

**PROVA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E
PESCOÇO 2025**

PRIMEIRA FASE – PROVA DE MÚLTIPLA ESCOLHA

1. Sobre a fossa pterigo-palatina, selecione a alternativa correta.

- a) **É pequena, se comunica com a fossa infratemporal, cavidade orbitária e parede lateral da cavidade nasal**
- b) É atravessada pela primeira porção da artéria maxilar
- c) O nervo oftálmico (V1) sai da fossa craniana média e entra na fossa pterigopalatina pelo forame redondo
- d) É localizada lateralmente a fossa infratemporal

2. Sobre as características anatômicas que contribuem com a disseminação das infecções cervicais, selecione a alternativa correta.

- a) **As infecções odontogênicas originadas nos terceiros molares inferiores podem se disseminar diretamente para o espaço submandibular devido a relação da raiz desses dentes com a linha milo-hioidea da mandíbula**
- b) Uma importante via de disseminação para o mediastino anterior é entre a fascia cervical superficial e a lâmina superficial da fascia cervical profunda
- c) A fascia cervical superficial é a mais importante do ponto de vista clínico para a disseminação das infecções, uma vez que ela se divide em 3 lâminas, gerando espaços entre elas
- d) A bainha carótidea é uma importante via de propagação por apresentar comunicação direta do espaço parafaríngeo com o mediastino posterior

3. Sobre os nervos cranianos (NC), selecione a alternativa correta.

- A) **O NC V é o principal nervo sensitivo geral da cabeça e sua terceira divisão (V3) também inerva os músculos da mastigação**
- B) O NC VII sai do crânio através do forame estilomastóideo e é um nervo exclusivamente motor
- C) O NC IX sai do crânio através do forame oval e sua lesão gera perda completa da sensibilidade gustatória
- D) O NC XII é um nervo misto e na sua função motora inerva todos os músculos extrínsecos da língua

4. Sobre a glândula tireoide, selecione a alternativa correta.

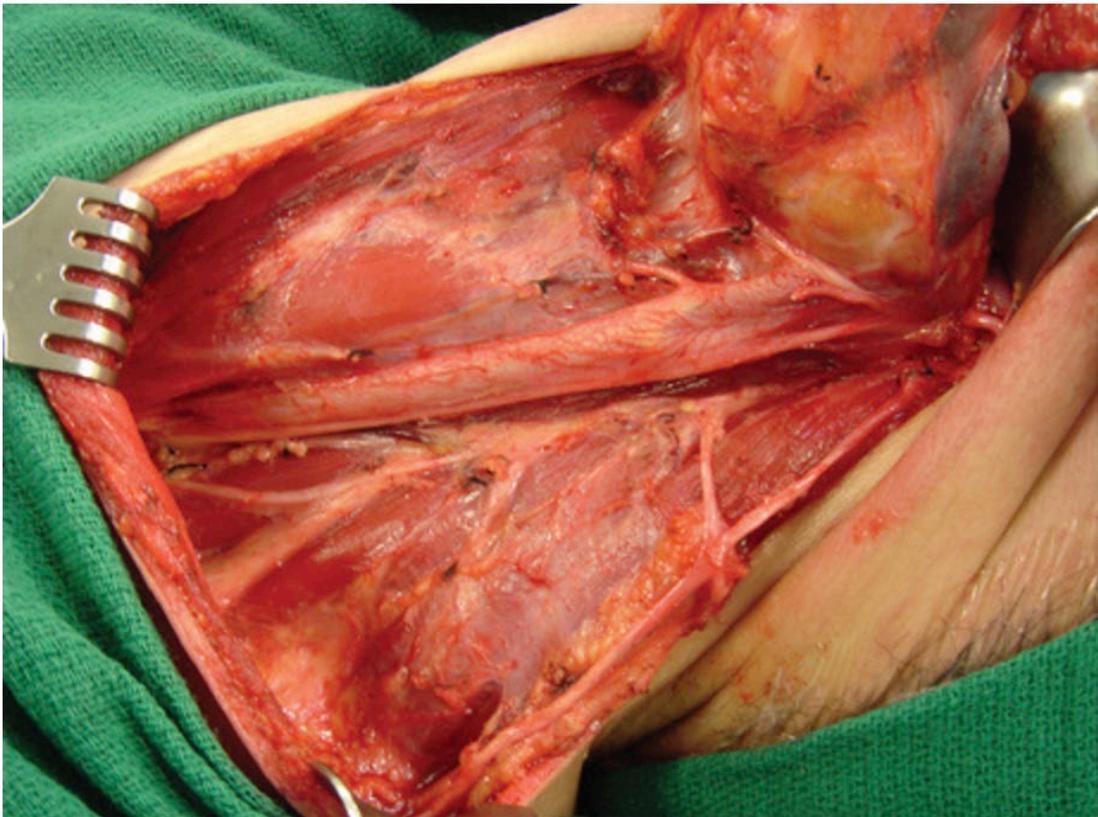
- a) **sua vascularização arterial se dá a partir de ramos das artérias carótidas externas e subclávias**
- b) é recoberta pelos músculos esternotireoideo e tireo-hioideo

- c) é inervada pelo nervo laríngeo inferior
- d) localiza-se no pescoço no nível das vértebras C2 e C3

5. Sobre anatomia cirúrgica da glândula submandibular, selecione a alternativa correta.

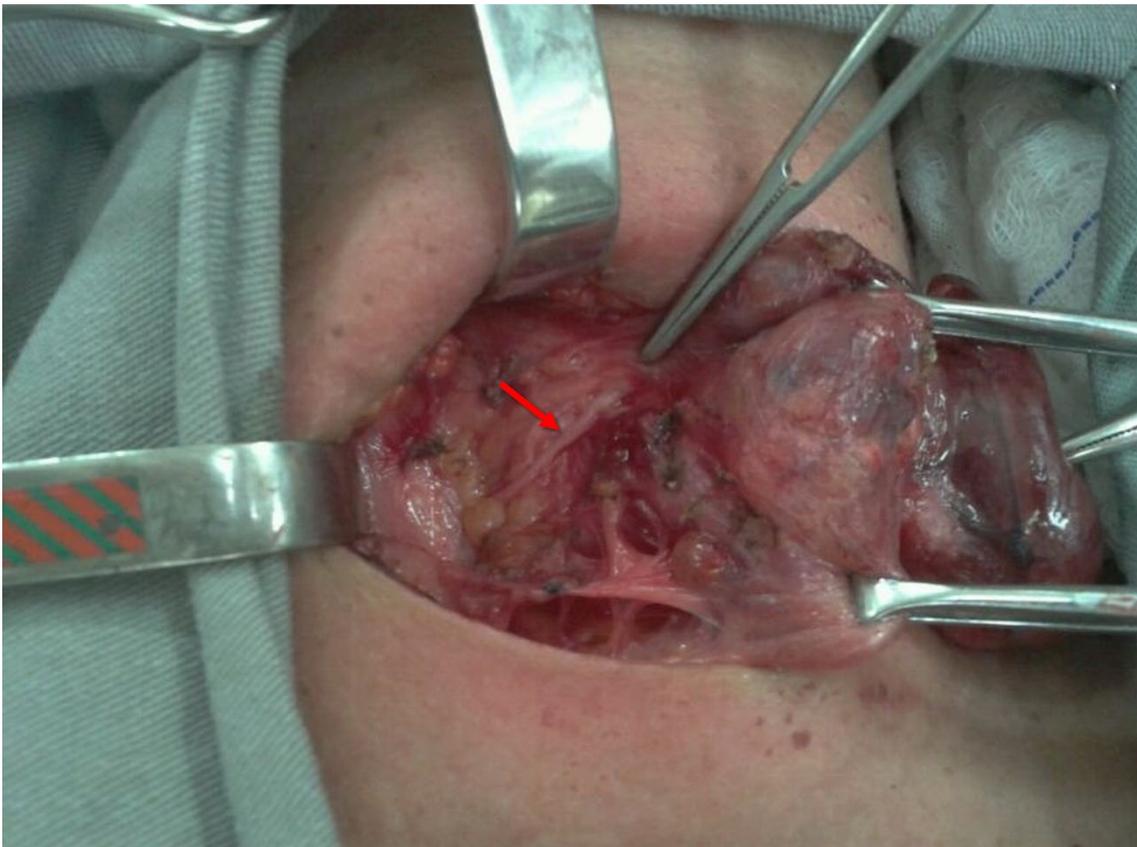
- a) O ducto de Wharton tem trajeto ascendente e profundo ao nervo lingual
- b) A incisão deve ser feita em uma prega cutânea na altura da base da mandíbula
- c) O nervo hipoglosso está localizado superficialmente ao ducto de Wharton e deve ser preservado
- d) O ducto de Wharton deve ser ligado na altura do músculo milo-hióideo

6. A imagem abaixo é do livro “Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology” e mostra uma etapa cirúrgica de um esvaziamento cervical. Sobre anatomia ilustrada na imagem, selecione a alternativa correta.



- a) O músculo esternocleidomastoideo foi sacrificado, junto com a veia jugular interna
- b) O nervo frênico está preservado e em sua posição anatômica habitual, sobre o músculo escaleno médio
- c) O nervo espinal está visível em toda sua extensão: da origem no forame oval até a entrada no músculo trapézio
- d) O plexo braquial não está visível na imagem

7. A imagem abaixo representa um campo cirúrgico durante tireoidectomia com todas as estruturas preservadas. Identifique a estrutura anatômica apontada com a seta.



- a) **Nervo laríngeo inferior não recorrente**
- b) Nervo laríngeo superior
- c) Artéria tireóidea inferior
- d) Artéria tireóidea imã

8. Qual das afirmações sobre a cartilagem cricóidea está correta?

- a) **A cartilagem cricóidea possui duas facetas articulares: uma na face superolateral para articulação com a base da cartilagem aritenóidea e outra na face lateral para articulação com o corno inferior da cartilagem tireóidea.**
- b) A cartilagem cricóidea é a maior das cartilagens laríngeas, com formato característico de "escudo".
- c) A cartilagem cricóidea apresenta três facetas articulares para conexão simultânea com a cartilagem epiglótica, aritenóidea e tireóidea.
- d) A cartilagem cricóidea é composta exclusivamente por tecido fibroso e não possui elementos cartilagosos.

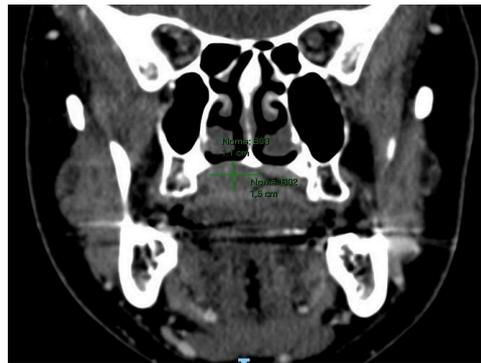
9. Qual lesão cancerizável de cavidade oral estar relacionada ao uso do areca, componente do betel?

- a) Leucoplasia
- b) Eritroplasia
- c) **Fibrose submucosa**
- d) Quelite actínica

10. Quais das lesões cancerizáveis abaixo tem sua etiologia relacionada a fatores imunológicos?

- a) Eritroplasia e quelite actínica
- b) Leucoplasia e Fibrose submucosa
- c) **Fibrose submucosa e líquem plano**
- d) Líquem plano e quelite actínica

11. Mulher, 51 anos, com lesão nodular em palato duro (Figura1). A tomografia computadorizada descreve uma lesão com 22x15x12mm sem plano de clivagem com o osso do soalho da fossa nasal (Figura 2) sem linfonomegalias suspeitas. A biópsia incisional demonstrou um carcinoma secretório de glândula salivar menor de baixo grau. Diante do exposto qual o melhor conduta terapêutica do?



- a) Ressecção local, esvaziamento cervical I a III bilateral e cicatrização por segunda intenção da área ressecada
- b) Ressecção local + enxerto livre área de ressecção + radioterapia
- c) Ressecção de infraestrutura com esvaziamento I a III direita + fechamento com prótese obturadora + radioterapia
- d) **Ressecção de infraestrutura + fechamento com retalho microcirúrgico chinês**

12. Paciente 36 anos, masculino, com lesão em bordo direito de língua oral, com biópsia de carcinoma escamo celular (CEC), foi submetido a tratamento cirúrgico com ressecção da lesão com cicatrização por segunda intenção e esvaziamento cervical seletivo(níveis I-III). Estudo histopatológico evidenciou um CEC com 1,4x0,8cm, com 5mm de DOE, com ausência de metástase em 23 linfonodos dissecados. Mas com margem profunda comprometida, sem invasão linfovascular ou perineural. Diante do resultado histopatológico qual a conduta a seguir?

- a) Seguimento oncológico a cada 3 ou 4 meses com exames de imagem.
- b) Radioterapia adjuvante
- c) Radioterapia + Cemiplimabe

d) Ampliação de margem cirúrgica na língua

13. Qual das seguintes abordagens é recomendada para o tratamento locoregional do carcinoma espinocelular do lábio de linha média com invasão óssea de medular da mandíbula e pescoço negativo radiologicamente?

- a) Ressecção local de partes moles com amplas margens, esvaziamento cervical bilateral e radioterapia adjuvante
- b) **Ressecção cirúrgica com margens adequadas, esvaziamento cervical bilateral, reconstrução óssea se possível, seguido de radioterapia adjuvante**
- c) Na impossibilidade de reconstrução óssea, realizar quimio e radioterapia concomitantes como tratamento primário
- d) Quimioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia preservando o osso e radioterapia adjuvante

14. Paciente jovem, diabético insulino-dependente, sem outras comorbidades procura o pronto atendimento com queixa de dor na região submandibular direita, inchaço no pescoço do mesmo lado, dificuldade para deglutir e abrir a boca associado a dificuldade para respirar quando deita, que iniciou há três dias. Apresenta-se prostrado, febril, dor intensa na região do aumento de volume que inclui ambas as regiões submandibulares e submentoniana até o nível da fúrcula esternal, associado a trismo. Hemograma com leucocitose acentuada com desvio a esquerda. O provável diagnóstico é angina de Ludwig. Dos exames listados abaixo qual o mais útil para definição da conduta?

- a) Ultrassonografia do pescoço com Doppler
- b) Tomografia computadorizada do pescoço com contraste.
- c) **Tomografia computadorizada do pescoço e do tórax com contraste**
- d) Tomografia cone beam da arcada dentária

15. Qual das seguintes espaços cervicais quando acometidos por infecção costumam evoluir com trismo?

- a) Espaço parotídeo
- b) Espaço retrofaríngeo
- c) **espaço pré-estilóide**
- d) espaço submandibular

16. Sobre os possíveis achados durante o exame físico da região da cabeça e pescoço, selecione a alternativa correta.

- a) **A plethora facial durante elevação dos membros superiores acima da cabeça por um minuto sugere bócio mergulhante**
- b) Um nódulo de 3 cm em nível II com mobilidade vertical e não lateral levanta a suspeita de paraganglioma carotídeo
- c) A presença do sinal de Chvostek positivo indica hipercalcemia
- d) O desvio da língua para o lado direito durante protrusão indica lesão no nervo hipoglosso contralateral

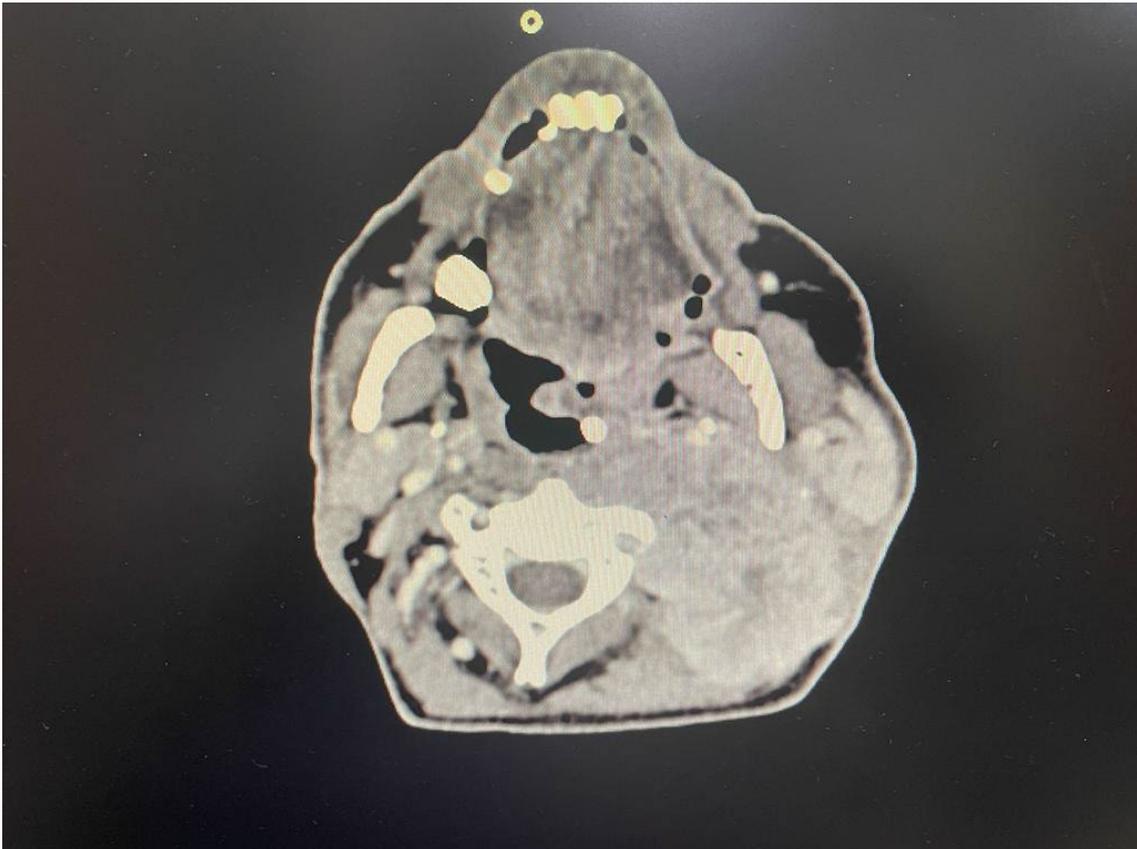
17. Paciente do sexo masculino de 62 anos, queixa-se de disfonia. Tem antecedente de tabagismo 40 anos/maço e etilismo social (2 latas cerveja por dia aos finais de semana). Realizou a laringoscopia abaixo. Selecione o diagnóstico mais provável.

VIDEO: LARINGOSCOPIA PTE 25 – VIDE ARQUIVO ANEXO



- a) Edema de Reinke
- b) Pseudocisto submucoso bilateral
- c) Pólipo mucoso
- d) Edema actínico difuso

18. Paciente com carcinoma epidermóide de orofaringe, realizou a tomografia computadorizada abaixo para estadiamento. Selecione a alternativa correta sobre os achados da imagem.



- a) Existe uma confluência entre o tumor primário e a metástase cervical com envolvimento da artéria carótida interna, associado a sinais de acometimento cutâneo
- b) A metástase cervical é volumosa e apresenta íntimo contato com fáscia pré-vertebral e pele, mas não apresenta critérios de irressecabilidade
- c) Há sinais de invasão da veia jugular interna e corpo da mandíbula, associado a extensão da lesão até a parótida esquerda
- d) Existem sinais de invasão dos músculos pterigóide lateral esquerdo e masseter esquerdo pela metástase

19. Sobre o uso e indicações do exame de ressonância magnética em cirurgia de cabeça e pescoço, selecione a alternativa correta.

- a) Na base do crânio, embora as erosões ósseas corticais sejam diagnosticadas com maior confiabilidade na tomografia, a infiltração da medular óssea é melhor avaliada pela ressonância magnética e a tomografia pode subestimar a invasão óssea
- b) Na avaliação das neoplasias dos seios paranasais, a realização da ressonância magnética pouco acrescenta em informações, uma vez que a tomografia apresenta boa capacidade de avaliar invasão óssea
- c) Devido à diferença sutil de contraste entre as densidades de água e gordura no interior das glândulas salivares maiores e tecidos moles adjacentes a ressonância não é um bom exame para avaliação de massas nessa topografia

- d) A ressonância magnética apresenta boa especificidade na diferenciação de linfonodos aumentados por processo linfoproliferativo ou inflamatório por isso é o exame de eleição nesses casos

20. No que se a antibiótico profilaxia, dentre as alternativas abaixo, assinale a CORRETA.

- a) Não está indicado para os pacientes submetidos a tireoidectomias totais com ou sem esvaziamento do nível VI.
- b) Deve ser usado nos pacientes submetidos a parotidectomias com ou sem esvaziamentos cervicais.
- c) Não está indicado em pacientes submetidos a pelveglossectomia com esvaziamento cervical seletivo dos níveis I a III, caso a duração do procedimento cirúrgico seja menor que 4 horas.
- d) É sempre indicado nos esvaziamentos cervicais.

21. Por que a cessação do tabagismo antes da cirurgia é uma medida importante no período perioperatório?

- a) Reduz o risco de infecção do sítio cirúrgico.
- b) Evita tromboembolismo pulmonar
- c) Diminui a necessidade de analgesia pós-operatória.
- d) Melhora a função cardiopulmonar e reduz complicações pulmonares.

22. Em relação aos cuidados pós-operatórios nas cirurgias de grande porte em Cabeça e Pescoço é CORRETO afirmar.

- a) A profilaxia de rotina para trombose venosa devem ser mantidos por pelo menos 21 dias.
- b) Considerando o alto risco para infecção do sítio cirúrgico, é recomendado antibioticoterapia por 7 a 10 dias.
- c) O paciente devem manter repouso no leito por pelo menos 5 a 7 dias para evitar o risco de sangramentos.
- d) Quando a intervenção cirúrgica envolve o espaço mastigador ou a articulação temporomandibular, o desenvolvimento de trismo é um risco. Inicialmente, o trismo desenvolve-se devido ao espasmo dos músculos da mastigação resultante da dor e desconforto pós-operatórios.

23. No que se refere ao manejo da via aérea nos pacientes submetidos a cirurgia de grande porte em cabeça e pescoço é CORRETO afirmar.

- a) O cuff da cânula de traqueotomia deve ser mantido insuflado para evitar aspiração laringo traqueal por pelo menos 15 dias de pos operatório de grandes ressecções

- b) A maioria das feridas de traqueostomia temporária cicatriza em poucos dias, não sendo necessários fechamento cirúrgico.
- c) A decanulação de traqueostomia só pode ser ocorrer quando o paciente tolerar cânulas com diâmetros menores sem desconforto respiratório
- d) Nos pacientes submetidos a laringectomia total, é necessário manter com cânula de traqueostomia para evitar estenose de traqueostoma.

24. No que se refere ao suporte nutricional aos pacientes submetidos a Quimiorradioterapia, assinale a alternativa **CORRETA**

- a) Existe consenso que os pacientes serão beneficiados pela colocação profilática de sonda nasoenteral durante o tratamento.
- b) O uso profilático de sonda nasoenteral pode reduzir hospitalizações, melhorar a qualidade de vida e os resultados funcionais a longo prazo.
- c) Os pacientes com deglutição adequada devem ser acompanhados pela equipe de Fonoaudiologia para garantir que consigam manter a dieta via oral exclusiva, o que pode reduzir a fibrose faríngea grave e a dependência permanente da sonda de alimentação
- d) O adequado controle álgico evita o uso de sonda nasoenteral.

25. Nas complicações pós-operatórias dos pacientes submetidos a tireoidectomia total, dentre as alternativas abaixo, assinale a **CORRETA**.

- a) O Hipoparatiroidismo transitório é a complicação pós-operatória mais frequente e ocorre em até 50% dos pacientes.
- b) Nos pacientes submetidos a cirurgias de tireoide ou paratireoide, a taxa de hematoma é cerca de 1%.
- c) A lesão permanente do nervo laríngeo recorrente é incomum, ocorre em cerca de 10% dos casos.
- d) A recuperação do hipoparatiroidismo transitório, nos pacientes submetidos a tireoidectomia total sem esvaziamento do nível VI, ocorre em até 7 dias.

26. Qual é a complicação local mais comum associada à laringectomia de resgate após Quimiorradioterapia?

- a) Sangramento
- b) Estenose faringoesofágica.
- c) Fístula faringocutânea.
- d) Infecção do sítio cirúrgico.

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

- a) Podem ser divididas em quatro tipos.

- b) Fístulas incompletas são formadas pela obliteração incompleta de parte do seio cervical.
- c) Fístulas completas são formadas pela comunicação da pele (endoderme) com a faringe (ectoderme).
- d) **Cistos são formados pelo desenvolvimento de células epiteliais sequestradas na formação do seio cervical**

28. Com relação ao diagnóstico radiológico de massas cervicais, é correto afirmar:

- a) Os Schwannomas do forame jugular apresentam hipersinal em T1 e T2 (na ressonância magnética) e, realce pós-contraste observado tanto na ressonância quanto na tomografia.
- b) Os cistos dermoides podem apresentar sinal heterogêneo, com baixo sinal em T1 pelo conteúdo gorduroso e alto sinal em T2 pelo conteúdo cístico.
- c) As máis formações linfáticas apresentam realce periférico tanto na tomografia quanto na ressonância.
- d) **Os achados radiológicos do neurofibroma único são semelhantes aos do Schwannoma**

29. Qual das imagens a seguir, é compatível com o diagnóstico de cisto de primeira fenda branquial?



A -



B -



C -

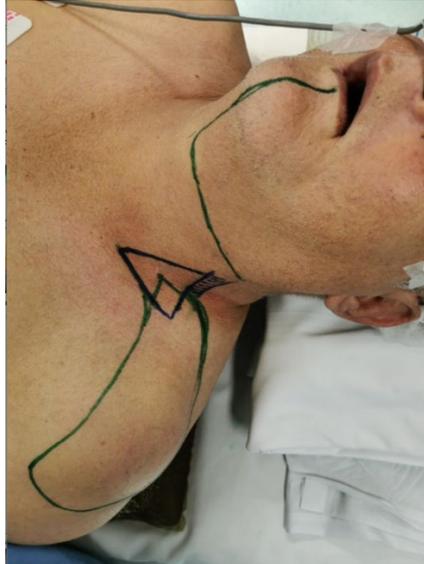


D -

30. Com relação aos tumores neurogênicos e paragangliomas, é correto afirmar:

- a) As regiões da cabeça e do pescoço são as menos acometidas por tumores benignos de nervos periféricos.
- b) Schwannomas são originários da camada endodérmica que compõem os nervos periféricos.
- c) Os paragangliomas não cromafins são os menos comuns na região da cabeça e do pescoço, porém são os mais comuns em residentes de altas altitudes.
- d) Os paragangliomas mais comuns na região de cabeça e pescoço são os de origem parassimpática.

31. A imagem abaixo ilustra a reconstrução planejada para uma ressecção de carcinoma epidermóide de trígono retromolar e mucosa jugal. Sobre o retalho escolhido, selecione a alternativa correta.



- a) É também uma boa opção para reconstrução de defeitos de pele da região parotídea ou retroauricular
- b) Pode ser realizado para qualquer caso de tumor de cavidade oral com segurança
- c) É um retalho miocutâneo pediculado em ramos dos vasos cervicais transversos
- d) O pedículo é dissecado entre as cabeças esternais e claviculares do músculo esternocleidomastoideo e clavícula

32. Sobre o retalho miocutâneo de peitoral maior, selecione a alternativa correta.

- a) O retalho deve ser dissecado profundamente no plano entre os músculos peitoral maior e peitoral menor
- b) a elevação do retalho deve sempre ser iniciada por sua porção lateral
- c) É importante para a confecção do retalho que os nervos peitorais medial e lateral sejam preservados para manter a sensibilidade
- d) Os vasos perforantes originados da artéria mamária interna devem ser dissecados e preservados

33. Um paciente de 85 anos foi submetido a pelveglossomandibulectomia segmentar de ângulo com desarticulação, associada a esvaziamento cervical radical bilateral por um carcinoma epidermóide de trígono retromolar esquerdo cT4N3. Selecione a alternativa correta sobre a reconstrução da mandíbula nesse caso.

- a) A reconstrução óssea não é mandatória, mas devido à ressecção da musculatura pterigóide haverá mal oclusão e rotação da mandíbula remanescente
- b) A reconstrução com placa e retalho miocutâneo de peitoral maior é a melhor opção
- c) Visando a realização de um procedimento menos extenso pode-se realizar um enxerto ósseo com osso ilíaco
- d) O defeito gera um resultado estético e funcional inaceitável e o osso deve ser reconstruído, preferencialmente com retalho microcirúrgico

34. Sobre a reconstrução com enxertos cutâneos, selecione a alternativa correta.

- a) O enxerto de pele parcial é preferível em áreas pouco vascularizadas por ter menor necessidade metabólica para cicatrização e integração
- b) O enxerto de pele total está mais sujeito a contratura tardia do que o parcial, o que pode gerar limitações funcionais
- c) Os enxertos de pele total são preferíveis em face por terem resultado estético mais satisfatório e menor limitação de tamanho do que o parcial
- d) Pode ser realizado na cavidade oral, mais indicado para defeitos de língua

35. O adenoma pleomórfico pode cursar com recorrência após seu tratamento e o manejo deste tumor benigno deve ser cuidadoso. Selecione a afirmativa correta abaixo:

- a) Radioterapia sempre deve ser indicada já no primeiro episódio de recorrência.
- b) Não é necessária citologia das lesões por punção aspirativa antes da indicação do tratamento da recorrência
- c) Ocorre algum grau de paresia ou paralisia em mais de 50% dos casos operados por adenoma pleomorfo recorrente
- d) A tomografia computadorizada é o exame de imagem preferencial

36. Mulher de 46 anos de idade apresenta nódulo na região parotídea direita com crescimento progressivo há cerca de dez anos, indolor. Nos últimos seis meses relata que houve crescimento mais acelerado associado a dor local. Não apresenta alteração da mímica facial. A tomografia computadorizada com contraste mostrou lesão nodular em parótida direita com perda dos limites com o tecido circunvizinho, área de necrose central e linfonodos arredondados no nível II homolateral. Punção aspirativa da lesão mostrou-se indefinida para malignidade. Foi indicado tratamento cirúrgico e, durante a dissecação do tronco do nervo facial o mesmo estava livre mas os ramos temporofacial e cervicofacial não tinham plano de dissecação com a lesão. Qual das alternativas é a correta?

- a) A ressecção tumoral deve ocorrer com margens macroscópicas, mesmo que haja sacrifício dos ramos do nervo
- b) A preservação do nervo com dissecação subperineural sempre deve ser tentada mesmo que margem microscópica positiva ocorra
- c) A reconstrução do nervo com enxertia tem alto índice de recuperação da paralisia facial, mesmo após radioterapia
- d) O grau de diferenciação histológico do tumor não influencia na decisão de preservação do nervo facial

37. O carcinoma adenoide cístico é mais conhecido por qual dessas características clínicas?

- a) Propensão à disseminação perineural e crescimento lento

- b) Crescimento lento porém com alto controle locoregional
- c) Alta incidência de metástases linfonodais e pulmonares
- d) Boa resposta à quimioterapia

38. Paciente feminina, 42 anos, com nódulo em glândula parótida direita com 1,6cm em lobo superficial a ultrassonografia. A punção evidenciou uma lesão com atipias de significado indeterminado (AUS III) de acordo com o Sistema de Milão. A paciente foi submetida a parotidectomia superficial com histopatológico revelando um carcinoma adenoide cístico com 1,5cm, margens livres, sem fatores adversos. Diante desse resultado qual a conduta a seguir?

- a) Seguimento oncológico a cada 3-4 meses com exames de imagem.
- b) Totalização de parotidectomia
- c) **Radioterapia adjuvante**
- d) Radioterapia e quimioterapia adjuvante

39. Em relação ao carcinoma de células acinares, qual é a afirmação correta?

- a) Tem uma taxa de metástases à distância superior a 50%
 - b) Expressa marcadores neuroendócrinos em mais de 80% dos casos
 - c) **Geralmente tem um comportamento indolente, com crescimento lento**
 - d) Está fortemente associado a infecção pelo vírus Epstein-Barr
- 40.** Qual das drogas abaixo é utilizada no tratamento do carcinoma basocelular de pele localmente avançado inoperável ou metastático?

- a) **Vismodegib**
- b) Avelumab
- c) Pembrolizumab
- d) Nivolumab

41. O tratamento de escolha para um carcinoma basocelular nodular pequeno e localizado em face é:

- a) Radioterapia
- b) Cirurgia de Mohs
- c) Crioterapia
- d) **Excisão cirúrgica com margens adequadas**

42. Com relação ao tratamento das metástases linfonodais do carcinoma de células escamosas de pele de cabeça e pescoço

- a) Em tumores primários avançados recomenda-se a realização de pesquisa de linfonodo sentinela
- b) **Indica-se esvaziamento habitualmente com intuito terapêutico**
- c) Indica-se pesquisa de linfonodo sentinela em tumores primários iniciais
- d) Em tumores de pálpebra indica-se a pesquisa de linfonodo sentinela para avaliar se é necessário realizar parotidectomia

43. Quais anticorpos são imunoexpressos no diagnóstico imunohistoquímica de uma metástase do melanoma?

- a) S-100, HMB-45, Melan-A
- b) TTF-1, S-100, Cromogranina
- c) HMB-45, TTF-1, Sinaptofisina
- d) Melan-A, Cromogranina, MITF

44. Paciente feminina, 65 anos, com lesão ulcero-infiltrativa de região pre-auricular/zigomática esquerda com 4,5x3,0cm associado a linfonodo em nível IB com 1,5cm. Cujas biópsia incisional da lesão evidenciou um carcinoma de células escamosas e a punção do linfonodo do nível IB demonstrou metástase de carcinoma. Diante dos achados qual a conduta mais adequada?

- a) Ressecção ampla do tumor primário e parotidectomia superficial com preservação nervo facial e esvaziamento cervical seletivo (níveis I-III).
- b) Ressecção ampla do tumor primário e esvaziamento cervical radical modificado.
- c) Ressecção ampla do tumor primário com parotidectomia superficial e esvaziamento cervical radical clássico.
- d) Ressecção ampla do tumor primário e esvaziamento cervical radical clássico.

45. No que se refere as neoplasias benignas dos seios paranasais, assinale a alternativa CORRETA.

- a) A neoplasia benigna mais comum, o papiloma nasossinusal, origina-se de epitélio colunar ciliado ou respiratório bem diferenciado, com vários graus de diferenciação escamosa.
- b) Os papilomas podem ser classificados em três grandes categorias - exofíticos, oncocíticos e invertidos - ou podem ser classificados coletivamente como papilomas Schneiderianos. Os papilomas exofíticos surgem predominantemente no assoalho da fossa nasal.
- c) Os papilomas de células colunares e invertidos surgem mais comumente na no septo nasal.
- d) Os papilomas invertidos têm um padrão de crescimento endofítico e infiltrativo que pode causar a destruição do tecido adjacente, são bons candidatos a excisão endoscópica, que oferece taxas de controle superiores a cirurgia aberta.

46. Quanto as neoplasias malignas dos seios paranasais, assinale a alternativa CORRETA.

- a) Os tumores malignos da região sinonasal surgem mais frequentemente do seios frontais e nos seios esfenoidais.
- b) Os sintomas como obstrução, epistaxe, epífora, cefaleia e diplopia desenvolvem-se no início do desenvolvimento da doença.
- c) Nos pacientes com lesões provenientes da supra estrutura, os sintomas desenvolvem-se geralmente no início da doença favorecendo uma ressecção cirúrgica satisfatória com baixa morbidade.
- d) Os tumores da supraestrutura disseminam-se por extensão local através da parede posterior do antro para o espaço pterigomaxilar, a fossa infratemporal e a fossa craniana média; através do teto do antro para a órbita; ou através das células aéreas etmoidais para a fossa craniana anterior.

47. Qual dos tumores a seguir tem melhor prognóstico nos seios paranasais, considerando apenas a histologia?

- a) Melanoma mucoso
- b) Carcinoma sinonasal indiferenciado (SNUC)
- c) Neuroblastoma olfatório
- d) Carcinoma de células escamosas

48. Em um caso de um carcinoma epidermoide de tonsila palatina estadiado como T1N0, com cerca de 1,5cm no maior diâmetro a ressecção transoral pode ser realizada em determinadas condições. Dentre as listadas abaixo qual a correta?

- a) Musculatura constritora faríngea livre
- b) Invasão óssea cortical
- c) Invasão da base da língua
- d) Contato com o tecido adiposo parafaríngeo

49. A indicação de tratamento complementar com radioterapia associada com quimioterapia em carcinomas epidermóides da orofaringe estadiados como T1-T2, N0, p16(HPV)-positivos e tratados com cirurgia (ressecção do tumor primário associado a esvaziamento cervical seletivo) se impõe:

- a) Em todos os casos
- b) Quando houver extensão extralinfonodal ou margens positivas
- c) Nos casos em que a metástase linfonodal for maior que 2,0cm
- d) Nos casos em que houver mais de um linfonodo metastático

50. Paciente com 73 anos de idade, com diagnóstico de carcinoma epidermoide da base da língua esquerda, sem comprometimento da valecula, paralisia da hemilíngua esquerda e ultrapassando a linha média em cerca de 1,5cm no corpo da língua. Ressonância magnética ratificou os limites da lesão com um linfonodo homolateral suspeito para metástase com 1,5cm.

Baseado no descrito acima escolha o tratamento mais adequado para o paciente

- a) Glossectomia subtotal com fechamento primário e esvaziamento seletivo é indicada em virtude da idade do paciente
- b) O paciente é candidato a tratamento com radio e quimioterapia pela extensão da doença e idade avançada
- c) Radioterapia exclusiva com intenção curativa. A associação com quimioterapia não deve ocorrer pela idade do paciente
- d) Encaminhar o paciente para medidas de palição.

51. Qual das seguintes condições listadas abaixo contra indica a ressecção transoral de tumores da orofaringe?

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

52. Nos carcinomas da orofaringe operados há fatores que indicam risco mais elevado para recidiva. Assinale a alternativa que correta com relação à afirmação acima:

- a) Tumores p16 positivos
- b) Tumores p16 negativos
- c) Presença de linfonodos comprometidos nos níveis IV e V
- d) Presença de linfonodos comprometidos no nível III

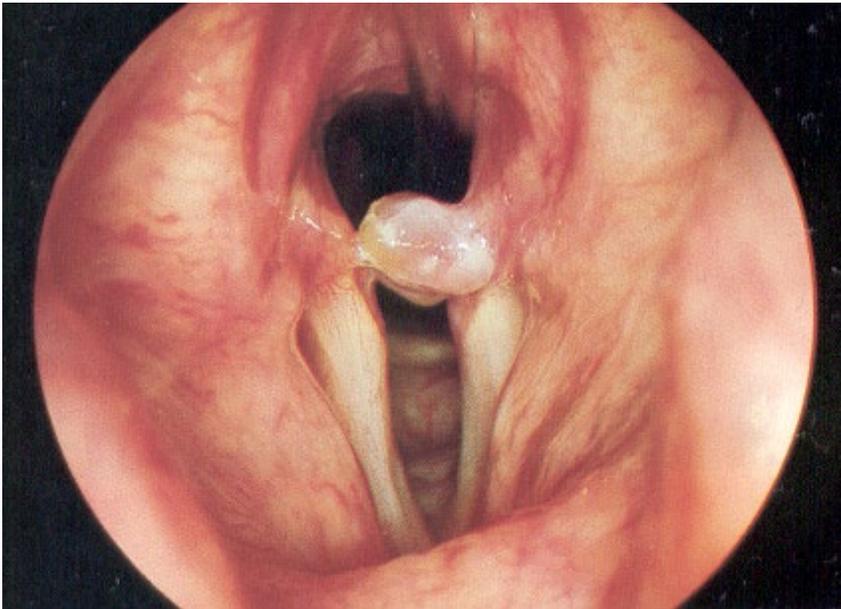
53. Qual tipo de cordectomia deve ser realizada num paciente com uma lesão leucoplásica, cujo exame de congelação demonstrou apresentar áreas de displasia leve?

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

54. Paciente submetido a tireoidectomia total, que evoluiu com paralisia de prega vocal esquerda em posição lateral, apresentando disфонia importante e engasgos para líquidos, qual das alternativas abaixo está indicada na tentativa de uma melhora imediata desse paciente?

- a) Aplicação de Toxina Botulinica na prega vocal esquerda
- b) Aplicação de Toxina Botulinica na prega vocal direita
- c) Aplicação de Ácido Hialurônico na prega vocal esquerda
- d) Cordotomia posterior com aritenoidectomia parcial

55. Paciente masculino, 42 anos, submetido a apendicectomia há 2 semanas, queixa-se de desconforto ao deglutir e pigarro, nega tabagismo ou etilismos, apresenta a seguinte imagem à laringoscopia



Qual a principal hipótese diagnóstica?

- a) Pólipo de prega vocal esquerda
- b) Cisto de Retenção
- c) Carcinoma espino celular
- d) **Granuloma Vocal**

56. Paciente do sexo masculino 56,anos, tabagista 20 cigarros dia há 30 anos, queixando de disfonia, apresenta à laringoscopia a seguinte imagem:



Realizada biópsia incisional e exame de congelação cujo resultado foi de Carcinoma Espino celular. Mobilidade de ambas pregas vocais preservada. Qual o estadiamento desse paciente:

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

57. Das cirurgias parciais abertas, qual a cirurgia proposta para o caso anterior?

- a) Laringectomia Frontal
- b) Laringectomia Fronto Lateral**
- c) Laringectomia Supracricoidea
- d) Hemilaringectomia

58. Qual afirmativa se relaciona ao carcinoma de células escamosa de hipofaringe?

- a) É o sítio do trato aerodigestivo superior menos associado com tumor primário sincrônico.
- b) O tumor da área retrocricoide pode estar associado a deficiência nutricional e anemia.**
- c) O consumo de álcool não aumenta o risco de carcinoma de hipofaringe em tabagista.
- d) A otalgia reflexa associada aos tumores de hipofaringe dá-se via alça timpânica ou nervo de Jacobson.

59. Paciente masculino, 68 anos, tabagista crônico (48 anos/maço), com história de disfagia e odinofagia progressiva há 6 meses associado a rouquidão e surgimento de linfonodo aumentado em pescoço há 1 mês. Endoscopia digestiva alta evidenciou uma lesão ulcero-infiltrativa em seio piriforme esquerdo, cuja

biópsia foi de carcinoma de células escamosas. Após exames de imagem foi estadiado como cT4aN2bM0 por invasão de cartilagem tireoide. Qual a melhor opção de tratamento?

- a) Radioterapia exclusiva
- b) Radioterapia e quimioterapia
- c) Radioterapia e imunoterapia
- d) **Cirurgia e terapia adjuvante**

60. Com relação aos bóciós tóxicos é correto afirmar:

- a) Principalmente em idosos, é muito importante avaliar primeiro a função cardiovascular desse grupo de pacientes para somente então iniciar a terapêutica para o hipertireoidismo.
- b) A presença de doença hepática, em um paciente com doença de Graves, favorece a realização de cirurgia e contra-indica a utilização de radio-iodo e anti-tireoidianos.
- c) Quando se opta por tratamento medicamentoso, o metimazol é droga de escolha praticamente em todos os casos, exceto no terceiro trimestre de gestação, quando prefere-se o propiltiouracil.
- d) **Quando opta-se pelo tratamento cirúrgico, o paciente deve ser compensado ao estado de eutiroidismo, antes da cirurgia, com o uso de drogas anti-tireoidianas, com ou sem o uso de beta-bloqueadores**

61. Com relação a um paciente submetido a tireoidectomia total por bóciós, é correto afirmar:

- a) Comorbidades como gastrite relacionada com *Helicobacter pylori* e doença Celíaca podem atrapalhar muito a reposição do hormônio tireoidiano, por isso devem sempre ser investigados antes de se iniciar a reposição.
- b) O peso do paciente é o único fator considerado no cálculo da dosagem da levotiroxina.
- c) O controle de dose da reposição com levotiroxina deve ser reavaliada quando há alteração de peso, com envelhecimento e na gestação, sendo que o TSH deve ser repetido 2 a 3 semanas após a alteração de dose.
- d) **Os horários recomendados para tomar o hormônio tireodiano são 60 minutos antes do café da manhã ou ao deitar para dormir a noite (com pelo menos 3 horas da última refeição).**

62. Com relação ao carcinoma medular da tireóide é correto afirmar:

- a) Em 1959, Hasard e colaboradores descobriram que se origina das células foliculares do tipo C.
- b) O proto-oncogene RET é expresso apenas em células derivadas da crista neural.
- c) Praticamente todos os pacientes com síndromes MEN2A, MEN2B e carcinoma medular familiar têm mutações germinativas do RET, enquanto menos de 3% dos pacientes com carcinoma medular esporádico têm mutações somáticas do RET.

- d) Além do ultrassom cervical, todos os pacientes com carcinoma medular e calcitonina sérica acima de 500 pg/ml, devem ser investigados com TC do pescoço, tórax e abdome, bem como cintilografia óssea.

63. Paciente feminina, branca, de 65 anos de idade, refere abaulamento cervical progressivo em 2 semanas. Há 5 dias apresenta disфонia, nega dispneia. Na laringoscopia apresenta paralisia para-mediana da prega vocal direita. Há 3 dias fez exame citológico que evidenciou carcinoma anaplásico da glândula tireóide. Na tomografia computadorizada, a lesão apresenta 6 cm no lobo tireoidiano direito, com sinais de extravasamento extra-tireoidiano para musculatura pré-tireoidiana anteriormente. Não há evidência de comprometimento do esôfago, laringe, traqueia nem de grandes vasos. No pescoço há evidência de metástases em níveis III, IV a direita bem como o nível VI, todas menores de 5 cm. A paciente apresenta Performance Status (PS – ECOG) 1. Também não há evidência de metástase a distância nos exames realizados. Com relação a esse caso, qual o estadiamento clínico e a melhor proposta terapêutica?

- a) T3N2M0 – EIII – Traqueostomia seguida de radio-quimioterapia.
- b) T4bN1bM0 – EIVC – Em caso de alta expressão de PDL1, indicar inibidores de PDL1 associado a radioterapia.
- c) T4bN1aM0 – EIVB – Radioterapia e deixar a traqueostomia apenas para quando entrar em insuficiência respiratória obstrutiva.
- d) T4aN1bM0 – EIVb – Ressecção cirúrgica, seguido por radioterapia e terapia sistêmica.

64. Paciente feminina de 12 anos (Peso=32 Kg; Altura 1,28 m), apresenta, ao ultrassom, nódulo em lobo tireoidiano esquerdo com 0,9 x 0,8 x 0,6 cm, hipocogênico, com margens parcialmente regulares, sem halo hipocogênico e com microcalcificações. Ao doppler, apresenta vascularização periférica. Não apresenta linfonomegalia cervical. De história mórbida pregressa, teve linfoma não Hodgkin quando tinha 5 anos, tendo sido tratada com sucesso por radio-quimioterapia, estando livre de doença há mais de 5 anos. Não apresenta história familiar relevante. Qual a conduta mais adequada?

- a) Repetir o ultrassom a cada 3 meses, puncionar o nódulo em caso de crescimento.
- b) Solicitar ressonância magnética para melhor avaliar os linfonodos cervicais.
- c) Solicitar TSH e, em caso de elevação deste exame, solicitar cintilografia da tireóide.
- d) Solicitar exame citológico por punção com agulha fina guiada por ultrassom pelo maior risco de malignidade.

65. Paciente feminina, branca, de 55 anos, chega até seu consultório, encaminhada por colega ginecologista, por apresentar nódulo assintomático e incidental, na glândula tireóide. Ao ultrassom, apresenta nódulo único no lobo esquerdo, esponjiforme, isoecogênico em sua porção sólida, com 1,9 x 1,2 x 0,9 cm, com margens regulares, presença de halo hipocogênico, sem microcalcificações.

De acordo com as recomendações contidas no “*The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016*”, responda a melhor conduta em relação ao estudo citológico por punção com agulha fina.

- a) Por se tratar de nódulo de baixa suspensão para malignidade, com mais de 1,5 cm, deve-se proceder por estudo citológico.
- b) Por se tratar de nódulo de padrão intermediário de suspensão para malignidade, com mais de 1 cm, deve-se proceder por estudo citológico.
- c) Por se tratar de nódulo de padrão de benignidade com menos de 2 cm, não é necessário estudo citológico.
- d) **Por se tratar de nódulo com padrão de muito baixo risco para malignidade com menos de 2 cm, não é necessário estudo citológico.**

66. Paciente masculino de 75 anos, tabagista, foi submetido a tireoidectomia total e esvaziamento recorrencial. No estudo anátomo-patológico foi encontrado nódulo em lobo tireoidiano direito com 4 x 2,5 x 2 cm, com extravasamento focal para tecido peri-tireoidiano, diagnosticado como carcinoma papilífero variante hobnail e, com sete de 10 linfonodos comprometidos, sendo os maiores com 2,5 cm.

Com relação a estratificação de risco de recorrência da doença, descrita no “*The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016*”, qual a alternativa correta?

- a) Risco elevado devido a presença de metástases volumosas.
- b) Risco intermediário devido a idade e gênero do paciente.
- c) Risco elevado devido a presença de variante histológica muito agressiva.
- d) **Risco intermediário devido as metástases linfonodais, extravasamento focal e variante histológica.**

67. Paciente feminina, branca, de 65 anos, foi submetida a tireoidectomia total e esvaziamento recorrencial há 4 anos. Atualmente usa levotiroxina 150mcg por dia. Apresenta tireoglobulina < 0,1 ng/mL, anticorpos anti-tireoglobulina ausentes. No ultrassom apresenta lesão expansiva de 3 x 2 x 0,7 cm próximo a entrada do nervo laríngeo inferior direito (mesmo lado do ca papilífero operado) na membrana crico-tireóidea e, que apresenta íntimo contato com a a. carótida comum desse mesmo lado. No exame citológico já realizado, essa lesão provou-se ser carcinoma papilífero.

Com relação a supressão do TSH, é correto afirmar que:

- a) Como essa paciente apresenta resposta estrutural incompleta à terapia, o TSH sérico deve ser mantido abaixo de 0,005 mU/L por cinco anos.
- b) Como essa paciente apresenta resposta bioquímica completa à terapia, o TSH sérico deve ser mantido entre 0,1 e 0,5 mU/L.
- c) Como essa paciente apresenta resposta bioquímica incompleta à terapia, o TSH sérico deve ser mantido entre 0,1 e 0,5 mU/L.

d) Como essa paciente apresenta resposta estrutural incompleta à terapia, o TSH sérico deve ser mantido abaixo de 0,1 mU/L indefinidamente na ausência de contraindicações específicas.

68. Em um caso de carcinoma epidermoide de seio maxilar com extensão para as placas pterigoideas, fossa infratemporal, gordura orbitária, além de metástases linfonodais cervicais pode-se afirmar que:

- a) A cirurgia está contraindicada pela fossa infratemporal
- b) A cirurgia está contraindicada pela alta morbidade do procedimento
- c) O tratamento deve ser com radio e quimioterapia exclusivamente
- d) **Não há contraindicações para o tratamento cirúrgico**

69. Paciente com queixa de episódios recorrentes de epistaxe unilateral, cefaléia e dor na face. Em exame endoscópico nasal foi observada lesão na fossa nasal direita, sangrante e friável. A biopsia revelou neuroblastoma olfatório, grau I de Hyams. Ressonância magnética dos seios da face definiu lesão 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 há realce da dura máter.

O paciente sem comorbidades. A melhor opção de tratamento para o caso é:

- a) Ressecção craniofacial aberta subtotal seguido de radioterapia com imunoterapia
- b) **Ressecção craniofacial aberta ou endonasal de fossa anterior com ressecção R0 seguida de radioterapia.**
- c) Quimioterapia de indução seguida de radioterapia
- d) Embolização seletiva da artéria nutridora da lesão seguida de radioterapia.

70. Em relação aos tumores de órbita podemos afirmar:

- a) **O tumor de glândula lacrimal representa 2 a 5% dos tumores de órbita e apenas 4% deles são malignos.**
- b) o Rabdomyosarcoma é o segundo tumor mais comum em adulto.
- c) O retinoblastoma é o tumor mais frequente em criança e mais 80% dos casos ocorre entre 5 e 10 anos.
- d) A metástase de melanoma é o tumor intra-ocular mais frequente.

71. Sobre os critérios histológicos de malignidade nos paragangliomas, é correto afirmar:

- a) A presença de necrose tumoral e atipias é determina o diagnóstico de malignidade.
- b) Atipia celular com mitoses frequentes é altamente específica para carcinoma paraganglionar.

- c) A única confirmação definitiva de malignidade é a presença de metástases à distância ou linfonodais.
- d) A invasão capsular é o principal critério diagnóstico de malignidade.

72. Em paciente com paraganglioma carotídeo Shamblin III assintomático e de alto risco cirúrgico, a conduta mais adequada é:

- a) Cirurgia de ressecção imediata com reconstrução arterial.
- b) Biópsia incisional seguida de radioterapia.
- c) Observação clínica e acompanhamento com imagem, se assintomático.
- d) Quimioterapia neoadjuvante antes da cirurgia.

73. Sobre o carcinoma ameloblástico, é correto afirmar:

- a) Ocorre principalmente em jovens e não se associa a lesões prévias.
- b) Pode surgir de um ameloblastoma recorrente ou de um novo tumor e tem potencial metastático.
- c) Tem comportamento pouco recidivante semelhante ao odontoma composto.
- d) A ressecção conservadora costuma ser suficiente para controle.

74. Nos casos de tumor primário oculto com metástase cervical de carcinoma epidermóide, escolha a alternativa correta:

- a) Segundo o TNM, o tumor primário oculto deve ser estadiado como T0 e não Tx
- b) O nível linfonodal cervical comprometido não tem correlação com o sítio do tumor primário
- c) A pesquisa do EBV e P16 não define diagnóstico do sítio primário.
- d) Biopsias múltiplas das tonsilas devem ser realizadas antes do PET TC

75. Em um caso em que foi feito um diagnóstico de metástase cervical (por carcinoma epidermóide) de tumor primário oculto em que o paciente foi tratado com esvaziamento cervical completo e o resultado do exame anatomopatológico mostrou extensão extracapsular em seis de dez linfonodos comprometidos. Escolha a conduta mais adequada:

- a) Radioterapia exclusiva de todo o pescoço e campos da faringe
- b) Somente irradiar os possíveis locais do tumor oculto, já que o pescoço foi tratado
- c) Terapia sistêmica (quimioterapia) associada a radioterapia
- d) Terapia sistêmica (quimioterapia com esquema de três drogas)

76. Mulher com 40 anos de idade, não etilista e não tabagista, encaminhada por achado de nódulo com 2,0cm no nível IIA. Exame de vias aerodigestivas

superiores sem alterações. Ultrassonografia mostra que a lesão é cística e a citologia obtida por PAAF mostrou “quadro citológico compatível lesão escamosa bem diferenciada”. Após a punção houve redução do nódulo que não é mais palpável. O patologista relata que não consegue diferenciar se a lesão puncionada seria um cisto branquial ou uma metástase de carcinoma epidermoide bem diferenciado. A próxima conduta para o caso deve ser:

- a) Indicar tomografia computadorizada de pescoço
- b) Biópsias aleatórias da orofaringe
- c) Indicar esvaziamento cervical dos níveis II a IV esquerdo
- d) **Indicar biópsia excisional do nódulo**

77. Paratireóide

Paciente masculino, 45 anos, com massa de 79 Kg, assintomático, apresenta os seguintes exames:

PTH (3ª geração) de 100 pg/ml (12 a 65 pg/ml)

Cálcio total de 9,0 mg/dL (Maiores de 18 anos: 8,6 a 10,3 mg/dL)

Cálcio ionizado de 1,19 mmol/L (1,11 a 1,40 mmol/L)

25 (OH) vitamina D de 15 ng/ml (20-60 ng/mL)

Creatinina de 1,01 mg/dl (0,7 a 1,20 mg/dl)

Clearence de Creatinina >60 mL/min (>60 mL/min)

Albumina de 4,4 g/dL (3,5 a 5,2 g/dL)

Fósforo Inorgânico de 4,0 mg/dL (Acima de 13 anos e adultos: 2,5 a 4,5 mg/dL)

Magnésio de 2,4 mg/dL (Acima de 20 anos: 1,6 a 2,6 mg/dL)

fosfatase alcalina de 68 U/L (Adultos: 35 a 104 U/L)

Ultrassom das vias urinárias normais

Calciúria de 24 horas de 40 mg/24 horas (55 a 220 mg/24h)

Densitrometria óssea normal

Rx de vértebras - Ausência de fraturas

Não apresenta quaisquer queixas gastrointestinais, tão pouco comorbidades.

Com relação ao diagnóstico e conduta é correto afirmar que:

- a) Trata-se de hiperparatireoidismo primário normocalcêmico e, pela idade do paciente, deve-se indicar o tratamento cirúrgico com o intuito de evitar complicações da doença.
- b) Trata-se de hiperparatireoidismo secundário e, pela idade do paciente, deve-se indicar o tratamento cirúrgico com o intuito de evitar complicações da doença.
- c) Trata-se de hiperparatireoidismo primário normocalcêmico e, por ser assintomático, podemos fazer vigilância ativa.
- d) **Trata-se de hiperparatireoidismo secundário e, independentemente de ser sintomático ou não, deve-se indicar o tratamento clínico com suplementação oral de cálcio e vitamina D.**

78. Paratireóide (M)

Paciente feminina, de 70 anos, apresenta-se sem queixa alguma, ou seja, assintomática. Em seus exames foram encontrados os seguintes resultados:

PTH (3ª geração) de 90 pg/ml (12 a 65 pg/ml)

Cálcio total de 10,8 mg/dL (Maiores de 18 anos: 8,6 a 10,3 mg/dL)

25 (OH) vitamina D de 35 ng/ml (20-60 ng/mL)
Creatinina de 1,20 mg/dl (0,7 a 1,20 mg/dl)
Clearance de Creatinina de 55 mL/min (>60 mL/min)
Albumina sérica normal.
Fósforo, magnésio, fosfatase alcalina normais.
Ultrassom das vias urinárias normais
Calciúria de 24 horas normal
Densitrometria óssea normal
Rx de vértebras - Ausência de fraturas

Com relação ao diagnóstico e conduta é correto afirmar que:

- a) Por se tratar de hiperparatireoidismo secundário, mesmo assintomático, devemos indicar o tratamento cirúrgico.
- b) Por se tratar de hiperparatireoidismo primário assintomático e, também pela idade da paciente, devemos propor vigilância ativa.
- c) Por se tratar de hiperparatireoidismo secundário assintomático, sem evidência de tumor marrom, devemos apenas monitorar a função renal e orientar a paciente a fazer dieta pobre em cálcio.
- d) **Por se tratar de hiperparatireoidismo primário assintomático com clearance de creatinina menor do que 60 mL/min, devemos indicar o tratamento cirúrgico.**

79. Com relação à homeostase do cálcio é correto afirmar:

- a) No osso, o PTH aumenta a mobilização rápida de cálcio, por ação direta nos osteoclastos, que promoverão a reabsorção óssea.
- b) No rim, o PTH estimula a síntese de vitamina D por meio do aumento da 1-alfa-hidroxilase no túbulo contornado proximal, onde promove o aumento da reabsorção tubular de fósforo e, inibe a de cálcio.
- c) No intestino, o PTH aumenta diretamente a absorção intestinal do cálcio.
- d) **A concentração extracelular de cálcio é o fator fisiológico mais importante na regulação da secreção do PTH.**

80. Paciente masculino, de 65 anos, hipertenso mal controlado, evoluiu com insuficiência renal crônica, estando em hemodiálise há cerca de 8 anos, na fila do transplante renal. Apresenta PTH de 1852 pg/ml (12 a 65 pg/ml), cálcio total sérico de 8,6 mg/dL (Majores de 18 anos: 8,6 a 10,3 mg/dL) e, apesar de tratamento clínico com suplementação de vitamina D, uso de calciomiméticos entre outras medidas, as glândulas paratireoides apresentam sinais de autonomia e, por isso, foi encaminhado para tratamento cirúrgico.

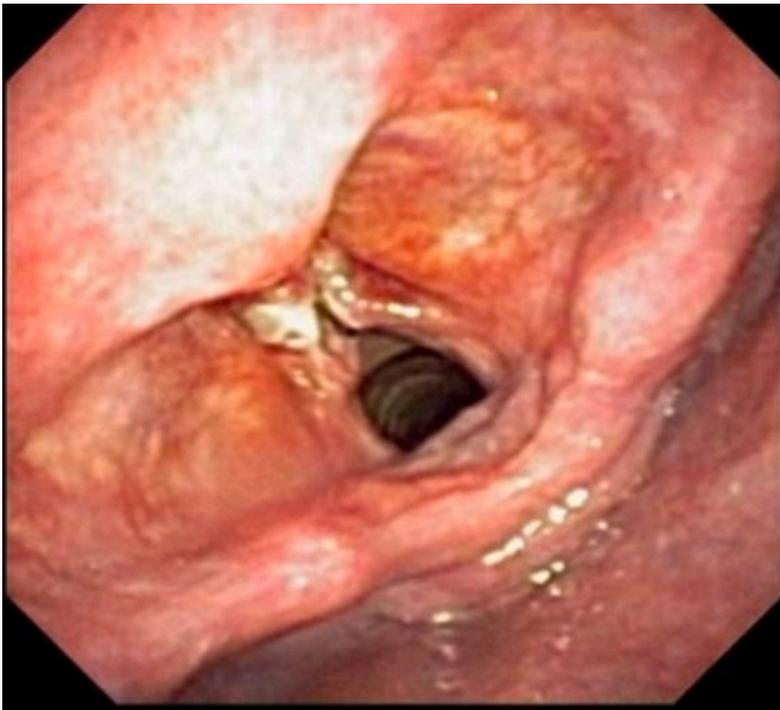
Com relação ao tratamento cirúrgico desse caso, é correto afirmar que:

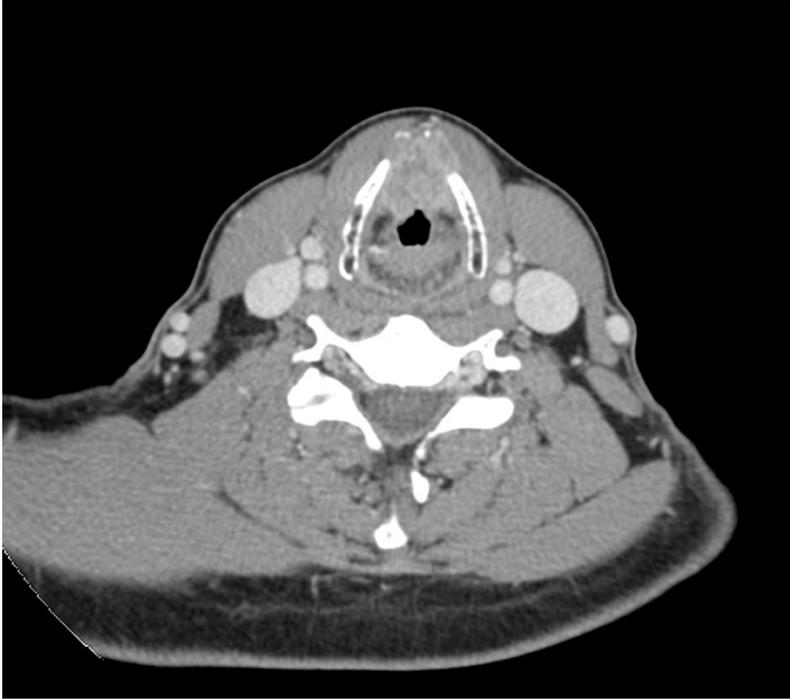
- a) Atualmente com o sucesso na suplementação oral de PTH, a técnica de escolha nesse caso seria a paratireoidectomia total sem auto-implante.
- b) A técnica mais adequada para esse caso seria paratireoidectomia sub-total a $\frac{3}{4}$, se deparar-nos com 4 glândulas igualmente muito aumentadas de volume.

- c) Após o tratamento cirúrgico do hiperparatireoidismo secundário, deve-se retirar esse paciente da fila do transplante renal, tendo em vista que o transplante seria prejudicial ao controle pós-operatório.
- d) Na constatação de hiperplasia assimétrica, com uma glândula com aspecto e tamanho próximos do normal e, considerando uma perspectiva de brevemente submeter esse paciente ao transplante renal, a técnica cirúrgica mais adequada seria paratireoidectomia sub-total a ¾.

SEGUNDA FASE – PROVA TEÓRICO-PRÁTICA

Questão 1 – Paciente de 55 anos, ECOG 1, tabagista e etilista apresenta um carcinoma de células escamosas em laringe glótica estadiamento T4aN0M0 por invasão de cartilagem em comissura anterior e aritenoides móveis. Quais são as possíveis formas de tratar este paciente ordenando de forma decrescente em potencial curativo e justificando suas opções.





Resposta: (1,0)

Laringectomia total com possibilidade de adjuvância com RDT(QT), conduta padrão e com bom controle oncológico

Laringectomia parcial supra-cricoide com cricoioidoepiglotopexia (CHEP) com possibilidade de adjuvância com RDT (Qt). A extensão oncológica do tumor permite a laringectomia parcial porem a performance pulmonar deve ser levada em consideração

Radioterapia com quimioterapia – pequena chance de resposta completa pela invasão de cartilagem. Indicado na recusa de cirurgia ou pacientes inoperáveis

Radioterapia exclusiva – tratamento com baixa chance de controle local sendo quase com intenção paliativa na impossibilidade de realização dos tratamentos acima

Cuidados paliativos exclusivos – é sempre uma possibilidade de tratamento a depender da vontade do paciente e da performance

NCCN Guidelines Version 2.2025 Cancer of the Glottic Larynx

Nos pacientes candidatos a laringectomia total, quando está indicado utilização de retalhos regionais ou microcirúrgicos?

Resposta: (1,0)

Quando o fechamento primário da faringe não é possível.

Nas cirurgias de resgate para proteção da anastomose e redução do risco de

fístulas faringo cutâneas complexas

O retalho de jejuno pode ser utilizado nas Faringolaringectomia totais circulares

Jatin Shah”S – Head and Neck Surgery and Oncology. Basic principles of head and neck surgery. Fifth Edition, 2019. Chapter 10.

Questão 2 - Paciente do sexo feminino de 41 anos, parda, natural de Aparecida do Norte SP, previamente hígida. Vem em primeira consulta com queixa de massa cervical a esquerda de crescimento progressivo há 1 ano com otalgia e odinofagia leve. Nega perda de peso, nega disfagia ou dispneia.

Antecedentes: HAS, DLP (losartana e HCTZ), Ex-tabagista 5 anos/maço, cessou aos 32 anos, nunca etilista.

No exame físico, não apresentava lesões à oroscopia e à palpação cervical havia presença de massa de 5cm a esquerda em nível II, sólida e endurecida, móvel, não aderida à pele ou planos profundos, não pulsátil. Sem outros nódulos palpáveis.

a) Quais os próximos passos para a investigação diagnóstica do caso?

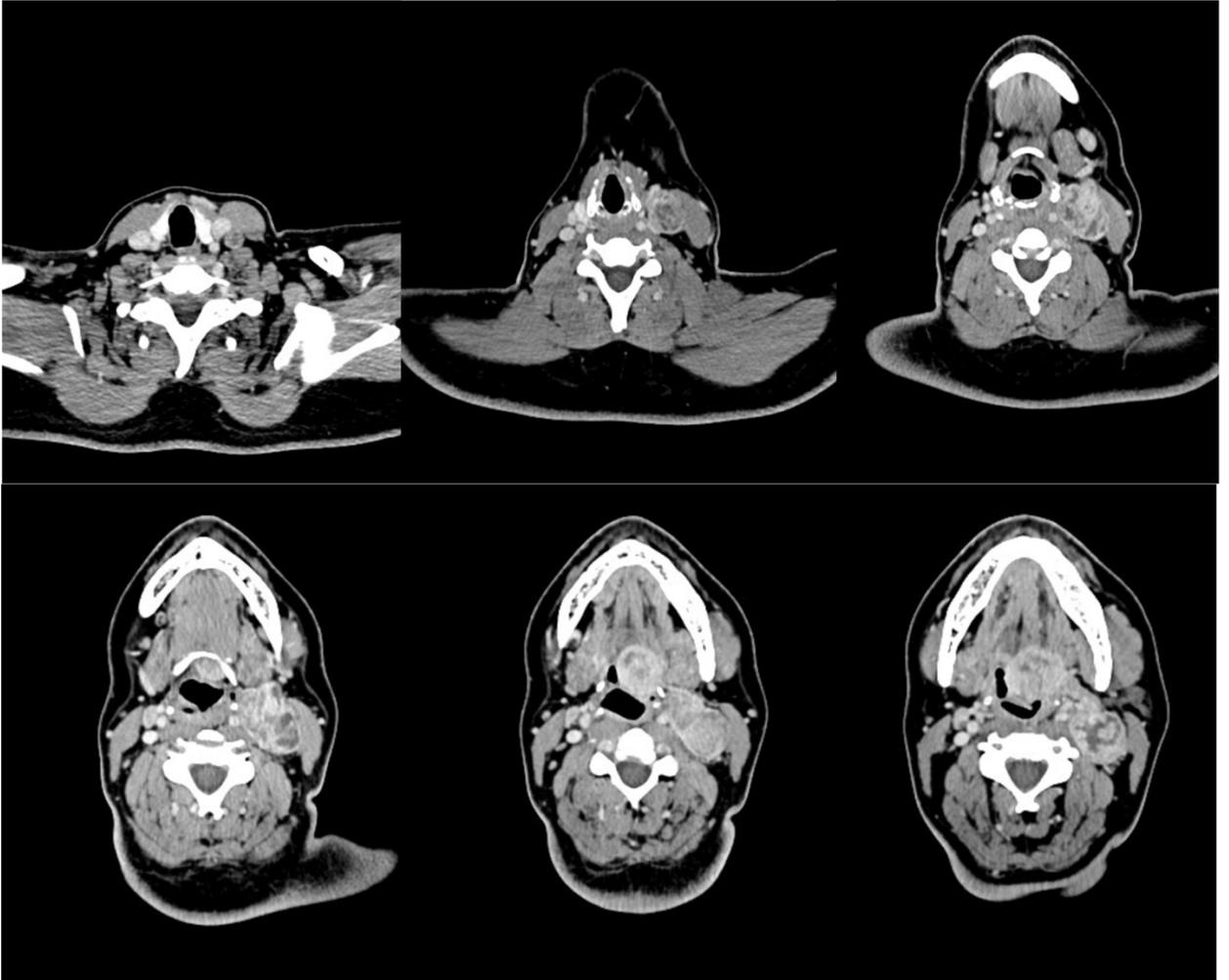
Resposta: (0,2)

VIDEO NASofaringoLaringoscopia, TC face e pescoço com contraste ou RM, PAAF da massa

b) Realizada nasofaringolaringoscopia, foi evidenciada lesão vegetante em base de língua à esquerda ultrapassando linha média e poupando menos de 1 cm da base da língua direita, se estendendo até a valécula, acometendo prega glossoepiglótico esquerda. Epiglote e pregas vocais móveis e sem lesões.

Também foi realizada tomografia.

Descreva os principais achados da tomografia abaixo.





Resposta:(0,6)

- Linfonodo:

- grande com centro necrótico em níveis II e III a esquerda
- íntimo contato com artéria carótida comum esquerda sem sinais de invasão

- Lesão primária

- Lesão expansiva e infiltrativa em base da língua a esquerda ultrapassando a língua média
- Oblitera a valécula
- Se estende ao terço posterior da língua oral
- Íntimo contato com o hióide

c) O anátomo-patológico da biópsia da lesão primária revelou o diagnóstico de carcinoma adenóide cístico e o estadiamento completo não evidenciou lesões além das evidenciadas na TC apresentada. Essa paciente

apresenta o comportamento típico do carcinoma adenóide cístico?
Discorra brevemente sobre as características clínicas desse tumor.

Resposta: (0,6)

- A origem em glândulas salivares menores é comum
- Metástase linfonodal e ausência de metástases a distância não
- Neurotropismo levando a invasão perineural e disseminação por essa via
- Altamente recidivante
- Prognóstico ruim mas velocidade de progressão lenta.

Ref: Shah pg 557. "Adenoid cystic carcinoma is the most common malignant tumor of the submandibular and minor salivary glands. Although grading systems have been proposed for these tumors, tumor grading does not seem to influence the behavior of adenoid cystic carcinomas. These tumors have a high degree of neurotropism, leading to the propensity for perineural spread. Although the overall outcome of adenoid cystic carcinomas is poor, the disease course typically is protracted, with survival measuring in decades, even in the presence of distant metastases. Although regional lymph node metastases are uncommon, pulmonary metastases occur frequently."

d) Ao conversar com a paciente a mesma decide que quer realizar o tratamento com a maior probabilidade de cura, independente da morbidade. Nesse contexto, qual é o tratamento indicado para o caso? Seja específico, descrevendo em detalhes o tratamento escolhido.

- Resposta: (0,6)
- Cirúrgico
 - Glossectomia total ou subtotal
 - Esvaziamento cervical radical modificado a esquerda
 - Citar possibilidade de laringectomia total
 - Reconstrução
- Radioterapia adjuvante

NCCN Guidelines Version 2.2025
Cancer of the Oropharynx (p16-negative)

Questão 3 - Paciente masculino de 23 anos, branco, natural e procedente de SP (figura 1) com queixa principal de nódulo cervical.



Figura 1 – fotografia evidenciando o local da queixa do paciente.

Há cerca de 1 mês apresentou episódio de lipotimia, associado a pico hipertensivo. Na investigação feita pelo cardiologista, o ultrassom doppler das carótidas evidenciou nódulo sólido de cerca de 2 cm, na altura da bifurcação das carótidas a esquerda (figura 2).

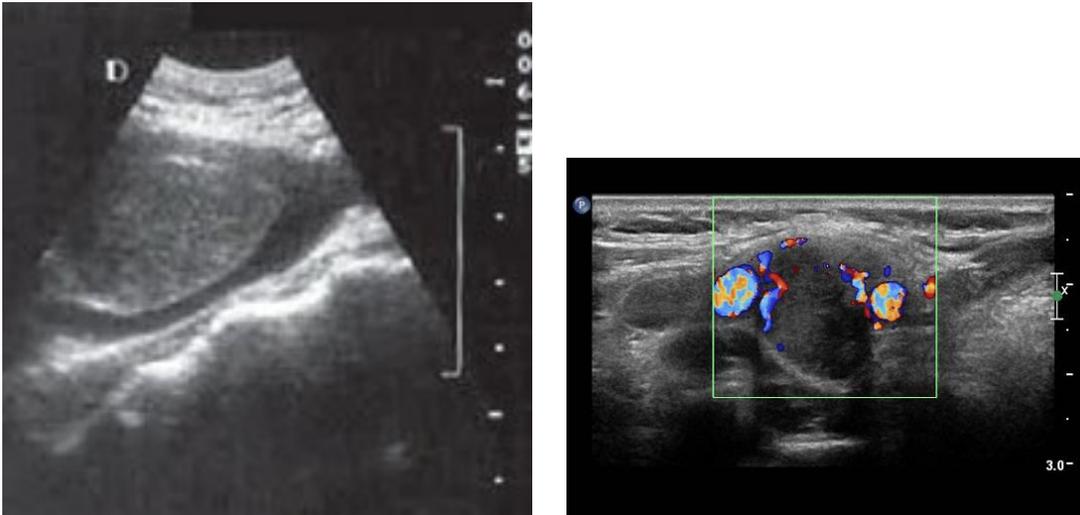


Figura 2 – imagens ultrassonográficas na região do nível II esquerdo.

1 - Considerando que esse nódulo, ao exame físico, apresenta mobilidade ântero-posterior e imobilidade crânio-caudal, qual sua principal hipótese diagnóstica:

Resposta: **Tumor de corpo carotídeo ou glomus carotídeo ou quimiodectoma carotídeo ou paraganglioma carotídeo. (0,2)**

Fonte - Shah J, Patel SG, Singh B. Head and Neck Surgery and Oncology. 5a Ed. Elsevier, 2019 - Surgical Treatment página 574, parágrafo 4º e páginas 575, 576 e 576 (Radiographic Evaluation) .

2 – Que exame complementar não deve ser realizado?

Resposta: **PAAF, core byopsi, biopsia aberta (0,2)**

Fonte - Shah J, Patel SG, Singh B. Head and Neck Surgery and Oncology. 5a Ed. Elsevier, 2019 - Surgical Treatment página 575, parágrafo 2º .

A angiotomografia computadorizada dos vasos cervicais evidencia:

Figura 3 – corte tomográfico na altura da bifurcação das carótidas, evidenciando a relação do tumor com as artérias carótidas interna e externa.

3 - Baseado nessa imagem, qual a classificação Shamblin?



Resposta: **Shamblin 3. (0,4)**

Fonte - Shah J, Patel SG, Singh B. Head and Neck Surgery and Oncology. 5a Ed. Elsevier, 2019 - Surgical Treatment página 573, figura 14-9.

4 - Que exame deve ser solicitado, tendo em consideração que o tumor foi descoberto num contexto de lipotimia e crise hipertensiva?

Resposta: **Metanefrinas séricas ou urinárias, para saber se o tumor é funcionante. (0,4)**

Fonte - Shah J, Patel SG, Singh B. Head and Neck Surgery and Oncology. 5a Ed. Elsevier, 2019 - Surgical Treatment página 572, 4º parágrafo

5 - Tendo em consideração a tenra idade do paciente, que outro exame está indicado nesse caso?

Resposta: **Teste genético para paraganglioma hereditário. (0,4)**

Fonte - Shah J, Patel SG, Singh B. Head and Neck Surgery and Oncology. 5a Ed. Elsevier, 2019 - Surgical Treatment página 572.

RESULTADO E INTERPRETAÇÃO

• SNV

Condição Clínica	Herança	Gene	Posição cromossômica	Variante	Zigosidade	Classificação
Paragangliomas 5 [OMIM: 614165]	autossômica dominante	SDHA	chr5: 226.049	NM_004168.4: c.509del.p.(Gln170Argfs*56)	heterozigose (44,44%)	provavelmente patogênica

Comentários

sem depósito no dbSNP
ausente no banco de controles populacionais (gnomAD)
ausente no ClinVar
preditores *in silico*: indeterminado
não foi encontrada na literatura científica
evidências ACMG: PM2,PVS1

GENE/TRANSCRITO: SDHA (NM_004168.4)

VARIANTE: c.509del.p.(Gln170Argfs*56)

CLASSIFICAÇÃO: Patogênica

O gene *SDHA* está associado à Síndrome do Paraganglioma/Feocromocitoma hereditário, de herança autossômica dominante [OMIM:614165] e associação com Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST). A Síndrome do Paraganglioma/Feocromocitoma hereditário é caracterizada pela predisposição ao desenvolvimento de paragangliomas (tumores dos tecidos neuroendócrinos distribuídos ao longo do eixo paravertebral desde a base do crânio até a pelve) e feocromocitomas (paragangliomas confinados à glândula adrenal). Além do gene *SDHA*, outros genes também estão associados à síndrome: *MAX*, *SDHAF2*, *SDHB*, *SDHC*, *SDHD* e *TMEM127* (PubMed: 20301715).

Este teste identificou a variante provavelmente patogênica c.509del.p.(Gln170Argfs*56), em heterozigose (44,44%), no éxon 5 do gene *SDHA*. Trata-se de uma variante que, preditivamente, leva à alteração da matriz de leitura (frameshift) ao promover a substituição de um aminoácido, com consequente parada precoce da tradução proteica resultando em uma proteína truncada. Esta variante, sem depósito no dbSNP, está ausente no banco de controles populacionais (gnomAD), não foi encontrada na literatura científica e está ausente no ClinVar. Preditores *in silico* indicam o efeito dessa variante como indeterminado.

Nessas figuras é possível ver a peça já ressecada (figura 4) e o campo operatório (figura 5).



Figura 4 – Fotografia da peça cirúrgica, mostrando que foi necessário ressecar o bulbo carotídeo e a parte da artéria carótida interna.

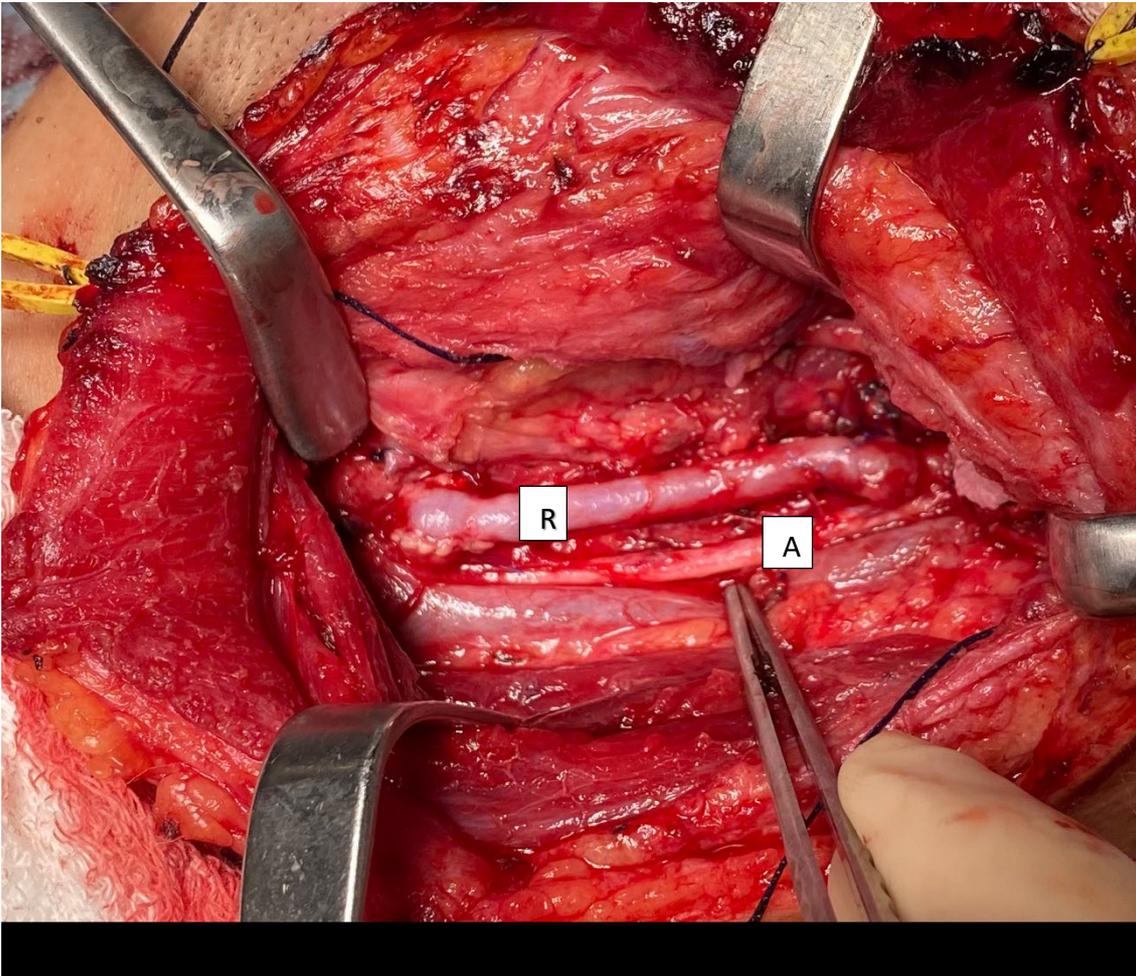


Figura 5 – Campo operatório. R indica a reconstrução com a veia safena, utilizada na reconstrução da carótida (anastomose comum-interna, término-terminal).

6 - Nessa mesma figura 5 há a indicação de uma estrutura anatômica na letra A (na ponta da pinça). Que estrutura é essa?

Resposta: **Nervo vago, X par craniano, esquerdo.** (0,4)

Questão 4 - A imagem abaixo representa a confecção de um dos principais retalhos utilizados na reconstrução após ressecção de câncer de cabeça e pescoço.



- a) Descreva o nome do retalho e o tipo de padrão vascular de acordo com a classificação do de Mathes e Nahai?(0,4)

Resposta: **Retalho miocutâneo de musculo trapézio. Classificação do padrão vascular Tipo II de Mathes e Nahai**

- b) Descreva a origem dos vasos, a vascularização e inervação do músculo do retalho?(0,6)

Resposta: **A vascularização do retalho é proveniente principalmente da artéria e veia cervical transversa que é ramo do tronco tireocervical. Além de receber suplemento vascular da artéria escapular dorsal (inferiormente) e da artéria occipital (superiormente). O musculo é inervado pelo nervo acessório(motor) e por nervos espinhais originados de C2 a C4.**

- c) Descreva 2 indicações de reconstrução com esse retalho e uma contra-indicação pela ablação oncológica.(0,5)

Resposta:

Reconstrução de defeitos cervicais posteriores e laterais

Cobertura de defeitos em região occipital ou nuca

Reconstrução de defeitos do couro cabeludo posterior

Cobertura de defeitos na fossa infratemporal, base do crânio lateral e região mastoidea ou orelha

Reconstrução de traqueostomia ou fístulas traqueocutâneas crônicas

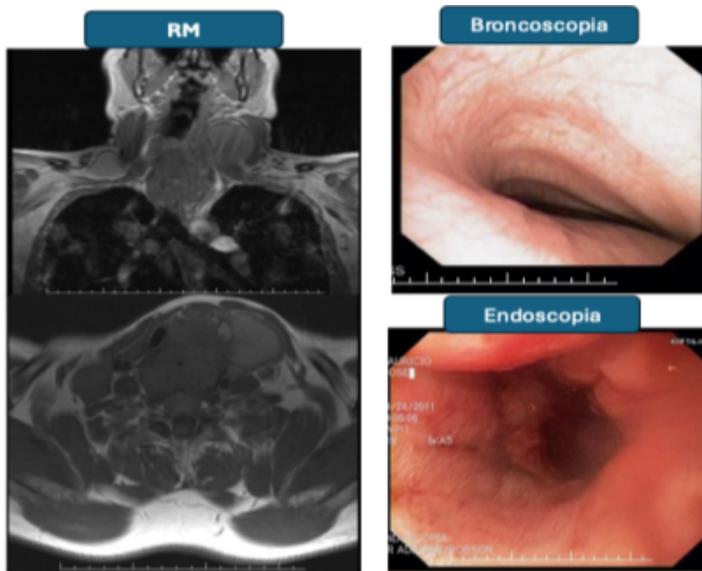
Contra-indicação: ligadura dos vasos cervicais transversos na ressecção tumoral ou esvaziamento cervical

d) Qual o erro mais comum na confecção desse retalho e como evitar? (0,5)

Resposta: O erro mais comum realizado na confecção do retalho miocutâneo de trapezius é a falha ao levantar o retalho em um plano superficial ao musculo romboide maior e menor. Esse erro pode ser evitando por iniciar a dissecação e elevação do retalho pela borda lateral inferior ao nível da porção caudal do musculo trapézio

Urken ML, Cheney ML, Blackwell KE, Harris JR, Hadlock TA, Futran N. Atlas of Regional and Free Flaps for Head and Neck Reconstruction. 2a Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2012, pp 27-36.

Questão 5 – Paciente masculino, com 29 anos, com tumoração cervical anterolateral esquerda de crescimento progressivo há 3 anos, associado a disfonia e dispneia moderada aos esforços há 6 meses. Diagnóstico citológico de carcinoma papífero. Vídeo laringoscopia evidencia paralisia de prega vocal esquerda. A ressonância do pescoço descreve compressão da traqueia e invasão do esôfago cervical associado linfonomegalia cervical volumosa a esquerda (Figura 1). A endoscopia digestiva alta evidencia infiltração de mucosa de esôfago (Figura 2) e broncoscopia revela compressão de parede traqueal sem infiltração de mucosa traqueal (Figura 3). Estadiado como cT4aN1bM0.



- a) Descreva com detalhes a tumoração de acordo com a visualização dos exames. (0,8)

Resposta: Extensão e volumosa tumoração de tireoide comprometendo toda a glândula, com invasão de musculatura pre-tireoideana, mas com principal componente a esquerda com invasão de esôfago cervical com obliteração quase total da luz esofágica (imagem RM), e com invasão da luz do esôfago vista a EDA. Além da presença de metástase cística volumosa a esquerda, observa-se também um deslocamento importante lateral direito da traqueia associado a um achatamento significativo da parede da traqueal com diminuição importante da luz (imagem RM), com sinais de infiltração traqueal (Imagem RM), mas sem sinais de destruição de anéis traqueias e de infiltração da luz como visto na broncoscopia.

- b) Cite pelo menos 2 mutações genéticas que podem ser pesquisadas e que estão associadas às formas mais agressivas do carcinoma papilífero da tireoide. (0,4)

Resposta: Mutação BRAF V600E, TERT, Rearranjos RET/PTC, TP53, RAS, PAX8/PPAR γ

c) Descreva de forma detalhada a sua conduta terapêutica? (0,8)

Resposta: **Tireoidectomia total ampliada para musculatura pre-tireoideana, nervo laríngeo recorrente esquerdo, buscando preservar o direito, associada a shaving em traqueia e ressecção de esôfago (esofagectomia total pela extensão da invasão) com reconstrução com tubo gástrico + esvaziamento cervical esquerdo (Níveis II-V) ou radical modificado + esvaziamento do compartimento central (nível VI) e de mediastino superior (nível VII) + Esvaziamento cervical II-IV direito tático pelo volume do tumor, com ou sem traqueostomia a depender da avaliação final.**

-- Iodoterapia adjuvante, se carcinoma papilífero bem diferenciado. No entanto, considerar radioterapia adjuvante caso não seja iodo captante, ou na presença de doença residual grosseira ou se o AP apresentar um subtipo agressivo

Jatin Shah's Head and Neck surgery and Oncology. Thyroid And Parathyroid Glands, 5th ed. 2019, pp 529.

American Thyroid Association Professional Guidelines. Disponível em: <https://www.thyroid.org/professionals/ata-professional-guidelines/>. 2015

American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules

and Differentiated Thyroid Cancer The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Recomendação 17, 21