

Questão: 33

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

1701223														
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Parecer da Banca Examinadora:

A opção “D” está **incorreta** em virtude de ter sido citado na parte final desta questão que: “O tipo mais comum de perda auditiva na doença de Ménière é a neurosensorial, flutuante, **em geral levando a perdas profundas na fase tardia da doença**”. Entretanto, geralmente não é o mais comum nem o prevalente, de ocorrer perda auditiva de grau profundo na evolução da doença de Ménière, mesmo nas fases tardias da doença. Como foi citado no próprio recurso apresentado: “Surdez profunda **pode ocorrer** em Doença de Meniere tardia...”. Mas, por via de regra, não é o que se observa mais comumente! A seguir os embasamentos teóricos.

Conforme consta no livro do Programa de Atualização em Otorrinolaringologia (PRO-ORL), organizado pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, Ciclo 2, Módulo 4, de 2008, na página 104: “A principal característica da Doença de Ménière à audiometria é a perda auditiva neurosensorial que nos estágios iniciais pode ser reversível e acometer mais frequentemente as frequências graves. **Nos estágios mais avançados, a perda auditiva, geralmente, acomete todas as frequências e se estabiliza entre 40 e 60 dB** (decibels)”. Portanto, o que se caracteriza, em geral, numa perda auditiva de grau moderado (entre 40 e 60 dB), e **não perda auditiva profunda** (caracterizada por perda auditiva maior que 90 dB – conforme os critérios de Davis & Silverman-1970).

Mais alguns embasamentos, dentre vários outros, para corroborar no parecer:

1 – Consta no livro: *Meniere`s Disease – Otolaryngol Clin N Am (Elsevier Inc.):* 43: 993-1009; 2010. (doi: 10.1016/j.otc.2010.05.011): “In patients with long-standing MD (>10 years), the average pure-tone threshold in the affected ear **stabilizes at about 50 dB**, and the mean Word recognition score reaches a minimum of 50%. **Profound hearing loss occurs in only 1% to 2% of patients**”.

2 – Consta no livro: *Meniere`s Disease. Edited by Jeffrey P. Harris. 1a. Ed. – Vol. 1, 418p.; 1999. (Ed. Kugler Publications/The Hague/The Netherlands).* Na página 264, referente a *Clinical manifestations of Meniere`s disease*, escrito por Michael Puckenstein e John Shea Jr.: “Long term follow-up studies indicate that **the hearing levels Begin to stabilize approximately five years subsequently to the onset of symptoms. Stahle et al. report a mean hearing loss of approximately 50 dB....** While Katsarkis reports **a mean threshold shift of approximately 40 dB at the low frequencies and 30 dB at high frequencies.** Green Jr. et al. reported that the **mean pure-tone average of patients with long-term Meniere`s disease was 52 dB**”.

- Situação da questão: **mantida sem alteração de gabarito.**

Questão: 40

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

1700492														
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Parecer da Banca Examinadora:

Inicialmente, conforme consta no capítulo 17 do tratado de Otorrinolaringologia da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, 2ª. Ed.; Vol. 1; 2014, na página 331: ***“O espectro da neuropatia auditiva é definido pela presença de otoemissões acústicas normais, ausência de reflexos timpânicos (acústicos) e respostas na audiometria de tronco cerebral anormais ou ausentes”***.

E, pelo que consta no livro Eletrofisiologia da audição e Emissões Otoacústicas (Editora Novo Conceito/Saúde) 1ª. Ed., Vol. 1, 2008. Descrito no capítulo 6, pág. 45; ***“A neuropatia / dessincronia auditiva (NA/DA) é uma alteração auditiva periférica. Caracteriza-se pela presença de funcionalidade de células ciliadas externas, demonstrada pelo registro das EOA evocadas e/ou MC, associada ao comprometimento da resposta neural constatada por meio da ausência dos reflexos acústicos e potencial evocado auditivo de tronco encefálico ausente ou muito alterado (Chisin, Perlman ET al. 1979; Berlin, Hood et al. 1993; Starr, Picton et al. 1996)”***. Portanto, pelo exposto, não parece deixar dúvidas quanto às características e conceito que sugerem a hipótese diagnóstica da desordem do espectro da neuropatia auditiva.

Entretanto, em parte do texto do recurso apresentado, questiona-se: *“mas isto se acreditarmos que o reflexo acústico esta ausente, porém este só estará ausente se depender do grau de acometimento do nervo coclear e se for levado em conta que o reflexo testado é o ipsilateral, porém no reflexo contra-lateral (que é o reflexo habitualmente utilizado na prática audiométrica) onde o estímulo é dado na orelha não doente a sonda captaria reflexo na orelha com neuropatia auditiva, pois o nervo facial a princípio estaria preservado, a menos que houvesse uma polineuropatia envolvendo mais de um nervo craniano”*.

Em relação ao questionamento apresentado, o questionador equivocadamente confunde-se na descrição para interpretação da resposta na pesquisa do reflexo acústico contralateral, não considerando o consenso existente! **Sempre** é considerado como o lado da presença ou ausência do reflexo acústico, o lado em que foi apresentado o estímulo sonoro, ou seja, **testa-se e denomina-se sempre a aferência**, que é via o VIII par craniano. Exemplificando, quando se considera o **reflexo acústico contralateral como ausente** em um determinado lado (direito ou esquerdo), **sabe-se de antemão que este lado**, é o lado **que estava com o fone** de onde foi emitido o som, **testando sua aferência. E a sonda** que irá captar o reflexo (**eferência via VII par craniano**) **na orelha contralateral**. Que será interpretado como **reflexo contralateral ausente do lado que estava com o fone** (saiu o som). E no reflexo

ipsilateral, o som é apresentado e captado pela mesma sonda (aferência e eferência), considerando-se da mesma forma presente ou ausente o lado que foi apresentado o som (o da sonda).

Finalizando, baseado no anteriormente exposto, mesmo no caso de uma neuropatia unilateral, teremos o reflexo acústico contra e ipsilateral ausentes do lado doente, porque não será gerado o potencial elétrico pelo nervo auditivo deste lado (aferência) necessário para captação pelo (VII par) lado oposto, independente que o lado oposto seja saudável ou não. E o ipsilateral, obviamente, também estará ausente do lado doente. E, no caso de uma neuropatia auditiva bilateral, estará ausente bilateralmente.

Caso ainda sejam necessárias mais informações sobre a pesquisa do reflexo acústico, onde constam também vários exemplos, pode procurar no livro: Fundamentos de Fonoaudiologia – Audiologia (Silvana Frota), 2ª. Ed., 210p. Ed. Guanabara Koogan, 2003. No capítulo 6, de imitanciometria, escrito por Ângela Garcia Rossi. Na página 82 está citado: **“O nome do reflexo acústico é dado pela aferência (contralateral = fone; ipsilateral = sonda), mas a captação do mesmo é feita pela sonda”**.

- Situação da questão: **mantida sem alteração de gabarito.**

Questão: 43

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

1700071														
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Parecer da Banca Examinadora:

De acordo com o Tratado de ORL vol 2 , pg 331 , a Displasia de Scheibe (1892) é exatamente a letra E. O questionamento sobre a resposta certa D refere-se à Displasia de Alexander (1904).

- Situação da questão: **mantida sem alteração de gabarito.**

Questão: 48

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

1701223	1700594												
---------	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Parecer da Banca Examinadora:

Enunciado errado. A resposta certa seria Cloro e Sódio.

- Situação da questão: **anulada.**

Questão: 49

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

1700627													
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Parecer da Banca Examinadora:

Para se entender e compreender a formação e o desenvolvimento da anatomia, é necessário o conhecimento da embriologia. Sendo assim a questão será mantida.

- Situação da questão: **mantida sem alteração de gabarito.**

Questão: 54

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

1700627	1701223												
---------	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Parecer da Banca Examinadora:

Questão anulada, pois na literatura pesquisada (Tratado de ORL volume I) no início do cap. I refere o desenvolvimento da placa no final da terceira semana e no final do cap. o autor menciona início da quinta semana, na formação da placa olfatória. Como existem duas “possibilidades”, questão anulada.

- Situação da questão: **anulada.**

Questão: 55

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

1701223														
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Parecer da Banca Examinadora:

Como não foi mencionada a idade, entende-se que é no adulto.

- Situação da questão: **mantida sem alteração de gabarito.**

Questão: 57

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

1700594														
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Parecer da Banca Examinadora:

Conforme a literatura de pesquisa, o acometimento da face lingual da epiglote não é contraindicação para a laringectomia horz. Sub. (ORI, Helio Hungria, 8ª Ed. Pg 264)

- Situação da questão: **mantida sem alteração de gabarito.**

Questão: 59

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

1700627														
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Parecer da Banca Examinadora:

De acordo com trabalhos publicados (Chabolle, F.; Bicabe, B.et AL, Annales d Oto-laryngologie,1995. Goh YH, Mark I, Fee We , Laryngoscope,2007), ocorre diminuição do efeito terapêutico inicial e a médio e longo prazo, depois se estabiliza.

- Situação da questão: **mantida sem alteração de gabarito.**