

Leia o caso clínico abaixo para responder as questões 1 e 2:

Mulher, de 62 anos, apresentou uma lesão de pele em dorso de aproximadamente 10mm de diâmetro, com bordas irregulares, assimétrica e que no último ano aumentou de tamanho e relevo e mudou de cor, sem apresentar ulceração. Realizou procedimento de biópsia excisional da lesão com 1cm de margem e fechamento primário. O laudo histopatológico confirmou melanoma de disseminação superficial com 2.5mm de espessura de Breslow.

1. Sobre a Biópsia de Linfonodo Sentinela (BLS) neste caso, marque a alternativa correta.
 - a) A BLS é contraindicada, pois a espessura do melanoma é inferior a 3 mm.
 - b) A BLS deve ser realizada apenas se houver evidência clínica de metástase nodal.
 - c) A BLS é recomendada em melanomas com espessura superior a 1 mm.
 - d) A BLS não é útil em melanomas de espessura intermediária, exceto se apresentarem ulceração.
 - e) A realização da BLS é indicada quando a espessura de Breslow ultrapassa 4 mm.

2. Sobre a margem cirúrgica neste caso, é correto afirmar que:
 - a) 1 cm de margem é suficiente para este caso.
 - b) 2 cm de margem são recomendados para melanomas com espessura superior a 2 mm.
 - c) 3 cm de margem são necessários para evitar recidivas locorregionais.
 - d) margens de 1 a 2 cm podem ser usadas neste caso, dependendo da viabilidade anatômica.
 - e) margens mais amplas que 2 cm são necessárias para melanomas com mais de 2 mm de espessura.

3. Os quatro defeitos anatômicos característicos da Tetralogia de Fallot são:
 - a) comunicação interventricular, estenose mitral, dextroposição da aorta e sobrecarga atrial esquerda.
 - b) comunicação interatrial, obstrução da via de saída do ventrículo direito, coarctação da aorta e hipertrofia ventricular direita.
 - c) comunicação interventricular, obstrução da via de saída do ventrículo direito, dextroposição da aorta e hipertrofia ventricular direita.
 - d) comunicação interventricular, estenose tricúspide, transposição das grandes artérias e hipertrofia ventricular direita.
 - e) comunicação interatrial, obstrução da via de saída do ventrículo direito, dextroposição da aorta e hipertrofia ventricular esquerda.

4. Entre as alternativas abaixo, a que NÃO contempla uma opção cirúrgica descrita para o reparo da coarctação de aorta em crianças é:
 - a) Ressecção da área coarctada e reconstrução com anastomose terminoterminal.
 - b) Aortoplastia com retalho protético (pericárdio ou dacron).
 - c) Aortoplastia com retalho de artéria subclávia (operação de Waldhausen).
 - d) Ressecção da área coarctada e reconstrução com retalho de músculo diafragmático.
 - e) Ressecção ampliada da região coarctada e reconstrução com anastomose terminoterminal com avanço do arco aórtico.

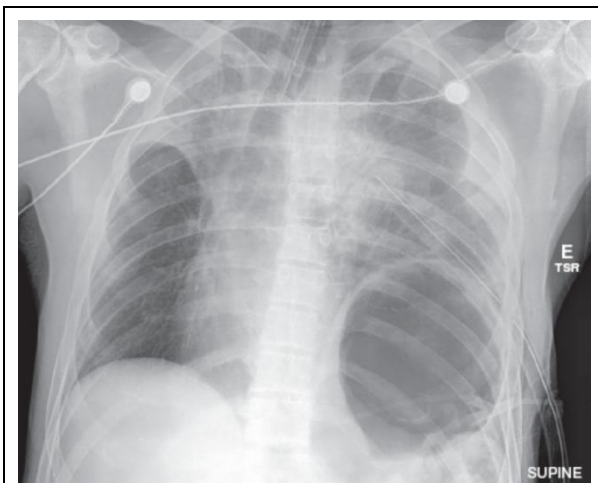
5. A alternativa abaixo que constitui uma opção cirúrgica para a síndrome do coração esquerdo hipoplásico é:
 - a) cirurgia de Senning.
 - b) cirurgia de Norwood.
 - c) cirurgia de Warden.
 - d) operação de Jatene.
 - e) operação de Rastelli.

6. Em relação aos tipos de enxerto que podem ser utilizados em cirurgia de Revascularização do Miocárdio, o melhor em relação ao tempo de patência quando o alvo da revascularização é a artéria descendente anterior.
 - a) Artéria Torácica Interna (ATI).
 - b) Veia safena.
 - c) Artéria radial.
 - d) Artéria gastroepiplóica.
 - e) Artéria epigástrica inferior.

7. Dentre as alternativas abaixo, a que NÃO representa uma técnica utilizada para o reparo da valva mitral é:
 - a) ressecção triangular ou quadrangular de folheto prolapsado.
 - b) criação de neocordas.
 - c) anuloplastia com anel.
 - d) procedimento de David.
 - e) reparos subvalvares envolvendo músculos papilares.

- 8.** Paciente masculino, 68 anos, hipertenso e diabético, apresenta dor torácica súbita e intensa há 12h, descrita como "em facada", sem irradiação para as costas. Ao exame físico, observa-se hipertensão arterial (PA 180/110 mmHg) e ausência de assimetria nos pulsos. Não há sinais de isquemia periférica. Foi descartado infarto agudo do miocárdio e ao ecocardiograma sugeriu-se haver uma lâmina de dissecação de aorta ascendente, ausência de derrame pericárdico e sem alterações valvares. Foi realizada angiotomografia de aorta, que revelou: dissecação limitada à aorta ascendente; falsa luz preenchida por contraste; ausência de envolvimento do arco aórtico ou aorta descendente; ausência de acometimento das artérias coronárias ou da valva aórtica. Neste caso, o melhor tratamento indicado para este paciente é:
- a** controle clínico rigoroso do duplo produto e internação para observação em UTI.
 - b** implante endovascular de endoprótese na aorta descendente.
 - c** cirurgia para a ressecção de aorta ascendente e reconstrução com enxerto de Dacron.
 - d** anticoagulação plena para evitar trombose na falsa luz e tromboembolismo sistêmico.
 - e** observação clínica com reavaliações periódicas por imagem a nível ambulatorial.
- 9.** Paciente masculino, 35 anos, apresenta ferimento penetrante por arma branca na região cervical anterior, zona 2. O paciente chega ao pronto-socorro consciente, com dispnéia e hematoma expansivo na região do pescoço, associado a estridor respiratório. Sinais vitais revelam: FC 120 bpm; PA 89x62mmHg; FR 32 irpm; e saturação de oxigênio de 83% em ar ambiente. A prioridade na conduta inicial no atendimento desse paciente é:
- a** realizar compressão direta do ferimento e posterior transferência para sala cirúrgica.
 - b** solicitar angiotomografia de urgência para avaliação da extensão das lesões.
 - c** assegurar a via aérea por meio de intubação orotraqueal ou cricotireoidostomia.
 - d** realizar exploração cirúrgica imediata da lesão cervical para controle de danos.
 - e** administrar fluidos intravenosos e analgesia, além de acionar o protocolo de transfusão maciça.
- 10.** Paciente masculino, 30 anos, vítima de ferimento penetrante por arma branca no hemitórax esquerdo, chega ao pronto-socorro apresentando hipotensão (PA 80/50 mmHg) e taquicardia (FC 130 bpm). Na avaliação inicial, foi identificada ausência de murmúrio vesicular no lado esquerdo. Realizou-se drenagem torácica com dreno 32F com saída imediata de 1.200 mL de conteúdo hemático e nas últimas 2 horas houve débito de 600ml pelo dreno. Após 1000ml de Ringer lactato o paciente mantém os mesmos parâmetros citados acima. A conduta prioritária para o tratamento deste paciente é:
- a** aumentar a reposição volêmica com mais 1000ml de Ringer Lactato e reavaliar.
 - b** solicitar tomografia computadorizada de tórax para definição diagnóstica e terapêutica.
 - c** substituir o dreno torácico por um de maior calibre.
 - d** iniciar protocolo transfusão maciça e seriar hematimetria em UTI.
 - e** realizar toracotomia exploradora em sala de cirurgia.
- 11.** Paciente masculino, 40 anos, vítima de colisão veicular em alta velocidade, é admitido hemodinamicamente estável. A radiografia inicial de tórax evidenciou mediastino alargado. Foi realizada angiotomografia de tórax, que revelou: pseudoaneurisma na aorta descendente, localizado após o istmo aórtico, sem sinais de ruptura completa ou hemorragia significativa. De acordo com a classificação de Lesões Traumáticas da Aorta (LTCA), o grau correspondente à lesão apresentada é:
- a** Lesão não classificável com base na tomografia.
 - b** Grau I.
 - c** Grau II.
 - d** Grau III.
 - e** Grau IV.

12. Paciente masculino, 35 anos, vítima de politraumatismo após acidente automobilístico, é admitido no pronto-socorro. Ao exame inicial, apresenta-se intubado e com dreno torácico inserido no hemitórax esquerdo devido a suspeita de pneumotórax. Os sinais vitais incluem pressão arterial de 90/60 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm, frequência respiratória de 30 irpm e saturação de oxigênio de 88% em ventilação mecânica. Foi realizada a seguinte radiografia de tórax:



Fonte: Sabiston Tratado de Cirurgia / Courtney M. Townsend et al. 20ª edição - Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

Com base no caso clínico acima e nos achados da imagem, o diagnóstico mais provável é:

- a) Intubação seletiva do brônquio-fonte direito.
- b) Pneumomediastino superior extenso.
- c) Hérnia diafragmática esquerda traumática.
- d) Hemotórax moderado à direita.
- e) Pneumotórax hipertensivo não resolvido.

13. Paciente masculino, 28 anos, vítima de acidente automobilístico em colisão frontal, é admitido no pronto-socorro hemodinamicamente estável. Na avaliação inicial, apresenta dor abdominal difusa, sem sinais de irritação peritoneal. A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome revelou lesão esplênica grau III com pequeno hematoma subcapsular, sem extravasamento de contraste e mínimo líquido livre na cavidade peritoneal. Foi iniciado Tratamento Não Operatório (TNO), com monitorização rigorosa em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Após 12 horas, o paciente evolui com aumento da dor abdominal, taquicardia (FC 120 bpm), hipotensão (PA 85/55 mmHg) e queda de 3 pontos nos níveis de hemoglobina. A reavaliação por ultrassonografia FAST evidenciou líquido livre na cavidade peritoneal nas três janelas abdominais. A conduta indicada neste caso é:

- a) manter o tratamento não operatório com reposição volêmica e transfusão sanguínea.
- b) solicitar nova tomografia computadorizada de abdome para reavaliação detalhada.
- c) iniciar protocolo de transfusão maciça e observar clinicamente o paciente.
- d) indicar laparotomia exploradora imediata associada a hemotransfusão.
- e) inserir dreno peritoneal para monitorar a evolução da quantidade e do aspecto do líquido livre.

14. A cirurgia robótica tem se tornado uma alternativa cada vez mais utilizada em procedimentos minimamente invasivos. Com base nas vantagens tecnológicas oferecidas pela plataforma robótica em comparação à videolaparoscopia convencional, a característica abaixo que NÃO representa um benefício exclusivo da cirurgia robótica é:

- a) visão operatória aprimorada para o cirurgião.
- b) controle simultâneo de quatro braços robóticos.
- c) instrumentos articulados com maior precisão de movimentos.
- d) redução absoluta do tempo cirúrgico em todos os procedimentos.
- e) possibilidade de realizar suturas e grampeamento com maior sofisticação.

- 15.** Um paciente será submetido a uma colecistectomia videolaparoscópica sob anestesia geral. Durante a verificação de cirurgia segura, ele informa que ingeriu os seguintes alimentos: suco de maçã 2 horas antes do horário previsto para a cirurgia e uma refeição leve 5 horas antes. Com base nos tempos mínimos de jejum recomendados, a conduta mais apropriada para esse paciente é:
- a** proceder com a cirurgia, pois os tempos de jejum para líquidos claros e refeição leve foram adequados.
 - b** adiar a cirurgia, pois o paciente não cumpriu o tempo mínimo de jejum para a refeição leve.
 - c** proceder com a cirurgia, pois o jejum de 2 horas para qualquer alimento é suficiente antes de anestesia geral.
 - d** adiar a cirurgia, pois o suco de maçã não se enquadra como líquido claro e exige 6 horas de jejum.
 - e** proceder com a cirurgia, desde que o paciente seja monitorado em sala por tempo prolongado.
- 16.** O protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) é uma abordagem multimodal baseada em evidências que busca melhorar os resultados cirúrgicos, reduzindo o tempo de internação hospitalar e acelerando a recuperação do paciente. Entre os pilares que compõem o protocolo ERAS, assinale a alternativa correta.
- a** Jejum de líquidos claros por no mínimo 6 horas antes da cirurgia para prevenir aspiração pulmonar.
 - b** Mobilização precoce apenas após a estabilização completa do quadro clínico, geralmente após 48 horas de pós-operatório.
 - c** Uso de sondas nasogástricas em todos os pacientes durante as primeiras 24 horas para evitar íleo paralítico.
 - d** Restrição moderada de líquidos no período pós-operatório imediato para otimizar a recuperação.
 - e** Administração de carboidratos pré-operatórios até 2 horas antes da cirurgia em pacientes selecionados.
- 17.** O rastreamento para detecção precoce de câncer de pulmão utilizando Tomografia Computadorizada (TC) helicoidal de baixa dose é recomendado para populações específicas com base no risco relacionado ao tabagismo e outros fatores. A alternativa que representa um paciente que preenche os critérios para o rastreamento segundo as recomendações da National Comprehensive Cancer Network (NCCN) é:
- a** homem, 60 anos, ex-fumante, histórico de 25 maços-ano, parou de fumar há 20 anos.
 - b** mulher, 55 anos, fumante atual, histórico de 30 maços-ano.
 - c** homem, 48 anos, fumante atual, histórico de 25 maços-ano, com risco de câncer de pulmão estimado em 1,0%.
 - d** mulher, 50 anos, ex-fumante, histórico de 18 maços-ano, parou de fumar há 10 anos.
 - e** homem, 70 anos, ex-fumante, histórico de 15 maços-ano, parou de fumar há 12 anos.
- 18.** A cirurgia é uma opção terapêutica reservada para casos específicos de abscesso pulmonar. A situação clínica abaixo que indica a necessidade de tratamento cirúrgico é:
- a** cavitação persistente com diâmetro de 2,2 cm e paredes espessas após 8 semanas de terapia medicamentosa, associada a sepse.
 - b** abscesso pulmonar com ruptura para a cavidade pleural e drenagem espontânea, após 6 semanas de antibioticoterapia e drenagem pleural.
 - c** abscesso pulmonar com cavitação persistente de 1,8 cm e paredes espessas, após 8 semanas de terapia medicamentosa, apesar de melhora clínica.
 - d** persistência de febre baixa e cavitação residual de 1,5 cm com paredes finas após 10 semanas de antibioticoterapia.
 - e** paciente com abscesso pulmonar associado a escarros hemoptóicos, com melhora clínica e radiológica após 8 semanas de manejo clínico.

- 19.** Pacientes com metástases pulmonares isoladas podem apresentar melhores taxas de sobrevida após ressecção cirúrgica, desde que atendam a critérios prognósticos específicos. Dos fatores abaixo, o que está mais associado a um prognóstico favorável após ressecção de metástases pulmonares é:
- a) presença de metástases bilaterais com nódulos múltiplos detectados na tomografia.
 - b) intervalo livre de doença relacionada ao sítio tumoral primário superior a 3 anos.
 - c) controle parcial do tumor primário após tratamento combinado com quimioterapia e radioterapia, mas com lesão residual estável.
 - d) histologia de células germinativas com intervalo livre de doença superior a 1 ano e resposta favorável à quimioterapia.
 - e) indicação de quimioterapia neoadjuvante para reduzir o tamanho das metástases antes da ressecção.
- 20.** O *Pectus Excavatum* é uma deformidade congênita da parede torácica caracterizada pelo afundamento do esterno. O índice de Haller, calculado pela relação entre o diâmetro transversal do tórax e a distância entre o esterno e a coluna vertebral, é utilizado para avaliar a gravidade da deformidade. A alternativa abaixo que indica a necessidade de correção cirúrgica, considerando o índice de Haller é:
- a) Índice de Haller igual a 2,0 em paciente com desconforto relacionado a estética.
 - b) Índice de Haller de 3,5 em paciente com dor torácica e dispneia aos esforços.
 - c) Índice de Haller de 2,8 em paciente com histórico de infecções respiratórias recorrentes.
 - d) Índice de Haller de 4,0 em paciente assintomático.
 - e) Índice de Haller de 2,2 em paciente com leve dor torácica.
- 21.** A Síndrome do Desfiladeiro Torácico (SDT) pode causar compressão de estruturas neurovasculares, levando a sintomas variados e manejo diferenciado. A alternativa abaixo que descreve corretamente um aspecto clínico, diagnóstico ou terapêutico da SDT é:
- a) o teste de Adson avalia a compressão da veia subclávia no espaço costoclavicular ao pedir que o paciente rotacione o pescoço para o lado oposto ao acometido.
 - b) a síndrome de Paget-Schroetter, relacionada à SDT venosa, é caracterizada por sintomas neurológicos progressivos devido à compressão do plexo braquial.
 - c) a abordagem inicial para SDT neurogênica envolve fisioterapia e eliminação de fatores desencadeantes, como trauma repetitivo e trabalho mecânico do membro superior.
 - d) a SDT neurogênica é confirmada clinicamente, dispensando exames complementares, como testes de condução nervosa.
 - e) o manejo cirúrgico é indicado para todos os pacientes com SDT neurogênica, independentemente da resposta ao tratamento conservador.
- 22.** Linfomas com envolvimento mediastinal frequentemente requerem métodos diagnósticos específicos para estabelecer o diagnóstico e planejar o tratamento. Com base nas características clínicas e no manejo do linfoma mediastinal, assinale a alternativa correta.
- a) O mediastino é o único local de apresentação em quase todos os casos de linfoma.
 - b) A punção aspirativa é suficiente para diagnóstico em casos de linfoma mediastinal, especialmente em lesões nodulares esclerosantes.
 - c) A PET-FDG é útil para diferenciar entre fibrose e tumor residual após o tratamento, dispensando confirmação tecidual.
 - d) A toracoscopia, mediastinoscopia ou mediastinostomia são frequentemente necessárias para fornecer amostras de tecido adequadas ao diagnóstico.
 - e) A síndrome da veia cava superior é um achado raro em pacientes com linfoma mediastinal não Hodgkin.

- 23.** A expansão tecidual é uma técnica reconstrutiva amplamente utilizada para corrigir defeitos após ressecção de lesões cutâneas. Uma vantagem importante dessa técnica em comparação com outras abordagens reconstrutivas é:
- a** permite a substituição de tecidos perdidos por enxertos de pele derivados de áreas distantes, reduzindo o risco de infecção no sítio doador.
 - b** gera tecido compatível para reconstrução, mantendo sensibilidade normal e menor morbidade da área doadora.
 - c** elimina a necessidade de cirurgia adicional para fechamento primário do defeito, sendo indicada para situações emergenciais.
 - d** possibilita a reconstrução imediata de grandes defeitos oncológicos sem a necessidade de planejamento prévio de procedimento adicional.
 - e** pode ser realizada independentemente de fatores como cicatrizes ou irradiação prévia no local do defeito.
- 24.** A transferência de tecido livre microvascularizado, ou retalho microcirúrgico, é amplamente utilizada na reconstrução de defeitos complexos. Uma característica ou consideração técnica sobre essa abordagem é:
- a** o uso de enxertos venosos é sempre preferido para garantir maior comprimento do pedículo e taxa de sucesso nas anastomoses.
 - b** retalhos perfurantes-perfurantes livres, utilizados na supermicrocirurgia, permitem maior correspondência com o sítio receptor, mas exigem alta habilidade técnica.
 - c** a anticoagulação pós-operatória é obrigatória para evitar trombose e melhorar as taxas de sobrevivência dos retalhos.
 - d** o tempo máximo de isquemia quente para retalhos musculares é de 4 a 6 horas, enquanto retalhos cutâneos e fasciocutâneos toleram até 8 horas.
 - e** a principal causa de falha de retalhos microcirúrgicos é a trombose secundária devido a compressão venosa por edema ou hematoma.
- 25.** As lesões por pressão são complicações evitáveis que podem requerer abordagem conservadora ou cirúrgica, dependendo do estágio e gravidade. A alternativa que descreve corretamente o manejo adequado para uma lesão por pressão de estágio III é:
- a** alívio de pressão local, uso de curativos hidrocolóides e prevenção de forças de cisalhamento são suficientes para o tratamento.
 - b** reposição nutricional e desbridamento mecânico com curativos úmidos a secos são suficientes para promover a cicatrização da ferida.
 - c** Necessita de desbridamento cirúrgico seriado e preparo do leito da ferida para planejamento de fechamento cirúrgico com retalhos, se necessário.
 - d** apenas terapia com curativos oclusivos e antibióticos tópicos é recomendada devido à exposição de tecido subcutâneo.
 - e** monitoramento regular e terapia de pressão negativa são reservados exclusivamente para lesões de estágio I e II.
- 26.** Sobre a avaliação da disfagia na infância, julgue as afirmativas abaixo em V (verdadeiro) ou F (falso).
- () A anamnese auxilia nos cuidados durante o exame objetivo da deglutição e permite ao avaliador compreender melhor a fisiopatologia da deglutição.
 - () A avaliação clínica deve ser feita com alimentos de consistência pastosa.
 - () Na avaliação clínica, são observados aspectos, como captação do alimento, voracidade, vedamento labial, controle oral, preparo na cavidade oral, coordenação sucção-respiração ou mastigação-respiração, número de deglutições e tempo de alimentação.
 - () No exame físico otorrinolaringológico, são avaliados os pares cranianos relacionados à deglutição, que são I, II, III e IV.
- A sequência correta é:
- a** V - F - V - F
 - b** V - V - F - V
 - c** F - V - F - V
 - d** F - F - V - F
 - e** V - V - V - F

- 27.** Sobre a Ressonância Magnética (RM), nos casos de lesões nasais e dos seios paranasais, é correto afirmar que:
- a) o contraste é dispensável, independente da lateralidade e localização da lesão.
 - b) em casos de lesões unilaterais não se faz necessário RM.
 - c) é substituída de forma equivalente pela TC de Seios da Face com contraste.
 - d) é útil para avaliar invasão de base de crânio ou órbita.
 - e) a grande quantidade de água nos processos inflamatórios resulta em um aumento de sinal de T1.
- 28.** Os micro-organismos mais frequentemente cultivados nos pacientes com rinossinusite e fibrose císticas são:
- a) *S. pneumoniae*, *S. pyogenes* e *Pseudomonas aeruginosa*.
 - b) *S. aureus*, *H. influenzae* e *Pseudomonas aeruginosa*.
 - c) *S. pneumoniae*, *H. influenzae* e *Pseudomonas aeruginosa*.
 - d) *S. pneumoniae*, *S. aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*.
 - e) *S. aureus*, *H. influenzae* e *S. pyogenes*.
- 29.** O diagnóstico de rinossinusite fúngica invasiva é feito através do exame:
- a) Tomografia computadorizada dos seios paranasais.
 - b) Endoscopia Nasal.
 - c) Cultura de muco ou mucosa para fungo.
 - d) Pesquisa anatomopatológica de invasão vascular pelo fungo na mucosa nasossinusal.
 - e) Ressonância nuclear magnética com contraste dos seios paranasais.
- 30.** O forame que se origina na fossa craniana anterior da base do crânio é:
- a) Forame da artéria etmoidal posterior.
 - b) Forame redondo.
 - c) Forame oval.
 - d) Forame espinhoso.
 - e) Forame magno.
- 31.** Paciente de 25 anos, sexo feminino, chega ao consultório com complicação de rinomodelação com ácido hialurônico (necrose de ponta nasal). A provável estrutura lesada é:
- a) Artéria nasal lateral
 - b) Artéria labial superior
 - c) Artéria columelar
 - d) Artéria angular
 - e) Artéria labial inferior
- 32.** O câncer de tireóide ocorre em 5 a 15 % dos nódulos tireoideanos dependendo de idade, sexo, antecedentes de exposição à radiação, história familiar e outros fatores. Sobre o câncer de tireóide é correto afirmar que:
- a) a taxa de malignidade em nódulo na tireoidite de Hashimoto é menor do que na tireóide normal.
 - b) nódulos hiperecóticos e com aumento de vascularização periférica tendem a ser benignos.
 - c) a dosagem de calcitonina pode auxiliar na detecção de carcinoma folicular em estágios iniciais.
 - d) nódulos "quentes" na cintilografia com iodo radioativo são associados a maior risco de malignidade.
 - e) o tipo mais frequente é o carcinoma folicular.
- 33.** Sobre o estadiamento do câncer de laringe assinale a alternativa correta.
- a) No câncer glótico, o T4a corresponde aos tumores que atingem a cartilagem tireoide, sem ultrapassá-la.
 - b) No T2 glótico a prega vocal se apresenta paralisada.
 - c) N2 corresponde ao acometimento linfonodal uni ou bilateral, sempre menores de 6cm.
 - d) No estágio II tem metástase para linfonodos.
 - e) No T2 subglótico o tumor não se estende até a corda vocal.
- 34.** Praticamente todas as doenças que ocorrem na mucosa oral podem afetar as superfícies mucosas da língua. A língua é um órgão muscular importante para as funções de comunicação, paladar e mastigação, sendo composta basicamente por um músculo esquelético que apresenta complexos movimentos devido a múltiplos músculos arranjados em variadas direções. Em relação as doenças que afetam o órgão, é correto afirmar que:
- a) a glossite migratória benigna tem sua etiologia bem estabelecida e relacionada a deficiências vitamínicas.
 - b) a língua pilosa é uma condição benigna causada por má higiene oral e tabagismo.
 - c) na maioria das vezes a leucoplasia pilosa oral necessita de tratamento específico com antivirais.
 - d) a glossite rombóide mediana tem relação com a infecção pelo vírus Epstein Barr (EBV).
 - e) o pênfigo vulgar é caracterizado por vesículas bolhosas indolores na língua.

35. Sobre o Anel Linfático de Waldeyer (ALW), é correto afirmar que:

- a) sua estrutura única permite respostas rápidas na imunidade (exclusivamente humoral) para desenvolver estimulação imunológica adequada.
- b) o anel compreende a Tonsila Nasofaríngea (TN) ou adenoide, localizada no teto da faringe, um par de Tonsilas Palatinas (TP), posicionadas na orofaringe, e as Tonsilas Linguais (TL), localizadas no terço posterior da língua.
- c) contrastando com outros tecidos linfóides oronasais, as tonsilas palatinas são recobertas com uma cápsula de fáscia bucofaríngea.
- d) as Tonsilas Palatinas possuem quatro compartimentos linfóides especializados: epitélio reticular da cripta, zona do manto do folículo linfóide, área extrafolicular e centro germinativo folicular.
- e) é pouco desenvolvido na infância e aumenta de tamanho no adulto.

36. A língua geográfica é uma inflamação benigna, atingindo 1 a 14% da população, mais frequente em crianças e adultos jovens. Sobre a língua geográfica, é correto afirmar que:

- a) é caracterizada pela descamação de papilas filiformes.
- b) está bem estabelecido que possui caráter hereditário.
- c) a maioria dos casos é sintomática, e estão associadas ao tabagismo.
- d) é necessário tratá-la com géis ou enxaguantes de esteróides.
- e) o tratamento é obrigatório e sua cronicidade está associada à neoplasia de língua.

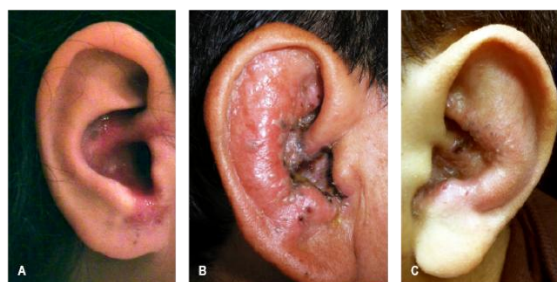
37. A disfunção velofaríngea, pode ser ocasionada por:

- a) alterações estruturais, funcionais e articulatórias.
- b) incompetência ocorre por falta de tecido no palato mole.
- c) insuficiência ocorre por falta de competência muscular.
- d) insuficiência ocorre por maus hábitos fonoarticulatórios.
- e) tem tratamento exclusivamente cirúrgico.

38. Paciente E.R.S., 64 anos, diabético e usuário de insulina (níveis de glicemia média acima de 300mg/dL), consultado no HUBFS com otalgia intensa em orelha direita, há 30 dias. Há 5 dias apresentou paralisia facial em hemiface direita. Não está realizando proteção auricular adequada contra exposição a água e pingou gota tópica indicada na farmácia. Ao exame físico apresentava intensa otalgia a manipulação do pavilhão auricular direito, edema de meato auditivo externo com oclusão quase total da luz do meato, hiperemia e otorreia; paralisia facial direita (grau V – escala de House-Brackmann). Pensando na hipótese de otite externa necrotizante, assinale a alternativa correta.

- a) O principal agente etiológico é o *Staphylococcus aureus*, do grupo dos cocos gram-positivos, frequentemente encontrado em infecções de pele.
- b) A conduta inicial é internação hospitalar, antibioticoterapia parenteral com cobertura para *Pseudomonas aeruginosa* + gota tópica de antibiótico+corticoide por tempo prolongado, tomografia computadorizada de ossos temporais e controle rigoroso da glicemia.
- c) Apesar de relatado pelo paciente, otalgia é um sintoma raro mesmo em casos mais avançados.
- d) A conduta inicial é limpeza local, orientações de proteção auricular adequada e gota tópica de antibiótico+corticoide por 07 dias.
- e) Os adultos jovens e crianças são as faixas etárias mais afetadas pela otite externa necrotizante.

Observe a imagem para responder à questão 39.

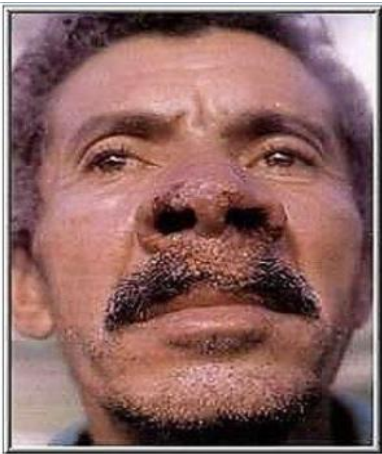


39. Paciente comparece em atendimento ambulatorial com queixa de dor de ouvido direito associado a hipoacusia há 3 dias. Ao exame físico apresentava lesões ulcerocrostosas em pavilhão e conduto com padrão doloroso. Evoluindo com paralisia facial a direita (House Brackman IV). O possível diagnóstico é:

- a) Pericondrite.
- b) Otite externa necrotizante.
- c) Síndrome de Ramsey Hunt.
- d) Paralisia de Bell e otite externa.
- e) Síndrome de Usher.

- 40.** A fissura lábio palatina é uma malformação congênita decorrente da deficiência ou da falta de fusão entre os processos das regiões frontonasal, maxilares e mandibulares, cuja lesão anatomopatológica e sintomas clínicos durante a fonação são, respectivamente:
- a) Laringomalácia e estridor laríngeo.
 - b) O refluxo oro nasal e tosse persistente.
 - c) A insuficiência velofaríngea e rinolalia.
 - d) Distúrbio da deglutição e refluxo oro nasal.
 - e) Refluxo oro nasal e rinolalia.
- 41.** Sobre a anatomia do ouvido, é correto afirmar que:
- a) a parede anterior do conduto auditivo externo tem relação com a fossa média.
 - b) a extremidade medial do conduto externo ósseo é marcada pelo sulco timpânico, onde se insere o nervo corda do tímpano.
 - c) a pele do conduto auditivo externo é fina e apresenta anexos apenas na sua porção cartilaginosa.
 - d) Da inervação sensitiva da orelha externa, não faz parte o nervo vago.
 - e) o ouvido é dividido em duas partes: o ouvido externo e o ouvido interno.
- 42.** Sobre o Linfoma de Tonsilas Palatinas (TP), assinale a alternativa correta:
- a) Raramente causam assimetria entre as TPs.
 - b) Crianças com ronco e apneia há mais de 01 ano são altamente suspeitas para linfoma.
 - c) Odinofagia é o sintoma mais comum.
 - d) O tipo histológico mais comum é o linfoma de Burkitt.
 - e) É raro em crianças.
- 43.** A área de maior resistência do fluxo aéreo nasal é:
- a) Cauda de corneto interior.
 - b) Concha nasal média.
 - c) Osso nasal.
 - d) Válvula nasal.
 - e) Corpo cavernoso do septo nasal.
- 44.** A base de língua é composta pelos seguintes músculos:
- a) genioglosso, palatoglosso, milo-hióideo e hioglosso
 - b) genioglosso, estiloglosso, hioglosso e milo-hióideo
 - c) genioglosso, estiloglosso, palatoglosso e hioglosso
 - d) palatoglosso, estiloglosso, hioglosso e milo-hióideo
 - e) palatoglosso, elevador da língua, hioglosso e milo-hióideo
- 45.** Com relação as manifestações do sono em cada fase da vida, temos variações em quantidade de períodos do sono e a qualidades desses. Durante a adolescência, a manifestação mais comum em relação ao ritmo de sono normal é:
- a) Atraso de fase
 - b) Livre curso
 - c) Jet lag
 - d) Avanço de fase
 - e) Sonambulismo
- 46.** Menino, 3 anos, portador de trissomia do 21, é trazido à consulta otorrinolaringológica pelos pais por roncos desde o nascimento e apneias presenciadas no último ano. Pediatria iniciou corticoide tóxico há 2 meses, sem melhora significativa. Ao exame físico, identificam-se ponte nasal baixa, hipotonia de lábio inferior, macroglossia e tonsilas palatinas grau III de Brodsky. A conduta inicial mais adequada nesse caso é:
- a) Adenotonsilectomia.
 - b) Sonoendoscopia seguida de adenotonsilectomia.
 - c) Polissonografia.
 - d) Ecocardiograma com estimativa da pressão sistólica da artéria pulmonar.
 - e) Fisioterapia fonoterápica.
- 47.** O nervo infraorbitário:
- a) Inerva a região caudal nasal.
 - b) É ramo do VII par.
 - c) É ramo do nervo oftálmico.
 - d) É ramo do V par.
 - e) Emerge diretamente do trigêmeo.
- 48.** A etiologia mais frequente da laringite catarral aguda é:
- a) Viral.
 - b) Bacteriana.
 - c) Fúngica.
 - d) Alérgica.
 - e) Idiopática.

Observe a imagem abaixo para responder à questão 49.



49. Homem, 60 anos, trabalhador rural, refere aparecimento de ferida no nariz há 60 dias, indolor, envolvendo a porção anterior do septo nasal, associada à obstrução nasal e edema endurecido das asas nasais, com pouca secreção. Refere duas feridas na perna direita há 2 anos, de características semelhantes, tratadas ambulatorialmente no HUIBB, por 30 dias, com resolução das lesões. Tem vários animais de estimação em casa, não vacinados, alguns cães com problemas de pele e "manqueira". Exame físico: edema do nariz, com lesão ulcerada indolor, fundo seco e bordas elevadas, com destruição parcial do septo nasal cartilaginoso e desabamento com fibrose da ponta do nariz. Diante do quadro, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- a Sífilis
- b Paracoccidiodomicose
- c Leishmaniose
- d Actinomicose
- e Lepra

50. Paciente do sexo masculino, 60 anos, apresentando queixa de voz soprosa, loudness reduzido e disfagia. Refere dois episódios de pneumonia aspirativa no último ano. Ao exame clínico apresenta movimento de palato e língua normais, disartria leve e tremor de membros superiores ao repouso. Na nasofibroscopia evidencia-se fechamento glótica incompleto com fenda fusiforme à fonação. O diagnóstico mais provável nesse caso é:

- a Presbifonia
- b Esclerose lateral amiotrófica (ELA)
- c Tremor essencial
- d Doença de Parkinson
- e Doença do refluxo gastroesofágico



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2025
Grupo K: Pré-Requisito: Cirurgia Básica ou Cirurgia Geral ou
Otorrinolaringologia
Especialidade: Cirurgia de Cabeça e Pescoço

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	