



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/ESPEC Nº 05/2023

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**

<b>LISTA DE ABREVIÇÕES</b>	<b>ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</b>
<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 s/ Sopros            Cr – Creatinina            DU – Dinâmica Uterina            DUM – Data da Última Menstruação            FC – Frequência Cardíaca            FR – Frequência Respiratória            Hb – Hemoglobina            HCM – Hemoglobina Corpuscular Média            Ht – Hematócrito            IC<sub>95%</sub> – Intervalo de Confiança de 95%            IMC – Índice de Massa Corpórea            ipm – Incursões por Minuto            IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal            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 – Pós-Operatório            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            SpO<sub>2</sub> – Saturação de Oxigênio            TEC – Tempo de Enchimento Capilar            Temp. – Temperatura axilar            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            VCM – Volume Corpuscular Médio            VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p><b>Sangue (bioquímica e hormônios):</b>            Albumina = 3,5 – 5,5 g/dL            Bilirrubina Total = 0,3 – 1,0 mg/dL            Bilirrubina Direta = 0,1 – 0,3 mg/dL            Bilirrubina Indireta = 0,2 – 0,7 mg/dL            Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L            Cloretos = 98 – 106 mEq/L            Creatinina = 0,7 – 1,3 mg/dL            Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina            Desidrogenase Láctica &lt; 240 U/L            Ferritina: homens: 22 – 322 ng/mL                              mulheres: 10 – 291 ng/mL            Ferro sérico: homens: 70 – 180 µg/dL                              mulheres: 60 – 180 µg/dL            Fósforo: 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L            Globulinas = 2,0 – 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 – 99 mg/dL            Lactato = 5 – 15 mg/dL            Magnésio = 1,8 – 3 mg/dL            Potássio = 3,5 – 5,0 mEq/L            Proteína Total = 5,5 – 8,0 g/dL            PSA &lt; 4 ng/mL            Sódio = 135 – 145 mEq/L            TSH = 0,4 – 4,0 mUI/mL            Amilase = 28 – 100 U/L            Lipase = inferior a 60 U/L            Ureia = 10 – 50 mg/dL</p> <p><b>Sangue (hemograma e coagulograma):</b>            Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL            Hemoglobina Glicada = 4,5 a 5,6%            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            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>            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 align="center"><b>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA            (Hb) EM g/dL PARA CRIANÇAS</b></p> <p>Recém-Nascido = 15 – 19            2 a 6 meses = 9,5 – 13,5            6 meses a 2 anos = 11 – 14            2 a 6 anos = 12 – 14            6 a 12 anos = 12 – 15</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>Líquido pleural ADA: até 40 U/L            Líquido sinovial: leucócitos até 200 células/mL</p>	<p><b>Líquor (punção lombar):</b>            Células até 4/mm<sup>3</sup>            Lactato até 20 mg/dL            Proteína até 40 mg/dL</p>



**CIRURGIA GERAL****01**

Homem de 34 anos, cantor, refere queixa de pirose e regurgitação de longa data com rouquidão frequente que atrapalha a sua atividade laborativa. Realizou endoscopia digestiva alta que demonstrou esofagite grau C de Los Angeles e presença de hérnia de hiato. Ao exame físico abdominal, sem dor à palpação ou visceromegalias. IMC = 23 kg/m<sup>2</sup>. Após uso de esomeprazol em dose otimizada, apresenta melhora dos sintomas, mas fica dependente da medicação para controle dos sintomas. Com relação ao caso, assinale a alternativa correta.

- (A) O diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico é provável, e o paciente deverá ser encaminhado para tratamento fonoaudiológico e realização obrigatória da pHmetria esofágica para a confirmação do diagnóstico.
- (B) O diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico pode ser considerado, havendo indicação formal para reabilitação com exercícios de fonoaudiologia, perda de peso e dieta restritiva.
- (C) O diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico pode ser considerado, e existe indicação formal para tratamento endoscópico como ponte para tratamento cirúrgico.
- (D) O diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico é provável, e o tratamento cirúrgico pode ser uma alternativa, após a realização de manometria esofágica.

**02**

Mulher de 27 anos, com diagnóstico de megaesôfago, foi submetida à cardiomiectomia com funduplicatura há 1 ano, atualmente encontra-se fazendo uso somente de alimentos pastosos. Refere melhora parcial da disfagia durante 1 mês após a cirurgia, entretanto, evoluiu com recidiva dos sintomas após este período. Ao exame físico abdominal, sem dor à palpação ou visceromegalias. IMC = 18,2 kg/m<sup>2</sup>. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta recomendada?

- (A) Obstrução ao nível do hiato esofágico, solicitar aplicação de toxina botulínica por endoscopia.
- (B) Obstrução ao nível do hiato esofágico, solicitar tomografia computadorizada de tórax.
- (C) Miotomia incompleta, solicitar estudo radiológico contrastado de esôfago, estômago e duodeno (EED) e manometria esofágica.
- (D) Miotomia incompleta, indicação de reoperação com hiatoplastia frouxa.

**03**

Homem de 60 anos, sem comorbidades, queixa-se de epigastria e emagrecimento de 8 kg nos últimos 6 meses. Endoscopia digestiva alta mostrou lesão úlcero-infiltrativa avançada de 4 cm de diâmetro, em grande curvatura de

corpo, cuja biópsia evidenciou adenocarcinoma bem diferenciado. Tomografia de tórax, abdome e pelve mostrava somente lesão na parede gástrica, sem evidências de metástases. A intenção inicial era a realização de gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2, entretanto, no intraoperatório, devido à necessidade de margem cirúrgica ideal, o cirurgião optou pela realização da gastrectomia total. Na modificação da gastrectomia subtotal para a total, quais as cadeias linfonodais devem ser acrescentadas na resseção para continuar sendo considerada uma cirurgia radical com linfadenectomia D2?

- (A) 2 e 7.
- (B) 2 e 11d.
- (C) 7 e 11d.
- (D) 11d e 4sb.

**04**

Homem de 69 anos, portador de adenocarcinoma do esôfago, foi submetido ao tratamento neoadjuvante com quimiorradioterapia. Está no terceiro pós-operatório de esofagectomia por toracoscopia e anastomose cervical. Evoluiu com alteração do aspecto do líquido pleural direito com aspecto leitoso, sem alterações dos sinais vitais. Qual a melhor hipótese diagnóstica, o exame a ser solicitado e a conduta inicial recomendada?

- (A) Quilotórax, dosagem de triglicérides do líquido pleural, jejum.
- (B) Quilotórax, tomografia computadorizada de tórax, dieta líquida hipogordurosa.
- (C) Pneumonia complicada, tomografia computadorizada de tórax, antibiótico.
- (D) Pneumonia complicada, cultura bacteriana do líquido pleural, antibiótico.

**05**

Mulher de 62 anos, com hipertensão arterial sistêmica, queixa-se de epigastria há 8 meses e emagrecimento 6 kg nos últimos 6 meses. Realizou endoscopia digestiva alta, que mostrou lesão ulcerada de 5 cm em pequena curvatura de antro gástrico. Biópsia da lesão demonstrou adenocarcinoma gástrico bem diferenciado. Na tomografia de estadiamento foram evidenciados linfonodos suspeitos de acometimento neoplásico. Foi submetida à gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2. O exame anatomopatológico mostrou tumor invadindo até a subserosa e dos 35 linfonodos ressecados, 8 estavam acometidos pela neoplasia. De acordo com a AJCC (8ª edição), o adenocarcinoma gástrico deste paciente é considerado:

- (A) T3N2.
- (B) T3N3a.
- (C) T4N2.
- (D) T4N3a.



**06**

Mulher de 60 anos, sem comorbidades, queixa-se de epigastralgia incaracterística. Exame físico normal. Endoscopia digestiva alta mostra lesão subepitelial de 4 cm em corpo gástrico. Realizou punção guiada por ecoendoscopia. Quais são os exames de imunohistoquímica que sugerem se tratar de GIST, leiomioma e schwanoma, respectivamente?

- (A) DOG1, desmina, proteína S100.
- (B) CD117, DOG1, desmina.
- (C) CD34, proteína S100, actina.
- (D) Actina, CD117, CD34.

**07**

Mulher de 48 anos, queixa-se de epigastralgia crônica. Endoscopia digestiva alta mostra sinais atrofia gástrica proximal e múltiplas lesões avermelhadas, de 3 a 6 mm de diâmetro, em corpo gástrico proximal. Biópsia: tumor neuroendócrino gástrico (imunohistoquímica com cromogranina positiva, Ki-67 = 1%, Gastrina sérica = 1120 pg/mL (aumentada), e vitamina B12 = 180 pg/mL (diminuída). Tomografia de tórax, abdome e pelve negativas para metástases. Qual o provável diagnóstico?

- (A) Doença de Ménétrier.
- (B) GAPPs (*Gastric Adenocarcinoma and Proximal Polyposis of the Stomach*).
- (C) Gastrite crônica atrófica autoimune.
- (D) Gastrinoma.

**08**

Mulher de 51 anos, está assintomática, sem antecedentes relevantes, com achado de cisto em cauda do pâncreas, com 3,2 cm de diâmetro, de aspecto indeterminado. Realizou ultrassonografia endoscópica com achado de lesão oligocística, biloculada, sem comunicação com ducto pancreático principal. Foi coletado líquido para avaliação bioquímica, cujas dosagens do antígeno carcinoembrionário (CEA) e glicose foram respectivamente 0,9 ng/mL e 98 mg/dL. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) IPMN de ducto secundário.
- (B) Neoplasia cística serosa.
- (C) Neoplasia cística mucinosa.
- (D) Pseudocisto pancreático.

**09**

Homem de 60 anos, hipertenso controlado, com diagnóstico de neoplasia de sigmoide há 2 anos, não apresenta sinais de doença metastática, antígeno carcinoembrionário (CEA) = 10 ng/mL. Foi submetido na ocasião à retossigmoidectomia laparoscópica (anatomopatológico: pT3pN1a [1/27 linfonodos]). Recebeu quimioterapia adjuvante (5-FU, leucovorin e oxaliplatina) por 6 meses (CEA = 2,4 ng/mL). Exame de controle atual evidenciou a presença de nódulos

hepáticos. Ao exame físico encontra-se em bom estado geral, eutrófico e sem alterações à palpação abdominal. Traz ressonância magnética com três nódulos periféricos hipovasculares, com restrição à difusão, dois no setor lateral esquerdo (medindo 2,2 cm e 2,4 cm), e um no segmento 6 medindo 3,7 cm, CEA = 94 ng/mL. Qual a conduta recomendada para esse caso?

- (A) Trata-se de paciente com doença avançada e sem possibilidade de cura. Deve ser encaminhado para quimioterapia paliativa.
- (B) A biópsia de uma das lesões hepáticas é essencial para a confirmação diagnóstica e definição da conduta.
- (C) A ressecção das lesões hepáticas deve ser programada com urgência tendo em vista o risco de progressão e perda da ressecabilidade.
- (D) O paciente deve ser encaminhado à quimioterapia e caso haja resposta favorável da doença, as lesões devem ser ressecadas.

**10**

Homem de 72 anos, está no 4º dia de pós-operatório de gastroduodenopancreatectomia por adenocarcinoma de cabeça do pâncreas. Apresenta-se em bom estado geral, sem febre, com boa aceitação de dieta pastosa, com leucócitos normais e proteína C reativa em queda. Apresentou débito pelo dreno abdominal de cerca de 100 mL com aspecto leitoso. Foi realizada dosagem de amilase e triglicérides do dreno cujo resultado foi de 35 U/L (valor de referência da amilase sérica na instituição = 100 U/L) e 800 mg/dL respectivamente. Assinale a conduta recomendada neste momento.

- (A) Manter o dreno e antibioticoterapia.
- (B) Manter o dreno e restringir a gordura da dieta.
- (C) Retirar o dreno e nutrição parenteral.
- (D) Retirar o dreno e suplemento com triglicérides de cadeia média.

**11**

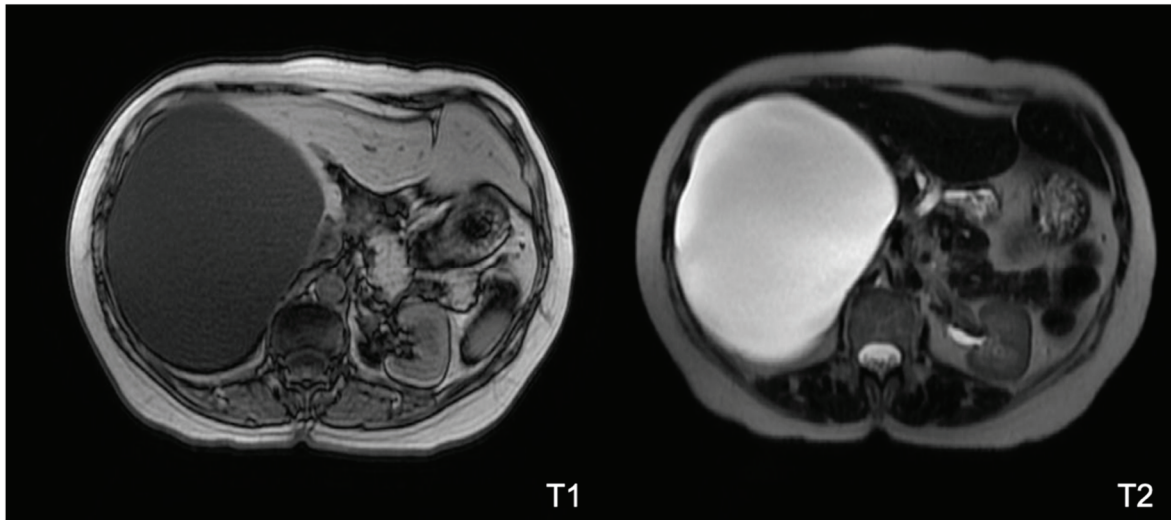
Homem de 60 anos, foi internado há 3 dias por episódio de pancreatite aguda leve. Fez ultrassonografia de abdome com colelitíase e colangiopressonância magnética sem sinais de coledocolitíase. No momento apresenta melhora da dor abdominal, afebril. Exames laboratoriais atuais mostram leucócitos normais, bilirrubina total de 0,9 mg/dL (normal = 0,2 – 1,2 mg/dL), amilase e lipase em queda. Assinale a conduta recomendada neste momento.

- (A) Colectomia com colangiografia intraoperatória.
- (B) Colangiopancreatografiografia retrógrada endoscópica.
- (C) Manter jejum, hidratação, analgesia e antibioticoterapia.
- (D) Manter jejum e nutrição parenteral.



## 12

Mulher de 45 anos, natural e procedente de São Paulo – SP, refere leve desconforto abdominal em flanco direito há 1 ano. Realizou ultrassom de abdome total que evidenciou lesão cística ocupando o lobo hepático direito, medindo 16 x 14 cm, com paredes regulares, alguns septos finos e conteúdo homogêneo. Foi solicitada ressonância magnética de abdome superior, a qual é mostrada a seguir:



Baseado nas informações clínicas e nas imagens, qual a o diagnóstico mais provável e a conduta recomendada para essa paciente?

- (A) Cisto hidático, alcoolização do cisto.
- (B) Cisto hepático simples, seguimento clínico.
- (C) Cisto hepático simples, pericistectomia.
- (D) Neoplasia cística mucinosa (Cistoadenoma biliar), hepatectomia direita.

## 13

Mulher de 17 anos, com dor anal contínua e piora há uma semana associada a abaulamento doloroso perianal/perivulvar esquerdo. Há um dia refere saída de secreção purulenta pelo grande lábio esquerdo com discreto alívio da dor. Refere ainda tratar diarreia há cerca de 6 meses, com probióticos, sem melhora. Ao exame físico: subfebril e anêmica. Região perianal: abaulamento doloroso hiperêmico associado a moderada quantidade de secreção purulenta, malcheirosa, aderida à pele, com aumento do calor local e dor à palpação superficial. Qual a conduta recomendada neste momento?

- (A) Protoparasitológico de fezes 3 amostras + cultura de fezes e tratamento conservador com antibióticos/antiparasitários o mais breve possível.
- (B) Realizar no consultório, em posição ginecológica, toque retal - precedido do vaginal - com coleta de material para cultura por punção ou biópsias.
- (C) Iniciar antibioticoterapia endovenosa de largo espectro, associada à hidratação endovenosa, e jejum oral completo para exame sob narcose.
- (D) Antibioticoterapia de largo espectro oral + loperamida de 8/8 horas + tratamento tópico com antibióticos e corticoides + banhos de assento + dosagens de marcadores pAnca e pAsca e reposição de ferro oral.

## 14

Homem de 47 anos, IMC = 55 kg/m<sup>2</sup>, submetido a *Bypass* gástrico em Y-de-Roux há 14 dias, retorna na consulta ambulatorial referindo que há 2 dias sente mal-estar e dor abdominal em hipocôndrio e flanco esquerdo. Realizou tomografia computadorizada de abdome sem extravasamento do contraste via oral, mas com achado de coleção bem delimitada adjacente ao baço e ao estômago excluído, com volume estimado de 60 mL. Optou-se por internação para hidratação venosa e antibioticoterapia; paciente teve melhora dos sintomas, com FC: 90 bpm e PA: 120x75 mmHg. Assinale a conduta recomendada para o tratamento desse caso neste momento.

- (A) Indicar endoscopia para passagem de prótese endoscópica.
- (B) Laparotomia exploradora para limpeza da cavidade e sutura da fístula do estômago excluído.
- (C) Drenagem da coleção guiada por tomografia.
- (D) Lavagem da cavidade e fechamento da fístula por via laparoscópica.



**15**

Homem de 80 anos, identifica-se adenocarcinoma de sigmoide subestenotante. Tomografia completa do abdome mostra espessamento segmentar e abrupto de cólon sigmoide, com possível microperfuração, distensão gasosa do cólon e discreta coprostase; não há distensão de alças de delgado; não há invasão de órgãos adjacentes ou evidências de doença metastática. Exames laboratoriais: Hb: 11,0 g/dL. CEA: 10 mg/dL e restante sem alterações. Assinale a alternativa que expressa a atitude recomendada nesta situação.

- (A) Inicia-se o preparo de cólon lento com 500 mL de manitol a 10% para a ressecção e anastomose primária.
- (B) Realiza-se a passagem de prótese endoscópica recoberta através de radioscopia + colonoscopia após limpeza mecânica do cólon.
- (C) A cirurgia de Hartmann constitui adequada conduta cirúrgica.
- (D) Está indicado o tratamento neoadjuvante para reduzir a recidiva local.

**16**

Em dezembro de 2017, foi publicada pelo Conselho Federal de Medicina a resolução 2.172/2017 regulamentando a cirurgia metabólica, para pacientes com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup> com refratariedade ao tratamento clínico, caracterizada quando o paciente não obtiver controle metabólico após acompanhamento regular com endocrinologista por no mínimo dois anos, abrangendo mudanças no estilo de vida, com dieta e exercícios físicos, além do tratamento clínico com antidiabéticos orais e/ou injetáveis. Em relação à técnica cirúrgica conforme essa resolução, qual das alternativas é uma opção recomendada para esse subgrupo de pacientes?

- (A) Duodenal Switch.
- (B) Gastroplastia em Y de Roux (*Bypass* gástrico).
- (C) Gastroplastia endoscópica.
- (D) Banda gástrica ajustável.

**17**

Mulher de 35 anos, realiza seguimento para tratamento de obesidade grave há 10 anos, porém apresenta uma hérnia incisional após histerectomia por mioma com presença de 35% de conteúdo no saco herniário. Encaminhada para tratamento clínico, perdeu 5 kg e está atualmente com 122 kg e IMC = 45 kg/m<sup>2</sup>. Qual alternativa expressa a terapêutica recomendada para abordagem do caso?

- (A) Gastrectomia vertical e correção da hérnia incisional simultaneamente.
- (B) *Bypass* gástrico e correção da hérnia incisional no mesmo tempo.
- (C) Herniorrafia incisional inicialmente e deixar a gastroplastia para um segundo tempo.
- (D) Gastrectomia vertical e postergação da herniorrafia incisional.

**18**

Homem de 74 anos, teve dor abdominal em flanco esquerdo/fossa ilíaca esquerda de forte intensidade com piora importante há 24 horas. Ao exame físico: febril e taquicárdico, com dor à palpação difusa do abdome com descompressão positiva em FIE. Tomografia com contraste endovenoso: espessamento parietal de cólon sigmoide com densificação da gordura mesocólica regional sem gás ou líquido livre, associado a alguns divertículos regionais. Exames laboratoriais com leucocitose moderada e elevação de PCR, sem outras alterações. Para a avaliação do cólon, escolha a opção recomendada.

- (A) Indica-se colonoscopia com preparo anterógrado após 8 semanas.
- (B) Indica-se a colografia por tomografia (colonoscopia virtual).
- (C) Indica-se a colonoscopia completa com preparo retrógrado.
- (D) A tomografia atual fornece dados diagnósticos específicos suficientes.

**19**

Mulher de 64 anos, com aumento do número de evacuações, associado a tenesmo é diagnosticada com adenocarcinoma de reto semi-circunferencial, com 4,0 cm de diâmetro, a 6,0 cm da borda anal. Após investigação diagnóstica e estadiamento específico com ressonância magnética (RNM), diagnostica-se doença localmente avançada (RNM T3N1) não metastática (M0) com indicação de quimiorradioterapia neoadjuvante e quimioterapia de consolidação. Reavaliada após o sexto ciclo de consolidação completos sem intercorrências, refere melhora da sintomatologia. Ao exame proctológico completo, apresenta redução do volume tumoral para 2,0 cm de diâmetro, tratando-se de doença neoplásica claramente persistente - confirmada por biópsias. À ressonância de reestadiamento, conclui-se: neoplasia de reto distal RNM yT2yN1 com boa resposta TRG2 a quimiorradioterapia (onde TRG1 é resposta completa e TRG5 é sem resposta). Assinale a conduta recomendada a partir deste momento.

- (A) Recomendam-se mais seis ciclos semanais de quimioterapia com capecitabina e oxaliplatina associado a acréscimo de radioterapia local.
- (B) O tratamento cirúrgico respeita os planos embriológicos e envolverá a ressecção completa do reto e da gordura mesorretal, respeitando-se a fáscia própria do reto.
- (C) O tratamento cirúrgico oncológico envolve a ressecção da musculatura elevadora do reto e perineo e preservação do plexo hipogástrico inferior.
- (D) A ressecção local através da cirurgia transanal com aparelho específico será uma técnica segura, pouco mórbida e oncológica eficaz.



**20**

Mulher de 65 anos, apresenta quadro de icterícia, prurido e perda de peso (aproximadamente 4 kg) em 1 mês. Realizou ultrassonografia de abdome com dilatação das vias biliares intra-hepáticas bilateralmente. Exames laboratoriais com bilirrubinas totais = 16 mg/dL, bilirrubina direta = 14,9 mg/dL. Procurou serviço médico onde realizou ressonância magnética que evidenciou lesão na confluência dos ductos hepáticos compatível com colangiocarcinoma hilar tipo Bismuth IV, acometendo ductos biliares de segunda ordem bilateralmente e a artéria hepática direita. No momento, qual a conduta recomendada para o caso?

- (A) Avaliação da volumetria do lobo hepático esquerdo e, se > 40% do volume hepático total, trissectomia direita e anastomose biliodigestiva.
- (B) Hepatectomia central e anastomose biliodigestiva bilateral.
- (C) Drenagem transparietohepática para alívio da icterícia.
- (D) Químio e radioterapia neoadjuvantes.

**21**

Qual a estratigrafia da região inguinal?

- (A) Pele, tecido celular subcutâneo, fáscia profunda, músculo oblíquo externo, músculo oblíquo interno, músculo transverso, fáscia transversal, gordura extraperitoneal e peritônio parietal.
- (B) Pele, tecido celular subcutâneo, fáscia profunda, músculo oblíquo externo, músculo oblíquo interno, músculo transverso, fáscia transversal e peritônio parietal.
- (C) Pele, tecido celular subcutâneo, fáscia profunda, músculo oblíquo externo, fáscia transversal, gordura extraperitoneal e peritônio parietal.
- (D) Pele, tecido celular subcutâneo, fáscia profunda, aponeurose do músculo oblíquo externo, aponeurose do músculo oblíquo interno, aponeurose do músculo transverso, fáscia transversal, gordura extraperitoneal e peritônio parietal.

**22**

Quais são os limites do trígono inguinal e quais estruturas anatômicas formam os anéis inguinais superficial e profundo?

- (A) Vasos epigástricos profundos, margem lateral do músculo reto do abdome e ligamento inguinal; aponeurose do músculo oblíquo externo e fáscia transversal.
- (B) Vasos epigástricos superficiais, margem medial do músculo reto do abdome e ligamento inguinal; aponeurose do músculo oblíquo externo e fáscia transversal.
- (C) Vasos epigástricos superficiais, margem lateral do músculo reto de abdome, ligamento de inguinal; aponeurose do músculo oblíquo externo e fáscia transversal.
- (D) Vasos epigástricos profundos, margem medial do músculo reto de abdome e ligamento inguinal; músculo oblíquo externo e músculo transverso do abdome.

**23**

Paciente de 55 anos é internado de forma eletiva para uma herniorrafia umbilical. O paciente refere asma e ao exame físico apresenta sibilos difusos. O médico opta por prescrever inalação com fenoterol. Qual dos eletrólitos pode apresentar concentração plasmática diminuída por causa desta terapia?

- (A) Sódio.
- (B) Potássio.
- (C) Cálcio.
- (D) Fósforo.

**24**

Homem de 65 anos com antecedente de alcoolismo, está internado na enfermaria no pós-operatório imediato de laparotomia exploradora com rafia de úlcera gástrica. O paciente refere dor de grande intensidade. Você solicita que seja administrada morfina 4 mg intravenosa ao paciente. Após 15 minutos, a técnica de enfermagem vem avisá-lo que o paciente está muito sonolento e pouco responsivo. Qual medicação pode ser usada para reverter os efeitos da morfina?

- (A) Sugammadex.
- (B) Naloxona.
- (C) Neostigmine.
- (D) Flumazenil.

**25**

Mulher de 28 anos foi admitida na sala de trauma após colisão moto com caçamba. Na avaliação inicial apresenta-se estável hemodinamicamente e mantendo Glasgow de 15. Relata dor intensa em perna esquerda associado a edema importante do membro com pulsos periféricos palpáveis. Realizado radiografia do membro acometido sem sinais de fratura. Com relação a síndrome compartimental em membro inferior, pode-se afirmar que

- (A) a fasciotomia de perna deve ser feita nos quatro compartimentos da perna através de duas incisões.
- (B) o compartimento posterior profundo normalmente não é aberto na realização de fasciotomia devido à baixa incidência de comprometimento na ausência de fraturas de tíbia.
- (C) a presença de pulsos periféricos exclui síndrome compartimental e contraindica a realização de fasciotomia precocemente.
- (D) a incisão lateral na fasciotomia libera os compartimentos posterior e posterior profundo.



**26**

Homem de 42 anos vítima de queda de altura estimada de 9 metros. Na chegada à sala de trauma apresenta os seguintes dados fornecidos pelo suporte básico:

- M (*Mechanism*): queda de altura de 9 metros sem equipamentos de proteção.
- I (*Injury*): TCE grave, fraturas de úmero bilateral e fratura de fêmur esquerdo.
- V (*Vital sign*): FC: 145 bpm, FR: 26, PA: 60x46 mmHg, SatO<sub>2</sub>: 96%, Escala de coma de Glasgow: 7
- T (*Treatment*): imobilização cervical, prancha rígida, imobilização de fraturas e oxigênio suplementar em cateter O<sub>2</sub>.

Qual é o método recomendado e a sequência correspondente para garantir a via aérea definitiva?

- (A) Intubação sequência rápida (*Rapid sequence intubation*): ventilação com dispositivo bolsa-válvula-máscara (Ambu), maca em posição neutra, midazolam, fentanil, succinilcolina.
- (B) Intubação sequência rápida (*Rapid sequence intubation*): ventilação com dispositivo bolsa-válvula-máscara (Ambu), maca em proclive, propofol, fentanil, rocurônio.
- (C) Intubação sequência atrasada (*Delayed sequence intubation*): pré-oxigenação, oxigenação apneica, maca em proclive, quetamina e succinilcolina.
- (D) Intubação sequência atrasada (*Delayed sequence intubation*): pré oxigenação, oxigenação apneica, maca em proclive, lidocaína, fentanil, propofol, succinilcolina.

**27**

Mulher de 88 anos, vítima de queda de escada com altura estimada de 2 metros. Na sala de trauma, os sinais vitais e a avaliação inicial eram: PA: 72x58 mmHg, FC: 78 bpm, FR: 22 ipm com respiração paradoxal, SatO<sub>2</sub> 96%, e-FAST negativo, ECG: 4. Com relação ao ativamento do protocolo de transfusão maciça na sala de trauma:

- (A) Há indicação devido ao valor do Shock Index e ABC score.
- (B) Há indicação devido a hipotensão apresentada na avaliação inicial e mecanismo de trauma.
- (C) Não há indicação sem os resultados dos exames laboratoriais point of care como o hemograma.
- (D) Não há indicação devido à ausência de fonte de sangramento.

**28**

Mulher de 25 anos, gestante de 20 semanas, vem ao pronto-socorro com queixa de dor no flanco direito, há 24 horas. Está anorética, com náuseas e febril (37,6 °C). O exame físico revela dor à palpação no flanco e na fossa ilíaca direita, embora sem defesa e sem sinais de irritação peritoneal. A ultrassonografia mostra útero gravídico, feto normal e vesícula biliar normal. O ceco não foi visualizado. Leucócitos: 16.800/mm<sup>3</sup>, sem desvio. O exame de urina é normal. Escore na escala de Alvarado: 5. Apesar de melhora parcial com sintomático, a dor persiste. Foi

conversado sobre cirurgia com a paciente que se recusa a ser operada sem confirmação diagnóstica. O próximo passo recomendado é:

- (A) Tomografia de abdome e pelve.
- (B) Antibioticoterapia intravenosa e observação.
- (C) Ressonância magnética do abdome.
- (D) Ultrassonografia transvaginal.

**29**

Um motociclista jovem colidiu com uma árvore a cerca de 80 km/h. Estava de capacete. Era um dia de inverno, chovia e a temperatura ambiente era de 7 °C. No hospital, a via aérea estava pérvia e o murmúrio vesícula era normal bilateralmente. FC: 90 bpm, PA: 115x70 mmHg. Glasgow: 13. Temperatura esofágica: 34 °C. EFAST (*Focused Assessment With Sonography for Trauma*): positivo em janela espleno renal. Exames laboratoriais: glicemia: 300 mg/dL, plaquetas: 280.000/mm<sup>3</sup> (150.000 a 450.000/mm<sup>3</sup>) e TTPA alargado. A tomografia de abdome mostrou lesão esplênica grau III. Qual o próximo passo recomendado?

- (A) Bypass cardiopulmonar para reaquecimento central
- (B) Transfusão de 10 U ou uma aférese de plaquetas.
- (C) Laparotomia exploradora e esplenectomia.
- (D) Aquecimento e monitorização cardíaca, pelo risco de fibrilação ventricular.

**30**

Homem de 70 anos vem ao pronto-socorro com história de uma semana de parada de eliminação de gases e fezes e dor no quadrante inferior esquerdo do abdômen. Não tem morbidades associadas e não apresenta sinais de sepse ou falências orgânicas. Fez a tomografia de abdome ilustrada a seguir:



Com base nessas informações, qual a conduta recomendada?

- (A) Laparotomia mediana.
- (B) Colonoscopia com biópsia.
- (C) Quimioterapia e radioterapia.
- (D) Transversostomia sem laparotomia.





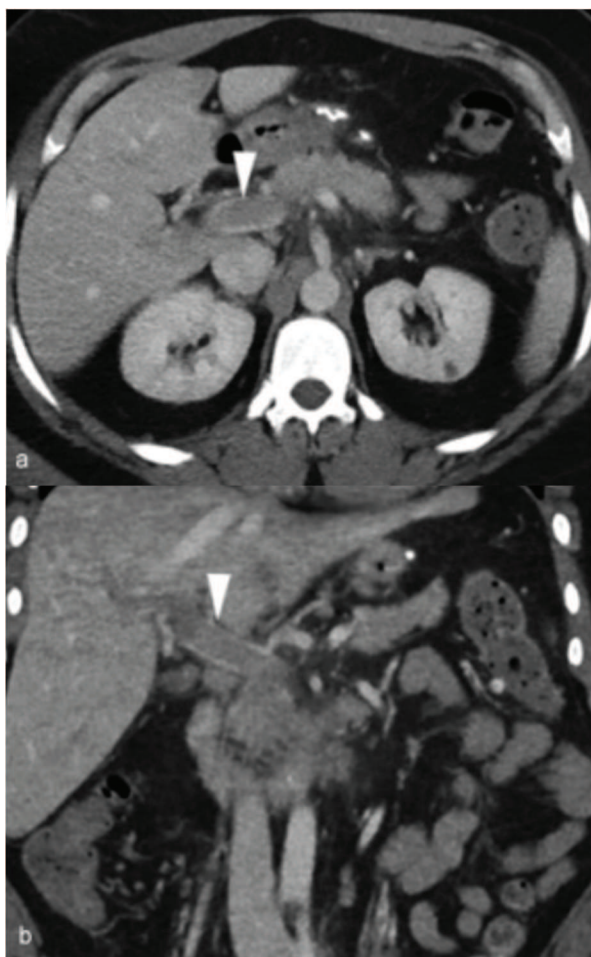
**31**

Mulher de 34 anos, sem morbidades, apresenta-se com história de dor abdominal há 2 semanas. Durante a investigação identificou-se a presença de apendicite complicada com abscesso. Considerando-se a possibilidade da paciente ser tratada em centro de excelência, qual dos fatores a seguir pode ser considerado como mais importante para definir tratamento cirúrgico vs drenagem percutânea inicialmente?

- (A) Líquido livre na tomografia.
- (B) Mais de um abscesso.
- (C) Presença de choque séptico.
- (D) Presença de fecálito.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 32 E 33

Homem de 48 anos deu entrada no serviço de urgência com história de 10 dias de dor abdominal vaga, que gradualmente se agravou e se tornou intolerável. Não tinha história de ingestão alcoólica, tabagismo ou passado de doenças ou uso de medicamentos. PA: 120x80 mmHg; FC: 90 bpm; temperatura corporal: 37 °C. Ao exame físico, referia dor abdominal e sensibilidade de rebote em todos os quadrantes, com diminuição de som. O estudo laboratorial inicial revelou contagem de glóbulos brancos de 11.000/mL (neutrófilo, 86,8%) e PCR 8,03. Foi submetido à tomografia, conforme imagens a seguir:



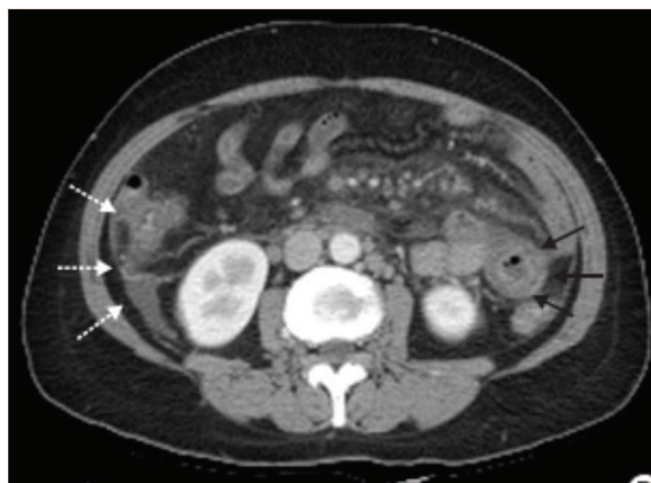
**32**

Qual a conduta inicial recomendada?

- (A) Trombólise.
- (B) Trombectomia mecânica.
- (C) Anticoagulação sistêmica plena.
- (D) Anticoagulação profilática.

**33**

O paciente foi internado para tratamento e houve melhora importante da dor abdominal. Ao exame físico persistia a dor abdominal sem sinais de irritação peritoneal e a tomografia de controle foi realizada, conforme imagem a seguir:



Qual a opção recomendada neste caso?

- (A) Tratamento clínico e observação.
- (B) Laparoscopia.
- (C) Laparotomia.
- (D) Trombectomia mecânica.

**34**

Mulher de 38 anos vem ao pronto-socorro com queixa de dor no hipocôndrio direito, associada a náuseas, há 6 meses, com piora há 1 semana. Não tem alterações do hábito intestinal. Faz uso de contraceptivos. O ultrassom de abdome mostra vesícula biliar distendida e de paredes finas, sem cálculos. A amilase é normal. A endoscopia digestiva alta e o exame parasitológico de fezes (3 amostras) são também normais. O exame recomendado para prosseguir sua investigação é:

- (A) Uma amostra de exame de fezes com pesquisa de ameba.
- (B) Não tem indicação; a paciente deve ser submetida à colecistectomia.
- (C) Tomografia de abdome com contraste EV.
- (D) Deve repetir o ultrassom.



## TEXTO PARA AS QUESTÕES 35 E 36

Paciente realizou tratamento cirúrgico definitivo das lesões abdominais, pélvicas e de extremidades. Foi encaminhado para UTI, porém evoluiu com sangramentos em óstios dos cateteres, em curativos, tanto em abdome, quanto de extremidades e de ferimento corto-contuso em dorso. Em curso infusão, de ácido tranexâmico de manutenção.

**35**

Assinale a alternativa que contém o plano com a ordem recomendada de prioridades para a terapêutica da correção da coagulopatia do paciente, considerando-se que a contenção mecânica foi efetiva.

- (A) Correção de cálcio, acidose e hipotermia, reversão de anticoagulantes, transfusão de plasma ou reposição de fatores de coagulação, reposição de fibrinogênio, administração de fator VII ativado, transfusão de plaquetas.
- (B) Correção de cálcio, acidose e hipotermia, reversão de anticoagulantes, reposição de fibrinogênio, transfusão de plasma ou reposição de fatores de coagulação, transfusão de plaquetas, administração de fator VII ativado.
- (C) Reposição de fibrinogênio, reversão de anticoagulantes, correção de cálcio, acidose e hipotermia, transfusão de plaquetas, administração de fator VII ativado, transfusão de plasma ou reposição de fatores de coagulação.
- (D) Reposição de fibrinogênio, correção de cálcio, acidose e hipotermia, transfusão de plasma ou reposição de fatores de coagulação, reversão de anticoagulantes, administração de fator VII ativado, transfusão de plaquetas.

**36**

Tomografia de crânio do paciente acima evidenciou somente hemorragia subaracnoide incipiente, sem efeito de massa significativo. Sobre o traumatismo cranioencefálico (TCE) desse paciente, a assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de TCE grave, sem indicação de infusão de corticoide e com indicação de manter normocapnia (pCO<sub>2</sub> alvo de 35 a 45 mmHg).
- (B) Trata-se de TCE grave, sem indicação de infusão de corticoide e com indicação de manter normocapnia (pCO<sub>2</sub> alvo de 35 a 45 mmHg).
- (C) Trata-se de TCE grave com indicação de infusão de corticoide por 24 h e hiperventilação profilática nas primárias 48 h, com alvo de pCO<sub>2</sub> de 25 a 30 mmHg. Após esse período, manter normocapnia (pCO<sub>2</sub> alvo de 35 a 45 mmHg).
- (D) Trata-se de TCE grave, sem indicação da infusão de corticoides, porém com indicação de hiperventilação profilática nas primárias 48 h, com alvo de pCO<sub>2</sub> de 25 a 30 mmHg. Após esse período, manter normocapnia (pCO<sub>2</sub> alvo de 35 a 45 mmHg).

**37**

Homem de 51 anos, vítima de queda de árvore de 3 metros, na cena com escala de coma de Glasgow de 15, relatava não sentir as pernas e os membros superiores, FC: 58 bpm, PA: 90x40 mmHg. Foi encaminhado para serviço de referência em trauma. Na avaliação primária na sala de emergência, foram obtidos os seguintes achados:

- A: Via aérea prévia, em uso de colar cervical.
- B: MV + presente bilateralmente, expansibilidade pulmonar bilateral simétrica, SatO<sub>2</sub> 96% em ar ambiente.
- C: FC 61 bpm, PA 88x42 mmHg (pressão arterial média de 61 mmHg), boa perfusão periférica, tempo de enchimento capilar < 3 s, pelve estável, esfíncter hipotônico ao toque retal.
- D: Glasgow 15, força motora grau I em todos os membros.
- E: Escoriações em tórax.

O paciente foi encaminhado para tomografia computadorizada de corpo todo, sendo identificada lesão de corpo vertebral de C4 com retrolistese importante. Em avaliação secundária identificado nível sensitivo-motor compatível com C4 (tetraplegia e ausência de sensibilidade em todos os membros, só mobiliza cintura escapular). Foi encaminhado para tratamento cirúrgico da lesão e admitido em ventilação mecânica no pós-operatório imediato. Paciente em Glasgow 11T, mantendo os déficits motores. Em relação ao manejo ventilatório e administração de corticosteroides do referido paciente, vítima de trauma raquimedular, escolha a alternativa correta.

- (A) Provavelmente terá falha de extubação, não há indicação de corticoterapia.
- (B) Provavelmente será extubado com êxito se pressão expiratória final (PEEP) < 8 cmH<sub>2</sub>O, há indicação de corticoterapia sistêmica; se possível iniciar infusão em até 8 h do trauma.
- (C) Provavelmente será extubado com êxito se a fração inspirada de oxigênio for menor que 45%, há indicação de corticoterapia sistêmica; se possível iniciar infusão em até 12 h do trauma.
- (D) Provavelmente terá falha de extubação, há indicação de corticoterapia se possível infusão em até 12 h do trauma.

**38**

Paciente de 40 anos foi submetido à hernioplastia inguinal do lado direito pela técnica de Lichtenstein há 12 horas. Refere muita dor na região abdominal. Foi medicado com tramadol, dipirona e cetoprofeno sem melhora. No exame físico: corado, estável hemodinamicamente e palpa-se um abaulamento no hipogástrico. Qual a suspeita clínica e o tratamento recomendado?

- (A) Hematoma incisional – drenagem.
- (B) Lesão de nervo – bloqueio local.
- (C) Retenção urinária aguda – sondagem vesical de alívio.
- (D) Sangramento para retroperitônio – tomografia de pelve com contraste.



### 39

Homem de 44 anos, com trauma cranioencefálico grave, sedado com propofol e fentanil em RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale*) - 3, com pressão intracraniana de 26 mmHg mantida há 30 minutos, PAM de 90 mmHg com noradrenalina 0,02 µg/kg/min, SatO<sub>2</sub> de 95%, pCO<sub>2</sub> de 47 mmHg, temperatura central de 37,9 °C. Sem alterações de sódio, potássio ou hemoglobina. Tomografia mostra edema cerebral difuso, ventrículos colabados. Assinale, dentre as opções a seguir a ordem sequencial de condutas recomendadas para controle da hipertensão intracraniana persistente desse paciente.

- (A) Aprofundar sedação, aumentar volume minuto, solução hipertônica, aumento da pressão arterial média com alvo acima de 110 mmHg.
- (B) Elevação da fração inspirada de oxigênio, solução hipertônica, aumentar volume minuto, craniectomia descompressiva.
- (C) Redução da temperatura, aumentar volume minuto, aprofundar sedação, solução hipertônica.
- (D) Aumentar volume minuto, solução hipertônica, aprofundar sedação, indução de coma barbitúrico.

### 40

Paciente de 18 anos foi vítima de ferimento em membro superior direito, conforme imagem a seguir:



Qual é a primeira manobra recomendada que a equipe de atendimento pré-hospitalar deve realizar na cena?

- (A) Ligar vaso sangrante.
- (B) Aplicar um torniquete.
- (C) Curativo compressivo.
- (D) Acesso venoso e iniciar reposição volêmica com soro fisiológico.

### 41

Paciente de 20 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em tórax e membro superior direito. Foi imobilizado com enfaixamento e tipoia. Ele refere dor na mão. Apresenta tempo de enchimento capilar > 6 segundos. A radiografia realizada pode ser visualizada na figura a seguir:



Qual é suspeita clínica e qual a atitude recomendada?

- (A) Lesão de nervo braquial – fixar a fratura.
- (B) Lesão de artéria braquial – exploração vascular, fixar a fratura.
- (C) Síndrome compartimental – fasciotomia de antebraço e braço.
- (D) Imobilizar o membro com tala gessada.

### 42

Homem de 18 anos vítima de ferimento por arma branca de 1 cm de extensão no 3º espaço intercostal esquerdo a 2 cm da borda lateral esquerda do esterno. Ao exame físico, apresentou-se: A: via aérea pérvia; B: murmúrio vesicular presente e simétrico; SatO<sub>2</sub>: 99%; PA: 133x65 mmHg; FC: 93 bpm; Glasgow coma score: 15. E-FAST ausência de pneumotórax, na janela precordial observa-se hematoma retroesternal. Assinale qual a conduta mais adequada.

- (A) Suturar o ferimento, vacinação antitetânica.
- (B) Drenagem torácica do lado esquerdo, suturar o ferimento e vacinação antitetânica.
- (C) Internar o paciente e manter em observação clínica, antibiótico terapia endovenosa.
- (D) Realizar uma angiotomografia.



**43**

Paciente de 60 anos operado há 4 dias por um tumor obstrutivo de colo esquerdo. Apresenta um abaulamento na região da incisão cirúrgica e saída de secreção avermelhada pelos pontos inferiores, conforme imagem a seguir:



A cirurgia realizada foi sigmoidectomia com colostomia terminal. O paciente evolui com pico febril diários de 38 °C. Os exames laboratoriais mostram hemoglobina de 10g/dL, leucócitos: 16.000/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 80%), PCR 10 mg/dL. Qual o tratamento recomendado para esta complicação?

- (A) Ressutura de parede com colocação de tela.
- (B) Drenagem de coleção de subcutâneo com retirada os pontos.
- (C) Antibioticoterapia e tomografia de abdômen para pesquisar coleções.
- (D) Retirar pontos alternados e curativo.

**44**

Homem de 45 anos vítima de atropelamento por automóvel. Deu entrada no pronto socorro trazido pelo suporte avançado, conforme figura a seguir:



Na avaliação primaria apresentava:

- A: intubado em ventilação mecânica com SatO<sub>2</sub>: 100%
- B: murmúrio vesicular presente bilateral
- C: FC: 115 bpm, PA: 85x65 mmHg, FAST: líquido livre na cavidade abdominal, *scalp* de couro cabeludo, Glasgow coma score: 3T pupilas isocóricas e foto reagentes.

A gasometria arterial mostrava pH: 7,27; pO<sub>2</sub>: 231,4 mmHg; pCO<sub>2</sub>: 37,7 mmHg; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 16,9 mmol/L; BE: -8,8 mmol/L; lactato arterial: 39 mg/L. Com base nessas informações, qual o tratamento inicial recomendado?

- (A) Dois acessos venosos calibrosos, iniciar reposição volêmica com ringer lactato aquecido 2.000 mL e tipagem sanguínea.
- (B) Reposição volêmica iniciar com 2 bolsas de sangue O negativo.
- (C) Reposição volêmica iniciar com 1.000 mL de soro fisiológico aquecido e solicitar tipagem e reserva de sangue.
- (D) Reposição volêmica com 500 mL de soro fisiológico aquecido, iniciar droga vaso ativa e providenciar sangue tipo específico.

**45**

Mulher de 40 anos teve quatro gestações com partos normais e procura centro especializado para tratamento eletivo das hérnias, que podem ser visualizadas na imagem a seguir:



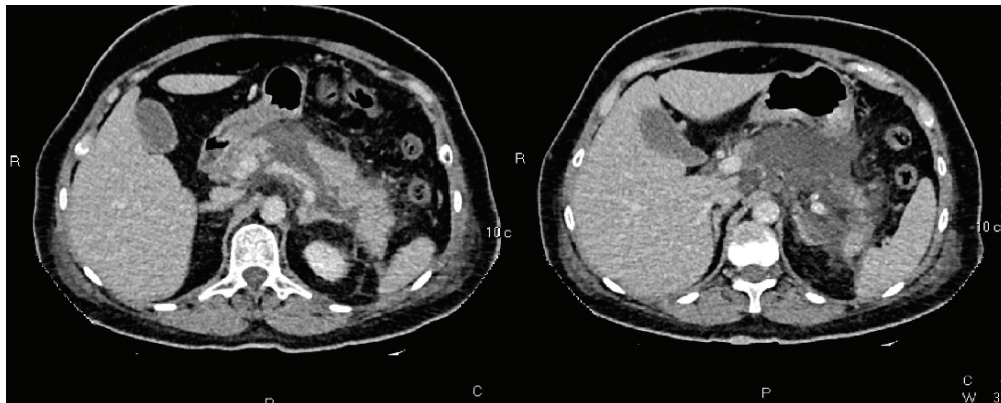
Assinale a alternativa que justifica a escolha da técnica recomendada para o tratamento.

- (A) Hérnia umbilical > 4 cm a correção com tela tem uma recidiva < 3%, e hérnia inguinal pele técnica de Lichtenstein.
- (B) Hérnia umbilical > 4 cm a correção com tela tem uma recidiva > 14% e hérnia inguinal pele técnica de Lichtenstein.
- (C) Hérnia umbilical > 4 cm pode ser corrigida com tela ou sem tela, tem mesmo índice de recidiva e hérnia inguinal pele técnica de Lichtenstein.
- (D) Devido ao alto índice de rejeição da tela, esta técnica deve ser evitada na região umbilical mesmo em hérnias > 4 cm e hérnia inguinal pele técnica de Lichtenstein.



## 46

Mulher de 61 anos deu entrada na unidade de pronto socorro referindo dor abdominal em região epigástrica há 7 dias, acompanhada de vômitos e anorexia. Refere que havia passado em várias unidades de saúde e, neste foi medicada com sintomático e encaminhada para um ambulatório de cirurgia para tratamento de litíase vesicular. Apresentava-se desidratada, abdome com dor a palpação sem sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais mostravam: Hb: 7,3 g/dL; Ht: 23,1%; leucócitos: 16.400/mm<sup>3</sup>; PCR: 21,8 mg/dL; ureia: 45 mg/dL; creatinina: 0,5 mg/dL; amilase: 154 U/L; lipase: 342 U/L. Foi realizada uma tomografia, conforme imagens a seguir:



Com base nessas informações, qual é o tratamento recomendado?

- (A) Hidratação, jejum, ceftriaxona.
- (B) Hidratação, dieta por sonda nasoenteral pós-duodenal.
- (C) Hidratação, drenagem da coleção por endoscopia.
- (D) Hidratação, drenagem da coleção por laparoscopia.

## 47

Mulher de 25 anos foi vítima de atropelamento por ônibus. Trazida pelo suporte avançado, foi intubada na cena, imobilização cervical com colar cervical em prancha rígida, curativo e imobilização de fratura exposta em membro inferior esquerdo, descolante de raiz da coxa direita, conforme imagem a seguir:



Na sala de admissão apresenta: SatO<sub>2</sub>: 100%, PA: 70x40 mmHg; FC: 115 bpm. Ao examinar a região pélvica com movimentação a compressão e sangramento ativo pelo descolante e ferimento de membro inferior esquerdo. FAST negativo. Qual o tratamento inicial recomendado?

- (A) Curativo compressivo da coxa e perna, realizar tomografia de corpo inteiro e doppler arterial de membros.
- (B) Fixação da pelve com lençol, curativo compressivo em membro inferior esquerdo e protocolo de transfusão maciça.
- (C) Fixação da pelve com lençol, acesso venoso central, iniciar droga vaso ativa e tomografia de corpo inteiro.
- (D) Protocolo de transfusão maciça, fixação da pelve e membro inferior esquerdo com fixador externo, após realizar tomografia de corpo inteiro.



## 48

Paciente de 45 anos refere dor abdominal há 1 dia, não evacua e não elimina gases há 10 dias. Antecedentes de ferimento por arma branca há dois anos sendo submetido à laparotomia, conforme imagens a seguir:

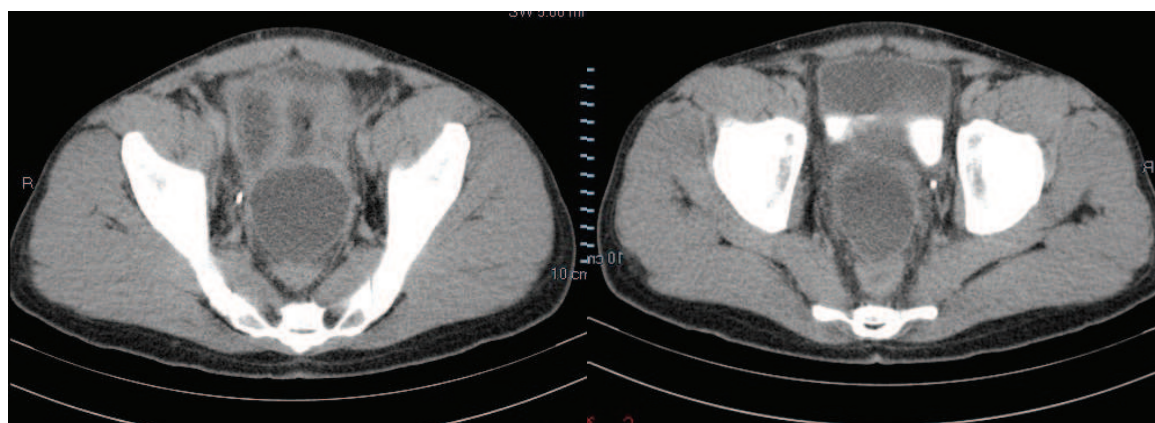


Ao exame físico, apresentou-se desidratado, abdome pouco distendido com dor a palpação difusa, toque retal: normal. Hb: 16,6 g/dL; Ht: 49,5%; leucócitos: 17.100/mm<sup>3</sup> (bastonetes: 2%; neutrófilos: 89%); PCR: 6,4 mg/dL; ureia: 288 mg/dL; creatinina: 2,2 mg/dL; Na<sup>+</sup>: 118 mmol/L; K<sup>+</sup>: 4,9 mmol/L. Qual é o diagnóstico e tratamento inicial recomendado?

- (A) Obstrução intestinal – sonda nasogástrica – hidratação – escopolamina.
- (B) Íleo paralítico – correção dos distúrbios hidroeletrólíticos – hidratação.
- (C) Infecção intestinal – citomegalovírus – tratamento clínico.
- (D) Abdome agudo perfurativo – hidratação e cirurgia.

## 49

Homem de 27 anos refere dor abdominal há 4 dias, náusea e vômito, parada de eliminação de gases e fezes. Nega febre. Ao exame físico, apresentou-se deambulando, desidratado, abdome distendido e doloroso a palpação. DB negativo. Temperatura axilar 36,5 °C, PA: 100x80 mmHg, FC: 120 bpm. Exames laboratoriais: Hb: 15,4g/dL, Ht: 42,2%, leucócitos: 19.300/mm<sup>3</sup> (bastonetes > 3%, neutrófilos: 88%). Foi realizada tomografia e as imagens são apresentadas a seguir:



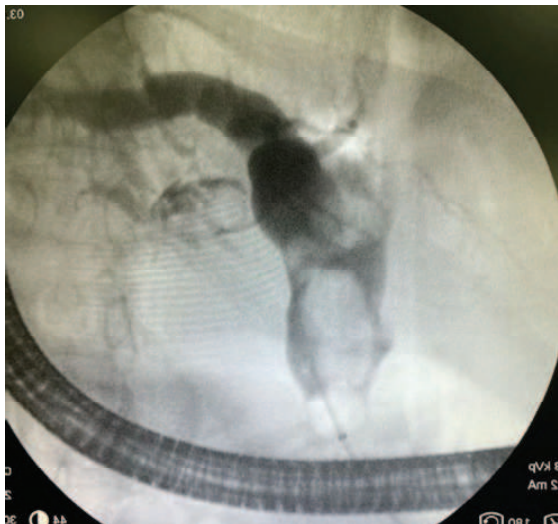
Com base nos exames obtidos, qual a atitude recomendada?

- (A) Indicar laparotomia exploradora de urgência.
- (B) Indicar laparoscopia diagnóstica de urgência.
- (C) Indicar punção diagnóstica e iniciar antibioticoterapia endovenosa.
- (D) Iniciar antibiótico terapia endovenosa, colher hemocultura e cultura de urina, hidratação endovenosa.



## 50

Paciente com 53 anos de idade refere dor em hipocôndrio direito e epigástrico, náusea e vômito há 2 dias. Antecedentes: colecistectomia aberta há 22 anos. PA: 117x70 mmHg, FC: 116 bpm, temperatura: 36,4 °C. Diagnosticado obstrução de via biliar foi realizada uma CPRE para avaliar, conforme imagem a seguir:



Não foi possível a retirada do cálculo, somente colocou-se uma prótese. A paciente evoluiu com dor picos febris diários e os exames laboratoriais mostram: leucócitos: 24,900/mm<sup>3</sup> (bastonetes: 1%, neutrófilos: 83%), PCR: 8,4 mg/dL, ureia: 217 mg/dL, creatinina: 1,3 mg/dL, bilirrubina total: 9,4 mg/dL, bilirrubina direta: 7,4 mg/dL, amilase: 186 U/L, lipase: 26, AST: 36 U/L, ALT: 97 U/L. Qual é o diagnóstico e o tratamento recomendado?

- (A) Coledocolitíase – papilite – colangite – antibiótico terapia e realizar nova CPRE com papilotomia ampla.
- (B) Coledocolitíase primária – colangite aguda – antibioticoterapia e retirada do cálculo e drenagem cirúrgica da via biliar.
- (C) Cálculo residual – colangite - antibiótico terapia – nova CPRE.
- (D) Cálculo residual – drenagem transparieto hepática da via biliar.

## 51

Homem de 51 anos, tabagista e etilista, refere piora progressiva da voz há 5 anos e dispneia progressiva e disfagia há 2 meses. Ao exame físico, FC de 90 bpm, FR de 24 ipm, SatO<sub>2</sub> de 90% em ar ambiente. Realizada laringoscopia que evidenciou lesão vegetante em prega vocal esquerda com redução significativa da luz glótica. Realizada traqueostomia cirúrgica com anestesia local por impossibilidade de intubação orotraqueal. Intraoperatório sem intercorrências. Entretanto, algumas horas após o procedimento, o paciente apresentou dispneia, taquipneia, frequência cardíaca de 110 bpm, temperatura de 36,2 °C e saturação de oxigênio de 87%. Ao exame local, cânula com fluxo aéreo adequado e balonete insuflado, ferida operatória sem deiscências ou hiperemia, presença de moderada quantidade de secreção traqueal

hialina. Assinale a alternativa que contempla a conduta recomendada a ser realizada neste momento.

- (A) É necessária a investigação com exame de imagem para excluir lesões pleurais.
- (B) Deve ser iniciada antibioticoterapia empírica devido aos sinais clínicos infecciosos e saída de moderada quantidade de secreção traqueal.
- (C) Há necessidade de troca da cânula de traqueostomia pela possibilidade de falso trajeto.
- (D) Trata-se de processo fisiológico de adaptação à nova condição respiratória. Necessita apenas de suporte clínico com administração de oxigênio suplementar e observação.

## 52

Menino de 11 anos foi encaminhado ao Hospital das Clínicas da FMUSP para investigação de obstrução intestinal, por provável Doença de Hirschsprung. Na consulta, criança queixava de xerofthalmia e alteração do hábito intestinal com padrão constipado, necessitando, em algumas oportunidades, atendimento em emergência devido a fecaloma. Ao exame físico, paciente apresentava face alongada, linfonomegalia cervical palpável em cadeia jugulocarotídea média à direita, membros longos e lesões em língua como mostrada na imagem a seguir:



Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve ser realizada investigação de doenças das paratireoides.
- (B) Ultrassonografia cervical, apesar de rotineiramente ser solicitada nesses casos, raramente traz informações relevantes.
- (C) Devido à possibilidade de doença sistêmica, a biópsia incisional do linfonodo cervical deve ser realizada.
- (D) Há necessidade de dosagem de metanefrinas plasmáticas.



**53**

Sobre as diferentes técnicas de cirurgias da mastoide, assinale a alternativa correta.

- (A) O retalho de Palva tradicionalmente é descrito como pediculado posteriormente.
- (B) O início do broqueamento tem o bulbo da jugular como um limite anatômico posterior.
- (C) O Septo de Koerner reveste o canal semicircular lateral, protegendo-o de lesões.
- (D) As mastoidectomias radicais modificadas, em geral, têm como etapas o broqueamento da parede posterior do conduto auditivo externo e a confecção de meatoplastia.

**54**

As células do carcinoma bem diferenciado de tireoide mantêm características das células foliculares normais. Dentre elas, pode-se citar:

- (A) Capacidade de sintetizar tireotropina; presença de pseudoinclusões citoplasmáticas; presença de células com núcleos grandes, ovais e fendas.
- (B) Capacidade de sintetizar tireoglobulina; expressar a proteína transmembrana NIS; expressar receptores do hormônio tireoestimulante.
- (C) Expressar a proteína transmembrana NIS; presença de células com núcleos grandes, ovais e com fendas; capacidade de sintetizar tireoglobulina.
- (D) Expressar receptores do hormônio tireotropina; presença de pseudoinclusões citoplasmáticas; capacidade de sintetizar tireoglobulina.

**55**

Homem de 60 anos com diagnóstico de carcinoma de células escamosas de cavidade oral, acometendo língua e soalho da boca à direita, foi submetido a ressecção da lesão com margens, associada a esvaziamento cervical dos níveis I a III à direita e reconstrução do defeito com retalho de músculo peitoral maior. No 3º dia pós-operatório, passou a apresentar débito em ascensão pelo dreno, com aspecto turvo, associado a hiperemia e calor local em região cervical. Assinale a alternativa correta:

- (A) Provável fístula orocervical. Indicar apenas de suporte clínico com jejum absoluto via oral e manutenção do dreno até a resolução do quadro.
- (B) Provável fístula orocervical. Avaliar deiscência na sutura do músculo peitoral maior. Iniciar antibioticoterapia, secativos orais, curativo compressivo e nova sutura do retalho se necessário.
- (C) Provável fístula linfática. Necessita tratamento agressivo, pois acarreta importante depleção de nutrientes. É indicada nova cirurgia com ligadura do ducto torácico.
- (D) Provável fístula traqueocervical. Há necessidade de abordagem cirúrgica para identificação do local da lesão, sutura e traqueostomia de proteção.

**56**

Paciente de 45 anos, com linfonodomegalia cervical há 4 meses, com crescimento no período. Relata também otalgia, do mesmo lado da lesão. Foi realizada punção por agulha fina (PAAF) do linfonodo, com o seguinte resultado: *“metástase de carcinoma de células escamosas. Pesquisa de p16 positiva”*. Devido ao resultado, paciente foi encaminhado para avaliação pela cirurgia de cabeça e pescoço. Assinale a alternativa correta.

- (A) O resultado de metástase cervical de carcinoma células escamosas indica uma neoplasia de sítio primário oculto, que deve ser investigada com PET-CT e encaminhada para tratamento com quimiorradioterapia concomitantes. A área a ser irradiada engloba toda a mucosa da faringe e laringe, que são os sítios primários associados a tumores com p16 positivo.
- (B) Deve-se realizar o exame completo da cabeça e pescoço, incluindo oroscopia e nasofibrolaringoscopia, para localizar a lesão primária. A pesquisa de p16 positiva sugere sítio primário em orofaringe, devendo ser dada atenção especial a essa região, especialmente às tonsilas palatinas, que são o sítio mais comum de tumores HPV positivo em orofaringe.
- (C) A pesquisa de p16 positiva sugere fortemente lesão primária na nasofaringe. Deve-se realizar nasofibrolaringoscopia para visualização da lesão. O tratamento mais indicado é a radioterapia neoadjuvante seguida de tratamento cirúrgico com esvaziamento radical do pescoço.
- (D) A presença de uma metástase p16 positiva sugere associação ao HPV, o que indica pior prognóstico. O paciente deve ser estadiado com PET-CT e submetido a esvaziamento cervical para controle loco-regional, embora as chances de cura sejam baixas.

**57**

Paciente de 62 anos, tabagista (80 anos-maço), foi submetido a tratamento cirúrgico de carcinoma de orofaringe, com o seguinte resultado anatomopatológico da peça cirúrgica: *“Carcinoma de células escamosas de 2,3 cm no maior eixo, localizado em base da língua à esquerda, p16 negativo, invasão angiolinfática e perineural presentes, margens livres. Metástase de carcinoma em 18 de 75 linfonodos, sendo o maior de 4,1 cm no maior eixo, com presença de extravasamento extranodal”*. Assinale a alternativa correta.

- (A) Estadiamento pT2aN3. Indicação de adjuvância com radioterapia isolada, devido a presença de linfonodos acometidos.
- (B) Estadiamento pT2N3b. Indicação de adjuvância com quimioterapia isolada.
- (C) Estadiamento pT2N3b. Indicação de adjuvância com radioterapia e quimioterapia concomitantes.
- (D) Estadiamento pT3N3b. Indicação de adjuvância com radioterapia e quimioterapia concomitantes.





## 58

Mulher de 45 anos foi submetida à tireoidectomia total associada à linfadenectomia do compartimento central do pescoço por carcinoma papilífero de tireoide metastático para linfonodos do nível VI. Após receber alta da recuperação pós-anestésica, já na enfermaria, apresentou quadro de desconforto respiratório importante associado a agitação psicomotora e sudorese. Ao exame físico, a paciente se encontra como mostra a imagem a seguir:



Ao exame clínico apresentou frequência cardíaca de 120 bpm, pressão arterial de 105x55 mmHg, saturação de oxigênio de 89% em ar ambiente pescoço tenso. Em relação ao quadro clínico apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) O dreno cervical alocado na loja tireoidiana evita o surgimento de hematoma cervical e deve ser colocado de rotina.
- (B) Apesar do desconforto respiratório apresentado pela paciente, a intubação orotraqueal não é a conduta imediata inicial a ser realizada.
- (C) Antes de tratamento cirúrgico, pode-se tentar a reversão do quadro através de infusão intravenosa de ácido tranexâmico e confecção de curativo compressivo circular no pescoço.
- (D) O quadro apresentado impede a intubação orotraqueal, sendo necessária traqueostomia de urgência.

## 59

Paciente de 65 anos submetido à ressecção de carcinoma de células escamosas de pele em região pré-auricular, de 5 cm, associado a parotidectomia superficial e esvaziamento cervical de níveis I a V, ipsilateral à lesão. Na reconstrução do defeito de pele resultante, foi optado por um retalho supraclavicular. Após a cirurgia, paciente evolui com retalho frio, mal perfundido, sem sangramento à escarificação, com área isquêmica em progressão, até a perda completa do retalho no 3º dia pós-operatório, necessitando de nova

cirurgia para desbridamento e cobertura da área. Dentre os motivos pelos quais essa complicação pode ser explicada, pode-se citar:

- (A) A escolha do retalho supraclavicular deveria ter sido evitada neste caso, pois sua irrigação se origina a partir da artéria cervical transversa, a qual pode ter sido ligada no esvaziamento dos níveis IV ou V.
- (B) É necessário investigar eventos tromboembólicos no retalho, utilizando o ultrassom com doppler, pois a rápida evolução pode ser explicada por trombose da anastomose microcirúrgica do retalho supraclavicular, o que pode causar sua isquemia.
- (C) O retalho supraclavicular não poderia ter sido usado nesse caso, pois sua vascularização é derivada dos ramos da artéria toracoacromial, o que não permite um ângulo de rotação suficiente para a cobertura de lesões na região pré-auricular, pois gera compressão de seu pedículo.
- (D) O retalho supraclavicular não deve ser utilizado para reconstruções extensas, uma vez que sua vascularização é randômica, sendo um retalho pouco confiável e raramente utilizado na cirurgia de cabeça e pescoço.

## 60

Paciente apresentando carcinoma de células escamosas de lábio inferior, mostrado na imagem a seguir:



Com base na lesão, assinale a alternativa correta.

- (A) O principal fator de risco associado a esse tipo de lesão é o tabagismo e a incidência é maior na semimucosa do lábio inferior.
- (B) O principal fator de risco para esse tipo de lesão é a exposição solar, com incidência semelhante entre lábio superior e inferior e entre indivíduos do sexo masculino e feminino.
- (C) O principal fator de risco para esse tipo de lesão é a exposição solar. Com maior incidência no lábio inferior e no sexo masculino.
- (D) O principal fator de risco para esse tipo de lesão é a exposição solar e, por estar principalmente na semimucosa do lábio, tem comportamento semelhante aos outros tumores malignos da mucosa de boca.



**61**

Homem de 40 anos, tabagista (50 anos-maço), refere surgimento de lesão em língua há cerca de 1 mês, dolorosa. No início, refere que a lesão se assemelhava a uma afta, porém sem cicatrização e com crescimento no período. Na última semana passou a apresentar sangramentos ao se alimentar e ao fazer a higiene oral. A lesão é mostrada na fotografia a seguir:



Com base nessas informações, indique a alternativa correta.

- (A) A lesão não apresenta características suspeitas para neoplasia maligna, uma vez que se trata de paciente jovem com baixa carga tabágica e lesão de surgimento recente. Porém, deve ser orientado sobre cessar o tabagismo e manter seguimento da lesão, pois existe o risco de malignização.
- (B) A lesão é suspeita para um carcinoma de células escamosas. Deve-se realizar biópsia incisional e, caso confirmada a suspeita, solicitar exames de estadiamento (tomografia; nasofibrolaringoscopia; endoscopia digestiva alta) para programação do tratamento.
- (C) A lesão é suspeita para um carcinoma de células escamosas. Deve-se realizar a pesquisa de HPV, já que é um paciente jovem, e prosseguir com a ressecção cirúrgica (glossectomia parcial), seguida de tratamento adjuvante.
- (D) A lesão é suspeita para um carcinoma mucoepidermoide pela sua localização e surgimento recente. Deve ser realizada biópsia para diagnóstico e se confirmado glossectomia parcial.

**62**

O reflexo vestibulo-ocular faz com que, num indivíduo saudável, ao movimentar a cabeça para direita fixando o olhar em um ponto:

- (A) A corrente no canal lateral direito é ampulífuga.
- (B) Há estímulo do nervo abducente direito.
- (C) Há ativação do da via vestibular pelo utrículo por ser um movimento no plano horizontal.
- (D) Na ampola do canal lateral esquerdo há deflexão do cinocílio em direção aos estereocílios.

**63**

Homem de 55 anos, tabagista, diagnosticado com carcinoma de células escamosas de língua. Ao exame físico, apresenta a lesão demonstrada na imagem a seguir e linfonodomegalias endurecidas nos níveis Ib e II à esquerda, pouco móveis, de até 1,5 cm.



Nos exames de estadiamento não apresenta outras lesões, e a tomografia mostra que a lesão da língua está restrita à borda lateral, sem atingir soalho, sem ultrapassar linha média; há presença de linfonodos globosos, com perda do hilo gorduroso e com centro liquefeito, nos níveis Ib e II, correspondentes aos notados no exame físico. Assinale a alternativa correta a respeito do tratamento indicado.

- (A) O tratamento deve ser cirúrgico, com glossectomia parcial esquerda (ressecção da lesão com margens livres) associada a esvaziamento cervical dos níveis I a V à esquerda. Provável necessidade de radioterapia adjuvante e quimioterapia a depender do resultado anatomopatológico da peça.
- (B) O tratamento deve ser cirúrgico, com ressecção da lesão com margens livres. Para definir se há ou não a necessidade de esvaziamento cervical, primeiramente é necessário confirmar por meio de PAAF (punção aspirativa por agulha fina) se os linfonodos são acometidos pela doença. Caso sejam apenas reacionais, não há indicação de esvaziamento cervical.
- (C) O tratamento preferencial é com quimiorradioterapia neoadjuvante, seguida de cirurgia. Isso ocasiona a redução do volume tumoral, permitindo uma cirurgia com menos sequelas funcionais, maior facilidade de reconstrução e sem a necessidade de abordagem do pescoço.
- (D) O tratamento pode ser feito com quimiorradioterapia, ou pode ser cirúrgico (ressecção da lesão com margens livres, associada a esvaziamento cervical dos níveis I a III à esquerda). Ambos os tratamentos têm boa resposta para tumores iniciais (estadiamentos T1 e T2), como no caso.



**64**

Homem de 65 anos, tabagista ativo, portador de DPOC, apresenta carcinoma de células escamosas de cavidade oral, conforme imagens a seguir:



É orientado quanto ao tratamento cirúrgico proposto com necessidade de traqueostomia e de sonda nasoenteral para suporte nutricional. Assinale a alternativa correta.

- (A) A sonda nasoenteral é uma medida temporária de conforto para o paciente, fornecendo uma via alimentar alternativa caso a dor no pós-operatório dificulte a mastigação. O uso da traqueostomia, por outro lado, não está indicado, uma vez que a lesão, embora volumosa, é restrita à cavidade oral, e, portanto, não acomete via aérea.
- (B) O uso da sonda nasoenteral fornece uma via alternativa de nutrição, permitindo a correta cicatrização pós cirúrgica e garantindo o aporte nutricional. A traqueostomia permite a proteção da via aérea, principalmente mantendo a via aérea pérvia mesmo na presença de edema local ou de reconstruções volumosas. A retirada dos dispositivos dependerá da evolução e reabilitação do paciente.
- (C) O uso de sonda nasoenteral deve ocorrer durante todo o tratamento deste paciente, pois busca aumentar forçadamente a ingestão calórica, uma vez que apenas a ingestão via oral não é suficiente para manter a nutrição adequada dos pacientes oncológicos. Já o uso da traqueostomia visa facilitar o manejo de via aérea na indução anestésica, pois a presença de tumores grandes na cavidade oral é uma contraindicação à intubação.
- (D) O uso de sonda nasoenteral não está indicado, pois a cirurgia proposta inclui a reconstrução da língua e do assoalho de boca, o que permite reabilitação para alimentação via oral. A traqueostomia é indicada na indução anestésica, pois a presença do tumor pode dificultar a intubação, mas não deve ser mais necessária no pós-operatório, após removido o fator obstrutivo.

**65**

Homem de 42 anos apresenta lesão ulcerada em tonsila palatina esquerda, de 3 cm. Foi realizada biópsia da lesão, com resultado de carcinoma de células escamosas, com pesquisa de p16 positiva. O paciente apresenta também linfonodos fixos suspeitos para acometimento secundário em níveis II e III a esquerda, o maior com 4 cm. Assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de um tumor de orofaringe cT2N1. Pode ser tratado cirurgicamente ou com radioterapia associada à quimioterapia, em geral com boa resposta a ambos os tipos de tratamento.
- (B) Trata-se de um tumor de orofaringe cT2N2b. Pode ser tratado cirurgicamente ou com radioterapia associada à quimioterapia, em geral com boa resposta a ambos os tipos de tratamento.
- (C) Trata-se de um tumor de orofaringe cT2N2a. Deve ser tratado preferencialmente com quimiorradioterapia neoadjuvante, seguida de cirurgia.
- (D) Trata-se de um tumor de orofaringe cT2N3. Deve ser tratado preferencialmente com cirurgia seguida de radioterapia e quimioterapia adjuvantes.

**66**

Paciente do sexo masculino de 72 anos com queixa de rouquidão há 3 meses. Nega dispneia ou odinofagia. É tabagista atual com carga tabágica de 30 anos-maço. Nega comorbidades. Assinale a alternativa recomendada em relação à investigação diagnóstica inicial.

- (A) O exame de ressonância magnética consegue avaliar as camadas afetadas das pregas vocais sendo a ferramenta diagnóstica mais completa para indicar o estadiamento do paciente.
- (B) O exame de videodeglutograma auxilia na identificação de lesão invadindo a comissura anterior e o esôfago indicando tratar-se de lesão maligna.
- (C) O padrão ouro para avaliação inicial é a laringoscopia de suspensão devendo ser realizada em até duas semanas para evitar progressão do estadiamento do paciente.
- (D) A videonasolaringoscopia flexível traz informações valiosas para auxiliar no diagnóstico diferencial inicial entre lesões benignas e malignas.



**67**

Homem de 70 anos, foi submetido à radioterapia e quimioterapia concomitantes devido a carcinoma de células escamosas de laringe, porém com persistência da doença após o tratamento, sendo indicada laringectomia total de resgate. Devido ao antecedente de radioterapia, optou-se por utilizar um retalho para reforço da sutura da neofaringe, a fim de minimizar complicações, como fístulas. Sobre esses retalhos, pode-se afirmar:

- (A) Pode ser utilizado um retalho de músculo peitoral maior. Trata-se de um retalho miocutâneo, baseado na artéria toracoacromial (ramo da artéria axilar).
- (B) A melhor indicação seria a utilização de um retalho microcirúrgico, em especial o anterolateral da coxa, com anastomose em ramos cervicais da artéria carótida comum e tributárias da veia jugular interna.
- (C) Pode ser utilizado um retalho de músculo peitoral maior. Trata-se de um retalho fasciocutâneo, baseado na artéria subclávia.
- (D) Pode ser utilizado um retalho de músculo peitoral, também chamado de retalho deltopeitoral. Trata-se de um retalho fasciocutâneo, baseado em ramos da artéria cervical transversa.

**68**

Homem de 43 anos é submetido ao esvaziamento cervical radical. No pós-operatório imediato apresenta quadro clínico evidenciado na foto a seguir?



Assinale a alternativa correta.

- (A) Quadro clínico acompanha sudorese facial no lado afetado.
- (B) Quadro clínico acompanha midríase no lado afetado.
- (C) Quadro clínico compatível com lesão do plexo simpático.
- (D) Quadro clínico compatível com lesão do sexto nervo craniado a direita.

**69**

Pacientes com queixa de tontura no pronto atendimento precisam fazer exame neurológico direcionado para afastar tontura de origem central. Para avaliação clínica dos pares cranianos, pode-se afirmar:

- (A) Nervo oftálmico é responsável pela mobilidade ocular.
- (B) Nervo trigêmio é responsável pela sensibilidade gustativa do 1/3 posterior da língua.
- (C) Nervo facial pode ser testado com a pronação da língua.
- (D) Nervo vago auxilia na movimentação do palato mole.

**70**

Homem de 58 anos é tabagista 40 anos-maço e etilista. Refere sensação de corpo estranho na garganta há 5 meses acompanhada de otalgia/otalgia. Foi realizada laringoscopia, conforme imagem a seguir:



Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) O tratamento cirúrgico dos tumores dessa região inclui a necessidade de tireoidectomia.
- (B) A otalgia está relacionada ao nervo laríngeo superior, ramo externo.
- (C) A maioria dos tumores dessa região é diagnosticada em estágio I ou II.
- (D) Tumores dessa região não permitem o tratamento cirúrgico com laringectomia parcial.

**71**

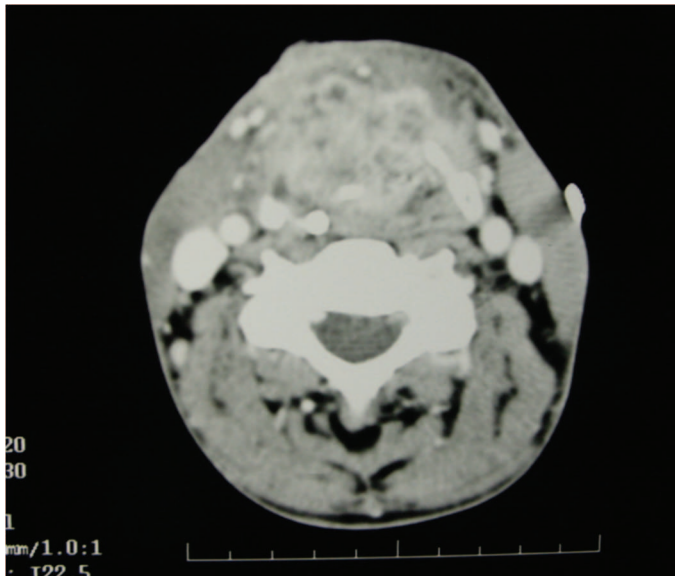
Homem de 32 anos refere aparecimento de linfonodos cervicais há 3 meses. Não apresenta história familiar de neoplasia maligna. Durante exame de imagem foi identificado nódulo em tireoide. A punção aspirativa por agulha fina guiada por ultrassom do nódulo tireoidiano e dos linfonodos demonstrou a presença de carcinoma medular de tireoide em lobo direito de tireoide e linfonodos metastáticos em nível III à direita e IV à esquerda. A medida da calcitonina sérica foi 1480 pg/mL. Assinale a resposta correta.

- (A) O carcinoma medular de tireoide tem origem na célula folicular da tireoide que se diferencia para produzir calcitonina.
- (B) É muito importante solicitar a pesquisa da mutação germinativa no protooncogene RET para esse paciente.
- (C) A presença de metástases cervicais laterais diminui a chance cura desse paciente para 70% se comparado aos pacientes sem metástases laterais.
- (D) Após a tireoidectomia total e esvaziamento cervical bilateral, há indicação de tratamento complementar com radioiodo devido à presença de metástases cervicais.



**72**

Homem 49 anos com quadro de disfonia e dispnéia progressiva iniciada há 6 meses com necessidade recente de traqueostomia por insuficiência respiratória. Realizada biópsia da lesão com diagnóstico final de carcinoma de células escamosas. Traz tomografia computadorizada, conforme imagem a seguir:



Em relação a esse caso, assinale a resposta correta.

- (A) O tratamento cirúrgico inicial, incluindo laringectomia total, é a opção com melhor resultado oncológico.
- (B) O protocolo de preservação da laringe com radioquimioterapia deve ser indicado para preservar a função do órgão.
- (C) A laringectomia total não está indicada pela invasão da fáscia pré-vertebral.
- (D) Na ausência de linfonodos cervicais suspeitos não há necessidade de realização de esvaziamento cervical eletivo.

**73**

Mulher de 39 anos, sem antecedentes mórbidos, refere que, durante exames de rotina solicitados por endocrinologista, em consulta para emagrecimento, foi pedida dosagem de calcitonina sérica com resultado de 95 pg/mL (normal inferior a 11,5). Fez ultrassom de tireoide com presença de nódulo em lobo direito com 0,9 cm. A punção aspirativa por agulha fina teve resultado Bethesda V. Exames complementares pré-operatórios não identificaram doença fora da tireoide. Assinale a resposta com o tratamento inicial mais adequado.

- (A) Tireoidectomia total.
- (B) Tireoidectomia total e esvaziamento dos linfonodos de II a V à direita.
- (C) Tireoidectomia total e esvaziamento dos linfonodos de II a VI à direita.
- (D) Tireoidectomia total e esvaziamento dos linfonodos no nível VI.

**74**

Paciente de 24 anos comparece ao pronto atendimento com plenitude auricular à direita há 2 dias. Nega otalgia, otorreia, tontura ou febre. Nega exposição a ruído, sintomas respiratórios ou comorbidades. Ao exame físico: otoscopia com membrana timpânica íntegra, com brilho preservado bilateralmente. Realizado teste de Weber com lateralização para o lado contralateral à direita, ou seja, lado esquerdo. Tendo em vista esses achados, pode-se concluir que:

- (A) Trata-se de uma otite média aguda, cujo tratamento é com antibioticoterapia, corticoide e analgesia.
- (B) Paciente com suspeita de surdez súbita à direita, devendo ser encaminhado para centro audiológico e fazer audiometria de urgência.
- (C) Paciente apresenta secreção na orelha média à direita secundária à disfunção da tuba auditiva.
- (D) Paciente apresenta disfunção da articulação temporomandibular à direita e precisa ser encaminhado ao cirurgião bucomaxilofacial.

**75**

Paciente de 4 anos de idade apresenta há 6 meses episódios de tontura com sensação rotatória associada a vômitos, nistagmo, sudorese, ataxia e medo. Os episódios não apresentam um desencadeante específico, têm duração de poucos minutos e fazem com que a criança interrompa suas atividades. Sobre o diagnóstico mais provável, pode-se afirmar:

- (A) Para o tratamento, deve ser estimulada a ingestão hídrica e devem ser excluídos da alimentação frituras, café, alimentos ricos em tiraminas e nitritos.
- (B) Na vertigem paroxística benigna da infância durante os episódios pode ocorrer palidez e perda de consciência por alguns segundos.
- (C) O uso de sedativos labirínticos tem boa resposta e devem ser utilizados por no mínimo 3 meses com intuito de modulação das vias neurais vestibulares.
- (D) O reposicionamento com a manobra de Epley pode resolver em até 90% dos casos.

**76**

Mulher de 32 anos, com quadro de nervosismo, palpitação e tremores de extremidade. Feito diagnóstico de hipertireoidismo por doença de Graves. Assinale a alternativa correta.

- (A) O bócio nodular tóxico é a causa mais comum de tireotoxicose.
- (B) A doença de graves tem incidência semelhante entre homens e mulheres.
- (C) A oftalmopatia ocorre em aproximadamente 50% dos pacientes com doença de Graves.
- (D) Pacientes com dermopatia pré-tibial da doença de Graves geralmente apresentam níveis baixos de TRAb.



**77**

Homem de 22 anos refere aparecimento de nódulo cervical a direita há 3 anos com crescimento recente, nega dor local ou sintomas inflamatórios. Sem outras comorbidades. O nódulo e a tomografia obtida podem ser visualizados nas imagens a seguir:



Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) As características clínicas e radiológicas indicam cisto branquial de 1º arco como diagnóstico mais provável.
- (B) As características clínicas e radiológicas indicam cisto branquial de 2º arco como diagnóstico mais provável.
- (C) Devido à idade do paciente está descartada a hipótese de malformação congênita.
- (D) As características clínicas e radiológicas indicam como diagnóstico mais provável cisto parotídeo.

**78**

O aprimoramento das óticas e sistemas de vídeo permitiu o desenvolvimento de novas vias de abordagem para as cirurgias otológicas. Trata-se de uma vantagem de cirurgia otológica endoscópica, em relação ao uso de microscópio:

- (A) Visão tridimensional do campo cirúrgico.
- (B) Melhor controle de sangramento.
- (C) Amplia a angulação do campo de visão.
- (D) Possibilita ao cirurgião utilizar as duas mãos para operar.

**79**

Fístulas liquóricas nasais de baixo débito apresentam boa resposta ao tratamento clínico conservador. Assinale a alternativa que melhor resume as terapias recomendadas.

- (A) Repouso absoluto, decúbito elevado, laxativos via oral e vacinação antipneumocócica.
- (B) Derivação lombar externa, antibioticoterapia, proibir tosse e espirros.
- (C) Tamponamento nasal anteroposterior, acetazolamida e manitol.
- (D) Decúbito lateral, evitar exposição ao sol e anti-histamínico nasal.

**80**

Sobre os schwannomas do VIII par craniano, assinale a alternativa correta.

- (A) A audiometria frequentemente mostra perda auditiva do tipo mista devido à interrupção da transmissão do som causada pelo tumor.
- (B) No exame de ressonância nuclear magnética a lesão aparece hipointensa ao cérebro na sequência T1 e isointensa na sequência T2 em relação ao líquido. Sofre realce intenso e homogêneo pelo gadolínio, podendo, porém, mostrar áreas císticas.
- (C) A via de acesso retrossigmoidea para tratamento do schwannoma permite amplo campo de acesso para ressecção completa do tumor, porém tem como inconveniente a impossibilidade de preservação da audição, sendo mais indicada para pacientes com perdas auditivas profundas ao diagnóstico.
- (D) Histopatologicamente, o schwannoma da neurofibromatose tipo 2 é semelhante ao schwannoma unilateral, isolado.

**81**

Leia o texto a seguir:

“Lesões benignas, geralmente unilaterais, decorrentes de um trauma vocal excessivo com sangramento na camada superficial da lâmina própria que gera processo inflamatório cicatricial. Podem ser sésseis ou pediculados com aspecto edematoso, angiomatoso ou fibroso.”

Assinale a alternativa que melhor corresponde à definição apresentada no texto.

- (A) Pólipo vocal.
- (B) Pseudocisto vocal.
- (C) Eversão de ventrículo.
- (D) Cisto de retenção.



**82**

Menino de 10 anos com queixa de disфония há 6 meses foi submetido a nasofibrolaringoscopia com diagnóstico de nódulos vocais. Assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais comumente indicado.

- (A) Realizar biópsia incisional através da broncoscopia com sedação é a escolha mais assertiva.
- (B) Injeção de toxina botulínica em ambas pregas vocais guiado por eletromiografia evitando trauma vocal.
- (C) A remoção cirúrgica dos nódulos vocais tem alto índice de resolução e baixa morbidade, sendo considerada a primeira opção terapêutica.
- (D) Fonoterapia e aguardar muda vocal são as bases do tratamento conservador, com alto índice de resolução.

**83**

O vídeo-teste de impulso cefálico ou, em inglês, *video-head impulse test* (V-HIT), tem se tornado cada vez mais comum na avaliação do paciente com tontura, pois sua correta interpretação traz valiosas informações sobre o funcionamento labiríntico. Sobre esse exame, pode-se afirmar:

- (A) Diferentemente da prova calórica, permite avaliar todos os canais semicirculares, tanto laterais quanto verticais.
- (B) A presença de sacadas oculares corretivas é considerada normal no exame.
- (C) Não é um exame adequado para avaliação de tontura aguda no pronto-socorro.
- (D) O exame pode ser realizado em pacientes com limitação de movimentação cervical sem grandes dificuldades.

**84**

Paciente de 2 meses, prematuro de 35 semanas, permaneceu em UTI com sonda nasogástrica para alimentação. Durante o processo de inicialização da dieta oral, o RN passou a apresentar um estridor inspiratório sem sinais de esforço respiratório. Foi submetido a broncoscopia com achados sugestivos de laringomalácia Olney tipo 1 sem sinais de lesões em subglote ou traqueia. Quais das seguintes orientações devem ser dadas a família?

- (A) Os achados descritos permitem a indicação de supraglotoplastia de urgência para liberar as pregas ariepiglóticas encurtadas e excisar a borda lateral da epiglote.
- (B) A conduta pode ser expectante com medidas para refluxo, observar ganho ponderal, manter fonoterapia e aguardar melhora espontânea até 12-18 meses.
- (C) A cirurgia indicada é a traqueostomia para preservação de via aérea e evitar cianose ou risco de morte súbita.
- (D) A epiglotopexia é a cirurgia de escolha, porém, é necessário manter dieta via sonda nasogástrica por mais 12 semanas até a completa cicatrização.

**85**

Mulher de 52 anos com queixa de rouquidão progressiva há 3 anos. Refere que a voz está mais grossa e que chega a ser confundida com voz masculina por telefone. Tem antecedente de hipertensão e tabagismo atual com carga tabágica de 25 anos-maço. Foi submetida a nasofibrolaringoscopia e foram visualizadas pregas vocais com aumento de volume, mobilidade preservada, onda mucosa aperiódica e fechamento glótico incompleto. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) Carcinoma espinocelular: a imagem típica do carcinoma de pregas vocais é o edema de pregas vocais, com fechamento glótico incompleto devido à baixa coaptação das pregas vocais.
- (B) Edema de Reinke: agressão crônica ocorre devido à deposição de glicosaminoglicanos na matriz extracelular da camada superficial da lâmina própria, levando a um edema desta região que, pelo efeito de massa, diminui o *pitch* vocal.
- (C) Efeito adverso de medicação: uso crônico de bloqueadores de cálcio como hipertensivo produzem aumento do tecido muscular das cordas vocais evoluindo com aumento da potência vocal.
- (D) Excesso de testosterona no climatério: mulheres pós menopausa apresentam crescimento do ligamento vocal como efeito adverso androgenético causando masculinização da voz.

**86**

As paralisias de pregas vocais podem ser classificadas como periféricas ou centrais a depender da etiologia. A variedade de sintomas depende basicamente da posição que a prega vocal paralisada assume, podendo ser desde assintomático até voz soprosa e disfagia. Qual a cirurgia mais indicada para paciente com paralisia unilateral em abdução?

- (A) Tireoplastia tipo 1.
- (B) Decorticação de pregas vocais.
- (C) Injeção de toxina botulínica na prega vocal contralateral.
- (D) Reinervação do laríngeo superior com o nervo fibular.

**87**

A síndrome de Ramsay-Hunt ou herpes-zoster ótico é causada pela reativação do vírus da varicela-zoster. Sobre o tema, é possível afirmar:

- (A) Ocorre predominantemente em criança do sexo masculino.
- (B) A paralisia facial periférica causada é irreversível.
- (C) A descompressão do nervo facial evita zoster sine herpette.
- (D) Estima-se que o uso da vacina pode reduzir a incidência de neuralgia pós herpética.



**88**

O uso de exames complementares para avaliação de pacientes com queixa de disфония tem se tornado cada vez mais frequente. Assinale a alternativa que correlaciona adequadamente o exame e a sua indicação.

- (A) Nasofibrolaringoscopia: avaliar alterações estruturais mínimas como sulco estria menor ou fendas glóticas.
- (B) Telescopia laríngea rígida: diferenciar entre paralisias neurológicas e fixação de pregas vocais.
- (C) Eletroneuromiografia laríngea: diferenciar distúrbios neurológicos centrais e periféricos, ideal para rotina pré-operatória antes de tireoidectomias.
- (D) Videolaringostroboscopia: avaliar alterações de onda mucosa, podendo auxiliar no estadiamento de tumores laríngeos.

**89**

Disfunções endócrinas podem alterar o órgão fonatório em maior ou menor grau, dependendo da patologia em questão e da intensidade do acometimento. A esse respeito, assinale a alternativa com a associação correta.

- (A) A orquiectomia bilateral provoca redução do *pitch* vocal, reduzindo o tônus do músculo tireoaritenóideo e aumentando a contração do músculo cricótireóideo.
- (B) A progesterona, em maior concentração na segunda fase do ciclo, diminui a viscosidade do muco a partir das glândulas que permeiam as pregas vocais, ressecando a laringe.
- (C) A muda vocal relativa à puberdade ocorre devido ao crescimento laríngeo concomitante ao aparecimento de caracteres sexuais secundários, estimulados pelos hormônios hipofisários e gonadais.
- (D) Substâncias androgênicas exógenas, incluindo testosterona e esteroides anabólicos, aumentam o *pitch* vocal por diminuir a deposição de tecido adiposo no espaço de Reinke.

**90**

A avaliação de tontura no pronto socorro tem como principal objetivo descartar causas centrais para tontura. Para tanto, costuma-se utilizar determinadas provas semiológicas. Em pacientes com tontura central, é correto o que se afirma em:

- (A) No teste de Romberg, apresentam pulsões laterais ou queda após fechar os olhos com uma latência de até 30 segundos ipsilateral ao lado de acometimento.
- (B) O nistagmo de agitação (*Head shake*) tem duração prolongada, nistagmo vertical após estimulação horizontal e nistagmo desconjugado.
- (C) O nistagmo espontâneo ou semiespontâneo tem sentido único, horizonte-rotatório e é fatigável.
- (D) A pesquisa do desvio Skew ocorre através da oclusão alternada dos olhos. O desalinhamento vertical das órbitas indica lesão no nervo ocular.

**91**

A avaliação clínica do paciente com tontura envolve um exame neurológico direcionado para investigação dos reflexos vestibulares. Qual das alternativas a seguir melhor descreve o reflexo analisado?

- (A) O reflexo de perseguição são movimentos em que o olho segue um objeto com o propósito de manter a imagem na retina. Trata-se de um reflexo involuntário.
- (B) O reflexo vestibulo-ocular (RVO) possibilita a estabilização do campo visual durante a movimentação da cabeça. O estímulo é transmitido pelo fascículo longitudinal medial.
- (C) O reflexo optocinético ocorre quando grande parte da imagem na retina se movimenta e o olho segue involuntariamente. A velocidade de movimentação ocular é maior do que a do objeto. É o que ocorre quando se acompanha um trem saindo da plataforma, por exemplo.
- (D) O reflexo vestibulocervical estabiliza a cabeça mediante a contrações cervicais e responde a informações sensoriais oriundas do cerebelo.

**92**

A transmissão da tuberculose ocorre por inalação, contudo pode ser por contato direto em ferida aberta. A mucosa nasal tem ação bacteriostática, porém em situações em que a defesa orgânica está diminuída, o bacilo pode proliferar na região da cavidade nasal. Quais são os locais mais acometidos?

- (A) Seio frontal e seio maxilar.
- (B) Septo nasal e concha nasal inferior.
- (C) Lâmina papirácea e processo uncinado.
- (D) Lâmina cribiforme e lamela diagonal.

**93**

Menino de 8 anos com histórico de dez episódios de epistaxe nasal autolimitada à direita procura pronto atendimento. O médico plantonista faz rinoscopia anterior sem lesões aparentes e sem sinal de sangramento ativo. Foram solicitados exames complementares com os seguintes resultados: Hb: 5,2 g/dL, Ht: 21%, plaquetas: 220.000 mm<sup>3</sup> e coagulograma sem alterações. Assinale a conduta mais assertiva.

- (A) O paciente precisa receber concentrado de hemácias e fazer um exame endoscópico nasal e tomografia de seios paranasais pela possibilidade de nasoangiofibroma.
- (B) Como não há evidências de sangramentos no momento da avaliação; o paciente deve receber alta e agendar consulta ambulatorial com otorrinolaringologista.
- (C) É necessário cauterizar o septo nasal do paciente para que não ocorram novos episódios de sangramento.
- (D) É preciso fazer tamponamento nasal ântero-posterior bilateral para evitar novos sangramentos.



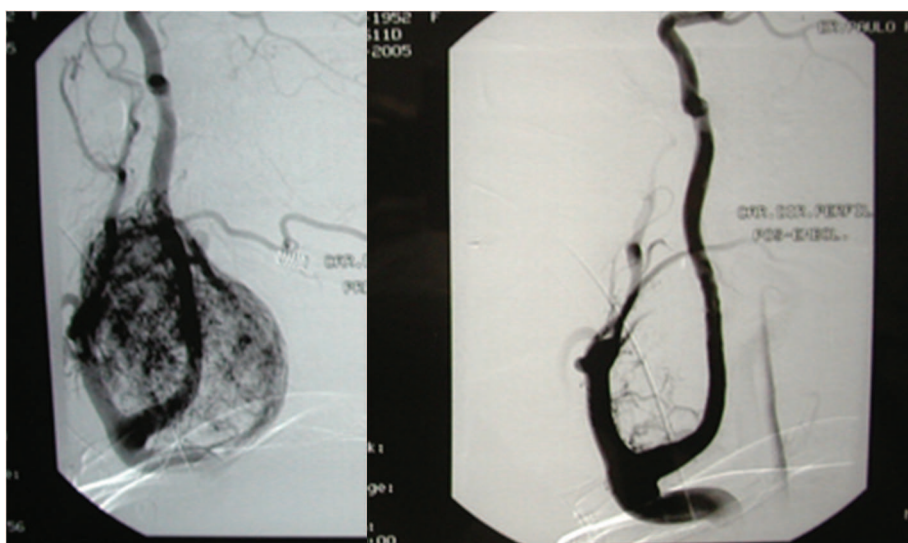


**94**

Homem de 42 anos refere nódulo cervical à direita de crescimento lento há mais de 15 anos, sem outros sintomas ou comorbidades, conforme imagem a seguir:



O exame de imagem a seguir também foi apresentado pelo paciente.



Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) Schwannoma do plexo simpático.
- (B) Cisto Branquial do 2º arco.
- (C) Paraganglioma carótideo.
- (D) Neurinoma do hipoglosso.

**95**

Rinossinusite fúngica invasiva aguda é uma doença potencialmente fatal que ocorre em indivíduos gravemente imunodeprimidos. Assinale a alternativa que apresenta os achados no exame físico que sinalizam para essa doença.

- (A) Alteração em pares cranianos, quemose, proptose, oftalmoplegia, ausência de dor ou sangramento durante a manipulação da mucosa nasal.
- (B) Edema nasal com hipertrofia de cornetos inferiores e secreção purulenta drenando do meato médio.
- (C) Líquido translúcido drenando pelo recesso esfenoidal e mucosa com aumento de vascularização.
- (D) Lesão granulomatosa em mucosa nasal elevada friável principalmente no septo e no palato.

**96**

Paciente de 36 anos de idade procura pronto socorro por queixa de episódios de tontura rotatória com duração de segundos ao se deitar na cama e ao virar para o lado direito. A queixa teve início há 2 dias. Os episódios são acompanhados de náuseas na maior parte das vezes. Nega histórico de tontura prévia. Nega comorbidades. Assinale a principal hipótese diagnóstica.

- (A) Neurite vestibular.
- (B) Síndrome de Menière.
- (C) Vertigem posicional central.
- (D) Vertigem paroxística posicional benigna.



**97**

Paciente de 50 anos apresenta queixa de obstrução nasal progressiva à esquerda. Foi submetido a tomografia computadorizada com identificação de lesão com atenuação de partes moles e impregnação por contraste, o que causa alargamento do complexo ostiomeatal com calcificações intralesionais e remodelamento ósseo. Qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Papiloma invertido.
- (B) Estesioneuroblastoma.
- (C) Linfoma de células do manto.
- (D) Rinossinusite aguda complicada.

**98**

Os seios paranasais estão em contato direto com a órbita, portanto processos infecciosos sinusais podem se disseminar para o interior de estruturas orbitárias de maneira relativamente simples. A classificação de Chandler está entre as mais utilizadas para casos de rinossinusites complicadas, sendo baseada em sintomas e sinais clínicos. A esse respeito, assinale a alternativa correta.

- (A) Chandler Grupo 1: edema inflamatório em região pós-septal ocasionando dor e limitação na mobilidade extrínseca ocular.
- (B) Chandler Grupo 2: celulite orbitária restrita a região pré-septal apresenta-se com edema e hiperemia da pálpebra.
- (C) Chandler Grupo 3: abscesso subperiosteal entre a lâmina papirácea e a periórbita com proptose.
- (D) Chandler Grupo 4: abscesso orbitário com drenagem de secreção purulenta pela pálpebra superior.

**99**

A fibrose cística é uma das doenças autossômicas recessivas mais frequentes na população caucasiana. Está associada a mutação no gene regulador da condutância transmembrana de fibrose cística (CFTR). Assinale a alternativa que apresenta os achados nasossinusais característicos.

- (A) Polipose nasal na infância, medialização de parede lateral nasal, pseudomucocele maxilar bilateral e hipoplasia nos seios esfenoidais e frontais à tomografia computadorizada.
- (B) Polipose nasal no idoso, com hipertrofia de cornetos inferiores e secreção esverdeada espessa no recesso esfenopalatino bilateralmente.
- (C) Desvio septal em crista inferior e esporão posterior, obstruindo o complexo osteo meatal e abaulamento em rosto do esenoide.
- (D) Deiscência da lâmina cribiforme com alargamento do torus septal e movimentos pulsáteis na base de crânio.

**100**

O diagnóstico da rinite alérgica é essencialmente clínico, levando em consideração os sintomas, seus desencadeantes, histórico pessoal e familiar de atopia. Neste contexto, os exames complementares podem corroborar a hipótese diagnóstica. Em um paciente com rinite alérgica, espera-se encontrar as seguintes alterações nos exames:

- (A) IgE sérica normal, hemograma com eosinófilos aumentados e citologia nasal com predomínio de neutrófilos.
- (B) IgE sérica normal, hemograma com eosinófilos aumentados e citologia nasal com predomínio de eosinófilos.
- (C) IgE sérica aumentada, hemograma com eosinófilos aumentados e citologia nasal com predomínio de eosinófilos.
- (D) IgE sérica aumentada, hemograma com monócitos aumentados e citologia nasal com predomínio de eosinófilos.

## CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

**101**

Homem de 77 anos, portador de carcinoma de células escamosas com epicentro em face laríngea da epiglote, obstrutivo, com fixação de ambas as pregas vocais, tendo sido necessária traqueostomia por insuficiência respiratória. Apresenta linfonodomegalia à esquerda de 3 cm em nível II. À direita não se identifica linfonodo. Foi encaminhado para tratamento cirúrgico. Sobre o caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) O esvaziamento recomendado à direita é dos níveis I a V.
- (B) O esvaziamento recomendado à direita é dos níveis II, III e IV.
- (C) Não se indica esvaziamento eletivo nesse caso.
- (D) Não se indica tratamento cirúrgico nesse caso.

**102**

Mulher de 50 anos é portadora de carcinoma medular de tireoide com metástase cervical em níveis II e III à direita. A calcitonina sérica é de 158 pg/mL. Ao ultrassom, nota-se presença de nódulo sólido de 2,3 cm em polo superior de tireoide à direita, não se identificando linfonodomegalias no nível VI. Sobre o caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se indicar tireoidectomia total, esvaziamento dos níveis I a V bilateralmente e esvaziamento do nível VI.
- (B) Deve-se realizar tireoidectomia total, esvaziamento dos níveis II a V à direita e esvaziamento do nível VI.
- (C) Deve-se indicar tireoidectomia total e esvaziamento dos níveis II a IV bilateralmente.
- (D) Deve-se realizar tireoidectomia total e esvaziamento cervical radical modificado à direita.



**103**

Homem de 88 anos é portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e insuficiência cardíaca, apresenta também carcinoma espinocelular de pele em região temporal com metástase em glândula parótida. Após avaliação cardiológica, foi contraindicada cirurgia. Assinale a melhor opção de tratamento.

- (A) Radioterapia exclusiva.
- (B) Cuidados paliativos exclusivos.
- (C) Terapia sistêmica exclusiva.
- (D) Radioterapia e terapia sistêmica.

**104**

Homem de 64 anos está em programação cirúrgica para o tratamento de neoplasia maligna da pele. Assinale a alternativa correta.

- (A) O exame intraoperatório de congelação não deve ser solicitado para casos de melanoma nodular.
- (B) O exame intraoperatório de congelação não deve ser solicitado para casos de carcinoma basoescamoso.
- (C) A biópsia de linfonodo sentinela auxilia o estadiamento de pacientes com carcinoma basocelular.
- (D) A biópsia de linfonodo sentinela auxilia o estadiamento de pacientes com dermatofibrosarcoma protuberans.

**105**

Mulher de 75 anos apresenta lesão pigmentada em região malar. A biópsia confirma lentigo maligno melanoma, in situ. Assinale a alternativa que apresenta a indicação correta.

- (A) Deve-se indicar ampliação de margem de 0,5 cm em torno da lesão.
- (B) Deve-se indicar ampliação de margem de 1 cm em torno da lesão.
- (C) Deve-se indicar ampliação de margem de 1 a 2 cm em torno da lesão.
- (D) Deve-se indicar ampliação de margem de 2 cm em torno da lesão.

**106**

Bebê com 6 meses apresenta diagnóstico de torcicolo congênito. Assinale a alternativa correta quanto à orientação recomendada aos pais.

- (A) Deve-se orientar os pais da necessidade de tratamento inicial com cirurgia.
- (B) Deve-se orientar os pais da necessidade de tratamento inicial com fisioterapia.
- (C) Deve-se orientar os pais da condição transitória dessa afecção que normalmente regride espontaneamente até os 5 anos de idade.
- (D) Deve-se orientar os pais da condição transitória dessa afecção que normalmente regride espontaneamente até 18 meses de idade.

**107**

Bebê de 1 ano apresenta malformação congênita do ducto tireoglossal, com cisto. Assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se solicitar confirmação diagnóstica com PAAF, que mostra cristais de colesterol.
- (B) Deve-se solicitar terapia esclerosante por rádio intervenção.
- (C) O tratamento dessa afecção envolve ressecção óssea.
- (D) O tratamento dessa afecção é expectante.

**108**

Mulher de 63 anos encontra-se no 3º mês de pós-operatório de paratireoidectomia inferior direita devido a hiperparatireoidismo primário. Não houve intercorrências no transoperatório e queda adequada do PTH colhido durante o procedimento cirúrgico. No momento, paciente encontra-se assintomática, com ferida operatória em excelente aspecto, fazendo uso de carbonato de cálcio e calcitriol. Além disso, apresenta os seguintes exames de controle:

Resultados:	Valores de referência:
Cálcio total: 9,0 mg/dL	8,4 – 10,2 mg/dL
Fósforo 2,7 mg/dL	2,7 – 4,5 mg/dL
PTH 108 pg/mL	15 – 65 pg/mL
Vitamina D: 30 ng/mL	30 – 60 ng/mL
Creatinina: 0,7 mg/dL	0,5 – 0,9 mg/dL
Fosfatase alcalina: 120 U/L	35 – 104 U/L

Considerando a situação exposta, assinale a alternativa que contemple a conduta recomendada nessa situação.

- (A) Solicitação de nova ultrassonografia cervical e cintilografia de paratireoide.
- (B) Indicar reexploração cervical sem necessidade de novos exames.
- (C) Investigar presença de paratireoide ectópica em tórax.
- (D) Observação clínica com novo controle laboratorial em 6 meses.

**109**

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



## 110

Homem de 47 anos, com antecedente de parotidectomia superficial à esquerda há 15 anos, com diagnóstico de adenoma pleomórfico. Há 5 anos notou um nódulo de 0,7 cm no ângulo da mandíbula à esquerda, próximo ao local operado. Passou em outro serviço que suspeitou de recidiva, mas o paciente recusou a cirurgia. Ficou sem seguimento e agora apresenta massa extensa de cerca de 6 cm em região parotídea esquerda, endurecida e sem mobilidade. Apresenta paralisia facial em região do nervo marginal mandibular e nervo bucinador. Assinale a alternativa correta.

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

## 111

Mulher de 56 anos é hipertensa e com antecedente de tratamento por câncer de mama há 10 anos, sem evidência de recidiva até o momento. Refere abaulamento cervical com aumento lento há 8 meses. Nega sintomas associados, além do desconforto local. Ao exame físico, paciente encontrava-se em bom estado geral e a oroscopia não evidenciava lesões suspeitas. Ao exame cervical, notava-se um abaulamento de cerca de 3 cm no maior eixo em nível II à direita, consistência firme, pulsátil, indolor, móvel no sentido laterolateral, porém não no sentido craniocaudal, sem sinais flogísticos associados. A tireoide era tópica, com tamanho normal, fibroelástica, móvel à deglutição, sem nódulos palpáveis. Qual a conduta recomendada?

- (A) Solicitar tomografia do pescoço.
- (B) Solicitar punção biópsia por agulha fina.
- (C) Realizar biópsia excisional da lesão.
- (D) Requisitar novo exame de imagem das mamas.

## 112

Paciente com cisto do ducto tireoglossos com indicação de tratamento cirúrgico. Qual músculo precisa ser seccionado em sua inserção, ao menos parcialmente, para o tratamento cirúrgico?

- (A) Músculo esternotireoide.
- (B) Músculo cricotireoide.
- (C) Músculo esterno-hioide.
- (D) Músculo omo-hioide, ventre inferior.

## 113

Mulher de 27 anos foi operada há 18 meses de um nódulo em região parotídea direita. Laudo da cirurgia informa Adenoma Pleomórfico de 3,1 x 1,9 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) Fístula salivar; complicação tardia frequente nas cirurgias da parótida.
- (B) Fístula salivar, complicação decorrente da lesão do nervo grande auricular nas cirurgias da parótida.
- (C) Síndrome de Frey; complicação rara em cirurgias na parótida.
- (D) Síndrome de Frey; complicação tardia de cirurgias na parótida.

## 114

Mulher de 45 anos, técnica em radiologia, com intolerância à lactose, encaminhada ao ambulatório devido à elevação do PTH. Paciente negava queixas, sem história de nefrolitíase, dores ósseas ou fraturas patológicas. Negava uso de medicações. Traz consigo os seguintes exames laboratoriais:

Resultados:	Valores de referência:
Cálcio total: 8,9 mg/dL	8,4 – 10,2 mg/dL
Fósforo: 2,9 mg/dL	2,7 – 4,5 mg/dL
PTH: 98 pg/mL	15 – 65 pg/mL
Vitamina D: 13,1 ng/mL	> 20 ng/mL
Creatinina: 0,8 mg/dL	0,5 – 0,9 mg/dL
Ureia: 35 mg/dL	10 – 50 mg/dL

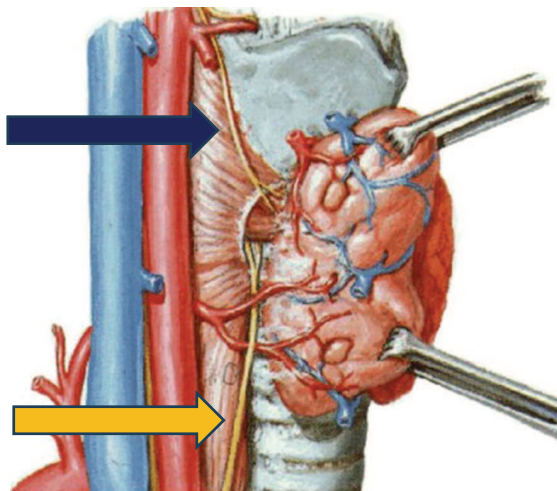
Em relação ao quadro clínico da paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) É necessária a realização de exames adicionais, como ultrassonografia de rins e vias urinárias, bem como densitometria óssea, para avaliar necessidade cirúrgica.
- (B) A paciente provavelmente possui hiperparatireoidismo secundário, devendo-se realizar reposição de vitamina D e novo controle laboratorial.
- (C) A paciente apresenta hiperparatireoidismo primário e, apesar de não possuir sintomas, há indicação de cirurgia por ser jovem.
- (D) A paciente apresenta quadro de hiperparatireoidismo primário normocalcêmico, a conduta é expectante com novos exames em 6 meses.



### 115

Mulher de 25 anos, cantora, com carcinoma papilífero de tireoide (2,5 em lobo direito), foi submetida a tratamento cirúrgico. Em retorno após 3 meses da cirurgia, refere que não está cantando como antes da cirurgia, principalmente porque não consegue atingir as frequências mais altas (agudas). Qual a hipótese mais provável?



- (A) Lesão da estrutura apontada na seta azul, levando à diminuição da função do músculo cricotireoide.
- (B) Lesão da estrutura apontada pela seta amarela, levando à diminuição da função do músculo tireoaritenoideo.
- (C) Lesão da estrutura apontada na seta azul, levando à diminuição da função do músculo tireoaritenoideo.
- (D) Lesão da estrutura apontada na seta amarela, levando à diminuição da função do músculo cricotireoide.

### 116

Homem de 57 anos, tabagista, inicia seguimento no ambulatório por queixa de nódulo em região de ângulo da mandíbula à esquerda. Relata que notou o nódulo há cerca de 4 meses. No último mês, apresentou crescimento rápido, associado com 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, endurecido, com limites pouco precisos e aparentemente aderido a pele. Nota-se assimetria da face quando sorri, devido à diminuição de mobilidade a esquerda. Diante desse quadro, pode-se afirmar:

- (A) Possivelmente é um tumor benigno da parótida; indicar cirurgia sem maiores investigações.
- (B) Possivelmente é um tumor de parótida; os achados clínicos sugerem etiologia benigna.
- (C) Possivelmente é um tumor de parótida; provavelmente maligno, deve-se realizar biópsia incisional para confirmar o diagnóstico.
- (D) Possivelmente é uma neoplasia maligna da parótida esquerda, deve-se realizar exame de imagem e biópsia por punção aspirativa.

### 117

Homem de 45 anos encontra-se no 3º mês pós-operatório de paratireoidectomia total com auto enxerto devido a hiperparatireoidismo terciário. Cirurgia transcorreu sem intercorrências. Ele retorna em consulta ambulatorial assintomático, em uso de 8 comprimidos de 500mg carbonato de cálcio e 6 cápsulas de calcitriol de 0,25mcg ao dia. Os exames laboratoriais são mostrados a seguir:

Resultados:	Valores de referência:
Cálcio total: 7,9 mg/dL	8,4 – 10,2 mg/dL
Fósforo 4,5 mg/dL	2,7 – 4,5 mg/dL
PTH 10 pg/mL	15 – 65 pg/mL
Vitamina D: 32 ng/mL	30 – 60 ng/mL
Creatinina: 1,2 mg/dL	0,7 – 1,9 mg/dL
Fosfatase alcalina: 135 U/L	35 – 104 U/L

Considerando as informações apresentado, assinale a alternativa que melhor representa o contexto atual.

- (A) Fome óssea.
- (B) Hipoparatiroidismo transitório.
- (C) Hipoparatiroidismo definitivo.
- (D) Hipoparatormonemia iatrogênica.

### 118

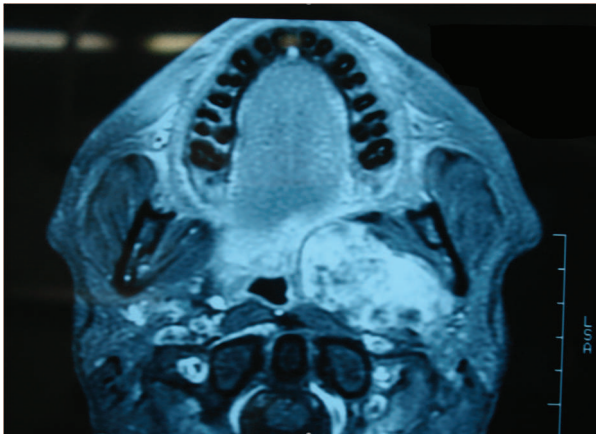
Mulher de 57 anos apresenta há 7 anos nódulo à direita na face, região do ângulo da mandíbula, com deslocamento do lobo da orelha ipsilateral. Ao exame, a lesão era sólida, bordas bem delimitadas, com mobilidade reduzida na porção profunda com 3,2 x 2,5 cm. Mímica facial normal, sem nenhum déficit. Realizou 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 à conduta recomendada neste momento.

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



**119**

Homem de 66 anos refere cirurgia na glândula parótida esquerda há 15 anos. Não possui o laudo anatomopatológico da cirurgia, mas era benigno, segundo o cirurgião que o operou. Recentemente passou a sentir desconforto na garganta e notou abaulamento da amígdala esquerda ao se olhar no espelho. Ao exame o paciente encontra-se em boas condições gerais, apresenta cicatriz anterior ao pavilhão auricular esquerdo com extensão cervical a Baley. Sem nódulos ou massas palpáveis. Cavidade oral com grande abaulamento na orofaringe esquerda, mas com mucosa íntegra, sem ulceração. Ausência de linfonodomegalias cervicais. Realizou exame de imagem mostrado na imagem a seguir:



Com base no caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) Ressonância Magnética em T1 com imagem em espaço parafaríngeo esquerdo com lesão altamente vascularizada.
- (B) Trata-se de Ressonância Magnética em T2 com imagem em espaço parafaríngeo esquerdo sugestivo de recidiva de adenoma pleomórfico.
- (C) Tomografia em T2 com imagem em espaço parafaríngeo esquerdo sugestivo de recidiva de adenoma pleomórfico.
- (D) Tomografia com imagem em espaço parafaríngeo esquerdo com lesão suspeita para carcinoma mucoepidermóide recidivado.

**120**

Homem de 65 anos apresenta massa cística há 4 meses, na região cervical à direita. Realizou punção aspirativa por agulha fina com citologia que evidenciou células epiteliais em meio a cristais de colesterol. Sobre o caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) O diagnóstico deve ser confirmado por ultrassom de tireoide para localização do tumor primário.
- (B) O diagnóstico deve ser confirmado com pesquisa de calcitonina no lavado da punção.
- (C) O tratamento envolve ressecção da massa e ligadura próxima a saída na orofaringe.
- (D) O tratamento envolve esvaziamento cervical radical modificado e radioterapia da base do crânio até fossa supraclavicular.



RASCUNHO



**RM 2024**  
1ª Fase – Prova Objetiva

**0/0**

**1**  
1/100

