INSCRIÇÃO	ESCOLA	SALA	LUGAR NA SALA

NOME

ASSINATURA DO CANDIDATO

CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Instruções para a realização da prova

- Esta prova é composta de 80 questões de **MÚLTIPLA ESCOLHA**. Para cada questão, há 4 alternativas, devendo ser marcada apenas uma.
- Assine a folha de respostas com caneta esferográfica preta e transcreva para essa folha as respostas escolhidas.
- Ao marcar o item correto, preencha completamente o campo correspondente, utilizando caneta esferográfica **PRETA**.
- Não deixe nenhuma das questões em branco na folha de respostas.
- A duração total da prova é de 4 horas. **NÃO** haverá tempo adicional para transcrição de gabarito.
- Você somente poderá deixar a sala após 2h do início da prova, podendo levar consigo o CADERNO DE PROVA e o controle de respostas.

CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO														
1		11		21		31		41		51		61		71	
2		12		22		32		42		52		62		72	
3		13		23		33		43		53		63		73	
4		14		24		34		44		54		64		74	
5		15		25		35		45		55		65		75	
6		16		26		36		46		56		66		76	
7		17		27		37		47		57		67		77	
8		18		28		38		48		58		68		78	
9		19		29		39		49		59		69		79	
10		20		30		40		50		60		70		80	

RASCUNHO

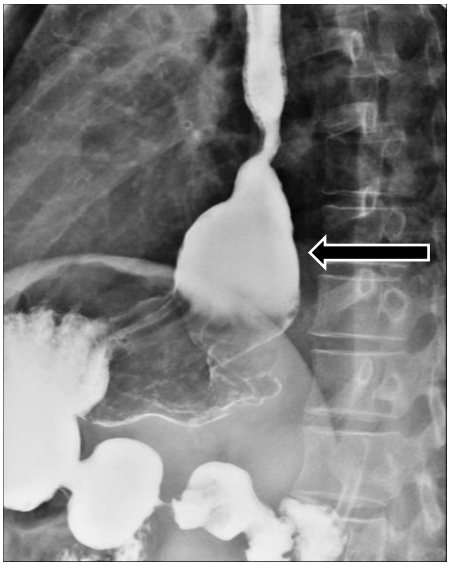
01. CONFORME A FOTOGRAFIA (IMAGEM Q01) DE UMA LAPAROTOMIA, A ARTÉRIA APONTADA NA SETA É:

a) Hepática própria.
b) Hepática direita.
c) Gastroduodenal.
d) Hepática comum.

02. Homem, 22a, foi encaminhado ao Pronto Socorro após ingestão de soda cáustica. Realizou endoscopia digestiva alta: mucosa esofágica apresenta-se acometida em toda a sua extensão, com úlceras múltiplas e profundas de coloração enegrecida, sem se evidenciar ponto de perfuração do órgão. **SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO ENDOSCÓPICA DE ZARGAR *ET AL.*, PROPOSTA EM 1991, A LESÃO CÁUSTICA DESCRITA CLASSIFICA-SE COMO LESÃO DO TIPO:**

a) IIA.
b) IIB.
c) III.
d) IV.

03. BASEADO NO RADIOGRAMA CONTRASTADO (IMAGEM ABAIXO), O PROVÁVEL DIAGNÓSTICO APONTADO PELA SETA É:



a) Megaesôfago.
b) Hérnia de hiato.
c) Úlceras de Cameron.
d) Anel de Schatzki.

04. Homem, 48a, é encaminhado ao Pronto Socorro com queixa de hematêmese há duas horas. Não apresenta outras comorbidades. Exame físico: descorado 2+/4+; PA=110/80mmHg; FC=110bpm; FR=18irpm. Realizada endoscopia digestiva alta: úlcera duodenal Forrest IA, tratada com adrenalina e colocação de clipe. **O ESCORE DE ROCKALL PARA ESTE PACIENTE É:**

a) 1.
b) 2.
c) 3.
d) 4.

05. Homem, 29a, é vítima de explosão de um tanque em usina de etanol. Foi conduzido ao hospital pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, em prancha rígida, colar cervical, intubação orotraqueal, acesso venoso com reposição volêmica e manta térmica. Na sala de emergência apresentava-se: PA=97/59mmHg; FC=131bpm; oximetria de pulso=96% (FiO_2=100%). Exame físico: Intubação orotraqueal sob suporte ventilatório; tórax: sem alterações; abdome: normotenso, sínfise púbica sem alargamento, sem crepitação da pelve. Pele: 45% da superfície corpórea com lesão térmica de segundo e terceiro graus, atingindo face, tórax, abdome e membros superiores. *Focused Assessment with Sonography for Trauma* (FAST) negativo. **NESTE CENÁRIO, A LESÃO TÉRMICA PELA EXPLOSÃO É CLASSIFICADA COMO:**

a) Quaternária.
b) Terciária.
c) Secundária.
d) Primária.

06. A prevenção de hipotermia em um paciente traumatizado é uma preocupação e um cuidado durante o atendimento inicial. **NESTE CENÁRIO, COM A PRESENÇA DE UMA LESÃO TRAUMÁTICA, É CONSIDERADO HIPOTERMIA A TEMPERATURA CORPORAL CENTRAL ABAIXO DE:**

a) 35°C.
b) 35,5°C.
c) 36°C.
d) 36,5°C.

07. No paciente portador de traumatismo cranioencefálico um dos cuidados é a manutenção da pressão de perfusão cerebral (PPC). **A PPC É COMPOSTA PELA EQUAÇÃO:**

a) PAM-PIC.
b) PAS- PVC.
c) PAM-PVC.
d) PAS-PIC.

08. Homem, 34a, motociclista após impacto contra um muro é trazido pelo atendimento pré-hospitalar para um hospital de referência. Na admissão apresentava-se: PA=113/78mmHg; FC=102bpm; FR=16irpm; oximetria de pulso (ar ambiente)=99%. Exame físico: escala de coma de Glasgow=15 pontos; pupilas isofotorreagentes; cabeça/pescoço: sem alterações; tórax: equimose em gradil costal esquerdo posterior; abdome: dor à palpação em flanco/dorso esquerdo, sem irritação peritoneal; sondagem vesical: hematúria macroscópica. Foram realizadas reanimação volêmica e analgesia. A tomografia computadorizada com contraste demonstrou: presença de hematoma subcapsular no rim esquerdo medindo 2cm de espessura, sem extravasamento de contraste, sem lesão do sistema coletor. Foi internado para monitorização dos índices hematimétricos e hemodinâmicos. No terceiro dia de internação, paciente apresenta exame físico inalterado, porém a pressão arterial sistólica (PAS) apresentou medições acima de 180mmHg, sem resposta adequada à terapia medicamentosa. Houve melhora da hematúria, mantendo débito urinário adequado e sem alteração da função renal laboratorial. **NESTE CASO, A ELEVAÇÃO DA PAS ESTÁ RELACIONADA COM:**

a) Rim de Page.
b) Absorção do hematoma.
c) Efeito da analgesia.
d) Síndrome de Cushing.

09. A PROFILAXIA ANTICONVULSIVANTE É INDICADA PARA CRISES CONVULSIVAS PRECOCES EM PACIENTES COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO NAS SEGUINTES SITUAÇÕES:

a) Hematoma subdural agudo; hemorragia subaracnoide.
b) Hematoma epidural; hematoma subdural agudo.
c) Ingesta alcóolica aguda; hematoma subdural agudo.
d) Hemorragia subaracnoide; hematoma epidural.

10. Homem, 46a, apresentou episódios recorrentes de dor típica biliar. A ultrassonografia abdominal não evidenciou cálculos ou lama biliar, e a investigação complementar com tomografia computadorizada e endoscopia digestiva não identificaram alterações estruturais que expliquem os sintomas. A cintilografia hepatobiliar com ácido iminodiacético (HIDA), estimulada por colecistocinina (CCK), demonstrou fração de ejeção da vesícula biliar de 29% em protocolo validado. O paciente foi submetido à colecistectomia, mas permaneceu sintomático. Durante a investigação subsequente, identificou-se ducto biliar comum com 12mm de diâmetro, apresentando aumento adicional do calibre após administração de CCK, além de pressão basal do esfíncter de 47mmHg à manometria e elevação de enzimas canaliculares. **CONSIDERANDO OS PARÂMETROS DO CONSENSO DE ROMA V (2026) E DIANTE DESTES ACHADOS, A INTERPRETAÇÃO CORRETA É:**

a) A fração de ejeção vesicular não preenche critério para discinesia da vesícula biliar, pois valores inferiores a um terço são diagnósticos apenas na presença de cálculos; embora a dilatação ductal sugira disfunção do esfíncter de Oddi, pressão>40mmHg associa-se a menor probabilidade de resposta à terapia endoscópica.
b) Os achados iniciais são compatíveis com discinesia da vesícula biliar e justificam a colecistectomia; diante da persistência dos sintomas, a dilatação ductal e a pressão esfincteriana elevada sustentam disfunção do esfíncter de Oddi, sendo a pressão>40mmHg associada a maior probabilidade de resposta à terapia endoscópica**.**
c) A fração de ejeção vesicular confirma discinesia da vesícula biliar, porém a persistência dos sintomas após colecistectomia torna improvável uma segunda disfunção da árvore biliar; além disso, para sustentar disfunção do esfíncter de Oddi, seria esperada redução do calibre ductal após administração de CCK.
d) Os achados iniciais sugerem, mas não confirmam, discinesia da vesícula biliar, pois a fração de ejeção encontra-se acima do limiar diagnóstico; a associação entre dilatação ductal e pressão esfincteriana elevada favorece esfincteroplastia transduodenal, que apresenta resultados superiores à abordagem endoscópica.

11. Mulher, 41a, previamente hígida, apresenta episódios recorrentes de dor em hipocôndrio direito e icterícia intermitente. A tomografia computadorizada evidencia dilatação da árvore biliar, e a colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) demonstra dilatação fusiforme de toda a via biliar extra-hepática, sem ectasia dos ductos intra-hepáticos. A porção distal do colédoco não é adequadamente caracterizada. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) evidencia união do ducto pancreático com o ducto biliar proximalmente à parede duodenal, formando um canal comum alongado. **COM BASE NOS ACHADOS ANATÔMICOS E COLANGIOGRÁFICOS DESCRITOS, A ESTRATÉGIA CIRÚRGICA ADEQUADA É:**

a) A ressecção deve abranger a porção dilatada, associada à colecistectomia e hepaticojejunostomia em Y de Roux, preservando-se distalmente o segmento de colédoco sem dilatação para reduzir o risco de lesão do ducto pancreático.
b) A ressecção deve alcançar proximalmente a árvore biliar não dilatada, associada à colecistectomia e hepaticojejunostomia em Y de Roux; distalmente, o ducto deve ser seccionado próximo à junção pancreatobiliar, preservando o ducto pancreático.
c) A ressecção completa da malformação, associada à colecistectomia e à reconstrução do trânsito biliar, elimina o epitélio sob risco de transformação neoplásica, evitando o desenvolvimento posterior de malignidade na árvore biliar intra-hepática.
d) A ressecção completa da malformação é preferível aos procedimentos de drenagem interna, devido ao risco de complicações biliares tardias; porém, seu limite proximal deve permanecer no segmento dilatado, preservando a via biliar extra-hepática de calibre normal.

12. Homem, 58a, com antecedente de *bypass* gástrico em Y de Roux há 12 anos, comparece ao ambulatório com queixa de fadiga progressiva, adinamia, lentificação do pensamento e formigamento em pés e mãos há cerca de 3 meses. Teve perda de 88% do excesso de peso (índice de massa corporal [IMC] inicial=48kg/m²; IMC atual=27kg/m²). Nega uso de medicamentos. Exame físico: descorado 2+/4+, anictérico, acianótico, hidratado; língua lisa e eritematosa. Cardiopulmonar sem alterações. Abdome: flácido, indolor à palpação, sem hepatomegalia ou esplenomegalia. Neurológico: orientado, com fala lentificada; marcha preservada; diminuição da sensibilidade vibratória e proprioceptiva e hiperreflexia patelar em membros inferiores. **CONSIDERANDO A FISIOPATOLOGIA DA CIRURGIA BARIÁTRICA REALIZADA E OS ACHADOS CLÍNICOS, A ALTERNATIVA QUE INDICA A PROVÁVEL ETIOLOGIA DAS ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS E O TRATAMENTO INDICADO É:**

a) Deficiência de ferro pela exclusão duodenal e baixa ingesta proteica pós-operatória; administração de ferro endovenoso.
b) Deficiência de tiamina (vitamina B1) devido o desvio do jejuno; administração de tiamina intravenosa em ambiente hospitalar.
c) Deficiência de vitamina B12 devida redução da acidez gástrica e menor produção do fator intrínseco; reposição de cobalamina por via intramuscular.
d) Deficiência de folato pela má absorção severa; conversão cirúrgica do *bypass* para gastroplastia vertical (*sleeve*) e reposição oral de ácido fólico e vitamina D3.

13. Após a realização de *bypass* gástrico em Y de Roux é frequente observar melhora importante e precoce do controle glicêmico, mesmo antes da perda de peso proporcional. **A MELHORA É CAUSADA PRINCIPALMENTE PELA SEGUINTE ALTERAÇÃO INCRETÍNICA:**

a) Elevação da secreção gástrica de grelina.
b) Supressão sustentada do peptídeo YY (PYY).
c) Elevação acentuada nos níveis circulantes de polipeptídeo insulinotrópico dependente de glicose (GIP).
d) Elevação nos níveis do peptídeo semelhante ao glucagon 1 (GLP-1).

14. A fotografia **(IMAGEM Q14)** foi obtida durante uma cirurgia de endarterectomia de carótida. **O NERVO IDENTIFICADO COM A SETA É:**

a) Vago.
b) Hipoglosso.
c) Glossofaríngeo.
d) Laringeo recorrente.

15. Homem, 68a, procura atendimento médico devido dor abdominal em mesogastro há cinco meses, sem relação com alimentação, evacuação ou atividade física. Refere perda ponderal de 5kg no período. Na investigação foi detectado um aneurisma de aorta abdominal medindo 6,5cm de diâmetro transversal, sendo então submetido à cirurgia aberta. O achado intraoperatório é apresentado na fotografia **(IMAGEM Q15)**. **O DIAGNÓSTICO DESTE PACIENTE É:**

a) Arterite de Takayasu.
b) Fístula aortoentérica.
c) Aneurisma inflamatório de aorta.
d) Síndrome de Loeys-Dietz.

16. Homem, 76a, é submetido a correção de aneurisma de artéria poplítea esquerda por acesso posterior sendo que a mesma foi corrigida por um substituto arterial. **NA FOTOGRAFIA DO INTRAOPERATÓRIO (IMAGEM Q16), O TIPO DE PRÓTESE UTILIZADA PARA A CORREÇÃO DESTE ANEURISMA É DE:**

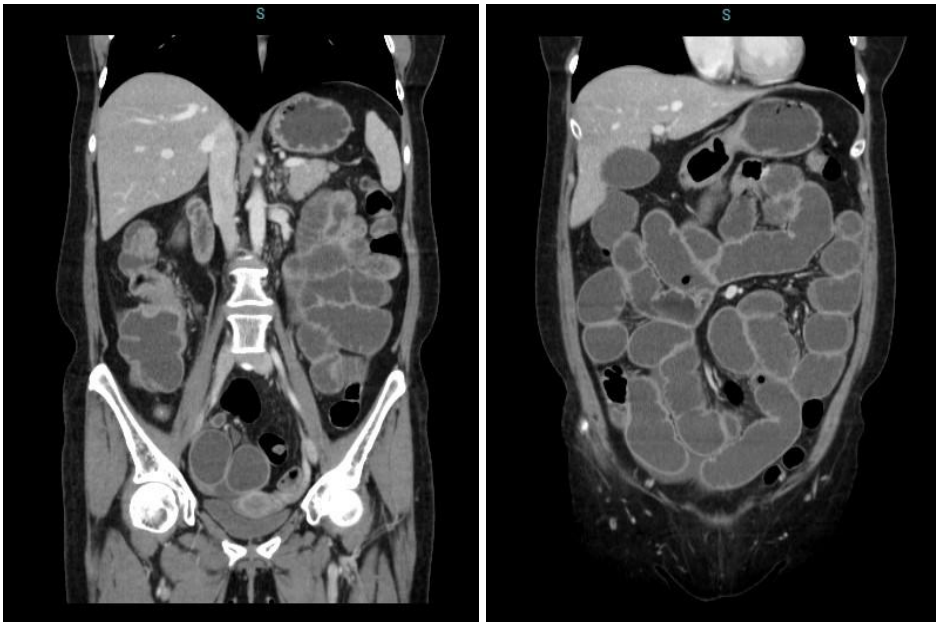
a) Politetrafluoroetileno expandido.
b) Poliéster trançado.
c) Pericárdio bovino.
d) Veia umbilical reforçada com malha de poliéster.

17. Mulher, 79a, procurou atendimento médico devido ter apresentado ao acordar e se levantar da cama, dor súbita em coxa e perna esquerdas. A dor é contínua, piora com a posição ortostática e à deambulação, sendo acompanhada de edema e descoloração do membro **(IMAGEM ABAIXO). O EXAME INDICADO PARA CONFIRMAÇÃO DA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA NESTA PACIENTE É:**



a) Avaliação do índice tornozelo-braço com o Doppler.
b) Dosagem sanguínea de dímero-D.
c) Avaliação do tempo e atividade da protrombina.
d) Ultrassonografia vascular com Doppler.

18. Homem, 36a, procurou o Pronto Socorro referindo constipação intestinal há três meses, com piora no último mês. Há dois dias refere parada de eliminação de flatos e fezes, associada a distensão abdominal. Nega doenças prévias relevantes ou cirurgias abdominais. Realizou tomografia computadorizada de abdome **(IMAGEM ABAIXO).**



EM RELAÇÃO AO QUADRO CLÍNICO E RADIOLÓGICO, PODE-SE AFIRMAR QUE:

a) Trata-se de um quadro de obstrução intestinal em alça fechada.
b) A principal suspeita diagnóstica é obstrução intestinal por bridas.
c) O quadro clínico e achado radiológico sugerem neoplasia intestinal.
d) O diagnóstico provável é doença de Crohn devido idade do paciente.

19. Uma das classificações atualmente utilizadas na doença de Crohn é a Classificação de Montreal.

EM RELAÇÃO A ESTA CLASSIFICAÇÃO, PODE-SE AFIRMAR QUE:

a) O modificador “p” significa a ocorrência de doença perianal.
b) A classificação L3 significa uma doença de localização colônica.
c) A classificação B2 significa doença de comportamento penetrante.
d) A classificação A3 significa que o paciente tem mais de 30 anos.

20. Paciente de 28a foi submetido a colectomia total e anastomose ileorretal devido polipose adenomatosa familiar (PAF). Após dois anos da cirurgia evoluiu com dor e distensão abdominal, sendo submetido a laparotomia. A **IMAGEM Q20** mostra: achado da tomografia computadorizada de abdome (A) o achado intraoperatório (B) e o espécime cirúrgico (C).

PODE-SE AFIRMAR QUE ESTAS LESÕES SÃO:

a) Tumores bastante raros e originados das células intersticiais de Cajal.
b) Encontrados em aproximadamente 3% a 5% dos pacientes com PAF.
c) Localmente invasivas, podendo causar também obstrução ureteral.
d) Bem responsivos ao tratamento associando quimioterapia e radioterapia.

21. A doença hemorroidária é uma doença comum na população em geral, cujas principais complicações são sangramento, prolapso e trombose. **AS LOCALIZAÇÕES MAIS FREQUENTES DESTES MAMILOS HEMORROIDÁRIOS SÃO:**

a) Anterior, quadrante posterior direito, quadrante anterior esquerdo
b) Quadrante anterior esquerdo, quadrante posterior esquerdo e lateral esquerdo.
c) Posterior, quadrante anterior direito e quadrante posterior esquerdo.
d) Quadrante anterior direito, quadrante posterior direito e lateral esquerdo.

22. O magnésio é um íon importante que atua como cofator em centenas de reações enzimáticas, especialmente naquelas que envolvem a adenosina trifosfato. **A RESPEITO DESTE ÍON, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a) O magnésio é um cátion divalente (Mg^{2+}) predominantemente localizado no compartimento extracelular.
b) Hipomagnesemia raramente está associada a outros distúrbios eletrolíticos, tais como hipocalemia e/ou hipocalcemia.
c) As alterações no eletrocardiograma observadas na hipomagnesemia são semelhantes aqueles que ocorrem na hipercalemia.
d) Na sua reposição intravenosa, preconiza-se a administração em *bolus* seguida de infusão contínua.

23. Homem, 58a, internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido a choque séptico de foco pulmonar com evolução clínica satisfatória, encontra-se em fase de desmame ventilatório, atualmente em modo pressão de suporte. Durante a visita multidisciplinar, o paciente apresenta-se ansioso e discretamente assíncrono com o ventilador, com escala de agitação-sedação de Richmond (RASS= +1). Visando a continuidade do desmame ventilatório, a equipe médica decide instituir um esquema de sedação leve (alvo RASS=0 a -2). **CONSIDERANDO A FARMACOLOGIA DOS SEDATIVOS COMUMENTE UTILIZADOS NA UTI E AS DIRETRIZES ATUAIS, A CONDUTA É INICIAR A INFUSÃO:**

a) Contínua de dexmedetomidina, pois atua como agonista alfa-2 adrenérgico altamente seletivo, promovendo sedação leve e cooperativa sem causar depressão do ciclo respiratório.
b) Contínua de propofol, pois por ser um modulador do receptor GABA-A, melhora a sincronia em *Pressure Support Ventilation* (PSV) e é o sedativo de escolha para preservar a arquitetura do sono e o ciclo respiratório.
c) Em *bolus* intermitentes de midazolam conforme demanda, pois a estratégia de sedação intermitente com benzodiazepínicos previne episódios de *delirium* e evita o acúmulo de metabólitos ativos que ocorre na infusão contínua.
d) Contínua de quetamina em dose anestésica isolada, visando o bloqueio de receptores N-metil-D-aspartato para suprimir reflexos de tosse e garantir o repouso completo da musculatura respiratória em PSV.

24. Mulher, 67a, encontra-se no 5º dia de pós-operatório de ressecção ampla de sarcoma em membro inferior direito, mantida sob ventilação mecânica invasiva. Inicia quadro de febre, aumento da secreção traqueal, piora dos parâmetros ventilatórios e instabilidade hemodinâmica. O radiograma de tórax mostra um novo infiltrado alveolar em base direita. **A RESPEITO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV), PODE-SE AFIRMAR:**

a) O principal mecanismo patogênico para o desenvolvimento da PAV é a colonização e a formação de biofilme na superfície interna do tubo orotraqueal.
b) A elevação da cabeceira da cama, a interrupção diária de sedação e a realização de testes de respiração espontânea são os mais benéficos dentro dos "*bundles*" de prevenção da PAV.
c) O *Clinical Pulmonary Infection Score* (CPIS) é considerado o padrão-ouro para diagnóstico da PAV, já que a presença de bactérias nas vias aéreas inferiores de pacientes intubados não é suficiente para o diagnóstico.
d) A administração intravenosa de antibióticos para PAV apresenta diversas limitações, incluindo a baixa penetração pulmonar. Assim, a coadministração de antibióticos via nebulização é uma alternativa recomendada.

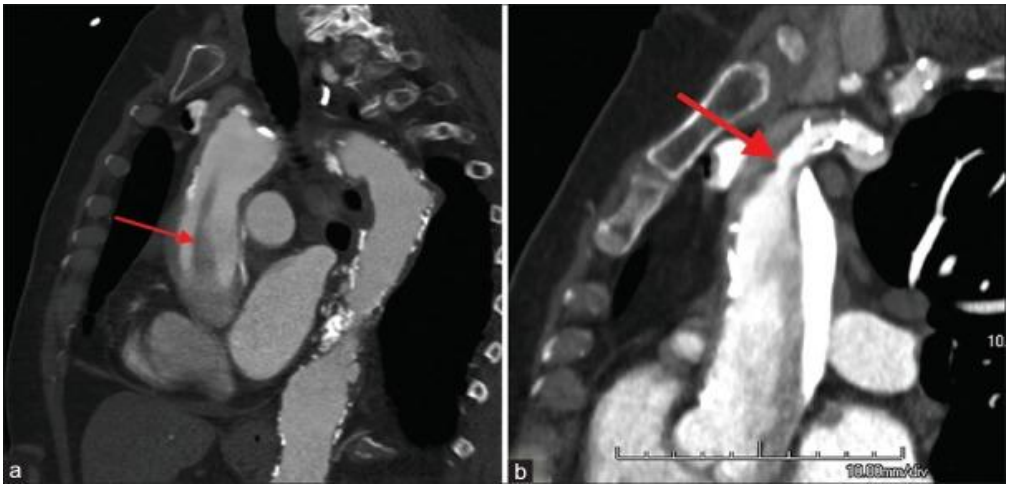
25. Homem, 64a, se encontra no 2º pós-operatório de retossigmoidectomia com fechamento do reto e colostomia terminal devido diverticulite perfurada. Encontra-se sob ventilação mecânica, sedoanalgesia e noradrenalina em baixas doses. Evolui com oliguria progressiva e elevação rápida de escórias nitrogenadas, preenchendo critérios para injúria renal aguda, KDIGO estágio 3, sem sinais clínicos de congestão pulmonar. Gasometria arterial: potássio=4,9mEq/L; pH=7,35; pO_2=88mmHg; pCO_2=32mmHg; Bicarbonato=22mEq/L; Excesso de base= -2,0mEq/L; lactato=1,6mmol/L. **CONSIDERANDO OS PRINCÍPIOS FISIOPATOLÓGICOS E AS RECOMENDAÇÕES ATUAIS PARA O MANEJO DA TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL (TSR) EM PACIENTES GRAVES, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a) Na ausência de indicações de urgência (hipercalemia refratária ou congestão pulmonar), o acompanhamento clínico inicial é seguro, reduz a necessidade de TSR e o risco de dependência dialítica em longo prazo.
b) A TSR contínua (hemofiltração) é a modalidade de escolha para este paciente, pois demonstrou superioridade na redução da mortalidade hospitalar em comparação com a hemodiálise intermitente convencional.
c) O uso rotineiro de diuréticos de alça (furosemida) está indicado durante a diálise para acelerar a recuperação da função renal e reduzir o tempo total de dependência do suporte dialítico.
d) A queda progressiva dos níveis séricos de ureia e creatinina durante o tratamento dialítico é o parâmetro mais confiável para confirmar a recuperação da função renal e indicar a suspensão segura da TSR.

26. Mulher, 65a, no 2º pós-operatório de revascularização do miocárdio, evolui com disfunção ventricular esquerda grave e sinais de hipoperfusão sistêmica característicos de choque cardiogênico. A equipe médica decide iniciar suporte inotrópico com dobutamina. **CONSIDERANDO OS EFEITOS HEMODINÂMICOS DESTE FÁRMACO, PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) É um agonista adrenérgico idêntico à dobutamina endógena, substância sintetizada naturalmente pela medula adrenal.
b) Ativa exclusivamente receptores adrenérgicos beta-1, mecanismo responsável por seus efeitos inotrópicos e cronotrópicos.
c) A hipotensão por redução do tônus vascular mediada por receptores beta-2 é um efeito colateral potencial da dobutamina.
d) Age aumentando a concentração intracelular de cálcio por meio da inibição da enzima fosfodiesterase.

27. Homem, 58a, apresenta dor torácica súbita, assimetria de pulsos e insuficiência aórtica importante. A angiotomografia mostra dissecção envolvendo raiz, aorta ascendente e arco, com extensão para a aorta descendente. Durante a avaliação pré-operatória, identifica-se hemopericárdio com tamponamento. **A CONDUTA É:**

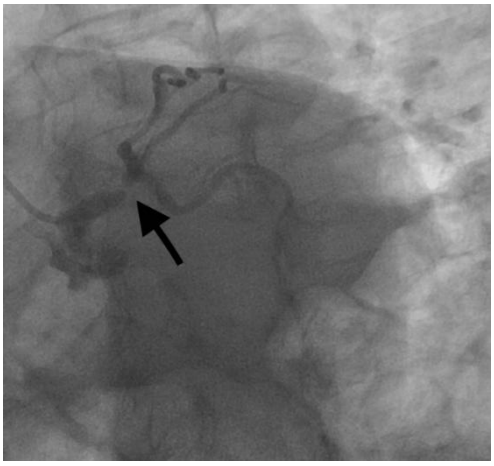


a) Drenagem pericárdica ampla antes da transferência ao centro cirúrgico e reposição volêmica agressiva.
b) Controle clínico da pressão com uso de nitroprussiato de sódio e repetir a tomografia após seis horas.
c) Cirurgia minimamente invasiva com uso de endoprótese na aorta descendente como primeiro procedimento.
d) Cirurgia emergencial, drenagem pericárdica lenta se colapso refratário antes do controle aórtico.

28. Homem, 47a, com bioprótese aórtica implantada há quatro anos, apresenta febre persistente e bacteremia por *Staphylococcus aureus*. Ecocardiograma transesofágico: deiscência parcial da prótese, regurgitação paravalvar acentuada e abscesso do anel com extensão para a fibrosa intervalvar mitroaórtica. **A CONDUTA É:**

a) Antibioticoterapia por seis semanas, cirurgia se culturas permanecerem positivas.
b) Cirurgia precoce, retirada do material infectado, desbridamento e reconstrução.
c) Fechamento percutâneo da deiscência após sete dias de antibioticoterapia.
d) Implante transcateter *valve-in-valve* dentro da prótese comprometida.

29. Homem, 67a, diabético, apresenta angina aos mínimos esforços. Ecocardiograma: fração de ejeção de 45%. Cineangiocoronariografia: lesão distal do tronco da coronária esquerda envolvendo descendente anterior e circunflexa, associada a doença difusa da coronária direita **(IMAGEM ABAIXO)**. Escore SYNTAX=38.



A ESTRATÉGIA MAIS CONSISTENTE É:

a) Tratamento clínico isolado uma vez que a função ventricular não se encontra gravemente reduzida.
b) Angioplastia do tronco de coronária esquerda com técnica de dois *stents*, independentemente da complexidade anatômica.
c) Revascularização cirúrgica, preferencialmente com artéria torácica interna para a descendente anterior.
d) Angioplastia da coronária direita sem uso de *stents* e nova cineangiocoronariografia em seis meses para reavaliar o tronco de coronária esquerda.

30. Após revascularização miocárdica, poucos minutos depois do início da protamina, o paciente desenvolve hipotensão profunda, aumento súbito da pressão pulmonar, dilatação importante do ventrículo direito (VD) e queda do enchimento ventricular esquerdo. **A CONDUTA INICIAL É:**

a) Iniciar drogas vasoativas e administrar nova dose de protamina para neutralização completa da heparina.
b) Interromper a protamina, tratar a falência do VD, considerar retorno imediato à circulação extracorpórea.
c) Administrar volume com uso de soluções balanceadas, pois o mecanismo predominante é hipovolemia.
d) Inserir balão intra-aórtico por acesso em artéria femoral esquerda, antes de qualquer outra intervenção.

31. Homem, 66a, sem comorbidades e com expectativa de vida superior a 10 anos, apresenta *Prostate-Specific Antigen* (PSA) de 5,6ng/mL. A biópsia prostática demonstra adenocarcinoma acinar *International Society of Urological Pathology* (ISUP) *Grade Group*1 (Gleason 3+3), de pequena extensão. O estadiamento clínico é cT1cN0M0. Opta-se por uma estratégia conservadora, com possibilidade de tratamento curativo caso sejam identificados sinais de progressão. **A ESTRATÉGIA CORRESPONDENTE A ESTA ABORDAGEM É:**

a) *Watchful waiting*, com tratamento paliativo se houver progressão da doença.
b) Privação androgênica intermitente até demonstração de progressão da doença.
c) Observação sem necessidade de monitorização programada enquanto o paciente permanecer assintomático.
d) Vigilância ativa, com acompanhamento estruturado e tratamento curativo se progressão da doença.

32. Homem, 29a, apresenta nódulo no testículo esquerdo, indolor, com volume de 1,5cm^3 e características ultrassonográficas altamente suspeitas para tumor. **A CONDUTA É:**

a) Biópsia transescrotal da lesão para confirmação do tipo histológico.
b) Orquiectomia radical por via inguinal com ligadura alta do cordão espermático.
c) Orquiectomia por via escrotal, associada com quimioterapia adjuvante.
d) Quimioterapia e radioterapia neoadjuvante, seguida de tratamento cirúrgico.

33. Homem, 68a, apresenta sintomas do trato urinário inferior moderados a intensos. *International Prostate Symptom Score* (IPSS)=20; volume prostático=60cm^3; *Prostate-Specific Antigen* (PSA)=3,2ng/mL; resíduo pós-miccional=90ml e fluxo urinário máximo reduzido. Não apresenta indicação absoluta de tratamento cirúrgico, considerando-se tratamento farmacológico em longo prazo. **PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) Os alfa-1-bloqueadores proporcionam melhora sintomática rápida e, com tratamento prolongado, reduzem o volume prostático e o risco de retenção urinária aguda.
b) Os inibidores da 5-alfa-redutase apresentam início de ação rápido e são superiores aos alfa-1-bloqueadores para melhora dos sintomas nas primeiras semanas de tratamento.
c) A associação entre alfa-1-bloqueador e inibidor da 5-alfa-redutase pode melhorar sintomas e reduzir o risco de progressão, retenção urinária e necessidade de cirurgia.
d) A redução do PSA produzida pelos inibidores da 5-alfa-redutase ocorre sem redução significativa do volume prostático.

34. Mulher, 30a, sexualmente ativa, apresentou cinco episódios de cistite nos últimos 12 meses, documentados por urocultura, e relação temporal consistente com relações sexuais. Não está grávida, não apresenta alterações anatômicas do trato urinário e permanece assintomática entre os episódios. Sem resposta às medidas comportamentais e estratégias não antimicrobianas. **A CONDUTA MAIS ADEQUADA PARA REDUZIR AS RECORRÊNCIAS NESTE CASO É:**

a) Profilaxia antimicrobiana após relação sexual.
b) Profilaxia antimicrobiana aleatória por três meses.
c) Urocultura periódica entre os episódios, com tratamento direcionado.
d) Antibioticoterapia após cada relação sexual, se urocultura positiva.

35. A principal razão da elevada mortalidade das infecções necrosantes de partes moles é o retardo no diagnóstico. **SOBRE O RECONHECIMENTO CLÍNICO DESTAS, PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) Crepitação, coloração violácea da pele, necrose cutânea e bolhas são achados sensíveis, presentes em mais de 90% dos casos.
b) Escore *Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis* (LRINEC) inferior a seis pontos permite excluir o diagnóstico com segurança.
c) Eritema, calor e dor estão presentes em cerca de 90% dos casos, mas não distinguem a infecção necrosante de uma celulite.
d) A ausência de gás em partes moles no radiograma ou na tomografia computadorizada afasta o diagnóstico.

36. Mulher, 52a, apresenta lesão ulcerovegetante medindo 3cm sobre cicatriz de queimadura extensa em antebraço direito, ocorrida na infância. Foi tratada à época apenas com curativos. A lesão surgiu há oito meses e vem crescendo. **SOBRE ESTA CONDIÇÃO, PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) O tipo histológico mais frequentemente associado à cicatriz de queimaduras é o carcinoma basocelular.
b) Sua prevenção baseia-se na excisão precoce e enxertia das queimaduras profundas.
c) Apresenta comportamento biológico menos agressivo que o carcinoma espinocelular convencional.
d) A biópsia diagnóstica deve ser colhida no centro da úlcera, onde a celularidade tumoral é maior.

37. Homem, 28a, eletricista, sofre choque por rede de alta tensão. Refere dor intensa no antebraço direito e urina de coloração escura. Exame físico: consciente e orientado, hemodinamicamente estável. Presença de lesão cutânea de 3% da superfície corporal na mão direita (entrada) e no pé esquerdo (saída). **EM RELAÇÃO A REPOSIÇÃO VOLÊMICA DESTE PACIENTE, É CORRETO AFIRMAR QUE DEVE:**

a) Ser realizada com volumes superiores ao previsto pela área cutânea, pois a lesão é profunda e não estimável.
b) Seguir a fórmula de Parkland, calculada sobre a superfície cutânea queimada visível, multiplicado por dois.
c) Ser restritiva, associada a diurético de alça, para evitar sobrecarga volêmica, edema de reperfusão e pulmonar.
d) Ser postergada em decorrência da pequena extensão cutânea, caracterizando lesão de baixa gravidade.

38. Mulher, 61a, foi submetida a mastectomia e radioterapia adjuvante há três anos. Apresenta há cinco meses na parede torácica irradiada, uma lesão de 4cm no maior eixo, sem sinais de infecção, que não apresenta sinais de melhora apesar de curativos adequados. **SOBRE O COMPORTAMENTO DO TECIDO IRRADIADO NESTE CONTEXTO, É CORRETO AFIRMAR:**

a) Trata-se de efeito transitório, sendo esperada a recuperação da capacidade de remodelamento tecidual.
b) O prejuízo decorre principalmente de hipoalbuminemia e hipovitaminose induzidas pela radioterapia.
c) A ausência de cicatrização caracteriza infecção subclínica, devendo-se instituir antibioticoterapia sistêmica empírica.
d) Há perda da capacidade de remodelamento, instalando-se fibrose reativa autoperpetuada.

39. EM RELAÇÃO À FISIOPATOLOGIA DO PNEUMOPERITÔNEO COM GÁS CARBÔNICO (CO_2) NA VIDEOLAPAROSCOPIA, PODE-SE AFIRMAR QUE:

a) O CO_2 é altamente hidrossolúvel e transportado pelo plasma sanguíneo.

b) Aumenta a pré-carga, diminui a pós-carga, ocasiona oliguria e hipercarbia.

c) $CO_2 + H_2O = H_2CO^3 = H^- + HCO^{3+}$ (solução tampão de ácido carbônico).

d) O rim é o principal responsável pela retenção aguda do bicarbonato para manter o pH estável.

40. Este radiograma contrastado foi realizado em um recém-nascido a termo, com 12 horas de vida e peso=2.800g.



EM RELAÇÃO AO CASO, PODE-SE AFIRMAR QUE:

a) Está demonstrado uma estenose esofágica, pois existe ar no estômago.

b) Radiograma é compatível com atresia de esôfago sem fístula traqueoesofágica.

c) O tratamento inicial é a esofagostomia e gastrostomia.

d) A conduta é a ligadura da fístula traqueoesofágica e anastomose esofágica.

41. Esta criança apresenta uma condição rara que acomete vários sistemas e órgãos **(IMAGEM Q41). O SISTEMA QUE SE ENCONTRA ACOMETIDO E O ACHADO NESTA SÍNDROME SÃO:**

a) Reprodutor com anorquia.

b) Urinário com hidronefrose.

c) Osteomuscular com hipertrofia da parede abdominal.

d) Gastrointestinal com megacólon.

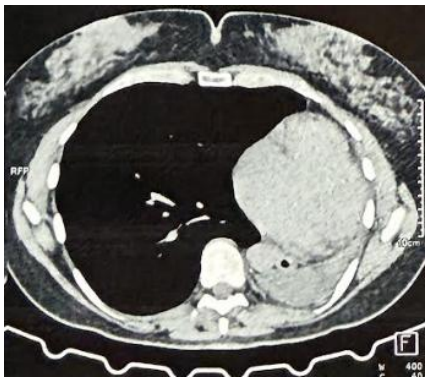
42. Recém-nascido com 36 semanas e peso=2.200g apresenta este defeito abdominal de 8cm de diâmetro **(IMAGEM Q42). PODEMOS AFIRMAR QUE:**

a) Esta malformação é benigna e raramente associada à alteração genética.
b) É possível a redução das alças e órgãos e fechamento estagiado da parede.
c) O tratamento fetal pode ser realizado com 28 semanas de gestação.
d) A utilização de toxina botulínica por 6 meses facilita o fechamento da parede.

43. Homem, 66a, apresenta lesão em lobo superior esquerdo medindo 2,7x2,5cm, cuja biópsia confirmou tratar-se de um adenocarcinoma primário do pulmão e com *Standardized Uptake Value* (SUV)=11,3. Apresenta linfonodomegalia hilar homolateral. **SOB A PERSPECTIVA ONCOLÓGICA, A CONDUTA ADEQUADA É:**

a) Lobectomia superior esquerda e linfadenectomia mediastinal.
b) Quimioterapia e radioterapia.
c) Mediastinoscopia.
d) Imunoterapia.

44. Mulher, 56a, com antecedente de pneumonectomia esquerda há um ano, apresenta queixa de dispneia progressiva, sibilância e tosse persistente nos últimos 2 meses. Submetida a tomografia computadorizada de tórax (**IMAGEM ABAIXO**).



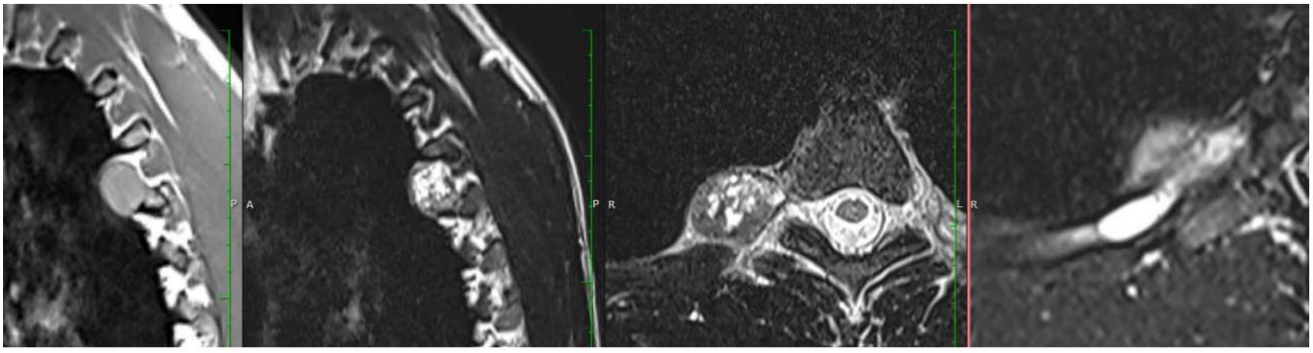
BASEADO NO QUADRO CLÍNICO E NA IMAGEM, A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

a) Atelectasia pulmonar total.
b) Empiema pleural tardio.
c) Síndrome pós-pneumonectomia.
d) Asma brônquica.

45. Homem, 62a, foi submetido a toracocentese para alívio de volumoso derrame pleural crônico, com drenagem imediata de 1.800ml de líquido citrino. Cerca de 30 minutos após o procedimento, o paciente evolui com tosse persistente, dispneia intensa e expectoração rosada. O radiograma de tórax revelou opacidades alveolares no pulmão ipsilateral. **O MECANISMO QUE JUSTIFICA ESTE QUADRO CLINICO É:**

a) Falência ventricular direita.
b) Edema de re-expansão.
c) Perfuração pulmonar com fístula broncopleural.
d) Edema pulmonar por pressão positiva.

46. Homem, 20a, em investigação de síndrome do desfiladeiro torácico foi submetido a uma angioressonância de plexo braquial e teve como achado incidental uma formação nodular sólida no mediastino posterior, localizada no quarto espaço intercostal direito, próxima do forame neural, medindo 26mm×22mm×15mm (**IMAGEM ABAIXO**).



A PROVÁVEL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

a) Neurinoma.
b) Timoma.
c) Hérnia de Bochdalek.
d) Meningocele.

47. Mulher, 28a, sem hepatopatia prévia, é admitida com insuficiência hepática aguda por intoxicação por paracetamol. Evolui com encefalopatia grau III, creatinina de 4,1mg/dL e RNI de 7,2. Após reanimação volêmica, o pH arterial é 7,34. **EM RELAÇÃO À INDICAÇÃO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO, É CORRETO AFIRMAR QUE:**

a) A paciente não preenche critérios de mau prognóstico, pois o pH arterial é superior a 7,30.
b) A decisão deve ser adiada até o *Model End-Stage Liver Disease* (MELD) ultrapassar 40, pois o MELD substituiu os critérios específicos de insuficiência hepática aguda.
c) A presença de encefalopatia grau III contraindica transplante hepático pelo risco de edema cerebral irreversível.
d) A paciente preenche critérios de *King's College* para intoxicação por paracetamol e deve ser indicada com urgência para transplante, mantendo-se o tratamento intensivo e a N-acetilcisteína.

48. Homem, 36a, assintomático e sem antecedente de hepatopatia crônica, apresenta achado incidental de lesão hepática medindo 3,8cm na ultrassonografia de rotina. Realizada ressonância magnética nuclear com contraste hepatobiliar: lesão compatível com adenoma hepatocelular, sem sinais de rotura ou transformação maligna. **A CONDUTA ADEQUADA É:**

a) Acompanhamento com ressonância magnética nuclear com contraste hepatobiliar anual, uma vez que a lesão tem diâmetro inferior a 5cm.
b) Embolização arterial eletiva, independentemente da presença de sangramento, para reduzir a lesão.
c) Ressecção cirúrgica, pois adenoma hepatocelular em homens possui indicação de tratamento cirúrgico independentemente do tamanho.
d) Biópsia percutânea obrigatória e tratamento cirúrgico se houver mutação de *Hepatocyte Nuclear Factor* (HNF)1A.

49. Homem, 58a, com cirrose hepática alcoólica, Child-Pugh C10, é admitido no Pronto Socorro com hematêmese e instabilidade hemodinâmica. Realizada reposição volêmica e passagem de balão de Sengstaken-Blakemore; iniciada droga vasoativa e antibioticoprofilaxia. Após estabilização hemodinâmica, foi realizada endoscopia digestiva alta que demonstrou sangramento ativo por varizes esofágicas, controlado por ligadura elástica. Paciente não apresenta insuficiência cardíaca direita, hipertensão pulmonar grave ou sepse. **A ESTRATÉGIA MAIS EFICAZ PARA REDUZIR FALHA DO TRATAMENTO E RESSANGRAMENTO NESTE PACIENTE É:**

a) Manter tratamento farmacológico e programar nova ligadura endoscópica em 2 a 4 semanas, e após, mensalmente até erradicação das varizes.
b) Indicar *Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt* (TIPS) preemptivo com *stent* recoberto, preferencialmente nas primeiras 24 horas e dentro de até 72 horas após o episódio hemorrágico.
c) Manter balão de Sengstaken-Blakemore por 24 horas, mesmo após controle endoscópico do sangramento, para prevenir ressangramento.
d) Indicar derivação portocava cirúrgica imediata como tratamento de escolha após o primeiro episódio de sangramento.

50. Homem, 62a, portador de cirrose por hepatite C tratada, Child-Pugh A5 e MELD 9, apresenta nódulo único de 2,6cm no segmento VI, com hipercaptação arterial e *washout*, classificado como LI-RADS 5. Não há invasão vascular nem doença extra-hepática. O paciente apresenta plaquetas de 72.000/mm³, esplenomegalia e varizes esofágicas. **CONSIDERANDO TRATAMENTO DE INTENÇÃO CURATIVA, A CONDUTA ADEQUADA É:**

a) Ressecção hepática anatômica, pois o paciente é Child-Pugh A e apresenta lesão única, seguido de quimioterapia adjuvante.
b) Quimioembolização como tratamento definitivo, sem necessidade de ressecção cirúrgica ou de avaliação para transplante hepático.
c) Avaliação e listagem para transplante hepático, por apresentar carcinoma inicial dentro dos critérios de Milão associado a hipertensão portal significativa.
d) Biópsia percutânea obrigatória antes de qualquer tratamento, mesmo com padrão radiológico típico em fígado cirrótico.

51. A biópsia de linfonodo sentinela (BLS) no melanoma cutâneo é o método mais preciso para identificar micrometástases lineares e orientar o estadiamento do paciente. **QUANTO A REALIZAÇÃO DA BLS, É CORRETO AFIRMAR QUE:**

a) Baseia-se principalmente na espessura do tumor (Índice de Breslow) e na presença de fatores de riscos anatomopatológicos.
b) É indicada se índice de Breslow maior que 1mm nos pacientes com linfonodos clinicamente aumentados ou suspeitos no exame físico e exames de imagem.
c) Não é indicada em casos de Breslow menor de 0,8mm, índice mitótico elevado (ex: ≥2 mitoses/mm²) e com invasão angiolinfática ou perineural.
d) É indicada caso de melanomas *in situ* restritos a epiderme na região de cabeça e pescoço.

52. A ocorrência de um segundo tumor primário na região de cabeça e pescoço deve ser pesquisada pois esta ocorrência não é incomum, devido a dois principais agentes carcinógenos nestes doentes (álcool e fumo). **PARA O DIAGNÓSTICO DE UM SEGUNDO TUMOR PRIMÁRIO, OS SEGUINTES EXAMES DEVEM SER REALIZADOS:**

a) Endoscopia digestiva alta (EDA), tomografia computadorizada (TC) de crânio, ressonância magnética nuclear (RMN) de cabeça e pescoço.
b) Nasofaringolaringoscopia (NFL), EDA, TC de cabeça e pescoço, TC de tórax.
c) NFL, EDA, radiograma de seios da face, TC de crânio, RMN de cabeça e pescoço.
d) EDA, TC de crânio, RMN de cabeça e pescoço, radiograma de seios da face.

53. Entre os tumores benignos dos nervos periféricos, um grupo específico origina-se das células de Schwann (schwannomas). **NA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO ESTES TUMORES:**

a) Caracterizam-se pela presença de áreas hipocelulares específicas, conhecidas como áreas Antoni B, C ou D e ainda por áreas mais densas.
b) São neoplasias frequentes, geralmente apresentando-se como lesões múltiplas e não encapsuladas.
c) Podem ocorrer frequentemente dentro dos ossos da face, causando sintomas geralmente dolorosos.
d) Quando ocorrem nesta região, podem estar associados à doença de Von Recklinghausen.

54. O carcinoma medular de tireoide (CMT) origina-se nas células parafoliculares e representa 3% a 4% das neoplasias malignas que afetam esta glândula. **QUANTO A ESTA NEOPLASIA É CORRETO AFIRMAR:**

a) Deve-se suspeitar em caso de nódulos tireoidianos associados a histórico familiar de CMT, feocromocitoma e/ou hiperparatireoidismo.
b) Aproximadamente 75% destes casos são hereditários, portanto, decorrentes de mutações ativadoras no proto-oncogene (RET).
c) CMT diagnosticado por dosagem da tireoglobulina no aspirado de nódulo suspeito é um método que deveria ser rotineiro em casos suspeitos.
d) A cirurgia, quando associada à quimioterapia adjuvante é curativa, mesmo para aqueles casos com doença metastática.

55. NA FIGURA (IMAGEM Q55), OS NÚMEROS 1, 2, 3 E 4 CORRESPONDEM RESPECTIVAMENTE A:

a) Paratireoide, nervo vago, jugular externa, carótida comum.
b) Tireoide, nervo vago, jugular interna, carótida externa.
c) Paratireoide, nervo recorrente, jugular interna, carótida comum.
d) Tireoide, nervo recorrente, jugular externa, carótida externa.

56. Homem, 47a, assintomático, apresenta nódulo cervical, medindo 25mm no maior eixo, no nível II, à direita. Nega etilismo e tabagismo. A principal suspeita para este paciente é se tratar de carcinoma epidermoide em mucosa de cabeça e pescoço com metástase cervical. **SENDO ASSIM, É CORRETO AFIRMAR:**

a) Em caso de teste molecular *Human Papillomavirus* (HPV) positivo o prognóstico é significativamente pior.
b) A provável localização do tumor primário deve ser na rinofaringe.
c) O tratamento cirúrgico deve ter prioridade nestes tipos de neoplasia.
d) Teste imuno-histoquímico para verificar a proteína p16 é de suma importância.

57. O câncer de lábio apresenta uma epidemiologia global peculiar. Altas taxas de incidência são relatadas em regiões das Américas, Europa e Oceania, enquanto a doença é praticamente desconhecida em partes da Ásia. **SOBRE ESTA DOENÇA É CORRETO AFIRMAR:**

a) Fatores na etiologia do câncer de lábio incluem radiação solar, tabagismo e vírus; no entanto, a etiologia e a patogênese desta doença estão longe de estar plenamente estabelecidas.
b) Essas taxas elevadas são geralmente atribuídas a pouca exposição à radiação solar nessas localidades.
c) A incidência de câncer de lábio está aumentando entre os homens em todo o mundo, explicando a grande diferença de incidência entre as diferentes regiões geográficas.
d) Grande parte das informações sobre fatores de risco importantes na patogênese do câncer de lábio baseia-se em estudos de séries de casos e de evidências epidemiológicas, sendo raras naquelas regiões.

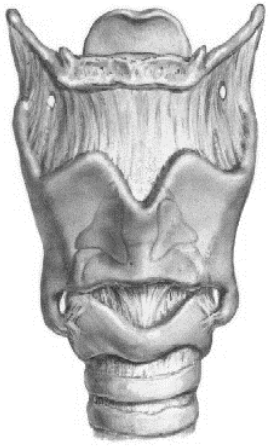
58. O câncer de boca permanece uma doença letal em mais de 50% dos casos diagnosticados anualmente. Isso se deve ao fato de que a maioria dos casos se encontra em estágios avançados ao diagnóstico, apesar da fácil acessibilidade para exames de rotina da cavidade oral. **PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) Estudos têm apontado alarmante falta de conhecimento sobre o câncer oral, seus sintomas e causas; estas lacunas precisam ser supridas por maior educação pública, especialmente aos grupos de alto risco.
b) Os dentistas são os profissionais de saúde com habilitação ao diagnóstico precoce, porém eles têm foco excessivo nos dentes e na presença de lesões iniciais de cavidade oral que são assintomáticas.
c) A eliminação do consumo de tabaco, assim como a ingestão contínua de bebidas alcoólicas não interferem na prevenção da doença oral. Da mesma forma, a quimioprevenção não tem impacto sobre a incidência/prevalência.
d) Pesquisas sobre a história natural da doença não auxiliam no desenvolvimento de programas de rastreamento mais adaptados às características específicas de cada alteração da mucosa oral.

59. O uso generalizado de ferramentas diagnósticas simples e eficazes tais como a ultrassonografia e o exame citológico, tem contribuído significativamente para o aumento do diagnóstico de câncer de tireoide nos últimos anos. **ASSIM, PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) Existem evidências que a maioria dos microcarcinomas papilíferos apresenta comportamento indolente, mas evoluem para cânceres clinicamente manifestos.
b) As novas ferramentas não são capazes de prever quais cânceres de tireoide permanecerão silenciosos e quais apresentarão comportamento agressivo.
c) Ainda não temos preditores clínicos de malignidade estabelecidos para dados laboratoriais dos pacientes e métodos de imagem que possam ser úteis.
d) Marcadores moleculares têm sido avaliados, e alguns deles parecem muito promissores, como o BRAF, alguns genes GST e polimorfismos do p53.

60. A figura abaixo representa a laringe em sua porção externa. **AS PREGAS VOCAIS SITUAM-SE NA REGIÃO:**



a) Atrás do osso hioide.
b) Atrás da cartilagem tireoide.
c) Atrás da cricoide.
d) Do ligamento cridotireoidiano.

61. O linfonodo de Virchow localiza-se na região supraclavicular esquerda. O termo "sinal de Troisier" é usado de forma intercambiável com o nódulo de Virchow. **NA PRESENÇA DESTE LINFONODO AUMENTADO EM PACIENTES DO SEXO MASCULINO, ALÉM DOS TUMORES PRIMÁRIOS DE ESTÔMAGO, DEVEMOS PESQUISAR COMO OUTROS POSSÍVEIS PRIMÁRIOS:**

a) Tireoide e esôfago.
b) Borda de língua e pulmão.
c) Pulmão e próstata.
d) Próstata e adrenal.

62. As lesões orais brancas são um achado clínico na faringoestomatologia e exigem diagnóstico diferencial. **A LESÃO MAIS FREQUENTEMENTE ASSOCIADA À DISPLASIA EPITELIAL E COM MAIOR RISCO DE MALIGNIZAÇÃO É:**

a) Leucoplasia, que se manifesta como placa branca aderida à mucosa e não descamável.
b) Candidíase pseudomembranosa aguda, cujo tratamento consiste na aplicação de nistatina tópica.
c) Leucoedema, que apresenta aspecto esbranquiçado, bilateral e é reversível com o estiramento da mucosa.
d) Líquen plano oral, que apresenta lesões em estrias brancas (Wickham) e é uma doença autoimune.

63. Homem, 60a, tabagista, apresenta rouquidão há três meses. A laringoscopia evidenciou lesão vegetante restrita à prega vocal verdadeira direita, com mobilidade preservada. O anatomopatológico revelou carcinoma espinocelular, com estadiamento clínico T1aN0M0. As principais opções terapêuticas com intenção curativa para este paciente são:

a) Quimioterapia exclusiva de indução seguida de laringectomia total.
b) Laringectomia frontolateral combinada com esvaziamento cervical radical modificado, bilateralmente.
c) Radioterapia combinada com quimioterapia concomitante (cisplatina).
d) Cirurgia endoscópica a laser (cordectomia) ou radioterapia exclusiva, com altas taxas de controle local.

64. Durante o exame físico de um paciente jovem, você palpa uma tumoração cervical cística, indolor, localizada no terço médio do pescoço, na borda anterior do músculo esternocleidomastóideo. A principal suspeita diagnóstica é um cisto de fenda branquial, sendo a mais provável a:

a) Primeira.
b) Segunda.
c) Terceira.
d) Quarta.

65. Na realização de uma traqueostomia cirúrgica eletiva padrão para acesso prolongado à via aérea, a estrutura anatômica que geralmente é seccionada e suturada, para permitir a exposição adequada entre o segundo e o quarto anéis traqueais é:

a) Cartilagem cricoide.
b) Músculo esternocleidomastóideo.
c) Istmo da glândula tireoide.
d) Veia jugular interna.

66. EM RELAÇÃO AO CÂNCER DE LARINGE. PODE-SE AFIRMAR QUE:

a) Avanços significativos ocorreram no tratamento desta neoplasia, sendo a cirurgia muitas vezes a escolha inicial.
b) Opções não cirúrgicas, radioterapia e terapia sistêmica, surgiram como alternativas viáveis, mas sem boas respostas a médio e longo prazo.
c) Na doença metastática, novos agentes quimio e imunoterápicos não têm demonstrado resultados promissores.
d) O tratamento se mantém estagnado devido aos efeitos colaterais causadas pelos tratamentos sistêmicos.

67. As anomalias das fendas branquiais constituem uma condição congênita rara, apresentando uma variedade de manifestações clínicas e de sintomas. **PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) Estas anomalias frequentemente crescem rapidamente, sendo mais vistas na região inferior do pescoço.
b) Erros ou falhas no diagnóstico pré-operatório conduzem a um preparo inadequado ou a uma ressecção incompleta durante a cirurgia.
c) No tratamento cirúrgico desta doença, a recidiva e as infecções de repetição são de rara ocorrência.
d) A ultrassonografia desempenha grande papel no diagnóstico, com alta sensibilidade, fornecendo informações valiosas para a cirurgia.

68. Considerando as diretrizes atuais, em relação ao carcinoma papilífero da tireoide, **A INDICAÇÃO CLÁSSICA PARA O ESVAZIAMENTO CERVICAL DO COMPARTIMENTO CENTRAL (NÍVEL VI) DE CARÁTER PROFILÁTICO É:**

a) Para todos os pacientes submetidos à tireoidectomia total, independentemente do tamanho do tumor.
b) Em tumores avançados (T3 ou T4) e/ou informações clínicas de agressividade, sem melhora na sobrevida nos iniciais.
c) Rotineira apenas em pacientes com microcarcinoma papilífero, devido ao alto risco de micrometástases ocultas.
d) Para pacientes jovens, uma vez que substitui a necessidade de radioterapia e quimioterapia adjuvantes.

69. Os schwannomas vestibulares são os tumores extra-axiais mais comuns da fossa posterior em adultos. **SOBRE ESTES TUMORES PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) São os tumores intracranianos não malignos mais frequentes, representando 80% dos tumores do ângulo pontocerebelar.
b) Eles são tipicamente unilaterais e estão associados à neurofibromatose tipo 1.
c) Podem se desenvolver em qualquer ponto ao longo do terceiro par craniano.
d) Sintomas como cefaleia, ataxia cerebelar, hemiparesia e comprometimento dos nervos cranianos são queixas comuns.

70. O adenoma pleomórfico é o tumor benigno mais comum das glândulas salivares. **SOBRE ESTA NEOPLASIA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA EM RELAÇÃO À SUA APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO NA GLÂNDULA PARÓTIDA:**

a) Origina-se predominantemente no lobo profundo da parótida, causando paralisia facial precoce.
b) A enucleação simples é o tratamento de escolha, pois preserva o nervo facial e possui taxa nula de recorrência.
c) A maioria localiza-se no lobo superficial da glândula parótida, e o tratamento padrão é a parotidectomia superficial com preservação do nervo facial.
d) Apresenta alto risco de malignização em curto prazo (menos de um ano), exigindo radioterapia pós-operatória imediata.

71. A ressecção cirúrgica da glândula submandibular exige conhecimento anatômico preciso para evitar lesões nervosas. **O COMPONENTE NERVOSO QUE CURSA INTIMAMENTE RELACIONADO À FÁSCIA DA GLÂNDULA E CORRE O RISCO DE LESÃO DURANTE A INCISÃO E REBATIMENTO DO RETALHO SUPERIOR, CAUSANDO FRAQUEZA NO ABAIXAMENTO DO LÁBIO INFERIOR, É:**

a) Nervo lingual.
b) Ramo cervical do nervo facial.
c) Nervo hipoglosso.
d) Ramo marginal da mandíbula do nervo facial.

72. Recém-nascido tem diagnóstico genético de mutação no gene RET, especificamente no códon 918 (M918T), característico da neoplasia endócrina múltipla tipo 2B (NEM 2B). **SEGUNDO RECOMENDAÇÕES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (2014), O MANEJO CIRÚRGICO PROFILÁTICO DA TIREOIDE PARA ESTA CRIANÇA DEVE SER:**

a) Tireoidectomia total após os 5 anos de idade, acompanhada de dosagem anual de calcitonina até atingir 60 anos de idade.
b) Tireoidectomia total profilática no primeiro ano de vida, devido ao comportamento extremamente agressivo neste genótipo.
c) Observação clínica rigorosa e intervenção cirúrgica apenas se houver elevação da calcitonina basal acima de 50pg/mL.
d) Tireoidectomia subtotal aos 10 anos de idade, associada à ressecção profilática das glândulas paratireoides.

73. A 8ª edição do manual do *American Joint Committee on Cancer* trouxe mudanças significativas para o estadiamento do carcinoma espinocelular da cavidade oral. **O PRINCIPAL PARÂMETRO INCORPORADO AO ESTADIAMENTO T (TUMOR PRIMÁRIO) QUE REFLETE O RISCO DE METÁSTASE LINFONODAL OCULTA E IMPACTA DIRETAMENTE A INDICAÇÃO DE ESVAZIAMENTO CERVICAL É:**

a) O grau de diferenciação histológica do tumor (Broders).
b) O padrão de invasão perineural intraneoplásica.
c) A profundidade de invasão (*Depth of Invasion* - DOI), onde um DOI>10mm eleva automaticamente a categoria para, no mínimo, T3.
d) A espessura do tumor (*Tumor Thickness*), medida a partir da superfície epitelial até a base da lesão, independente da lâmina própria adjacente.

74. Na reavaliação clínica e imaginológica de um paciente submetido à radioterapia radical prévia por carcinoma espinocelular de laringe, deve-se diferenciar a temida condrorradionecrose laríngea de uma recidiva tumoral. **QUANTO AOS ACHADOS DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) A recidiva é marcada por colapso das cartilagens com presença de gás intralesional adjacente profundo.
b) A recidiva exibe espessamento simétrico difuso da submucosa laringe sem alteração da estrutura óssea.
c) A necrose apresenta linfonodomegalia cervical ipsilateral associada a focos de calcificação grosseira.
d) A necrose apresenta colapso estrutural da cartilagem, bolhas de ar e ausência de massa sólida coalescente.

75. No planejamento do tratamento cirúrgico para tumores malignos da região supraglótica da laringe, o cirurgião deve considerar o alto risco de metástases linfonodais cervicais bilaterais. **A CARACTERÍSTICA ANATÔMICA FUNDAMENTAL DESTA REGIÃO QUE EXPLICA ESTE COMPORTAMENTO BIOLÓGICO É:**

a) Proximidade anatômica com as estruturas do espaço pré-epiglótico.
b) Ausência de barreira cartilaginosa no terço anterior da laringe.
c) Rica rede capilar linfática mucosa que cruza amplamente a linha média.
d) Fixação direta dos ligamentos vocais à cartilagem tireoidea interna.

76. Durante a excisão cirúrgica de um cisto de segunda fenda branquial, o conhecimento do trajeto da fístula é imperativo para evitar lesões iatrogênicas. **O TRAJETO EMBRIOLÓGICO DESTA ANOMALIA NO PESCOÇO PASSA:**

a) Entre as artérias carótida interna e carótida externa.
b) Medialmente à artéria tireoidea superior e ao nervo laríngeo.
c) Posteriormente ao nervo vago e à veia jugular interna.
d) Inferiormente ao nervo hipoglosso e à artéria lingual.

77. O carcinoma adenoide cístico (CAC) originado nas glândulas salivares menores do palato duro possui notória propensão à disseminação perineural. **O TUMOR PODE ASCENDER EM DIREÇÃO À FOSSA PTERIGOPALATINA E BASE DO CRÂNIO ATRAVÉS DO NERVO:**

a) Mandibular via aspecto inferior da fossa oval craniana.
b) Maxilar via canais e forame palatino maior do osso maxilar.
c) Glossofaríngeo via aspecto posterior do forame jugular.
d) Facial via forame estilomastoideo do osso temporal.

78. Os paragangliomas carotídeos (tumores do glomus carotídeo) requerem planejamento cirúrgico minucioso. **UM TUMOR TIPO III, DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DE SHAMBLIN, CARACTERIZA-SE POR:**

a) Envolver intimamente e encarcerar as artérias carótidas, exigindo frequente reconstrução vascular.
b) Invadir diretamente a base do crânio de forma isolada, determinando abordagem transcraniana primária obrigatória.
c) Limitar-se exclusivamente à bifurcação vascular, permitindo excisão rápida sem pinçamento intraoperatório.
d) Apresentar extensão predominantemente venosa intraluminal, requerendo ligadura da veia jugular isoladamente.

79. Em cirurgias oncológicas de cabeça e pescoço com grandes defeitos, os retalhos microvasculares são frequentemente utilizados. O retalho anterolateral da coxa ou a*nterolateral thigh* (ALT) *flap* é um dos cavalos de batalha da reconstrução. **O PEDÍCULO VASCULAR ANATÔMICO CLÁSSICO QUE NUTRE ESTE RETALHO É:**

a) Artéria femoral superficial e veia safena magna.
b) Ramo descendente da artéria circunflexa femoral lateral.
c) Artéria epigástrica inferior profunda.
d) Artéria femoral profunda e seus ramos perfurantes mediais

80. A traqueostomia é um procedimento comum associado a diversas complicações. **SOBRE TRAQUEOSTOMIA TEMPORÁRIA, É CORRETO AFIRMAR QUE:**

a) É melhor realizada sob anestesia local com o paciente em decúbito dorsal e associada com incisões menores.
b) A abertura intramuscular dos planos teciduais evita múltiplas áreas de lesões nas fibras musculares adjacentes, ocasionando menor sangramento.
c) Ao se visibilizar a traqueia, a incisão deverá ser realizada no sentido transversal entre o 3º a 5º anéis, causando menos complicações em curto prazo.
d) Em caso de obstrução da cânula, a fita que a prende pode ser cortada e a cânula removida rapidamente necessitando de troca da mesma.

IMAGEM Q01

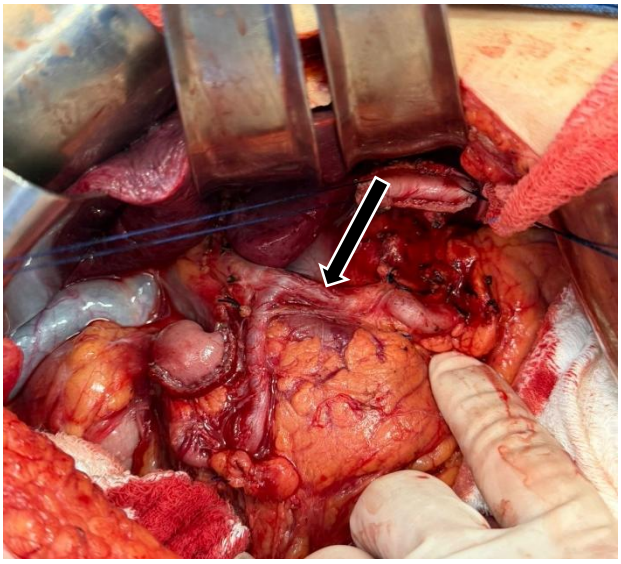


IMAGEM Q14

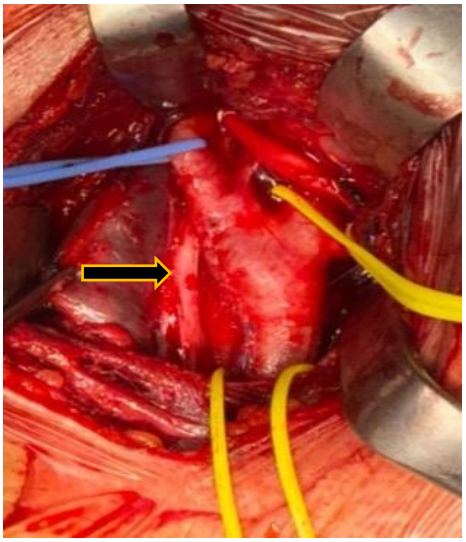


IMAGEM Q15



IMAGEM Q16

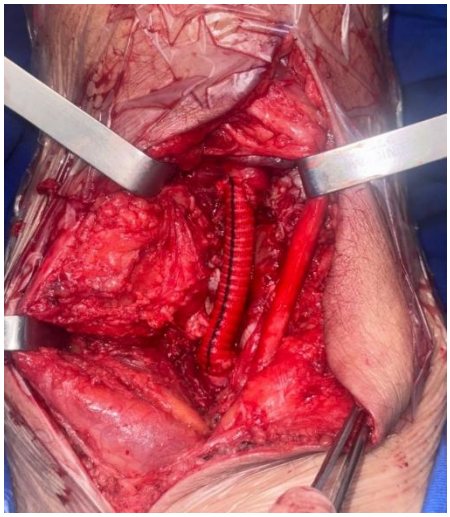


IMAGEM Q20



Imagem A



Imagem B

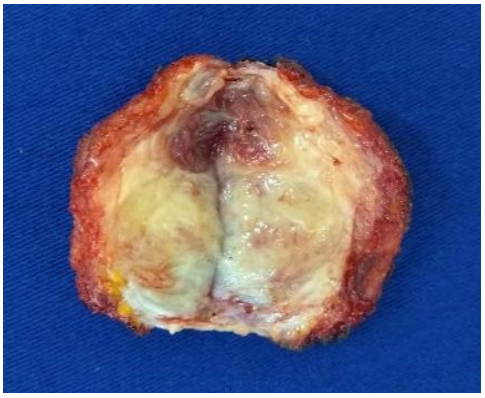


Imagem C

IMAGEM Q41



IMAGEM Q42



IMAGEM Q55

