

- 1. Homem, 27 anos, com tontura de aparecimento súbito, tipo rotatória, acompanhada de náuseas e vômitos, que pioram com a mudança de posição da cabeça. Exame otoneurológico: nistagmo espontâneo unidirecional, que diminui ao fixar o olhar; teste do impulso cefálico positivo. A hipótese diagnóstica mais provável é:**
 - a) vertigem postural paroxística benigna
 - b) AVE
 - c) neurite vestibular
 - d) doença de *Ménière*
- 2. Escolar, 8 anos, baixo crescimento ponderoestatural com queixa de obstrução nasal constante. Exame físico: presença de pólipos nasais. Exames laboratoriais: evidência de insuficiência hepática. O dado na anamnese que deve ser pesquisado, nesse paciente, para diagnóstico da comorbidade mais comumente associada a esse achado do exame físico é:**
 - a) diagnóstico de atopia
 - b) história de íleo meconial
 - c) presença de rinorreia
 - d) história de abscessos recorrentes
- 3. Mulher, 57 anos, em tratamento oncológico relata início súbito de zumbido bilateral há 1 semana. Tendo como principal hipótese diagnóstica a possibilidade de ototoxicidade, o médico assistente suspende todas as medicações utilizadas e após uma semana a paciente refere melhora do zumbido. A medicação que, muito provavelmente, gerou esse sintoma foi:**
 - a) carbamazepina
 - b) ampicilina
 - c) cisplatina
 - d) furosemida
- 4. Homem, 30 anos, com história de rinossinusite crônica. Após avaliação inicial foram encontrados pólipos nasais, presença de secreção espessa de aspecto “amarronzado” em fossas nasais. Tem diagnóstico de asma com IgE total elevada. TC de seios paranasais: lesões expansivas com material heterogêneo em seios paranasais e rarefação óssea do trabeculado etmoidal. O tratamento indicado, considerando-se a principal hipótese diagnóstica, é:**
 - a) cirurgia endoscópica nasal menos invasiva associado à corticoide nasal tópico
 - b) cirurgia endoscópica nasal extensa associado à corticoterapia oral e avaliar indicação de imunoterapia
 - c) tratamento com imunoterapia, sendo o contra-indicada cirurgia nesse momento
 - d) indicação de uso de anti-leucotrienos, lavagem nasal com solução salina e acompanhamento clínico
- 5. Mulher, 40 anos, com nódulos em região mandibular e maxilar direitas. Exame físico: fístulas, com saída de material purulento, nessa localização, além de sinais de manipulação dentária recente. O tratamento mais adequado para essa paciente é realizado com:**
 - a) antimonia pentavalente
 - b) itraconazol
 - c) imunossupressores
 - d) penicilina
- 6. Homem, 65 anos, procura atendimento com queixa de disфонia há 3 semanas. Foi diagnosticada paralisia do músculo tireoaritenóideo esquerdo. Na videolaringoscopia, a onda mucosa na prega vocal acometida está:**
 - a) diminuída
 - b) aumentada
 - c) sem alteração
 - d) ausente
- 7. Mulher, 24 anos, com massa em linha média do pescoço, na altura da cartilagem cricóidea, de crescimento gradual, móvel com a deglutição e a protusão da língua. A principal hipótese diagnóstica é:**
 - a) cisto do ducto tireoglosso
 - b) cisto de arco branquial
 - c) laringocele
 - d) rânula mergulante

8. Homem, 50 anos, morador de rua com queixa de odinofagia de início há 3 dias associado à queda do estado geral e febre baixa. Exame físico: lesão ulceronecrótica em amígdala direita recoberta por exudato pseudomembranoso fétido; dentes em mau estado geral. O achado mais provável nos exames complementares é:
- teste rápido positivo para *Streptococcus pyogenes* beta-hemolítico A
 - IgM positiva para CMV
 - exame bacteriológico com presença de agente fusospiralar
 - TC de pescoço com presença de abscesso periamigdaliano
9. Mulher, 60 anos, com queixa de plenitude aural e otalgia a esquerda. Exame físico: otite média serosa em orelha esquerda além de linfonodomegalia cervical em nível II ipsilateral. A conduta inicial melhor indicada para a paciente é:
- indicar biópsia do linfonodo aumentado
 - realizar tomografia computadorizada de pescoço
 - realizar endoscopia nasossinusal e videolaringoscopia
 - solicitar sorologia para o citomegalovírus
10. Mulher, 45 anos, com história de odinofagia à esquerda há 20 anos associado à disfagia e otalgia também à esquerda. Exame físico: dor à palpação da loja amigdaliana esquerda, além de projeção com consistência endurecida neste local. A conduta inicial melhor indicada é:
- realizar ressonância magnética de pescoço
 - realizar radiografia cervical em incidência de perfil e ântero-posterior
 - iniciar tratamento com inibidores de bomba de próton
 - encaminhar para especialista em disfunção têmporo-manibular
11. Mulher, 35 anos, tabagista 10 maços-ano, apresenta febre e dor na garganta, tendo recebido a prescrição de penicilina benzatina. Retorna dois dias após com piora e surgimento de otalgia à esquerda. Exame físico: orofaringe hiperemiada com lesão pultácea e exudato acinzentado em tonsila esquerda, deslocamento da úvula para a direita, adenomegalia dolorosa e endurecida do mesmo lado, temperatura axilar = 38,5°C. TC do pescoço: presença de coleção peritonsilar e importante edema de estruturas cervicais à esquerda, sem sinais de envolvimento de estruturas vasculares ou de vias aéreas. A conduta mais adequada, para esta paciente, é:
- drenagem cirúrgica e início de clindamicina intravenosa
 - compressa quente cervical e alta com amoxicilina via oral por 5 dias
 - prescrição de gargarejo com antissépticos e alta com sintomáticos.
 - prescrição de tenoxicam via oral e reavaliação ambulatorial em 2 dias
12. Homem, 50 anos, com placas eritemato-violáceas, descamativas, simétricas de aspecto psoriasiformes, em hélice de pavilhões auriculares e também em dorso nasal. A principal possibilidade diagnóstica, que deve ser investigada nesse paciente, é:
- dermatite atópica
 - síndrome de *Steven-Johnson*
 - otite externa necrotizante
 - síndrome paraneoplásica
13. Escolar, 10 anos, é encaminhado ao serviço de otorrinolaringologia para investigação de atraso de desenvolvimento. Após investigação é feito diagnóstico de *Schwanoma* vestibular bilateral. Esse achado é compatível com o diagnóstico de:
- síndrome de *Pendred*
 - neurofibromatose do tipo II
 - síndrome de *Albert*
 - síndrome de *Hurler*

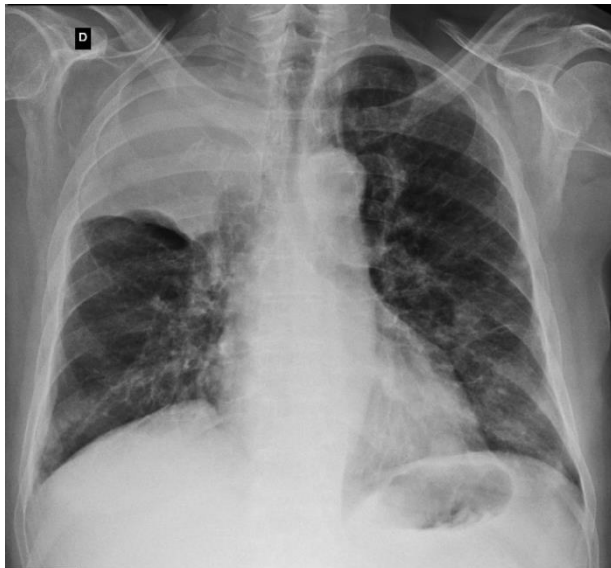
14. Pré-escolar, 2 anos, evoluiu com disfonia no pós-operatório imediato de cirurgia de toracotomia esquerda para correção de persistência do canal arterial (PCA). Relato anestésico mostra intubação sem dificuldades na primeira tentativa, atraumática. A causa mais provável dessa disfonia é:
- lesão no nervo laringeo superior
 - lesão no nervo laringeo recorrente
 - luxação da cartilagem aritenóidea
 - infecção de via aérea superior
15. Escolar, 5 anos, com odinofagia, febre, eritema de amígdalas, rash papular e eritematoso, pele com aspecto áspero e palidez perioral (sinal de *Filatov*). A principal hipótese diagnóstica é:
- exantema súbito
 - febre reumática
 - mononucleose infecciosa
 - escarlatina
16. Homem, 45 anos, HIV positivo. Encaminhado à consulta por lesão oral de início há 2 semanas. Exame físico: úlcera endurecida, recoberta por pseudomembrana necrótica em mucosa jugal, pouco dolorosa, acompanhada por linfonodomegalia. Esse quadro clínico é compatível com:
- leishmaniose
 - cancro duro
 - hanseníase
 - histoplasmose
17. Sobre a anatomia laríngea podemos afirmar que são estruturas cartilagosas da laringe:
- epiglote e cartilagem alar superior
 - cartilagens corniculadas e cartilagem cricoaritenóidea
 - cartilagem quadrangular e cartilagem cuneiforme
 - cartilagem tireóidea e cartilagem cricoidea
18. Homem, 52 anos, com massa em fossa nasal esquerda que abaula a região maxilar ipsilateral e se estende para cavidade oral. Sobre os tumores malignos da cavidade nasal, o tipo histológico mais comum é:
- adenocarcinoma
 - linfoma de células T/NK
 - carcinoma adenoide cístico
 - carcinoma espinocelular
19. Homem, 70 anos, com queixa de disfonia de longa data. Videolaringoscopia: paralisia unilateral de prega vocal esquerda, em abdução, com supradesnivelamento da mesma. Ao realizar cirurgia para correção dessa condição mimetiza-se a função do músculo:
- cricoaritenóideo posterior
 - tireoaritenóideo
 - cricoaritenóideo lateral
 - cricotireóideo
20. Mulher, 20 anos, com queixa de disfonia. Videolaringoscopia: lesão estrutural mínima, sugestiva de sulco estria-menor. Sobre esta condição, pode-se informar a paciente que:
- É causada por abuso vocal
 - É uma alteração que pode estar associada a outras lesões secundárias
 - O tratamento é, via de regra, cirúrgico
 - O diagnóstico é estabelecido pela videolaringoscopia
21. Homem, 25 anos, com queixa de hipoacusia bilateral. A audiometria tonal e vocal e a impedânciometria mostram perda auditiva condutiva bilateral, com curva A bilateral e reflexos estapédicos ausentes em ambas as orelhas. Exame físico: escleras azuladas e deformidades ósseas decorrentes de múltiplas fraturas. A principal hipótese a ser pesquisada é:
- otoesclerose
 - otitemédia serosa
 - osteogênese imperfecta
 - otite média crônica colesteatomatosa

22. Homem, 30 anos, queixa de disfonia há 3 meses, além de odinofagia e perda de peso. Exame físico: emagrecido, com hiperemia de prega vocal direita. Considerando-se a hipótese diagnóstica mais provável a tuberculose laríngea, pode-se afirmar que:
- é, via de regra, associada à tuberculose pulmonar
 - é manifestação de disseminação hematogênica da doença
 - não é uma forma transmissível da doença
 - a supraglote é a área mais acometida pela tuberculose laríngea
23. São achados característicos da disfagia de transferência:
- sensação de bolo alimentar impactado em região torácica
 - tosse e engasgos
 - dor retroesternal
 - retorno de alimento não digerido horas após alimentação
24. Mulher, 26 anos, é encaminhada ao serviço de otorrinolaringologia com quadro clínico de obstrução nasal e rinorreia purulenta, febre elevada queda do estado geral, exoftalmia, diminuição da motilidade ocular, dor ocular intensa e acuidade visual preservada. Essa complicação orbitária é compatível com:
- celulite orbitária
 - abscesso sub periosteal
 - abscesso orbitário
 - síndrome do ápice orbitário
25. Adolescente, 12 anos, com episódios de obstrução nasal unilateral progressiva. TC de seios paranasais: lesão que alarga fossa pterigopalatina direita com extensão intranasal e para seio esfenoidal. Hemograma: anemia importante. A principal hipótese diagnóstica é:
- rabdomiossarcoma
 - nasoangio fibroma juvenil
 - papiloma invertido
 - carcinoma espinocelular
26. Mulher, 60 anos, com queixa de obstrução nasal crônica. Exame físico: rinorreia mucopurulenta, lesões ulceradas em cavidade nasal além de úlceras em palatos mole e duro que se comunicam com as cavidades nasal e oral. A hipótese diagnóstica mais provável é de linfoma nasal. Em relação a esta afecção, pode-se afirmar que:
- não é comum a associação desse linfoma com infecção por ebv
 - com tratamento adequado, é um tumor de bom prognóstico com baixo índice de recidiva
 - o tipo histológico mais comum na cavidade nasal é linfoma de células T/NK
 - o tratamento baseia-se em cirurgia e radioterapia
27. Homem, 80 anos, com otalgia importante à esquerda que piora a noite, há cerca de um mês. Refere ser diabético insulino dependente mal-controlado. Otoscopia: pólipos em meato acústico externo. O agente mais comum para a hipótese diagnóstica mais provável é:
- Pseudomonas aeruginosa*
 - Staphylococcus aureus*
 - Clostridium perfringens*
 - Streptococcus pyogenes*
28. Mulher, 57 anos, procura o médico com queixa de dispepsia vaga, mal-estar geral, perda de peso pouco importante, com dois anos de evolução. Durante o período de investigação, ele procura a emergência onde é feito o diagnóstico de obstrução intestinal. Levado à cirurgia foi encontrado um quadro de intussuscepção a 40cm da válvula ileocecal. A etiologia mais provável do quadro e o tratamento mais adequado para esta paciente, respectivamente, é:
- leiomioma; ressecção e enteroenteroanastomose
 - adenoma; ileocelectomia
 - GIST; ileocelectomia
 - adenoma; ressecção e enteroenteroanastomose

29. Adolescente, 16 anos, cai de escada e apresenta contusão no flanco à esquerda. É atendido na emergência, hipotenso, sudoreico e taquicárdico. Após a infusão de cristaloides e estabilização hemodinâmica é submetido a exames laboratoriais: hematócrito= 26%; radiografia de tórax: fratura do 11^a arco costal, ausência de pneumotórax. TC de: hematoma da loja renal esquerda sem extravasamento do contraste. A conduta melhor indicada para este jovem é:
- internação em unidade fechada, monitorização do hematócrito e TC de controle
 - laparotomia com nefrectomia
 - drenagem da loja renal com dreno *pigtail*
 - videolaparoscopia com ressecção segmentar do rim
30. Mulher, 65 anos, assintomática, procura o médico já com uma ultrassonografia da vesícula biliar que revela lesão polipoide no fundo da vesícula de 12mm. Diante disso, a conduta mais adequada é:
- colecistectomia via laparotômica
 - colecistectomia videolaparoscópica
 - repetir exame de imagem em 6 meses
 - solicitar ultrassonografia endoscópica
31. Homem, 68 anos, obeso previamente e fumante com passado de doença do refluxo, procura o médico com história de emagrecimento importante nos últimos 6 meses e disfagia. TC do abdômen com contraste: afilamento em ponta de lápis acentuado do esôfago terminal. A hipótese diagnóstica mais provável, para esse paciente com esta história e este resultado tomográfico, é:
- adenocarcinoma do 1/3 distal do esôfago
 - estenose péptica do esôfago
 - acalasia
 - esôfago de *Barret*
32. Homem, 64 anos, com aneurisma de aorta abdominal infra-renal e indicação cirúrgica é submetido a correção por técnica endovascular. Evolui nas 72 horas subsequentes do pós-operatório com dor abdominal intensa, taquicardia, hipotensão e distensão abdominal. Pressão intrabdominal aferida: 32mmHg. TC de abdômen e pelve: pneumoperitônio, líquido livre em cavidade e pneumatose intestinal. Submetido a laparotomia exploradora encontrou-se peritonite fecal livre e perfuração de ângulo colônico esplênico. Foi realizada hemicolectomia esquerda e colostomia terminal. Durante ato operatório, paciente evoluiu com a necessidade de aminas vasoativas, e instabilidade hemodinâmica. Débito urinário total do paciente: 50mL. A conduta mais adequada para esse paciente, nesse momento, é fechamento abdominal:
- temporário com peritoneostomia e reabordagem entre 48 e 72 horas
 - primário associado a incisões de relaxamento
 - primário
 - primário pela técnica de separação anterior de componentes
33. Mulher, 50 anos, com disfagia e emagrecimento procura o médico que entre vários exames, solicita uma esofagomanometria que mostrou aumento da pressão do esfíncter esofágico inferior com ausência de relaxamento à deglutição, contrações esofágicas ineficientes e pequena dilatação do esôfago. A conduta mais adequada, para essa paciente, é:
- esofagocardioplastia
 - esofagotomia e válvula anti-refluxo do tipo parcial
 - esofagectomia com interposição de tubo gástrico
 - colocação de endoprótese

- 34. Pode-se afirmar em relação à fisiopatologia e tratamento das úlceras gástricas tipos II e III de Johnson, respectivamente, que:**
- a) estão associadas à hipercloridria; vagotomia com antrectomia
 - b) estão associadas ao refluxo duodeno-gástrico; hemigastrectomia
 - c) estão associadas à hipercloridria e estase gástrica; vagotomia com piloroplastia
 - d) estão associadas à normocloridria; gastrectomia subtotal
- 35. Homem, 26 anos, com história de atropelamento há seis meses chega a emergência taquipneico e com cornagem. Relata que ficou internado por 50 dias em CTI, com respiração artificial por mais de um mês. A hipótese diagnóstica mais provável para este paciente, no momento, e, respectivamente, a conduta mais adequada é?**
- a) pseudo tumor endobrônquico; fibrobroncoscopia com dilatação brônquica
 - b) fistula traqueo-esofágica; TC de tórax
 - c) estenose de traqueia; dilatação da traqueia sob anestesia geral
 - d) tumor de mediastino anterior; TC de tórax
- 36. Mulher, 24 anos, chega a emergência apresentando hemoptise maciça. Relata início do quadro há 3 dias com hemoptoicos. Radiografia de tórax: lesão sugestiva de bola fungica em lobo superior direito, sem outras lesões em parênquima pulmonar. Relata ter feito tratamento para tuberculose há 6 anos. A conduta mais adequada, no momento é realizar broncoscopia, programando o tratamento definitivo com:**
- a) rígida; lavagem com soro gelado
 - b) fibroscópica; embolização de artéria bronquica
 - c) rígida; lobectomia superior direita
 - d) fibroscópica; biópsia transbronquica
- 37. Em trauma, a artéria que pode ser ligada, simplesmente, sem preocupação de reconstrução é a:**
- a) carótida interna
 - b) femoral superficial
 - c) ilíaca externa
 - d) mesentérica inferior
- 38. Mulher, 36 anos, com tumor da tireóide. Em relação a pacientes com este tipo de tumor, pode-se afirmar que:**
- a) O carcinoma anaplásico da tireóide exibe boa captação de iodo radioativo
 - b) A PAAF (punção aspirativa por agulha fina) de tireóide permite distinção entre adenoma e carcinoma folicular da tireóide
 - c) A detecção de níveis séricos elevados de calcitonina é marcador de recidiva de carcinoma medular da tireóide
 - d) O carcinoma folicular tem propensão a disseminação por via linfática, ao contrário do carcinoma papilífero
- 39. Mulher, 28 anos, está sendo preparada para cirurgia de diminuição de estômago, devido à obesidade mórbida. Pode-se afirmar, na EDA solicitada no pré-operatório, que:**
- a) a gastrite tipo B está associada à anemia perniciosa
 - b) a gastrite tipo A é a forma mais comum de gastrite crônica
 - c) a presença de glândulas contendo células calciformes na biópsia gástrica caracteriza metaplasia intestinal
 - d) existe boa correlação entre os achados do exame endoscópico e os achados do exame histopatológico nos casos de gastrite crônica
- 40. O tipo histológico mais comum dos cânceres de próstata, perfazendo 95% do total de tumores, é o:**
- a) neoplasia intraepitelial
 - b) carcinoma neuroendócrino
 - c) carcinoma epidermóide
 - d) adenocarcinoma

41. Homem, 80 anos, foi internado com queixa de dor torácica. Na radiografia de tórax pode-se afirmar que a imagem é compatível com:



- a) opacidade do lobo superior do pulmão direito com retração cranial irregular da cissura, devendo corresponder a tumor de pulmão
- b) redução de volume e opacidade do lobo superior do pulmão direito, devendo corresponder a pneumotórax desse lobo
- c) redução de volume e retração cranial da cissura, com ressecção de arcos costais, devendo corresponder a pneumectomia
- d) opacidade do lobo superior do pulmão direito com abaulamento cisural, devendo corresponder a infecção por *Klebsiella*

42. Mulher, 58 anos, com insuficiência renal crônica dialítica, necessitando de intubação orotraqueal devido a edema pulmonar. K^+ sérico mais recente: 6,5 mEq/L. Neste caso, o uso da succinilcolina:

- a) pode ser utilizado caso ECG esteja normal
- b) deve ser utilizado para sequência rápida
- c) é contraindicado
- d) é segura a utilização caso haja acidemia

43. Homem, 30 anos, é atendido na emergência com história de queda a cavaleiro. Exame físico: volumoso hematoma na bolsa escrotal. Tendo-se em vista o diagnóstico mais provável, recomenda-se a realização de:

- a) cistostomia
- b) cateterismo vesical de alívio com sonda de silicone
- c) cateterismo vesical com sonda de demora
- d) drenagem do hematoma da bolsa escrotal

44. Lactente, 15 dias, é levado à emergência por apresentar vômitos incoercíveis. Exame físico: distensão gástrica. A hipótese diagnóstica mais provável e a conduta mais adequada para esta criança, respectivamente, são:

- a) rotavirose; antibióticos venosos
- b) doença do refluxo; inibidores H2
- c) gastroenterite; hidratação venosa
- d) estenose hipertrófica do piloro; piloromiotomia

45. Homem, 40 anos, alcoólatra, há uma semana com febre, queda do estado geral e escarro com odor fétido sendo prescrito antibiótico. No terceiro dia de tratamento, retorna com persistência da febre e prostração. Radiografia (RX) de tórax: massa pulmonar em lobo superior direito (LSD). TC de tórax: imagem sugestiva de abscesso pulmonar. Broncoscopia: estenose parcial do brônquio lobar por tecido de granulação com pequena drenagem de secreção purulenta e fétida. A conduta melhor indicada para esse paciente, neste momento, é:

- a) toractomia exploradora e lobectomia superior direita
- b) dilatação sob visão direta, do brônquio de drenagem e aspiração transbronquica
- c) toracotomia exploradora e pneumectomia direita
- d) manutenção da antibioticoterapia e solicitação exames laboratoriais

46. Considera-se como fator de risco para o desenvolvimento de aneurisma de aorta abdominal:

- a) tabagismo
- b) sexo feminino
- c) diabetes mellitus
- d) doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

As próximas duas questões referem-se ao caso clínico a seguir:

47. Homem, 43 anos, é admitido na emergência por queda de 6 metros de altura há 2 horas. Avaliação inicial: paciente politraumatizado com dor na coluna lombar, no joelho direito e no pé direito, pressão arterial (PA)= 128 x 92 mmHg. Exame neurológico: paraparesia e redução da sensibilidade tátil em ambos os membros inferiores. Exame físico: lesão cortocontusa, de 8 cm, no pé direito, com exposição óssea, pulso pedioso reduzido e perfusão normal. Na avaliação inicial por imagem do paciente politraumatizado, deve-se realizar:

- a) tomografia de crânio e radiografia em perfil da coluna cervical, AP do tórax e panorâmica da bacia
- b) radiografia em AP da coluna cervical, AP do tórax e panorâmica da bacia
- c) tomografia de crânio, tórax e abdômen
- d) radiografia em perfil da coluna cervical, AP do tórax e panorâmica da bacia

48. Para definição do quadro neurológico de forma fidedigna, é necessário aguardar o fim do período de choque medular, evidenciado pelo retorno do reflexo:

- a) cremastérico, que ocorre em até 72 horas
- b) bulbocavernoso, que ocorre após 72 horas
- c) bulbocavernoso, que ocorre em até 72 horas
- d) cremastérico, que ocorre após 72 horas

49. Mulher, 42 anos, com relato de tosse seca e dor torácica. Radiografia de tórax: lesão arredondada, bem circunscrita, no mediastino anterior. Exames laboratoriais: anemia aplásica. A principal hipótese diagnóstica para esta paciente é:

- a) neuroblastoma
- b) cisto broncogenico
- c) timoma
- d) cisto pericárdico

50. Em relação à cicatrização das feridas, pode-se afirmar que queloides são cicatrizes que:

- a) são típicas de pacientes arianos, de fina espessura e não apresentam sintomas
- b) estão contidas pela incisão, são finas e podem ser prevenidas
- c) crescem dentro da incisão, regridem com o tempo e são fáceis de tratar
- d) crescem além das bordas da incisão e não regridem com o tempo