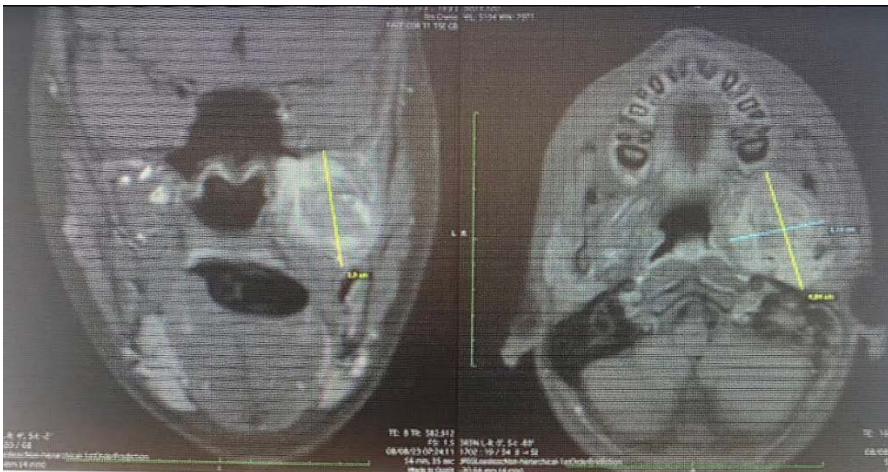


## PROVA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO 2024

### PRIMEIRA FASE – PROVA DE MÚLTIPLA ESCOLHA

1. Paciente de 10 anos apresenta condrossarcoma em fossa infratemporal esquerda. Como sintomas tem parestesia em rebordo alveolar inferior esquerdo, mucosa jugal de bochecha a esquerda, e hemilíngua esquerda nos 2/3 anteriores. Levando em conta o(s) nervo(s) acometidos responsáveis pela sintomatologia descrita, qual outra função pode estar prejudicada?



- a) Motricidade dos músculos da mastigação ipsilateral
- b) Sensibilidade do palato duro, mole e rebordo alveolar superior ipsilateral
- c) Motricidade do músculo bucinador
- d) Sensibilidade especial (gustatória) da língua ipsilateral

2. Conforme ilustrado na imagem abaixo, na paralisia do nervo facial o paciente não consegue ocluir o olho adequadamente, ao invés de ter dificuldade para abri-lo. Por isso cuidados de lubrificação oculares são essenciais. Selecione a alternativa que apresenta a justificativa anatômica para esse fato.

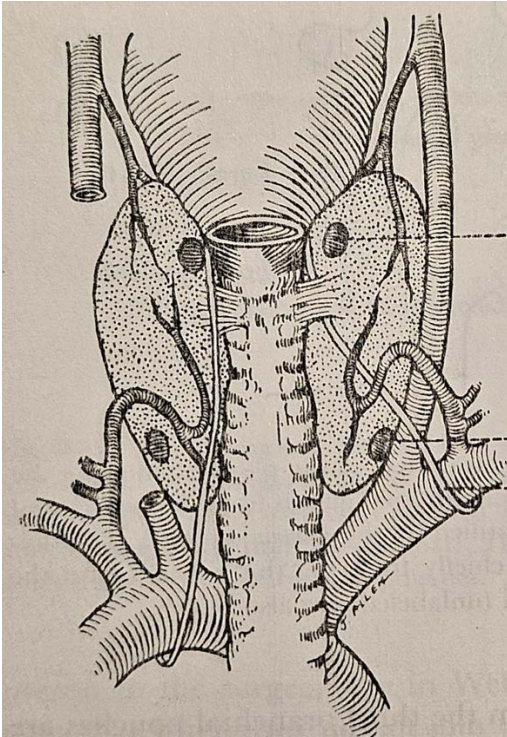


- a) O nervo facial inerva o músculo orbicular do olho que fecha as pálpebras, mas não o levantador da pálpebra que abre
- b) Ramos diferentes do nervo facial inervam os músculos responsáveis pela elevação e fechamento das pálpebras, por isso essa situação é possível
- c) Embora a inervação seja a mesma, existe um desequilíbrio entre as forças dos músculos de abertura e fechamento, permanecendo aberto
- d) O músculo orbicular do olho, responsável pela elevação da pálpebra superior, é inervado pelo nervo oculomotor e não facial

3. Sobre a vascularização arterial da cabeça e pescoço, selecione a alternativa correta.

- a) a face é irrigada por ramos da carótida externa e interna
- b) a artéria facial emite ramos para irrigação apenas da face
- c) a artéria maxilar é o único ramo terminal da artéria carótida externa
- d) a artéria carótida externa emite ramos apenas para irrigação de estruturas extracranianas

4. Avalie a imagem abaixo, extraída do livro de anatomia do Hollinshead, e selecione a alternativa correta.



- a) Embora a imagem illustre o nervo laríngeo inferior como tronco único, na prática, ele apresenta muitas vezes ramos para traqueia, esôfago e pode se bifurcar
- b) A relação do nervo laríngeo inferior com a artéria é um importante parâmetro durante a tireoidectomia por ser fixa: o nervo encontra-se sempre profundamente à artéria
- c) A imagem demonstra uma variação anatômica não usual pois a recorrência do nervo laríngeo inferior direito está muito lateralizada e seu trajeto muito oblíquo, fora do sulco traqueo esofágico
- d) A relação do nervo laríngeo recorrente com o ligamento de Gruber ilustrada do lado direito é a mais frequente

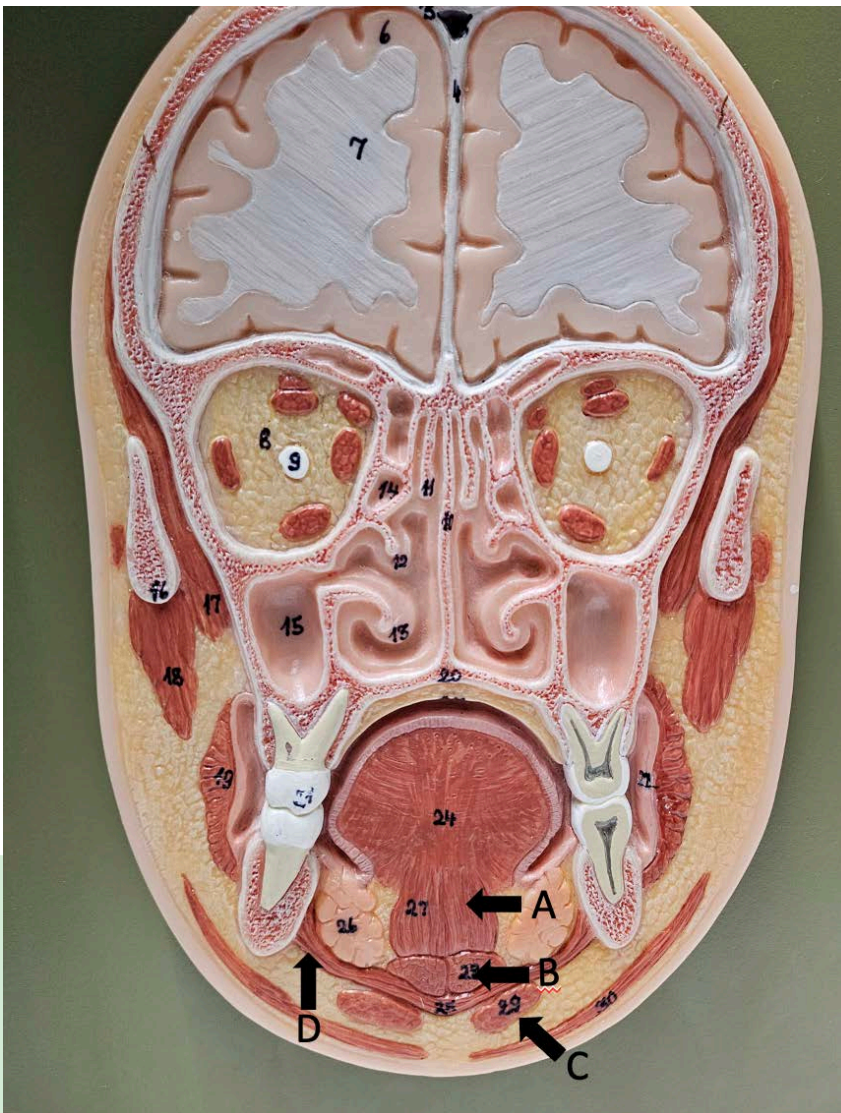
5. Sobre a anatomia da laringe, selecione a alternativa correta.

- a) O músculo cricótireoideo é o único intrínseco inervado pelo ramo externo do laríngeo superior e é um tensor das pregas vocais



- b) O ventrículo da laringe é o espaço entre o ádito da laringe e as pregas vestibulares
- c) As pregas vocais são compostas apenas pelos músculos tireoaritenoideos
- d) As cartilagens aritenoideas deslizam sobre a cartilagem tireóidea e esses movimentos são importantes na aproximação, tensionamento e relaxamento das pregas vocais.

6. Identifique as estruturas A a D na imagem de peça anatômica abaixo.

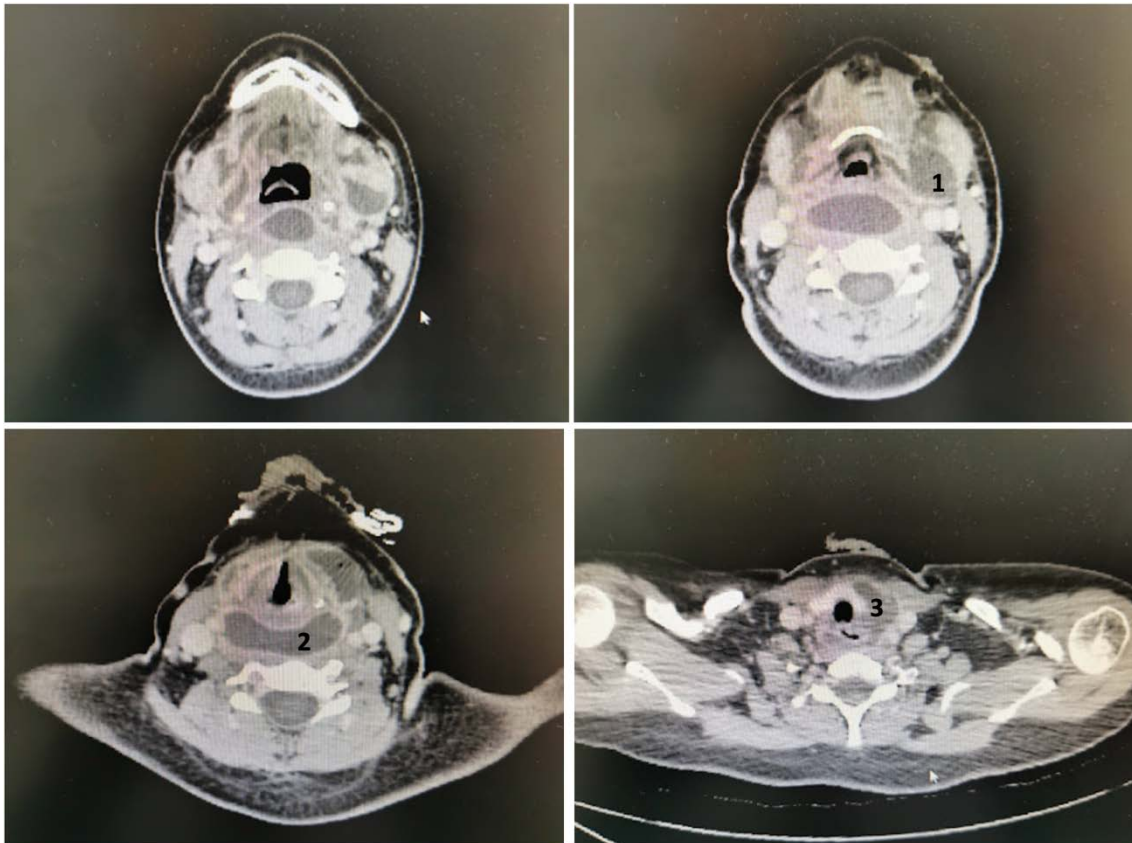


- a) **A Músculo genioglosso; B- músculo geniohioideo; C- ventre anterior do músculo digástrico; D- músculo milohioideo**
- b) A Músculo geniohioide; B- músculo milohioide; C- músculo platisma; D- ventre anterior do músculo digástrico
- c) A Músculo hioglosso; B- músculo milohioideo; C- músculo geniohioide; D- músculo platisma
- d) A Músculo longitudinal superficial; B- músculo genioglosso; C- músculo milohioide; D- ventre anterior do músculo digástrico

7. Sobre a inervação sensitiva da cavidade oral e orofaringe, selecione a alternativa correta.

- a) **A sensibilidade especial (gustatória) ocorre a partir de ramos dos nervos glossofaríngeo e facial**
- b) A inervação de todos os dentes decorre da terceira divisão do trigêmeo (V3)
- c) O nervo lingual é responsável pela inervação sensitiva de toda a língua
- d) Uma lesão do V2 do trigêmeo gera uma anestesia de toda a cavidade oral do mesmo lado

8. Os planos fasciais do pescoço são importantes na clínica por determinarem a possível direção de propagação de uma infecção. Avalie as imagens abaixo de um caso de abscesso cervical e selecione a alternativa correta.



- a) Coleções localizadas nos espaços 2 e 3 podem ter disseminação inferior para o mediastino posterior e anterior, respectivamente
- b) A coleção identificada como 3 está localizada dentro da bainha carotídea
- c) A coleção identificada como 2 está localizada entre as lâminas superficial e pré-vertebral da fáscia cervical profunda
- d) A coleção 1 está localizada superficialmente a lâmina superficial da fáscia cervical profunda

09. Qual dos fatores histológicos abaixo é mais importante na definição de prognóstico do carcinoma escamoso de língua:

- a) Invasão angio-linfática
- b) Invasão perineural
- c) Grau histológico
- d) Espessura da lesão (DOE)

10. Quais os fatores histológicos após ressecção cirúrgica associados ao carcinoma de células escamosas de cavidade oral são indicação de tratamento adjuvante com radioterapia e quimioterapia?

- a) Invasão perineural e margem comprometida
- b) invasão perineural e alto grau histológico
- c) **Extensão extracapsular e margem comprometida**
- d) Extensão extracapsular e invasão óssea

11. Paciente com lesão ulcero-infiltrativa em bordo direito de língua, medindo 2,5cm de comprimento, 1,8cm de largura com 1,2cm de profundidade associada a linfonomegalia bilateral suspeita pra metástase, sendo que a direita medindo 3,5cm e a esquerda 1,8cm, com sinais de extensão extracapsular a ressonância magnética. Qual o estadiamento clínico segundo AJCC 8ª edição?

- a) T2N2bM0
- b) T2N2cM0
- c) T3N3aM0
- d) **T3N3bM0**

12. Paciente masculino, 58 anos, trabalhador rural, tabagista crônico em uso de cigarro de palha. Relata que há cerca de 6 meses vem notando lesão ulcero-infiltrativa em ponta de língua que na tomografia computadorizada media 2,1cm\*1,6cm com 0,8cm de profundidade (DOE). Sem evidência de linfonodos cervicais. Diante desses achados, qual a conduta cirúrgica correta?

- a) Ressecção do tumor com margem + reconstrução com retalho local
- b) Ressecção do tumor com margem + reconstrução com retalho local + esvaziamento cervical seletivo níveis I a III no lado maior do tumor
- c) **Ressecção do tumor com margem + reconstrução com retalho regional + esvaziamento cervical seletivo níveis I a III bilateral**
- d) Ressecção do tumor com margem + reconstrução com retalho microcirúrgico + esvaziamento cervical radical modificado unilateral

13. A vermelhectomia é uma técnica para ressecção de tumores do lábio que pode ser utilizada em:

- a) Lesões infiltrativas do vermelhão do lábio
- b) **Carcinomas in situ e displasias severas**
- c) Elastose do lábio
- d) Qualquer tumor de lábio estadiado como T1



14. O chamado espaço perigoso das fáscias cervicais, importante na avaliação por imagem dos casos de infecção cervical profunda situa-se:

- a) **Entre o espaço retrofaringeo e o espaço pré-vertebral**
- b) Entre os compartimentos pré e pós estilóide
- c) Entre os compartimentos supra e infraioideo
- d) Entre a fáscia alar e a fáscia pré-vertebral

15. A síndrome de Lemierre (complicação grave das infecções cervicais profundas) é caracterizada por:

- a) Dor à primeira mordida após manipulação do espaço mastigatório
- b) Edema cervical difuso, enfisema subcutâneo e dispneia
- c) **Tromboflebite da veia jugular interna e embolia séptica**
- d) Trismo consequente ao envolvimento da musculatura pterigoidea

16. O vídeo abaixo do *New England Journal of Medicine* ilustra dois sinais propedêuticos importantes para a cirurgia de cabeça e pescoço. Sobre esse vídeo, selecione a alternativa correta.

#### **VIDEO PROPEDEUTICA1**

- a) **O sinal do vídeo 1 não é sensível nem específico uma vez que pode estar ausente em pessoas com hipocalcemia e presente em pessoas normais**
- b) O sinal do vídeo 2 pode estar presente em até 20% das pessoas normais
- c) Ambos sinais ilustrados nos vídeos tem alta sensibilidade e especificidade para hipocalcemia
- d) O sinal do vídeo é caracterizado por contração involuntária e dolorosa da musculatura facial durante percussão do trajeto do nervo facial

17. Avalie o filme de um exame de nasofibrosopia e selecione alternativa que melhor descreve os achados do exame.

#### **VIDEO NASOFIBRO1**

- a) **Exame normal**
- b) Edema de Reinke
- c) Lesão vegetante em seio piriforme direito
- d) Paresia de prega vocal esquerda

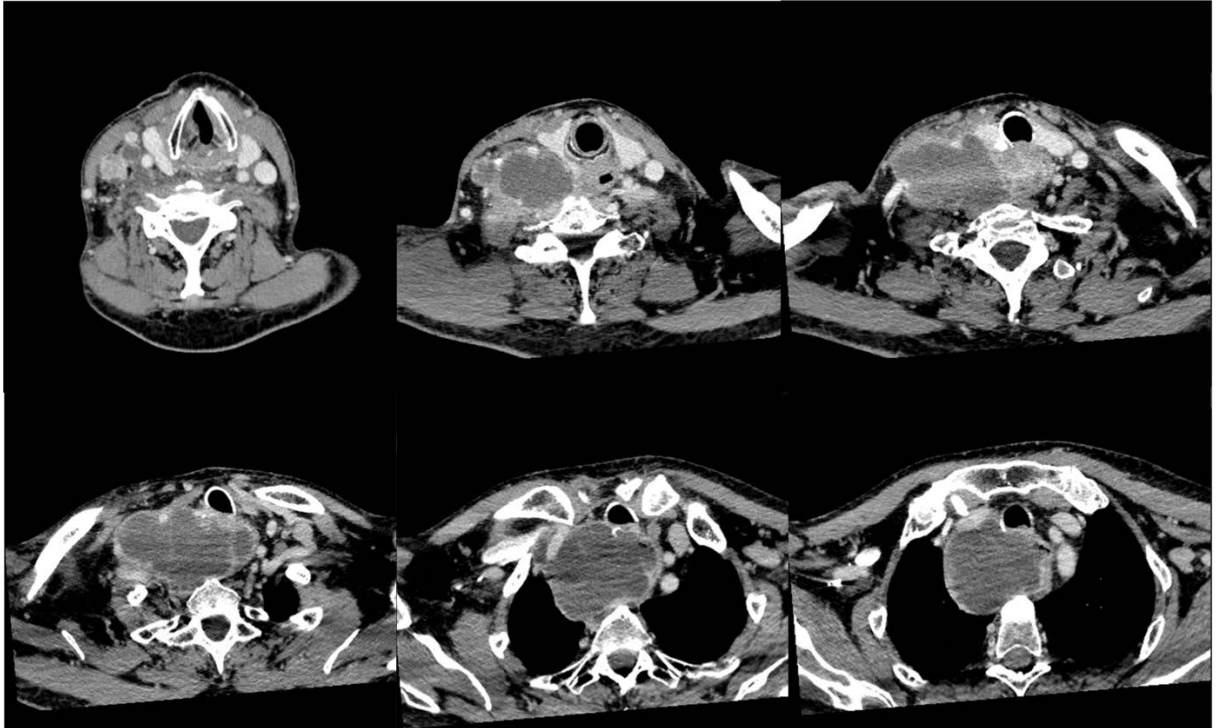


18. Paciente de 40 anos do sexo feminino, previamente hígida, vem com queixa de sensação de “bola na garganta” há 2 anos, pior nos últimos meses. Nega tabagismo, etilismo ou qualquer outra queixa. Avalie a imagem da oroscopia abaixo e selecione a alternativa com a principal hipótese diagnóstica e melhor conduta nesse momento para o caso.



- a) Tumor de espaço parafaríngeo esquerdo, ressonância magnética de face e pescoço
- b) Carcinoma de células escamosas de orofaringe HPV+, biópsia incisional em consultório
- c) Abscesso periamigdaliano esquerdo, tomografia de face e pescoço
- d) Nasoangiofibroma, tomografia de face e pescoço para planejamento cirúrgico

19. Paciente com massa cervical realizou o exame de imagem abaixo. Avalie as imagens e selecione a alternativa que melhor descreve as alterações presentes.



- a) Massa multiloculada com centro necrótico de origem em polo inferior do lobo direito da tireoide, apresentando extensão para mediastino superior. Invade parede posterior da traqueia, esôfago, envolve artéria carótida comum direita e artéria subclávia direita. Há linfonodo suspeito em nível III direito e trombose de veia jugular direita.
- b) Massa multiloculada de limites bem definidos com extensão ao mediastino superior. A massa gera desvio de traqueia e esôfago para a esquerda, sem sinais de invasão. Apresenta contato de 180° com a artéria carótida comum direita.
- c) Massa multiloculada cística de origem em lobo direito da tireoide gerando desvio de esôfago e traqueia com compressão significativa da via aérea. Não há plano de clivagem evidente entre a lesão e o esôfago. A lesão apresenta íntimo contato com artéria carótida comum direita, sem envolvimento circunferencial da mesma.
- d) Massa heterogênea mal delimitada em mediastino superior sugestiva de linfonodomegalia atípica. Invade esôfago, causa desvio da traqueia sem invasão. Não há sinais de invasão de fáscia pré-vertebral ou de artéria carótida. Veia jugular interna não caracterizada.

20. No que se refere aos cuidados perioperatórios, dentre as alternativas abaixo, assinale a **INCORRETA**.

- a) O tabagismo provoca alterações na função cardiopulmonar que podem ter implicações desfavoráveis para pacientes submetidos a cirurgia de grande porte, por exemplo as com reconstruções microcirúrgicas.
- b) Embora a idade avançada por si só não seja uma contraindicação para a cirurgia, as comorbidades em pacientes idosos podem exigir avaliação pré-operatória específica e otimização de cuidados distintos dos jovens.
- c) Nas cirurgias limpas como tireoidectomias, parotidectomias ou esvaziamentos cervicais sem ressecção simultânea de tumor primário da mucosa, a cobertura antibiótica não é necessária.
- d) **A infecção do sítio cirúrgico é a mais frequente complicação nos pacientes submetidos a cirurgias de grande porte para o tratamento dos tumores de vias aéreas superiores. Entretanto, antibioticoterapia, nas cirurgias potencialmente contaminadas, não se mostrou benéfica, portanto, a antibioticoprofilaxia deve sempre ser suspensa em 24 a 48h após o término do procedimento.**

21. Qual dos princípios listados abaixo é **CORRETO** no manejo perioperatório dos pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço?

- a) **Os pacientes com tumores estadiados como cT4b podem apresentar envolvimento da base do crânio (por exemplo, erosão das placas pterigoides ou do osso esfenóide, alargamento do forame oval) ou invasão da artéria carótida comum ou interna, entretanto nenhuma dessas estruturas é uma contraindicação absoluta para a cirurgia.**
- b) A invasão perineural ocorre nos tumores adjacentes aos nervos motores ou sensoriais. Quando há invasão macroscópica do nervo, mas sem alteração clínica prévia, o mesmo deve ser preservado para não aumentar as complicações pós-operatórias.
- c) A ressecção marginal da mandíbula deve ser considerada em tumores que envolvem grosseiramente a mandíbula (evidência de envolvimento tumoral direto do osso) desde que as margens intraoperatórias sejam negativas para malignidade.
- d) A radiografia panorâmica de mandíbula não permite adequada avaliação da altura mandibular quando uma mandibulectomia marginal for considerada.

22. Em relação aos cuidados perioperatórios nos pacientes portadores de neoplasias de laringe, assinale a **CORRETA**.

- a) A cirurgia de laringectomia parcial deve ser indicada independente se houver probabilidade de radioterapia adjuvante após a cirurgia.
- b) **Nos pacientes portadores tumores estádios cT4a, N2-3 ou traqueostomizados previamente tratados com cirurgia, deve-se considerar a tireoidectomia com esvaziamento central para reduzir o risco de recidiva peritraqueostoma.**
- c) A cirurgia robótica transoral (TORS) ou transoral com laser (TOLS) são abordagens cada vez mais utilizadas para o tratamento de tumores avançados de laringe. Os princípios oncológicos, nestes casos, são distintos dos procedimentos abertos.
- d) A associação de cirurgia, seguida de radioquimioterapia promove melhora resultados de sobrevida global nos pacientes com tumores estádios III ou IV.

23. A respeito dos conceitos de margens em pacientes portadores de carcinoma de células escamosas invasivo do trato aero digestivo superior é **CORRETO** afirmar.

- a) **A obtenção de margens amplas e adequadas mesmo com a necessidade de ressecção de estruturas adjacentes é sempre desejado. Frequentemente, a margem deve ser de 1,0–1,5 cm de mucosa normal além da lesão visível e/ou palpável. Entretanto, para cânceres glóticos iniciais, uma margem de 1 a 2 mm é considerada adequada.**
- b) Na cirurgia endoscópica transoral e abordagens robóticas, margens de 1,5–2,0 mm são adequadas para a cavidade oral.
- c) Atualmente, existe uma definição universal a respeito de margens adequada em cabeça e pescoço. Independente do local primário do tumor, da histologia e do status do HPV no câncer de orofaringe.
- d) Uma margem positiva é definida como presença de carcinoma invasivo na margem da ressecção. Se houver carcinoma in situ não é necessário a ampliação de margens.

24. Paciente 56, anos, masculino, com antecedentes de tabagismo 50 maço/ano, sem comorbidades, submetido a glossectomia total com esvaziamento cervical bilateral dos níveis I-IV e reconstrução com retalho miocutâneo do músculo peitoral maior por carcinoma de células escamosas de língua oral cT4aN1M0. No que se refere as complicações pós-operatórias, é **INCORRETO** afirmar:

- a) As complicações mais frequentes após a glossectomia total são infecção da ferida operatória, necrose do retalho ou fístula orocervical.



- b) Os pacientes necessitam de traqueostomia por vários dias após a operação. A broncoaspiração pode ocorrer em 10% a 20% dos pacientes, o que dificulta a decanulação e retirada da sonda nasoesférica.
- c) **A elevação laríngea ou a redução da luz laríngea com sutura da epiglote, como proposto por Biller, eliminam o risco de broncoaspiração.**
- d) A gastrostomia é realizada geralmente quando a necessidade de suporte nutricional a longo prazo é prevista. Para a maioria dos pacientes, o uso de sonda nasoesférica é suficiente.

**25.** Paciente de 64 anos, masculino, sem comorbidades ou antecedentes de exposição a tabagismo ou etilismo. Submetido a maxilectomia inferior (inframesoestrutura) com acesso transoral e reconstrução com retalho microcirúrgico lateral do braço esquerdo por carcinoma adenóide cístico de palato duro cT1N0. No que se refere as complicações pós-operatórias, dentre as alternativas abaixo, assinale a **INCORRETA**.

- a) A infecção é incomum no pós-operatório imediato; no entanto, o tamponamento nasal geralmente torna-se com mau odor, após 2 a 3 dias. Entretanto, há necessidade de remoção nos casos de dor facial crescente, febre ou sinais outros de sepse.
- b) **Não é esperada dormência facial e intraoral, caso isso ocorra pode ser indícios de recidiva/persistência da doença.**
- c) Quando há ressecção da musculatura pterigóidea, é provável que ocorra trismo. A intervenção precoce com exercícios para aumentar a abertura da boca e o uso de dispositivos como o Therabite podem evitar que este seja um problema permanente.
- d) É muito comum, no pós-operatório, formações de crostas na fossa nasal devido à remoção das conchas inferiores e do septo nasal inferior.

**26.** Paciente de 34 anos, feminina, sem comorbidades ou histórico de tabagismo, com achado incidental de paraganglioma do corpo carotídeo bilateral, maior a direita Shamblin II. Submetida a ressecção inicialmente a direita. Em relação as complicações pós-operatórias, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) As ressecções bilaterais podem evoluir frequentemente com falha dos barorreceptores.
- b) **A síndrome da primeira mordida pode ocorrer em até 55 a 60% dos pacientes.**
- c) Embora seja raro, cerca de 3% dos pacientes apresentam tumores secretores, a pesquisa de catecolaminas urinárias em 24 h deve ser feita rotineiramente para evitar complicações intra ou pós-operatórias graves.
- d) As manipulações do nervo vago ou mesmo apenas do ramo laríngeo superior podem levar a disfagia severa no pós-operatório com risco de broncoaspiração.

27. Quanto às anomalias do aparelho branquial é correto afirmar:

- a) Fístulas incompletas são formadas pela comunicação da pele (ectoderme) com a faringe (endoderme).
- b) Defeitos da terceira fenda branquial são raros e, aparecem na região superior o pescoço, na borda anterior do músculo esternocleidomastoídeo.
- c) As malformações derivadas da primeira fenda branquial são raras e, podem ser divididas em dois tipos, sendo o tipo mais comum o que contém apenas elementos epidérmicos sem cartilagem ou estruturas anexiais.
- d) **As malformações derivadas da segunda fenda branquial são as mais comuns, têm trajeto passando pelas estruturas derivadas do segundo arco, como o ventre posterior do músculo digástrico, terminando na loja amigdalina.**

28. Quanto massas cervicais é correto afirmar que:

- a) O cisto do ducto tireoglossos é uma má formação de linha média e seu tratamento de escolha é cirúrgico, quando já apresentou pelo menos um episódio de complicação infecciosa. Devendo ser acompanhado clinicamente se o paciente for assintomático. A cirurgia deve incluir além de todo o cisto e seu trajeto, contornando a parte central do osso hióide.
- b) A doença de Madelung é uma condição clínica na qual ocorre acometimento difuso por gordura em todos os compartimentos do pescoço e o tratamento de escolha é cirúrgico por risco elevado de transformação maligna.
- c) O hemangioma em crianças podem representar um grande desafio quanto ao seu manejo, sendo que muito frequentemente são tratados cirurgicamente, sendo a terapia com beta-bloqueadores atualmente em desuso nesses casos.
- d) **Teratomas são constituídos pelos componentes das três camadas germinativas, sendo geralmente massas na linha média, podendo levar a insuficiência respiratória.**

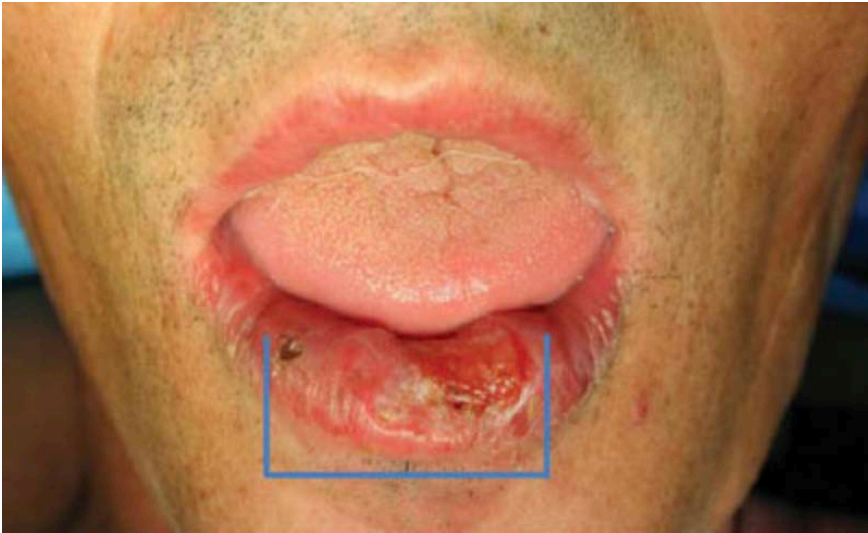
29. Quanto aos linfangiomas é correto afirmar que:

- a) São lesões esponjosas multiloculadas e sólidas, originadas nos linfáticos e de natureza congênita.
- b) A localização mais comum é o triângulo cervical anterior.
- c) O tratamento de escolha é o cirúrgico, com ressecção de toda a lesão, mas em virtude da possível morbidade do procedimento, tratamentos alternativos como a injeção de talco apresenta bons resultados.
- d) **Em adultos podem ser adquiridos, apesar da etiologia permanecer desconhecida.**

**30.** Com relação ao diagnóstico por tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), das massas cervicais, é correto afirmar que:

- a) A RM é mais sensível do que a TC na demonstração dos limites reais e na resolução do realce pelo meio de contraste dessas lesões, exceto nos casos em que ocorre extensão para o mediastino.
- b) Na TC os cistos tireoglossos são identificados como massas circunscritas de paredes espessas e conteúdo hipoatenuante na linha mediana-paramediana.
- c) Os cistos branquiais aparecem na RM como cistos bem circunscritos, com paredes finas e regulares, apresentando conteúdo homogêneo com hipersinal em T1 e baixo sinal em T2.
- d) **Os linfangiomas apresentam-se com massas císticas mal delimitadas na TC. Na RM variam a intensidade de sinal em T1 e apresentam hipersinal em T2, sendo que não apresentam realce pelos meios de contraste tanto na TC quanto na RM.**

31. Avalie a imagem abaixo de um paciente com carcinoma de células escamosas de lábio inferior e selecione a alternativa mais indicada sobre a reconstrução cirúrgica do defeito (a linha azul sinaliza os limites da lesão).



- a) O retalho de Karapandzic é uma boa opção de reconstrução e pode ser realizado em um tempo cirúrgico
- b) O retalho de Abbe é a melhor opção por não ter impacto funcional no pós-operatório imediato
- c) O fechamento primário é o mais indicado uma vez que não há envolvimento da comissura labial
- d) A reconstrução microcirúrgica é a única opção com resultado funcional satisfatório no longo prazo

32. Sobre o retalho deltopeitoral, selecione a alternativa correta.

- a) Já foi amplamente utilizado para reconstruções de oro e hipofaringe, mas a necessidade de dois tempos cirúrgicos e risco de perda do 1/3 distal o tornou menos popular nos dias de hoje
- b) É um retalho versátil, mas tem seu uso limitado pela dificuldade técnica em sua confecção
- c) É necessário cuidado para não lesar a veia cefálica, que contribui com a vascularização do retalho
- d) Por compartilhar a vascularização com o retalho de músculo peitoral maior, os dois não podem ser realizados no mesmo tempo

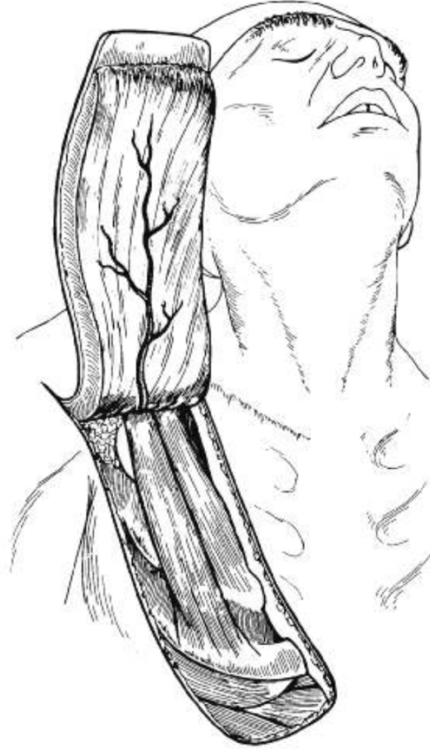


33. Sobre a reconstrução mostrada na imagem abaixo de confecção do retalho indiano ou frontal, selecione a alternativa correta.



- a) Deve ser elevado no plano da gálea inicialmente e junto ao pedículo no plano subperiosteal
- b) É pediculado na artéria supraorbital
- c) Foi descrito inicialmente no século XIX, mas teve seu uso disseminado após as guerras do século XX
- d) Quando não é possível o fechamento primário da área doadora, deve ser realizado enxerto de pele

34. A imagem abaixo foi retirada do artigo de descrição original do retalho ilustrado. Sobre esse retalho, assinale a alternativa correta.



- a) Seu pedículo, descrito como ramo da artéria subclávia no trabalho original, origina-se, verdadeiramente, na artéria axilar
- b) É vascularizado pelo ramo peitoral da artéria toracoacromial que tem trajeto descendente junto com a respectiva veia e nervo torácico longo
- c) A confecção da ilha de pele além da borda superior da quarta costela torna a vascularização randômica
- d) Durante sua elevação, deve-se ter cautela para não lesar as perfurantes provenientes da artéria mamária interna

35. Paciente de 42 anos de idade, sexo masculino, diabético e hipertenso controlado, relata aumento de volume na região parotídea direita há cerca de três anos. Ao exame físico a lesão é mal delimitada, indolor, compressível à palpação e com relatos de aumentos e reduções de tamanho sucessivos. O exame de vias aerodigestivas superiores não mostrou alterações e não há evidência de paralisia facial. Traz exame de ressonância magnética que mostra lesão em polo profundo da parótida direita, bem delimitada e compatível com hemangioma. Qual a conduta indicada para o caso?

- a) **Remoção cirúrgica através de parotidectomia superficial táctica, dissecação e preservação do nervo facial e remoção da lesão no polo profundo.**
- b) Corticoterapia em baixa dose por pelo menos um ano
- c) Radioterapia em baixa dose
- d) Embolização do vaso nutridor principal

**36.** Paciente com queixa e abaulamento de face há quatro anos de caráter progressivo, lento, indolor. Ao exame locoregional nota-se lesão nodular profunda na região parotídea direita, mal delimitada, de consistência fibrosa, bocelada e indolor ao toque. Na oroscopia há abaulamento da parede lateral direita da orofaringe. Sem evidência de paralisia facial. A citologia oncótica obtida por PAAF mostrou tratar-se de adenoma pleomórfico. Com base no descrito acima, o método de imagem de escolha para avaliação da lesão é:

- a) Ultrasonografia de parótida
- b) Angiotomografia dos vasos cervicais
- c) Angioressonância carótido vertebral
- d) **Ressonância magnética do pescoço com contraste**

**37.** Qual o tumor maligno de glândula salivar menor mais comum?

- a) Carcinoma mucoepidermoide
- b) Carcinoma ductal salivar
- c) Carcinoma Mioepitelial
- d) **Carcinoma adenoide cístico**

**38.** Quais os principais fatores prognósticos associados aos tumores malignos de glândulas salivares?

- a) Estadio clínico e margem comprometida
- b) Estadio clínico e invasão perineural
- c) **Estadio clínico e grau histológico**
- d) Estadio clínico e tipo histológico

**39.** Qual dos tumores malignos de glândula parótida se caracteriza por apresentar uma translocação cromossômica que resulta na formação dos genes de fusão ETV6-NTRK3?

- a) **Carcinoma salivar secretório**
- b) Carcinoma ex-adenoma pleomórfico
- c) Carcinoma mucoepidermoide de alto grau
- d) Carcinoma adenoide cístico

40. Em relação ao dermatossarcoma protuberans a alternativa incorreta é?

- a) A maioria ocorre em decorrência de uma translocação do cromossomo 17 e 22
- b) Apresenta alta taxa de recidiva local
- c) **A radiação actínica tem forte relação com sua etiologia**
- d) A cirurgia é a principal modalidade terapêutica

41. Em relação ao carcinoma de Merkel da pele é correto afirmar?

- a) O poliomavírus está relacionado em menos de 50% de sua etiologia
- b) Aproximadamente 25% dos casos ocorre na região da cabeça e pescoço
- c) **O nariz é um dos locais de ocorrência mais comum em cabeça e pescoço**
- d) A imunoterapia adjuvante está indicada em todos casos devido a elevada agressividade desse tumor

42. Em relação aos carcinomas de pele podemos afirmar:

- a) O carcinoma basocelular representa mais de 90% dos casos de cabeça e pescoço
- b) O carcinoma basocelular apresenta pobre prognóstico quando da ocorrência de metástase a distância com sobrevida em 5 anos de cerca de 25%
- c) **Mais de 70% dos carcinomas espinocelulares de pele ocorrem na região de cabeça e pescoço, principalmente na orelha e na parte superior da face**
- d) Os carcinomas de anexos de pele são tumores extremamente agressivos devido sua origem neuroendócrina.

43. Um melanoma de 1,0mm de espessura, ulcerado com lesão satélite associado a um linfonodo metastático, sem evidência de doença à distância deve ser estadiado como:

- a) T1aN1cM0
- b) T1bN2aM0
- c) T1aN2bM0
- d) **T1bN2cM0**

44. Paciente masculino, 68 anos, agricultor, com história de lesão em pele de hemiface esquerda de crescimento progressivo há mais de 1 ano. Ao exame observou-se uma lesão ulcero-infiltrativa em região pre-auricular esquerda distando 1,0cm do conduto auditivo externo, cuja biópsia evidenciou um carcinoma de células escamosas de pele. A TC de face e pescoço demonstrou uma lesão úlcero-infiltrativa de pele de região pré-auricular esquerda com 2,9x2,3cm, sem sinais de infiltração de glândula parótida,



associado a linfonodos em nível IB com 2,6cm e nível IIA com 2,1cm a esquerda, suspeito para metástase. Diante desses achados qual a sua conduta cirúrgica mais adequada?

- a) Ressecção do tumor com margens + fechamento primário + esvaziamento cervical dos níveis I e II ipsilateral
- b) Ressecção do tumor com margens + reconstrução com retalho local + esvaziamento cervical radical modificado ipsilateral
- c) Ressecção do tumor com margens + parotidectomia total com preservação do nervo facial + reconstrução com retalho regional + esvaziamento cervical seletivo níveis I a III ipsilateral
- d) Ressecção do tumor com margem + parotidectomia superficial com preservação do nervo facial +reconstrução com retalho regional + esvaziamento cervical radical modificado ipsilateral

**45.** Paciente 77 anos, masculino, hipertenso e diabético, etilista social, sem exposição a tabagismo, submetido a maxilectomia parcial com prótese obturadora por carcinoma de células escamosas do assoalho do seio maxilar esquerdo pT2N0, invasões vascular, sanguínea e perineural negativas. Margens livres. Dentre as alternativas abaixo, assinale a **CORRETA**.

- a) A ressecção cirúrgica seguida de radioterapia pós-operatória continua sendo o tratamento padrão.
- b) O uso de IMRT (radioterapia de intensidade modulada) não apenas reduz a incidência de complicações do tratamento, como também melhora as taxas sobrevida global.
- c) O uso de quimioterapia concomitante a radioterapia adjuvante oferece uma maior taxa de controle loco-regional, embora com maior morbidade.
- d) **Nesse caso não há indicação de tratamento adjuvante.**

**46.** Paciente de 57 anos, feminina, sem comorbidades, etilista social, sem exposição prévia a tabagismo, com antecedentes de abaulamento facial, seguido de abaulamento submucoso em palato duro a direita, com extensão para mucosa jugal, cuja biópsia incisional transoral demonstrou carcinoma de células escamosas invasivo. Na ressonância de face e pescoço foi evidenciado extenso acometimento do seio maxilar, com envolvimento do assoalho da órbita sem acometimento da gordura intraconal e com extensão da lesão para os músculos pterigoideos, não foram evidenciados linfonodos suspeitos. Dentre as alternativas abaixo, assinale a **INCORRETA**.

- a) O estadiamento clínico é um cT4bN0 pelo envolvimento do assoalho da órbita.
- b) O uso de quimioterapia neoadjuvante pode aumentar a possibilidade de preservação da órbita.
- c) A reconstrução com retalhos microcirúrgicos oferece melhores resultados funcionais e menor tempo de reabilitação.
- d) O esvaziamento cervical eletivo pode ser realizado, pelo acometimento da mucosa jugal.

47. Assinale a alternativa **INCORRETA** no que se refere as neoplasias de seios etmoidais:

- a) Os pacientes com neoplasias do seio etmoidal em estágio inicial são geralmente assintomáticos ou apresentam sintomas leves de congestão nasal, epistaxe ou anosmia.
- b) A presença de doença residual macroscópica após um procedimento endoscópico inicial, deve ser seguida de uma ressecção oncológica completa do tumor residual.
- c) O acometimento linfonodal é comum nos estádios avançados e, quando presente, metástases linfonodais estão associadas ao pior prognóstico.
- d) Os pacientes com tumores diagnosticados após ressecção incompleta (por exemplo, polipectomia com margens comprometidas), mesmo que não tenham doença residual documentada no exame físico ou nos exames de imagens devem ser tratados com cirurgia para obter margens oncológica apropriadas.

48. Paciente com 50 anos, masculino e diagnóstico comprovado por biópsia de carcinoma de células escamosas de tonsila palatina direita, estadiado como T2N0M0. Etilista e tabagista de longa data. A decisão terapêutica foi de tratamento cirúrgico.

Qual a extensão do esvaziamento cervical que deve ser realizado?

- a) Esvaziamento dos níveis II, III e IV bilateralmente
- b) Esvaziamento dos níveis II, III e IV ipsilateral ao tumor primário
- c) Esvaziamento dos níveis I, II e III ipsilateral ao tumor primário
- d) Esvaziamento dos níveis I, II e III bilateralmente

49. Com relação às indicações para a cirurgia transoral assistida por laser para neoplasia da base da língua, a indicação de traqueostomia protetora deve ser realizada nos casos:

- a) De lesões esparsas da base da língua
- b) Quando for associado esvaziamento cervical bilateral

- c) Nos tumores T3
- d) Nos tumores de glândulas salivares menores

**50.** É uma indicação para a realização de ressecção via faringotomia supra hioidea para o tratamento de neoplasias da orofaringe:

- a) Tumores malignos estadiados como T3
- b) Tumores com infiltração do espaço pré epiglótico
- c) **Tumores malignos T1 e T2 da base da língua**
- d) Tumores da loja tonsilar

**51.** São contraindicações para a realização de cirurgia robótica transoral dos tumores da base da língua:

- a) **Tumores que se estendem além da linha média ou com invasão do espaço parafaríngeo**
- b) Pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica
- c) Tumores malignos de glândulas salivares menores
- d) Necessidade de esvaziamento cervical concomitante

**52.** Os tumores malignos de cabeça e pescoço e, particularmente, os carcinomas de células escamosas da orofaringe, tem uma relação estreita com a infecção pelo papilomavirus humano (HPV). Qual das alternativas abaixo está correta no que diz respeito à afirmação acima:

- a) Os subtipos 16 e 18 do HPV são os menos frequentemente relacionados aos tumores da orofaringe
- b) **Os tumores de cabeça e pescoço relacionados ao HPV tendem a necessitar de menos mutações para o seu desenvolvimento**
- c) Os tumores de cabeça e pescoço relacionados ao HPV sempre necessitam de um coagente externo
- d) Os tumores de cabeça e pescoço relacionados ao HPV são caracterizados por múltiplas mutações em genes supressores de tumor.

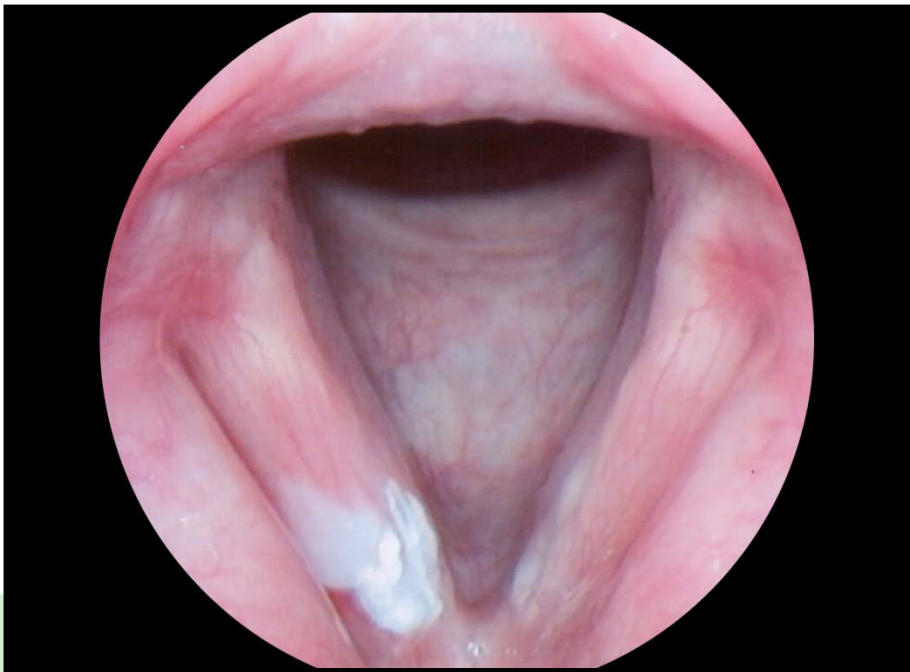
**53.** Qual tipo de cordectomia corresponde à uma cordectomia transmuscular?

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

54. Paciente com tumor que acomete toda extensão da prega vocal direita, com acometimento da comissura anterior, mobilidade diminuída da prega vocal direita, sem extensão para prega vocal contra lateral. Qual o estadiamento?

- a) T1a
- b) T1b
- c) T2
- d) T3

55. Paciente de 55 anos de idade evoluiu com disfonia há 1 ano. Nega tabagismo e etilismo. Foi diagnosticado como leucoplasia de prega vocal direita e submetido a biópsia excisional da lesão abaixo, cujo resultado foi de hiperqueratose sem sinais de displasia. Qual a melhor conduta com esse paciente?



OBS : LARINGOSCOPIA PRÉ BIÓPSIA EXCISIONAL

- a) Acompanhamento ambulatorial e fonoterapia
- b) Ampliação das margens cirúrgicas por via endoscópica.
- c) Radioterapia
- d) Laringectomia frontolateral



**56.** Paciente que apresenta diagnóstico de carcinoma de células escamosas de toda prega vocal esquerda com envolvimento da comissura anterior e extensão para 1/3 anterior da prega vocal direita, sem comprometimento da mobilidade da laringe. Qual a melhor opção cirúrgica das citadas abaixo, para esse paciente.

- a) Corpectomia via laringo fissura
- b) laringectomia frontal
- c) laringectomia fronto lateral**
- d) laringectomia supraglótica

**57.** Paciente com tumor transglótico de laringe com indicação de laringectomia total, deu entrada no pronto socorro em franca insuficiência respiratória. Com relação a traqueostomia desse paciente assinale a alternativa correta:

- a) A traqueostomia deve ser realizada preferencialmente no primeiro anel traqueal**
- b) não se deve realizar istmectomia
- c) paciente com quadro avançado, não devemos indicar traqueostomia
- d) a incisão da pele deve ser realizada acima do nível da cartilagem cricóide

**58.** Paciente masculino 59 anos, tabagista crônico, com história de desconforto ao deglutir e alteração da voz. Ao realizar endoscopia digestiva alta para investigar foi evidenciado lesão em parede medial de seio piriforme esquerdo com cerca de 2,5cm associada a paralisia de prega vocal esquerda. A biópsia evidenciou um carcinoma de células escamosas. Diante dos achados podemos afirmar que se trata de um tumor?

- a) T1
- b) T2
- c) T3**
- d) T4a

**59.** Homem de 76 anos com história de tabagismo (110 maços/ano), diabético e perda ponderal de cerca de 8kg associado ao quadro de odinofagia, disfagia, dificuldade respiratória aos esforços e alteração da voz, a investigação com exames de imagem e laringoscopia direta foi evidenciado um tumor em hipofaringe cuja a biópsia demonstrou um carcinoma de células escamosas comprometendo seio piriforme direito e toda parede posterior da hipofaringe associado a paralisia de hemilaringe direito. TC de pescoço demonstra invasão de cartilagem tireoide associado a linfonodos de aspecto metastático em nível III e IV a direita. TC de tórax normal. Sendo estadiado

como cT4aN2bM0. Qual das opções abaixo é a mais adequada para tratamento desse paciente?

- a) Radioterapia com quimioterapia concomitante
- b) Radioterapia exclusiva
- c) Faringolaringectomia total com esvaziamento cervical radical modificado direito + hemitireoidectomia direita + esvaziamento do nível VI a direita + reconstrução com retalho microcirúrgico de jejuno
- d) Faringolaringectomia total com esvaziamento cervical radical modificado direito + esvaziamento cervical seletivo esquerdo (níveis II-IV) + esvaziamento do nível VI a direita + hemitireoidectomia direita + reconstrução com retalho miocutâneo de peitoral maior

**60.** Com relação aos bócios é correto afirmar que:

- a) A disfagia associada a bócios volumosos com compressão do esôfago é principalmente para líquidos.
- b) As indicações para cirurgia incluem sintomas compressivos na traqueia ou no esôfago, suspeita de malignidade e cosmética, sendo que não se pode indicar a cirurgia com intenção de prevenir futuras complicações (bócios volumosos ou mediastinais com pacientes assintomáticos).
- c) Atualmente não há mais indicação para tratamento clínico dos bócios.
- d) Há várias causas para o desenvolvimento dos bócios, incluindo fatores genéticos, doenças auto-imunes da tireoide, deficiência de iodo e tumores pituitários secretores de TSH.

**61.** Paciente feminina, de 65 anos, apresentando disfagia devido volumosa massa cervical, foi submetida a ultrassonografia cervical, onde se verificou lesão compatível com bócio difuso volumoso, projetando-se para o mediastino superior. Os exames laboratoriais eram normais. Na endoscopia digestiva alta, verificou-se compressão extrínseca em esôfago cervical. Com relação a esse caso é correto afirmar que:

- a) São indicações de chamar uma equipe de cirurgia torácica para ficar a disposição os casos onde o bócio dista 1 cm do arco aórtico e quando atinge o mediastino posterior.
- b) Nos bócios volumosos, mesmo que unilaterais, deve-se realizar a tireoidectomia total.
- c) O percentual de complicações esperadas nesse grupo de pacientes é muito superior se comparado as cirurgias para pacientes com câncer de baixo risco.
- d) A intubação dessa e da maioria dos pacientes com bócios volumosos com desvio de traqueia é usual quando a laringe está pouco deslocada.

**62.** Com relação ao carcinoma bem diferenciado de tireoide (CBDT) é correto afirmar que:

- a) Idade, gênero, tamanho do tumor são fatores de risco para metástases linfonodais laterais. Além desses parece que pacientes jovens e homens tem menor risco para metástases linfonodais laterais se comparados com pacientes idosos.
- b) O esvaziamento cervical de princípio dos níveis linfonodais laterais é conduta desejada sempre que a citologia indicar uma variante mais agressiva de carcinoma.
- c) Nos pacientes onde se identifica maior risco para metástase linfonodais, o exame de escolha para essa pesquisa deve ser o PET-CT.
- d) O esvaziamento cervical para paciente com metástases cervicais de CBDT, no compartimento lateral, deve ser o esvaziamento cervical seletivo dos níveis IIa, III, IV e Vb, associado ao compartimento central.

**63.** Com relação ao artigo "[Consensus Statement on the Terminology and Classification of Central Neck Dissection for Thyroid Cancer](#)" Carty, Cooper, *et al.*, *Thyroid* 19(11): 1153-1158, 2009", é correto afirmar que:

- a) O limite anterior do compartimento central do pescoço é a camada superficial da fáscia cervical superficial e o limite posterior é a camada profunda da fáscia cervical profunda.
- b) Uma vez identificado os limites do esvaziamento, deve-se cuidadosamente remover todos os linfonodos suspeitos de comprometimento metastático.
- c) O limite inferior do compartimento central do pescoço é a fúrcula esternal.
- d) A extensão mínima desse esvaziamento deve conter os linfonodos prélaríngeos, prétraqueais e, ao menos os paratraqueais de um dos lados.

**64.** Com relação ao carcinoma anaplásico de tireoide é correto afirmar que:

- a) É uma neoplasia agressiva, com prognóstico reservado. A sobrevida média após o diagnóstico é de 2 a 3 semanas e a sobrevida em 1 ano é de cerca de 5%.
- b) Nos casos onde há forte suspeita para carcinoma anaplásico não devem ser submetidos a *core biopsy* nem a biopsia incisional.
- c) O tratamento cirúrgico com resseção completa e com margens amplas é o tratamento de escolha, mesmo nos casos onde sejam necessários ressecções carotídeas, esofágicas, da laringe e de coluna vertebral, por invasão direta da lesão.

d) A imunohistoquímica realizado no “cell block” da punção é muito importante para se obter o diagnóstico, sendo que apresenta fator de transcrição tireoidiana1 (TTF-1) ausente, PAX8 presente, Ki67 fortemente positivo e BRAF<sup>V600E</sup> positivo.

**65.** Com relação aos testes moleculares utilizados no diagnóstico de nódulos tireoidianos é correto afirmar que:

- a) As mutações genéticas de pior prognóstico são o MAPK e o P13K/AKT.
- b) Por apresentarem valores de sensibilidade e especificidade superiores ao da citologia isolada, tem utilidade para confirmar citologias classificadas pelo sistema de Bethesda como II e VI, quando a classificação ultrassonográfica TIRADS for discordante.
- c) Outra possível aplicação aos testes moleculares é quanto a determinação da extensão da tireoidectomia, por exemplo, mutação BRAF<sup>K601E</sup> estão associadas a variantes histológicas mais agressivas e, por isso, podem ajudar na decisão de optar-se por uma tireoidectomia total.
- d) As alterações genéticas mais frequentes no carcinoma bem diferenciado de tireoide são as mutações BRAF e RAS e, as translocações PAX8/PPAR $\gamma$  e RET/PTC.

**66.** Com relação ao manejo dos pacientes adultos com nódulos tireoidianos é correto afirmar que:

- a) Paciente com captação focal no PET-CT em nódulo, não deve ser puncionado caso as características ultrassonográficas desse nódulo não sejam suspeitas para malignidade.
- b) De acordo com o diretriz da Associação Americana de Tireoide, específico sobre o tema dessa questão, os nódulos maiores ou iguais a 0,5 cm, com alto grau de suspeição ultrassonográfica para malignidade, devem ser submetidos a estudo citológico.
- c) Um nódulo sólido hipoecogênico com margens regulares, sem microcalcificações e com sua altura maior do que a largura é um nódulo de suspeição intermediária para malignidade.
- d) Um paciente submetido a tireoidectomia total e radioiodoterapia por carcinoma papilífero será considerado como de excelente resposta pós-operatória se a investigação por imagem for negativa e tireoglobulina com TSH suprimido menor que 0,2 ng/mL ou uma tireoglobulina estimulada menor que 1,0 ng/mL.

67. Com relação ao carcinoma medular da tireoide (CMT) é correto afirmar que:

- a) Pacientes com neoplasias endócrinas múltiplas do tipo 2 (NEM 2), podem ser divididos em dois grupos, NEM2A e NEM2B, sendo que NEM2B é mais frequente e com melhor prognóstico.
- b) As mutações RET de pior prognóstico são A883F e C634F/G/R/S/W/Y. Já a mutação RET M918T é a de melhor prognóstico.
- c) Tomografias computadorizadas com contraste endovenoso de crânio, pescoço, tórax e abdome, juntamente com cintilografia óssea fazem parte do estadiamento de todos os pacientes com calcitonina sérica maior que 200 pg/mL.
- d) Pacientes com CMT sem evidência de metástases cervicais linfonodais ao ultrassom nem metástases a distância, devem ser submetidos a tireoidectomia total e esvaziamento cervical seletivo do nível VI.

68. O tratamento endoscópico dos tumores malignos envolvendo a base do crânio não tem indicação em qual situação?

- a) Envolvimento da placa pterigoidea
- b) Envolvimento de ambas as coanas
- c) Extensão lateral com envolvimento da órbita
- d) Envolvimento da dura mater da fossa craniana anterior

69. Homem de 56 anos com quadro clínico de obstrução nasal unilateral com epistaxe eventual, anosmia, cefaléia e dor na face. Em nasofibrosopia foi observada lesão na fossa nasal direita, sangrante e friável. A biopsia mostrou tratar-se de neuroblastoma olfatório. Ressonância magnética dos seios da face definiu lesão com ocupando toda a fossa nasal direita, com erosão da parede medial do seio maxilar e invadindo as células etmoidais anteriores e teto da fossa nasal com contato amplo e erosão da lâmina crivosa do etmoide. As órbitas estão livres e não parece haver invasão intracraniana.

O paciente é hígido sem comorbidades. A melhor das opções abaixo de tratamento para o caso é:

- a) Cirurgia endonasal para citoredução do tumor seguida de radio e quimioterapia
- b) Quimioterapia de indução seguida de radioterapia
- c) Rinotomia lateral com remoção do maior volume possível do tumor seguido de radioterapia
- d) Ressecção craniofacial anterior com acesso combinado para remoção com margens da lesão seguida de radio e quimioterapia.



70. Em relação aos tumores de órbita podemos afirmar?

- a) Cerca de 50% dos tumores são benignos
- b) O pseudotumor é a neoplasia benigna mais comum
- c) Os tumores malignos de glândula lacrimal representa 10 a 15% dos tumores
- d) A neoplasia maligna primária ocular mais comum em adulto é o melanoma de úvea

71. No que se refere aos paragangliomas vagais, dentre as alternativas abaixo, assinale a **INCORRETA**.

- a) Tradicionalmente, a ressecção cirúrgica tem sido a base do tratamento.
- b) Os achados clássicos na tomografia computadorizada (TC) incluem uma massa homogênea com realce intenso após a administração de contraste intravenoso. A localização do tumor, o deslocamento dos vasos principais e os padrões de envolvimento ou invasão das estruturas circundantes ajudam a diferenciar vários tipos de paragangliomas.
- c) A cintilografia com radioisótopos fornece uma modalidade de imagem não invasiva que é particularmente útil para auxiliar na identificação de doenças metastáticas. Os paragangliomas vagais apresentam alta densidade de receptores de somatostatina tipo 2 na superfície celular, por isso pode ser usado a cintilografia com octreotide.
- d) Os estudos de imagem apresentam achados clássicos dos paragangliomas e as biopsias aspirativas com agulha fina apresentam alto risco de complicações, portanto devem ser evitadas.

72. Em relação aos tumores de nervos e vasculares, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Os paragangliomas são agregados de células neurais do sistema nervoso simpático ou parassimpático que normalmente residem na adventícia dos vasos sanguíneos e nervos. Enquanto os paragangliomas simpáticos secretam catecolaminas e ocorrem mais comumente na medula adrenal, aqueles de origem parassimpática normalmente não secretam catecolaminas e ocorrem principalmente na região da cabeça e pescoço.
- b) Os paragangliomas geralmente ocorrem em pessoas muito jovens, são unifocais e histologicamente benignos.
- c) Aproximadamente 20% dos paragangliomas de cabeça e pescoço podem ser malignos, 30% são bilaterais ou múltiplos e 30% ocorrem em pacientes com história familiar de paragangliomas.
- d) Os paragangliomas do corpo carotídeo são os mais comuns e apresentam características típicas nos exames de imagens que é o deslocamento anterior dos ramos da carótida.

**73.** Paciente de 37 anos, sem comorbidades ou antecedentes de tabagismo e etilismo. Percebeu abaulamento progressivo do ramo mandibular a direita há 18 meses, sem dor ou alterações de mucosa oral. Na investigação foi submetida a uma radiografia panorâmica de mandíbula com achado de tumor odontogênico, sendo encaminhada para sua avaliação. Dentre as alternativas abaixo, assinale a **CORRETA**.

a) A displasia fibrosa é uma lesão óssea primária idiopática rara que se caracteriza pela substituição progressiva do osso medular por tecido fibroso isomórfico em proliferação e organizado ao acaso. As displasias fibrosas podem ser monostóticas ou poliestóticas (70%–75% dos casos).

b) A região da cabeça e pescoço não é um local comum para displasias fibrosas (<1%), mas quando presentes, elas envolvem mais comumente a mandíbula, maxila, osso frontal ou calvária. Essas lesões tendem a ser progressivas e causar sintomas por compressão de estruturas locais. A intervenção geralmente é necessária para controlar os sintomas ou por razões estéticas. Cerca de 20 % dessas lesões podem sofrer degeneração maligna.

c) Os tumores de células gigantes (TCG) surgem em adultos jovens e têm curso localmente agressivo, com alta taxa de recorrência após excisão incompleta. Uma pequena proporção desses tumores sofre degeneração maligna e metastatiza para locais distantes.

d) O ameloblastoma é o tumor mais comum que surge do epitélio odontogênico. É visto com mais frequência na mandíbula e a grande maioria é unicística.

**74.** Qual a forma mais assertiva para determinar a presença de metástases linfonodais em um paciente com diagnóstico confirmado de carcinoma de células escamosas de via aerodigestiva superior com pescoço clinicamente negativo?

a) Análise histopatológica de linfonodos removidos

b) Tomografia por emissão de pósitrons (PET TC)

c) Tomografia computadorizada do pescoço com contraste

d) Ultrassonografia com punção por agulha fina dos linfonodos

**75.** No estadiamento das metástases cervicais de tumores primários ocultos, quais os fatores prognósticos considerados essenciais, de acordo com a classificação de TNM pela AJCC 8ª edição são:

a) O nível linfonodal acometido

b) O grau de diferenciação histológica do tumor

c) O status p16/HPV e EBV

d) A presença de imunossupressão

**76.** Diante de um paciente com metástase cervical de carcinoma de células escamosas com tumor primário não identificado é correto afirmar que:

- a) O nível linfonodal cervical comprometido não tem correlação com o sítio do tumor primário
- b) Linfonodos císticos podem estar relacionados com tumores primários na orofaringe p16 positivos**
- c) A biópsia excisional do linfonodo metastático é conduta mandatória para o diagnóstico
- d) Biopsias múltiplas ao acaso devem ser realizadas antes do PET TC

**77.** Paciente feminina de 45 anos foi submetida a tireoidectomia total por carcinoma papilífero de 4 cm no lobo direito, associado a esvaziamento cervical seletivo do nível VI há 2 meses. Atualmente faz reposição oral de cálcio e vitamina D além de levo-tiroxina, sendo que esporadicamente apresenta parestesia nas mãos e pés. Com relação ao hipoparatiroidismo pós-operatório é correto afirmar que:

- a) A complicação pós-operatória que essa paciente apresenta é o hipoparatiroidismo definitivo.
- b) São fatores preditivos para hipoparatiroidismo pós tireoidectomias: procedimentos bilaterais, doenças tireoidianas auto-imunes como Lupus, esvaziamentos cervicais seletivos do nível VI e bócios volumosos.
- c) As tentativas em prever as chances de hipocalcemia pós-operatória, baseada nos níveis de PTH pós ressecção da tireoide falharam, estando contraindicado o seu uso.
- d) Pode-se suplementar cálcio associado ou não a calcitriol, de forma profilática, nos pacientes submetidos a tireoidectomias totais, podendo reduzir a hipocalcemia a cerca de 10%.**

**78.** Com relação aos pacientes com hiperparatiroidismo primário (HPTP) assintomático é correto afirmar que:

- a) Valor de cálcio total com 0,25 dg/ml acima do limite superior da normalidade é indicação de tratamento cirúrgico.
- b) Aparecimento de litíase renal durante o seguimento não é indicação de tratamento cirúrgico.
- c) Pacientes com hiperparatiroidismo normocalcêmico que não forem para a cirurgia devem ser monitorados com PTH e cálcio sérico anuais**
- d) Os pacientes com HPTP que não forem para o tratamento cirúrgico não devem receber suplementação de vitamina D, para evitar-se a piora na hipercalcemia.

**79.** Paciente feminina de 67 anos, apresenta insuficiência renal crônica, dialítica há 4 anos. Apresenta os seguintes exames laboratoriais:

	PTH	Ca T	Vit D	TFG	P
06-2023	1870	9,8	31	<15	5,1
01-2024	1950	9,9	28	<15	4,8

PTH - paratormônio - expresso em pg/ml, varia de 12 a 65 pg/ml.

Ca T - cálcio sérico total - expresso em mg/dl, varia de 8,8 a 10,2 mg/ml.

Vit D - 25-hidroxivitamina D - expressa em ng/ml.

TFG - taxa de filtração glomerular - expressa em ml/min.

P - fósforo sérico - expresso em mg/dl, varia de 2,3 a 4,6 mEq/L.

De junho de 2023 até janeiro de 2024 todas as medidas clínicas falharam em controlar o quadro. Qual o diagnóstico e o tratamento cirúrgico adequado.

- a) **Hiperparatireoidismo secundário a doença renal – Paratireoidectomia total com auto-implante.**
- b) Hiperparatireoidismo secundário a doença renal – Paratireoidectomia total sem auto-implante.
- c) Hiperparatireoidismo secundário – Paratireoidectomia sub-total com auto-implante pré-esternal.
- d) Hiperparatireoidismo secundário – Paratireoidectomia sub-total com auto-implante no ante-braço.

**80.** Com relação ao hiperparatireoidismo primário é correto afirmar que:

- a) Nos casos de diagnóstico duvidoso, com resultados de cálcio e PTH séricos limítrofes, é obrigatório a utilização de cintilografia das glândulas paratireoides com SESTAMIBI-TECNECIO SPECT-CT de alta definição, com o intuito de melhorar a acurácia diagnóstica.
- b) A tomografia 4D é o melhor método localizador, sendo o exame de escolha para iniciar a preparação pré-operatória, evitando assim outros exames desnecessários.
- c) A exploração cirúrgica cervical bilateral é um método atualmente abandonado, devido a melhora nos métodos diagnósticos e por sua alta morbidade.
- d) **A técnica dita minimamente invasiva não tem relação ao tamanho da incisão, tão pouco tem relação com o uso de endoscópios ou se a cirurgia é aberta. Refere-se a ressecção de um adenoma previamente identificado nos exames de imagem e o uso de PTH intra-operatório.**

## SEGUNDA FASE – PROVA TEÓRICO-PRÁTICA

1. Paciente de 56 anos, feminina, há 4 meses com lesão em boca. Não apresenta comorbidades, nega tabagismo e refere etilismo de cerveja aos fins de semana. Antecedente familiar de pai com ca de reto.  
Ao Exame Físico: ECOG 0,

Oroscopia: lesão de borda lateral esquerda de língua com extensão ao assoalho de boca de 3 cm de maior dimensão, com aspecto vegetante e pouco infiltrativo  
Pescoço sem linfonodomegalias. Nasofibrosopia sem alterações.



Quais os exames de investigação?

**Biópsia incisional e anátomo patológico**  
**TC de pescoço**  
**Rx tórax**

Anátomo Patológico: Carcinoma de células escamosas invasivo, moderadamente diferenciado

TC de face e pescoço- extensa lesão ocupando os 2/3 posteriores da língua oral a esquerda, com cerca 36 x 28 mm, com realce pelo meio de contraste. Não se evidencia adenomegalias suspeitas.

01/2024- RX de tórax- sem anormalidades

Qual o diagnóstico clínico, estadiamento pela AJCC 8ª edição?

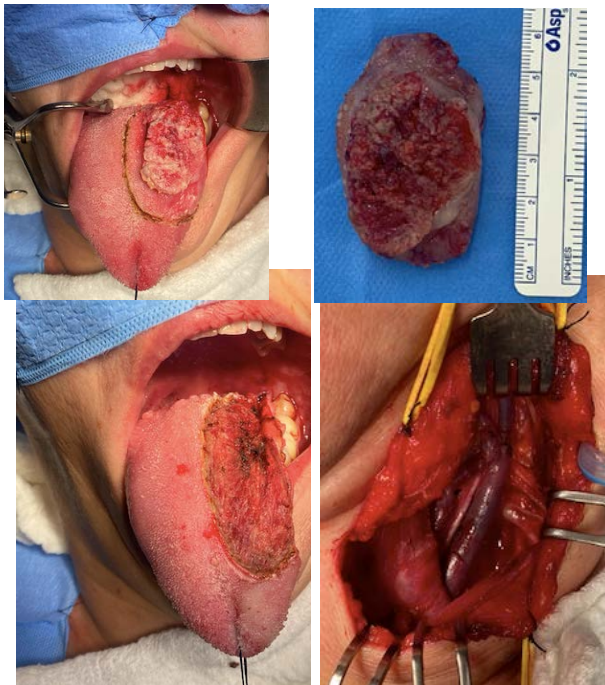
**CEC de língua, cT2N0M0**



Qual a proposta de ressecção e reconstrução para o tumor primário e quais alternativas de conduta para o pescoço e reconstrução? Qual conduta quanto a alimentação pós operatória e traqueostomia?

Primário: proposta de ressecção cirúrgica como primeira opção. Radioterapia na recusa de cirurgia. Reconstrução com fechamento primário  
Pescoço: esvaziamento cervical eletivo e seletivo de níveis I a III direito ipsilateral ou pesquisa de linfonodo sentinela  
Passagem de SNE e sem traqueostomia

Após pelviglossectomia e fechamento primário e esvaziamento cervical níveis I a III esquerdo apresenta o seguinte anátomo patológico



### **Microscopia**

#### **1 Produto de pelveglossectomia à esquerda**

\* Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, ceratinizante, invasivo.

. Medidas da neoplasia:

Extensão lateral: 3,6 x 3,0 cm.

Profundidade máxima de infiltração: 6,0 mm.

. Infiltração de musculatura esquelética: presente extensa.

. Infiltração de glândulas salivares menores: ausente.

. Infiltração de outras estruturas: ausente

. Reação desmoplásica intratumoral: ausente.

. Infiltrado inflamatório associado ao tumor: presente, acentuado.

. Invasão vascular sanguínea: ausente.

. Invasão vascular linfática: ausente.

. Invasão neural: ausente.

\* Componente *in situ* associado: presente.

\* Margens cirúrgicas da peça (1ª a 5ª congelações):

Margem anterior: livre de neoplasia.

Margem lateral: livre de neoplasia.

Margem posterior: livre de neoplasia

Margem medial: livre de neoplasia.

Margem profunda: livre de neoplasia.

#### **2 Esvaziamento cervical à esquerda, níveis IA e IB à esquerda**

\* Foram examinados 4 linfonodos, todos livres de neoplasia (0/4).

\* Glândula submandibular livre de neoplasia.

#### **3 Esvaziamento cervical à esquerda, níveis II e III à esquerda**

\* Foram examinados 12 linfonodos, todos livres de neoplasia (0/12).

Estadiamento patológico (TNM 8ª edição): pT2 pN0.

- submetida a PG com ESOH a E por CEC, pT2N0. Margens livres, com profundidade de invasão 6 mm e tipo de infiltração 2 (WPOI 2).

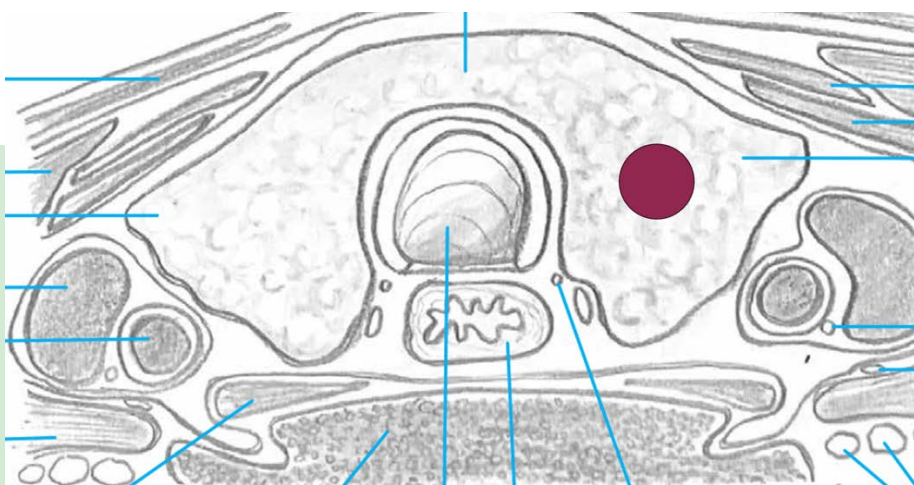
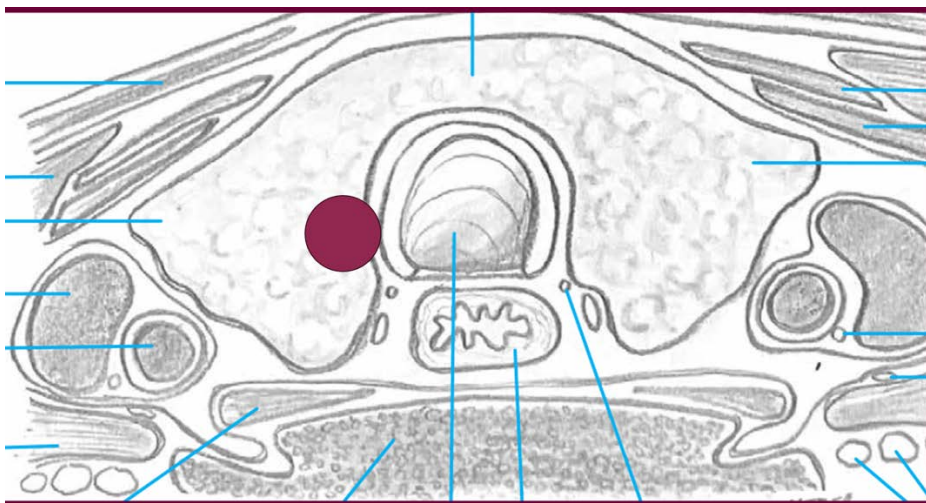
Qual a conduta de adjuvância?

**Sem adjuvância**

2. Os microcarcinomas da tireoide podem ser abordados de diferentes formas de acordo com sua apresentação clínica, características de localização e características de cada paciente. As condutas utilizadas podem ser tireoidectomia total, tireoidectomia parcial, termo ablação e vigilância ativa.

Imagine uma paciente do sexo feminino de 29 anos de idade, hígida e assintomática que recebe o diagnóstico de um carcinoma papilífero unicêntrico da tireoide.

Observe as duas situações abaixo e, para cada uma delas, indique duas opções de tratamento e justifique cada uma.



#### FIGURA 1 – RESPOSTAS ESPERADAS

A figura referente ao caso mostra um tumor localizado na face medial do lobo tireoidiano, junto à capsula tireoidiana e com aparente contato com a traqueia. Sendo uma lesão maligna nesta topografia há contraindicação formal para vigilância ativa ou para procedimentos de ablação pela posição desfavorável na qual a lesão pode invadir a traqueia e o nervo recorrente se não for tratada e, se for indicada ablação, pode haver lesão do nervo recorrente.

As duas opções terapêuticas, portanto, seriam tireoidectomia total ou lobectomia com istmectomia (tireoidectomia parcial) pois ambas podem ser realizadas em tumores abaixo de 1,0cm, classificados como microcarcinomas.

#### FIGURA 2 – RESPOSTAS ESPERADAS

A figura referente ao caso mostra um tumor localizado no interior do lobo tireoidiano, sem contato com a capsula tireoidiana e longe de áreas desfavoráveis, como o sulco traqueoesofágico. Sendo uma lesão maligna nesta topografia, poderia ser submetida a vigilância ativa ou a procedimentos de ablação pela posição favorável.

Na ausência de expertise ou aceitação destas condutas há as opções terapêuticas tireoidectomia total ou lobectomia com istmectomia (tireoidectomia parcial) pois ambas podem ser realizadas em tumores abaixo de 1,0cm, classificados como microcarcinomas.

**3.** Trace um paralelo entre as condutas possíveis nos carcinomas epidermóides da orofaringe, levando em consideração a positividade ou negatividade do marcador p16, o estadiamento clínico (no contexto de um paciente que não possua contraindicações nem para o tratamento cirúrgico nem para o tratamento com radio e quimioterapia), justificando cada conduta sugerida.

#### RESPOSTAS ESPERADAS

Os carcinomas epidermóides da orofaringe necessitam da avaliação da positividade ou negatividade do marcador p16 (relação com o HPV) para serem estadiados de forma adequada.

Nas situações em que o tumor é positivo para o p16 o tratamento com radio e quimioterapia pode ser utilizado com taxas de sucesso consideráveis.

Nos casos em que o tumor é negativo para o p16, a depender do estadiamento o tratamento pode ser cirurgia seguido de radio e quimioterapia (principalmente para as lesões primárias maiores, mas ainda operáveis e para os casos N positivos, principalmente com maior massa linfonodal). A negatividade para o p16 não contra indica o tratamento com radio e quimioterapia mas os resultados esperados são menos favoráveis do que nos casos p16 positivos.

Pode-se, ainda, de forma menos ortodoxa, em casos selecionados, indicar o tratamento do pescoço com esvaziamento cervical, principalmente quando há maior massa linfonodal e tumores primários menores, seguido de radio e quimioterapia para o tumor primário e4. leito do esvaziamento cervical

4. Paciente feminina, 62 anos, natural de procedente de SP.

Essa paciente o (a) procura oriunda de colega endocrinologista, sem queixas cervicais e com os seguintes exames:

Resultados								
Item	16/06/2023 09:28	16/06/23 09:00	24/02/23 10:40	24/02/23 10:24	17/01/23 08:43	30/08/22 10:10	19/08/22 12:07	Unidade de Medida
Albumina	---	<u>4,7</u>	---	<u>4,9</u>	---	---	---	g/dL
Cálcio Iônico	---	<u>1,43</u>	---	---	---	---	---	mmol/L
Fósforo	---	<u>3,5</u>	---	<u>2,9</u>	---	---	---	mg/dL
Magnésio	---	<u>1,9</u>	<u>2,2</u>	---	---	---	---	mEq/L
Hemoglobina Glicada	---	<u>6,1</u>	<u>6,5</u>	---	<u>6,7</u>	---	<u>6,2</u>	%
25 OH - Vitamina D Total	---	<u>45</u>	<u>34</u>	---	---	---	<u>31</u>	ng/mL
<b>PTH - PARATORMONIO</b>								
PTH	---	<u>66,7</u>	---	<u>82,7</u>	---	---	---	pg/mL
Cálcio	---	<u>11</u>	---	<u>11</u>	---	---	---	mg/dL
Fosfatase Alcalina	---	<u>78</u>	<u>92</u>	---	---	---	<u>113</u>	U/L



## DENSITOMETRIA ÓSSEA DO CORPO TOTAL (DXA- AVALIAÇÃO DE COMPOSIÇÃO CORPORAL)

Os valores obtidos encontram-se nas imagens anexas.

Foi utilizado para fins diagnósticos o **T-score**.

### RESULTADOS:

**Densidade mineral óssea: Osteoporose.**

**IMC: normal.**

**Gordura corporal total: 44,5%**

**Índice de gordura corporal (FMI): acima do esperado para idade e gênero (sobrepeso).**

**Índice de Baumgartner (RSMI): abaixo do esperado para idade e gênero.**

**Índice de massa magra (LMI): normal.**

**Índice A/G:1,28.**

**VAT:1.075 cm<sup>3</sup> (1.015 g).**

**Taxa Metabólica Basal (Harris-Benedict): 1.271 cal/dia.**

Resultados								
Item	16/06/2023 09:28	16/06/23 09:00	24/02/23 10:40	24/02/23 10:24	17/01/23 08:43	30/08/22 10:10	19/08/22 12:07	Unidade de Medida
<b>CALCIO - URINA 24 H</b>								
Calcio na Urina 24h	<u>341</u>	---	---	<u>423</u>	---	---	---	mg/24 h
Volume	<u>3100</u>	---	---	<u>2780</u>	---	---	---	mL
Dens	<u>1005</u>	---	---	<u>1005*</u>	---	---	---	1015 a 1025
<b>FOSFORO - URINA 24 H</b>								
Fósforo na Urina 24h	<u>610,7</u>	---	---	---	---	---	---	400 a 1300 mg/24 h
Volume	<u>3100</u>	---	---	---	---	---	---	mL
Dens	<u>1005</u>	---	---	---	---	---	---	1015 a 1025

História mórbida pregressa – Diabetes  
Função renal normal.  
Peso – 60 Kg

A – Qual o diagnóstico?

**Resposta – Hiperparatireoidismo primário.**

B – Qual a conduta terapêutica?

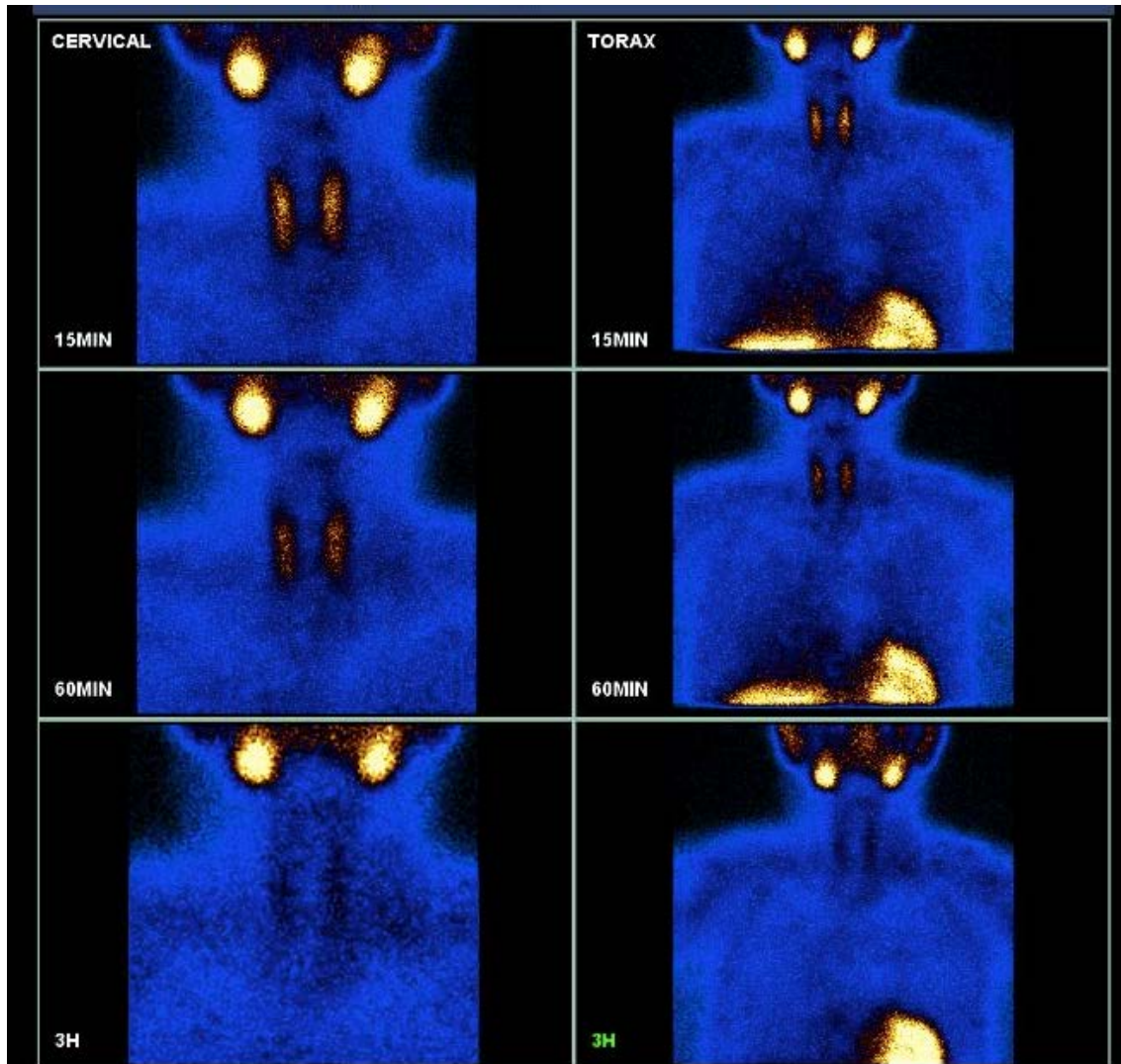
**Resposta – tratamento cirúrgico.**

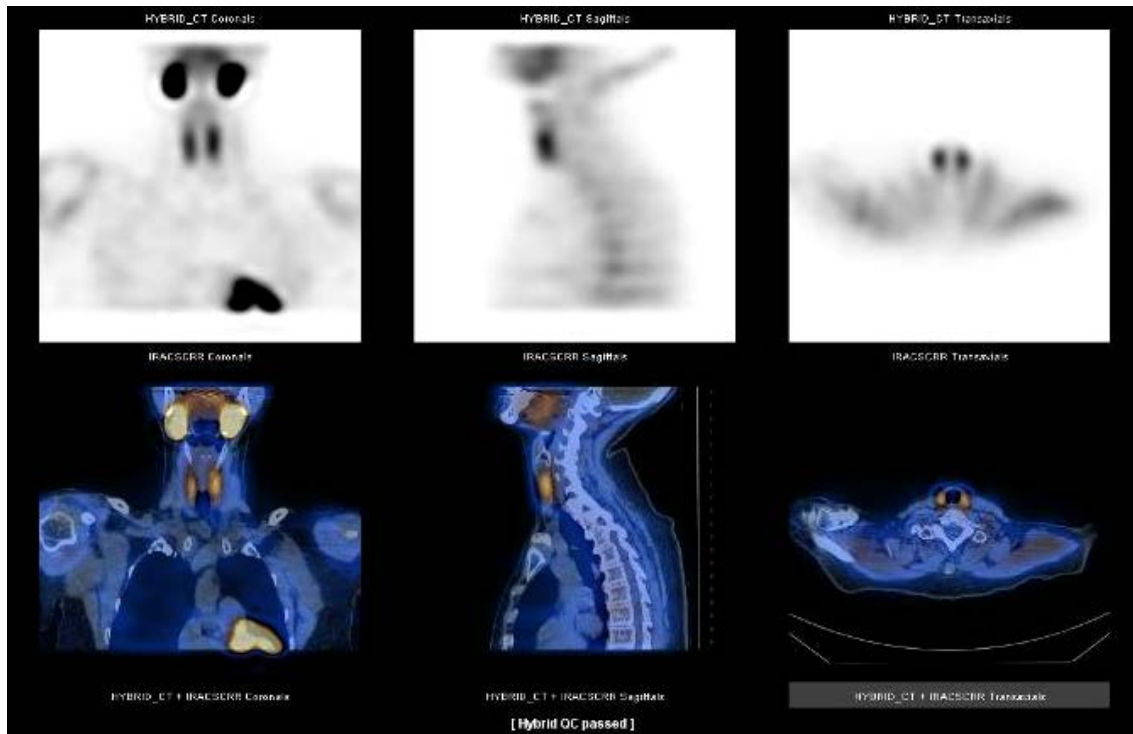
C – Que exames localizatórios você solicitaria?

**Resposta – ultrassonografia cervical**

**- cintilografia das paratireóides (MIBI, MIBI PLANAR, MIBI SPECT, MIBI SPECT-CT).**

D





## CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES

**Indicador:** *<sup>99m</sup>Tc- MIBI (isonitrila)*

**Projeções:** *imagens planares e tomográficas (SPECT); fusão de imagens anatômicas(TC) e metabólicas (MN)*

**Tempos :** *imediate e tardio (3 horas)*

### RELATÓRIO:

As cintilografias da região cervical anterior e do mediastino superior revelam predominância de concentração do indicador na glândula tireoide, com distribuição homogênea em ambos os lobos.

As imagens tardias não demonstram concentração residual significativa do traçador na projeção dos lobos tireoidianos.

**INTERPRETAÇÃO:** **Ausência de sinais da ocorrência de tecido paratireoidiano hiperplásico ou de adenomas das paratireoides detectáveis pelo presente método.**

## ULTRASSONOGRAFIA DA TIREOIDE COM DOPPLER

Tireoide tóxica, de dimensões reduzidas, com morfologia normal e contornos regulares.

A ecotextura parenquimatosa finamente heterogênea, sem caracterização de nódulos.

Nota-se vascularização habitual do parênquima ao Doppler colorido.

**Glândulas paratireóides não caracterizados pelo método (achado habitual). Não há massas / coleções na topografia correspondente.**

### Biometria glandular:

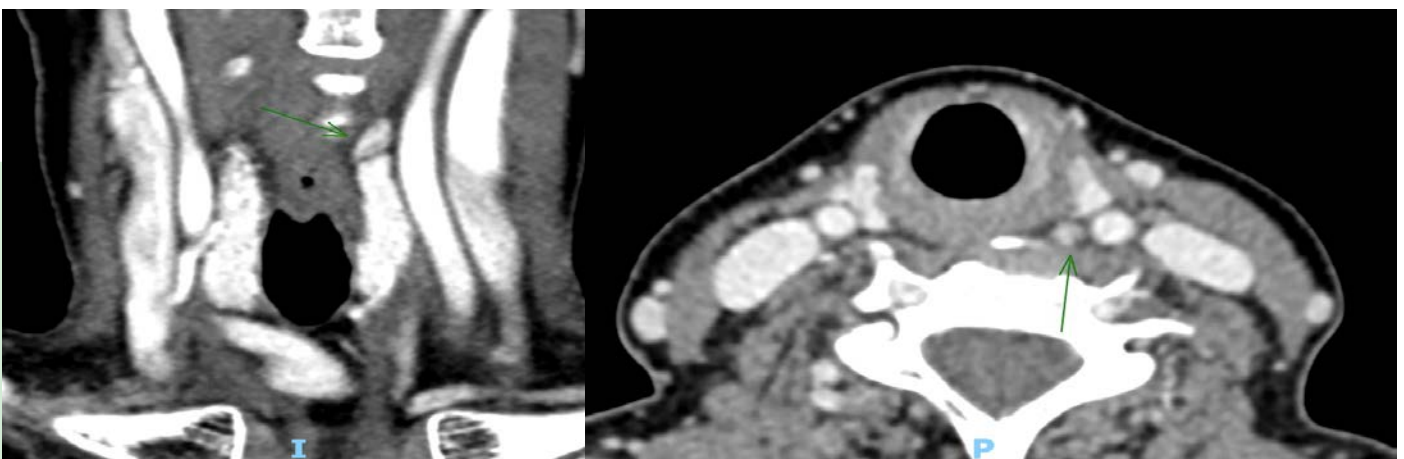
- Lobo direito: 1,2 x 2,9 x 0,7 cm, volume estimado em 1,3 ml.
- Lobo esquerdo: 1,3 x 3,8 x 1,0 cm, volume estimado em 2,8 ml.
- Istmo: 0,2 cm de espessura.
- Volume glandular estimado em: 4,3 ml.

Ausência de linfonodomegalias cervicais.

Diante desses achados, qual outro exame localizatório é útil?

**Resposta – Tomografia cervical 4D (protocolo de paratireóide).  
- Ressonância Magnética do pescoço (50% dessa questão)**

E –





## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO COM PROTOCOLO 4D - PARATIREOIDES

### TÉCNICA:

**Método:** helicoidal – *multislice*. **Colimação:** 0,5 mm, reconstruções multiplanares.  
**Contraste:** EV (fases arterial e venosa)

### INDICAÇÃO:

Avaliação das paratireoides.

### ANÁLISE:

Glândula tireoide de dimensões discretamente reduzidas, com parênquima heterogêneo, achados mais bem caracterizados por ultrassonografia recente.

Presença de formação nodular com cerca de 1,0 x 0,6 x 0,4cm (CC x LL x AP) localizada posteriormente junto ao polo superior do lobo tireoidiano esquerdo, que apresenta atenuação um pouco menor que a do parênquima tireoidiano na sequência pré-contraste, com maior realce na sequência arterial e com menor realce na sequência tardia (venosa). Este achado, em correlação com a ultrassonografia da mesma data, é compatível com glândula paratireoide aumentada, a ser correlacionado com dados de exames laboratoriais.

Diante desses achados, qual a técnica cirúrgica que você escolheria.

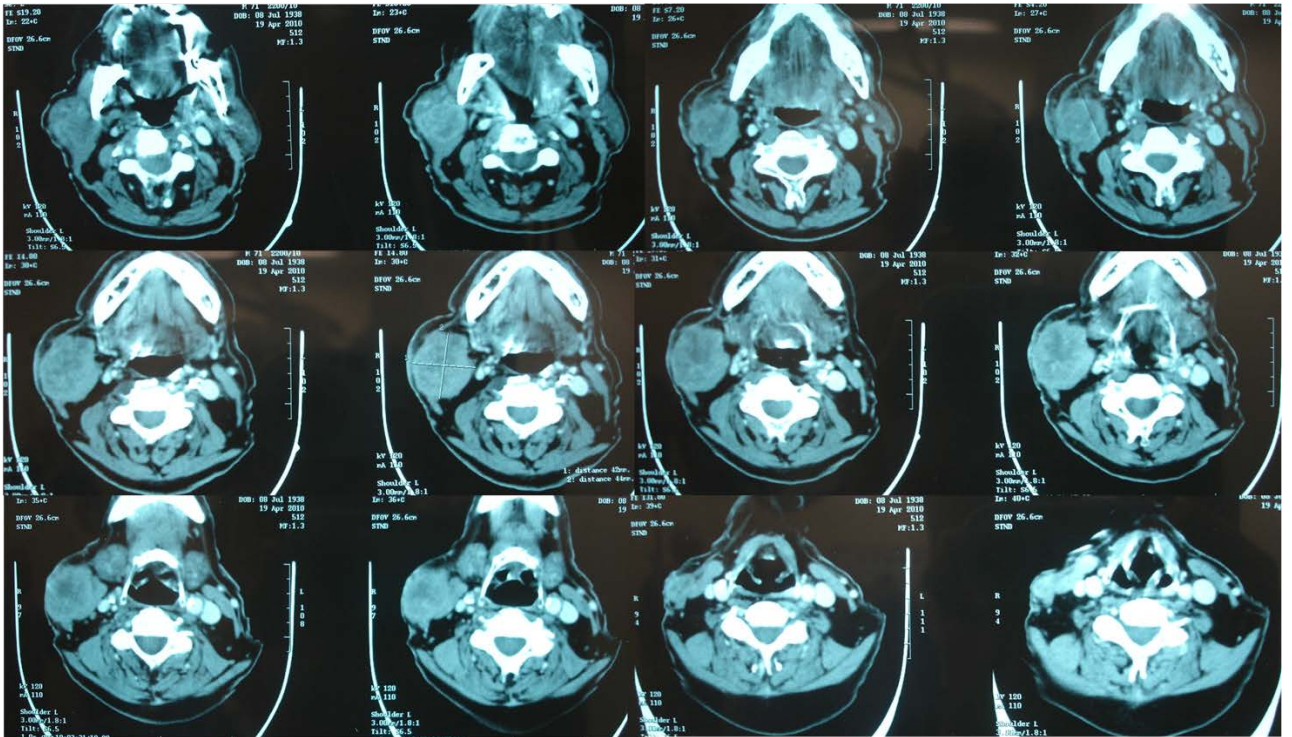
**Resposta – Paratireoidectomia minimamente invasiva com o emprego de PTH intra-operatório (rápido).**

**- Paratireoidectomia convencional (exploração bilateral) com ou sem PTH intra-operatório (rápido).**

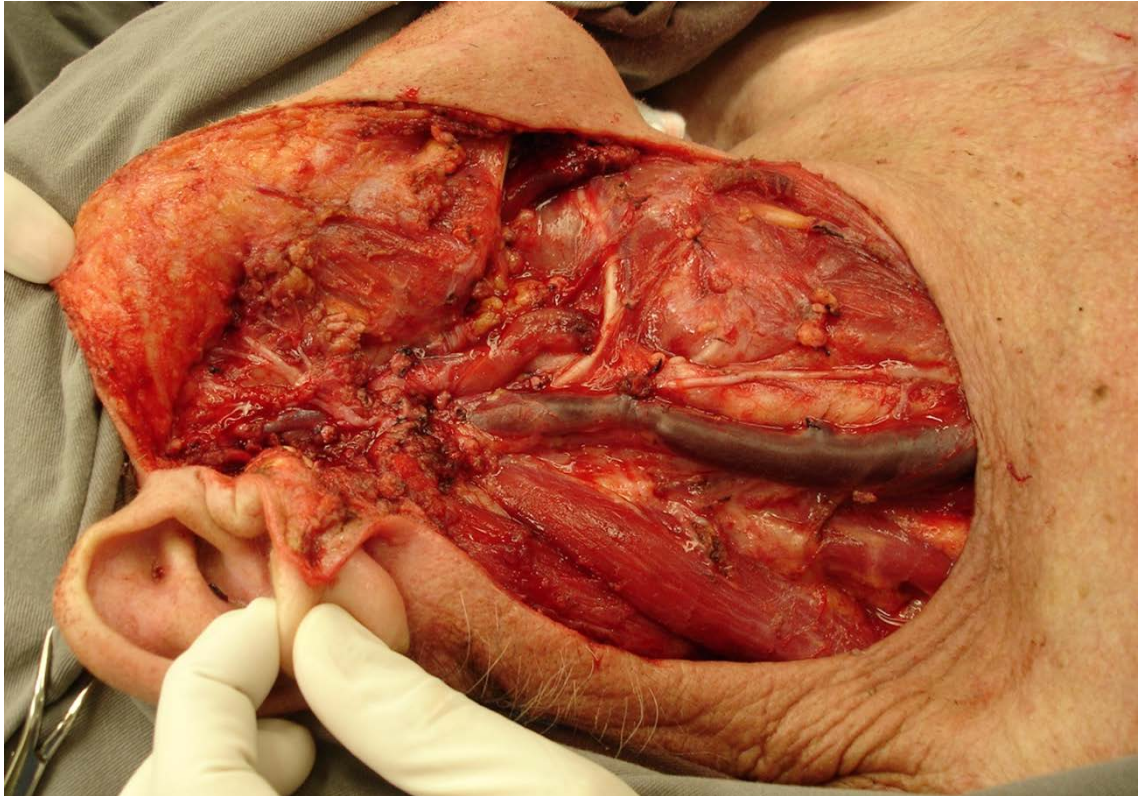
**(ambas respostas são corretas)**

**5.** Paciente de 62 anos, sexo masculino foi tratado com quimio e radioterapia concomitantes por um carcinoma epidermóide de sítio primário oculto. Retorna com a cirurgia de cabeça e pescoço com 2 meses de término de tratamento apresentando no exame físico persistência de doença linfonodal no pescoço a direita com massa de 6 cm envolvendo níveis II e III, aderida a pele com hiperemia, móvel.

Realizou a tomografia computadorizada abaixo e a massa apresenta captação significativa no PET-CT.



- a) Qual a conduta mais indicada nesse momento? Seja o mais específico possível com as informações disponíveis.  
**Tratamento cirúrgico de resgate com esvaziamento cervical radical ampliado para a pele, com sacrifício do músculo esternocleidomastoideo e parotidectomia**
- b) Foi indicada cirurgia de resgate. A fotografia abaixo mostra o campo cirúrgico ao término da ressecção. Quais estruturas foram ressecadas no esvaziamento cervical além do preconizado na técnica padrão?



c)

Resposta: pele, músculo esternocleidomastoideo, nervo acessório, músculo digástrico, divisão inferior do nervo facial, parótida

- d) Qual a nomenclatura correta para o esvaziamento cervical realizado?  
Esvaziamento cervical radical ampliado
- e) Descreva brevemente a classificação dos esvaziamentos cervicais.
- Terapêuticos: radical clássico (sacrifício ECM, VJI, n. acessório), radical ampliado (ressecção de estruturas adicionais) e radical modificado tipo 1 (preserva nervo acessório), 2 (preserva acessório e ECM) e 3 (preserva as 3 estruturas)
  - Seletivos: realizados eletivamente de acordo com o sítio primário do tumor. I-III para boca, II-IV para laringe, I a IV para orofaringe