PROVA DE CAPACITAÇÃO ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA PEDIÁTRICA – 2026

Questões Objetivas

01 - A classificação de Benjamim e Inglis, introduzida em 1989, é utilizada para qual malformação?

A- Laringomalácia.
B- Paralisia bilateral.
C- Hemangioma subglótico.
D- Cleft laríngeo.
E- Traqueomalácia.

Resposta D

02 - Das malformações abaixo, assinale aquela que poderá necessitar de um procedimento EXIT (ex-utero intrapartum treatment):

A- Membrana laríngea congênita.
B- Paralisia unilateral das pregas vocais.
C- Laringomalácia.
D- Faringolaringoimalácia.
E- Cleft laríngeo.

Resposta A

03 - O Sinal de Furstenberg é característico de qual lesão congênita causadora de obstrução nasal neonatal?

A- Cisto do ducto nasolacrimal.
B- Glioma nasal.
C- Teratoma nasofaríngeo.
D- Encefalocele.
E- Hemangioma intranasal.

Resposta D

04 - RN com dismorfismo facial, membrana laríngea congênita e cardiopatia podem ter que síndrome associada?

A- Pattau.
B- Edwards.
C- Down.
D- Treacher-Collins.
E- Deleção 22q.

Resposta E

05 - Sobre a traqueobroncomalácia, assinale a alternativa ERRADA:

A- A traqueomalácia está associada a prematuridade.
B- O brônquio esquerdo é mais acometido que o direito.
C- A associação com síndromes, fístula traqueoesofágica e doenças cardíacas é frequente.
D- Uma pequena parte desses pacientes terá refluxo e broncodisplasia associados.
E- Até um quarto dos pacientes com laringomalácia tem traqueobroncomalácia associada.

Resposta D

06 - Pela classificação de Cohen uma membrana laríngea que acomete a glote em aproximadamente 50-75% de obstrução e acometimento subglótico, é classificada como:

A- Tipo I.
B- Tipo II.
C- Tipo III.
D- Tipo IV.
E- Tipo V.

Resposta C

07 - Sobre a MICROGNATIA, assinale a alternativa errada:

A- Pode estar associada a Sequência Pierre Robin.
B- A Sequência Pierre Robin pode vir, por sua vez, isolada (40%) ou acompanhada a Síndromes (60%).
C- As Síndromes mais associadas a SPR/ micrognatia são Opitz Frias e Paliister-Hall.
D- O diagnóstico da micrognatia pode ser intra-útero, com polidramnia e glossoptose. Algumas medidas de ressonância fetal podem ser úteis para predizer o grau de obstrução das vias aéreas.
E- Pode ser uma indicação de cirurgia EXIT (Ex-utero intrapartum treatment).

Resposta C

08 - Sobre a avaliação radiológica do estridor, assinale a alternativa errada:

A- TC e RNM são exames de primeira linha na investigação de uma criança com estridor.
B- TC tem contra o seu uso a radiação ionizante.
C- RNM tem contra o seu uso o fato de necessitar de intubação orotraqueal em uma criança com desconforto respiratório.
D- São úteis quando precisam avaliar por exemplo uma compressão extrínseca de via aérea
E- Úteis também nas malformações nasais, por exemplo, o uso da TC de seios paranasais em atresia coanal.

Resposta A

09 - Sobre os relaxantes musculares usados na indução anestésica, assinale a alternativa errada:

A- Relaxam a mandíbula e sua musculatura associada, facilitando a intubação.
B- Aumentam o risco de laringoespasmo.
C- Aumentam o risco de colapso da via aerodigestiva em pacientes previamente obstruídos.
D- Aumentam o risco de desaasturação pela apnéia que induzem.
E- Na necessidade de ventilação que causam, podem cursar com distensão gástrica e comprometimento ventilatório.

Resposta B

10 - Nas crianças prematuras, assinale a principal causa de indicação de traqueostomia:

A- Malformação congênita.
B- Corpo estranho.
C- Intubação prolongada por broncodisplasia.
D- Difteria.
E- Laringite infecciosa.

Resposta C

11 - Sobre o momento da traqueostomia no grupo pediátrico e seu prognóstico, assinale a alternativa errada:

A- Não há dados suficientes em literatura que suportem os benefícios da traqueostomia precoce no grupo pediátrico.
B- O momento da colocação da cânula neste grupo está associado com o sucesso do desmame da ventilação mecânica.
C- Outros fatores além da idade gestacional e do tempo de intubação devem ser levados em consideração quando se indica a traqueostomia.
D- Um dos benefícios da traqueostomia realizada precocemente é o desmame de drogas como sedativos e relaxantes musculares.
E- O prognóstico da traqueostomia está diretamente ligado à sua indicação.

Resposta B

12 - Das doenças abaixo, qual está associada a Doença do Refluxo gastroesofágico e suas consequentes manifestações respiratórias?

A- Laringomalácia.
B- Gastrosquise.
C- Atresia de esôfago e fístula traqueoesofágica.
D- Hernia diafragmática.
E- Todas as anteriores.

Resposta E

13 - Em um RN obstruído (obstrução respiratória), qual a primeira medida a ser adotada?

A- Ventilar sob máscara.
B- Passar máscara laríngea.
C- Tentar intubar.
D- Traqueostomia.
E- Cricotireoidostomia.

Resposta A

14 - Um paciente com Mallampati classe III, quais estruturas da orofaringe visualizamos?

A- Palato mole, úvula e pilares.
B- Palato mole e úvula inteira.
C- Palato mole e base da úvula.
D- Palato duro.
E- Nenhuma das anteriores.

Resposta C

15 - Sobre a anatomia aplicada da laringe, assinale a alternativa errada:

A- A posição alta da laringe pediátrica explica o motivo de termos grande parte dos anéis traqueais presentes no pescoço em uma cervicotomia.
B- Em um recém -nato temos pelo menos 5 anéis traqueais acima do esterno.
C- A mobilização traqueal em uma cirurgia é facilmente realizada pela elasticidade dos tecidos locais.
D- Em um corte sagital, a laringe pediátrica está localizada a nível da terceira e quarta vértebra.
E- A epiglote praticamente repousa próximo do palato mole, fato este facilitador do binômio respiração-deglutição.

Resposta B

16 - Qual das estruturas abaixo protege o nervo laríngeo recorrente em uma cricotraqueoplastia quando é rebatida (o)?

A- Epiglote.
B- Músculo Cricotireóideo.
C- Músculo interaritenóideo.
D- Músculo tireoaritenóideo.
E- Cricóide.

Resposta B

17 - Sobre a associação entre o estridor e as várias pressões sofridas pelas vias aéreas durante o ciclo respiratório (atmosférica, intratraqueal e intrapleural), assinale a alternativa errada:

A- Pelo efeito de Bernoulli, a inspiração gera uma pressão negativa no local do estreitamento extratorácico.
B- A obstrução extratorácica produz na via aérea um som patológico inspiratório e uma fase inspiratória prolongada.
C- Durante a fase inspiratória, o volume do tórax aumenta, expandindo as vias aéreas centrais. A pressão intrapleural é mais alta que a intratraqueal.
D- A obstrução intratraqueal produz um som patológico expiratório e uma fase prolongada expiratória.
E- Uma obstrução fixa das vias aéreas descreve uma situação onde as pressões intra e extraluminal não interferem no local da via aérea reduzido, como por exemplo na estenose subglótica adquirida.

Resposta C

18 - Em um cenário de via aérea difícil, onde não se ventila e não se intuba, em uma criança de 3 anos não passível de dilatação, assinale a melhor alternativa para acesso a sua via aérea:

A- Traqueostomia percutânea.
B- Traqueostomia tradicional.
C- Cricotireoidostomia percutânea.
D- Cricotireoidostomia tradicional.
E- Nenhuma das anteriores.

Resposta B

19 - Pela classificação de Monnier, uma estenose de laringe subglótica, com envolvimento glótico, com comorbidades e com uma obstrução de 51 a 70% é classificada como:

A- II a.
B- II d.
C- III a.
D- IV d.
E- I d.

Resposta B

20 - A estenose supraglótica é uma das possíveis complicações da supraglotosplastia. Assinale o ponto anatômico que, quando violado, aumenta o risco de seu acometimento:

A- Cricóide
B- Mucosa interaritenóidea
C- Comissura anterior
D- Seio piriforme
E- Epiglote

Resposta B

Questões Discursivas

01 - Sobre a estenose congênita da traquéia (ECT), descreva:

ETIOLOGIA: causa desconhecida, porém é descrita associação com algumas síndromes como Down e associação VACTER.Exposição a alguns medicamentos como adriamicina, doxorubicina são citados em animais, mas sem reprodução em humanos.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA: mães comumente se apresentam com polidramnia. Ao nascimento, apresentam invariavelmente desconforto respiratório com dificuldade de intubação. Podem permanecer assintomáticos até uma primeira infecção respiratória (estridor bifásico e fase expiratória prolongada no ciclo respiratório).

DIAGNÓSTICO: broncoscopia rígida. A óptica tem que ser a mais fina possível para evitar a qualquer custo trauma da mucosa. A tomografia é útil não só para avaliar a extensão da estenose quanto diagnosticas possíveis alterações cardiovasculares associadas.

MANEJO: Observação em casos leves e cirurgia em crianças muito sintomáticas. Traqueoplastia com anastomose término-terminal e/ou por deslizamento.

02 - Diferencie clinicamente a laringomalácia leve, da laringomalácia moderada e da laringomalácia leve grave:

Laringomalácia leve: estridor sem desconforto respiratório, assim como tosse e regurgitação ocasionais. Coordenação de deglutição normal e saturação entre 98-100%. Resolução dos casos em 70% das vezes e 30% evolução para laringomalácia moderada.

Laringomalácia moderada: estridor e sintomas digestivos associados. Tosse, regurgitação e eventual cianose nas mamadas. Perda de peso se instala se modificações dietéticas e terapia anti-ácida não se prescrevem. Saturação de 96%. Vinte oito por cento evoluem para laringomalácia grave.

Laringomalácia grave: estridor, cianose, apnéia, retração supraesternal, subcostal e dificuldade de desenvolvimento. Saturação entre 88-92%. Trinta por cento tem comorbidades associadas (doença neurológica, cardíaca, genética).

03 - Defina malformação, síndrome, associação e sequência, citando exemplo de cada uma delas com sua respectiva alteração na via aérea pediátrica:

a- Uma malformação resulta de uma anormalidade primária na formação de um tecido ou estrutura durante a organogênese, sendo a etiologia genética ou do meio-ambiente. Exemplo a anormalidade craniofacial e o sleeve da traquéia que acometem as crianças portadoras da Síndrome de Apert e Crouzon.

b- Uma síndrome refere-se a um padrão recorrente de malformações que se origina de uma etiologia única. Um cromossomo extra (21) responsável pelos achados do paciente. Em relação a via aérea a possibilidade de estenose subglótica congênita e anéis traqueais completos.

c- Associação: coleção de anomalias reconhecida por ocorrer mais frequentemente que o esperado por chance, mas sem etiologia genética definida. Exemplos VACTER_L e associação Oculo-Auriculo-Vertebral com suas respectivas alterações de via aérea (via aérea difícil de expor e fístula traqueo-esofágica.associada.

d- Sequência:padrão de anomalias de uma anomalia primária ou força mecânica com efeito secundário em outras estruturas. Sequência Pierre Robin, sindrômica ou não (micrognatia resultando em glossoptose e fenda palatina).

04 - Sobre o estridor, construa um passo a passo diagnóstico (SOMENTE CLÍNICO) levando em consideração os critérios a seguir:

GRAVIDADE: é o fator que determina a maneira pela qual o médico conduzirá sua investigação e acima de tudo em que lugar, num consultório ou no bloco cirúrgico, lembrando que uma criança sem cianose, ganhando peso e sem desconforto respiratório poderá ser conduzida eletivamente

PROGRESSÃO: estridor desde o nascimento sugere malformação congênita fixa como paralisia bilateral em adução e web laríngeo. No estridor que se inicia na primeira semana e tem associação com a posição e piora nos primeiros meses, há que se pensar das doenças supraglóticas. No caso do estridor súbito, sempre devemos pensar em trauma, infecção respiratória e mais remotamente corpo estranho

ALIMENTAÇÃO: disfagia, sintomas sugestivos de aspiração, dificuldade em desenvolver-se sugerem crianças que respiram pior ou tem alguma anormalidade aerodigestiva que causa a disfagia As lesões de naso, oro e hipofaringe tendem a cursar com disfagia pela obstrução respiratória que causam, diferentemente de paralisia unilateral de prega vocal, cleft e fístula TE, as quais causam sintomas alimentares e estridor por impedimento aerodigestivo Atenção especial também as lesões do mediastino que podem cursar com compressão aérea e digestiva concomitante, como o duplo arco aórtico

CIANOSE: esta quando presente e acima de tudo com sinais concomitantes de desconforto respiratório sugerem doença obstrutiva respiratória grave. As doenças cardíacas e neurológicas devem ser excluídas, embora essas três causas de episódios de cianose podem coexistir, notadamente nas crianças sindrômicas.

SONO: o estridor pode melhorar ou piorar no sono, lembrando que a obstrução faríngea piora no sono e a laríngea (laringomalácia-supraglote) melhora no sono.

05 - Você é chamado para auxiliar em um nascimento de um prematuro com possível dificuldade de acesso à via aérea na sala de parto. O que você perguntaria para a neonatologista antes dessa criança nascer?

1- Qual a idade gestacional? Lembrar sempre que os prematuros extremos têm maior chance de necessitar de ressuscitação e intubação com via aérea difícil. O preparo para acesso a uma via aérea difícil, assim como um acesso vascular mais complexo deve ser considerado.
2- Há risco de líquido amniótico com mecônio? Líquido amniótico com mecônio é um sinal de estresse para o prematuro. Caso este RN não exiba características de vigor (bom tônus, bom choro e boa movimentação), ele deve ser rapidamente intubado para aspiração traqueal.
3- A gestação é múltipla? O que requer mais material, mais pessoal e há mais risco de comorbidades.
4- Há sinais na história ou nos exames radiológicos que sugiram dificuldade com as vias aéreas (polidramnia, malformações congênitas, Síndrome CHAOS, micrognatia, malformações craniofaciais.