



## PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 01/2024

## Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo E2**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **6 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorridas **3 horas** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **120** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

**Declaração**

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

---

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar esta capa será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

LISTA DE ABREVIÇÕES	ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)	
<p>AA – Ar ambiente  AU – Altura Uterina  AAS – Ácido Acetilsalicílico  BCF – Batimentos Cardíacos Fetais  BEG – Bom Estado Geral  bpm – Batimentos por Minuto  BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas  Cr – Creatinina  DU – Dinâmica Uterina  DUM – Data da Última Menstruação  FA – Fosfatase Alcalina  FC – Frequência Cardíaca  FR – Frequência Respiratória  GGT - Gamaglutamyltransferase  Hb – Hemoglobina  Ht – Hematócrito  HPMA – História Progressiva da Moléstia Atual  IC<sub>95%</sub> – Intervalo de Confiança de 95%  IMC – Índice de Massa Corpórea  ipm – Incursões por Minuto  IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal  IST – Infecção Sexualmente Transmissível  mmHg – Milímetros de Mercúrio  MMII – Membros Inferiores  MV – Murmúrios Vesiculares  P – Pulso  PA – Pressão Arterial  pCO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de CO<sub>2</sub>  PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva  pO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de O<sub>2</sub>  POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>  PS – Pronto-Socorro  PSA – Antígeno Prostático Específico  REG – Regular Estado Geral  RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol)  RN – Recém-nascido  Sat. – Saturação  Temp. – Temperatura axilar  TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato Aminotransferase  TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina Aminotransferase  TPO – Tireoperoxidase  TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH  TSH – Hormônio tireo-estimulante  TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral  U – Ureia  UBS – Unidade Básica de Saúde  USG – Ultrassonografia  UTI – Unidade de Terapia Intensiva  VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p><b>Sangue (bioquímica e hormônios):</b>  Albumina = 3,5 a 5,5 g/dL  Bilirrubina Total = 0,3 a 1,0 mg/dL  Bilirrubina Direta = 0,1 a 0,3 mg/dL  Bilirrubina Indireta = 0,2 a 0,7 mg/dL  Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L  Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL  Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina  Desidrogenase Láctica = menor que 240 U/L  Ferritina: homens = 22 a 322 ng/mL  mulheres = 10 a 291 ng/mL  Ferro sérico: homens = 70 a 180 µg/dL  mulheres = 60 a 180 µg/dL  Fósforo = 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L  Globulinas = 2,0 a 3,5 g/dL  LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL  HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL  Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL  Glicemia em jejum = 70 a 99 mg/dL  Lactato = 5 a 15 mg/dL  Magnésio = 1,8 a 3 mg/dL  Potássio = 3,5 a 5,0 mEq/L  Proteína Total = 5,5 a 8,0 g/dL  PSA = menor que 4 ng/mL  Sódio = 135 a 145 mEq/L  TSH = 0,51 a 4,3 mUI/mL  Testosterona Livre = 2,4 a 32,0 pmol/L  Estradiol = 1,2 a 23,3 ng/dL (fase folicular)  Hormônio Luteinizante (LH) = até 12,0 UI/L (fase folicular)  Hormônio Folículo Estimulante (FSH) = até 12,0 UI/L (fase folicular)  Prolactina (PRL) = até 29 µg/L (não gestante)  Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL  Amilase = 28 a 100 U/L  Lipase = inferior a 60 U/L  Ureia = 10 a 50 mg/dL  GGT: homens: 12 a 73 U/L  mulheres = 8 a 41 U/L  Fosfatase Alcalina: homens = 5,5 a 22,9 U/L  mulheres pré-menopausa = 4,9 a 26,6 U/L  mulheres pós-menopausa = 5,2 a 24,4 U/L  Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes)  até 10 ng/mL (fumantes)  Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm</p> <p><b>Sangue (hemograma e coagulograma):</b>  Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL  Hemoglobina Glicada = 4,3 a 6,1%  Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL  Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg  Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL  Amplitude de Distribuição dos Glóbulos Vermelhos (RDW) = 10 a 16%  Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm<sup>3</sup>  Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm<sup>3</sup>  Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm<sup>3</sup>  Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm<sup>3</sup>  Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm<sup>3</sup>  Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm<sup>3</sup> ou µL  Reticulócitos = 0,5 a 2,0%  Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%  Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2  Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p>	
<p><b>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS</b></p> <p>Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL  2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL  6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL  2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL  6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL</p>	<p><b>Gasometria Arterial:</b>  pH = 7,35 a 7,45  pO<sub>2</sub> = 80 a 100 mmHg  pCO<sub>2</sub> = 35 a 45 mmHg  Base Excess (BE) = -2 a 2  HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 22 a 28 mEq/L  SpO<sub>2</sub> &gt; 95%</p>	
<p><b>Doppler de artéria:</b>  Umbilical fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 0,5 a 0,99  Cerebral média fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 1,35 a 2,43</p>	<p><b>Líquor (punção lombar):</b>  Células = até 4/mm<sup>3</sup>  Lactato = até 20 mg/dL  Proteína = até 40 mg/dL  Líquido pleural ADA = até 40 U/L  Líquido sinovial = leucócitos até 200 células/mL</p>	

**01**

Homem, 56 anos de idade, refere dor em toda parte superior do abdome há 8 dias, com piora à alimentação, acompanhada de náuseas e vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. Tem febre há 2 dias. Nega colúria ou hipocolia fecal. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial sistêmica, colecistectomia por via aberta, feita após surto de pancreatite aguda, há 6 anos. Já foi etilista, mas diz que parou de ingerir bebida alcoólica há 10 anos. Medicação em uso: anlodipino, enalapril, clortalidona e espironolactona. Está em regular estado geral, eupneico, icterico +/4+, afebril. Pulmão: murmúrio vesicular presente e simétrico. Coração: bulhas rítmicas e normofonéticas. Abdome: plano, normotenso, com dor à palpação em região epigástrica. Não tem sinais de irritação peritoneal.

• Exames laboratoriais:

Hb: 13,3 g/dL

Ht: 38%

Leucócitos: 13.450/mm<sup>3</sup> (sem desvio)

Creatinina: 1,36 mg/dL

Ureia: 62 mg/dL

Amilase: 1.218 U/L

Ultrassom de abdome: dilatação da via biliar intra-hepática, com colédoco no limite superior da normalidade, não se caracterizando ponto de obstrução. Assinale a alternativa que apresenta o melhor exame para avaliar o paciente do caso descrito.

- (A) Colangiopancreatografia endoscópica.
- (B) Tomografia de abdome total.
- (C) Eletrocardiograma.
- (D) Colangiorressonância.

**02**

Mulher, 64 anos de idade, submetida à retossigmoidectomia com colostomia há 1 ano, por tumor obstrutivo de sigmoide, refere sangramento vivo pela colostomia. Já apresentou 7 episódios de sangramento pela colostomia nos últimos 10 meses, sendo necessárias várias transfusões de sangue. A endoscopia digestiva alta mostra varizes esofágicas e gastropatia congestiva. A tomografia mostra grande quantidade de vasos venosos abdominais dilatados. O tratamento desta paciente deve incluir

- (A) tratamento endoscópico de varizes de cólon e betabloqueador.
- (B) embolização da veia mesentérica inferior e betabloqueador.
- (C) cirurgia de descompressão ázigo-portal e ligadura da veia mesentérica inferior.
- (D) colectomia esquerda, com colostomia no transversos.

**03**

Mulher, 75 anos de idade, refere dor abdominal há 7 dias, acompanhada de anorexia, náuseas e vômitos. Há 1 dia, está sonolenta e só responde à dor retirando o membro. É diabética em uso de hipoglicemiantes orais e hipertensa. Diz que no ultrassom realizado há 30 dias tem litíase vesicular. Ao exame físico, apresentou mau estado geral, pálida, desidratada 3/4+, anictérica. FR de 30 ipm, Sat. O<sub>2</sub> de 85%, FC de 122 bpm, PA de 70x50 mmHg. Abdome distendido, com dor à palpação no ponto cístico. Qual é a conduta inicial mais adequada para esta paciente?

- (A) Intubação traqueal com sequência rápida e ventilação mecânica.
- (B) Ventilação com AMBU e máscara, sedação com propofol 1 mg/kg, succinilcolina 1 mg/kg e intubação traqueal.
- (C) Oxigênio por máscara, acesso venoso com reposição volêmica, noradrenalina 0,05 µg/kg/min, intubação traqueal, antibiótico.
- (D) Reposição volêmica com 1.000 mL de soro fisiológico, hemocultura, antibioticoterapia de amplo espectro e oxigênio por cateter nasal, 3 L/min.

**04**

Mulher, 35 anos de idade, procura o ambulatório com queixa de dor na região lombar inferior direita. A dor iniciou-se há cerca de dois meses após levantar um objeto pesado. É descrita como contínua e latejante, piorando ao se inclinar para a frente ou levantar objetos. Ao exame físico, apresentou sensibilidade localizada na área do triângulo lombar inferior, associada a abaulamento redutível, sem sinais de encarceramento ou estrangulamento. Qual é o tipo de hérnia mais provável desta paciente?

- (A) Spiegel.
- (B) Grynfelt-Lesshaft.
- (C) Obturatória.
- (D) Petit.

**05**

Paciente, 26 anos de idade, vítima de queda de motocicleta, comparece no pronto-socorro referindo dor em pé e perna à esquerda. Tinha deformidade do joelho esquerdo, a perna esquerda com aumento de diâmetro (2x). O pé esquerdo estava frio com ausência de pulsos pediosos e tibial. Você está num pronto-socorro que dista 120 km do centro de trauma e o tempo para remoção é de, no mínimo, 6 horas. No serviço em que você está, tem centro cirúrgico com anestesista de plantão. A melhor conduta para salvar o membro deste paciente é

- (A) imobilização do membro com fixador externo.
- (B) fasciotomia dos quatro compartimentos.
- (C) enfaixamento do membro e vasodilatador.
- (D) analgesia e transferência imediata.

**06**

Homem, 22 anos de idade, foi vítima de colisão moto X muro. Chega no hospital de helicóptero. Via aérea: intubado para transporte (midazolan e fentanil), em ventilação mecânica, com FR de 16 ipm. Sat. O<sub>2</sub> de 95%, murmúrio vesicular presente bilateralmente, simétrico. PA de 70x60 mmHg, FC de 144 bpm. FAST positivo. Pelve fechada, clinicamente estável. Glasgow *coma score*: 3T. Tem abrasão na crista ilíaca esquerda e luxação do joelho esquerdo. Foi realizada a tomografia apresentada a seguir:



Durante a tomografia, a pressão arterial ficou inaudível. Pulso central: frequência de 150 bpm. Com este quadro clínico, deve-se realizar, imediatamente, a

- (A) laparotomia exploradora.
- (B) angiografia, para endoprótese de aorta.
- (C) passagem de REBOA.
- (D) toracotomia de urgência com clampeamento da aorta.

**07**

Quais são os limites anatômicos do triângulo lombar inferior?

- (A) Crista ilíaca, margem lateral do músculo grande dorsal e margem medial do músculo oblíquo externo.
- (B) Crista ilíaca, margem lateral do músculo grande dorsal e margem lateral do músculo oblíquo interno.
- (C) Crista ilíaca, margem lateral do músculo quadrado lombar e margem lateral do músculo oblíquo externo.
- (D) Crista ilíaca, margem medial do músculo grande dorsal e margem medial do músculo oblíquo interno.

**08**

Homem, 52 anos de idade, vítima de queda de altura. Ao exame físico, foi achado hematoma na região perineal e saída de sangue pelo meato uretral, conforme imagem a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) Sonda de Foley.
- (B) Cistostomia por punção.
- (C) Uretrografia retrógrada.
- (D) Toque retal; sonda de Foley se próstata palpável.

**09**

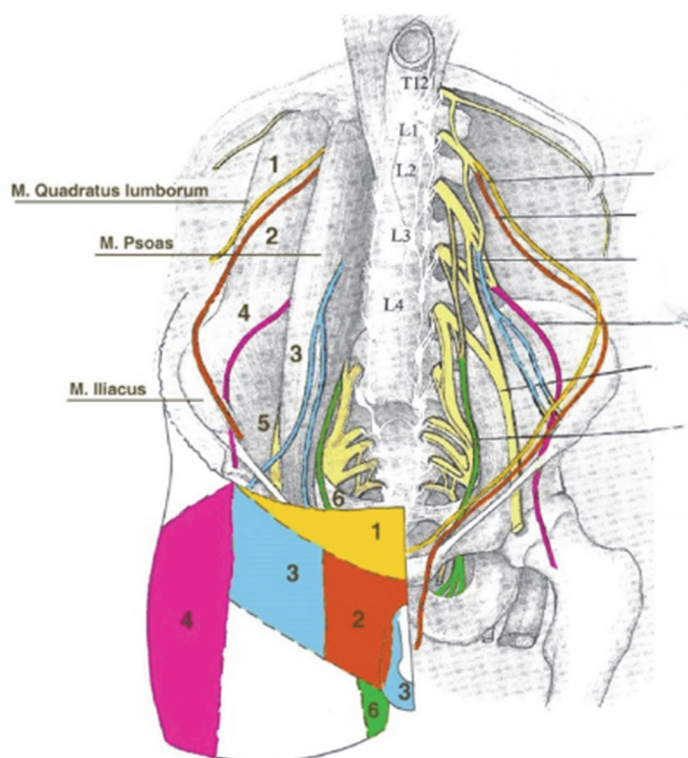
Homem, 25 anos de idade, refere que sofreu queda há 15 dias. Está com imobilização devido à fratura fechada de braço direito. Está tomando diclofenaco de sódio 50 mg em três tomadas diárias desde o evento. Toma ainda dipirona 1 g de 6 em 6 horas. Hoje, apresentou mal-estar, sudorese fria e dor abdominal em cólica. Apresentou também fezes amolecidas, enegrecidas e muito malcheirosas. Teve desmaio após a evacuação. Foi acionado o resgate que o trouxe para o pronto-socorro. Está pálido e sudorético. FR de 20 ipm, Sat. O<sub>2</sub> de 95%, PA de 90x70 mmHg, FC de 120 bpm, Glasgow: 15, neste momento. Tem ferimento de couro cabeludo na região occipital com 3 cm de extensão, agora sem sangramento significativo. O abdome é plano e normotenso com ruídos hidroaéreos presentes. Toque retal: melena. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta as medidas iniciais que devem ser tomadas.

- (A) Tomografia de crânio imediata.
- (B) Oxigênio, acesso venoso, monitorização, exames de sangue e transfusão de concentrado de hemácias.
- (C) Oxigênio, acesso venoso, monitorização, exames de sangue, reanimação volêmica com 500 mL de soro fisiológico, endoscopia digestiva alta imediata.
- (D) Oxigênio, acesso venoso, monitorização, dosagem de hemoglobina e hematócrito, reanimação volêmica com cristalóide e tomografia de crânio.



## 10

Homem, 45 anos de idade, submeteu-se à operação de reparo de hérnia inguinal direita pela técnica de Lichtenstein. No pós-operatório, evoluiu com dor persistente no local da cirurgia que se irradia para a região adjacente. A dor é descrita como sensação de queimação, formigamento, choque elétrico ou pontada, muitas vezes acompanhada de hipersensibilidade da região. No exame físico, a dor irradia para a área identificada como número 3 em azul na figura a seguir:



Qual é o nervo mais provavelmente acometido nesta condição?

- (A) Nervo íleo-hipogástrico.
- (B) Nervo femoral.
- (C) Nervo íleo-inguinal.
- (D) Nervo genitofemoral.

## 11

Homem, 50 anos de idade, é portador de hérnia incisional gigante, com perda de domicílio. Antecedentes: diabetes melito e hipertensão arterial sistêmica. Índice de Tanaka de 50%, IMC de 40 kg/m<sup>2</sup>. Não tem complicações agudas como encarceramento ou estrangulamento. O paciente tem histórico de múltiplas cirurgias abdominais resultando em hérnia que ocupa grande parte do abdome. No exame físico, a hérnia é classificada como M3M4W3 pela classificação da Sociedade Europeia de Hérnia. Qual é a conduta mais apropriada para o tratamento deste paciente neste momento?

- (A) Hernioplastia incisional mediana com reforço pré-aponeurótico, à Chevrel.
- (B) Gastroplastia para perda ponderal antes da hernioplastia.
- (C) Pneumoperitônio progressivo pré-operatório.
- (D) Reparo robótico por E-TAP (Endoscopic Totally Extraperitoneal).

## 12

Homem, 25 anos de idade, foi encaminhado ao pronto-socorro pelo serviço de radiologia. Durante tomografia de abdome de rotina, o radiologista identificou vesícula biliar com espessamento de parede e cálculos em seu interior, baço aumentado de tamanho e muitas veias intra-abdominais. O paciente negava dor abdominal, febre ou alteração do hábito intestinal. Estava em bom estado geral, afebril, anictérico, eupneico. FR de 12 ipm, Sat. O<sub>2</sub> de 96%, em ar ambiente, FC de 78 bpm, PA de 122x80 mmHg. Abdome plano, flácido e sem dor à palpação. Assinale a alternativa que apresenta a indicação para este paciente.

- (A) Antibioticoterapia sistêmica e colecistectomia de urgência.
- (B) Colecistectomia programada, com antibioticoterapia profilática.
- (C) Antibioticoterapia sistêmica e colecistostomia.
- (D) Antibioticoterapia sistêmica e colangiografia endoscópica com papilotomia pré-operatória.

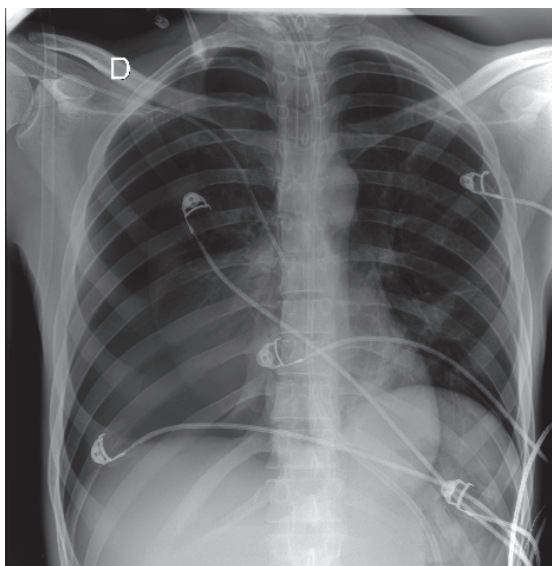
13

Mulher, 55 anos de idade, comparece no consultório com queixa de dor abdominal há vários meses. Descreve a dor como localizada na região da linha arqueada perto da borda lateral do músculo reto do abdome. A dor é intermitente, mas tem se tornado mais frequente e intensa nas últimas semanas. Piora com a atividade física e melhora com o repouso. No exame físico, observa-se e palpa-se protuberância na região da linha arqueada direita que aumenta de tamanho quando a paciente tosse ou faz manobra de Valsalva. Com suspeita de hérnia, decide-se solicitar exame para confirmar o diagnóstico. A ultrassonografia abdominal revela hérnia de Spiegel caracterizada por protrusão de conteúdo abdominal através do espaço semilunar entre as fibras do músculo reto do abdome e a aponeurose lateral. A paciente está clinicamente estável e não apresenta sinais de estrangulamento ou obstrução intestinal. No tratamento cirúrgico desta condição, qual é o plano ideal para colocação da tela?

- (A) Pré-peritoneal.
- (B) Pré-aponeurótico, sobre a aponeurose anterior do músculo reto do abdome e do músculo oblíquo externo.
- (C) Intermuscular, entre o músculo oblíquo externo e o músculo oblíquo interno.
- (D) Intermuscular, entre o músculo oblíquo interno e o músculo transversos.

14

Após a passagem de cateter venoso em veia subclávia direita, foi feito o raio X de tórax apresentado a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a próxima conduta.

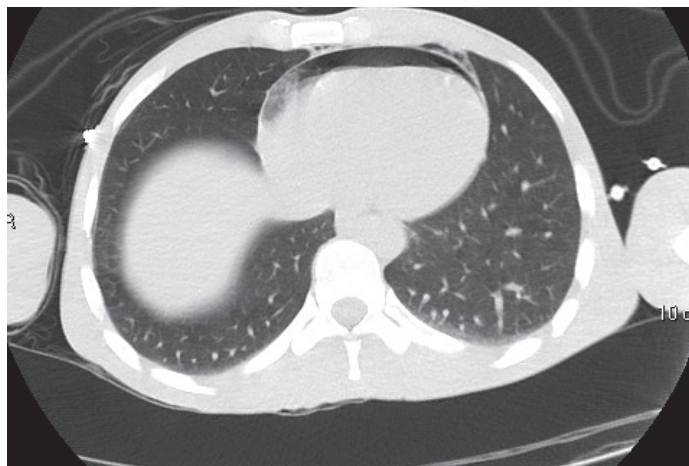
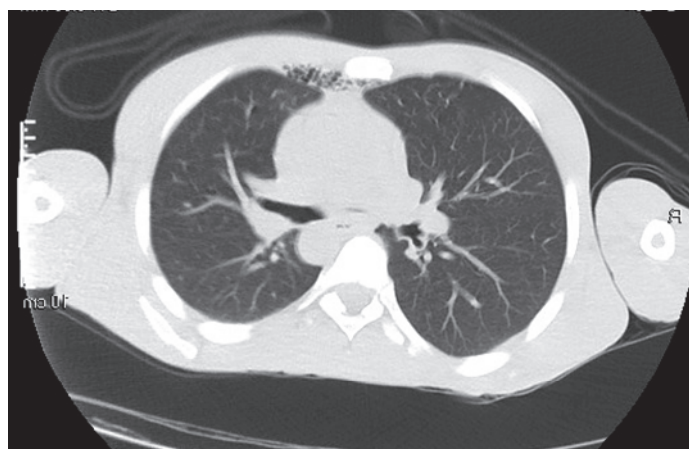
- (A) Drenagem torácica no 5º espaço intercostal e manter o cateter.
- (B) Retirada do cateter venoso e observação.
- (C) Videotoroscopia, com retirada do cateter sob visão direta.
- (D) Drenagem torácica no 5º espaço intercostal e retirada do cateter.

15

Homem, 29 anos de idade, foi vítima de ferimento por arma branca na região precordial.

- A: via aérea pérvia;
- B: murmúrio vesicular presente bilateralmente, saturação de O<sub>2</sub>: 96%;
- C: pressão arterial: 130x90 mmHg, frequência cardíaca: 85 bpm;
- D: Glasgow coma score: 15;
- E: ferimento inciso, de 2 cm de extensão, em região paraesternal esquerda, na altura do segundo espaço intercostal, sem sangramento ativo e sem sinais de entrada ou saída de ar.

Realizou a tomografia de tórax apresentada a seguir:

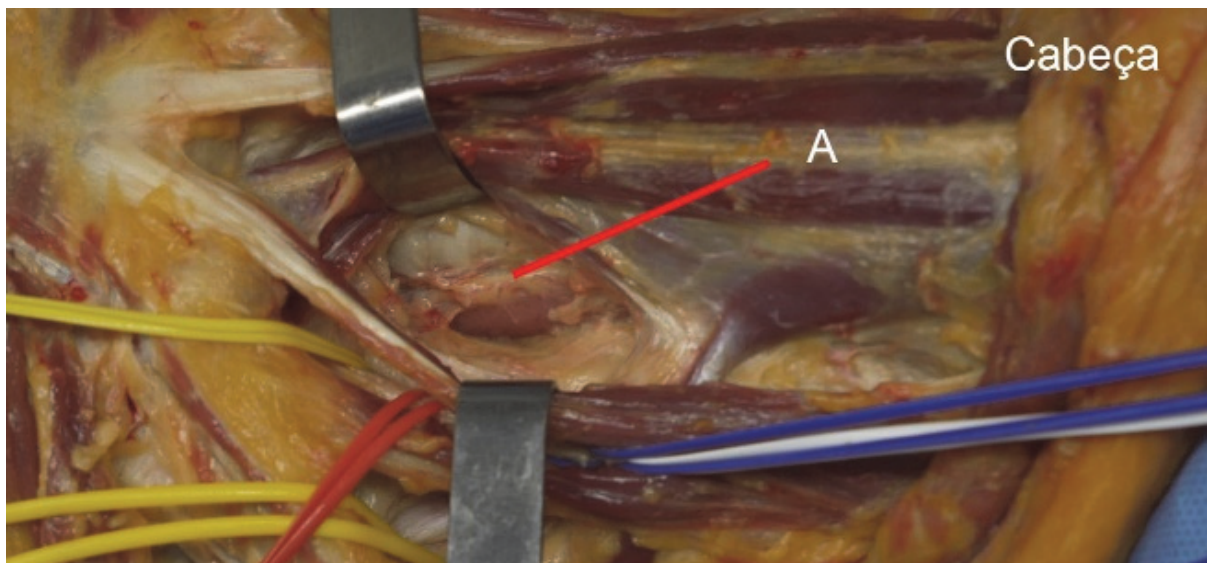


Em relação ao caso apresentado, qual deve ser a próxima conduta?

- (A) Janela pericárdica.
- (B) Monitorização clínica e observação clínica.
- (C) Drenagem torácica à esquerda.
- (D) Sutura do ferimento e vacinação antitetânica.

**16**

Observe a imagem a seguir:

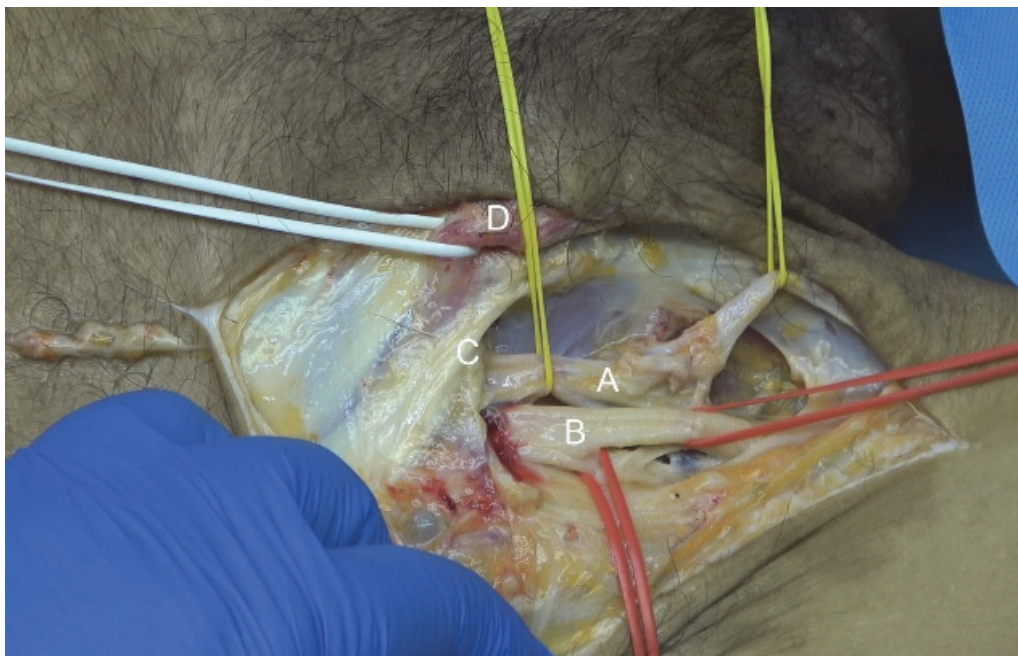


Em relação à imagem apresentada, a secção da estrutura apontada com a letra **A** causa:

- (A) Fístula quilosa.
- (B) Adução da prega vocal esquerda.
- (C) Elevação do diafragma esquerdo.
- (D) Abdução da prega vocal esquerda.

**17**

Observe a imagem a seguir:



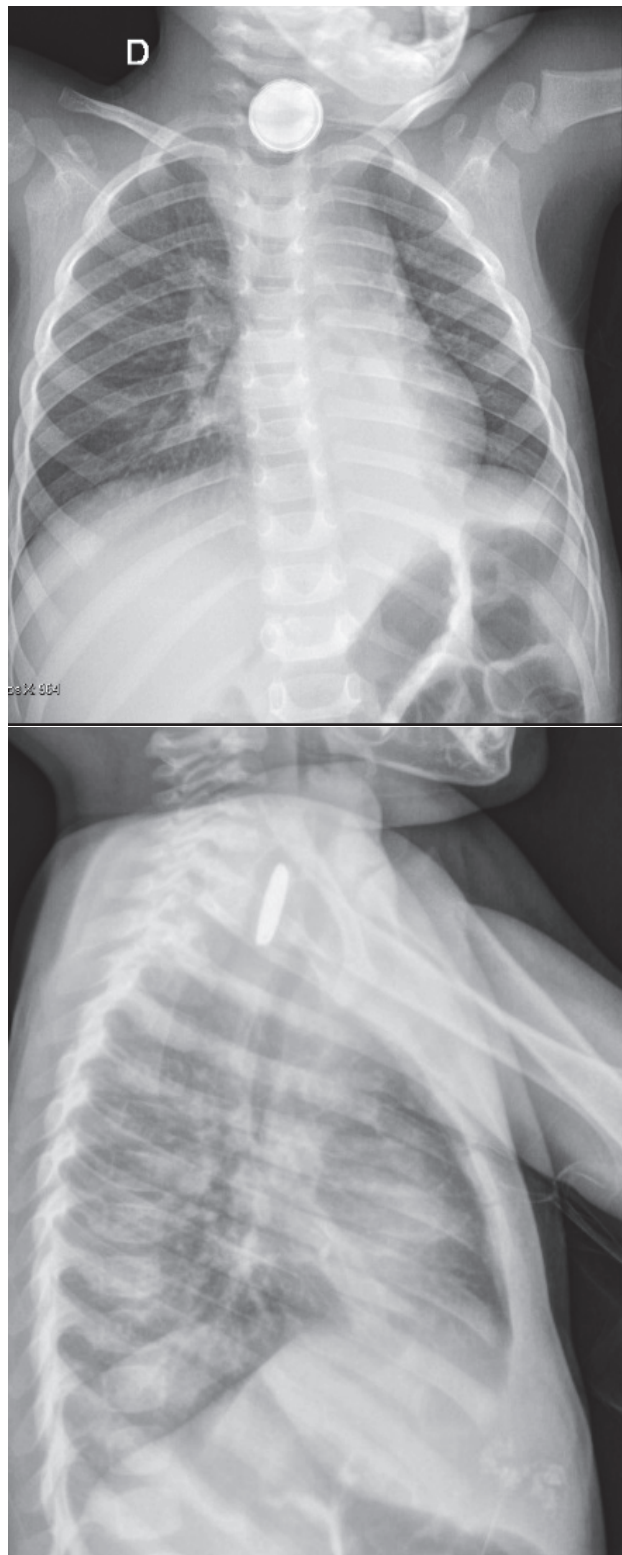
Em relação à imagem apresentada, qual é o local por onde se insinua hérnia crural?

- (A) Junto com a letra D.
- (B) Entre a letra C e a letra D.
- (C) Lateral em relação à letra B.
- (D) Medial em relação à letra A.



18

Criança engoliu uma bateria há 12 horas. Refere disfagia e sialorreia. Bebeu água, sem melhora. Realizou o raio X apresentado a seguir:



Em relação ao caso descrito, qual a conduta correta?

- (A) Endoscopia imediata.
- (B) Cervicotomia exploradora.
- (C) Toracotomia posterolateral direita.
- (D) Endoscopia após jejum de 8 horas.

19

Em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um paciente que caiu e bateu a cabeça é trazido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Ao exame físico, apresentou-se corado e eupneico, com FR de 14 ipm, Sat. O<sub>2</sub> de 95%, FC 100 bpm, PA de 160x90 mmHg, Glasgow coma score: 14. Tem um hematoma subgaleal do lado esquerdo. Realizou a tomografia de crânio apresentada a seguir e a transferência para outro serviço foi solicitada.



Qual é o diagnóstico e que medidas devem ser tomadas para transferir este paciente com segurança?

- (A) Hematoma epidural – Intubação traqueal com sequência rápida, ventilação mecânica, manter a pressão arterial dentro da normalidade.
- (B) Hematoma subdural – Manter em proclive, oferecer oxigênio, manter em hipotensão controlada (permissiva).
- (C) Hematoma epidural – Manter em proclive, oferecer oxigênio, manter a pressão arterial dentro da normalidade.
- (D) Hematoma subdural – Intubação traqueal com sequência rápida, reanimação volêmica com 1.000 mL de Ringer lactato a 39 °C, manter pressão arterial dentro da normalidade.

## 20

Homem, 47 anos de idade, refere dor abdominal súbita em facada. Começou há 12 horas no epigástrio e logo irradiou para todo o abdome. Nega náuseas ou vômitos. Antecedentes: refere ser usuário de cocaína e toma 5 doses de pinga por dia. Está eupneico, mas desidratado. FC de 140 bpm, PA de 100x70 mmHg. Abdome com sinais de peritonite.

• Exames laboratoriais:

Hb:15,8 g/dL

Ht: 45,6 %

Leucócitos: 8.150/mL

Ureia: 40 mg/dL

Creatinina: 1,17 mg/dL

Proteína C reativa: 1,7 mg/dL

Amilase: 250 U/L

Realizou a radiografia apresentada a seguir:



Quais devem ser as medidas clínicas iniciais e o tratamento?

- (A) Eletrocardiograma, enzimas cardíacas, analgesia, AAS, monitorização cardíaca e hidratação.
- (B) Reposição volêmica, monitorização e intervenção cirúrgica.
- (C) Jejum, reanimação volêmica, analgesia e observação clínica.
- (D) Jejum, reanimação volêmica com cristalóide, hemocultura, cultura de urina, antibioticoterapia empírica e observação clínica; tomografia em duas semanas.

## 21

Vítima de queda de altura, paciente comparece no pronto-socorro com sangramento perineal. Iniciada a reanimação por causa do sangramento perineal, o paciente foi levado ao centro cirúrgico. Observe o ferimento a seguir:



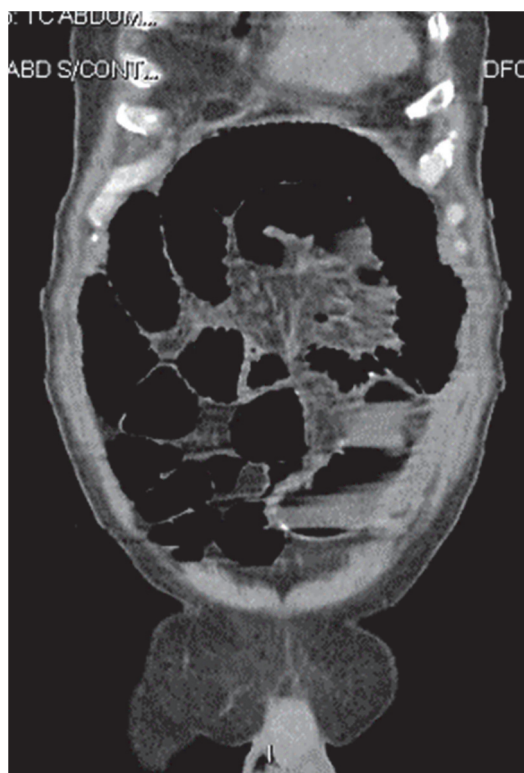
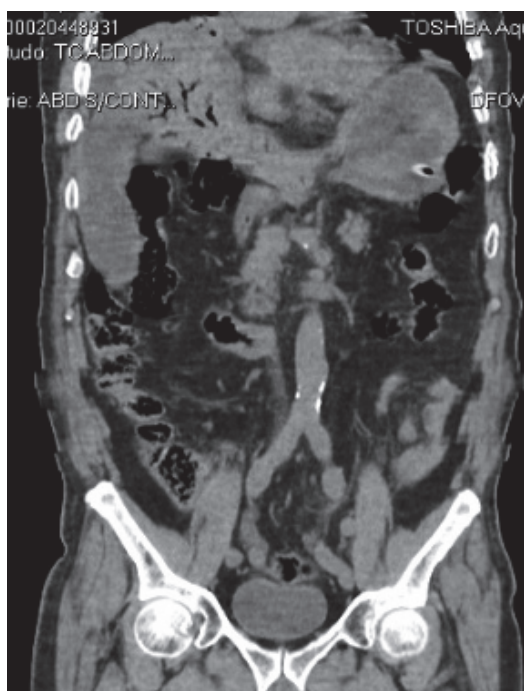
A conduta neste momento deve ser

- (A) avaliar o reto. Se tiver lesão, fazer a sutura do reto e o tamponamento da lesão.
- (B) avaliar o reto. Se não tiver lesão, fazer o debridamento e a sutura do ferimento.
- (C) avaliar o reto. Se tiver lesão, fazer a sutura primária do reto e o fechamento da lesão.
- (D) fazer colostomia em alça no cólon transversal e o fechamento da lesão perineal.



**22**

Homem, 73 anos de idade, refere dor abdominal difusa mais intensa no hipogástrio há 3 dias, anorexia e parada de evacuação. Há dois dias, começou a apresentar náuseas e vômitos. Nega disúria. Diabético e hipertenso, faz uso de metformina, gliclazida, captopril e sinvastatina. Nega cirurgias. Não fuma. Está em regular estado geral, descorado +/4+, desidratado, anictérico e afebril. Frequência respiratória: 17 ipm, saturação de O<sub>2</sub>: 96%, pressão arterial: 120x75 mmHg, frequência cardíaca: 112 bpm. O abdome está distendido e doloroso à palpação, mas sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal: fezes amolecidas de cor normal. Já foi iniciada hidratação venosa. Realizou a tomografia de abdome apresentada a seguir:



No cuidado deste paciente, quais devem ser os próximos passos?

- (A) Antibiótico e cirurgia.
- (B) Sonda nasogástrica, observação clínica por 24 horas e novo exame de imagem.
- (C) Hemocultura, antibiótico empírico e ultrassom de abdome superior.
- (D) Antibiótico, colangiorressonância e derivação da via biliar.

**23**

Homem, 30 anos de idade, autoagrediu-se com arma branca. Tem vários ferimentos em região cervical na zona II e alguns com saída de ar. Está consciente e corado. FR de 20 ipm, Sat. O<sub>2</sub> de 98%, FC de 100 bpm, PA de 140x80 mmHg. Durante o atendimento, o paciente começou a ficar dispneico e agitado. Apresentou tosse com saída de sangue. Afastando os lábios da ferida, observou-se secção da traqueia. O paciente foi levado ao centro cirúrgico e anestesiado.



Qual é a técnica mais adequada para garantir a via aérea e como deve ser tratada a lesão cervical após o controle da via aérea?

- (A) Intubação com sequência rápida – Cervicotomia exploradora e traqueostomia pelo ferimento.
- (B) Intubação guiada por fibroscopia – Cervicotomia exploradora e sutura da traqueia, com traqueostomia abaixo da sutura.
- (C) Intubação traqueal guiada por fibroscopia – Cervicotomia exploradora com sutura da traqueia, sem traqueostomia.
- (D) Cricotireodostomia – Angiotomografia cervical, endoscopia e conversão da cricotireodostomia em traqueostomia.

## 24

Mulher, 28 anos de idade, comparece no pronto-socorro trazida do aeroporto, referindo dispneia há 2 semanas, associada à tosse seca e cansaço. Piora da dispneia há 48 horas. Está dispneica. FR de 24 ipm, FC de 135 bpm, PA de 130x90 mmHg, Sat.O<sub>2</sub> 90%, em ar ambiente. Pulmões: murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. Coração: bulhas rítmicas e normofonéticas.

• Exames laboratoriais:

Hb: 14,0 g/dL

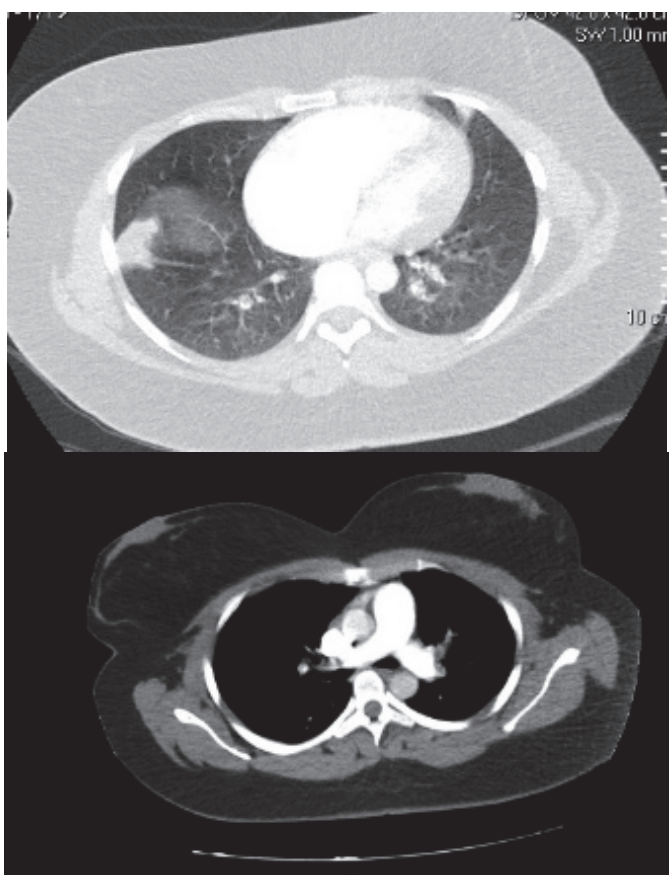
Ht: 42,2%

Leucócitos: 20.800/mm<sup>3</sup> (bastonetes: 1%)

PCR: 6,3 mg/L

Dímero-D: > 20 ng/mL

A tomografia pode ser visualizada a seguir:

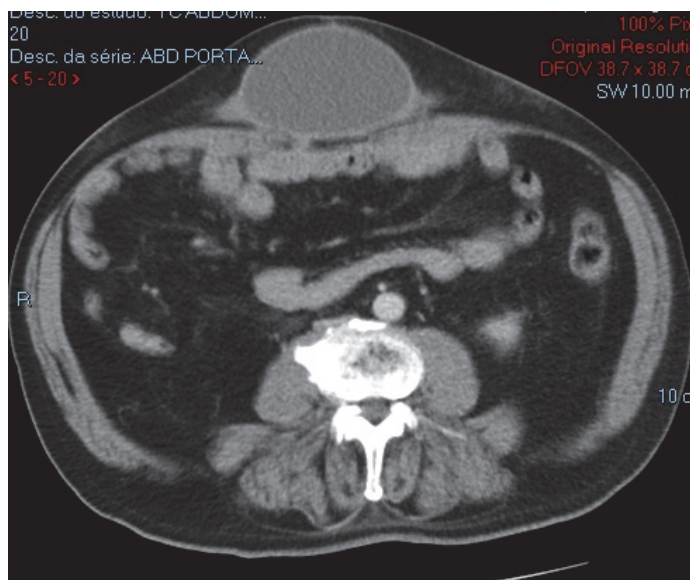


O tratamento desta paciente deve ser:

- (A) Cateter de O<sub>2</sub>, colher hemocultura, iniciar antibioticoterapia empírica e fisioterapia respiratória e motora.
- (B) Cateter de O<sub>2</sub>, colher hemocultura, iniciar antibioticoterapia empírica, fisioterapia respiratória e enoxaparina 60 mg de 12/12 horas.
- (C) Cateter de O<sub>2</sub>, colher hemocultura, iniciar antibioticoterapia empírica e fisioterapia respiratória, enoxaparina 40 mg por dia.
- (D) Cateter de O<sub>2</sub>, furosemida 40 mg IV, iniciar antibioticoterapia empírica e fisioterapia respiratória e motora.

## 25

Paciente, 79 anos de idade, foi operado há dois anos por hérnia incisional. Foi colocada tela de polipropileno *onlay*. Cerca de seis meses após a operação, começou a sentir abaulamento no local da incisão. Ao exame físico, tem abaulamento de consistência cística e móvel. Foi feita punção com esvaziamento, por três vezes, nos últimos 3 meses, mas o abaulamento retorna. Realizou a tomografia apresentada a seguir:



Qual é a melhor conduta para tratar o problema descrito?

- (A) Ressecção do cisto e retirada da tela; reavaliação para necessidade de nova tela em 3 meses.
- (B) “Destelhamento” do cisto e sutura da pele, mantendo a tela no local.
- (C) Ressecção do cisto e retirada da tela, com colocação de nova tela no mesmo ato.
- (D) Punção, antibioticoterapia e uso de cinta abdominal.

## 26

Mulher, 40 anos de idade, foi submetida à funduplicatura há 10 anos por doença do refluxo com sintomas típicos. Recordase apenas de ter feito endoscopia antes de ser operada. Ficou bem clinicamente por 9 anos. Há 1 ano, refere disfagia para sólidos, tendo procurado atendimento em pronto-socorro no último mês. É hipertensa há 5 anos e no último ano, iniciou uso de hipoglicemiante oral para diabetes recém diagnosticado após ter ganho 12 kg em 2 anos. Qual o motivo mais provável da disfagia nesta paciente?

- (A) Acalasia.
- (B) Gastroparesia relacionada ao diabetes.
- (C) Adenocarcinoma da transição esofagogastrica.
- (D) Migração da funduplicatura.



**27**

Homem, 60 anos de idade, tabagista de longa data, realizou endoscopia digestiva alta por pigarro crônico, nega disfagia. Teve como achado uma lesão superficial elevada (tipo IIa) de esôfago a 20 cm da arcada dentária superior medindo 1 cm. A biópsia mostrou tratar-se de um carcinoma espinocelular. Realizou tomografia que não mostrou espessamento esofágico significativo ou enfisema pulmonar. Depois realizou PET-CT <sup>18</sup>F-FDG com achado de hiper captação isolada na região do esôfago médio. Assinale a alternativa que apresenta o próximo passo.

- (A) Solicitar ecoendoscopia para avaliar se há linfonodos regionais suspeitos.
- (B) Encaminhar para oncologia clínica avaliar a possibilidade de tratamento neoadjuvante com quimio e radioterapia.
- (C) Esofagectomia com linfadenectomia.
- (D) Solicitar broncoscopia para avaliar se há linfonodos regionais suspeitos.

**28**

Bailarina, 22 anos de idade, chorosa e tensa, refere dor intensa e sangramento vivo em todas as evacuações há quatro semanas. Hábito evacuatório duas vezes por semana com fezes endurecidas. Há um mês, refere evacuações uma vez por semana. Nega relações sexuais de qualquer espécie até hoje. Sem antecedentes pessoais ou familiares importantes. Tem muito medo de ser examinada. Ao exame físico, apresentou a seguinte inspeção anal:



Com relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) O exame proctológico completo com toque retal e retoscopia guiam o tratamento.
- (B) A sintomatologia ocorre pela topografia da patologia ter origem endodérmica.
- (C) O diagnóstico diferencial de adenocarcinoma através de biópsia da região orientará a neoadjuvância.
- (D) O tratamento clínico é a melhor opção neste momento.

**29**

Em relação às complicações pulmonares no pós-operatório de cirurgias bariátricas e metabólicas, é correto afirmar:

- (A) Analgesia efetiva, mobilização e deambulação precoce são essenciais para sua prevenção.
- (B) A ventilação não invasiva está formalmente contraindicada.
- (C) A prova de função pulmonar no pré-operatório é essencial para sua prevenção.
- (D) O tromboembolismo pulmonar é a complicação mais comum.

**30**

A cirurgia bariátrica e metabólica está contraindicada em

- (A) pacientes com transtorno psiquiátrico não controlado.
- (B) pacientes em insuficiência renal dialítica.
- (C) pacientes com hepatopatia crônica com *Model of End-Stage Liver Disease* (MELD) = 08.
- (D) pacientes com doença cardiopulmonar grave.

**31**

Paciente, 30 anos de idade, teve ingestão de soda cáustica aos 27 anos de idade. Evoluiu com estenose e está com alimentação exclusiva por gastrostomia. Tentou tratamento por dilatação endoscópica apresentando perfuração esofágica que foi tratada clinicamente com antibioticoterapia. Na avaliação endoscópica, tem estenose intransponível a 12 cm da arcada dentária superior junto ao músculo cricofaríngeo. Assinale a alternativa que apresenta a melhor opção terapêutica.

- (A) Colonplastia com anastomoses no esôfago cervical e estômago por via retroesternal.
- (B) Colonplastia com anastomoses na faringe e estômago por via retroesternal.
- (C) Colonplastia com anastomoses na faringe e estômago pelo mediastino posterior.
- (D) Esofagectomia com gastroplastia e anastomose no esôfago cervical.

**32**

Em relação à gastrectomia laparoscópica para o tratamento do adenocarcinoma gástrico, é correto afirmar:

- (A) Não existem evidências de alto nível que permitam recomendar seu uso fora de protocolos de pesquisa.
- (B) Pode ser recomendada nas lesões distais avançadas cT4a.
- (C) Está consagrada pelo uso e deve ser a via preferencial.
- (D) Está em desuso, sendo substituída pela via robótica.

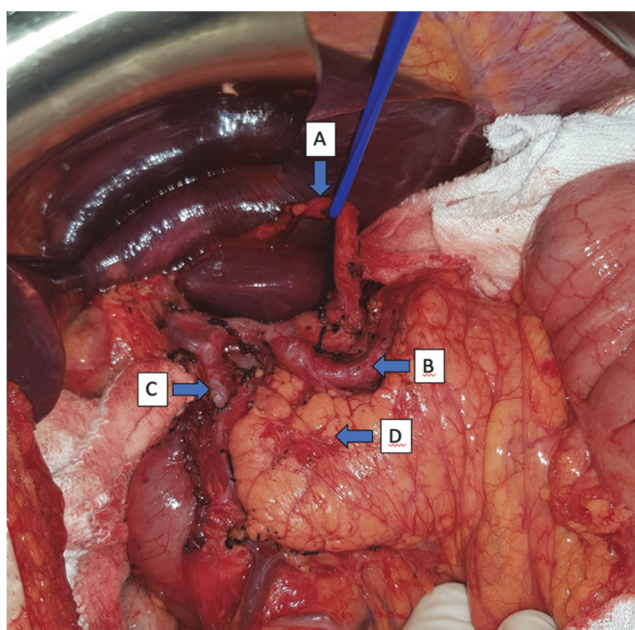
33

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) acomete grande parte da população ao redor do mundo com prevalência que pode chegar a 20% em diversos países. O manejo desta doença ainda é controverso, mas na atualidade existem grupos focados em padronizar o seu diagnóstico e o tratamento. Em relação à DRGE, assinale a alternativa correta.

- (A) A manometria auxilia no diagnóstico da DRGE através da medida da pressão de repouso do esfíncter inferior do esôfago.
- (B) O tratamento cirúrgico da doença do refluxo deve ser realizado em pacientes que apresentam hérnias hiatais mesmo sem a presença de esofagite erosiva.
- (C) Os consensos atuais da doença do refluxo gastroesofágico (Lyon e Lyon 2.0) utilizam além dos critérios pH-métricos, a presença de alterações endoscópicas específicas para definição da doença.
- (D) Os pacientes com sintomas atípicos da doença do refluxo, apresentam melhores respostas ao tratamento cirúrgico que ao clínico, devido ao refluxo não ácido que está muito presente nas queixas atípicas.

34

Ao término de uma gastrectomia total com linfadenectomia D2, o cirurgião principal solicitou ao residente do 2º ano que nomeasse as estruturas a seguir:



O residente, corretamente, respondeu o seguinte (A, B, C, D):

- (A) Artéria gástrica esquerda, artéria esplênica, artéria hepática comum, pâncreas.
- (B) Artéria hepática esquerda, artéria esplênica, artéria gastroduodenal, pâncreas.
- (C) Artéria hepática acessória, artéria gástrica esquerda, artéria gastroduodenal, mesocólon transverso.
- (D) Artéria hepática acessória, artéria esplênica, artéria gastroduodenal, pâncreas.

35

Homem, 32 anos de idade, hipertensão arterial de difícil controle. Em investigação para o quadro, foram diagnosticados tumores em ambas as adrenais, compatíveis com feocromocitomas, que foram operados com resolução do quadro de hipertensão. Também foi diagnosticado tumor em fossa posterior do crânio. Em exame de ressonância magnética de abdome foram identificados inúmeros cistos em cabeça, corpo e cauda do pâncreas, compatíveis com neoplasias císticas serosas, bem como um nódulo sólido em cauda pancreática, hipervascularizado na fase arterial com restrição à difusão e medindo 1,5 cm. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Neoplasia Endócrina Múltipla Tipo 1.
- (B) Neurofibromatose tipo 1.
- (C) Síndrome de Von Hippel-Lindau.
- (D) Esclerose tuberosa.

36

Mulher, 32 anos de idade, assintomática, é encaminhada para avaliação de nódulo hepático em ultrassonografia de rotina. Nega comorbidades, história familiar relevante ou etilismo. Usa anticoncepcional oral há 12 anos. Ao exame físico, apresenta-se anictérica, sem estigmas de hepatopatia crônica, palpação abdominal sem alterações. Laudo da ultrassonografia: nódulo hiperecogênico bem delimitado em segmento 7 medindo 5,5 cm. Apresenta ressonância magnética que mostra nódulo bem delimitado em segmento 7 medindo 5,6 cm com hipersinal homogêneo em T2. As fases contrastadas evidenciam lesão hipervascular com contrastação lenta e enchimento centrípeto. A respeito do caso, é correto afirmar:

- (A) Os exames de imagem indicam o diagnóstico de hemangioma hepático, sendo a melhor conduta o seguimento clínico.
- (B) Trata-se de carcinoma hepatocelular, sendo indicada a ressecção regradada do segmento 7.
- (C) Os exames de imagem indicam o diagnóstico de adenoma hepatocelular. A conduta inicial, devido ao tamanho, baseia-se na suspensão dos anticoncepcionais orais, observação clínica e exames de imagem de controle em 6 meses.
- (D) Os exames de imagem indicam o diagnóstico de adenoma hepatocelular, sendo indicada a ressecção cirúrgica devido ao risco de malignização e/ou ruptura.

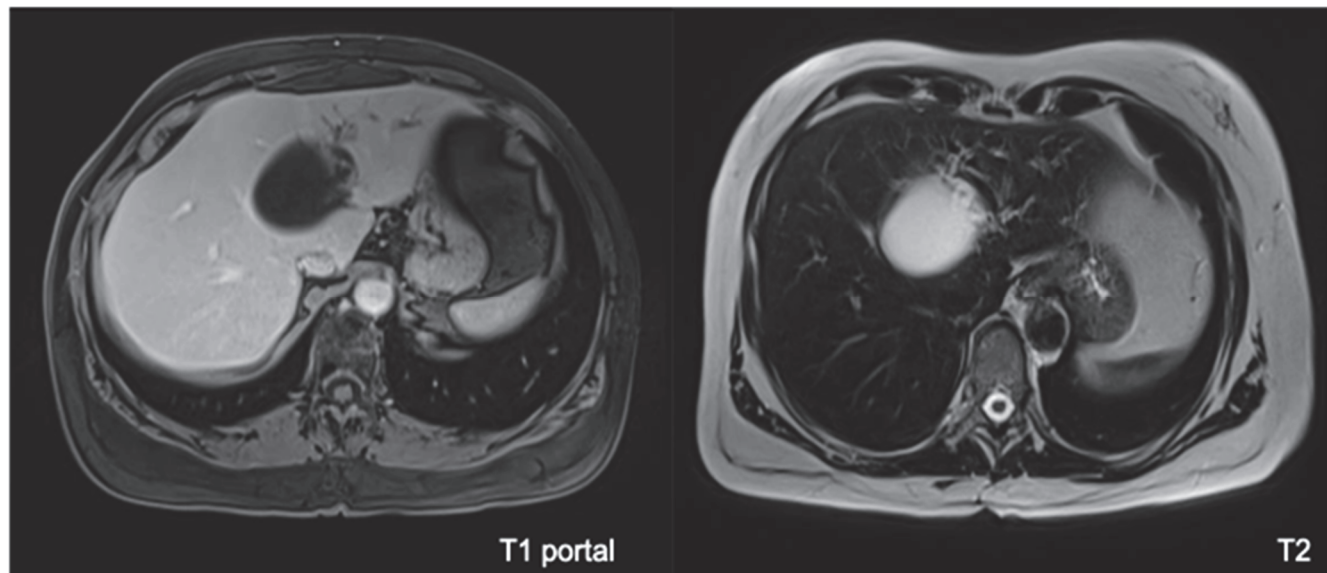
37

Em relação à etiologia da obesidade, pode-se afirmar:

- (A) Trata-se de problema comportamental.
- (B) A obesidade monogênica é bastante comum.
- (C) Há uma associação entre fatores genéticos e ambientais.
- (D) Os polimorfismos genéticos são raros.

### 38

Mulher, 50 anos de idade, natural e procedente de São Paulo, refere cisto hepático diagnosticado há 10 anos em ultrassonografia de rotina, na ocasião com 3,5 cm. Fez seguimento com exames periódicos os quais mostraram crescimento do cisto. Realizou ressonância magnética de abdome superior que evidenciou lesão cística medindo 6,5 cm no segmento 4, com paredes regulares, alguns septos finos e exercendo compressão na via biliar esquerda com dilatação dos ramos biliares intra-hepáticos. Não existem outros cistos hepáticos. Exames laboratoriais mostram bilirrubina normal, discreto aumento de enzimas canaliculares e CA19-9: 25 UI/mL (normal até 37 UI/mL). A ressonância magnética é apresentada a seguir:



Considerando as informações clínicas e as imagens, qual é o diagnóstico e a melhor conduta para essa paciente?

- (A) Cisto hepático simples, seguimento clínico.
- (B) Cisto hepático simples, alcoolização do cisto.
- (C) Cisto hidático, injeção de solução salina hipertônica.
- (D) Neoplasia cística mucinosa (cistoadenoma biliar), hepatectomia esquerda.

### 39

A acalasia esofágica pode ser considerada o distúrbio motor mais frequente dentro das doenças esofágicas, causando grande perda da funcionalidade e qualidade de vida do paciente. Quanto ao tratamento da acalasia, assinale a alternativa que melhor representa o conhecimento atual sobre a doença.

- (A) O tratamento da acalasia depende das condições clínicas do paciente. Apesar de diversas alternativas, a cardiomiectomia cirúrgica é, ainda hoje, o tratamento padrão ouro na maioria dos casos.
- (B) A manometria de alta resolução apresentou uma grande evolução no conhecimento da doença. Através dela pode-se indicar o melhor tratamento possível para o paciente.
- (C) A recidiva da disfagia, após o tratamento da acalasia, está associada à progressão da doença, uma vez que o tratamento é paliativo na maioria dos casos.
- (D) A Cardiomiectomia Endoscópica (POEM) é o tratamento mais moderno da acalasia, apresentando resultados semelhantes à cardiomiectomia cirúrgica, sem aumento na taxa de refluxo gastroesofágico.

### 40

Homem, 63 anos de idade, no 7º dia pós-operatório de esplenectomia por suspeita de linfoma B de zona marginal esplênica, retorna ao hospital com dor abdominal há 1 dia e febre sem calafrios. Ao exame físico, apresenta-se febril (Temp. de 38,2 °C), PA de 110x80 mmHg, FC de 96 bpm, abdome doloroso à palpação em hipocôndrio esquerdo sem descompressão brusca. Realizou tomografia de abdome que mostrou coleção em topografia esplênica com volume aproximado de 70 mL. Qual a principal hipótese diagnóstica e conduta terapêutica para o paciente?

- (A) Fístula pancreática, antibioticoterapia e drenagem da coleção por radiointervenção.
- (B) Sepse pós-esplenectomia, antibioticoterapia com coberturas para bactérias encapsuladas.
- (C) Trombose da veia porta com hematoma infectado em loja esplênica, antibioticoterapia e laparoscopia diagnóstica.
- (D) Fístula entérica, antibioticoterapia e laparotomia exploradora.



**41**

Homem, 59 anos de idade, hipertenso controlado, apresenta epigastria de longa data com piora há 2 meses associada à perda de 1 kg no período. Realizou endoscopia digestiva alta sendo observada lesão elevada de 2 cm sem ulceração em antro gástrico. A biópsia revelou tratar-se de adenocarcinoma bem diferenciado, tipo intestinal de Lauren. A ecoendoscopia demonstrou lesão restrita à mucosa (T1a), sem linfonodos suspeitos. A tomografia computadorizada não encontrou achados relevantes. Qual a melhor conduta?

- (A) Ressecção endoscópica.
- (B) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1.
- (C) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1+.
- (D) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.

**42**

Homem, 56 anos de idade, assintomático. Realizou endoscopia digestiva alta de rotina que teve como achado incidental abaulamento subepitelial em grande curvatura de corpo alto do estômago. Na investigação com ecoendoscopia, notou-se lesão de 4 cm localizada na 4ª camada da parede gástrica. Realizada punção com agulha fina cujo anatomopatológico revelou tratar-se de neoplasia fusocelular, imunohistoquímica com CD117 positivo, índice mitótico de 3%. A melhor conduta é

- (A) endoscopia seriada a cada 6 meses e se a lesão crescer acima de 5 cm, indicar cirurgia.
- (B) ressecção endoscópica.
- (C) gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
- (D) gastrectomia em cunha sem linfadenectomia.

**43**

Mulher, 56 anos de idade, em pós-operatório tardio de *bypass* gástrico. Procura pronto atendimento com queixa de colúria, icterícia e febre há 1 dia. É atendida em sala de emergência com FC de 130 bpm, PAM de 58 mmHg, icterícia +/4+. Exames laboratoriais mostram leucocitose, alterações compatíveis com colestase e lesão renal aguda. Provas de coagulação normais, exceto por discreta plaquetopenia (95.000/mm<sup>3</sup>). Ultrassonografia de abdome identificou múltiplos cálculos em vesícula biliar, dilatação de via biliar intra e extra-hepática causada por cálculo biliar impactado em colédoco distal. Realizada ressuscitação volêmica com vasopressor e antibioticoterapia. Qual a conduta mais apropriada nesse momento?

- (A) Drenagem biliar transparietohepática.
- (B) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com papilotomia e limpeza da via biliar.
- (C) Colectomia, exploração da via biliar e drenagem com dreno de Kher.
- (D) Suporte intensivo e observação clínica.

**44**

Mulher, 54 anos de idade, no 9º dia pós-operatório de gastroduodenopancreatectomia por adenocarcinoma de papila duodenal. Está em tratamento de infecção de sítio cirúrgico devido à fístula da anastomose pancreatojejunal. Hoje, apresentou episódio de taquicardia e débito de 100 mL de conteúdo hemático pelo dreno abdominal. Após expansão volêmica, houve melhora da taquicardia. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta nesse momento.

- (A) Observação clínica.
- (B) Arteriografia.
- (C) Angiotomografia de abdome.
- (D) Laparotomia exploradora imediata.

**45**

Homem, 60 anos de idade, submetido à colecistectomia eletiva devido a pólipos em vesícula biliar há duas semanas. Relatório anatomopatológico mostrou adenocarcinoma da vesícula biliar, moderadamente diferenciado com invasão até a lâmina própria, margem do ducto cístico livre de neoplasia. Em relação ao diagnóstico, qual a conduta mais adequada nesse momento?

- (A) Quimioterapia adjuvante.
- (B) Seguimento clínico.
- (C) Ampliação da margem do leito hepático e linfadenectomia do hilo hepático.
- (D) Ressecção de via biliar extra-hepática, linfadenectomia do hilo hepático e anastomose biliodigestiva.

**46**

Mulher, 45 anos de idade, submetida à colecistectomia com colangiografia eletiva por calciose não complicada da vesícula biliar há 14 dias. Procedimento sem intercorrências. No 6º dia pós-operatório, procurou pronto-socorro com dor abdominal difusa. Submetida à laparoscopia diagnóstica com achado de coleperitônio devido à perda de ligadura do ducto cístico. Realizada limpeza do sítio cirúrgico, rafia do ducto cístico e drenagem da cavidade. Atualmente no 8º PO, paciente encontra-se em bom estado geral com exames laboratoriais normais, porém apresenta débito de 240 mL de bile pelo dreno abdominal. Em relação ao caso apresentado, qual a melhor conduta nesse momento?

- (A) CPRE com passagem de prótese biliar.
- (B) Laparoscopia, resutura da via biliar e drenagem da cavidade.
- (C) Anastomose biliodigestiva.
- (D) Drenagem transparietohepática da via biliar.

47

Homem, 72 anos de idade, com antecedente de diabetes melito tipo 2, dislipidemia e obesidade. Há 2 meses, com dor em hipocôndrio direito. Realizou ultrassonografia de abdome que mostrou massa em lobo hepático direito medindo 9,0x8,5 cm. Realizou tomografia de abdome com contraste endovenoso que evidenciou fígado com bordas rombas e contornos levemente lobulados, além de lesão hipervascular medindo 9,1x8,7 cm com clareamento rápido do meio de contraste ocupando os segmentos 5, 6 e 7. Exame físico sem estigmas de hepatopatia crônica.

• Exames laboratoriais:

Hb: 13,7 g/dL

Plaquetas: 160.000/mm<sup>3</sup>

Bilirrubinas totais: 0,9 mg/dL

Bilirrubina direta: 0,5 mg/dL

Creatinina: 1,1 mg/dL

Albumina: 4,4 g/dL

Tempo de protrombina: 90% (INR= 1,1)

Sódio: 137 mEq/L

Alfafetoproteína: 42 ng/mL

Chlid-Pugh: A5

Model of End-Stage Liver Disease (MELD): 8

Endoscopia digestiva alta sem varizes esofagogástricas. Realizou volumetria com volume hepático total de 1.540 mL e volume do lobo esquerdo de 740 mL.

Considerando os dados clínicos, laboratoriais e radiológicos, qual a melhor conduta para o paciente?

- (A) Embolização seletiva do ramo portal direito e posterior reavaliação da volumetria do lobo hepático esquerdo.
- (B) Quimioembolização arterial do nódulo hepático.
- (C) Encaminhamento para transplante hepático.
- (D) Hepatectomia direita laparoscópica.

48

Mulher, 29 anos de idade, assintomática, realizou ultrassonografia de abdome solicitada pelo ginecologista que evidenciou nódulo hepático heterogêneo bem delimitado localizado em segmento 6 medindo 5,3 cm. Em uso regular de anticoncepcional oral há 8 anos. De acordo com o contexto clínico da paciente, qual o exame mais indicado para elucidação diagnóstica do nódulo hepático?

- (A) Tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso.
- (B) Ressonância magnética de abdome superior, preferencialmente com contraste hepatoespecífico.
- (C) Perfil hepático e marcadores tumorais (CEA, CA19-9 e alfafetoproteína).
- (D) Biópsia hepática guiada por tomografia.

49

Em relação à expectativa de perda de peso após cirurgia bariátrica e metabólica, é correto afirmar:

- (A) Espera-se que o paciente atinja o seu peso ideal calculado pela Tabela Metropolitana.
- (B) O nadir da curva de perda de peso ocorre aos 6 meses.
- (C) No primeiro mês a perda de peso esperada é de 20% do peso total.
- (D) A perda de peso após um ano varia, em média, de 60 a 80% do excesso de peso, dependendo de características individuais do paciente e tipo de cirurgia.

50

Em relação à perda de peso no preparo pré-operatório da cirurgia bariátrica e metabólica,

- (A) deve ser obrigatória para todos os pacientes.
- (B) pode ajudar a reduzir a morbidade cirúrgica em pacientes com IMC acima de 60 kg/m<sup>2</sup>.
- (C) o balão intra-gástrico é o método mais utilizado para este fim.
- (D) farmacoterapia não está indicada uma vez que já houve falha anteriormente.

51

A triagem auditiva neonatal é o principal instrumento para identificar e tratar a deficiência nos primeiros meses de vida. Em relação aos Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico Automático (PEATEA), pode-se afirmar:

- (A) Avalia o nervo auditivo e o tronco encefálico.
- (B) Analisa a resiliência da membrana timpânica e da cadeia ossicular.
- (C) Não discrimina a neuropatia auditiva de uma perda condutiva leve.
- (D) Existe uma maior taxa de reteste quando comparado ao com as emissões transientes

52

Paciente, 15 anos de idade, previamente hígido, procura pronto atendimento com abaulamento em topografia de parótida esquerda há 7 dias. Refere que estava apresentando melhora progressiva, mas evoluiu e desenvolveu uma sensação de perda auditiva ipsilateral. Em relação ao caso descrito, qual a conduta mais adequada?

- (A) Paciente com provável diagnóstico de caxumba, orientar sobre a vacinação um mês após o início dos sintomas.
- (B) Paciente com provável tumor de Warthin, indicar parotidectomia superficial com monitorização do nervo facial.
- (C) Paciente com provável carcinoma adenoide cístico de parótida, solicitar uma punção aspirativa com agulha fina.
- (D) Paciente com provável diagnóstico de caxumba associada à surdez súbita, solicitar audiometria e iniciar corticosteroides.

**53**

Paciente, recém-nascido a termo, sem comorbidades, foi submetido à triagem auditiva neonatal no segundo dia de vida, utilizando o teste de emissões otoacústicas evocadas transientes e apresentou falha. Qual a conduta indicada?

- (A) Encaminhar paciente para o reteste com o potencial auditivo de tronco encefálico automático.
- (B) Fazer lavagem auricular como soro fisiológico e repetir o teste no mesmo momento.
- (C) Orientar a mãe que a criança tem deficiência auditiva e seus direitos.
- (D) Acompanhar o desenvolvimento da criança e encaminhar ao especialista após 2 anos de idade, se apresentar atraso de fala.

**54**

O colesteatoma adquirido secundário ocorre após otite média aguda necrotizante com perfuração da membrana timpânica e invaginação do epitélio do conduto auditivo externo para a orelha média. Qual exame complementar corresponde a um paciente com colesteatoma?

- (A) Telescopia auricular com lesão avermelhada pulsátil unilateral.
- (B) Tomografia computadorizada de ossos temporais com lesão no espaço de Prussak e erosão do esporão de Chausse.
- (C) Ressonância magnética com hipersinal em mastoide e coleção retroauricular.
- (D) Estudo angiográfico seletivo demonstrando artéria carótica interna ectópica.

**55**

Paciente, 46 anos de idade, com obstrução nasal unilateral à esquerda, com rinorreia, cefaleia, hiposmia e deformidade em dorso nasal. Durante a endoscopia nasal, é visualizada massa polipoide, irregular, de consistência firme. Exames de imagem são fundamentais para confirmar o diagnóstico e definir a extensão tumoral. Qual das seguintes correlações é a mais apropriada?

- (A) A ressonância magnética, com hiperssinal em T1 e hipossinal em T2 sem realce pelo contraste e com aspecto cerebriforme, é sugestiva de papiloma invertido.
- (B) A tomografia computadorizada mostrando alargamento do complexo osteomeatal, impregnação da lesão por contraste e calcificações intralasionais, é sugestiva de papiloma invertido.
- (C) A ressonância magnética demonstrando localização da lesão na fossa pterigopalatina, com deslocamento anterior da parede posterior do seio maxila, é sugestiva de pólipos antrocoanal.
- (D) A tomografia computadorizada com erosão da lâmina medial do processo pterigoide do osso esfenóide e do assoalho do seio esfenoidal, é um padrão muito sugestivo de pólipos antrocoanal.

**56**

As alterações funcionais da tuba auditiva podem ser causadoras de afecções otológicas por meio do comprometimento na regulação pressórica da cavidade da orelha média e da sua função de drenagem. Qual o principal músculo envolvido na abertura da tuba auditiva?

- (A) Músculo elevador do véu palatino.
- (B) Músculo tensor do véu palatino.
- (C) Músculo palatoglossos.
- (D) Músculo bucinador.

**57**

Paciente, 11 anos de idade, com otalgia à esquerda e febre há 3 dias associadas a abaulamento retroauricular. Tem antecedente de otite média crônica com episódios recorrentes de agudização. Foi submetido à tomografia evidenciando erosão da cortical da mastoide com coleção subperiosteal. Qual o tratamento cirúrgico mais adequado?

- (A) Miringotomia e dilatação da tuba auditiva com balão de Bielefeld.
- (B) Miringotomia e colocação de tubo de ventilação.
- (C) Drenagem do abscesso e mastoidectomia.
- (D) Drenagem do abscesso e colocação de dreno de penrose.

**58**

Petrosite é a propagação do processo infeccioso da orelha média para as células do ápice petroso. É correto afirmar:

- (A) Até 50% dos casos de petrosite pode cursar com paralisia do nervo abducente levando à diplopia.
- (B) A otoscopia de paciente com petrosite não apresenta alterações.
- (C) Petrosite ocorre apenas em pacientes imunossuprimidos, associada a abscesso cerebral.
- (D) Até 70% dos casos de petrosite evoluem para abscesso de Bezold.

**59**

Quais são os principais achados impedanciométricos sugestivos de otosclerose avançada?

- (A) Timpanometria tipo B, efeito *on-off* indicando fixação do estribo e aumento da pressão na orelha média.
- (B) Timpanometria tipo C, reflexo estapediano presente e pressão aumentada na orelha média.
- (C) Timpanometria tipo D, efeito *on-off* indicando fixação do estribo e ausência do reflexo estapediano.
- (D) Timpanometria tipo Ar (rigidez), pressão normal na orelha média e ausência do reflexo estapediano.

**60**

Paciente, 8 meses de idade, foi encaminhado para avaliação audiológica após falha na pesquisa de emissões otoacústicas transientes e ausência de resposta no potencial evocado auditivo de tronco encefálico, sendo diagnosticada surdez neurosensorial de grau profundo bilateral. Qual a melhor opção de reabilitação auditiva a ser oferecida à família?

- (A) Implante coclear.
- (B) Colocação de aparelho auditivo sonoro individual bilateralmente.
- (C) Prótese ancorada.
- (D) Timpanotomia exploratória para substituição de cadeia ossicular.

**61**

Homem, 35 anos de idade, foi admitido na emergência após um acidente de carro. Ele se queixava de dor intensa no lado direito da cabeça e apresentava hemotímpano à direita. Na avaliação inicial, ele foi diagnosticado com uma fratura transversa no osso temporal direito. Durante a internação, ele desenvolveu paralisia facial periférica House-Brackmann 2. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada para o caso descrito.

- (A) Coletar sorologias para citomegalovírus, vírus Epstein-Barr, herpes vírus, paramixovírus, por se tratar de uma síndrome de Ramsay Hunt.
- (B) Encaminhar para mastoidectomia radical e descompressão do nervo facial para evitar a necrose aguda do nervo facial.
- (C) Manter conduta clínica com corticoterapia para reduzir processo inflamatório e edema no nervo facial.
- (D) Fazer miringotomia e colocação de tubo de ventilação para drenagem de hemotímpano para descomprimir o nervo facial.

**62**

Paciente, 30 anos de idade, com lesão granulomatosa nasal, foi submetido à biópsia para elucidação diagnóstica. Assinale a alternativa com a correlação correta.

- (A) No exame de campo escuro, podem ser vistas as espiroquetas corresponde à poliangeíte com granulomatose.
- (B) Identificação da forma amastigota no exame histopatológico pela coloração Giemsa corresponde à leishmaniose.
- (C) Identificação de fungo dimórfico transmitido pelas fezes do morcego corresponde à actinomicose.
- (D) A identificação de micobactéria de transmissão orofecal causando a gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA) ou noma.

**63**

Em tomografias de face ou crânio, é comum que radiologistas identifiquem lesões no seio maxilar classificadas como cistos/pólipos. A esse respeito, é correto afirmar:

- (A) O cisto é causado por obstrução de uma glândula submucosa, seu conteúdo é purulento e apresenta resolução com um ciclo de antibiótico.
- (B) O pólipos em seio maxilar é uma lesão pré-maligna e em aproximadamente 10 anos, pode se tornar um adenocarcinoma nasal.
- (C) Os cistos de retenção são as complicações mais comuns da rinossinusite e, geralmente, são achados incidentais (10% a 35%).
- (D) Quando optado por conduta expectante, é mandatório fazer ressonância magnética com gadolínio após 6 meses para segmento.

**64**

Paciente, 42 anos de idade, do sexo masculino, previamente hígido, está internado em Unidade de Terapia Intensiva há 8 dias e iniciou quadro de febre. Após descartar outros focos, o intensivista diagnostica um quadro de rinossinusite aguda. Assinale a alternativa que apresenta a medida terapêutica adequada.

- (A) A lavagem nasal deve ser evitada para que a infecção não se propague pela tuba auditiva ou para o pulmão.
- (B) O antibiótico deve ser iniciado 5 dias após a febre para aguardar o resultado da cultura de secreção nasal.
- (C) A punção antral para coleta de secreção só está indicada para pacientes sem melhora clínica após 10 dias de antibioticoterapia.
- (D) A remoção da sonda nasal e passagem da sonda via oral pode gerar melhora clínica em ao menos 60% dos pacientes.

**65**

Paciente, 63 anos de idade, do sexo masculino, imunossuprimido por HIV, apresenta quadro de rinossinusite aguda complicada. Ao exame físico, percebe-se um edema mole na região frontal à direita (*Pott's puff tumor*). Qual o diagnóstico provável e o tratamento adequado?

- (A) Osteomielite - debridamento do osso infectado e drenagem no seio frontal.
- (B) Meningite e com abscesso extradural - trepanação para drenagem do abscesso.
- (C) Celulite pós septal - sinusectomia com abertura da lâmina papirácea.
- (D) Erisipela - antibioticoterapia e corticoterapia via oral.

**66**

Paciente, 13 anos de idade, com leucemia mieloide aguda neutropênica, queixa-se de obstrução nasal e apresenta febre persistente, apesar do tratamento com antibioticoterapia de amplo espectro. Após excluir focos infecciosos nas demais localidades, assinale a alternativa mais adequada para a investigação etiológica.

- (A) Realizada tomografia computadorizada com espessamento unilateral em seio maxilar e etmoidal, indicando necessidade de sinusectomia por rinossinusite aguda de difícil controle.
- (B) Realizada ressonância magnética com presença de meningioma de ângulo ponto cerebelar direito, lesão que justificaria o foco infeccioso e teria indicação de remoção na urgência para evitar sepse.
- (C) Realizado exame endoscópico nasal com presença de desvitalização de mucosa e crosta enegrecidas em concha média, sugestiva de rinossinusite fúngica invasiva e indicando debridamento cirúrgico.
- (D) Manter antibioticoterapia de amplo espectro por mais 7 dias, pois paciente é imunossuprimida, indicando que a febre pode demorar mais de 10 dias para responder ao antibiótico.

**67**

Paciente, 50 anos de idade, do sexo feminino, com histórico de sinusite crônica recorrente, apresenta-se com sintomas de obstrução nasal unilateral, secreção purulenta e dor facial. Durante a endoscopia nasal, é observada uma massa densa e escura no seio maxilar direito. Qual é o diagnóstico mais provável para essa condição?

- (A) Nasoangiofibroma.
- (B) Adenocarcinoma.
- (C) Pólipo antrocoanal.
- (D) Rinossinusite fúngica não invasiva.

**68**

A papilomatose respiratória manifesta-se em duas formas distintas: juvenil e adulta. A forma juvenil é a mais comum e a mais agressiva. Sobre a papilomatose laríngea pode-se afirmar:

- (A) Terapias medicamentosas são indicadas para pacientes com intervalos de recorrência muito curtos ou que tenham comprometimento da via aérea inferior.
- (B) A transmissão ocorre, exclusivamente, durante o parto vaginal de mães com condiloma ou por abuso sexual infantil.
- (C) A ressecção das lesões com laser de CO<sub>2</sub> apresenta 90% de índice de cura e 10% de taxa de recidiva.
- (D) A vacina contra HPV evita a propagação traqueal da doença, sendo recomendada em casos de traqueostomia.

**69**

A laringostroboscopia pode ser utilizada para diferenciar nódulos e cistos de prega vocal. Qual a característica dessas lesões auxilia no diagnóstico diferencial?

- (A) Nódulos vocais são lesões bilaterais amareladas com abaulamento submucoso.
- (B) Os nódulos vocais são amarelo-nacarados e os cistos vocais são avermelhados.
- (C) Os nódulos vocais, por se tratar de lesão superficial, não compromete evidentemente a vibração da onda mucosa, fato esse observado nos cistos intracordais.
- (D) A fenda glótica ocasionada pelos nódulos vocais é em ampulheta e nos cistos vocais é triangular anterior.

**70**

A avaliação subjetiva vocal dos pacientes submetidos à laringectomias parciais pode utilizar a escala GRBAS (*Grade, Roughness, Breathiness, Asthenia, Strain Scale*). Analisando esses parâmetros, pode-se afirmar:

- (A) B, *breathiness*, é bastante comum dependendo das diferentes fendas glóticas residuais.
- (B) G, *grade*, avaliado entre 0 e 3 indica se o *pitch* vocal é grave ou agudo
- (C) R, *roughness*, avalia a rouquidão do paciente indicando a intensidade vocal.
- (D) S, *Strain*, é o componente de tensão que propicia uma voz geralmente com *loudness*, mais grave.

**71**

Paciente do sexo feminino, 55 anos de idade, tabagista, apresenta disфонia progressiva há mais de 2 anos. Durante a laringoscopia, é observado um aumento difuso das pregas vocais com aspecto gelatinoso e translúcido. Qual é a condição mais provável que esse paciente está apresentando?

- (A) Nódulos vocais – indicada fonoterapia e repouso vocal.
- (B) Edema de Reinke – inflamação crônica com deposição de mucopolissacarídeos e colágeno.
- (C) Pólipo vocal – causado por fonotrauma e ausência da reabsorção do hematoma.
- (D) Granuloma vocal – sugerida biópsia da lesão para afastar o diagnóstico de tumor de Ackerman.

**72**

Assinale a alternativa que descreve uma característica típica da asma laríngea.

- (A) Tosse produtiva crônica.
- (B) Dispneia que melhora com o exercício.
- (C) Dor torácica pleurítica.
- (D) Estridor inspiratório.



**73**

A compreensão da embriologia da laringe é fundamental para entender a anatomia, fisiologia e possíveis malformações desse órgão. Em relação ao desenvolvimento embrionário da faringe e laringe, assinale a alternativa correta.

- (A) A formação da laringe ocorre no sentido crânio-caudal, começando pelo ápice da laringe e formando uma estrutura tubular helicoidal que se liga à traqueia na 23ª semana com potencial para causar estenose subglótica.
- (B) A formação da faringe começa na 10ª semana e na 15ª semana surge um septo que a separa da porção anterior, originando a laringe.
- (C) As fendas branquiais dão origem às estruturas cartilaginosas da laringe, enquanto os arcos branquiais formam a membrana quadrangular e o cone fibroso laríngeo.
- (D) A luz da laringe primitiva fica temporariamente oclusa, semelhante ao esôfago. Entre a 9ª e 10ª semanas, a membrana vocal começa a degenerar, iniciando o processo de canalização.

**74**

Paciente, 63 anos de idade, foi acometido com a forma grave da síndrome respiratória aguda causada pela Covid-19. Permaneceu em intubação orotraqueal (IOT) por 12 dias. Após a recuperação, apresentou disfonia persistente sem melhora com fonoterapia. Assinale a alternativa que apresenta a provável causa da disfonia e o tratamento recomendado.

- (A) Estenose subglótica – laringectomia parcial fronto-lateral.
- (B) Paralisia de prega vocal – tireoplastia tipo I.
- (C) Fibrose das cordas vocais – tireoplastia tipo III.
- (D) Presbilaringe – injeção de toxina botulínica.

**75**

Paciente, 27 anos de idade, do sexo masculino, apresenta lesão em palato ulcerada arredondada de aproximadamente 1 cm de bordos elevados, endurecida e indolor à palpação. Realizada biópsia da lesão com detecção da bactéria *Treponema pallidum*. Assinale a alternativa com a indicação correta de tratamento.

- (A) A evolução é benigna e pode desaparecer de forma espontânea de 3 a 4 semanas, pode-se tratar com corticoide tóxico.
- (B) A evolução para malignização local na forma terciária da doença é frequente, sendo necessária radioterapia em caso de reincidência.
- (C) É importante encaminhar ao infectologista e investigar outras doenças sexualmente transmissíveis.
- (D) A ausência de dor local pode ser indicativo de mal prognóstico, devendo ser realizada ressonância magnética para investigar adenoma pleomórfico.

**76**

O envelhecimento da população brasileira está tornando-se uma realidade cada vez mais presente, exigindo adaptações nas políticas públicas e nos serviços de saúde para atender às necessidades de uma sociedade em transformação. A presbifagia aumenta o risco de pneumonias aspirativas. Quais medidas preventivas podem ser adotadas para evitar tais aspirações em pacientes acima de 80 anos de idade?

- (A) Fazer academia para fortalecimento dos músculos, restringir consistência de dieta apenas para alimentos líquidos, indicação precoce de traqueostomia para colocação de cânula com *cuff*.
- (B) Substituir dieta tradicional por suplementos alimentares de fácil digestão, treinar cuidadores para oferecer dieta mantendo a extensão cervical e manter hidratação adequada.
- (C) Substituir a gastrostomia por sonda nasointestinal e manter dieta oral em pequena quantidade, apenas por prazer, estimular a higienização oral.
- (D) Avaliações regulares por um fonoaudiólogo, evitar refeições em posição reclinada ou deitada e revisar medicamentos que possam afetar a deglutição.

**77**

Paciente, 50 anos de idade, do sexo feminino, com queixa de tontura rotatória ao deitar e rodar a cabeça para ambos os lados. Nega zumbido, hipoacusia ou otalgia. Ao exame físico, em decúbito dorsal com flexão da cabeça em 30°, ao girar a cabeça apresentou nistagmo de posicionamento horizontal ageotrópico mais intenso com a orelha esquerda para baixo. Esse quadro é sugestivo de

- (A) ductolitíase do canal semicircular posterior esquerdo.
- (B) ductolitíase do canal semicircular posterior direito.
- (C) cupulolitíase do canal semicircular lateral direito.
- (D) cupulolitíase do canal semicircular lateral esquerdo.

**78**

Paciente, 32 anos de idade, do sexo masculino, previamente hígido com queixa de zumbido unilateral pulsátil há 2 meses. Ao exame físico, não foi identificadas alterações. Quais exames complementares devem ser realizados para investigação etiológica?

- (A) USG Doppler de carótidas e vertebrais, tomografia de osso temporal e PEATEa.
- (B) USG Doppler de carótidas e vertebrais, tomografia de osso temporal e angiorressonância.
- (C) Arteriografia cervical, angiorressonância e acufenometria.
- (D) Arteriografia cervical, tomografia de ossos temporais e audiometria tonal e vocal.

**79**

Paciente, 87 anos de idade, do sexo masculino, com queixa de otorreia há 4 meses. Fez 5 ciclos de antibioticoterapia sem melhora. Realizada tomografia de ossos temporais com conteúdo de partes moles em conduto auditivo externo, sem alterações em orelha média. Quais são as principais hipóteses diagnósticas para o caso?

- (A) Carcinoma espinocelular de osso temporal e otite externa necrotizante.
- (B) Otite média crônica colesteatomatosa e otite externa necrotizante.
- (C) Dermate seborreica e granuloma eosinofílico.
- (D) Corpo estranho auricular e otite média crônica colesteatomatosa.

**80**

Qual estrutura anatômica auxilia na localização do tronco do nervo facial e como se denomina o local da saída deste nervo no crânio, respectivamente?

- (A) Ventre posterior do músculo digástrico; forame estilo mastoideo.
- (B) Ventre anterior do músculo digástrico; forame estilo mastoideo.
- (C) Processo estiloide; *pointer* do conduto auditivo.
- (D) *Pointer* do conduto auditivo; forame estiloide.

**81**

Sobre a recidiva do adenoma pleomórfico da parótida após tratamento cirúrgico inicial, é correto afirmar:

- (A) Apresenta-se como lesão única e ocorre devido à margem cirúrgica insuficiente (ausência de tecido parotídeo normal em torno do tumor).
- (B) Na maior parte das vezes ocorrem quando há transformação maligna do adenoma (carcinoma ex-adenoma pleomórfico).
- (C) Ocorre devido à origem multicêntrica deste tipo de tumor, com a ocorrência de múltiplos focos pelo parênquima, razão pela qual a cirurgia mínima adequada para estes tumores é a parotidectomia superficial.
- (D) Geralmente apresenta-se com múltiplas lesões nodulares semeadas pela área abordada na cirurgia inicial, inclusive no tecido subcutâneo. Sua ocorrência está associada à rotura do adenoma durante a abordagem inicial.

**82**

Qual dos tumores a seguir apresenta menor risco para metástase cervical?

- (A) Carcinoma mucoepidermoide de alto grau.
- (B) Carcinoma de células escamosas.
- (C) Carcinoma adenoide cístico.
- (D) Carcinoma indiferenciado.

**83**

Paciente, 57 anos de idade, do sexo masculino, tabagista, inicia seguimento no ambulatório por queixa de nódulo em região de ângulo da mandíbula esquerda. Relata que notou nódulo há cerca de 4 meses. No último mês apresentou crescimento rápido, associado a dor local. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral ECOG 1, com nódulo de 5 cm acima do ângulo da mandíbula, deslocando o lobo da orelha. Lesão é endurecida com limites pouco precisos e aparentemente aderido à pele. Nota-se desvio da rima labial esquerda quando sorri. Diante desse quadro pode-se afirmar:

- (A) Provavelmente, é uma neoplasia maligna, deve-se realizar biópsia por punção aspirativa e tomografia ou ressonância magnética.
- (B) Trata-se de tumor benigno da parótida e pode-se indicar cirurgia sem maiores investigações.
- (C) Trata-se de tumor de parótida e os achados clínicos sugerem etiologia benigna, sendo possível realizar apenas controle evolutivo com ultrassonografia.
- (D) Trata-se de tumor de parótida, provavelmente maligno, deve-se realizar ultrassonografia e biópsia incisional para confirmar o diagnóstico.

**84**

A síndrome de Frey (sudorese gustatória) é causada:

- (A) Pela reinervação e estímulo das glândulas sudoríparas pelas fibras simpáticas do ramo aurículo-temporal do nervo trigêmio e por fibras do nervo hipoglosso.
- (B) Pela reinervação simpática a partir das fibras do nervo facial que foram preservadas durante a parotidectomia.
- (C) Por estímulo direto da musculatura mastigatória sobre as glândulas sudoríparas causada pela ausência do tecido parotídeo.
- (D) Pela reinervação simpática e parassimpática das glândulas sudoríparas a partir de fibras do nervo vago.

**85**

Paciente do sexo feminino, 27 anos de idade, operada há 3 anos de um nódulo em região parotídea direita. Laudo da cirurgia informa adenoma pleomórfico de 3,1x1,9 cm. Margens de ressecção livres. Cápsula do tumor íntegra. Há 3 meses, percebeu que a pele da região fica vermelha e úmida quando se alimenta. A queixa da paciente é compatível com

- (A) Síndrome de Frey, complicação tardia de cirurgias na parótida.
- (B) Síndrome de Frey, complicação rara em cirurgias na parótida.
- (C) Fístula salivar, complicação tardia frequente nas cirurgias da parótida.
- (D) Fístula salivar, complicação decorrente da lesão do n. grande auricular nas cirurgias da parótida.

**86**

Qual das alternativas cita estruturas do triângulo submandibular?

- (A) Glândula parótida – m. digástrico – nervo lingual.
- (B) Glândula sublingual – m. milo-hioideo – nervo facial.
- (C) Glândula submandibular – m. omo-hioideo – nervo lingual.
- (D) Glândula submandibular – m. digástrico – nervo lingual.

**87**

Mulher, 30 anos de idade, refere ter ido à dermatologista por motivos estéticos, sendo indicada à exérese de uma lesão pigmentada na região malar. Assinale a alternativa com o resultado anatomopatológico e a conduta correta correspondente.

- (A) Melanoma extensivo superficial, Breslow 2,0 mm, margens livres (menor margem 2 mm) - Ampliação de margem de 0,5 cm em torno da cicatriz.
- (B) Melanoma nodular, Breslow 4 mm - Ampliação de margem 2 cm e biópsia de linfonodo sentinela.
- (C) Melanoma lentigo maligno, *in situ* - Ampliação de margem 1,5 cm em torno da cicatriz.
- (D) Melanoma amelanótico, Breslow 1 mm, margens livres - Seguimento com dermatoscopia em 3 meses.

**88**

Homem, 70 anos de idade, agricultor, refere ferida no vermelhão do lábio com sangramento ocasional há 8 meses. Há dois meses, refere linfonodo aumentado, endurecido e indolor no nível IA (submental). Considerando as hipóteses diagnósticas, assinale a alternativa com o tipo histológico mais provável.

- (A) Melanoma.
- (B) Carcinoma espinocelular.
- (C) Carcinoma basocelular.
- (D) Queilite actínica.

**89**

Homem, 45 anos de idade, refere nódulo cervical endurecido diagnosticado há 3 meses. O linfonodo está no nível III. A punção aspirativa confirmou melanoma metastático. Não há outras lesões no PET CT. Assinale a alternativa com a melhor abordagem terapêutica.

- (A) Esvaziamento cervical radical modificado, seguido por radioterapia adjuvante.
- (B) Esvaziamento dos níveis II a IV, seguido por imunoterapia com pembrolizumab.
- (C) Neoadjuvância com ipilimumab e nivolumab, seguido por esvaziamento cervical dos 5 níveis.
- (D) Neoadjuvância com dacarbazina e trabemetinib, seguido por radioterapia definitiva.

**90**

Paciente do sexo masculino, 47 anos de idade, com antecedente de parotidectomia superficial esquerda há 15 anos com diagnóstico de adenoma pleomórfico. Há 6 anos, notou nódulo de 0,7 cm no ângulo da mandíbula esquerda próximo ao local operado. Passou em outro serviço que suspeitou de recidiva e solicitou exames. Perdeu o seguimento devido à pandemia Covid-19. Nos últimos meses notou aumento rápido da lesão. Ao exame atual, apresenta-se com massa extensa de cerca de 6 cm em região parotídea esquerda, endurecida e sem mobilidade. Apresenta sinais de paralisia facial House-Brackmann III em região do nervo marginal mandibular e nervo bucinador. Em relação ao caso descrito, pode-se afirmar:

- (A) Trata-se de um adenoma pleomórfico recidivado e, portanto, sem sinais de malignidade. A programação cirúrgica pode ser baseada em exame de ultrassonografia.
- (B) Trata-se de transformação maligna, possivelmente um carcinoma ex-adenoma pleomórfico, deve realizar tomografia ou ressonância para programar tratamento cirúrgico.
- (C) Trata-se de transformação maligna, possivelmente um carcinoma ex-adenoma pleomórfico e a paralisia facial já pode considerar um tumor irresssecável.
- (D) Trata-se de um adenoma pleomórfico recidivado e, portanto, sem sinais de malignidade, o tratamento deve ser cirúrgico, se o paciente concordar.

**91**

Paciente, 57 anos de idade, apresenta nódulo a direita na face, sobre o ângulo de mandíbula com deslocamento do lobo da orelha ipsilateral há 7 anos. Ao exame, a lesão era sólida, bordas bem delimitadas com mobilidade reduzida na porção profunda. Medidas 3,2x2,5 cm. Mímica facial normal, sem nenhum déficit. Realizou biópsia por punção com agulha fina com laudo compatível com neoplasia epitelial bem diferenciada, Classe IV de Milão. Foi encaminhada para tratamento cirúrgico e no intraoperatório, o ramo bucinador do nervo facial estava totalmente envolvido pelo tumor. Linfonodos no nível II estavam aumentados e endurecidos. Assinale a alternativa que corresponde a melhor conduta neste momento.

- (A) Ressecção da lesão com o sacrifício do ramo envolvido, biópsia de congelação do tumor e dos linfonodos para definir conduta.
- (B) Ressecção da lesão abrindo a cápsula para manter o nervo, pois não havia paralisia no pré-operatório, sem necessidade de biópsia.
- (C) Ressecção da lesão com sacrifício do tronco do nervo facial e seus ramos, pois possivelmente é uma neoplasia maligna e a biópsia de congelação não permite confirmar o diagnóstico de malignidade.
- (D) Ressecção apenas da lesão com o sacrifício do ramo envolvido sem preocupação com os linfonodos.

**92**

Mulher, 48 anos de idade, eutireoidea, apresenta nódulo em tireoide com o seguinte relato ultrassonográfico: lesão sólida, hipocogênica, bem delimitada, bordos irregulares, focos hiperecogênicos centrais mais alto que largo localizado em terço inferior de lobo direito com 1,9x1,4x1,1 cm. Seguindo o sistema TI-RADS (*Thyroid Imaging Reporting and Data System*, ou Sistema de Dados de Imagens da Tireoide), qual categoria atribui-se à referida lesão?

- (A) 5
- (B) 6
- (C) 4
- (D) 3

**93**

Mulher, 68 anos de idade, apresenta lesão pigmentada de 4,0x2,0 cm em região malar. Submetida à biópsia incisional direcionada por dermatoscopia com resultado de lentigo maligno melanoma *in situ*. Assinale a alternativa com a melhor ferramenta complementar para delimitação de margens.

- (A) Microscopia confocal.
- (B) Ultrassom dermatológico.
- (C) Ressonância magnética.
- (D) Tomografia de coerência óptica.

**94**

Homem, 67 anos de idade, apresenta carcinoma espinocelular cutâneo em região zigomática direita. Palpa-se lesão compatível com metástase em nível I à direita, confirmado por PAAF. Não há alteração da mímica facial. Em relação à conduta do caso descrito, deve-se realizar

- (A) esvaziamento cervical dos níveis I e II à direita.
- (B) parotidectomia, esvaziamento dos níveis I a VI à direita.
- (C) parotidectomia com sacrifício do nervo facial e esvaziamento do nível I à direita.
- (D) parotidectomia e esvaziamento cervical radical modificado à direita.

**95**

Homem, 70 anos de idade, apresenta lesão de grande tamanho em couro cabeludo. A lesão tem 10 cm de diâmetro com invasão de calota craniana. Com diagnóstico de carcinoma basocelular, assinale a melhor conduta em relação ao tratamento da região de drenagem linfática.

- (A) Observação.
- (B) Biópsia de linfonodo sentinela.
- (C) Esvaziamento cervical eletivo seletivo.
- (D) Esvaziamento cervical eletivo radical.

**96**

Homem, 45 anos de idade, refere nódulo cervical endurecido diagnosticado após quadro gripal há 3 meses. O nódulo não diminuiu e agora está aderido a planos profundos. Paciente tem antecedente de melanoma em orelha ipsilateral, Breslow 3 mm, submetido à ampliação e biópsia de linfonodo sentinela há 3 anos. O anatomopatológico da época não mostrou micrometástase. Exame atual da pele sem lesões, oroscopia e nasofibrolaringoscopia sem lesões mucosas. Com a hipótese de melanoma metastático, assinale a alternativa que confirma a melhor forma de fechar o diagnóstico.

- (A) Biópsia excisional do linfonodo.
- (B) Punção aspirativa por agulha fina, com exame imunohistoquímico contendo melan-A, HMB 45 e proteína S100.
- (C) Punção aspirativa por agulha fina, com exame imunohistoquímico com vimentina, Ki-67 e melanina.
- (D) Punção por agulha grossa, com pesquisa de células de Reed-Sternberg.

**97**

Mulher, 48 anos de idade, eutireoidea, apresenta nódulo em tireoide com o seguinte relato ultrassonográfico: lesão sólida, hipocogênica, bem delimitada, bordos irregulares, focos hiperecogênicos centrais mais alto que largo localizado em terço inferior de lobo direito com 1,9x1,4x1,1 cm. Ao exame físico da paciente descrita, pode-se afirmar:

- (A) Como a lesão é mergulhante, não poderá ser palpada.
- (B) O nódulo poderá ser imperceptível à palpação.
- (C) Deve-se palpar uma lesão de consistência pétrea e aderida aos planos cervicais profundos.
- (D) Com a disponibilidade de um exame ultrassonográfico de boa qualidade, o exame físico não se faz necessário.

**98**

Mulher, 70 anos de idade, apresenta carcinoma basocelular esclerodermiforme em asa nasal. A lesão tem limites pouco precisos, tem 1 cm e não há sinais clínicos de invasão de cartilagem. Assinale a alternativa com a melhor abordagem terapêutica.

- (A) Curetagem e eletrocoagulação.
- (B) Cirurgia com controle de margens em parafina e imunohistoquímica.
- (C) Imiquimod tópico neoadjuvante seguido por cirurgia.
- (D) Cirurgia com controle microscópico de margens no intraoperatório.

**99**

Quanto à reposição de levotiroxina em pacientes submetidos à tireoidectomia, é correto afirmar:

- (A) Ajustada a posologia, não há mais necessidade de controles laboratoriais, exceto em caso de gestação, não havendo diferença de biodisponibilidade entre as marcas comerciais da medicação.
- (B) Se houver necessidade de supressão hormonal no seguimento oncológico, calcula-se a dose inicial da medicação por meio do cálculo de 4 µg/kg de peso ponderal.
- (C) Preferencialmente, deve ser administrada diariamente em jejum pela manhã cerca de 40 minutos antes do uso de outros medicamentos e do café da manhã ou 4 horas após a refeição, embora outros esquemas terapêuticos sejam possíveis.
- (D) A tireoidectomia parcial exime o paciente da necessidade do uso de hormônio exógeno.

**100**

Na técnica cirúrgica da tireoidectomia, é correto afirmar:

- (A) As paratireoides inferiores originadas na 3ª bolsa faríngea embrionária são geralmente mediais aos nervos laríngeos inferiores, enquanto as superiores, originadas na 4ª bolsa faríngea embrionária são normalmente identificadas em topografia lateral aos nervos laríngeos inferiores.
- (B) A ligadura dos polos superiores deve ser realizada distalmente ao tecido glandular evitando-se a lesão dos nervos laríngeos superiores.
- (C) A identificação do nervo laríngeo inferior em topografia do músculo cricofaríngeo, onde emerge, garante sua preservação.
- (D) A revisão da hemostasia arterial é realizada após a retirada da peça cirúrgica por meio da hiperinsuflação pulmonar (manobra de Valsalva).

**101**

Paciente do sexo feminino, 53 anos de idade, em seguimento ambulatorial devido a diagnóstico de hiperparatireoidismo primário. Apresentou quadro de fraturas ósseas patológicas e nefrolitíase diagnosticada em ultrassonografia de rins e vias urinárias. Sobre o quadro clínico apresentado e sua fisiopatologia, assinale a alternativa correta.

- (A) A elevação dos níveis de PTH promove aumento da reabsorção tubular renal de cálcio, contribuindo para a hipercalcemia.
- (B) Devido à elevação do PTH no sangue, há um aumento compensatório dos níveis de fósforo sérico.
- (C) A vitamina D baixa faz com que o PTH sérico fique suprimido, contribuindo para o aumento da calcemia.
- (D) A intensidade de reabsorção óssea de cálcio possui comportamento inversamente proporcional aos níveis de PTH sérico.

**102**

Mulher, 48 anos de idade, eutireoidea, apresenta nódulo em tireoide com o seguinte relato ultrassonográfico: lesão sólida, hipocogênica, bem delimitada, bordos irregulares, focos hiperecogênicos centrais, mais alto que largo, localizado em terço inferior de lobo direito com 1,9x1,4x1,1 cm. Qual seria a conduta propedêutica indicada na sequência investigativa dessa paciente?

- (A) Cintilografia.
- (B) Tomografia computadorizada de pescoço.
- (C) Repetir a ultrassonografia acrescentando o recurso do Doppler colorido.
- (D) Punção aspirativa com agulha fina guiada por ultrassonografia.

**103**

Homem, 80 anos de idade, apresenta carcinoma espinocelular cutâneo com invasão de mandíbula. Não há metástases linfonodais. Foi submetido ao tratamento radioterápico, com resposta parcial. A lesão é irresssecável. Assinale a alternativa com a melhor alternativa terapêutica.

- (A) Cemiplimab.
- (B) Vismodegib.
- (C) Cetuximab.
- (D) Dabrafenib-Cobimetinib.

**104**

Paciente do sexo masculino, 25 anos de idade, refere que procurou atendimento com o dentista há 1 semana por dor na região mandibular à direita. O dentista refere ter identificado alteração dentária com necessidade de manipulação do molar à direita. Após 2 dias do tratamento realizado, iniciou quadro de inchaço na região submandibular, retorno da dor com progressão durante os dias e febre há 2 dias. Ao exame físico, paciente apresenta-se taquicárdico, com aumento do volume na região cervical submandibular e hiperemia local sem ponto de flutuação. No momento, qual a conduta mais adequada?

- (A) A ausência de flutuação na região permite tratamento conservador sem exame de imagem com antibioticoterapia.
- (B) A reabordagem do dente, manipulado previamente, é suficiente para a resolução do quadro do paciente.
- (C) Realizar exame de imagem complementar e manter paciente em jejum para provável abordagem cirúrgica com cervicotomia.
- (D) Realizar drenagem à beira leito da região abaulada e alta hospitalar com antibioticoterapia e seguimento ambulatorial.



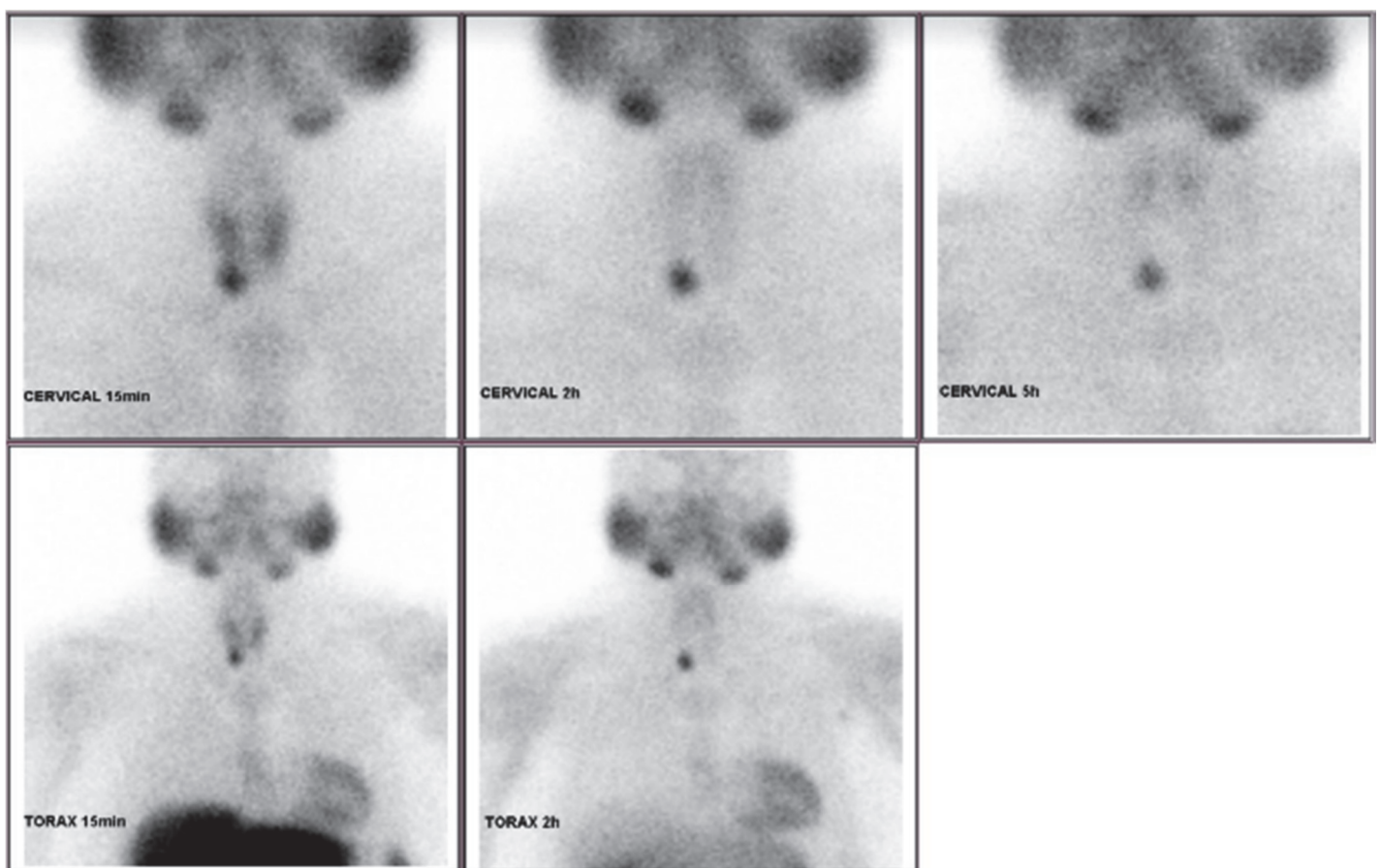
**105**

Paciente do sexo feminino, 53 anos de idade, encaminhada ao Ambulatório da Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HC FM USP para avaliação. Acompanhada no serviço de nefrologia por doença renal crônica dialítica há 7 anos, devido à hipertensão arterial sistêmica. No momento, paciente queixa-se de dores ósseas intensas e história de fraturas patológicas.

• Exames laboratoriais:

Exame	Resultado	Valor de Referência
Cálcio total	9,2 mg/dL	8,6 a 10,2 mg/dL
PTH	1.950 pg/mL	15 a 65 pg/mL
Vitamina D	26 ng/mL	30 a 60 ng/mL
Creatinina	8,1 mg/dL	0,7 a 1,3 mg/dL
Ureia	67 mg/dL	10 a 50 mg/dL

Foi solicitada cintilografia de paratireoides com imagens mostradas a seguir. Após avaliação, foi indicado tratamento operatório.

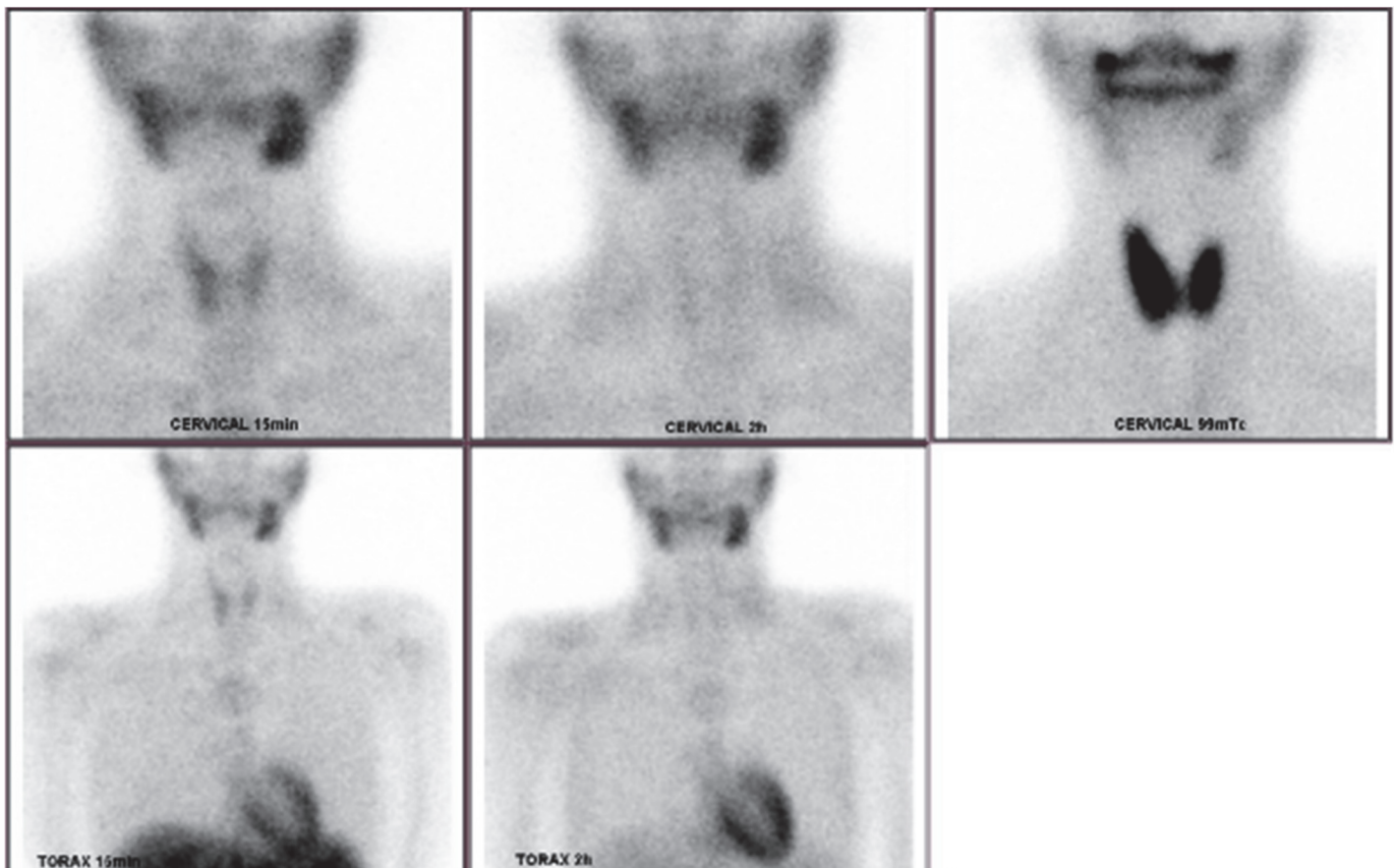


Assinale a alternativa que apresenta a melhor estratégia cirúrgica para o caso descrito.

- (A) Acesso cervical focalizado à direita com paratireoidectomia da glândula doente apontada pelo exame.
- (B) Paratireoidectomia total com autoenxerto ou subtotal após exploração cervical bilateral e visualização de todas as glândulas.
- (C) Ressecção da glândula doente após exploração cervical bilateral e identificação de todas as paratireoides.
- (D) Exploração cervical à direita com ressecção de todas as paratireoides deste lado, associada à timectomia.

**106**

Paciente do sexo feminino, 51 anos de idade, com diagnóstico de hiperparatireoidismo primário, foi encaminhada ao Ambulatório da Cirurgia de Cabeça e Pescoço para tratamento cirúrgico. À ultrassonografia cervical, foi evidenciado nódulo tireoidiano sólido, discretamente hipocogênico, de limites regulares, sem microcalcificações, localizada na transição lobo direito/istmo, medindo 0,7x0,6x0,3 cm, além de formação nodular hipocogênica de limites regulares com discreta expressão vascular ao mapeamento Doppler colorido, localizada junto ao polo inferior do lobo tireoidiano direito medindo 0,9x0,6x0,3 cm, sugestiva de paratireoide de dimensões aumentadas. Foi realizada cintilografia de paratireoide, mostrada a seguir. Optado inicialmente apenas por exploração cervical à direita com os seguintes achados intraoperatórios: paratireoide superior direita não identificada, paratireoide inferior direita discretamente aumentada, lobo tireoidiano direito sem alterações, além de nódulo palpável de cerca de 1 cm. Após retirada da paratireoide inferior direita, o valor do PTH intraoperatório não apresentou queda satisfatória, permanecendo em valores semelhantes ao início da cirurgia.



Nessa situação, assinale a conduta imediata adequada frente ao caso.

- (A) Como a glândula acometida deve ter sido retirada, interromper o procedimento cirúrgico nesse momento e aguardar nova dosagem de PTH ambulatorial.
- (B) Encerrar a cirurgia e solicitar novos exames de imagem localizatórios, como MIBI-SPECT-CT, para melhor estudo anatômico e procura da paratireoide doente.
- (C) Realizar esternotomia e exploração mediastinal em busca de paratireoide ectópica junto ao timo.
- (D) Proceder com exploração cervical contralateral para visualização das demais glândulas paratireoides e considerar a realização de tireoidectomia.

## 107

Criança, 10 anos de idade, comparece à consulta ambulatorial devido à nodulação em topografia cervical lateral à direita, observada desde o nascimento. Negava febre, sudorese noturna, astenia ou qualquer outro sintoma. Ao exame físico, observou-se lesão de 1 cm, endurecida, fixa com bordos regulares, acometendo triângulo cervical posterior baixo e insinuando-se para fossa supraclavicular ipsilateral. Foi solicitado que paciente elevasse os membros superiores e realizasse uma inspiração profunda. Após a manobra, foi evidenciado desaparecimento do pulso radial à direita e paciente queixou-se de parestesia em membro. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa com a principal hipótese diagnóstica.

- (A) Torcicolo congênito.
- (B) Linfoma.
- (C) Costela cervical.
- (D) Cisto dermoide.

## 108

Sobre o hiperparatireoidismo secundário, assinale a alternativa correta.

- (A) Em pacientes com doença renal crônica, os níveis de paratormônio sérico podem atingir valores muito elevados.
- (B) Em decorrência do distúrbio endócrino-metabólico causado pela condição, a hipofosfatemia, frequentemente vista, deve ser prontamente corrigida.
- (C) Por ter aumento expressivo da hipercalcemia, o carcinoma de paratireoide é um importante diagnóstico diferencial.
- (D) Pode ter seu diagnóstico mal interpretado quando há ingestão excessiva de alimentos lácteos, uma vez que ambos conduzem à hiperparatormonemia.

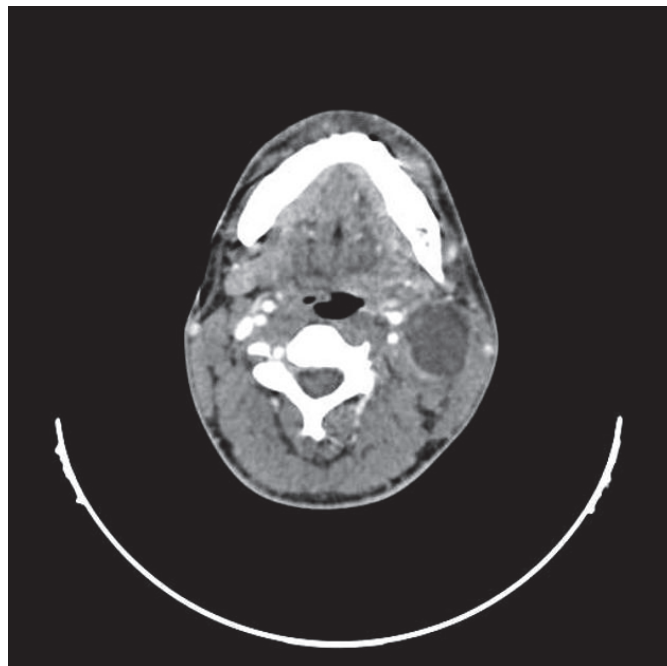
## 109

Menino, 8 anos de idade, comparece à consulta devido a quadro de cisto do ducto tireoglosso. Refere lesão há 4 anos, com crescimento progressivo. Desde então, nunca apresentou episódios de inflamação local. Sobre o tratamento dessa afecção, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se ter cautela na dissecação cranial do ducto, de modo a evitar a abertura do forame cego e comunicação da faringe.
- (B) O achado de carcinoma papilífero é frequente, o que justifica a cirurgia oncológicamente adequada de ressecção completa do ducto, cisto e porção central do hioide.
- (C) O hematoma pós-operatório possui comportamento com repercussões não tão graves, haja vista que a musculatura do assoalho bucal exerce efeito compressivo sobre os vasos.
- (D) Apesar de ser o único tratamento definitivo, a cirurgia ainda conta com taxa de recidiva de cerca de 80%.

## 110

Menina, 10 anos de idade, com queixa de abaulamento cervical à esquerda, comparece à consulta no Ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Refere ter notado abaulamento desde o nascimento, porém com crescimento nos últimos 6 meses. Refere que já apresentou dor e inflamação local durante episódio de faringite, com resolução após uso de antibiótico. Ao exame físico, a lesão encontra-se em região júbulo-carotídea alta à esquerda, amolecida, móvel e indolor. Realizou tomografia computadorizada mostrada a seguir:



Fonte: Case courtesy of Mohammad Taghi Niknejad, Radiopaedia.org, rID: 21140

Foi realizada PAAF de lesão com resultado de lesão cística com conteúdo epitelial e birrefringência à luz positiva.

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) O tratamento com injeção intralesional de agentes esclerosantes possui taxa de sucesso semelhante comparada ao procedimento cirúrgico.
- (B) Durante a exploração cirúrgica, deve-se realizar dissecação cautelosa junto aos limites da lesão, devido à chance de sinus associado até a mucosa faríngea.
- (C) Devido à proximidade com o assoalho bucal, pode ser realizado acesso intraoral com segurança para exérese da lesão.
- (D) A cirurgia deve ser realizada por via cervical e envolve risco de lesão dos nervos marginal mandibular, hipoglosso e glossofaríngeo.

111

Paciente do sexo masculino, 26 anos de idade, sem comorbidades, mas com antecedente de amigdalites de repetição, refere odinofagia há 7 dias. Iniciou uso de antibiótico via oral (amoxicilina) no 2º dia do quadro, porém com piora progressiva dos sintomas e há 2 dias com episódios de febre, o que o motivou a procurar o pronto-socorro. Realizou tomografia de face e pescoço, com o seguinte resultado: "Assimetria e aumento de volume da orofaringe à direita, associada à densificação de planos mioadiposos com focos gasosos de permeio, com extensão para espaço visceral, carotídeo e pré-vertebral do pescoço, sugestivo de processo infeccioso/inflamatório. Não foram caracterizadas coleções cervicais neste estudo". Considerando o quadro clínico e os achados radiológicos descritos, é correto afirmar:

- (A) O exame realizado permite excluir o diagnóstico de abscesso cervical, pois não foram identificadas coleções. Diante disso e considerando que o paciente é jovem e sem comorbidades, o processo infeccioso pode ser tratado de forma conservadora, apenas escalonando o antibiótico por via oral, e o paciente deve ser orientado a retornar em 48 horas para reavaliação.
- (B) A tomografia indica que o paciente apresenta uma infecção cervical grave, sugerida pela presença de focos gasosos de permeio e que necessita de tratamento agressivo e precoce. O tratamento envolve o uso de antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro e a abordagem cirúrgica para limpeza e debridamento dos tecidos.
- (C) O paciente apresenta um abscesso periamigdaliano. É indicado iniciar tratamento com antibiótico intravenoso de amplo espectro e realizar nova tomografia após completados 7 dias de antibiótico. Não é indicada abordagem cirúrgica, pois não há presença de coleções na tomografia.
- (D) A tomografia indica que o paciente apresenta uma infecção cervical grave, sugerida pela presença de focos gasosos de permeio e que necessita de tratamento agressivo e precoce. O tratamento envolve o uso de antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro, mas não há benefício em abordagem cirúrgica, pois ainda não há coleções organizadas.

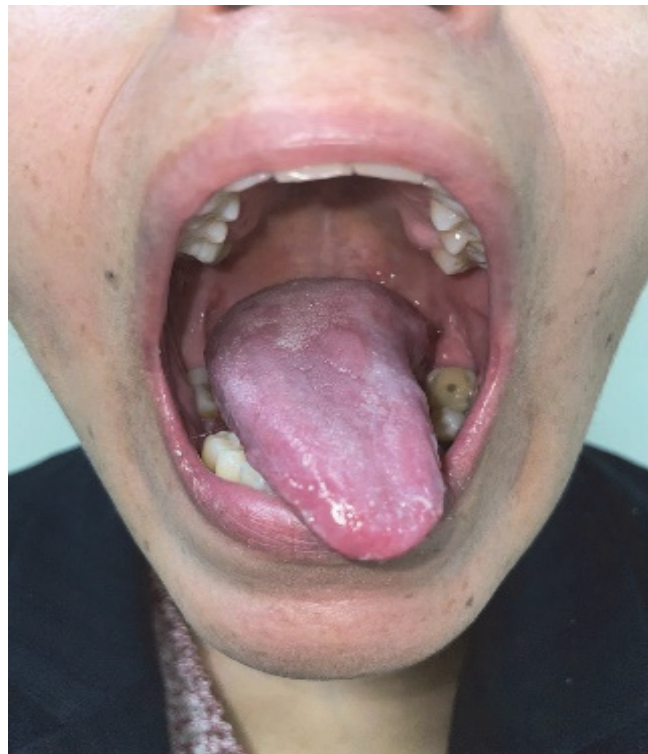
112

Os tumores de orofaringe possuem tratamentos diversos a depender da localização, estadiamento, status de HPV e características do paciente. Assinale a alternativa correta.

- (A) A presença de invasão da fáscia pré-vertebral, carótida interna e ou musculatura pterigoide, pode contraindicar o tratamento cirúrgico.
- (B) A ressecção cirúrgica deve ser feita com uma margem de 5mm da lesão.
- (C) Tumores T4 possuem indicação de tratamento exclusivo com radioterapia.
- (D) Como é um tumor com baixa taxa de disseminação linfonodal, o esvaziamento é reservado para apenas alguns casos.

113

Paciente do sexo masculino, 55 anos de idade, com antecedentes de tabagismo 50 anos-maço, foi diagnosticado com câncer de cavidade oral, sendo submetido a tratamento cirúrgico com ressecção do tumor primário e esvaziamento cervical seletivo, níveis I a III. Retorna em consulta pós-operatória com o seguinte achado ao exame físico:



Considerando o procedimento de esvaziamento cervical realizado anteriormente e o achado da imagem apresentada, podem se justificar pela lesão de qual par craniano?

- (A) Nervo vago.
- (B) Nervo glossofaríngeo.
- (C) Nervo hipoglosso.
- (D) Ramo marginal do nervo facial.

114

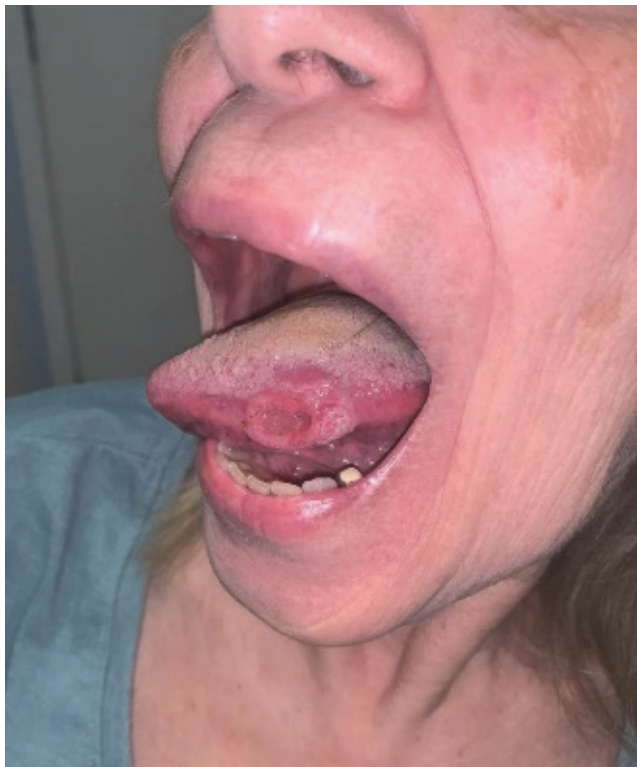
Paciente do sexo masculino, 55 anos de idade, comparece com queixa de lesão ulcerada em base de língua à direita. Passou em consulta com odontologista que realizou biópsia local com resultado de carcinoma espinocelular invasivo. Ao exame foi identificado linfonodomegalia dolorosa em nível IV ipsilateral ao tumor da orofaringe. A respeito deste diagnóstico, assinale a alternativa correta.

- (A) A investigação da associação do HPV pode interferir no prognóstico do paciente.
- (B) O status do HPV não altera o estadiamento do paciente.
- (C) O tratamento cirúrgico é o único tratamento definitivo ou curativo para o paciente em questão.
- (D) O consumo de bebida alcoólica não é um fator de risco para o câncer do paciente em questão.



115

Paciente com lesão vegetante em borda lateral da língua, à esquerda, há 5 anos, refere ter realizado alguns tratamentos locais sem melhora. Lesão vegetante de 3x2 cm, com profundidade estimada maior que 10 mm e biópsia confirmando diagnóstico de CEC. Imagem da lesão apresentada a seguir:



Em relação ao caso apresentado, qual o estadiamento da paciente?

- (A) T2
- (B) T3
- (C) T4a
- (D) T4b

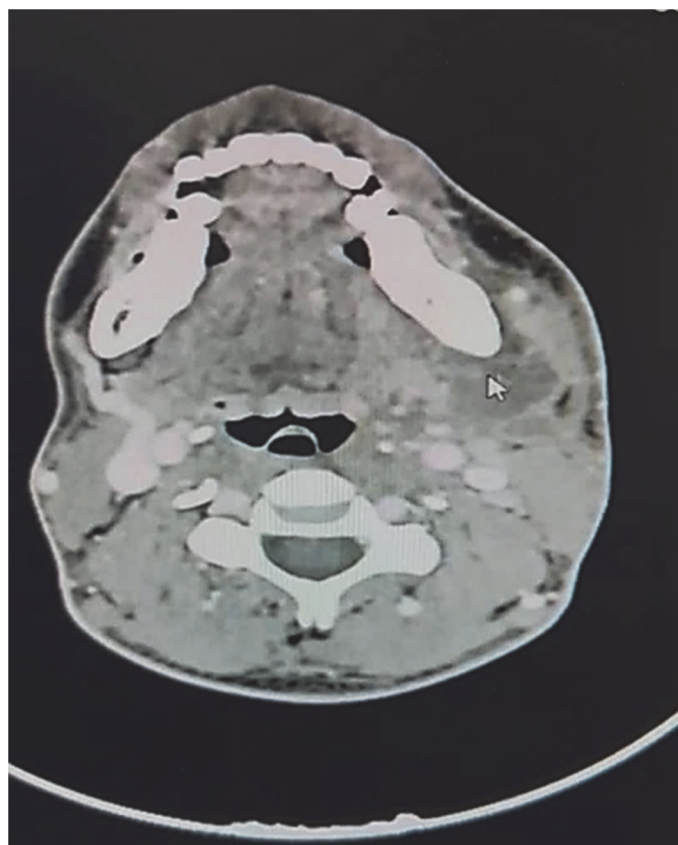
116

Paciente do sexo masculino, 56 anos de idade, apresenta quadro de odinofagia. Nega comorbidades. Passou em avaliação médica e ao exame físico apresenta assimetria com aumento da amígdala à direita, sem linfonodomegalia. Em complementação com exame de imagem, foi identificada lesão de 1,5 cm com captação de contraste restrita à loja amigdalina direita. Realizada biópsia incisional da lesão descrita com diagnóstico de carcinoma espinocelular. Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) Por se tratar de uma lesão inicial T1N0, não há indicação de esvaziamento cervical.
- (B) Há indicação de ressecção da lesão primária e esvaziamento cervical radical ipsilateral.
- (C) A radioterapia exclusiva é uma opção de tratamento.
- (D) O tumor é considerado de cavidade oral, portanto, não irá mudar o tratamento e prognóstico a pesquisa de HPV.

117

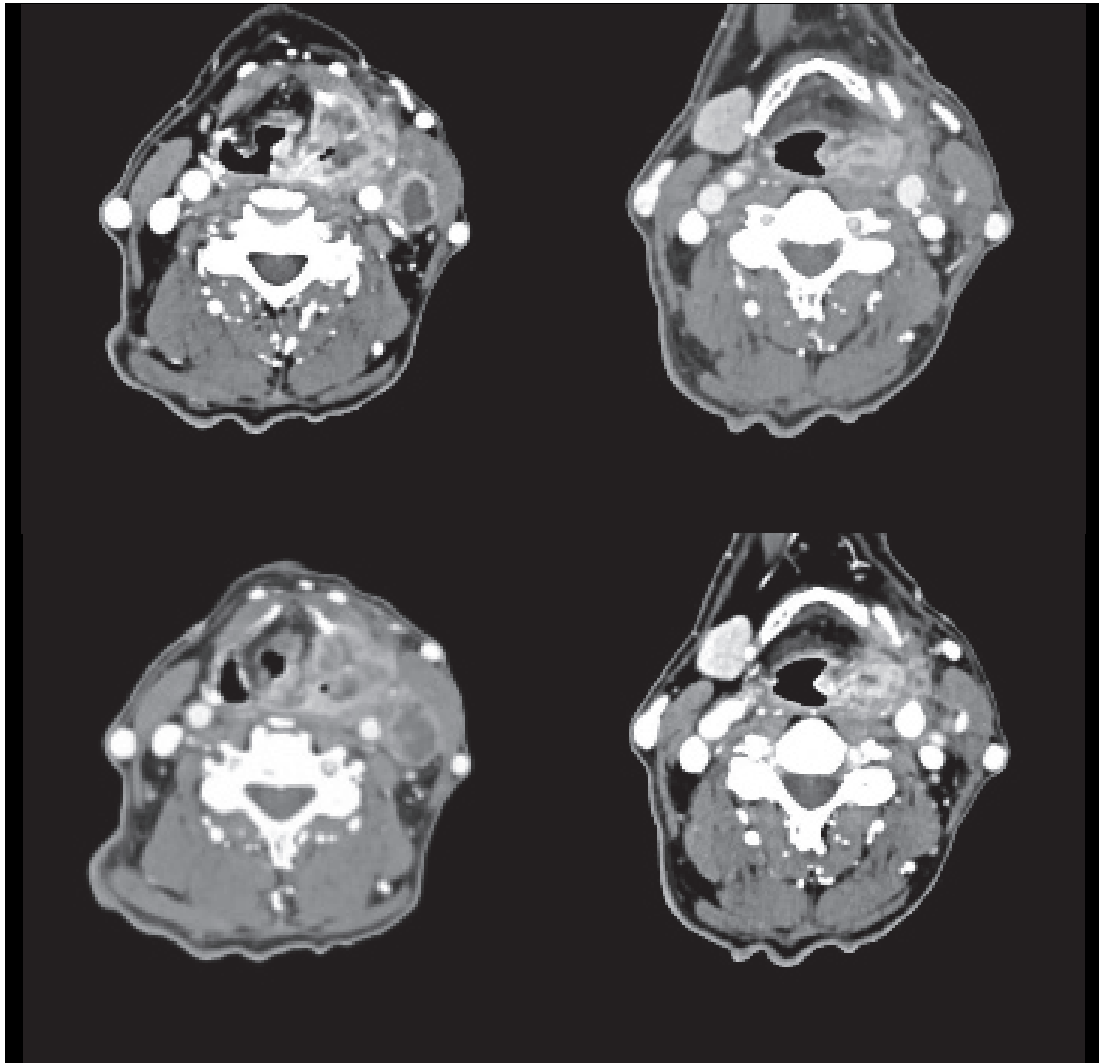
Paciente, 48 anos de idade, tabagista, procura o pronto-socorro por aumento do volume cervical há 3 dias. No momento, refere dor local e dificuldade para abrir a boca, refere ter feito uso por conta de anti-inflamatório com melhora parcial da dor, porém como acordou com o pescoço ainda mais inchado, optou por procurar atendimento. A oroscopia é prejudicada pela presença de trismo, paciente parcialmente edêntulo e com dentes em mau estado de conservação, sem outras lesões visíveis. O médico que o atendeu optou pela realização do seguinte exame:



O médico especialista é chamado, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente tem indicação do início de antibioticoterapia.
- (B) A ultrassonografia cervical seria suficiente para o diagnóstico e avaliação de gravidade do quadro do paciente.
- (C) O paciente deveria ser conduzido ambulatorialmente para avaliação com o especialista com provável diagnóstico de neoplasia maligna da cavidade oral.
- (D) A principal hipótese diagnóstica é de tumor de Warthin.

Homem, 65 anos de idade, com sensação de corpo estranho na faringe, disfagia progressiva e engasgos há 6 meses. Apresentou perda ponderal de 10 kg no período, atualmente em uso de dieta pastosa. Há 3 meses, notou surgimento de nódulo cervical à esquerda, doloroso com crescimento acelerado no período. Realizou a tomografia computadorizada com contraste, apresentada a seguir:



Em relação ao caso descrito, pode-se afirmar que o paciente apresenta

- (A) linfonodos aumentados e com centro necrótico, sugestivos de neoplasia primária do sistema linfático. Os linfonodos causam compressão da orofaringe e laringe, ocasionando dificuldade de deglutição. A diminuição da coluna aérea pode levar o paciente a quadro de insuficiência respiratória, portanto é indicada a realização de traqueostomia para garantir a via aérea e somente após prosseguir a investigação com biópsia excisional de linfonodo e exames complementares de imagem.
- (B) lesão em linfonodos cervicais, com aspecto suspeito para neoplasia primária, associada à invasão da hipofaringe, esôfago cervical e laringe. Para diagnóstico, inicia-se com punção aspirativa por agulha fina do linfonodo, mas pode ser necessária a punção por agulha grossa ou mesmo a biópsia incisional. Para completar o estadiamento são necessários os exames de PET-CT e tomografia de tórax e abdome.
- (C) uma lesão com aparente centro em hipofaringe, com aspecto suspeito para neoplasia, com extensão para orofaringe e laringe, associada a linfonodos de centro necrótico sugestivos de acometimento secundário. Para diagnóstico, preferencialmente realiza-se biópsia da lesão primária que pode ser realizada em centro cirúrgico por meio de laringoscopia de suspensão. Para completar o estadiamento, são necessários os exames de laringoscopia, endoscopia digestiva alta e tomografia de tórax.
- (D) lesão primária de esôfago suspeita para neoplasia, associada a linfonodos de centro necrótico sugestivos de acometimento secundário. Para diagnóstico, preferencialmente, realiza-se biópsia excisional do linfonodo. Para completar o estadiamento, são necessários os exames de endoscopia digestiva alta, tomografia de tórax e abdome.

119

Paciente com diagnóstico de carcinoma epidermoide de laringe, foi submetido a tratamento cirúrgico com laringectomia total e esvaziamento cervical bilateral e em seguida, a quimioterapia e radioterapia adjuvantes. Atualmente sem evidência de doença, paciente questiona sobre reabilitação para fonação. Sobre as opções de reabilitação vocal para este paciente, pode-se afirmar:

- (A) O paciente se beneficiaria de seguimento fonoaudiológico para avaliar a opção mais adequada de reabilitação, entre as quais podemos citar a laringe eletrônica, a voz esofágica e a passagem de prótese fonatória. Todas requerem treinamento e podem depender de fatores anatômicos de cada paciente, sendo essencial o acompanhamento fonoaudiológico para o sucesso da reabilitação.
- (B) Como o paciente foi submetido à ressecção completa da laringe, não há benefício em seguimento fonoaudiológico, pois não há a possibilidade de reabilitação vocal. As opções de reabilitação são restritas às laringectomias parciais, não sendo aplicáveis neste caso.
- (C) O paciente se beneficiaria de seguimento fonoaudiológico para treinamento da voz esofágica, a qual atualmente é a melhor opção para pacientes submetidos à ressecção completa da laringe, enquanto os outros métodos de reabilitação como a prótese fonatória, são preferencialmente empregados em laringectomias parciais.
- (D) Como o paciente foi submetido à ressecção completa da laringe, não há possibilidade de reabilitação vocal, restando como opção apenas o uso da laringe eletrônica, a qual produz uma voz artificial eletrônica, mas que independe de treinamento e de fatores anatômicos do paciente, sendo a opção mais moderna na reabilitação de laringectomizados.

120

Paciente do sexo feminino, 70 anos de idade, foi recém diagnosticada com carcinoma epidermoide da hipofaringe. Na laringoscopia, é visualizada lesão centrada em seio piriforme direito com extensão para área pós-cricoide e há paralisia da prega vocal direita. Na endoscopia digestiva, não há acometimento do esôfago. Na tomografia, a lesão mede 4,5 cm, não há invasão óssea de nenhuma estrutura cervical, há sinais de erosão da cartilagem tireoide e da cricoide e há múltiplos linfonodos de aspecto secundário em níveis II e III à direita de até 2,5 cm sem sinais de extravasamento. A tomografia de tórax mostra apenas sinais de enfisema pulmonar. Sobre o estadiamento clínico e de acordo com o TNM 8ª edição, pode-se afirmar que se trata de um tumor

- (A) T2, uma vez que a lesão tem extensão para dois subsítios (hipofaringe e laringe) e N1, pois há apenas linfonodos ipsilaterais menores que 6 cm. Portanto, estadiamento T2N1M0 (estadio II).
- (B) T4b, pois há invasão da laringe indicada pela paralisia de prega vocal. O estadiamento linfonodal pode ser classificado como N3, pois há múltiplos linfonodos maiores que 2 cm. Portanto, estadiamento T4bN3M0 (estadio III).
- (C) T3, pois há fixação da hemilaringe e o estadiamento linfonodal pode ser classificado como N1b, pois há linfonodos apenas ipsilaterais, menores que 3 cm. Portanto, estadiamento T3N1bM0 (estadio IVa).
- (D) T4a, pois há invasão das cartilagens tireoide e cricoide e o estadiamento linfonodal pode ser classificado como N2b, pois todos os linfonodos são ipsilaterais, menores que 6 cm e sem sinais de extravasamento. Portanto, estadiamento T4aN2bM0 (estadio IVa).



