



**Prova de Título
de Especialista em
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
2010**

**Sociedade Brasileira de
Cirurgia de Cabeça e Pescoço**

Titulo de Especialista CCP – 2010

1. A otalgia reflexa de um tumor localizado no terço posterior da língua (base da língua) é mediada por qual o nervo:

- a) Ramo interno do nervo laríngeo superior.
- b) Ramo externo do nervo laríngeo superior.

c) Nervo glossofaríngeo.

- d) Nervo acessório.
- e) Nervo auricular magno.

2. As artérias etmoidais anteriores e posteriores são ramos da:

- a) Artéria carótida interna.
- b) Artéria carótida externa.
- c) Artéria esfenopalatina.
- d) Artéria facial.

e) Artéria oftálmica.

3. O forame jugular representa uma grande abertura na base do crânio que serve de passagem para importantes estruturas anatômicas que chegam ao pescoço através dele. A disposição mais comum destas estruturas no forame e logo após a saída dele é:

a) Veia Jugular interna na porção medial e anterior do forame; nervo glossofaríngeo, nervo vago, nervo acessório na porção lateral e posterior; com o nervo acessório cruzando a veia Jugular por sua face anterior logo após a saída do crânio.

b) Veia Jugular interna na porção lateral e posterior do forame; nervo glossofaríngeo, nervo vago, nervo acessório, na porção medial e anterior; com o nervo acessório cruzando a veia Jugular por sua face anterior logo após a saída do crânio.

c) Veia Jugular interna na porção medial e anterior do forame, nervo glossofaríngeo, nervo vago, nervo acessório na porção lateral e posterior; com o nervo acessório cruzando a veia Jugular por sua face posterior logo após a saída do crânio.

d) Veia Jugular interna na porção lateral e posterior do forame, nervo glossofaríngeo, nervo vago, nervo acessório na porção medial e anterior; com o nervo acessório cruzando a veia Jugular por sua face posterior logo após a saída do crânio.

e) Veia Jugular interna na porção lateral e posterior do forame, nervo glossofaríngeo, nervo vago, nervo acessório na porção medial e anterior; com o nervo acessório lateral a veia Jugular.

4. A circulação arterial do músculo peitoral maior é feita por ramos perforantes das artérias intercostais e também pela artéria:

- a) Torácica anterior
- b) Torácica lateral
- c) Subclávia
- d) Acrômio-torácica**
- e) Tronco costocervical.

5. O sintoma mais comum na apresentação clínica inicial do câncer da nasofaringe é:

- a) Nódulo cervical**
- b) Epistaxe
- c) Obstrução nasal
- d) Otite média serosa
- e) Anosmia

6. Um paciente com um carcinoma de rinofaringe com a seguinte descrição: “a lesão preenche a rinofaringe e se estende para a base do crânio pelo teto da rinofaringe, palpa-se linfonodo aumentado de tamanho, com 3,0cm de diâmetro, móvel, liso e indolor em nível II a esquerda. Poderíamos encontrar:

- a) Paralisia do nervo VI.**
- b) Paralisia do nervo XII.
- c) Paralisia do nervo X.
- d) Paralisia do nervo IX.
- e) Nenhuma das anteriores.

7. Qual a complicação que mais afeta a qualidade de vida dos pacientes com câncer da orofaringe submetidos a tratamento com quimio e radioterapia concomitante?

- a) Disfagia**
- b) Emagrecimento
- c) Osteoradionecrose da mandíbula
- d) Xerostomia
- e) Parotidite de repetição

8. Assinale a sequência mais correta:

- a) Artéria carótida comum → artéria carótida interna cervical → forame lácero → porção petrosa da artéria carótida interna → forame carotídeo → Joelho anterior da artéria carótida interna → porção cavernosa da artéria carótida interna → Joelho posterior da artéria carótida interna → artéria cerebral média
- b) Artéria carótida comum → artéria carótida interna cervical → forame lácero → porção cavernosa da artéria carótida interna → forame carotídeo → Joelho anterior da artéria carótida interna → porção petrosa da artéria carótida interna → Joelho posterior da artéria carótida interna → artéria cerebral média
- c) Artéria carótida comum → artéria carótida interna cervical → forame carotídeo → porção cavernosa da artéria carótida interna → forame lácero → Joelho anterior da artéria carótida interna → porção petrosa da artéria carótida interna → Joelho posterior da artéria carótida interna → artéria cerebral média
- d) Artéria carótida comum → artéria carótida interna cervical → Joelho posterior da artéria carótida interna → forame carotídeo → forame lácero → Joelho anterior da artéria carótida interna → porção petrosa da artéria carótida interna → porção cavernosa da artéria carótida interna → artéria cerebral média
- e) Artéria carótida comum → artéria carótida interna cervical → forame carotídeo → porção petrosa da artéria carótida interna → forame lácero → Joelho posterior da artéria carótida interna → porção cavernosa da artéria carótida interna → Joelho anterior da artéria carótida interna → artéria cerebral anterior**

9. Na maioria das casuísticas brasileiras de tumores de base de crânio publicadas na literatura internacional, quais são os tumores malignos mais prevalentes?

- a) Estesioneuroblastoma e adenocarcinoma.
- b) Carcinoma adenocístico e carcinoma mucoepidermóide.
- c) Carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular.**
- d) Adenocarcinoma e glioblastoma multiforme.
- e) Hemangiopericitoma e paraganglioma jugulotimpânico maligno.

10. O nervo glossofaríngeo, IX nervo craniano, é um nervo misto que como o próprio nome indica, distribui-se para a região da língua e orofaringe. Após a sua saída do crânio, este nervo passa pelo chamado espaço láterofaríngeo, antes de atingir o seu destino final. Neste trajeto estrutura(s) em especial auxilia(m) o cirurgião na localização do nervo. Trata-se do(s):

a) Músculos estilofaríngeo e estiloglosso.

- b) Músculos estilo-hióideo e estiloglosso.
- c) Músculo digástrico (ventre posterior).
- d) Músculos estiloglosso e digástrico.
- e) Músculo pterigóideo lateral.

11. Paciente submetido a lobectomia total e no anatomopatológico com diagnóstico de carcinoma folicular microinvasivo com 1 cm. Os procedimentos aceitos seriam, exceto?

- a) Tireoidectomia total complementar.
- b) Observação.

c) Dosagem de tireoglobulina estimulada.

- d) Dosagem de anti-tireoglobulina.
- e) Supressão com levotiroxina.

12. Paciente do sexo masculino com 45 anos, submetido a tireoidectomia total por carcinoma papilífero variante de células oxifílicas da tireóide medindo 1,5cm e sendo lesão única. Qual é a melhor conduta abaixo?

- a) Esvaziamento cervical níveis II a V ipsilateral profilático.
- b) Observação e reposição de levotiroxina.
- c) Pesquisa de corpo inteiro com ¹³¹-iodo e dose terapêutica se necessário.
- d) Dose terapêutica com ¹³¹-iodo e pesquisa de corpo inteiro pós-dose.**
- e) Dose ablativa de ¹³¹I com 30mCi associada ao TSH recombinante.

13. Paciente 73 anos, masculino, sem outros antecedentes, procurou seu clínico de referência queixando-se de disfagia progressiva para alimentos há cerca de um ano e dispnéia moderada a pequenos esforços. Endoscopia digestiva sem qualquer alteração. Ao exame cervical, apresentava pequena nodulação protuberante à direita (D), insinuando-se pela fúrcula esternal. Solicitadas dosagens hormonais (normais) e US de tireóide que indicaram bócio mergulhante à D, punção biópsia de bócio e lobo esquerdo da tireóide normal. Qual seria a melhor seqüência, entre as alternativas abaixo e após avaliação clínica, de conduta para este paciente?

a) Tomografia cervical e então programar cirurgia – iniciando por via cervical e preparo para abordagem torácica.

b) Levotiroxina supressiva para diminuição do volume do bócio devido a idade avançada do paciente.

c) Radioiodoterapia para diminuição do volume do bócio dada a idade avançada do paciente.

d) Tratamento esclerosante com etanol.

e) Cirurgia via esternotomia ou toracotomia a direita.

14. Em relação à ocorrência de mutações do gene *braf* em carcinomas bem diferenciados de tireóide, é correto afirmar que:

a) Ocorre em maior frequência no carcinoma folicular.

b) Significa frequentemente um pior prognóstico para seus portadores.

c) É uma mutação germinativa associada a maior agressividade local já ao diagnóstico inicial.

d) Não existem, até o momento, outras mutações ativadoras descritas para este oncogene.

e) Esta, quando ocorre, ativa a via das caspases, conhecido mecanismo de morte celular.

15. Assinale a opção incorreta com relação à displasia fibrosa:

a) Podem ser divididas em monostóticas e poliestóticas.

b) Exorbitismos são frequentes, mas deficiências visuais são incomuns.

c) As monostóticas do tipo Albright apresentam distúrbios endócrinos.

d) A imagem radiológica varia, porém muitas vezes é de “vidro moído”.

e) O tratamento cirúrgico radical é sempre a melhor opção terapêutica.

16. Assinale a opção incorreta com relação ao cisto ósseo simples de mandíbula:

- a) É também denominado cisto ósseo solitário ou hemorrágico.
- b) A maioria dos casos são diagnosticados na 1ª ou 2ª décadas da vida.
- c) Normalmente os sintomas justificam a investigação radiológica.**
- d) O melhor tratamento consiste na curetagem cirúrgica da loja cística.
- e) Geralmente pouco ou nenhum tecido da lesão pode ser obtido para análise histopatológica.

17. São características dos ameloblastomas, exceto:

- a) Tumor benigno, origem no epitélio odontogênico
- b) Ocorrem na maxila e mandíbula
- c) Agressividade local e tendência a recidiva
- d) Aspecto radiográfico de bolhas de sabão, margens mal definidas, deslocamento de dentes
- e) Maior incidência na maxila (85%)**

18. O tumor maligno primário do osso maxilar mais comum é o (a):

- a) Linfoma de Burkitt
- b) Osteosarcoma**
- c) Histiocitose X
- d) Sarcoma de Ewing
- e) Condrosarcoma

19. Paciente do gênero feminino, 10 anos de idade, portadora de exoftalmia. No exame físico constatam-se manchas café-com-leite e há referência de pesquisa por puberdade precoce. Tomografia de crânio e face não revela anormalidades esqueléticas. Neste caso a principal suspeita diagnóstica é:

- a) Rabdomyossarcoma orbital.
- b) Neurofibromatose de Von Recklinghausen.**
- c) Síndrome de Mc-Cune Albright.
- d) Displasia fibrosa monostótica.
- e) Fibroma ossificante da maxila.

20. Com relação ao nasoangiofibroma juvenil, assinale a alternativa correta:

a) Se origina, na maioria das vezes, no forame esfenopalatino.

b) Etiologia desconhecida, sendo mais freqüente em mulheres jovens.

c) Principal artéria nutridora é a faríngea ascendente.

d) O acesso de Wilson não é adequado para tumores pequenos localizados na rinofaringe.

e) Cursa raramente com epistaxe.

21. Qual dos músculos intrínsecos da laringe abaixo não é innervado pelo nervo laríngeo inferior?

a) Músculo Tiroaritenóideo.

b) Músculo Cricoaritenóideo.

c) Músculo Cricotireóideo.

d) Músculo Vocal.

e) Nenhuma das anteriores.

22. Paciente com 42 anos, tabagista e etilista, sexo masculino, disфония há 2 meses. Ao exame apresenta lesão vegetante em borda livre de terço médio de prega vocal esquerda sem alteração da mobilidade. Aponte a alternativa abaixo a seqüência de condutas mais adequadas:

a) Biópsia e laringectomia total (se confirmado carcinoma).

b) Fonoterapia, biópsia e radioterapia (se confirmado carcinoma).

c) Laringoscopia direta para biópsia e após cordectomia (se confirmado carcinoma).

d) Pausa vocal e reavaliação em 30 dias.

e) Nenhuma das respostas estão corretas.

23. Paciente com Carcinoma Epidermóide de epiglote, com extensão para ambas pregas vestibulares, com envolvimento de comissura anterior, pregas vocais móveis. Palpação cervical: negativa. Qual seria a melhor opção terapêutica nesse caso, considerando que a função pulmonar do paciente está preservada?

a) Laringectomia total.

b) Laringectomia total + esvaziamento cervical seletivo bilateral.

c) Laringectomia supraglótica + esvaziamento cervical seletivo bilateral.

d) Laringectomia supracricóidea + esvaziamento cervical seletivo bilateral.

e) Epiglotectomia endoscópica + esvaziamento cervical seletivo bilateral.

24. Qual dos exames abaixo não faz parte da rotina do seguimento pós tratamento no câncer de laringe:

- a) Endoscopia Digestiva Alta.
- b) Exame de imagem pulmonar.
- c) Laringoscopia.
- d) Dosagem de TSH e T4 Livre.
- e) Ultrassonografia hepática.**

25. Paciente com carcinoma epidermóide de laringe, Estádio IV, recusa o tratamento cirúrgico, será submetido a quimioterapia (Cisplatina e 5- Fluoracil) e radioterapia externa incluindo cadeias cervicais (60 Gy). Identifique as complicações e possíveis cuidados.

- a) Disfagia e odinofagia - gastrostomia endoscópica previamente ao tratamento associado à amifostina e laser intra oral durante o tratamento.
- b) Xerostomia - drogas substitutas da saliva, além de cuidados higiênicos.
- c) Dispneia - traqueostomia prévia ao tratamento.
- d) Perda de peso - avaliação e acompanhamento nutricional.
- e) Todas as respostas acima.**

26. Qual o estadiamento de um paciente com lesão confirmada como carcinoma espinocelular por biópsia, localizada em: 2/3 anteriores de prega ariepiglótica esquerda, 2/3 anteriores de prega vestibular esquerda, face laríngea de epiglote toda. Não há comprometimento de prega vocal e aritenóide ipsilateral, nem tampouco da face lingual de epiglote e toda hemilaringe à direita. A mucosa de hipofaringe está livre de doença. As pregas vocais são móveis. Tomografia computadorizada de laringe não mostra invasão do espaço pré-epiglótico. Pescoço: negativo a palpação.

- a) T1N0Mx.
- b) T2N0Mx.**
- c) T3N0Mx.
- d) T4aN0Mx.
- e) T4bN0Mx.

27. Nos casos de tumores T3 transglóticos com franca extensão subglótica e pescoço negativo, deve-se efetuar o esvaziamento cervical eletivo dos níveis:

- a) II, III e IV.
- b) I, II, III e IV.
- c) II, III, IV e VI.**
- d) IV, V e VI.
- e) I, II, III, IV e VI.

28. Qual a importância da ossificação das cartilagens da laringe?

- a) Os pontos ossificados da cartilagem são mais vulneráveis à invasão tumoral.**
- b) O tecido ósseo, sendo mais duro que a cartilagem, representa uma barreira à progressão do tumor.
- c) A cartilagem não tem rede vascular no seu interior e isto a faz que as áreas não ossificadas sejam pontos de fragilidade à invasão tumoral.
- d) A ossificação da cartilagem tireóidea impede a realização de uma laringectomia fronto lateral.
- e) Todas as alternativas estão erradas.

29. Assinale a alternativa que correlacione acertadamente, Arcos, Nervos, Músculos e Artérias:

- a) Arco Mandibular (1º arco) – Nervo Facial – Ventre anterior do Digástrico – Artéria Facial.
- b) Arco Hióideo (2º arco) – Nervo Trigêmeo – Ventre posterior do Digástrico – Artéria Lingual.
- c) 3º Arco – Nervo Glossofaríngeo – Músculo estilofaríngeo – Artéria Carótida Interna.**
- d) 4º Arco – Nervo Laríngeo Superior – Músculo estiloídeo – Artéria subclávia.
- e) 5º Arco – Nervo Recorrente Laríngeo – Músculo tirofaringeo – Artéria Aorta.

30. Com relação aos hemangiomas do pescoço, assinale a correta:

- a) Os músculos mais comumente envolvidos pelos hemangiomas profundos são o trapézio, escalenos e esternocleidomastoideo.**
- b) O tratamento radioterápico é uma terapêutica satisfatória e deve ser avaliado como alternativa à cirurgia.
- c) Uma grande parcela dos hemangiomas congênitos evolui para hemangiomas invasivos.
- d) A taxa de involução dos hemangiomas congênitos, sem terapêutica, é inferior a 50%.
- e) Nos hemangiomas profundos musculares é comum o envolvimento da pele circunvizinha.

31. Um ultrassom cervical na suspeita de cisto de ducto-tireoglosso tem utilidade para:

- a) Confirmar a natureza cística do nódulo cervical.
- b) Suspeitar de carcinoma quando o nódulo for sólido.
- c) Certificar-se da presença de glândula tireóide tópica.
- d) Diagnosticar outras alterações disorganogenéticas da glândula tireóide.

e) Todas as respostas estão corretas.

32. Se ocorrer uma neoplasia maligna em cisto de ducto tireoglosso, o tipo histológico mais freqüente é o:

- a) Carcinoma de células escamosas, pois o ducto tireoglosso tem origem a partir da base da língua.
- b) Carcinoma medular, pois o cisto ocorre mais em crianças e adolescentes.
- c) Carcinoma folicular.

d) Carcinoma papilífero.

- e) Carcinoma embrionário, pois se origina em restos embrionários.

33. A forma mais eficaz de se incrementar a vascularização de um retalho cutâneo randômico é:

a) Autonomização do retalho.

- b) Administração de 100mg/dia de AAS nos primeiros 10 dias de pós-operatório.
- c) Administração de inibidores da ciclo-oxigenase no pós-operatório.
- d) Inclusão da hipoderme na espessura do retalho.
- e) Administração de 100mg/dia de AAS nos 3 dias que antecedem a cirurgia.

34. Paciente do sexo masculino de 54 anos submetido à pelveglossectomia subtotal (do soalho anterior até 2,0 cm da valécula) associado à mandibulectomia marginal e esvaziamento supraomohiideo bilateral. Qual das alternativas abaixo não deve ser considerada como opção de reconstrução:

- a) Retalho miocutâneo de peitoral maior.
- b) Retalho livre osteocutâneo de fíbula.**
- c) Retalho livre miocutâneo de reto abdominal.
- d) Retalho livre anterolateral da coxa.
- e) Retalho miocutâneo de trapézio.

35. Paciente do sexo feminino de 65 anos vem ao seu consultório encaminhado do endocrinologista com diagnóstico de hiperparatireoidismo primário (HPTp) para tratamento cirúrgico. Traz os seguintes exames:

Paratormônio (PTH): 110 (10-65) pg/ml

Ca⁺⁺: 1,36 (0,75-1,45) mmol/l

Vitamina D: 9 (20-30) ng/ml

Cintilografia de tireóide: compatível com adenoma inferior direito (PTID).

Qual a melhor conduta?

- a) Realizar ressecção de PTID com exploração focal, utilizando o PTH rápido.
- b) Realizar ressecção de PTID com exploração unilateral, utilizando o PTH rápido.
- c) Realizar ressecção de PTID com exploração bilateral, utilizando o PTH rápido.
- d) Contra-indicar procedimento cirúrgico, pois o paciente não tem HPTp.
- e) Iniciar reposição de vitamina D e repetir os exames em 2 meses.**

36. Em relação ao HPTp, assinale a correta:

- a) Durante seu tratamento cirúrgico, a congelação intraoperatória tem boa capacidade de distinção entre adenoma e carcinoma de paratireóide.
- b) A introdução da dosagem sérica da calcemia na rotina clínica teve pouco impacto na incidência da doença.
- c) Os sintomas mais comuns são: a osteíte fibrosa cística e a litíase renal.
- d) Acomete 3% das mulheres acima do 60 anos.**
- e) Acomete exclusivamente os rins e os ossos, poupando outros órgãos.

37. Paciente de 35 anos, gênero masculino, apresenta nódulo em região parotídea esquerda de aproximadamente 4 cm, sem limites nítidos há 3 anos, crescimento lento e de consistência fibro-elástica. A palpação, revelou certa fixação quando da sua mobilização contra o ramo ascendente da mandíbula. A mímica facial está preservada. A tomografia, com contraste, evidencia uma lesão pouco maior com formato compatível a um “halteres”.

Do que foi mencionado acima podemos concluir:

a) Apesar da mímica facial estar preservada, a consistência e o formato da lesão à tomografia falam a favor de provável lesão maligna de baixo grau de malignidade.

b) Apenas com estes dados não se pode deduzir algo acerca da lesão.

c) Com os dados podemos inferir que a lesão ocupa também o pólo profundo da glândula caminhando para o espaço parafaríngeo

d) O aspecto em halteres revela que a lesão apresenta deformidade compatível com as lesões malignas de alto grau, provavelmente, carcinoma adenóide cístico.

e) A descrição acima é compatível com mioepitelioma.

38. Dos tumores do espaço parafaríngeo aquele apresenta maior incidência é:

a) Paraganglioma

b) Schwannoma

c) Metástase de tumor de orofaringe

d) Metástase de tumor de próstata

e) Tumor do pólo profundo da glândula parótida

39. A causa mais comum de hiperparatireoidismo primário persistente é:

a) Deficiência de vitamina D não diagnosticada no pré-operatório.

b) Hipercalcemia hipocalciúrica familiar benigna.

c) Hiperplasia de paratireóides.

d) Falha de localização de adenoma único na primeira exploração cervical.

e) Paratireóides intra-tímicas.

40. Uma paciente que lhe foi encaminhado com o diagnóstico de HPT primário e ela lhe apresenta os seguintes exames laboratoriais: cintilografia de paratireóides com área hipercaptante à direita, ultra-sonografia da tireóide com nódulo tireóideo hipocogênico e irregular de 2 cm à direita, com microcalcificações, PTH = 80pg/ml (Ref 10 a 65), Cálcio ionizado 8,7 mg/dL (ref 8,5 a 10,2). Ela nega problemas ósteo-musculares e nefrolitíase.

- a) Deve ser operada por HPT primário e com PTH intra-operatório.
- b) A possibilidade de insuficiência de vitamina D inexistente e trata-se de paratireóide intra-tireoideia.
- c) A paciente não necessitará de tratamento cirúrgico, pois tem apenas falta de vitamina D.
- d) O diagnóstico de HPT primário não está claro e a imagem da cintilografia pode corresponder a carcinoma papilífero da tireóide.**
- e) Deverá receber calcitriol por 12 meses e ser reavaliada para punção da tireóide.

41. Durante a paratireoidectomia em pacientes com HPT secundário o uso da biópsia de congelação e da dosagem do PTH rápido:

- a) Podem auxiliar na orientação de que todo tecido paratireóideo foi localizado e extirpado.**
- b) São pouco úteis, pela demora nos resultados.
- c) Não ajuda a diferenciar paratireóides de linfonodos, pois isso depende basicamente da experiência do cirurgião.
- d) A indisponibilidade desses recursos impede a realização do procedimento.
- e) São recursos úteis somente em re-operações.

42. Em HPT secundário de doentes dialíticos, os níveis de PTH após a paratireoidectomia, no pós-operatório tardio:

- a) Devem estar na faixa de normalidade para o método.
- b) Devem exceder 100 pg/ml.
- c) Devem ser ajustados de acordo com a reposição de cálcio.
- d) Podem ter influência na doença óssea adinâmica.**
- e) Devem ser ajustados pelo nefrologista.

43. Com relação a anatomia das glândulas paratireóides:

- a) As inferiores geralmente estão mediais ao nervo laríngeo inferior.
- b) As superiores geralmente estão laterais ao nervo laríngeo inferior.
- c) Podem estar dentro da glândula tireóide (relato de até 5% de casos).

d) As questões a, b, c estão corretas.

- e) As questões a, b, c, d estão incorretas.

44. No tratamento do carcinoma anaplásico da tireóide:

- a) Deve ser feita a laringectomia se houver invasão.
- b) Traqueostomia deve sempre ser feita.
- c) Não deve ser feito tratamento cirúrgico.

d) A palição deve ser considerada.

- e) Deve ser feita iodoterapia.

45. Assinale a verdadeira:

- a) Focos de carcinoma anaplásico de tireóide em carcinoma bem diferenciado, certamente não influenciam no prognóstico do paciente.
- b) A maior incidência de carcinoma anaplásico de tireóide esta nas 2ª e 3ª décadas de vida.
- c) A freqüência menor de carcinoma anaplásico deve-se, entre outras razões, ao maior número de procedimentos cirúrgicos sobre a glândula tireóide.
- d) O carcinoma anaplásico de tireóide é mais freqüente em homens.
- e) A morte do paciente portador de carcinoma anaplásico de tireóide se dá, frequentemente, por insuficiência respiratória devido a invasão do tumor primário nas vias aéreas e pelas metástases pulmonares.**

46. O carcinoma medular tem origem molecular:

- a) Na mutação BRAF
- b) Na mutação do RET- PTC
- c) Na mutação do protoncogene RET**
- d) Na membrana nuclear
- e) Nenhuma das anteriores

47. O tratamento, na intenção de cura do carcinoma medular, pode ser feito através de, exceto:

a) **Tireodectomia parcial.**

b) Tireoidectomia total.

c) Tireoidectomia total e esvaziamento cervical compartimento central.

d) Tireoidectomia total e esvaziamento cervical bilateral.

e) Há 3 alternativas corretas.

48. Sobre a radioterapia em metástases linfonodais cervicais por carcinoma epidermóide, assinale a incorreta:

a) A radioterapia pode ser utilizada no tratamento eletivo quando não há linfonodos alterados pelos métodos clínicos (ex. físico e exs. de imagem).

b) A dose de 50 Gy é considerada suficiente para controlar doença subclínica (linfonodos não detectáveis por métodos clínicos).

c) Para linfonodos de 3,5 a 6 cm metastáticos são necessárias doses superiores a 75 Gy.

d) A dose para tratamento de linfonodos clinicamente positivo para metástase de carcinoma epidermóide não depende do tamanho.

e) Existem 3 afirmações corretas acima.

49. Sobre complicações após esvaziamentos cervicais é correto:

a) Quando realizados de forma isolada, as infecções são decorrentes das contaminações linfáticas provenientes da drenagem da cavidade oral.

b) As fístulas linfáticas são raras, porém só acontecem nos esvaziamentos do lado esquerdo.

c) A dor no pós-operatório de esvaziamento radical clássico é sempre intensa.

d) O quilotórax, decorrente de fístula linfática, é considerada afecção grave.

e) Seromas normalmente são complicações graves, necessitando reabordagem cirúrgica.

50. Sobre os esvaziamentos cervicais radicais (assinale a correta):

a) Retira-se a totalidade de linfonodos no lado operado.

b) São sempre esvaziamentos profiláticos.

c) O músculo esternocleidomastoideo não pode ser preservado.

d) O compartimento central deve ser incluído independente do sítio primário do tumor.

e) É o esvaziamento que compreende os níveis de I a V do referido lado independente das estruturas preservadas.

51. Sobre os esvaziamentos seletivos (assinale a incorreta):

- a) Pode ser usado como terapêutico.
- b) Tem importância para indicar a radioterapia.
- c) Têm sido comparado (resultados) com uso da técnica do linfonodo sentinela em casos de estadio II de carcinoma de cavidade oral.
- d) Não pode ser usado como terapêutico.**
- e) São indicados para as doenças neoplásicas malignas cujo risco de metástase linfonodal é de 20% ou mais.

52. São consideradas lesões pré neoplásicas bucais:

- a) Leucoplasia.
- b) Eritroplasia.
- c) Cisto de retenção salivar.
- d) Doença aftosa recorrential.
- e) Há 2 questões corretas.**

53. Sobre as leucoplasias da cavidade oral é incorreto afirmar que:

- a) As apresentações clínicas são divididas em homogênea e não homogênea.
- b) A evolução de um tipo silente para outro mais agressivo não ocorre.**
- c) A forma não homogênea tem maior risco de transformação maligna.
- d) As características à microscopia são hiperparaqueratose e acantose.
- e) O tratamento das leucoplasias extensas continua problemático.

54. A Síndrome de Plummer-Vinson:

- a) Está relacionada com bócio nodular tóxico.
- b) Está relacionada a disfagia e a deficiência de ferro crônica.
- c) É também chamada de síndrome de Paterson-Brown-Kelly.
- d) Acomete mais mulheres de meia idade.
- e) As afirmações b, c, d estão corretas.**

55. Para o carcinoma da cavidade oral pode se afirmar que, exceto:

- a) O gene p53 tem sido muito estudado.
- b) Fatores angiogênicos são importantes para o crescimento do tumor e da metástase.
- c) Espessura superior a 5 mm tem taxas de metástase cervicais altas.
- d) Não há controvérsias sobre as características macroscópicas (vegetante X infiltrativa) na determinação da agressividade.**
- e) A presença de metástases cervicais demonstra pior prognóstico.

56. Sobre o carcinoma de hipofaringe é correto afirmar que, exceto:

- a) A possibilidade de metástase linfonodal é grande.
- b) A ingestão de álcool e uso do tabaco são importantes na promoção e indução.
- c) Existe associação com hepatopatia e desnutrição.
- d) O sexo masculino é o mais acometido.
- e) Nos países nórdicos as mulheres não apresentam lesões retrocríóides.**

57. Os carcinomas epidermóides de orofaringe podem ser tratados:

- a) Cirurgicamente por via oral.
- b) Cirurgicamente por faringotomia.
- c) Cirurgicamente por acesso trans mandibular.
- d) Por esquemas de quimioterapia associada a radioterapia.
- e) Todas as anteriores.**

58. Sobre os carcinoma de orofaringe é correto afirmar que:

- a) O primeiro sintoma é a metástase linfonodal cervical.
- b) Os tumores da parede posterior são os mais freqüentes.
- c) As metástases para os linfonodos do nível I são as mais frequentes.
- d) A odinofagia está presente em 40% dos casos.**
- e) A laringectomia supraglótica não é empregada no tratamento cirúrgico dos tumores da base da língua.

59. No preparo pré operatório dos pacientes portadores de bócio difuso tóxico, é usado iodo em natura para a melhor compensação do paciente. Esse procedimento tem suas bases:

- a) No efeito de Basedow.
- b) No efeito de Graves.
- c) No efeito Wolf Charcoff.**
- d) No efeito de Plummer.
- e) O procedimento acima não é feito.

60. A célula do carcinoma bem diferenciado da tireóide tem várias semelhanças com a célula folicular normal da tireóide. Quando uma célula neoplásica não capta mais iodo isso se deve a alteração de:

- a) Trab
- b) Anticorpo anti-peroxidase
- c) Tireoglobulina
- d) NIS (Proteína transportadora de iodo)**
- e) Nenhuma questão anterior

61. O estágio de um carcinoma epidermóide de cavidade oral que foi totalmente retirado na biópsia (biopsia excisional) e que não há referências sobre a medida é:

- a) T0
- b) T1
- c) T2
- d) Tx**
- e) pTx

62. Durante a ressecção de um carcinoma epidermóide da pele da região supraclavicular E, foi realizado esvaziamento do nível V, apesar de não haver metástases linfonodais detectadas antes do procedimento. Esse esvaziamento foi:

- a) De princípio.
- b) Terapêutico.
- c) Eletivo.
- d) De oportunidade.**
- e) De necessidade.

63. Para retirada de dreno após um esvaziamento cervical é critério a ser observado, exceto:

- a) Volume.
- b) Aspecto do espécime da drenagem.
- c) Débito das últimas 12 hs.
- d) Tipo das operações compostas.
- e) Eiteliólise das bordas da ferida.**

64. Para se evitar a dor no ombro é necessário a preservação de um nervo. Assinale a questão que demonstra tal nervo e seu ponto de reparo:

- a) IX par craniano - músculo estilo faríngeo.
- b) X par craniano - artéria carótida.
- c) XI par craniano - cartilagem cricóide.
- d) XII par craniano - ventre anterior músculo digástrico.
- e) XI par craniano - ponto de ERB.**

65. Os esvaziamentos cervicais estendidos ou ampliados são aqueles que:

- a) Retiram todos os níveis cervicais.
- b) Retiram níveis mediastinais.
- c) Retiram estruturas que não são previstas nos esvaziamentos habituais.**
- d) Retiram mais que 300 linfonodos.
- e) Nenhuma das anteriores.

66. Assinale a incorreta com relação aos abscessos e espaços cervicais:

- a) O espaço retrofaringeo localiza-se entre a lâmina visceral da camada média da fascia cervical profunda e a lâmina alar da camada profunda da fascia cervical profunda, estende-se até o nível de T1/T2 e contém os linfonodos de Rouviere. Acomete crianças secundariamente a infecções das vias aéreas superiores e caracteriza-se pelo abaulamento da parede posterior da orofaringe.
- b) O danger space localiza-se entre a lâmina alar da camada profunda da fascia cervical profunda e a lâmina pré-vertebral da camada profunda da fascia cervical profunda, é um espaço virtual que se estende até a transição toraco-abdominal. As infecções deste espaço cursam com queda do estado geral, dispnéia e disfagia.
- c) O espaço pré-vertebral localiza-se posteriormente ao danger space, contém a musculatura paravertebral e artérias vertebrais e se estende até o cóccix. Processos infecciosos desta região cursam com cervicalgia que se irradia para ombros e costas.
- d) O espaço parafaringeo é considerado uma pirâmide invertida com a base situada na base do crânio e o ápice no osso Hióide. É frequentemente acometido por processos infecciosos por estar localizado no meio dos outros espaços. Este espaço é preenchido por gordura, artérias, veias e ramos do nervo trigêmeo. O tumor mais comum localizado neste espaço é o adenoma pleomórfico.
- e) A angina de Ludwig é na verdade uma fascite necrotizante que acomete os espaços submandibulares e submental. É na maioria das vezes secundária a sialoadenite de repetição da glândula submandibular. É uma situação grave que requer antibióticoterapia de amplo espectro e drenagem cirúrgica precoce, que usualmente resulta em saída de grande quantidade de secreção purulenta.**

67. Sobre o melanoma podemos afirmar:

- a) O lentigo maligno melanoma é o tipo mais raro de melanoma de pele.**
- b) O melanoma lentiginoso acral não apresenta preferência por área do corpo.
- c) A avaliação do melanoma feita por Clark leva em conta a espessura da lesão em milímetros.
- d) A avaliação do melanoma de mucosa pelo sistema de Clark é muito importante para determinar o prognóstico da doença.
- e) O melanoma extensivo superficial tem melhor prognóstico, mas não é um tipo frequente de melanoma de pele.

68. Sobre as neoplasias malignas das glândulas salivares podemos afirmar:

- a) Nos carcinomas mucoepidermóides Grau III (Alto grau) existe uma predominância de células secretoras de muco.
- b) O carcinoma mucoepidermóide é a neoplasia mais comum na glândula submandibular.
- c) Os pacientes portadores de carcinoma de células acinares geralmente têm prognóstico ruim independentemente do tratamento instituído.
- d) O tumor misto maligno sempre se desenvolve a partir de um adenoma pleomórfico.
- e) Pacientes com carcinoma ductal (de ducto salivar) apresentam alto índice de recidiva local, regional e disseminação sistêmica.**

69. Marque a alternativa falsa sobre o carcinoma adenóide cístico de glândula salivar.

- a) É a neoplasia maligna mais comum na glândula sublingual.
- b) Entre os subtipos de carcinoma adenóide cístico, o cribiforme é o mais comum e o que apresenta melhor prognóstico.**
- c) O carcinoma adenóide cístico tem grande tendência de disseminação através dos nervos. A infiltração perineural pode estar presente em até 80% dos casos.
- d) O nervo facial e os ramos do trigêmeo (V2 e V3) são os mais acometidos pelo carcinoma adenóide cístico de glândula salivar.
- e) A presença de metástase linfonodal não é comum.

70. Sobre o melanoma de pele podemos afirmar:

- a) Quase a totalidade dos nevos congênitos gigantes (maiores 20 cm) evolui para melanoma.
- b) Aproximadamente todos dos pacientes com a Síndrome do Nevo Displásico desenvolvem melanoma de pele.**
- c) Em menos da metade dos pacientes o melanoma se desenvolve em local de lesão pigmentada preexistente.
- d) Aproximadamente 60% dos lentigos malignos evoluem para melanoma.
- e) O Xeroderma Pigmentoso predispõe o paciente a desenvolver CBC e CEC de pele, mas não aumenta da probabilidade de desenvolvimento de melanoma.

71. Sobre Papilomas Invertidos, assinale a correta:

a) Tipicamente localizam-se nas paredes laterais nasal e os seios paranasais mais acometidos são maxilares e etmoidais.

b) Originam-se mais comumente no septo nasal.

c) São tumores que não se apresentam de forma multifocal.

d) O risco de transformação em carcinoma epidermóide é maior que 30%.

e) Os seios paranasais mais acometidos são o esfenoidal e frontal.

72. Em relação as neoplasias malignas dos seios da face assinale a incorreta:

a) A Rinotomia Lateral, ou incisão de Weber-Ferguson, oferece boa exposição à cavidade nasal e seio maxilar. Apresenta ampla variedade de extensões que possibilita acesso a cirurgia craniofacial. Sua principal desvantagem é estética.

b) A invasão da base do crânio ocorre mais comumente quando há acometimento dos seios etmoidal, esfenoidal e frontal.

c) O Melanoma ocorre em apenas 1% das vezes no trato nasossinusal. Tem tendência a invasão neural e vascular precoces, com alta taxa de recidiva local. O tratamento é a ressecção local, mas a sobrevida é ruim.

d) Fatores etiológicos como tabagismo e solventes estão relacionados ao carcinoma epidermóide; enquanto que serragem e derivados do couro ao adenocarcinoma.

e) A ressonância magnética tem alta capacidade de avaliar a invasão de estruturas adjacentes, não ósseas, principalmente as invasões da base do crânio

73. O carcinoma adenóidecístico tem a seguinte característica:

a) Dor é uma característica infreqüente no momento do diagnóstico.

b) Disseminação perineural.

c) Evolução local rápida e agressiva.

d) Alto índice de metástases regionais.

e) Nenhuma das anteriores.

74. Com relação à avaliação nutricional de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, é incorreto afirmar que:

- a) Avaliação Subjetiva Global (ASG) é método fácil e rápido, baseado em anamnese e exame físico, capaz de identificar pacientes de alto risco nutricional.
- b) A perda de 10% do peso habitual em 6 meses caracteriza paciente desnutrido grave.
- c) A hipoalbuminemia é achado significativo em pacientes desnutridos graves, e pode retratar deterioração recente do estado nutricional.**
- d) Anamnese e exame físico, aliadas a coleta de dados antropométricos simples, são suficientes para a identificação da maior parte dos pacientes moderada e gravemente desnutridos.
- e) Comorbidades tais como insuficiência renal ou hepática, podem levar a interpretação equivocada dos achados da Avaliação Subjetiva Global (ASG).

75. Com relação à desnutrição protéico-calórica em pacientes com carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço, é incorreto afirmar que:

- a) É geralmente multifatorial; disfagia, odinofagia, alterações de paladar e efeitos colaterais associados a tratamentos antineoplásicos, etilismo, entre outros, podem contribuir para sua instalação.
- b) A síndrome da caquexia do câncer define-se pela perda ponderal superior a 10% do peso habitual nos últimos 6 meses.**
- c) Apesar de mais frequente em pacientes com tumores de pâncreas e de trato digestivo alto (esôfago e estômago), a caquexia do câncer é muito prevalente em pacientes com tumores avançados.
- d) Na síndrome da caquexia do câncer, observa-se a concomitante perda de massa muscular e gordurosa.
- e) Na fisiopatologia da caquexia do câncer, observa-se resposta semelhante à “reação metabólica de fase aguda”, com alta taxa de glicólise anaeróbica, produção hepática das chamadas proteínas de fase aguda, degradação de proteína muscular, bem como desvio do metabolismo de glicose para células tumorais.

76. Com relação ao termo de consentimento informado pré operatório:

- a) É obrigatório o seu uso.
- b) Exime o cirurgião das responsabilidades ético-legais em caso de complicações.
- c) Só é válido se acompanhado de documentação elencando todas as possíveis complicações.
- d) Pode ser útil nas demandas judiciais.**
- e) Nenhuma das anteriores.

77. Em um tratamento cirúrgico eletivo em que não aceita transfusão sanguínea você:

- a) Ignora e segue na indicação usando a transfusão se necessário.
- b) Recusa dar prosseguimento aos cuidados do paciente.
- c) Usa documentação assinada pelo paciente e não dará transfusão em situação nenhuma.
- d) Opta por não tratar o paciente (se ele não concordar com a transfusão), mas o orienta sob a evolução doença e suas conseqüências e documenta seus atos.**
- e) Nenhuma das anteriores.

78. Os nasoangiofibromas juvenis com invasão da base do crânio são classificados como:

- a) Fisch I
- b) Fisch II
- c) Fisch III**
- d) Fisch IV
- e) Fisch V

79. Nas sialoadenites é incorreto dizer que:

- a) As calculosas são mais comuns nas glândulas submandibulares.
- b) Nas acalculosas a etiologia é sempre viral.**
- c) O tratamento pode ser conservador.
- d) Pode ser feito sialoscopias para limpezas.
- e) As parotidites recorrentiais podem ocorrer nas crianças.

80. Para os carcinomas de lábio é correto afirmar que:

- a) Frequencia no lábio superior e semelhante ao inferior.
- b) A exposição à luz solar tem pouca influência.
- c) O tamanho da lesão e da rima labial influenciam no tipo de reconstrução.**
- d) Não é necessário esvaziamentos cervicais se o pescoço for N0 independente do tamanho do tumor.
- e) A queilite actínica não é lesão predisponente.