia.
- (D) Aguardar melhora do quadro, que acontece espontaneamente na maioria dos casos.
- (E) Indicar supraglotoplastia.

63

Um neonato de 5 dias de vida é encaminhado para avaliação por estridor laríngeo inspiratório.

No caso, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) laringomalácia.
- (B) paralisia de prega vocal unilateral.
- (C) hemangioma.
- (D) estenose subglótica.
- (E) paralisia de prega vocal bilateral.

64

O manual do *Advanced Trauma Life Support* especifica que a cricotireoidectomia é preferível à traqueotomia para a maioria dos pacientes que necessita de uma via aérea cirúrgica na Emergência.

Com relação à indicação desse procedimento, destaca-se o seguinte critério:

- (A) duas tentativas totais de intubação.
- (B) três tentativas totais de intubação, com pelo menos uma realizada por profissional experiente.
- (C) saturação de oxigênio menor que 75%, durante o manejo da via aérea.
- (D) tempo decorrido de 5 minutos após início da indução de sequência rápida.
- (E) cinco tentativas de intubação.

65

Paciente portador do transtorno do espectro autista, de 6 anos, traz um exame de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico, que evidencia aumento das latências absolutas das ondas I, III e V, com intervalos interpicos dentro da normalidade em orelha esquerda.

Para esse paciente, a melhor propedêutica é que

- (A) trata-se de uma lesão retrococlear, portanto, está indicado exame de imagem de encéfalo.
- (B) trata-se de uma lesão retrococlear, contudo, não está indicado exame de imagem de encéfalo.
- (C) trata-se de uma perda condutiva, devendo-se seguir avaliação com timpanometria.
- (D) a conduta é expectante, já que o resultado se encontra dentro do esperado para a idade.
- (E) trata-se de perda sensorial, devendo-se indicar aparelho auditivo de amplificação sonora individual.

66

Após um traumatismo cranioencefálico há 3 meses, um homem de 25 anos refere vertigem induzida aos sons elevados. Ao exame, evidencia-se nistagmo vertical ao realizar pneumatoscopia.

Para o caso, assinale a principal hipótese diagnóstica.

- (A) Síndrome da terceira janela.
- (B) Síndrome de Ménière.
- (C) Neurite vestibular.
- (D) Vertigem postural paroxística benigna.
- (E) Otosclerose.

67

Os medicamentos cocleotóxicos incluem a(o)

- (A) nimesulida.
- (B) azitromicina.
- (C) amoxicilina.
- (D) clopidogrel.
- (E) ciprofloxacino.

68

Uma mulher de 42 anos apresenta perda auditiva neurosensorial bilateral, assimétrica e flutuante, com progressão ao longo de oito semanas. Refere episódios de desequilíbrio e nega exposição a ruído ou medicamentos ototóxicos. A ressonância magnética dos condutos auditivos internos é normal. Os exames laboratoriais gerais não demonstram alterações relevantes. Após tratamento com corticosteroides, observa-se melhora significativa dos limiares auditivos.

Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, assinale a afirmativa correta.

- (A) A ausência de doença autoimune sistêmica praticamente exclui o diagnóstico de doença imunomediada da orelha interna.
- (B) A resposta favorável à imunossupressão reforça a suspeita diagnóstica, uma vez que não existem testes específicos capazes de confirmar a doença.
- (C) A confirmação diagnóstica depende da demonstração histopatológica em biópsia coclear.
- (D) A doença acomete predominantemente homens jovens e costuma apresentar perda auditiva unilateral estável.
- (E) A doença imunomediada da orelha interna representa uma das principais causas de perda auditiva neurosensorial adquirida em adultos.

69

Um homem de 29 anos apresenta história de otorreia fétida intermitente há vários anos e perda auditiva progressiva à direita. À otomicroscopia, observa-se uma bolsa de retração localizada na *pars* flácida, contendo *debris* queratinizados. A tomografia evidencia doença limitada inicialmente ao espaço de Prussak, com progressão para o espaço incudal superior, *aditus ad antrum* e mastoide.

Quanto à origem da doença descrita, assinale a afirmativa correta.

- (A) Trata-se de um colesteatoma mesotimpânico posterior, cuja progressão inicial ocorre pelo istmo timpânico posterior em direção ao recesso do facial.
- (B) Trata-se de um colesteatoma epitimpânico posterior, cuja rota de expansão clássica inicia-se no espaço de Prussak e evolui para o *aditus* e a mastoide.
- (C) Trata-se de um colesteatoma epitimpânico anterior, cuja principal característica é originar-se da *pars* flácida e atingir precocemente a mastoide.
- (D) A presença de bolsa de retração da membrana timpânica caracteriza obrigatoriamente um colesteatoma adquirido secundário.
- (E) O tratamento inicial consiste em antibioticoterapia prolongada, reservando a cirurgia apenas para os casos com complicações intracranianas.

70

Uma mulher de 34 anos refere perda auditiva progressiva há quatro anos, bilateral, porém mais intensa à direita. Relata que costuma compreender melhor as conversas em ambientes ruidosos do que em locais silenciosos. A otoscopia é normal. O audiograma demonstra perda auditiva predominantemente condutiva.

Sobre o caso, assinale a afirmativa correta a respeito da fisiopatologia da doença mais provável.

- (A) A perda auditiva resulta do acometimento primário das células ciliadas externas da cóclea.
- (B) O foco inicial da doença localiza-se, na maioria dos casos, na *fissula ante fenestram*, comprometendo progressivamente a mobilidade do estribo.
- (C) A presença de perda auditiva condutiva exclui acometimento da cápsula ótica.
- (D) A paracusia de Willis decorre da melhora da discriminação vocal produzida pelo recrutamento coclear.
- (E) A doença acomete difusamente todos os ossos do esqueleto, sendo o osso temporal apenas um dos locais de manifestação.

71

Uma mulher de 38 anos apresenta hipoacusia progressiva bilateral, predominando em baixas frequências, e otoscopia sem alterações. O teste de Weber lateraliza para a orelha direita, o teste de Rinne é negativo à direita e a audiometria demonstra perda auditiva condutiva com entalhe de Carhart em 2.000 Hz. A imitanciometria revela curva tipo As, sem reflexo estapediano.

No caso descrito, o achado que, de forma isolada, torna-se o menos compatível com o diagnóstico de otosclerose é

- (A) a ausência de reflexo estapediano.
- (B) a curva timpanométrica do tipo As.
- (C) o entalhe de Carhart em 2.000 Hz.
- (D) as otoemissões acústicas normais excluindo a doença.
- (E) o *gap* aéreo-ósseo predominante nas baixas frequências.

72

Um homem de 74 anos procura atendimento por hipoacusia progressiva bilateral, zumbido e sensação de plenitude auricular. Ao exame físico, a otoscopia é normal. Refere aumento progressivo do perímetro cefálico nos últimos anos e dor óssea em coluna lombar e pelve. Os exames laboratoriais mostram elevação importante da fosfatase alcalina sérica. A tomografia evidencia espessamento e remodelamento do osso temporal.

Considerando o quadro clínico, assinale a afirmativa correta.

- (A) A perda auditiva mais frequentemente observada é condutiva, decorrente da fixação da platina do estribo.
- (B) O acometimento do osso temporal ocorre em pequena parcela dos pacientes, sendo incomum a presença de manifestações otológicas.
- (C) A principal alteração fisiopatológica da doença consiste na ativação anormal dos osteoclastos, levando a remodelamento ósseo excessivo.
- (D) A presença de fosfatase alcalina elevada estabelece, isoladamente, o diagnóstico definitivo da doença.
- (E) Existe tratamento específico capaz de reverter completamente as alterações auditivas na maioria dos pacientes.

73

Um recém-nascido a termo apresentou diagnóstico confirmado de infecção congênita por citomegalovírus (CMV). Ao nascimento, encontrava-se assintomático, com exame físico normal e triagem auditiva neonatal sem alterações. Os pais questionam se novos exames auditivos serão necessários durante a infância.

A orientação mais adequada indica que

- (A) o seguimento audiológico não é necessário, pois a triagem auditiva neonatal normal praticamente exclui perda auditiva relacionada ao CMV.
- (B) a criança deve ser acompanhada periodicamente, pois a infecção congênita por CMV pode cursar com perda auditiva neurosensorial de aparecimento tardio, progressiva e até flutuante.
- (C) o risco de perda auditiva restringe-se aos recém-nascidos sintomáticos, não havendo evidências de comprometimento auditivo nos casos assintomáticos.
- (D) a perda auditiva associada ao CMV, quando ocorre, é invariavelmente bilateral, profunda e presente ao nascimento.
- (E) a ausência de alterações na ressonância magnética cerebral exclui a possibilidade de perda auditiva relacionada ao CMV.

74

Um paciente de 61 anos iniciou tratamento quimioterápico com cisplatina para carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço. Após o terceiro ciclo, passou a apresentar zumbido bilateral e dificuldade para compreender a fala, principalmente em ambientes silenciosos. O exame otoscópico é normal.

Assinale a afirmativa correta em relação ao mecanismo fisiopatológico da ototoxicidade induzida pela cisplatina.

- (A) A lesão decorre principalmente da inibição da transmissão sináptica entre as células ciliadas internas e o nervo coclear, com preservação das células sensoriais.
- (B) A produção excessiva de radicais livres leva ao comprometimento do DNA mitocondrial, desencadeando apoptose das células do órgão de Corti.
- (C) A toxicidade inicia-se preferencialmente no ápice coclear, comprometendo inicialmente as frequências graves.
- (D) As células ciliadas internas são as primeiras estruturas acometidas, enquanto as células ciliadas externas permanecem preservadas até os estágios finais.
- (E) A estria vascular e as células de sustentação permanecem íntegras durante toda a evolução da lesão coclear.

75

Um trabalhador de 53 anos exerce atividade em uma indústria metalúrgica há 28 anos. Durante todo o período ocupacional esteve exposto continuamente a níveis de pressão sonora entre 92 e 98 dB(A), utilizando protetor auricular de forma irregular. Refere zumbido bilateral há cinco anos e dificuldade progressiva para compreender a fala, principalmente em ambientes ruidosos. Nega episódios de explosão, disparo de arma de fogo ou exposição única a sons de alta intensidade.

Assinale a afirmativa correta quanto à fisiopatologia da perda auditiva induzida por ruído (PAIR).

- (A) A degeneração coclear inicia-se preferencialmente nas células ciliadas internas da região apical da cóclea, justificando o comprometimento precoce das frequências graves.
- (B) A instalação da perda auditiva depende exclusivamente da intensidade do ruído, sendo o tempo de exposição um fator secundário e de pequena relevância clínica.
- (C) A exposição crônica ao ruído promove lesão progressiva das células ciliadas, predominantemente na porção basal da cóclea, podendo evoluir para degeneração neural permanente pela incapacidade regenerativa do órgão de Corti.
- (D) A diferença fisiopatológica entre PAIR e trauma acústico restringe-se ao fato de que apenas o trauma acústico produz lesão irreversível das células ciliadas.
- (E) A progressão da perda auditiva decorre principalmente da degeneração inicial do gânglio espiral, enquanto as células ciliadas permanecem estruturalmente preservadas durante a maior parte da evolução da doença.

76

Uma mulher de 42 anos apresenta perda auditiva neurosensorial bilateral, assimétrica e flutuante, com progressão ao longo de oito semanas. Refere episódios de desequilíbrio e nega exposição a ruído ou medicamentos ototóxicos. A ressonância magnética dos condutos auditivos internos é normal. Os exames laboratoriais gerais não demonstram alterações relevantes. Após tratamento com corticosteroides, observa-se melhora significativa dos limiares auditivos.

Acerca da hipótese diagnóstica provável, assinale a afirmativa correta.

- (A) A ausência de doença autoimune sistêmica praticamente exclui o diagnóstico de doença imunomediada da orelha interna.
- (B) A doença acomete predominantemente homens jovens e costuma apresentar perda auditiva unilateral estável.
- (C) A confirmação diagnóstica depende da demonstração histopatológica em biópsia coclear.
- (D) A resposta favorável à imunossupressão reforça a suspeita diagnóstica, uma vez que não existem testes específicos capazes de confirmar a doença.
- (E) A doença imunomediada da orelha interna representa uma das principais causas de perda auditiva neurosensorial adquirida em adultos.

77

Um homem de 78 anos apresenta perda auditiva bilateral lentamente progressiva ao longo de mais de dez anos. A audiometria tonal evidencia perda auditiva neurosensorial descendente discreta a moderada. Entretanto, o Índice Percentual de Reconhecimento da Fala (IPRF) é de apenas 34%, valor significativamente inferior ao esperado para os limiares tonais observados.

Considerando a classificação histopatológica clássica proposta por Schuknecht para a presbiacusia, o mecanismo fisiopatológico que melhor explica esse padrão audiológico é a(o)

- (A) degeneração predominante da estria vascular, produzindo redução difusa da função coclear, porém preservando o reconhecimento de fala.
- (B) degeneração predominante das células ciliadas externas da espira basal, levando à perda seletiva das altas frequências, com discreta repercussão sobre o reconhecimento de fala.
- (C) degeneração isolada das células de sustentação do órgão de Corti, produzindo perda auditiva plana e importante comprometimento do reconhecimento de fala.
- (D) enrijecimento predominante da membrana basilar, determinando perda auditiva descendente com desempenho vocal compatível com os limiares tonais.
- (E) degeneração predominante dos neurônios cocleares, comprometendo de forma desproporcional o reconhecimento da fala em relação aos limiares tonais.

78

Um homem de 49 anos procura atendimento 48 horas após instalação súbita de perda auditiva neurosensorial unilateral, acompanhada de zumbido, sem vertigem. A ressonância magnética dos condutos auditivos internos é normal, e a investigação clínica inicial não identifica causa específica. O paciente pergunta qual tratamento apresenta a melhor evidência científica para recuperação auditiva.

À luz das recomendações atuais da *American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery* (AAO-HNS) e da literatura baseada em evidências, assinale a afirmativa correta.

- (A) A corticoterapia sistêmica é fortemente recomendada pelas diretrizes, pois existe evidência de alta qualidade demonstrando superioridade inequívoca em relação ao placebo.
- (B) A oxigenoterapia hiperbárica deve ser utilizada rotineiramente como tratamento isolado de primeira linha, por apresentar resultados superiores aos corticosteroides.
- (C) Os corticosteroides intratimpânicos demonstraram superioridade consistente sobre os corticosteroides sistêmicos tanto na terapia inicial quanto na terapia de resgate.
- (D) Embora corticosteroides e oxigenoterapia hiperbárica permaneçam como os principais tratamentos empregados na fase aguda, as evidências disponíveis ainda são limitadas, razão pela qual as diretrizes os apresentam como opções terapêuticas e enfatizam a investigação etiológica individualizada.
- (E) Antivirais, vasodilatadores e agentes hemorreológicos permanecem recomendados como terapia adjuvante de rotina devido aos benefícios demonstrados em ensaios clínicos randomizados.

79

Um paciente de 46 anos apresenta paralisia facial periférica completa à direita, instalada há 48 horas. Durante a investigação topográfica, observam-se os seguintes achados:

- 1. teste de Schirmer: redução de 45% da produção lacrimal no lado acometido;
- 2. reflexo estapediano: ausente; e
- 3. gustação dos dois terços anteriores da língua: preservada.

A ressonância magnética ainda não foi realizada.

Com base exclusivamente nesses achados, assinale a afirmativa correta a respeito da localização anatômica mais provável da lesão.

- (A) A lesão se localiza no segmento compreendido entre a emergência do nervo estapédio e a corda do tímpano.
- (B) A lesão se localiza no segmento distal à emergência da corda do tímpano.
- (C) A lesão se localiza no segmento distal à emergência do nervo estapédio e proximal à emergência da corda do tímpano.
- (D) A lesão se localiza no segmento proximal à emergência do nervo petroso maior.
- (E) Não é possível estabelecer qualquer hipótese topográfica por meio desses testes funcionais.

80

Uma mulher de 37 anos apresenta paralisia facial periférica idiopática (House-Brackmann grau VI) há nove dias. Recebeu corticoterapia e antiviral desde o segundo dia de sintomas, sem qualquer melhora clínica. A eletroneurografia demonstra degeneração de 94% das fibras motoras e a eletromiografia evidencia potenciais compatíveis com degeneração neural ativa. A audição é normal e a tomografia computadorizada não demonstra alterações do osso temporal.

À luz das evidências atuais sobre descompressão do nervo facial, assinale a opção mais adequada.

- (A) A cirurgia está formalmente indicada, pois estudos de alta qualidade demonstram benefício inequívoco em todos os pacientes com degeneração superior a 90% na eletroneurografia.
- (B) A cirurgia está formalmente contraindicada, pois a paralisia de Bell apresenta elevada taxa de recuperação espontânea, independentemente da gravidade inicial.
- (C) A cirurgia somente deve ser considerada após dois meses de evolução, quando a ausência de recuperação espontânea permite selecionar melhor os pacientes candidatos ao procedimento.
- (D) A presença de degeneração superior a 90% na eletroneurografia, associada à ausência de recuperação clínica precoce, pode justificar a consideração da descompressão cirúrgica durante a janela crítica, embora a evidência disponível permaneça limitada e controversa.
- (E) A eletroneurografia e a eletromiografia não exercem papel na decisão terapêutica, sendo a indicação baseada exclusivamente na classificação de House-Brackmann.

Realização

