



**Prova de Título
de Especialista em
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
2018**

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

PROVA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO 2018

PRIMEIRA FASE – PROVA DE MÚLTIPLA ESCOLHA

1. São partes da fáscia cervical, EXCETO:

- a) Lâmina superficial.
- b) Lâmina média.
- c) Lâmina profunda.
- d) Músculo platisma.**
- e) Lâmina pré-traqueal.

2. Dentre as alternativas abaixo, assinale a artéria que é ramo da artéria carótida externa.

- a) Artéria oftálmica.
- b) Tronco tireo-cervical.
- c) Artéria lacrimal.
- d) Artéria vertebral.
- e) Artéria auricular posterior.**

3. Qual das alternativas listadas abaixo representa um ramo do nervo trigêmeo?

- a) Temporal.
- b) Zigomático.
- c) Cervical.
- d) Infraorbital.**
- e) Occipital menor.

4. As infecções oriundas da faringe podem adentrar ao mediastino. O chamado “danger space” (espaço perigoso) é:

- a) Continuação do músculo platisma com a fáscia muscular do m. peitoral maior.
- b) Continuação do espaço retrofaríngeo com a fáscia cervical superficial.
- c) Continuação do espaço retrofaríngeo com o espaço retroesofágico.**
- d) Continuação do espaço bucofaríngeo com a bainha carótica.
- e) Continuação da fáscia cervical lâmina superficial com o espaço pré-traqueal.

5. São músculos que abrem a rima oral, EXCETO:

- a) Zigomático maior.
- b) Zigomático menor.
- c) Depressor do ângulo da boca.
- d) Orbicular da boca.**
- e) Levantador do lábio superior.

6. Assinale a alternativa que guarda relação com o nervo glossofaríngeo.

- a) Forame estilo-mastoideo.
- b) Forame redondo.
- c) Canal carótico.
- d) Forame jugular.**
- e) Forame oval.

7. Dentre as alternativas abaixo, assinale aquela que corresponde a um ramo do nervo facial.

- a) Supratroclear.
- b) Supra-orbitário.
- c) Auricular magno.
- d) Auricular posterior.**
- e) Aurículo-temporal.

8. O vestíbulo da laringe se encontra:

- a) Na cavidade central da laringe.
- b) Entre o ádito da laringe e as pregas vestibulares.**
- c) Entre as pregas vocais e as pregas vestibulares.
- d) Na cavidade inferior da laringe.
- e) Entre a cartilagem aritenoide e a epiglote.

9. Acerca da marcação por imunistoquímica positiva para o p16 em carcinomas de boca e orofaringe, pode-se afirmar que:

- a) É considerado um bom marcador para tumores causados pelo HPV em orofaringe, porém não em cavidade oral.**
- b) É um marcador de infecção pelo vírus HPV16, porém não pelos outros subtipos.
- c) É bastante sensível para detecção do HPV, uma vez que marcações mesmo que escassas são fortemente sugestivas de infecção por HPV.
- d) tem como vantagens a simplicidade e baixo custo do exame, porém é um pouco mais limitado que a detecção real do DNA do vírus por PCR para predição de prognóstico.
- e) Apesar de comprovadamente útil para predizer prognóstico, seu uso ainda é preponderante em estudos clínicos, com pouco uso na prática clínica mesmo em grandes centros.

10. Em relação ao câncer de tireoide, pode-se afirmar que:

- a) Mutações dos genes BRAF e p53 estão associadas a pior prognóstico enquanto mutações no gene TERT a melhor prognóstico.
- b) O protooncogene RET, localizado no cromossomo 10q11.2, codifica o receptor transmembrana da família da tirosina quinase.**
- c) Sorafenib, pazopanib, sunitinib, lenvatinib, axitinib, cabozantinib e vandetanib têm como alvo molecular o receptor celular EGFR.
- d) A translocação RET/PTC é característica dos carcinomas medulares esporádicos.
- e) A mutação BRAF^{V600E} tem elevada sensibilidade, porém baixa especificidade, para malignidade quando aplicada em nódulos com punção aspirativa inconclusiva para malignidade.

11. Sobre a estimativa do câncer de cabeça e pescoço para o ano de 2018 no Brasil, assinale a alternativa correta:

- a) O câncer de cabeça e pescoço, considerando-se todos os subsítios, representa a segunda neoplasia maligna mais comum no indivíduo do sexo masculino.**
- b) O câncer da faringe continua sendo, dentre os tumores da região da cabeça e do pescoço, o mais incidente.
- c) Houve um declínio nas taxas brutas de incidência do câncer da cavidade oral.
- d) O câncer da glândula tireoide é o quinto mais prevalente nos indivíduos do sexo masculino.
- e) O câncer de pele não melanoma só não é mais incidente que o câncer de próstata nos indivíduos do sexo masculino.

12. Homem de 56 anos, portador de carcinoma espinocelular de mucosa jugal esquerda de 1,5 x 1,5 cm superficial e sem acometer a pele da região malar. A tomografia computadorizada mensura a profundidade de invasão da lesão em 8 mm e evidencia linfonodo metastático de 2,5 cm no nível Ib ipsilateral à lesão sem sinais de extravasamento extracapsular do mesmo. O estágio clínico dessa lesão segundo a oitava edição da AJCC é:

- a) T1N1.
- b) T1N2a.
- c) T2N1.**
- d) T2N2a.
- e) T2N3b.

13. Mulher de 59 anos, tabagista desde os 14 anos de 15 cigarros por dia, apresenta lesão úlcero-infiltrativa de 4,5 x 3,0 cm ocupando todo o soalho anterior da boca e o ventre lingual, sem acometer o rebordo alveolar. A paciente apresenta dentição completa e a língua encontra-se fixa à cavidade oral e não há evidências de metástases cervicais à tomografia computadorizada e também não há sinais de erosão óssea da mandíbula. A melhor alternativa para o controle profundo da lesão primária é:

- a) Pelveglossomandibulectomia via cheek flap bilateral.
- b) Pelvemandibulectomia segmentar anterior via cheek flap bilateral.
- c) Pelveglossomandibulectomia marginal via pull-through.**
- d) Pelveglossectomia anterior transoral.
- e) Pelveglossectomia via mandibulotomia paramediana no lado menos acometido pela lesão.

14. Mulher de 64 anos, não tabagista e não etilista, apresenta carcinoma epidermoide de borda lateral esquerda de língua estágio clínico I. Sobre o manejo do pescoço dessa paciente, assinale a alternativa correta:

- a) Em tumores com espessura inferior a 8 mm o pescoço pode ser somente observado e o esvaziamento cervical reservado apenas para casos de persistência de doença.
- b) A pesquisa de linfonodo sentinela com tecnécio-99 e gamma-probe é uma boa opção para esses casos e no caso de pNs negativo, deve-se apenas realizar o acompanhamento periódico do pescoço.**
- c) O esvaziamento cervical seletivo é proscrito nesses casos.
- d) O seguimento com ultrassonografia mensal é suficiente para a avaliação de falhas de tratamento.
- e) No caso da pesquisa de linfonodo sentinela resultar positiva, o paciente deve ser submetido a radioterapia adjuvante sem necessidade de complementação do esvaziamento cervical pois o novo procedimento cirúrgico não impacta no prognóstico desses pacientes.

15. A respeito da tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) na avaliação das lesões primárias da cavidade oral, assinale a alternativa correta:

- a) É indicada na avaliação regional da doença antes da instituição da terapêutica específica.
- b) Tem importância na avaliação de recidivas e de doença distante.**
- c) Tem boa resolução de imagem na avaliação de neoplasias orais primárias.
- d) Tem substituído a tomografia na avaliação da extensão da doença.
- e) Tem especial indicação na avaliação das segundas lesões do esôfago.

16. Homem de 87 anos submetido a resseção de praticamente a totalidade do lábio inferior poupando-se ambas as comissuras. Qual o retalho que foi empregado nesta reconstrução?



- a) Retalho nasogeniano bilateral.
- b) Retalho de Abbe.
- c) Retalho de Abbe-Estlander.
- d) Retalho de Karapandzic.
- e) Retalho de Gillies.**

17. Paciente de 60 anos, diabético, com queixa de abaulamento em região submentoniana e submandibular bilateral de rápida evolução. Refere ter sido submetido a tratamento endodôntico há 4 dias em primeiro molar inferior a direita. Realizou ultrassom cervical que não identificou abscesso(coleção) cervical. Qual a principal hipótese diagnóstica para esse paciente?

- a) Fasceíte necrotizante.**
- b) Abscesso retrofaringeo.
- c) Sialoadenite.
- d) Osteíte mandibular.
- e) Linfadenomegalia cervical.

18. Ainda com relação ao paciente descrito na questão anterior, qual a melhor conduta?

- a) Corticoterapia e observação.
- b) Antibioticoterapia via oral.
- c) Curetagem mandibular e antibioticoterapia.
- d) Drenagem cirúrgica independentemente de haver coleção.**
- e) Punção guiada por ultrassonografia.

19. Rapaz de 32 anos, previamente hígido, apresenta nódulos cervicais bilaterais ocupando os níveis II e Va de 3,5 cm de diâmetro com dois meses de evolução e crescimento progressivo. Qual exame você faria para iniciar a investigação e por que?

- a) Nasofibrolaringoscopia devido a possibilidade de carcinoma de nasofaringe.**
- b) PAAF devido a possibilidade de neoplasia de origem tireoidiana.
- c) TC devido a possibilidade de carcinoma de orofaringe.
- d) Biópsia excisional devido à possibilidade de doença linfoproliferativa.
- e) PET-CT devido a possibilidade de neoplasia de origem desconhecida.

20. O Segundo Tumor Primário (STP) é uma entidade bem conhecida pelo Cirurgião de Cabeça e Pescoço. A respeito desta entidade, é correto afirmar que:

- a) O risco cumulativo de um paciente sobrevivente de carcinoma epidermoide de boca apresentar STP é de aproximadamente 40%.
- b) A maioria dos STPs ocorrem no pulmão ou no esôfago.
- c) Mesmo após cessar o etilismo e o tabagismo, o risco de desenvolver um STP se mantém.
- d) Um paciente com carcinoma epidermoide tratado em estadio inicial tem mais chances de morrer de um STP do que do primeiro tumor.**
- e) Um STP sincrônico é aquele diagnosticado após 6 meses do diagnóstico do primeiro tumor.

21. Durante a anamnese de um paciente com suspeita de neoplasia de língua oral, assinale a condição que pode ser considerada como fator de risco:

- a) Liquen plano.**
- b) Torus mandibular.
- c) Língua geográfica.
- d) Síndrome de Behçet.
- e) Afta maior.

22. Homem de 38 anos, apresenta linfonodomegalias cervicais supraclaviculares, com história de crescimento rápido, há um mês. Há um dia, apresenta dispneia e edema de face, o que o trouxe ao pronto socorro. Uma radiografia de tórax demonstra um grande alargamento de mediastino e derrame pleural. Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Teratoma de mediastino.
- b) Linfoma linfoblástico.**
- c) Linfoepitelioma.
- d) Timoma maligno.
- e) Linfoma de tireoide.

23. Uma paciente submetida a ressecção de um tumor de espaço parafaríngeo por via cervical apresenta queixa de dor de forte intensidade na região parotídea, sempre que vai dar a primeira mordida de cada refeição. Este quadro, também conhecido como Síndrome da primeira mordida está relacionado a:

- a) Lesão do nervo trigêmeo.
- b) Lesão do nervo glossofaríngeo.
- c) Lesão do nervo acessório.
- d) Lesão do nervo aurículo-temporal.
- e) Lesão do tronco simpático.**

24. Cuidados com a cavidade oral são importantes para pacientes com tumores de cabeça e pescoço que irão ser submetidos à radioterapia. Baseado nisso, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Após a radioterapia, há um aumento da susceptibilidade para infecção e desenvolvimento de cáries.
- b) A fisiopatologia da osteorradionecrose envolve a destruição dos osteoblastos e dos osteoclastos após a exposição à radiação levando as células à apoptose sem que exista disfunção vascular.**
- c) A mandíbula é a região em que mais frequentemente se desenvolve a osteorradionecrose.
- d) Extração dentária prévia ao tratamento radioterápico é muitas vezes indicada devido ao risco aumentado de osteorradionecrose decorrente do tratamento posterior de doenças dentais.
- e) O risco de osteorradionecrose é diretamente proporcional à dose de radiação no osso.

25. Em relação à Radioterapia com Intensidade Modulada do Feixe (IMRT) é correto afirmar que:

- a) A distribuição de dose em IMRT é mais inhomogênea que nos planejamentos tridimensionais convencionais.**
- b) A dose total entregue aos alvos de tratamento não é importante, pois a modulação do feixe protege melhor as estruturas normais saudáveis adjacentes ao tumor.
- c) Uma vez que o planejamento é mais complexo, não é necessária fazer controle de qualidade do mesmo.
- d) Está indicada para tratamento da maioria dos tumores cabeça e pescoço localmente avançados uma vez que a IMRT está relacionada com menor taxa de toxicidade, aumento do controle local e aumento da sobrevida global quando comparada com a técnica de radioterapia convencional (2D).
- e) A imobilização com máscara termoplástica é mais importante nos pacientes que farão IMRT do que aqueles que serão submetidos às técnicas de radioterapia convencional (2D) e conformada (3D).

26. O fracionamento da dose total de radiação é uma forma de dividir em menores porções diárias a alta dose final necessária; busca-se assim, menor toxicidade com alta efetividade do tratamento. O fracionamento está fundamentado nos chamados “5 Rs” da radiobiologia. Sobre esse tema é correto afirmar:

- a) Os “5R” são reparação, redistribuição, repopulação, reoxigenação e radiosensibilidade.**
- b) A redistribuição refere-se à capacidade de crescimento das células clonogênicas tumorais que “escaparam” da morte radioinduzida.
- c) O princípio da reoxigenação é o menos relevante, principalmente nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço que são tratados com a técnica de IMRT.
- d) Dada a alta radiosensibilidade dos carcinomas espinocelulares de cabeça e pescoço, a preocupação com a repopulação tumoral é algo de menor relevância.
- e) A reparação refere-se a alta capacidade que os tumores têm de se reparar após irradiação devido ao descontrole do ciclo celular e da ativação dos *checkpoints* para reparo.

27. Em relação à mucosite e à xerostomia radio-induzidas, é INCORRETO afirmar que:

- a) A mucosite pode ser definida como uma reação inflamatória que pode resultar no surgimento de lesões ulcerativas na cavidade oral e orofaringe.
- b) Um dos mecanismos da patogênese da mucosite se relaciona com a capacidade reduzida do epitélio basal se regenerar após a lesão, causando inibição da replicação do DNA celular e proliferação, com conseqüente impacto na substituição de células mucosas danificadas.
- c) As glândulas salivares, especialmente as glândulas parótidas, são conhecidas por serem altamente sensíveis à irradiação com suas funções sendo afetadas até mesmo por doses baixas de radiação.
- d) Existem diversas escalas para mensurar o grau de mucosite. O sistema de graduação preconizado pelo grupo do RTOG é o mais adequado e acurado para definir o desfecho.**
- e) A laserterapia é uma opção terapêutica que pode ser utilizada para o tratamento da mucosite.

28. Nivolumabe é um anticorpo monoclonal empregado no tratamento sistêmico de pacientes com carcinoma epidermoide primário da cavidade oral, orofaringe, hipofaringe ou laringe, disponível e em uso na prática clínica diária no Brasil. Qual o alvo molecular deste anticorpo usado na imunoterapia?

- a) CTLA-4.
- b) PDL-1.
- c) PD-1.**
- d) EGFR.
- e) VEGFR-2.

29. Dentre os efeitos colaterais relacionados ao uso de cisplatina nos pacientes com carcinoma epidermoide de cabeça e pescoço, pode-se destacar:

- a) Alopecia.
- b) Plaquetopenia.
- c) Nefrotoxicidade.**
- d) Dermatite.
- e) Edemas.

30. Assinale a alternativa que apresenta uma droga de ação predominantemente anti-angiogênica empregada no tratamento do carcinoma de tireoide bem diferenciado, metastático, refratário a iodoterapia, já aprovada para uso clínico nesta indicação no Brasil:

- a) Olaparibe.
- b) Erlotinibe.
- c) Gefitinibe.
- d) Afatinibe.
- e) Sorafenibe.**

31. Dentre as opções de tratamento sistêmico do carcinoma de células escamosas primário em cavidade oral, orofaringe, hipofaringe e laringe disponíveis e em uso na prática clínica diária no Brasil, temos o cetuximabe. Qual das opções abaixo é verdadeira em relação a esta medicação?

- a) Trata-se de um anticorpo monoclonal humanizado, para aplicação intravenosa.
- b) Em virtude da sua toxicidade dermatológica, não se recomenda sua administração concomitante com a radioterapia nos sítios primários de cavidade oral, orofaringe, hipofaringe e laringe.
- c) Seu uso é restrito àqueles pacientes cujo tumor primário apresenta a forma selvagem do oncogene RAS.
- d) Tem como alvo molecular o domínio extracelular do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR).**
- e) Seu uso é restrito àqueles pacientes cujo tumor primário apresenta mutações ativadoras do gene que codifica o fator de crescimento epidérmico (EGFR).

32. Homem de 67 anos hipertenso e diabético. Será submetido a parotidectomia parcial por tumor de Warthin. Das condutas descritas abaixo, qual delas é mais adequada no pré-operatória do paciente diabético no dia da cirurgia?

- a) Manter a insulina na mesma dose que o paciente fazia uso em casa.
- b) Suspender o hipoglicemiante oral no dia da cirurgia.
- c) Manter controle glicêmico entre 150 - 200 mg com insulina.**
- d) Não suspender o hipoglicemiante oral e fazer insulina.
- e) Manter a insulina na metade da dose que o paciente fazia uso em casa.

33. Um paciente de 58 anos foi submetido a parotidectomia total esquerda com preservação do nervo facial devido à um carcinoma mucoepidermóide. No pós-operatório tardio, o paciente retorna com queixa de sudorese intensa no lado da operação durante as refeições configurando a Síndrome de Frey que é caracterizada por regeneração aberrante de quais ramos nervosos?

- a) Ramos simpáticos do nervo aurículo-temporal.
- b) Ramos parassimpáticos do nervo aurículo-temporal.**
- c) Ramos simpáticos do nervo facial.
- d) Ramos parassimpáticos do nervo facial.
- e) Ramos parassimpáticos do nervo auricular magno.

34. Homem de 56 anos, submetido a esvaziamento cervical radical clássico à esquerda, em virtude de um tumor primário oculto. No segundo dia de pós-operatório, o paciente evoluiu com drenagem leitosa pelo dreno. Foi indicada re-exploração cervical baseado em qual parâmetro?

- a) A drenagem leitosa é um sinal de fístula quilosa que, por si só, já é indicativa de re-operação.
- b) Quando a fístula quilosa apresenta uma drenagem entre 100 e 200 mL já é indicação de re-exploração.
- c) Independentemente da drenagem, o paciente não deve ser submetido a re-operação precoce pois não há como corrigir a fístula quilosa cirurgicamente antes de três dias de evolução.
- d) Quando o débito em 24 horas for maior de 500 mL, a indicação é de exploração para conter o fluxo.**
- e) A indicação é baseada na necessidade de realização de quimio e/ou radioterapia adjuvante, em virtude do diagnóstico de tumor de sítio primário oculto.

35. Em relação às complicações da traqueostomia, pode-se afirmar que:

- a) A ruptura da artéria carótida externa é uma complicação tardia.
- b) O granuloma traqueal é a principal complicação no pós-operatório precoce.
- c) O enfisema subcutâneo é uma complicação imediata e pode ser causada por uma incisão grande na pele.
- d) Caso o sangramento ocorra após 72h, a suspeita é de erosão da artéria subclávia.
- e) Apesar da traqueostomia ser um procedimento potencialmente contaminado, o índice de infecção é reduzido em decorrência da oxigenação da ferida operatória.**

36. Paciente com 55 anos, submetido a parotidectomia há 15 anos, apresenta dois nódulos subcutâneos com cerca de 3,0 cm em região cérvico-facial, próximo à cicatriz da incisão de Blair. A mímica facial estava preservada e a citologia identificou tratar-se de adenoma pleomórfico. Quais fatores abaixo tem maior impacto na recidiva tumoral?

- a) Ressecção pericapsular e idade do paciente na primeira cirurgia.
- b) Cápsula incompleta, penetração do tumor na cápsula, pseudopodia e nódulos satélites.**
- c) Corpúsculos de Heinz, células de Langerhans e alto índice mitótico.
- d) Tumores iniciais acima de 5,0 cm e realização de PAAF prévio à primeira cirurgia.
- e) Ruptura da cápsula intra-operatoriamente, margens positivas e invasão perineural.

37. A fístula faringocutânea, após a laringectomia ou faringolaringectomia, ocorre geralmente entre 5 e 15 dias de pós-operatório e, em alguns casos, até mais tardiamente. Pode-se afirmar que esta condição pode estar associada a(o):

- a) Contaminação do campo operatório por saliva.
- b) Tipo de fechamento utilizado (pontos contínuos ou separados).
- c) Calibre inadequado do dreno cervical.
- d) Níveis baixos de albumina sérica, anemia e radioterapia prévia.**
- e) Restrição e posição que o paciente permanece no leito.

38. São complicações pulmonares relacionadas aos esvaziamentos cervicais, EXCETO:

- a) Bronquiolite.**
- b) Derrame pleural.
- c) Atelectasia.
- d) Pneumotórax.
- e) Tromboembolismo.

39. O tratamento preconizado para o cisto do ducto tireoglossos não complicado é:

- a) Drenagem simples, com curativo compressivo para obliterar o trajeto do ducto.
- b) Cirurgia de Sistrunk com remoção do terço médio do osso hioide e do tecido supra-hioideo até a base de língua.**
- c) Cirurgia de Sistrunk com remoção completa do osso hioideo e da proeminência laríngea da cartilagem tireoide em monobloco.
- d) Cirurgia de Sistrunk com remoção da pirâmide e istmo da tireoide e dos linfonodos do nível VI.
- e) Remoção cirúrgica do cisto e drenagem para controle do seroma que costuma ser frequente.

40. A apresentação clínica mais comum e a origem do cisto tireoglosso é respectivamente:
- a) Abaulamento cervical lateral do remanescente da 2ª bolsa faríngea.
 - b) Abaulamento cervical anterior do remanescente da 3ª bolsa faríngea.
 - c) Abaulamento cervical anterior provindo do 1º e 2º arcos faríngeos.
 - d) Abaulamento cervical anterior provindo da parede ventral da faringe.**
 - e) Abaulamento cervical anterior do remanescente da 4ª bolsa faríngea.
41. Em relação às fendas, arcos e bolsas faríngeas, assinale a correspondência correta com as estruturas anatômicas do indivíduo:
- a) 2º arco faríngeo: nervo facial, processo estiloide e gânglio de Gasser.
 - b) 2º arco faríngeo: forame cego, nervo vestibulococlear e cartilagem cricoide.
 - c) 1º arco faríngeo: nervo trigêmeo, maxila e paratireoide inferior.
 - d) 4º arco faríngeo: arco aórtico, paratireoide superior e nervo vago.**
 - e) 3º arco faríngeo: nervo glossofaríngeo, mandíbula e tuba auditiva.
42. O quadro clínico no qual ocorre a presença do nervo laríngeo inferior direito não recorrente, em paciente não portador de “*Situs inversus totalis*”, é associado com a alteração de qual arco faríngeo?
- a) 1º.
 - b) 2º.
 - c) 3º.
 - d) 4º.**
 - e) 5º.
43. Sobre a fisiopatologia dos linfangiomas, assinale a alternativa correta:
- a) Estão presentes desde o nascimento e só se manifestam na idade adulta.
 - b) São do tipo simples ou complexo.
 - c) São encontrados apenas no pescoço.
 - d) Do ponto de vista clínico o higroma cístico é o linfangioma cístico localizado no pescoço.**
 - e) Tanto o higroma quanto o linfangioma têm a mesma origem embrionária.
44. Nos pacientes submetidos a laringectomia total de resgate pós radioterapia, cujo fechamento primário da faringe foi possível, qual o método mais eficaz na redução do risco de fístulas faringocutâneas?
- a) *By pass* salivar com tubo de Montgomery.
 - b) Antibioticoterapia.
 - c) Rotação do retalho muscular de peitoral maior para proteção da sutura faríngea.**
 - d) Manter dieta enteral exclusiva por 30 dias.
 - e) Não há como prevenir fístulas, uma vez que o paciente foi irradiado previamente.

45. Para a reconstruções dos defeitos cirúrgicos da parte superior do nariz, qual o retalho mais indicado e a sua respectiva vascularização?

- a) Retalho romboide - artéria facial.
- b) Retalho glabelar - artéria supratroclear.**
- c) Retalho nasogeniano - artéria labial.
- d) Retalho fronto-temporal - artéria frontal.
- e) Retalho frontal - artéria temporal superficial.

46. Em relação ao uso do retalho miocutâneo de peitoral maior, para as reconstruções em cabeça e pescoço, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Nos pacientes submetidos a faringolaringectomia total é o retalho que oferece o melhor retorno a alimentação normal.**
- b) É um retalho fácil, versátil e seguro, apresenta taxas de perda total, em geral, menor que 10%.
- c) A rotação do retalho para a região cervical pode ser feita tanto por via supra quando infraclavicular.
- d) É uma boa opção para pacientes candidatos a glossectomia total.
- e) Uma das principais restrições ao uso é a reconstrução de grandes defeitos em mulheres.

47. A vascularização do retalho deltopeitoral é proveniente de qual vaso diretamente?

- a) Artéria tóraco-acromial.
- b) Artéria torácica interna.**
- c) Artéria cervical transversa.
- d) Artéria axilar.
- e) Artéria subclávia.

48. O esvaziamento cervical radical clássico inviabiliza o emprego de qual retalho na reconstrução de um defeito de pele do pescoço?

- a) Retalho deltopeitoral
- b) Retalho miocutâneo de peitoral maior
- c) Retalho miocutâneo infra-hioideo
- d) Retalho trapezial superior
- e) Retalho supraclavicular**

49. Na abordagem diagnóstica inicial de pacientes com nódulo sólido em glândula parótida, em algumas situações clínicas a realização de PAAF pode ser considerada essencial na decisão terapêutica, EXCETO:

- a) Pacientes com antecedente de neoplasia maligna de região anterior de couro cabeludo.
- b) Pacientes com múltiplos linfonodos aumentados em cadeias cervicais e axilares, de crescimento rápido.
- c) Pacientes com neoplasia avançada de outro órgão sólido.
- d) Pacientes com nódulo sólido pequeno na porção superficial da glândula.**
- e) Pacientes com nódulos altamente suspeitos de malignidade, e que não tenham condições clínicas para tratamento cirúrgico.

50. Em relação ao planejamento da abordagem cirúrgica dos pacientes com tumores malignos de parótida, assinale a alternativa incorreta.

- a) As metástases linfonodais cervicais são incomuns nos cilindromas de parótida, sendo dispensável o tratamento do pescoço.
- b) Nos pacientes com metástases linfonodais clinicamente evidentes, recomenda-se o esvaziamento cervical terapêutico.
- c) O esvaziamento eletivo, incluindo minimamente os linfonodos dos níveis II-III, pode ser indicado nos pacientes com tumores de alto grau histológico ou T3-4.
- d) Nos pacientes com pescoço N0, o esvaziamento profilático pode ser dispensado se for prevista radioterapia pós-operatória.
- e) O nervo facial deve ser sacrificado em casos de grande proximidade com a neoplasia maligna, mesmo com a função do nervo preservada.**

51. Assinale qual das alternativas abaixo mostra, em ordem decrescente, o risco de malignidade de nódulos das glândulas salivares, baseados na sua localização/origem:

- a) Parótida – submandibular – sublingual – glândulas salivares menores.
- b) Sublingual - glândulas salivares menores – parótida – submandibular.
- c) Sublingual - glândulas salivares menores – submandibular – parótida.**
- d) Glândulas salivares menores – sublingual - submandibular – parótida.
- e) Submandibular - glândulas salivares menores – sublingual – parótida.

52. São diagnósticos diferenciais de parotidites de repetição, EXCETO:

- a) Sialolitíase.
- b) Parotidite recorrente juvenil.
- c) Síndrome de Sjögren.
- d) Tumor de Kuttner.
- e) Infecção por Paramyxovirus.**

- 53.** Assinale a alternativa INCORRETA em relação ao tratamento dos cálculos salivares.
- a) A maioria dos cálculos salivares ocorre na glândula submandibular.
 - b) Estudos em cadáver mostram prevalência da sialolitíase de 1%.
 - c) A tomografia computadorizada sem contraste é o exame diagnóstico de eleição.
 - d) A sialografia convencional esta contraindicada na presença de sialoadenite aguda ou alergia ao contraste.
 - e) A sialolitotomia por sialoendoscopia isolada é a melhor opção terapêutica no manejo dos cálculos intra-glandulares.**
- 54.** Qual seria a principal vantagem do uso de neuromonitorização intraoperatória do nervo facial nas parotidectomias?
- a) Reduzir o risco de paralisia definitiva do nervo facial.
 - b) Reduzir o risco de paresia (paralisia transitória) do nervo facial.**
 - c) Reduzir risco de ambas (paresia e paralisia).
 - d) Documentar integridade para fins médico-legais.
 - e) Interromper o procedimento em caso de perda de sinal.
- 55.** Homem de 65 anos, apresenta lesão de pele infrapalpebral há 2 anos. Ao exame, lesão de 4,0 cm com invasão de órbita. A biópsia evidenciou carcinoma basoescamoso. Assinale a alternativa com a melhor conduta.
- a) Ressecção com margem livre incluindo exenteração de órbita.**
 - b) Ressecção com margem livre, exenteração de órbita e biópsia de linfonodo sentinela.
 - c) Ressecção com margem livre, exenteração de órbita, parotidectomia e esvaziamento supraomohioideo.
 - d) Ressecção com margem livre, exenteração de órbita, parotidectomia e esvaziamento cervical radical modificado.
 - e) Ressecção com margem livre, exenteração de órbita e parotidectomia.
- 56.** Mulher de 29 anos, apresentava nódulo subcutâneo aderido à pele, na região mandibular. Realizada exérese do nódulo com o anatomopatológico demonstrando um dermatofibrossarcoma *protuberans* com margens livres. Qual a conduta a ser tomada a seguir?
- a) Seguimento.**
 - b) Radioterapia isolada.
 - c) Quimioterapia isolada
 - d) Radioterapia + quimioterapia.
 - e) Reexcisão.**

57. Mulher de 65 anos apresenta sarcoma pleomórfico de parótida direita com metástases cervicais. Há dois linfonodos a direita de 3,0 e 4,0 cm e um a esquerda de 2,0 cm. Qual o estadiamento N, segundo o TNM 2017?

- a) **N1.**
- b) N2.
- c) N2c.
- d) N3.
- e) N2b.

58. Homem de 40 anos, apresenta lesão pigmentada em asa nasal direita. A biópsia excisional mostrou tratar-se de um melanoma extensivo superficial, Breslow 2,2 mm. Linfonodo positivo em nível I ipsilateral. Qual a melhor conduta entre as alternativas?

- a) Ampliação de margem de 2,0 cm + biópsia de linfonodo sentinela.
- b) Ampliação de margem de 2,0 cm.
- c) Ampliação de margem de 2,0 cm + esvaziamento supraomohioideo.
- d) Ampliação de margem de 2,0 cm + esvaziamento radical modificado.**
- e) Ampliação de margem de 1,0 cm + biópsia de linfonodo sentinela.

59. Mulher de 40 anos, apresenta massa em região fronto-temporal direita com invasão de órbita. A biópsia por tru-cut mostrou tratar-se de um rabdomiossarcoma. Assinale a alternativa correta em relação à condução do caso.

- a) A quimioterapia apresenta altas taxas de resposta completa e é o tratamento inicial de escolha.
- b) A braquiterapia é o tratamento padrão-ouro.
- c) A ressecção cirúrgica com margens amplas é a modalidade com maior chance de cura.**
- d) A ressecção cirúrgica parcelada com análise microscópica das margens é o tratamento mais recomendado.
- e) Deve-se incluir o tratamento das cadeias linfonodais no planejamento do tratamento.

60. Um tumor originário do seio maxilar é clinicamente classificado como T4a, de acordo com a 8ª edição do manual da AJCC, quando há invasão de qual das estruturas descritas abaixo?

- a) Seio etmoidal.
- b) Fossa infratemporal.**
- c) Fossa pterigoide.
- d) Soalho da órbita.
- e) Parede óssea posterior do seio maxilar.

- 61.** A respeito do nasoangiofibroma juvenil, assinale a alternativa correta:
- a) Trata-se de um tumor de origem vascular que afeta homens e mulheres em proporções iguais.
 - b) Os sintomas mais comuns são epistaxe e obstrução nasal.**
 - c) É um tumor agressivo que invade a fossa posterior com frequência.
 - d) Seu tratamento cirúrgico deve suceder o conservador.
 - e) O tumor Fisch 2 não apresenta destruição óssea.
- 62.** A respeito do papiloma invertido da cavidade nasal, assinale a alternativa correta.
- a) O subsítio mais frequentemente acometido é o septo nasal.
 - b) O Epstein barr vírus (EBV) é o principal agente causal da doença.
 - c) Pode se desenvolver nos seios da face sem o acometimento da cavidade nasal**
 - d) É revestido por epitélio escamoso queratinizado
 - e) Trata-se de doença benigna porém pode dar origem ao linfoepitelioma quando acomete a rinofaringe
- 63.** Em tumores maiores de orofaringe quando indicado o acesso por mandibulotomia qual tipo de osteotomia é a preferencial?
- a) Lateral.
 - b) Linha média.
 - c) Paramediana.**
 - d) Segmentar com posterior fixação por placa metálica.
 - e) Segmentar com posterior fixação por fios metálicos.
- 64.** Mulher de 39 anos, solteira, não fuma e nem faz uso de bebidas alcoólicas de rotina. Tem história de lesão em pilar amigdalino dolorosa a direita. Esta mede 35 mm em sua maior extensão com áreas de ulceração. À palpação do pescoço, apresenta linfonodo com 5,0 cm de diâmetro ipsilateral. O diagnóstico histológico da biópsia da lesão primária foi de carcinoma epidermoide p16+. O estadiamento TNM desta paciente, baseado na 8ª edição do manual da AJCC, é:
- a) T3 N1.
 - b) T3 N2.
 - c) T2 N3.
 - d) T2 N1.**
 - e) T4 N2.

65. É sabido que a presença de extensão extracapsular (EEC) em linfonodos metastáticos nos doentes com carcinoma espinocelular da orofaringe leva a pior controle locorregional da doença, assim como maior presença de metástases a distância e também diminui a sobrevida global. Assim sendo, assinale a alternativa correta:

- a) Doentes HPV+ apresentam prognóstico mais favorável mesmo na presença de EEC.**
- b) Nos doentes submetidos a ressecção com margem cirúrgica escassa (<1mm) em exame anatomopatológico e com EEC o prognóstico é melhor caso sejam HPV+.
- c) A cirurgia robótica transoral quando disponível é mais factível de indicação no tumor primário se o doente for HPV+ e apresentar EEC.
- d) Nos doentes idosos, tabagistas, etilista e HPV negativo, a EEC já contraindica o tratamento cirúrgico.
- e) A cirurgia robótica transoral, quando disponível, para tratamento de resgate nos tumores primários, em nada influencia o prognóstico destes doentes com EEC dos linfonodos.

66. Cerca de 20 a 25% dos carcinomas espinocelulares (CEC) da orofaringe estão associados à infecção pelo HPV, particularmente o subtipo 16. A proteína p16 é um supressor de tumor, funcionando como um inibidor do ciclo celular. No entanto, a proteína E7 em subtipos de HPV de alto risco pode anular a função da proteína pRb resultando em aumento da expressão aberrante de p16 nestes carcinomas de orofaringe. Baseado nisto, assinale a alternativa correta:

- a) O p16 não é amplamente utilizado como biomarcador substituto para a infecção pelo HPV.
- b) As vacinas contra o HPV comercialmente existentes são muito recomendadas para prevenir o câncer de orofaringe devido sua eficácia e custo-efetividade, mas podem ter efeitos adversos graves.
- c) A proteína p16 em células normais é expressa em nível alto e é expressada em baixo nível nas células cancerígenas quando infectadas pelo HPV.
- d) Injeção de vacina contra o HPV intratumor na orofaringe pode contribuir para a apoptose celular.
- e) Em epitélio oral normal o, p16 é detectado apenas na região basal e camadas de células suprabasais onde estão em franca atividade proliferativa. No CEC HPV negativo há falta do p16, favorecendo progressão do ciclo celular.**

67. Cada vez mais evidencia-se um aumento de doentes com carcinoma de orofaringe HPV+. Talvez isto continue por muitos anos e as terapias disponíveis já permitem bom controle oncológico. Devido a estas premissas, assinale a alternativa correta.

- a) É importante no tratamento destes doentes, oferecer tratamento não cirúrgico pois o prognóstico utilizando radioterapia (RT) e quimioterapia (QT) é acentuadamente superior.
- b) Em tumores ressecáveis, independentemente de seu estágio, a cirurgia robótica no tumor primário oferece melhor prognóstico e qualidade de vida.
- c) Mesmo em tumores ressecáveis por via transoral por qualquer modalidade, a RT associada à QT oferece prognóstico superior.
- d) A ênfase natural em resultados funcionais e controle oncológico deve ser um aspecto crítico na decisão de ofertar o tratamento a estes doentes.**
- e) Devido às várias opções de tratamento, independentemente do estágio da doença, a RT associada a QT e imunoterapia oferece melhor qualidade de vida a estes doentes.

68. Homem de 59 anos, tabagista de longa data, com disfonia progressiva há quatro meses. Laringoscopia indireta mostra lesão úlcero-vegetante em glote, comprometendo os dois terços anteriores da prega vocal esquerda, comissura anterior e o terço anterior da prega vocal direita. Os ventrículos laríngeos livres e a subglote são livres e as pregas vocais apresentam mobilidade preservada. Pescoço sem linfonodos palpáveis. Tomografia computadorizada não mostra comprometimento dos espaços paraglóticos nem da cartilagem tireoide no nível da comissura anterior e não há linfonodos suspeitos. Foi indicado o tratamento cirúrgico. Dessa forma, qual seria o tratamento indicado para o pescoço?

- a) Não está indicado o esvaziamento cervical.**
- b) Esvaziamento seletivo dos níveis II-IV esquerdo.
- c) Esvaziamento seletivo dos níveis II-IV bilateral.
- d) Esvaziamento cervical radical modificado à esquerda e seletivo II-IV à direita.
- e) Pesquisa de linfonodo sentinela.

69. Qual das afirmativas abaixo é a verdadeira em relação ao protocolo de preservação de órgãos do VA (*Veterans Affairs Medical Center*)?

- a) O braço da quimioterapia apresentou uma curva de sobrevida melhor que o braço de cirurgia e tratamento adjuvante.
- b) Mais de um terço dos pacientes do braço quimioterapia foram submetidos a laringectomia.**
- c) Quimioterapia concomitante a radioterapia foi um dos braços do protocolo.
- d) Cisplatina e Taxol foram os agentes quimioterápicos do protocolo.
- e) Cisplatina e cetuximab foram os agentes quimioterápicos do protocolo.

70. Assinale a alternativa na qual os protocolos de preservação de órgão podem ser aplicados no carcinoma epidermoide (CEC) com expectativa de bons resultados.

- a) CEC de cavidade oral com necessidade de ressecção óssea.
- b) CEC de hipofaringe estadiado como T4 com necessidade de reconstrução com retalhos.
- c) CEC de laringe sem envolvimento de cartilagem e com indicação de laringectomia total.**
- d) CEC de orofaringe p16 negativo com doença linfonodal com extensão extracapsular.
- e) CEC transglótico em paciente já traqueostomizado.

71. Paciente com 45 anos e diagnóstico incidental de lesão úlcero-vegetante com cerca de 6,0 mm em seu maior diâmetro, localizado em parede lateral do recesso piriforme esquerdo durante endoscopia digestiva alta. A biópsia demonstra um carcinoma de células escamosas bem diferenciado. Qual seria a melhor conduta para o caso?

- a) Radio e quimioterapia concomitante exclusiva
- b) Faringectomia parcial com acesso transoral e esvaziamento cervical seletivo dos níveis II-IV ipsilateral.**
- c) Faringolaringectomia total e esvaziamento cervical seletivo nos níveis II-IV ipsilateral.
- d) Faringectomia parcial transcervical e pesquisa de linfonodo sentinela.
- e) Faringolaringectomia total, esvaziamento cervical seletivo nos níveis II-IV lobectomia tireoidiana e esvaziamento recorrential ipsilaterais.

72. Qual a classificação clínica T de um tumor de laringe que invade a lâmina própria da cartilagem tireoide mas não a penetra, segundo a 8ª edição do manual da AJCC?

- a) T1a.
- b) T1b.
- c) T2.
- d) T3.**
- e) T4a.

73. Qual tipo de cordectomia corresponde à uma cordectomia transmuscular?

- a) Tipo I.
- b) Tipo II.
- c) Tipo III.**
- d) Tipo IV.
- e) Tipo Va.

74. Segundo a “European Laryngological Society” a cordectomia unilateral na qual faz-se a ressecção do epitélio, lâmina própria superficial, espaço de Reinke, ligamento vocal, músculo tireoaritenoideo e o pericôndrio da cartilagem tireoide é a:

- a) Tipo I.
- b) Tipo II.
- c) Tipo III.
- d) Tipo IV.**
- e) Tipo Va.

75. Sobre as doenças da tireoide podemos afirmar:

- a) A realização de ultrassonografia de “screening” está indicada para os indivíduos que possuem um parente de primeiro grau com carcinoma originado na célula folicular da tireoide.
- b) Em um paciente com nódulo de tireoide e TSH acima do limite da normalidade a cintilografia de tireoide é um exame muito importante para a definição da conduta terapêutica.
- c) A medida da tireoglobulina e anti-tireoglobulina é de grande importância na avaliação inicial e no seguimento dos pacientes tratados por carcinoma bem diferenciado de tireoide.
- d) O melhor exame subsidiário para avaliar o potencial de malignidade de um nódulo de tireoide é a ultrassonografia.
- e) Os nódulos palpáveis apresentam igual possibilidade de serem malignos se comparados aos não palpáveis no mesmo tamanho.**

76. Entre os pacientes abaixo qual apresenta maior possibilidade de apresentar uma neoplasia maligna de tireoide?

- a) Mulher com nódulo sólido, hipoecogênico, margens regulares e calcificação na periferia do nódulo.
- b) Homem com nódulo sólido, isoecogênico, margens irregulares e microcalcificações.
- c) Homem com nódulo misto (cístico com área sólida), margens regulares e mais alto do que largo.
- d) Mulher com nódulo sólido hipoecogênico, margens irregulares e mais alto que largo.**
- e) Homem com nódulo sólido, hiperecogênico, com microcalcificações e margens regulares.

77. Sobre a punção aspirativa por agulha fina do nódulo de tireoide podemos afirmar qu:

- a) Deve ser solicitada para todos os pacientes com nódulo de tireoide maiores que 1,0 cm.
- b) Se o resultado da punção for atipia de significado indeterminado, o nódulo tem ao menos 50% de chance de ser maligno.
- c) O nódulo classificado como “Bethesda I”, apesar de necessitar de nova punção, tem elevado potencial de malignidade.
- d) Paciente com nódulo classificado como “Bethesda II” necessita de nova punção em 3 meses para confirmar o diagnóstico de benignidade.
- e) **Após a segunda punção guiada por ultrassom com diagnóstico “Bethesda II” não está mais indicado ultrassom de acompanhamento para risco continuado de malignidade.**

78. Sobre as doenças da tireoide podemos afirmar que:

- a) A tireoidectomia total está indicada nos pacientes com nódulo “Bethesda IV”
- b) **Pacientes com apenas um nódulo na tireoide apresentam risco de malignidade semelhante a pacientes com múltiplos nódulos na tireoide.**
- c) Nos pacientes com múltiplos nódulos na tireoide, todos os nódulos maiores que 0,5 cm devem ser puncionados para avaliação citológica.
- d) O principal problema da punção aspirativa por agulha fina guiada por ultrassonografia é seu alto índice de falso negativo.
- e) Os nódulos classificados como muito baixo risco de malignidade à ultrassonografia devem ser seguidos com exame seriado a cada 9 a 12 meses.

79. Sobre as doenças da tireoide podemos afirmar que:

- a) O tratamento com supressão do TSH, para evitar o crescimento, está indicado nos pacientes com nódulos benignos sem indicação de tratamento cirúrgico.
- b) **Nódulos de tireoide diagnosticados durante a gestação devem ser puncionados seguindo os mesmos critérios usados fora desse período.**
- c) Gestantes com nódulos classificados como “Bethesda VI” devem ser tratadas com ressecção cirúrgica. Se possível, o procedimento deve ser realizado após a 26ª semana de gestação.
- d) Na impossibilidade de tratamento cirúrgico, a gestante deve ser colocada em terapia de supressão do TSH.
- e) Se durante a avaliação inicial, a gestante apresentar o valor do TSH abaixo do limite da normalidade, a sequência de exames complementares é a mesma feita em pacientes não gestantes.

- 80.** Sobre o tratamento do carcinoma bem diferenciado de tireoide podemos afirmar que:
- a) Pacientes com carcinoma papilífero de tireoide devem ser tratados com tireoidectomia total.
 - b) Pacientes com carcinoma papilífero de tireoide maior que 3,0 cm de diâmetro devem ser submetidos a esvaziamento dos linfonodos recorrentiais do mesmo lado do tumor
 - c) Pacientes com linfonodos metastáticos maiores de 3,0 cm do compartimento central devem ser submetidos a esvaziamento cervical lateral de princípio.
 - d) Os pacientes com carcinoma folicular de tireoide maiores de 4,0 cm necessitam de esvaziamento eletivo do compartimento central.
 - e) Pacientes com carcinoma diferenciado de tireoide com até 4,0 cm de diâmetro podem ser candidatos a tireoidectomia parcial.**
- 81.** Em relação ao risco de recorrência/persistência do carcinoma diferenciado da tireoide, qual dos pacientes listados a seguir poderia ser classificado inicialmente como baixo risco.
- a) Homem com carcinoma papilífero variante clássica, multifocal, o maior nódulo com 3,6 cm, com metástase de 5 mm para um linfonodo no compartimento central do pescoço.
 - b) Mulher com carcinoma papilífero de 1,5 cm variante Hobnail.
 - c) Homem com carcinoma papilífero, variante clássica com invasão microscópica da traqueia.
 - d) Mulher com carcinoma papilífero, variante clássica, com 3,2 cm no maior diâmetro e com 4 linfonodos metastáticos de 2 mm no compartimento central.**
 - e) Homem com carcinoma folicular de tireoide com seis focos de invasão vascular.
- 82.** Em relação ao Carcinoma Medular de Tireoide podemos afirmar que:
- a) A forma familiar/hereditária é a mais comum.
 - b) Os pacientes com a doença esporádica geralmente apresentam doença mais avançada
 - c) Nos pacientes com suposta doença esporádica não está indicada a pesquisa da mutação no RET proto-oncogene.
 - d) Metástases cervicais estão presentes em aproximadamente 70% dos pacientes com a forma esporádica que apresentam nódulo palpável na tireoide.**
 - e) A forma esporádica tem seu pico de incidência na terceira década de vida.
- 83.** Em relação ao Carcinoma Medular de Tireoide podemos afirmar que:
- a) Está presente no contexto das neoplasias endócrinas múltiplas tipo 1 (NEM1) e tipo 2 (NEM2A e NEM2B)
 - b) A mutação mais frequente da NEM2A é a E768D.
 - c) A mutação mais frequente da NEM2B é a M918T.**
 - d) Apenas de 5% a 9% dos pacientes com NEM2B apresentam uma mutação “de novo”.
 - e) A NEM2B pode apresentar carcinoma medular de tireoide, hiperparatireoidismo, feocromocitoma e ganglioneuromas de mucosa.

84. Em relação aos pacientes com diagnóstico de carcinoma medular de tireoide podemos afirmar que:

- a) As pacientes com calcitonina sérica maior que 100 pg/mL devem ser investigados com tomografia de tórax, ressonância magnética de abdome e cintilografia óssea a procura de metástases a distância.
- b) O tratamento complementar com iodoradioativo pode ser útil pois a célula parafolicular também pode expressar o NIS.
- c) A medida da calcitonina é feita inicialmente a cada 12 meses com o objetivo de determinar o seu tempo de duplicação.
- d) Pacientes com tempo de duplicação da calcitonina maior que 24 meses apresentam altas taxas de sobrevida de 10 anos.**
- e) Pacientes com calcitonina maior que 2.500 pg/mL tem indicação de tratamento sistêmico com drogas inibidoras da tirosina quinase.

85. A fossa pterigo-maxilo-palatina é uma região de conexão craniofacial, permitindo a passagem de estruturas neurovasculares para o endocrânio, cavidade nasal, cavidade oral e órbita, através dos seguintes reparos anatômicos, respectivamente:

- a) Forame espinhoso, bula etmoidal, forame palatino maior e canal infra-orbital.
- b) Forame redondo, canal pterigoideo, foraminas alveolares e fissura orbital superior.
- c) Forame oval, forame esfeno-palatino, coana e fissura orbital inferior.
- d) Forame redondo, forame esfeno-palatino, canal palatino maior e fissura orbital inferior.**
- e) Forame espinhoso, hiato semi-lunar, forame palatino menor, fissura orbital superior.

86. A base do crânio é sítio de uma grande diversidade de tumores. Dessa forma, assinale a alternativa correta:

- a) No Brasil, assim como nos maiores centros de tratamento oncológico mundial, as cirurgias craniofaciais são realizadas para o tratamento dos tumores malignos dos seios paranasais, em cerca de 60% dos casos.
- b) O tumor de glândula salivar que mais acomete a base do crânio é o carcinoma adenoide cístico.**
- c) Os meningiomas raramente reabsorvem o osso da base do crânio e, em 40% dos casos, acometem a fossa craniana média.
- d) A principal complicação relacionada ao tratamento dos tumores benignos craniofaciais é a meningoencefalocèle.
- e) O PET-CT tem se mostrado eficiente na diferenciação e avaliação da extensão local das doença malignas que acometem a base do crânio, determinando a operabilidade do tumor.

87. Em relação aos tumores odontogênicos, assinale a alternativa correta:

- a) O ameloblastoma unicístico, quando acomete a maxila, permite que o seu tratamento seja realizado através de curetagem da lesão e tratamento das paredes ósseas com drilagem, crioterapia ou soluções esclerosantes.
- b) O tumor odontogênico adenomatoide é prevalente em idosos, é mais comum na porção posterior da mandíbula e, apesar de ser classificado como odontogênico, apresenta características glandulares, não tendo relação com estruturas dentárias dos maxilares.
- c) O Odontoma é o tumor odontogênico mais comum, podendo ser classificado como composto ou complexo, a depender das características morfológicas apresentadas clínico e radiograficamente.**
- d) As altas taxas de recidiva local relacionado ao tratamento do tumor odontogênico queratocístico não permitem o tratamento conservador, exigindo ressecções ósseas com margens amplas.
- e) A utilização de quimioterápicos como a Vincristina, de aplicação tópica no leito cirúrgico após a ressecção de tumores odontogênicos mistos, tem se mostrado mais eficiente no controle das recidivas locais.

88. Em relação aos Schwannomas da região da cabeça e pescoço, assinale a alternativa correta:

- a) São lesões não encapsuladas, com margens pouco definidas.
- b) Sua transformação maligna é frequente.
- c) A tendência à recidiva é frequente.
- d) Têm origem no endoneuro.
- e) São formados por dois componentes histológicos distintos, Antoni A e B.**

89. Em relação aos hemangiomas, assinale a alternativa correta:

- a) A exérese cirúrgica deve suceder falha de tratamento conservador.**
- b) Corticoesteroides não devem ser utilizados intralesionais.
- c) As involuções ocorrem em apenas 10% dos casos.
- d) São congênitos em 100% dos casos.
- e) A terapia com laser não é utilizada.

90. Mulher de 52 anos, procura unidade básica de saúde referindo diplopia e sensação de peso em órbita esquerda progressivas há 1 mês. Ao exame, nota-se evidente proptose a esquerda e diminuição da mobilidade do globo ocular esquerdo quando solicitado olhar para os lados, sem mover a cabeça. O médico de plantão solicita consulta com oftalmologista e prescreve anti-inflamatório por três dias. A respeito desse caso é correto afirmar que:

- a) Meningiomas e hemangiomas, por se tratarem dos tumores benignos mais prevalentes de órbita, são as hipóteses diagnósticas para este caso e biópsia não é necessária diante de imagem sugestiva.
- b) Higroma cístico é a principal suspeita diagnóstica por conta da diminuição da mobilidade, proptose e por predominar na quinta década de vida.
- c) Linfoma de Hodgkin, que é o tumor maligno mais comum a acometer a órbita, é a primeira hipótese diagnóstica e exige biópsia para definição diagnóstica e terapêutica.
- d) Comprometimento secundário por doença metastática ocorre em até 10% dos tumores malignos que envolvem a órbita e, em razão do comportamento clínico da lesão da paciente, devem ser investigados, tendo-se como os sítios primários mais comuns a mama e o pulmão.**
- e) Rabdomyossarcoma, por sua prevalência, é provavelmente a causa da queixa da paciente.

91. Na investigação de uma linfonodomegalia cervical, assinale a alternativa que demonstra os principais sinais e sintomas relacionados a uma doença de origem inflamatória?

- a) Idade < 18 anos, nódulo cervical lateral com crescimento súbito, móvel e com limites precisos e pouca dor ao toque.**
- b) Idade > 40 anos, tabagista e etilista com nódulo submandibular endurecido e aderido a planos profundos.
- c) Idade < 18 anos com nódulo cervical lateral com crescimento rápido associado com perda ponderal, febre e sudorese noturna.
- d) Idade > 40 anos com nódulo na linha média, próximo à fúrcula esternal indolor, com aumento de volume nos últimos seis meses e móvel com a deglutição.
- e) Idade < 18 anos, nódulo cervical lateral único, bem delimitado, indolor, crescimento progressivo nos últimos dois meses após quadro de resfriado comum.

92. Homem de 66 anos com lesão de 3,2 cm em orofaringe a esquerda, biópsia positiva para carcinoma epidermoide p16 negativo. Possui metástases linfonodais de 3,3 cm em nível IIa esquerdo, com 2,9 cm em nível III esquerdo e com 2,5 cm em nível III direito. Clinicamente todos móveis, sem sinais de fixação a estruturas adjacentes. Resultado anatomo-patológico pós cirurgia radical comprovou carcinoma epidermoide de 3,5 cm e metástase nos três linfonodos descritos com invasão de tecido muscular adjacente nos dois linfonodos a esquerda. Com estas informações qual o estadiamento clínico e patológico desse paciente?

- a) **T2 N2c / pT2 pN3b.**
- b) T2 N2a/ pT2 pN3a.
- c) T2 N2b/ pT2 pN2c.
- d) T2 N3a / pT2 pN3a.
- e) T2 N3b / pT2 pN3b.

93. Home de 56 anos, tabagista de dois maços de cigarros ao dia há 40 anos, ingere duas doses de aguardente e uma garrafa de cerveja por dia. Apresenta perda ponderal de 15 kg em 6 meses. No mesmo período, notou nódulo cervical a esquerda endurecido, móvel e com crescimento lento. Há 3 meses percebeu uma “irritação na garganta” principalmente com a ingesta de aguardente. Considerando a principal hipótese diagnóstica deve-se:

- a) Solicitar ultrassonografia cervical e orientar a importância de interromper o tabagismo e o etilismo.
- b) Realizar biópsia aberta do nódulo do pescoço, de preferência, com anestesia local.
- c) **Realizar cuidadoso exame da cavidade oral, solicitar PAAF do nódulo no pescoço e estudo radiológico com tomografia.**
- d) Solicitar exames laboratoriais incluindo hemograma e sorologias para toxoplasmose e mononucleose.
- e) Solicitar uma arteriografia para avaliar a relação do nódulo com os vasos cervicais.

94. E relação às paratireoides, assinale a alternativa correta:

- a) As paratireoides superiores são irrigadas por ramos da artéria tireóidea superior.
- b) As paratireoides inferiores são originadas do quarto arco branquial.
- c) O conteúdo de gordura das paratireoides diminui com a idade.
- d) **As paratireoides superiores ocupam posição posterior e lateral ao nervo laríngeo inferior.**
- e) Devido à sua embriologia, as paratireoides inferiores apresentam posição constante em relação à face posterior da tireoide.

95. E relação ao Hiperparatireoidismo Primário, assinale a alternativa correta.

- a) A correção da hipovitaminose D deve ser evitada nos pacientes com hiperparatireoidismo primário em função do risco de piora da hipercalcemia.
- b) A ausência de localização da paratireoide hipercaptante em paciente com diagnóstico de hiperparatireoidismo primário assintomático contraindica o tratamento cirúrgico.
- c) Sugere-se restrição da ingestão dietética de leite e derivados no tratamento conservador do hiperparatireoidismo primário, com intuito de não proporcionar piora da hipercalcemia nesta condição.
- d) O diagnóstico de hiperparatireoidismo primário deve ser confirmado através do exame de imagem localizatório, como a cintilografia com SEATAMIBI-Tecnécio.
- e) No hiperparatireoidismo primário assintomático, o tratamento cirúrgico não é mandatório, mas é uma opção mesmo nos pacientes que não encontram critérios de indicação, uma vez que a paratireoidectomia é o único tratamento definitivo para a doença.**

96. Em relação ao tratamento do Hiperparatireoidismo Secundário à Doença Renal Crônica, assinale a alternativa correta.

- a) A impossibilidade de realização da criopreservação de tecido paratireóideo deve contraindicar o tratamento cirúrgico.
- b) A paratireoidectomia subtotal melhora a sobrevida desses pacientes.**
- c) A dosagem rápida intraoperatória do PTH é necessária para o tratamento cirúrgico.
- d) A paratireoidectomia total com autotransplante heterotópico de tecido paratireóideo é a técnica com melhores resultados funcionais.
- e) O alto índice de lesão do nervo laríngeo inferior e o equívoco com linfonodos tornam imprescindíveis a monitorização neurofisiológica e a congelação intraoperatória durante o tratamento cirúrgico.

97. Marque a INCORRETA quanto ao diagnóstico diferencial das hipercalcemias.

- a) Metástases ósseas fazem parte do diagnóstico diferencial da hipercalcemia, especialmente as metástases de caráter osteolítico.
- b) O uso de medicações como diuréticos tiazídicos podem promover hipercalcemia, assim como intoxicação por vitamina A ou por vitamina D.
- c) Tumores produtores de PTHrP (*PTH related protein*) levam a hipercalcemia com dosagem de PTH intacto elevado.**
- d) A solicitação de medida de cálcio sérico em familiares pode auxiliar no diagnóstico da Hipercalcemia Hipocalciúrica Familiar.
- e) Doenças granulomatosas como a sarcoidose podem apresentar hipercalcemia por produção ectópica de $1,25(\text{OH})_2\text{D}_3$

98. Mulher de 42 anos, em ventilação mecânica há 13 dias devido a complicações neurológicas de uma cirurgia de correção de aneurisma de artéria cerebral média, apresentando melhora neurológica lenta, sem previsão de ser retirada da ventilação mecânica. É obesa, com índice de massa corpórea calculado em 38kg/m^2 . Foi solicitada avaliação do cirurgião de cabeça e pescoço para realização de traqueostomia. Baseado no caso, assinale a alternativa correta.

- a) A paciente tem indicação de realização da traqueostomia em centro cirúrgico, pois obesidade é uma das contra-indicações absolutas para realização do procedimento à beira do leito.
- b) Apesar de o transporte da paciente ao centro cirúrgico não oferecer riscos, a presença da obesidade leva a uma forte preferência para a traqueostomia percutânea dilatacional.
- c) A obesidade configura um risco relativo para a traqueostomia percutânea e devem ser ponderados os riscos de transporte ao centro cirúrgico e as condições anatômicas do pescoço (possibilidade de identificação palpatória do osso hioide e das cartilagens tireoide e cricoide) para a escolha da técnica mais segura.**
- d) O uso preferencial da técnica percutânea dilatacional é em situações de emergência, especialmente em quadros de obstrução aérea por tumores laríngeos ou mesmo fratura da cartilagem e deve-se evitar seu uso em pacientes com via aérea já garantida.
- e) A literatura sugere a realização da traqueostomia apenas após 21 dias de ventilação mecânica e, para esse caso, o provimento deve ser postergado para uma reavaliação após decorrido este prazo.

99. Homem de 62 anos, foi submetido há 6 meses a pelveglossomandibulectomia com esvaziamento cervical radical bilateral por um carcinoma espinocelular de soalho de boca pT4apN2cM0. Fez radioterapia e quimioterapia adjuvantes e antes dos exames de reestadiamento apresentou recidiva cervical no nível IIA a direita com nódulo fixo de 6,0 cm no maior diâmetro. Em tomografia feito diagnóstico de recidiva envolvendo circunferencialmente a carótida na sua bifurcação. Nesse período o paciente perdeu cerca de 30% do peso corporal e estava com a *performance status* muito comprometida, ECOG 3. Dessa forma, foi optado por reencaminhá-lo para a oncologia para avaliar a possibilidade de quimioterapia paliativa, porém apresenta dor em região da recidiva referida como 9 na escala visual analógica. Está em uso de codeína 30mg de 6/6h e paracetamol 40gts de 6/6h via sonda nasoesférica. Com intuito de controlar a dor, até que o paciente retorne ao oncologista, assinale a alternativa **mais adequada**:

- a) Pode-se aumentar a dose da codeína para 60mg 6/6h e manter paracetamol na dose atual. As medicações adjuvantes devem ser evitadas devido à perda de performance.
- b) Trocar codeína por morfina 10mg 1cp de 4/4h via SNE, manter paracetamol de 6/6h e acrescentar amitriptilina 25mg a noite.**
- c) Morfina de liberação controlada é uma boa opção devido a posologia ser mais fácil, dessa forma seria adequado trocar a codeína por morfina LC 30mg de 12/12h via SNE e manter o paracetamol.
- d) Associar tramadol à codeína e adicionar amitriptilina 25mg a noite, manter paracetamol intercalado com dipirona de 6/6h.
- e) Não há necessidade de escalonar o opioide, apenas deve-se acrescentar medicações adjuvantes como a amitriptilina 25mg a noite e a gabapentina 300mg de 6/6h via SNE.

100. Ainda a respeito do caso descrito na questão anterior, depois de uma semana, este retorna ao pronto socorro com dor ainda não controlada, EVA 10, em pontada com a mesma característica de irradiação. Optado por fazer o ajuste de dose via endovenosa. Das seguintes, qual a opção mais adequada:

- a) Para maior segurança deve-se iniciar a titulação com tramadol 100mg EV e reavaliar depois de 1 hora se houve controle da dor.
- b) Morfina 10mg diluída em 100ml de SF 0,9%, com infusão lenta EV e reavaliar depois de 1h.
- c) Morfina 3mg EV em bolus e reavaliar em 10 minutos, repetir a dose caso ainda mantenha dor não controlada.**
- d) Tramadol 50mg EV a cada 6 horas e dipirona 1g EV 6/6h.
- e) Morfina 1mg EV com intervalo de segurança de 1h entre cada dose.