

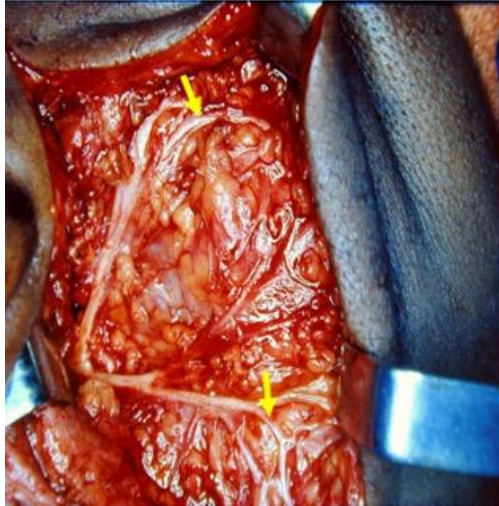


**Sociedade Brasileira de  
Cirurgia de Cabeça e Pescoço**

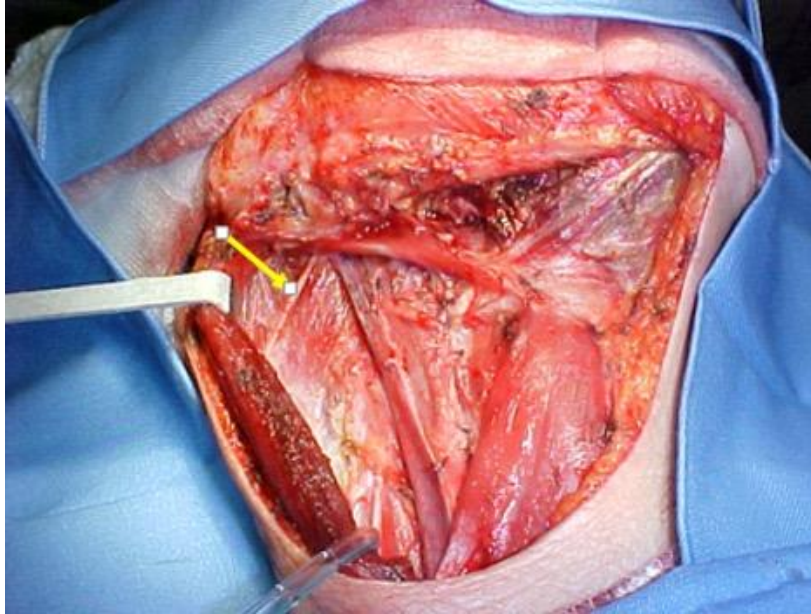
**PROVA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO 2019**

**PRIMEIRA FASE – PROVA DE MÚLTIPLA ESCOLHA**

1. A imagem abaixo demonstra o leito operatório ao final de uma ressecção de tumor de parótida direita. Baseado nisso, assinale a alternativa que identifica corretamente as estruturas apontadas nas setas:



- a) **Ramo temporal do nervo facial; ramo cervical do nervo facial.**
  - b) Ramo temporal do nervo trigêmeo; ramo cervical do nervo facial.
  - c) Ramo temporal do nervo facial; ramo bucal do nervo trigêmeo.
  - d) Ramo zigomático nervo facial; ramo mandibular (marginal) do nervo facial.
2. Qual estrutura auxilia na localização do tronco do nervo facial, e como se denomina o local da saída deste nervo no crânio, respectivamente?
- a) Ventre anterior do músculo digástrico; forame estilo mastoideo.
  - b) Processo estiloide; “pointer” do conduto auditivo.
  - c) **Ventre posterior do músculo digástrico; forame estilo mastoideo.**
  - d) “pointer” do conduto auditivo; forame estiloide.
3. A imagem abaixo demonstra o campo operatório de um paciente ao final de um esvaziamento cervical a direita. Assinale a alternativa que corretamente identifica o que a seta aponta e qual sua sintopia mais frequente em relação à veia jugular interna na base do crânio.

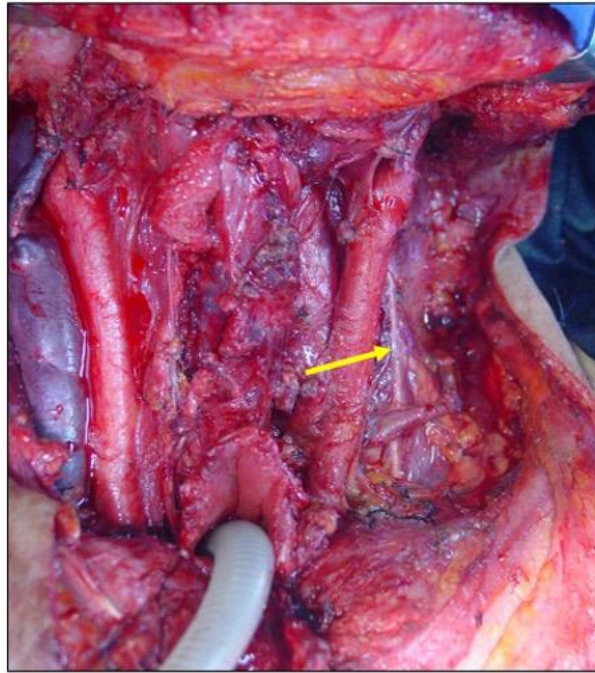


- a) Nervo hipoglosso; medial.
- b) **Nervo acessório; ântero-lateral.**
- c) Nervo acessório; póstero-lateral.
- d) Nervo auricular magno; superficial.

4. Em relação à veia jugular interna na base do crânio, assinale a alternativa que corretamente demonstra outras estruturas que a acompanham.

- a) Nervo hipoglosso e plexo simpático.
- b) Nervo facial e nervo mandibular.
- c) **Nervo vago e nervo glossofaríngeo.**
- d) Plexo cervical e plexo simpático.

A imagem abaixo demonstra o campo operatório de um paciente ao final de uma laringectomia total e esvaziamento cervical bilateral e serve de base para as questões 5 e 6.



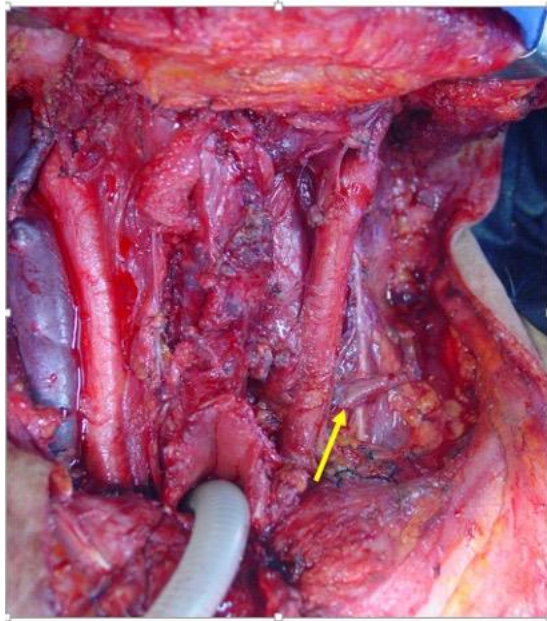
5. Com base na imagem, assinale a alternativa que corretamente descreve, respectivamente, a estrutura assinalada na seta, de que estrutura esta se origina e em que músculo está apoiada.

- a) Nervo supra-calvicular, plexo braquial e músculo levantador da escápula.
- b) Nervo acessório, bulbo e músculo trapézio.
- c) Nervo frênico, base do crânio e músculo escaleno médio.
- d) **Nervo fênico, plexo cervical e músculo escaleno anterior.**

6. A estrutura que originou o assinalado na seta também da origem ao:

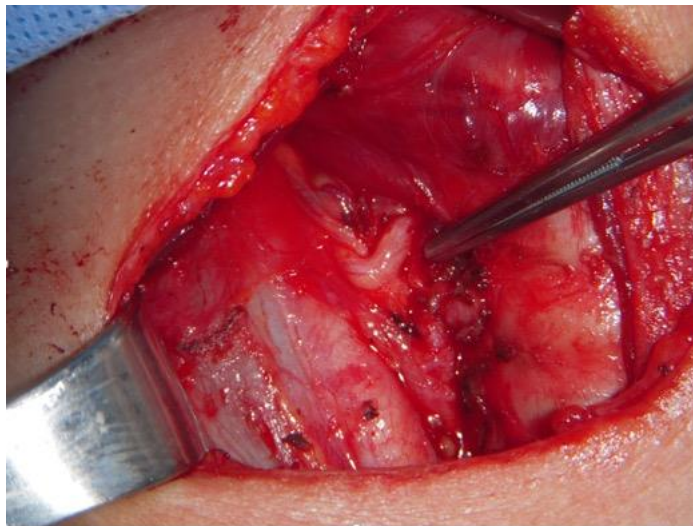
- a) Nervo peitoral.
- b) Nervo vago.
- c) **Nervo auricular magno.**
- d) Plexo simpático

7. Com relação ao mesmo caso demonstrado para as questões 5 e 6, a seta agora aponta para uma artéria. Dessa forma, assinale a alternativa que corretamente demonstra a estrutura que se origina do mesmo vaso que originou a artéria apontada.



- a) Artéria acrômio clavicular.
- b) Artéria intercostal.
- c) Artéria vertebral.
- d) Artéria imã.

8. A imagem abaixo demonstra o leito tireoidiano direito ao final de uma tireoidectomia e, diante do achado da estrutura apontada, espera-se encontrar também:



- a) Ausência da paratireoide superior direita.
- b) Dextrocardia.
- c) Artéria subclávia direita retroesofágica.
- d) Hipertrofia de tubérculo lateral da tireoide.

9. Assinale a condição pré-maligna de mucosa bucal que apresenta o maior risco de transformação maligna:

- a) Leucoplasia Homogênea.
- b) Eritroplasia.
- c) Leucoplasia não homogênea.
- d) Linquen plano.

10. Paciente submetido a exérese de lesão ulcerada de borda lateral de língua e esvaziamento cervical. O relatório anatomopatológico identificou carcinoma de células escamosas medindo 1,5 cm no maior diâmetro, DOI (*deep of invasion*) de 5,5 mm, além de linfonodo metastático em nível IIa ipsilateral medindo 3,0 cm, com ausência de extravasamento capsular. Com essas informações, assinale a alternativa que corretamente demonstra o estadiamento patológico (pTNM) da lesão.

- a) T2 N1 M0
- b) T1 N1 M0
- c) T2 N2a M0
- d) T1 N2a M0

11. Assinale os fatores preditivos de recorrência local mais importantes, em pacientes portadores de carcinoma de células escamosas de língua tratados com cirurgia radical.

- a) Margens cirúrgicas positivas/exíguas e presença de invasão perineural.
- b) Margens cirúrgicas positivas/exíguas e alto grau de malignidade.
- c) Profundidade de invasão tumoral (DOI) > 10 mm e margens cirúrgicas positivas/exíguas.
- d) Estádio pT e margens cirúrgicas positivas/exíguas.

12. Com relação aos pacientes não candidatos a tratamento cirúrgico radical para câncer avançado de cabeça e pescoço e submetidos à quimioterapia ou radio-quimioterapia é **incorreto** afirmar que:

- a) Toxicidade renal, ototoxicidade e mielossupressão são efeitos tóxicos associados à cisplatina.
- b) Cetuximab é a droga sobre a qual há as maiores evidências na literatura de efeito radio-sensibilizador para pacientes portadores de câncer avançado de cabeça e pescoço (estádio III-IV).
- c) A cisplatina é excretada quase que exclusivamente pela urina.
- d) Para pacientes com metástases a distância, a adição de cetuximab ao esquema quimioterápico tradicional oferece melhora significativa na sobrevida global, porém só deverá ser implementado naqueles que apresentam amplificação do fator receptor de crescimento epidérmico (EGFR).

13. A imagem abaixo demonstra a programação de reconstrução de um defeito do lábio inferior. O retalho apresentado é de:



- a) Abbe.
- b) Estlander.
- c) Zimanovsky.
- d) Karapandzci.

O texto a seguir refere-se às questões 14 e 15.

Paciente de 60 anos, diabético, com queixa de abaulamento em região submentoniana e submandibular bilateral de rápida evolução. Refere ter sido submetido a tratamento endodôntico há 4 dias em primeiro molar inferior a direita. Realizou ultrassonografia da região cervical que não identificou coleção.

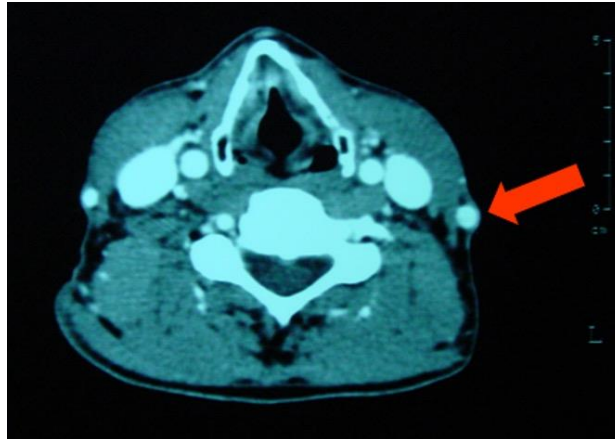
14. Qual a principal hipótese diagnóstica para esse paciente?

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

15. Qual a melhor conduta para este caso?

- a) Corticoterapia e observação.
- b) Antibioticoterapia via oral.
- c) Curetagem mandibular e antibioticoterapia.
- d) **Drenagem cirúrgica independentemente da presença de coleção**

16. Com base na imagem abaixo, assinale a alternativa que corretamente descreve, respectivamente, o exame realizado, seu corte e a estrutura apontada.



- a) Tomografia computadorizada com contraste endovenoso; corte coronal; linfonodo no nível V.
- b) Tomografia computadorizada com contraste endovenoso; corte transversal; veia jugular externa.**
- c) Ressonância magnética com contraste endovenoso; corte axial; linfonodo no nível V.
- d) Ressonância magnética com contraste endovenoso; corte transversal; veia jugular externa.

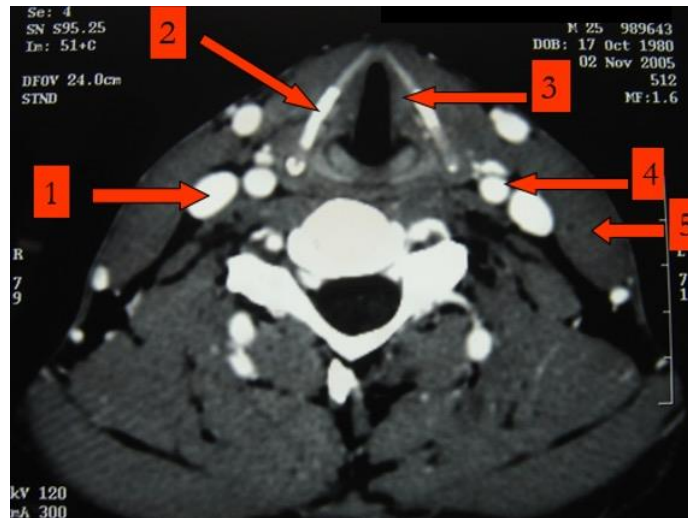
17. Com base na imagem abaixo, assinale a alternativa que corretamente descreve, respectivamente, o exame realizado, seu corte e a estrutura apontada.



- a) Tomografia computadorizada com contraste endovenoso; corte coronal; hipófise.
- b) Tomografia computadorizada com contraste endovenoso, corte transversal; seio cavernoso.
- c) Ressonância magnética com contraste endovenoso; corte axial; hipófise.
- d) Ressonância magnética; corte coronal; artéria carótida interna.**

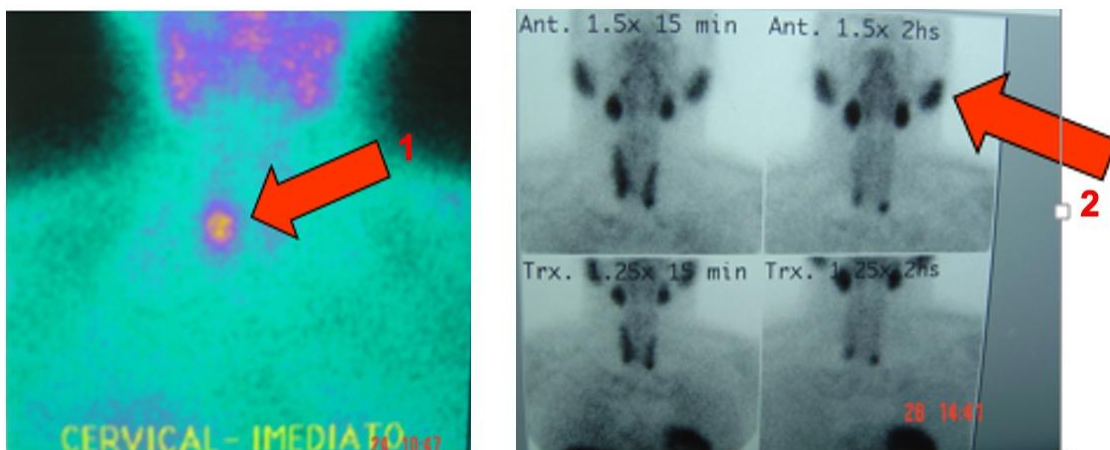


18. Com base na imagem abaixo, assinale a alternativa que corretamente descreve, respectivamente, as estruturas apontadas nas setas numeradas de 1 a 5.



- a) Veia jugular interna; osso hioide; prega vestibular; artéria carótida externa; linfonodo.
- b) Veia jugular interna; cartilagem cricoide; ventrículo laríngeo; artéria carótida interna; músculo tiro-hioideo.
- c) Veia jugular interna; cartilagem tireoide; prega vocal; artéria carótida comum; músculo esternocleido mastoideo;
- d) Veia jugular interna; cartilagem tireoide; prega vocal; artéria carótida externa; músculo esternocleido mastoideo

19. O exame demonstrado abaixo foi solicitado na investigação de um quadro de hipercalcemia. Dessa forma, assinale a alternativa que corretamente descreve, respectivamente, o nome do exame e as estruturas apontadas nas setas 1 e 2.



- a) PET scan; lobo direito da tireoide; ângulo da mandíbula.
- b) Cintilografia; lobo direito da tireoide; ângulo da mandíbula.
- c) Cintilografia; paratireoide direita; parótida esquerda.
- d) Cintilografia; paratireoide superior direita; glândula submandibular esquerda.

20. Mulher de 39 anos com diagnóstico de nódulo tireoidiano de 2,5 cm (citologia compatível com carcinoma papilífero, ultrassom identifica o nódulo como de risco elevado para malignidade, sem linfonodos suspeitos). O nódulo passou a ser investigado após identificação do nódulo pela própria paciente ao se observar no espelho. Sem comorbidades conhecidas, com antecedente de uma gravidez aos 26 anos, com nascimento via parto normal, sem intercorrências. Não tabagista, com índice de massa corpórea de 23 (IMC=23). Exame físico sem qualquer alteração, exceto a presença do nódulo tireoideano. A proposta terapêutica é de tireoidectomia total associada a exploração do nível VI. No preparo pré-operatório desta cirurgia, são imprescindíveis os seguintes exames:

- a) Eletrocardiograma, hemograma completo e coagulograma.
- b) Hemograma e coagulograma.
- c) Eletrocardiograma, uréia e creatinina.
- d) **Nenhum exame é necessário.**

21. Contaminação de leito cirúrgico previamente à cirurgia (contaminantes da pele, bactérias do trato aerodigestório e infecção secundária do tumor) é um dos fatores que contribuem para a ocorrência de infecção de parede e fístulas nos pós-operatórios. Qual esquema de antibioticoterapia é o mais adequado nesta situação?

- a) Antibioticoterapia na semana que antecede a cirurgia, a fim de eliminar estes contaminantes.
- b) Uso de antibióticos de amplo espectro durante os sete primeiros dias do pós-operatório.
- c) **Uso de antibioticoprofilaxia iniciada duas horas antes do início da cirurgia e não devendo se prolongar por mais de 48 horas após o seu término.**
- d) Uso abundante de enxaguatórios bucais e saponáceos degermantes nos dias que antecedem a cirurgia.

22. Os livros textos trazem a informação de que as complicações perioperatórias aumentam quando o paciente perde mais de 10% de seu peso nos meses que antecedem a cirurgia. Em nosso meio, isto é uma rotina, sendo frequentes perdas ainda maiores. Uma alternativa para a nutrição dos doentes é a realização de uma gastrostomia endoscópica percutânea. Porém, não é um procedimento sem complicações. Quais são, respectivamente, as duas principais complicações maiores e as duas principais complicações menores deste procedimento?

- a) Deiscência de parede e fístula gastrocolicocutânea; perda da cânula e infecção periestomal.
- b) **Peritonite e perfuração de órgãos intra-abdominais; vazamento em torno da cânula e íleo prolongado.**
- c) Íleo prolongado e fístula necrotizante; obstrução da cânula e aspiração respiratória.
- d) Migração do tubo para o intestino delgado e infecção da parede; aspiração e peritonite.

23. O esvaziamento cervical é muito indicado no tratamento das neoplasias de cabeça e pescoço. A fístula quilosa ou linfática atribuída à lesão do ducto torácico e de seus ramos, é uma de suas complicações pós-operatórias. Para seu melhor manejo, sugere-se:

- a) Jejum oral e nutrição parenteral total rica em triglicérides de cadeia média associada à compressão da fossa supraclavicular e drenos em aspiração contínua.
- b) Dieta zero nos três primeiros dias do diagnóstico da fístula e compressão da fossa supraclavicular.
- c) Dieta oral ou enteral, conforme a possibilidade, rica em triglicérides de cadeia média, compressão da fossa supraclavicular e drenos sem necessidade de aspiração contínua.
- d) Reabordagem cirúrgica precoce com identificação e ligadura do ducto em seu trajeto mediastinal.

24. A ocorrência de fístulas faringo-cutâneas após laringectomias totais é relativamente frequente. São considerados como prováveis fatores predisponentes para sua ocorrência:

- a) Não manutenção da antibioticoterapia terapêutica no pós-operatório e uso de pontos separados na sutura.
- b) Radioterapia prévia, albumina sérica baixa no pré-operatório e ressecção significativa da hipofaringe.
- c) Realimentação oral precoce e sutura mecânica.
- d) Uso de drenos de sucção contínua e curativos compressivos

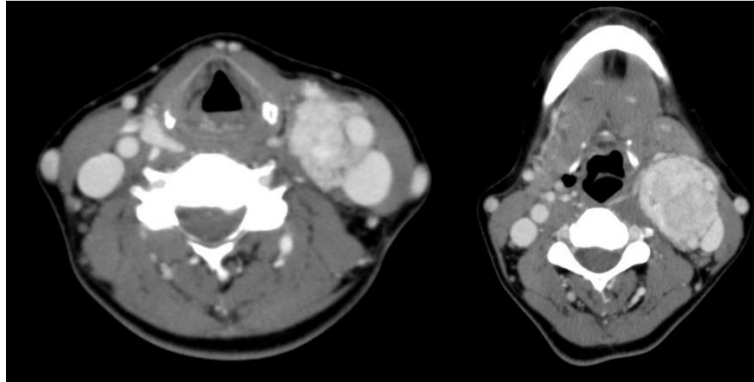
25. Homem, 71 anos, submetido a glossectomia parcial esquerda associada a esvaziamento cervical ipsilateral dos níveis I-III por um carcinoma de células escamosas pT2pN1M0 de borda de língua, recebeu radioterapia adjuvante no pós-operatório devido a presença de invasão perineural no sítio primário. Na consulta de 6 meses após o tratamento, foi identificado linfonodo de 2,0 cm na área não esvaziada ipsilateral. Foi então indicado um esvaziamento de resgate, envolvendo apenas os níveis não abordados anteriormente. Quais estruturas estarão em risco nesta nova cirurgia?

- a) O ramo espinal do acessório, o plexo braquial e a artéria cervical transversa.
- b) Os nervos vago, acessório e hipoglosso.
- c) A artéria cervical transversa, a veia subclávia e o ramo externo do nervo laríngeo superior.
- d) A veia jugular interna, o nervo laríngeo inferior e o nervo frênico.

26. A ocorrência de disfagia após o tratamento não cirúrgico dos carcinomas da região da cabeça e pescoço tem se tornado uma das grandes preocupações na evolução tardia dos pacientes. São fatores associados ao aumento deste risco:

- a) Tumores das pregas ariepiglóticas e dos recessos piriformes e doses acima de 50 Gy aplicadas sobre a musculatura constritora da faringe.
- b) Doses acima de 20 Gy sobre o esfíncter faringo-esofágico e tumores glóticos.
- c) Tumores HPV relacionados e linfonodos cervicais comprometidos.
- d) Presença de sonda nasoenteral durante o tratamento e tumores da orofaringe.

27. Homem de 36 anos vem com queixa de nódulo cervical de crescimento progressivo, notado há 1 ano. O nódulo é indolor, sem qualquer sintoma associado ou outra queixa. O paciente é previamente hígido, tabagista 10 anos/maço e etilista social e realizou o exame demonstrado na imagem abaixo. Qual a principal hipótese diagnóstica?



- a) Paraganglioma carotídeo.
- b) Cisto branquial.
- c) Metástase de carcinoma.
- d) Glomus jugulo-timpânico.

28. Homem de 65 anos, queixa de nódulo cervical anterior de aparecimento há 6 meses, indolor. Ao exame físico há nódulo bem delimitado em linha média, na altura da cartilagem tireoide, móvel à protusão da língua, medindo 4,0 cm no maior diâmetro conforme demonstrado na imagem abaixo.



Com base no caso, assinale a alternativa correta:

- a) A idade não exclui o diagnóstico de malformação congênita e o cisto do ducto tireoglosso é a hipótese mais provável.
- b) Devido à faixa etária, a hipótese mais provável é de metástase de carcinoma.
- c) Deve ser realizada biópsia excisional do nódulo para diagnóstico definitivo.
- d) Cisto do ducto tireoglosso e cisto branquial estão entre os diagnósticos diferenciais.

29. Lactente de 3 meses vem encaminhado para sua avaliação por nódulo cervical a direita. A criança é saudável e apresenta desenvolvimento adequado para a idade e curvas de crescimento e peso satisfatórias. Ao exame físico há nódulo palpável em nível II a direita, junto ao músculo esternocleidomastoideo, endurecido, pouco móvel, mede aproximadamente 2,0 cm. Traz ultrassonografia cervical que descreve lesão nodular em músculo esternocleidomastoideo, achado compatível com “*fibromatosis colli*”. Qual a principal hipótese diagnóstica e a melhor conduta neste momento, respectivamente?

- a) **Torcicolo congênito e fisioterapia.**
- b) Torcicolo congênito e ressecção cirúrgica da fibrose.
- c) Linfonomegalia reacional e seguimento.
- d) Cisto branquial e ressecção cirúrgica aos 2 anos de idade.

30. Mulher de 45 anos, previamente hígida vem em consulta com história de otalgia direita há 5 meses, tratada como otite com antibióticos, sem melhora. Após um mês apresentou massa cervical de crescimento progressivo. Ao exame físico apresenta massa palpável de 10 cm acometendo os níveis II e III a direita, endurecida e fixa e nódulo de 3,0 cm endurecido e arredondado no nível III a esquerda. A oroscopia e laringoscopia com ótica rígida não demonstram sem lesões de mucosa, porém há paralisia da prega vocal direita. Ainda, a motricidade e a sensibilidade faciais são preservadas, motricidade e sensibilidade da língua normais, sensibilidade diminuída em orofaringe a direita e motricidade ocular e acuidade visual preservadas. Percebe-se também atrofia do músculo trapézio direito. Com essas informações, assinale a alternativa que melhor relaciona hipótese diagnóstica aos achados do exame físico.

- a) **Metástase de carcinoma de nasofaringe, pois os achados de exame físico sugerem compressão de forame jugular direito pela massa.**
- b) Linfoma, pois os achados do exame físico sugerem acometimento intracraniano.
- c) Metástase de carcinoma de sítio primário oculto, pois os achados do exame físico sugerem compressão do forame oval.
- d) Sarcoma, pois os achados do exame físico sugerem invasão do seio cavernoso direito pela massa.

31. De acordo com a classificação dos retalhos miocutâneos de Mathes e Nahai, qual alternativa apresenta retalhos utilizados na reconstrução dos defeitos cirúrgicos em cabeça e pescoço tem apenas retalhos com circulação Tipo II?

- a) Temporal, peitoral e platisma.
- b) Grande dorsal, peitoral e trapézio.
- c) **Platisma, esternocleidomastoideo e trapézio.**
- d) Grande dorsal, temporal e esternocleidomastoideo.

32. Dos retalhos citados abaixo, assinale a alternativa que demonstra o retalho utilizado com maior frequência em reconstrução dos defeitos em cirurgia e cabeça e pescoço?

- a) Retalho miocutâneo de platisma.
- b) Retalho miocutâneo de esternocleidomastoideo.
- c) **Retalho miocutâneo de peitoral.**
- d) Retalho miocutâneo de trapézio.

33. Em relação ao emprego de retalhos locais na reconstrução de defeitos de cabeça e pescoço, é correto afirmar que:

- a) Sempre que possível, os retalhos locais devem ser evitados, devido a resultados estéticos inferiores.
- b) A localização e tamanho do defeito são os dois mais importantes fatores que definem a escolha de um específico retalho.
- c) A principal indicação desses retalhos são médios defeitos que necessitem de melhor resultado estético.
- d) A radioterapia prévia é uma boa indicação na utilização de retalhos locais, dada a similaridade com a pele adjacente.

34. Quanto as características do retalho osteomiocutâneo de fíbula podemos afirmar que:

- a) É o retalho mais utilizado na reconstrução de mandíbula, porém com limitação no tamanho de no máximo 20 cm.
- b) Uma das principais vantagens é a possibilidade de múltiplas osteostomias devido ao rico suprimento sanguíneo periosteal.
- c) Uma desvantagem é a espessura da fíbula, que pode limitar a colocação de implantes ósseos integrados, porém isso é resolvido com emprego de distratores.
- d) Quanto à morbidade da área doadora, as sequelas são raras, sendo as potencialmente mais graves a lesão vascular e a lesão do nervo tibial.

35. A sialoadenite pós-dose de iodo radiativo ( $I^{131}$ ), se não muito frequente, é uma complicação que impacta substancialmente a vida de alguns pacientes. Das alternativas abaixo, qual melhor descreve a etiologia desta complicação?

- a) O iodo é captado pelas glândulas salivares devido à presença das proteínas NIS (*sodium iodine symporter*), causando dano tecidual especialmente nas células serosas da glândula, com formação de edema periductal que prejudica o fluxo salivar.
- b) O iodo<sup>131</sup> leva a aumento de excreção de cálcio intraductal e consequente obstrução do fluxo salivar.
- c) O iodo radiativo não é captado pelas glândulas salivares e sua excreção por esta via é mínima. Quadros de sialadenite associados à dose de iodo ocorrem pela baixa ingestão hídrica no preparo do paciente para o tratamento.
- d) A fibrose causada pela irradiação do tecido glandular pelo  $I^{131}$  leva à tortuosidade dos ductos terciários, dificultando o fluxo salivar.

36. Mulher de 52 anos submetidos a parotidectomia parcial superficial com preservação do nervo facial devido a adenoma pleomórfico (confirmado no exame anatomopatológico pós-operatório) localizado no terço médio da glândula e medindo 2,0 cm. Evolui no pós-operatório com alteração funcional no músculo depressor do lábio ipsilateral e com anestesia dos 2/3 inferiores do pavilhão auricular. Quais lesões e mecanismos justificam, respectivamente, estas complicações e qual seu prognóstico mais provável?

- a) Tração do ramo mandibular marginal, resultando em paralisia temporária e secção do nervo auricular maior ou de seus ramos, resultando em déficit definitivo.
- b) Lesão eletro-térmica do ramo mandibular marginal resultando em paralisia temporária e tração do nervo auricular causando déficit temporário.
- c) Tração do tronco do nervo facial tendo como resultado a perda de função temporária do ramo marginal da mandíbula e secção do nervo auricular maior, resultando em anestesia temporária.
- d) Secção e conseqüente déficit definitivo do ramo mandibular marginal e do nervo auricular maior são as complicações mais frequentes nas parotidectomias.

37. Paciente com história de tumor em submandibular esquerda operado há 7 anos e com resultado "maligno" (SIC). Durante exames de rotina, foram identificadas múltiplas lesões pulmonares, cujo resultado de biópsia correspondeu a metástase pulmonar de tumor de glândula salivar. Qual o provável tumor inicial desse paciente?

- a) Carcinoma indiferenciado.
- b) Carcinoma adenoide cístico.
- c) Carcinoma de células acinares.
- d) Carcinoma de células escamosas.

38. Paciente 60 anos, com nódulo em região parotídea, fixo, sem mobilidade da pele e com paralisia do nervo facial. Provavelmente trata-se de qual tipo histológico, por ser o mais frequente?

- a) Carcinoma mucoepidermoide.
- b) Carcinoma de células escamosas.
- c) Carcinoma adenoide cístico.
- d) Carcinoma de células acinares.

39. Em relação às doenças do espaço laterofaríngeo (ou parafaríngeo), assinale a alternativa correta.

- a) A maioria dos tumores de espaço pre-estiloide é de origem salivar.
- b) Aproximadamente 80% das neoplasias do espaço laterofaríngeo são malignas e 20% são benignas.
- c) A maioria dos tumores do espaço pre-estiloide consiste em lesões neurogênicas ou vasculares.
- d) O espaço parafaríngeo não tem contato com o espaço pre-vertebral.

40. Mulher, 43 anos, com lesão escurecida em região de sulco nasogeniano esquerdo, já ressecada, com margem de 1,0 mm, retorna com o seguinte resultado de exame anatomopatológico: melanoma maligno não ulcerado, medindo 8 x 6 mm de diâmetro e espessura de 1,8 mm. Menos de 1 mitose / mm<sup>2</sup>, sem evidência de invasão perineural ou vascular. Diante desse caso, assinale a alternativa que descreve os procedimentos indicados para o tratamento desta paciente:

- a) Pesquisa de linfonodo sentinela e ressecção da cicatriz da ressecção da lesão primária com margem mínima de 1,0 cm.
- b) Ampliação da ressecção do sítio primário com margem de 2,0 cm e encaminhamento para radioterapia pós-operatória.
- c) Ampliação da ressecção do sítio primário com margem de 2,0 cm e realização de parotidectomia superficial e esvaziamento cervical seletivo dos níveis I a III, ipsilateral a lesão.
- d) A ressecção foi suficiente (T1) e não há indicação de nova abordagem cirúrgica, porém a paciente deve ser seguida mensalmente para avaliação loco-regional.

41. O melanoma maligno mucoso tem sua maior ocorrência na região da cabeça e pescoço. Além de sua óbvia não relação com a exposição solar, tem um comportamento mais agressivo que o cutâneo na maioria dos casos, com alto índice de mortalidade mesmo em casos classificados como T1 e T2. A radioterapia é uma arma importante no tratamento destas lesões, contribuindo com os seguintes resultados:

- a) Ganho na sobrevida global, associado a redução das metástases a distância além do controle loco-regional
- b) Melhora do controle loco-regional quando indicada de maneira adjuvante, mas sem ganho na sobrevida.
- c) Controle regional, mas sem efeito no controle da doença local.
- d) Tem resultados semelhantes à cirurgia no controle local, mas não no controle regional.

42. Homem de 72 anos de idade com histórico de ressecção de carcinoma de células escamosas em região fronto-temporal esquerda há 8 meses. Vem em consulta de acompanhamento oncológico de rotina, sem queixas específicas. Ao exame, a mímica facial é preservada e nota-se um nódulo em região pré-auricular esquerda, na altura do terço inferior do pavilhão auricular, liso, de consistência duro-elástica, móvel, não doloroso, medindo 1,0 cm em seu maior eixo. Considerado como provável linfonodo metastático pela equipe médica, o tratamento inicial proposto mais adequado, entre as opções abaixo é:

- a) Esvaziamento cervical radical modificado a esquerda.
- b) Parotidectomia total com preservação do nervo facial.
- c) Parotidectomia superficial com preservação do nervo facial e esvaziamento cervical seletivo dos níveis I, II e III.
- d) Parotidectomia total com sacrifício e reconstrução do nervo facial e esvaziamento cervical seletivo dos níveis I, II e III.



43. O carcinoma de células de Merkel é um tumor neuroendócrino cutâneo agressivo, raro, que acontece em sua maioria na região da cabeça e pescoço. Sua principal etiologia, viral ou relacionado a exposição aos raios ultra-violetas ainda é discutida. Seu principal fator negativo para o prognóstico é:

- a) Nível IV de Clark.
- b) Presença de ulceração central e bordas elevadas.
- c) Localização na região do “H da face”.
- d) **Presença de comprometimento linfonodal regional simultâneo ao diagnóstico do tumor primário.**

44. Os carcinomas basocelulares são vistos como pouco agressivos, o que pode ser considerado como uma verdade nos tipos histológicos menos agressivos (nodulares e superficiais) nos quais a margem negativa é obtida em mais de 93% das ressecções. Porém, há um fator principal de mau prognóstico, que pode estar presente em todos os seus subtipos. Este fator é:

- a) Profundidade de invasão maior que 2 mm.
- b) **Invasão perineural.**
- c) Invasão linfática.
- d) Invasão do tecido gorduroso.

45. Quanto aos tumores de seios da face é **incorreto** afirmar que:

- a) O seio maxilar é o mais acometido, seguido do etmoidal, esfenoidal e frontal.
- b) **A principal causa de falha no tratamento são as metástases cervicais tardias.**
- c) Há predomínio na população masculina e sexta década de vida.
- d) Os fatores ocupacionais costumam estar relacionados aos tumores de seio etmoidal.

46. A antrostomia a Caldwell-Luc é:

- a) O acesso ao seio maxilar via paralateronasal.
- b) **O acesso ao seio maxilar pelo sulco gângivo-labial.**
- c) O acesso ao seio esfenoidal via endonasal.
- d) O acesso ao seio frontal por incisão a Lynch.

47. Mulher de 32 anos com queixa de obstrução nasal, principalmente a direita, e drenagem de secreção purulenta intermitente há cerca de 5 meses. Realizou diversos tratamentos tópicos e antibioticoterapia por três ocasiões no período. A tomografia computadorizada é demonstrada na imagem abaixo. Assinale a alternativa que corretamente demonstra um possível diagnóstico para esta paciente.



- a) Bola fúngica.
- b) Carcinoma de células escamosas do seio maxilar.
- c) Mucocele secretora.
- d) Nasoangiofibroma.

O texto a seguir refere-se às questões 48 e 49.

Mulher de 42 anos com nódulo cervical a esquerda de 3,5 cm há 3 meses, foi submetida a punção aspirativa por agulha fina com resultado de metástase de carcinoma de células escamosas. Na investigação, foi identificada lesão primária em amígdala esquerda. Foi submetida então a bucofaringectomia esquerda com esvaziamento cervical radical modificado a esquerda. O Laudo anatomopatológico demonstra em amígdala esquerda um carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, com 1,0 cm no maior diâmetro, 0,8 cm de profundidade de invasão, p16 fortemente positivo em cerca de 80% das células tumorais, invasões perineural e angiolinfática negativas, margem profunda comprometida por neoplasia invasiva e sumários de linfonodos 1/62 no nível IIa com 3,5 cm e extravasamento capsular.

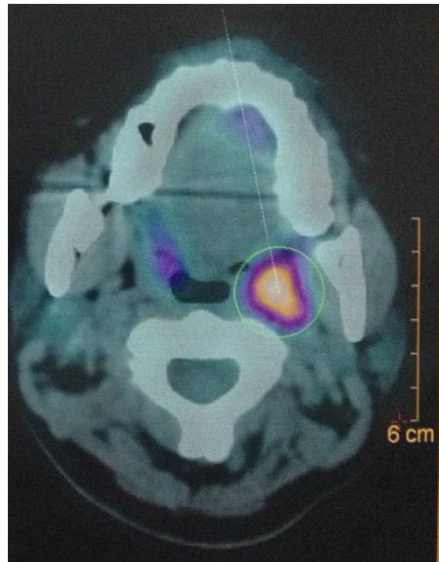
48. Qual o estadiamento patológico da lesão?

- a) pT1pN1.
- b) pT3pN3b.
- c) pT1pN3b.
- d) pT2pN2a.

49. Assinale a alternativa correta referente ao tratamento adjuvante necessário para esse caso.

- a) A paciente deve ser submetida a tratamento adjuvante com quimioterapia e radioterapia concomitantes.
- b) A paciente deve receber radioterapia exclusiva.
- c) Não há indicação de tratamento adjuvante.
- d) A paciente deve receber quimioterapia de indução e posterior radioterapia.

50. Na investigação diagnóstica de um paciente com metástase cervical de carcinoma de células escamosas sem lesão primária evidente ao exame físico, foi realizado o exame demonstrado na imagem abaixo. Dessa forma, assinale a alternativa que melhor descreve o exame e o seu achado, respectivamente.



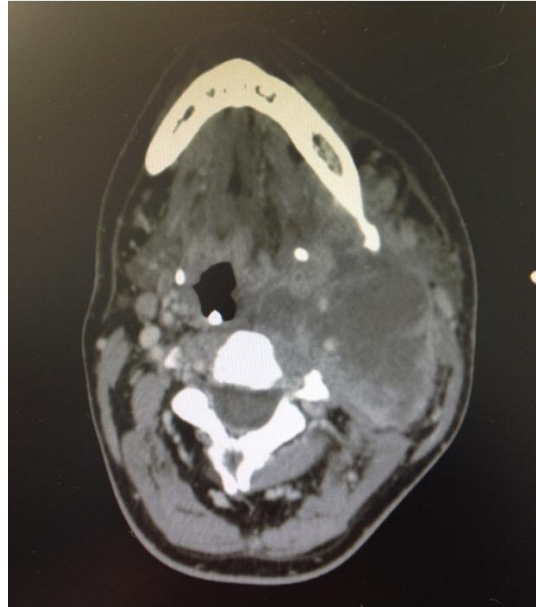
- a) Tomografia computadorizada com emissão de pósitrons com captação sugestiva de tumor primário em loja amigdaliana esquerda.
- b) Tomografia computadorizada com emissão de pósitrons com captação fisiológica em orofaringe.
- c) Tomografia Computadorizada de Emissão de Fóton Único / Tomografia Computadorizada com contraste (SPECT/CT) com imagem sugestiva de tumor primário em orofaringe a esquerda.
- d) Tomografia Computadorizada de Emissão de Fóton Único / Tomografia Computadorizada com contraste (SPECT/CT) com imagem sugestiva de metástase em linfonodo retrofaríngeo.

51. Homem de 57 anos apresenta a lesão demonstrada na imagem abaixo e biópsia de carcinoma de células escamosas. Sobre a condução desse caso, assinale a alternativa correta.



- a) A pesquisa de p16 é mandatória e necessária para o correto estadiamento.
- b) A pesquisa de p16 é sugerida pois altera o prognóstico e o tratamento preconizado.
- c) A cirurgia é a única alternativa terapêutica aceitável para lesões nessa localização.
- d) A faringotomia lateral é a melhor via de acesso cirúrgica para lesões nessa localização.

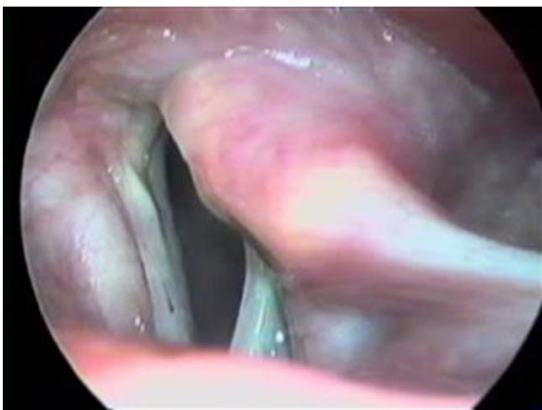
52. Homem de 55 anos com lesão ulcerada em parede lateral de orofaringe há 8 meses, no momento com trismo que impede a adequada oroscopia, além de nódulo de 6,0 cm acometendo níveis II e III a esquerda, endurecido e pouco móvel. A biópsia da orofaringe revelou um carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado p16 negativo. A imagem de tomografia computadorizada é demonstrada abaixo e outros exames não demonstraram a presença de metástases a distância. Com base no caso apresentado e na imagem, qual o tratamento que deve ser indicado para o paciente nesse momento?



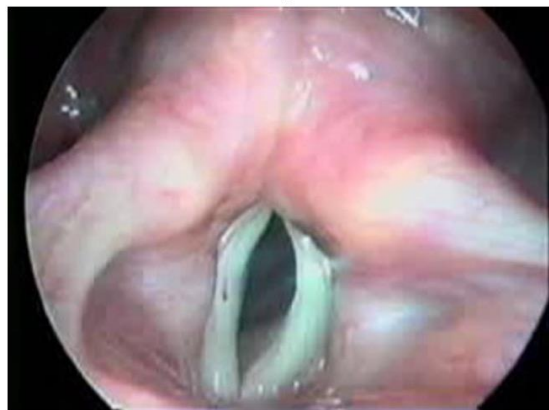
- a) Tratamento cirúrgico com bucofaringectomia a esquerda associada a mandibulectomia segmentar e esvaziamento cervical radical clássico a esquerda.
- b) Quimioterapia neoadjuvante e posterior esvaziamento cervical de resgate programado.
- c) Radioterapia exclusiva.
- d) **Quimioterapia baseada em cisplatina e radioterapia concomitante.**

53. Paciente submetida a tireoidectomia total há 1 ano, com queixa de rouquidão persistente e, após tratamento com fonoterapia, não houve melhora da queixa. Imagens da laringoscopia são demonstradas na imagem abaixo. Baseado nessas informações, qual o procedimento proposto para essa paciente?

ABDUÇÃO



ADUÇÃO



- a) Aritenoidectomia.
- b) Aplicação de toxina botulínica.
- c) Cordotomia posterior.
- d) **Tireoplastia tipo I.**

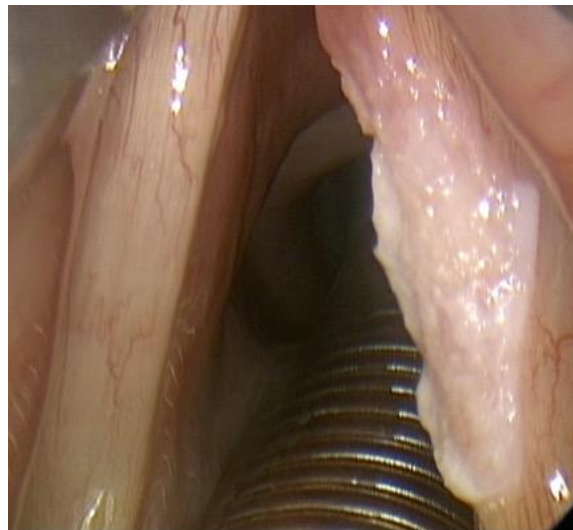
54. Paciente com carcinoma de células escamosas de epiglote, com extensão para ambas as pregas vestibulares, sem envolvimento de pregas vocais e comissura anterior e sem linfonodos cervicais palpáveis. Qual seria a melhor opção cirúrgica nesse caso, considerando que a função pulmonar do paciente está preservada?

- a) Laringectomia fronto-lateral ampliada + esvaziamento cervical seletivo bilateral.
- b) Laringectomia supracricóidea + esvaziamento cervical seletivo bilateral.
- c) **Laringectomia supraglótica + esvaziamento cervical seletivo bilateral.**
- d) Epiglotectomia endoscópica.

55. A laringectomia supracricóidea está **CONTRA-indicada** em:

- a) T1b glótico.
- b) Tumor glótico com invasão mínima de subglote.
- c) **Tumor glótico com invasão de região interaritenóidea.**
- d) Tumor glótico com extensão para epiglote e prega vestibular.

56. Mulher de 56 anos, tabagista de dois cigarros por dia há 30 anos, com queixa de disfonia. Apresenta à laringoscopia a imagem demonstrada abaixo. Realizada biópsia incisional e exame de congelação cujo resultado foi de displasia leve. Diante dessa situação, qual a melhor conduta nesse caso?



- a) Conduta expectante.
- b) **Corpectomia tipo I.**
- c) Corpectomia tipo II.
- d) Radioterapia.

57. Com relação a reabilitação do paciente laringectomizado, assinale a alternativa **incorreta**:

- a) A voz esofágica é uma alternativa de baixo custo, porém com altas taxas de insucesso.
- b) **Os dispositivos eletrônicos não devem ser utilizados no pós-operatório imediato.**
- c) A punção traqueo-esofágica primária possibilita uma reabilitação vocal precoce.
- d) Dentre as complicações da punção traqueo-esofágica tem-se: formação de granuloma, colonização fúngica e mediastinite.

58. Homem, 57 anos, tabagismo e etilismo crônico, refere que vem há cerca de 6 meses com disфонia progressiva e odinofagia, sem disfagia. A vídeo nasofaringolaringoscopia evidenciou um tumor em parede medial de seio piriforme esquerdo com paralisia de prega vocal esquerda. A tomografia computadorizada de pescoço presença de lesão em seio piriforme esquerdo, medindo 2,3 x 2,0 cm, associado a linfonodos a esquerda em nível II com 1,8 cm e em nível III com 2,5 cm e sinais de extensão extracapsular. TC tórax normal. A biópsia revelou um carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado. De acordo com a classificação TNM da UICC, 8ª edição, qual o estágio clínico?

- a) T2N2bM0.
- b) T3N2bM0.
- c) T3N3aM0.
- d) T3N3bM0.

59. Homem, 59 anos, com diagnóstico de carcinoma de células escamosas de seio piriforme foi submetido a tratamento cirúrgico e o exame anatomopatológico descreve um tumor de 2,1 cm em parede lateral de seio piriforme com margens cirúrgicas livres e 2 linfonodos metastáticos de 38 dissecados, sendo um linfonodo com extensão extracapsular microscópica. Qual a conduta a seguir diante dos achados descritos no exame anatomopatológico?

- a) Seguimento oncológico com tomografia de pescoço a cada 3 meses.
- b) Radioterapia adjuvante com IMRT.
- c) Radioterapia adjuvante seguido de quimioterapia.
- d) Radioterapia adjuvante concomitante a quimioterapia.

60. Mulher, 45 anos, ao realizar ultrassonografia de tireoide foi evidenciado nódulo sólido em lobo direito, hipocogênico e regular, sem microcalcificações ou extensão extra-tireoideana. Baseado nessas características ultrassonográficas e segundo os critérios das recomendações da ATA (*American Thyroid Association*) de 2015, trata-se de um nódulo com:

- a) Muito baixa suspeita pra malignidade.
- b) Baixa suspeita pra malignidade.
- c) Intermediária suspeita pra malignidade.
- d) Alta suspeita pra malignidade.

61. De acordo com a recomendação da ATA (*American Thyroid Association*) de 2016 em relação ao manejo de pacientes com bócio tóxico, podemos afirmar que:

- a) O bloqueio beta-adrenérgico é recomendado nos pacientes com tireotoxicose sintomática, especialmente pacientes idosos e com doença cardiovascular coexistente.
- b) O emprego de bloqueador beta-adrenérgico é recomendado somente aos pacientes com tireotoxicose com diagnóstico de bócio tóxico com indicação de tratamento cirúrgico como preparação para a cirurgia.
- c) Pacientes com hipertireoidismo devido a Doença de Graves devem ser tratados preferencialmente por cirurgia, sendo o tratamento com radioiodo a principal terapia em pacientes com contra-indicação cirúrgica.

- d) Paciente jovem com doença de Graves e intolerância ao tratamento medicamentoso tem o tratamento com radioiodo a principal indicação
62. Em relação ao carcinoma medular de tireoide podemos afirmar que:
- a) Corresponde a 5-10% dos cânceres de tireoide e sua incidência vem crescendo nas últimas três décadas.
  - b) A forma esporádica ocorre com maior frequência entre indivíduos da terceira e quinta décadas.
  - c) Cerca de 60-70% dos casos são diagnosticados em estágio clínico III-IV.
  - d) Na forma esporádica, a idade e o estágio clínico são os principais fatores prognósticos.
63. Em relação ao carcinoma medular de tireoide podemos afirmar que:
- a) Mutação somática no códon M918T do oncogene RET está associada a tumores mais agressivos e sua prevalência com o tamanho do tumor.
  - b) A forma NEM 2A representa 85% das neoplasias endócrinas múltiplas.
  - c) Mutações germinativa nos códons C634F e A883F estão associadas a elevada agressividade e baixa incidência de feocromocitoma.
  - d) O feocromocitoma associado a NEM 2A é quase sempre benigno, focal, unilateral e confinados   glândula adrenal.
64. Mulher, 27 anos, com história de disfonia progressiva há 6 meses, dispneia moderada aos esforç s, associada a nódulo em lobo direito de tireoide mensurado como 2,0 cm   ultrassonografia e com diagnóstico citológico de carcinoma papilífero. A vídeo laringoscopia evidencia paralisia da prega vocal direita. A ressonância magnética do pescoço descreve infiltração da traqueia (Tipo I MSKCC) e invasão de musculatura do es fago cervical. A endoscopia e broncoscopia demonstram mucosas de aspecto normal em traqueia e es fago. Dessa forma, qual a conduta mais adequada para este caso?
- a) A paciente deve ser primeiro encaminhada pra traqueostomia de urgência dado o elevado risco de insuficiência respiratória grave e posterior preparação para cirurgia definitiva.
  - b) Tireoidectomia total ampliada para nervo laríngeo recorrente, *shaving* em traqueia e es fago cervical e esvaziamento do compartimento central.
  - c) Tireoidectomia total ampliada para nervo laríngeo recorrente, ressecção de anéis traqueais envolvidos e ressecção parcial do es fago cervical, esvaziamento do compartimento central.
  - d) Tireoidectomia total ampliada para nervo laríngeo recorrente, *shaving* em traqueia associada a ressecção parcial de musculatura do es fago cervical e esvaziamento do compartimento central.
65. Mulher, 26 anos, sem história prévia individual ou familiar de neoplasia de tireoide, ao realizar ultrassonografia cervical devido a uma cervicalgia foi evidenciado um nódulo de 1,0 cm em lobo direito de tireoide, cuja investigação posterior demonstrou tratar-se de um nódulo Bethesda IV. A paciente foi então submetida a lobectomia direita, com exame anatomopatológico definitivo de carcinoma papilífero clássico com 0,8 cm, intraglandular, unifocal e um linfonodo peritireoideano com micromet stase (< 0,1 cm) de 4 linfonodos encontrados na peç . Diante desses achados qual a conduta mais



adequada, baseada nas recomendações de 2015 da *American Thyroid Association* (ATA 2015)?

- a) Seguimento periódico com exame clínico, laboratorial e ultrassonografia.
- b) Totalização da tireoidectomia e pesquisa de corpo inteiro para mensuração do remanescente tireodiano.
- c) Totalização da tireoidectomia e iodoterapia adjuvante.
- d) Totalização da tireoidectomia e esvaziamento do compartimento central.

66. Em relação ao carcinoma de tireoide na infância podemos afirmar que:

- a) O carcinoma folicular representar de 10 a 15% dos carcinomas diferenciados nesta idade.
- b) A iodoterapia é indicada em praticamente todos os casos pelo alto risco de metástase linfonodal e a distância.
- c) A tireoidetomia total é o tratamento cirúrgico de escolha no carcinoma papilífero, mesmo em tumor com 1,0 cm, devido ao elevado risco de doença bilateral e multifocal.
- d) Metástase linfonodal lateral está presente em mais de 50% dos casos ao diagnóstico.

67. Homem, 67 anos, hipertenso, diabético, ao realizar ultrassonografia cervical com doppler para avaliação de artérias carótidas foi detectado um linfonodo atípico no pescoço. A investigação com ultrassonografia de tireoide e cervical evidenciou nódulo em terço médio de lobo direito de tireoide com 1,5 cm, com sinais de extensão extra-tireodeana associado a linfonodo suspeito com 1,0 cm em nível IV direito. A citologia demonstrou carcinoma papilífero (Bethesda VI) na tireoide e metástase de carcinoma papilífero no linfonodo. Diante desses achados, qual a conduta mais adequada?

- a) Tireoidectomia total associada a esvaziamento cervical radical modificado direito e esvaziamento do compartimento central.
- b) Tireoidectomia total associada a esvaziamento cervical dos níveis II-IV direito e esvaziamento do compartimento central.
- c) Tireoidectomia total associada a esvaziamento cervical dos níveis II-V direito.
- d) Tireoidectomia total associada a esvaziamento cervical dos níveis II-V direito e esvaziamento do compartimento central.

68. Com relação aos tumores da base do crânio anterior, assinale a alternativa correta.

- a) Em se tratando de um estesioneuroblastoma, o estágio Kadish C significa a presença de metástases linfáticas cervicais.
- b) O hemangiopericitoma é um tumor benigno altamente vascularizado que se origina na fossa craniana anterior.
- c) O hemangiopericitoma é um tumor que está associado a baixo risco de recidiva local.
- d) As rosetas de Flexner-Wintersteiner se constituem em padrão histopatológico dos estesioneuroblastomas “bem diferenciados”.

69. São afirmativas corretas, no que diz respeito à anatomia e cirurgia para os tumores da base do crânio, **com exceção de**:

- a) Durante uma operação para tumores da fossa craniana anterior, a parte facial do procedimento cirúrgico é habitualmente feita através de uma incisão de Weber-Fergusson modificada.
- b) O limite inferior da fossa infratemporal é o músculo pterigoide medial.
- c) **A gálea aponeurótica estende-se do músculo frontal anteriormente, ao músculo occipital posteriormente, localizada abaixo da camada pericranial.**
- d) O nervo mandibular adentra a fossa infratemporal atravessando o forame oval, na fossa craniana média.

70. Assinale a afirmativa **incorreta** com relação aos tumores neurogênicos e aos paragangliomas.

- a) **Os paragangliomas da região da cabeça e do pescoço habitualmente secretam catecolaminas.**
- b) Os tumores de corpúsculo carotídeo são os paragangliomas mais frequentemente encontrados na cabeça e pescoço.
- c) Os tumores de corpúsculo carotídeo originam-se nas células quimiorreceptoras localizadas na bifurcação carotídea.
- d) A região da cabeça e do pescoço é a localização anatômica mais frequente dos tumores benignos de bainha nervosa.

71. Assinale a afirmativa **incorreta** com relação aos tumores orbitários e periorbitários.

- a) A maioria dos tumores intraorbitários são benignos.
- b) As extensões orbitárias de tumores primários de áreas adjacentes (pele da região periorbitária, seios paranasais e fossas nasais) são mais frequentes do que tumores malignos primários da órbita.
- c) Os adenomas pleomórficos são os tumores mais frequentes das glândulas lacrimais.
- d) **O tumor maligno intraorbitário mais comum na infância é o neuroblastoma.**

72. 1- Assinale a afirmativa correta com relação aos tumores orbitários e periorbitários.

- a) Em casos de irradiação da órbita, o nervo óptico é capaz de tolerar uma dose total de até 70Gy.
- b) **O tratamento de escolha para o rabdiosarcoma de órbita é a quimioterapia.**
- c) A perda de visão radio-induzida se manifesta, habitualmente, após algumas semanas de tratamento.
- d) A exérese do melanoma conjuntival requer um limite de, pelo menos, 1,0 cm de margem.

73. Quais das afirmativas abaixo é verdadeira em relação aos Ceratocístos Odontogênicos?

- a) **são lesões multiloculadas e translúcidas.**
- b) ocorrem somente associados à Síndrome do Nevo Basocelular.
- c) São também chamados de cistos odontogênicos ceratinizantes.
- d) Apresentam baixa incidência de recidiva após tratamento por enucleação.

74. O diagnóstico diferencial de uma massa cervical a direita medindo 3,5 cm, localizada no espaço carotídeo em uma paciente com 45 anos, não fumante, inclui as opções a seguir, **exceto**:

- a) Tumor glômico vaginal.
- b) **Adenoma pleomórfico de lobo profundo da parótida.**
- c) Schwannoma do nervo vago.
- d) Tumor de corpúsculo carotídeo.

75. No esvaziamento cervical radical modificado do tipo I, são preservadas quais estruturas?

- a) O músculo esternocleidomastoideo, a veia jugular interna e o nervo espinal acessório.
- b) O músculo esternocleidomastoideo e o nervo espinal acessório.
- c) O músculo esternocleidomastoideo e a veia jugular interna.
- d) **Somente o nervo espinal acessório.**

76. Quanto à nomenclatura dos esvaziamento cervicais, assinale a alternativa correta.

- a) Denomina-se esvaziamento cervical de princípio aqueles de caráter terapêutico.
- b) Denomina-se esvaziamento cervical de oportunidade aqueles de caráter profilático.
- c) **Denomina-se esvaziamento cervical de necessidade aqueles nos quais há a presença de metástases no momento do tratamento.**
- d) Denomina-se esvaziamento cervical eletivo aqueles realizados pela ocasião da abordagem de outras estruturas da região cervical ou da mucosa das vias aerodigestórias por via cervical.

77. Mulher de 50 anos é encaminhada pelo endocrinologista para avaliação de “hiperparatireoidismo primário recidivado”. Foi submetida a ressecção de adenoma de paratireoide inferior esquerda há 10 anos em outro serviço. Traz o exame anatomopatológico da ocasião que descreve adenoma de paratireoide medindo 1,3 cm no maior eixo. Refere que desde procedimento esteve bem e com exames de cálcio e PTH dentro da normalidade (SIC). Em acompanhamento por hipertensão arterial sistêmica, prolactinoma e osteoporose. No último ano na avaliação laboratorial foram identificados os seguintes valores: TSH=5,2 g/dL (referência 0,5-4,75), T4 livre=1,1 ng/dL (referência 0,7-1,5), uréia=45 mg/dL (10 – 50) , creatinina=0,77 mg/dL (0,5 – 0,9), fósforo=2,5 mg/dL (referência 2,7 – 4,5), cálcio total=10,8 (referência 8,6-10,2), vitamina D=29 ng/mL (referência 30-100), PTH 158 pg/dL (16-87). Sobre o caso, assinale a alternativa correta.

- a) **O diagnóstico de neoplasia endócrina múltipla tipo 1 já pode ser estabelecido.**
- b) A principal hipótese diagnóstica é de duplo adenoma e devem ser solicitados exames localizatórios.
- c) O diagnóstico de neoplasia endócrina múltipla tipo 1 não pode ser afastado e deve ser realizada investigação familiar e pesquisa da mutação do gene *RET*.
- d) A hipótese diagnóstica de hipercalcemia hipercalcêmica familiar é a principal hipótese e deve ser investigada.

78. Sobre os exames localizatórios no hiperparatireoidismo primário e seu papel no planejamento cirúrgico, assinale a alternativa correta.

- a) A tomografia computadorizada 4D é o atual padrão-ouro e substitui os outros exames localizatórios.
- b) O MIBI-SPECT-CT apresenta imagens de fusão da cintilografia com Sestamibi e tomografia computadorizada, oferecendo informação funcional e anatômica.
- c) A ultrassonografia tem pouco valor na condução desses casos pela sua baixa sensibilidade para detectar alterações nas paratireoides.
- d) Adenomas de paratireoide aparecem na cintilografia com Sestamibi com captação mais precoce do que a tireoide portanto há baixo risco de falsos positivos.

79. Sobre o hiperparatireoidismo secundário, selecione a alternativa correta:

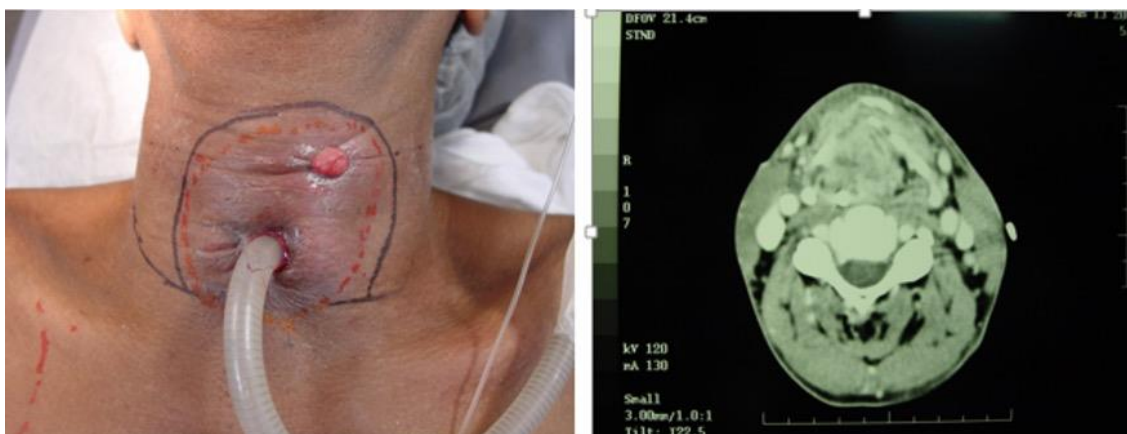
- a) Os níveis de PTH podem atingir valores acima de 1.000 pg/dL nos pacientes com insuficiência renal em diálise.
- b) O carcinoma de paratireoide é um importante diagnóstico diferencial pelos níveis muito elevados de cálcio.
- c) A insuficiência renal crônica é a única causa.
- d) A hipovitaminose D pode gerar aumento do PTH, mas não o hiperparatireoidismo secundário.

80. Paciente em pós-operatório de tireoidectomia total, apresentou hipocalcemia sintomática. Sobre essa situação, assinale a alternativa correta.

- a) A meta da reposição deve ser manter os níveis de cálcio perto do limite superior da normalidade para evitar novos episódios de sintomas.
- b) O calcitriol, por ser a apresentação do sal de cálcio na sua forma ativa, tem importante papel no manejo desses casos.
- c) O magnésio tem vias metabólicas semelhantes ao cálcio e a hipomagnesemia na vigência de hipoparatiroidismo deve ser corrigida.
- d) Na vigência de sintomas agudos graves como convulsões, a reposição endovenosa com citrato de cálcio em *bolus* deve ser realizada.

## SEGUNDA FASE – PROVA TEÓRICO-PRÁTICA

1. Paciente de 57 anos com previamente submetido a tratamento definitivo com quimio e radioterapia por um carcinoma de células escamosas transglótico da laringe estágio T3N0M0. O exame físico e o exame tomográfico da recidiva local apresentada pelo paciente são demonstrados na imagem abaixo.



Com base nessas informações, responda às seguintes questões:

- Cite dois possíveis critérios de irresssecabilidade e que, portanto, poderiam contra-indicar o tratamento cirúrgico de resgate.
- Em se indicando um tratamento cirúrgico de resgate, qual seriam os procedimentos necessários para o devido tratamento deste paciente?
- Discuta as opções de reconstrução na possibilidade e na impossibilidade de se preservar a faringe.

2. Mulher de 49 anos assintomática realizou exames de *check-up* com clínico geral e foi encaminhada para avaliação com hipótese diagnóstica de hiperparatireoidismo primário. Já trouxe os exames abaixo. A paciente tem antecedente de hipertensão arterial sistêmica em uso de losartana e diagnóstico recente de osteoporose (Z-score fêmur -2,9).

### **EXAME 1. ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL**

Lobos tireoideanos tópicos, de morfologia habitual e contornos regulares. Parênquima com ecotextura e ecogenicidade normais. Nódulo no terço inferior do lobo direito, misto, predominantemente cístico, isoecogênico, bem delimitado, sem halo, sem microcalcificações, medindo 1,3 x 0,5 x 1,0 (T) cm. Nódulo no terço médio do lobo direito, misto, predominantemente sólido, isoecogênico, bem delimitado, sem halo hipocogênico, sem microcalcificações, medindo 0,8 x 0,6 x 0,4 (T) cm. Nódulo no terço inferior do lobo esquerdo, misto, predominantemente sólido, isoecogênico, bem delimitado por fino halo hipocogênico, sem microcalcificações, medindo 1,0 x 0,6 x 1,5 (T) cm. Alguns cistos coloides esparsos, o maior com 0,4 cm no terço superior do lobo direito.

#### Biometria:

- Lobo direito: 2,7 x 1,8 x 4,6 cm. Volume: 11,4 cc.

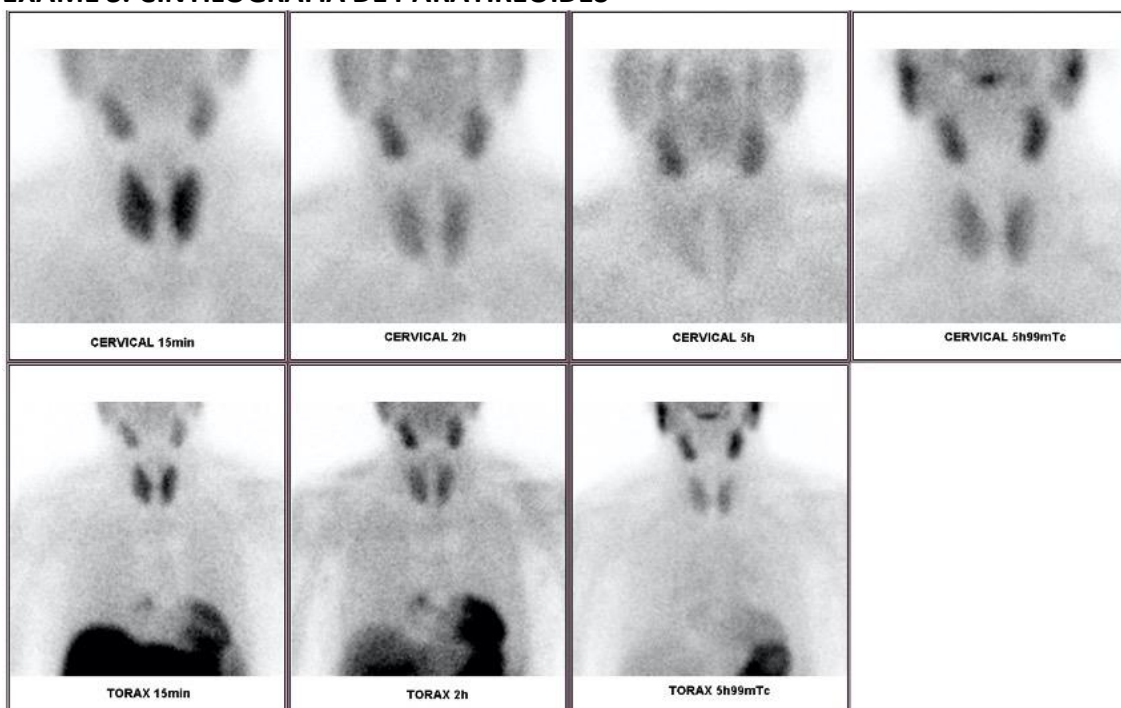
- Lobo esquerdo: 1,9 x 1,7 x 4,5 cm. Volume: 7,6 cc.
- Istmo: 1,6 x 0,3 x 1,6 cm. Volume: 0,4 cc.
- Volume total da glândula: 19,4 cc.

Não há evidências de nódulos na topografia das paratireoides. Estruturas vasculares cervicais preservadas. Ausência de linfonomegalias cervicais.

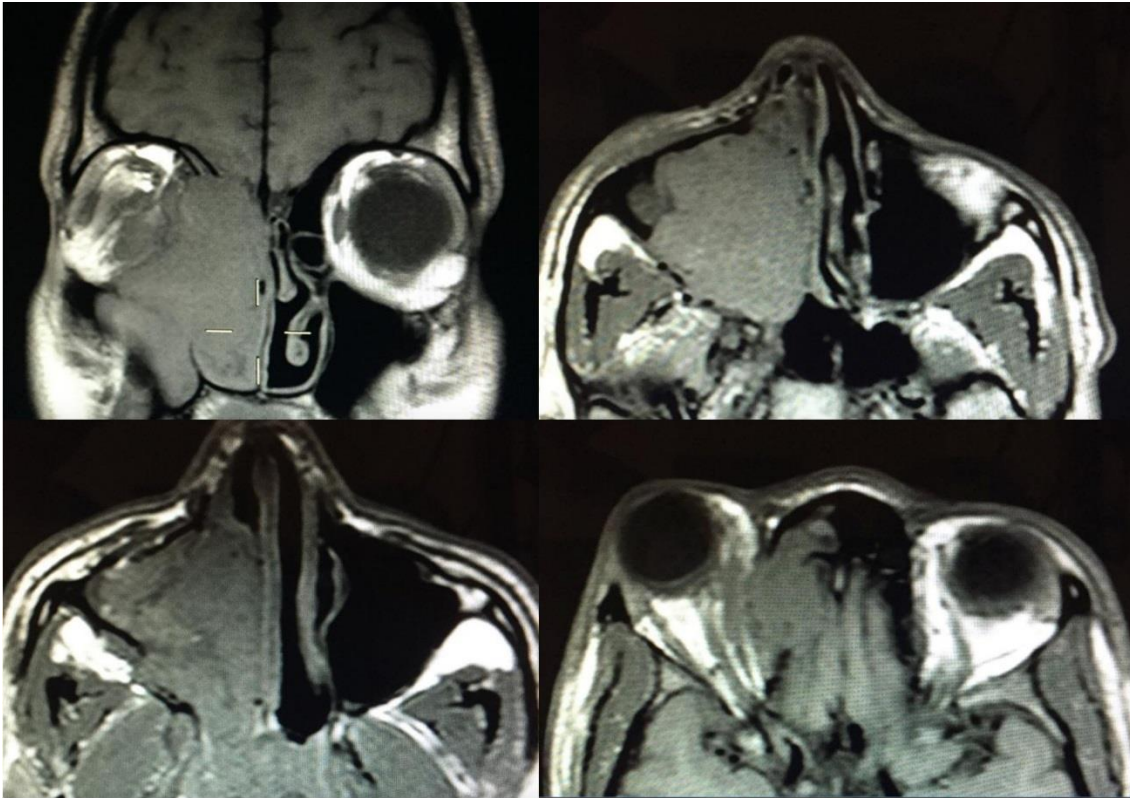
## EXAME 2. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

Exame	Valor	Referência
TSH	4,48 mU/L	0,4 – 4,5
T4 livre	1,01 ng/dL	0,7 – 1,5
Cálcio total	10,5 mg/dL	8,6 – 10,2
Cálcio iônico	5,7 mg/dL	4,6 – 5,3
Fosforo	2,6 mg/dL	2,7 – 4,5
PTH	155 pg/dL	16 a 87
25-OH-Vitamina D	27 ng/mL	30 - 100
Fosfatase alcalina	77 U/L	35 - 104
Cálcio urinário (24h)	208,84 mg	100 a 320 (24h)
Uréia	40 mg/dL	16-40
Creatinina	0,7 mg/dL	0,5 - 0,9

## EXAME 3. CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES







Baseado nas informações fornecidas e nas imagens, responda:

- Qual o provável epicentro do tumor, quais as estruturas acometidas e qual o estadiamento TNM?
- Descreva qual o tratamento proposto quanto a acesso cirúrgico, quais as estruturas incluídas na ressecção do tumor e qual a reconstrução proposta, além do tratamento adjuvante, se indicado.
- Descreva as principais complicações associadas ao procedimento proposto e seu manejo.
- Cite os critérios de irresssecabilidade para tumores que envolvem a fossa craniana anterior.

5. Homem de 49 anos, comparece ao ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço encaminhado a partir de Unidade Básica de Saúde, queixando-se de um “caroço no pescoço” à direita anterior ao músculo esternocleidomastoideo e próximo à orelha há dois meses não doloroso e que vem crescendo lentamente. Não relata comorbidades. Refere ter fumado dos 15 aos 30 anos, menos de 10 cigarros ao dia (de papel, com filtro). Consumo de álcool frequente, não mais que duas doses ao dia, desde os 20 anos. Casado, heterossexual. Ao exame bom estado geral, Karnofski 100% (PS=0). Na orofaringoscopia, apresenta a tonsila direita pouco maior que a esquerda e endurecida à palpação. No exame do pescoço, nota-se um linfonodo em nível IIa direito, com 2,5cm, fibroelástico e móvel. A tomografia do pescoço mostra assimetria das tonsilas palatinas, maior a direita, onde observa-se pequena área de hipercaptação de contraste. Presença de linfonodo de 2,0 cm em nível IIa com área de liquefação central e sem aspectos sugestivos de extravasamento capsular. A citologia do nódulo cervical é compatível com



metástase de carcinoma de células escamosas (amostra paucicelular, não permitindo imunocitoquímica para p16). Com base nesse caso, pergunta-se:

- a) Qual sua conduta inicial no tratamento deste paciente? Justifique sua resposta.
- b) Quais as diferenças do tratamento em se tratando de uma lesão HPV positiva ou negativa, se houver?
- c) Qual papel você atribuiria à quimioterapia no tratamento adjuvante, supondo que o primário seja confirmado na tonsila direita com 1,0 cm no maior diâmetro e a metástase cervical sendo única e de 2,0 cm?
- d) Qual sua expectativa de prognóstico considerando o estadiamento nos cenários HPV+ e HPV- neste caso?