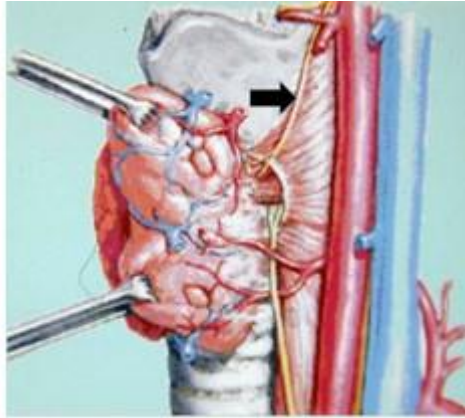


PROVA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO 2021

PRIMEIRA FASE – PROVA DE MÚLTIPLA ESCOLHA

1. Na figura abaixo, qual a estrutura apontada pela seta?

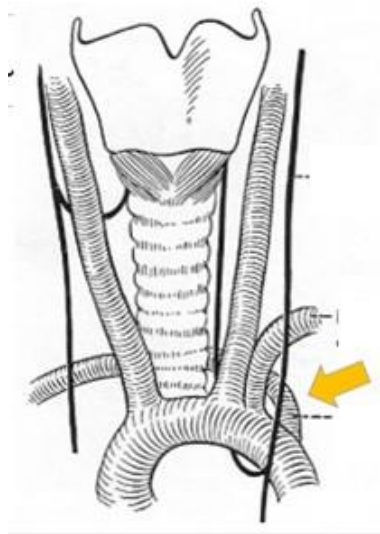


- a. Nervo laríngeo inferior ramo interno.
- b. Nervo laríngeo inferior ramo externo.
- c. Nervo laríngeo superior ramo interno.
- d. **Nervo laríngeo superior ramo externo.**

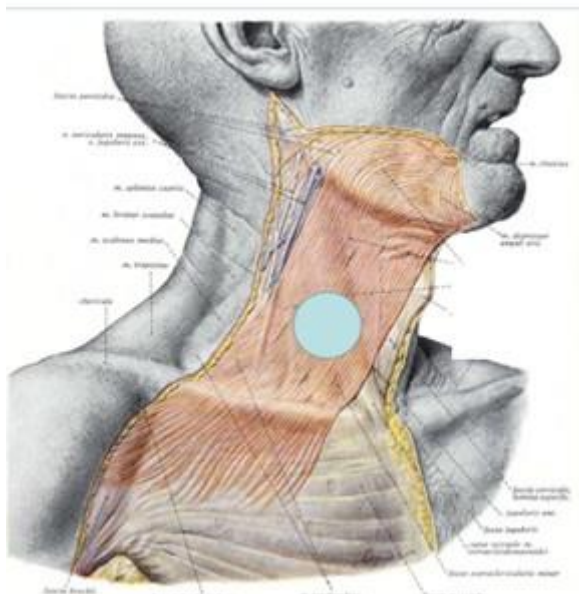
2. Ainda com relação ao nervo apontado na questão anterior (questão 1), qual a sua função?

- a. Sensibilidade da laringe.
- b. **Motricidade do músculo cricotiroideo.**
- c. Motricidade do músculo tiroaritenóideo.
- d. Sensibilidade do esôfago.

3. Na figura abaixo, qual a estrutura apontada pela seta?



- a. Corresponde à anomalia da artéria subclávia esquerda, retroesofágica, sem outra alteração.
 - b. Corresponde à anomalia da artéria subclávia direta, retroesofágica, com associação ao nervo laríngeo inferior direito não recorrente.**
 - c. Corresponde à anomalia da artéria subclávia esquerda, com associação ao nervo laríngeo inferior esquerdo recorrente.
 - d. Corresponde à anomalia da artéria subclávia direta, retrotraqueal, sem associação ao nervo laríngeo inferior direito não recorrente
4. Ainda com relação à artéria pontada na questão anterior (questão 3), esta também é chamada (consagrada) na prática de :
- a. Aberrante.
 - b. Supra numerária.
 - c. Lusória.**
 - d. Recorrente.
5. Qual o músculo marcado pelo círculo azul claro e sua inervação motora?



- a. Platisma; ramo cervical transverso do plexo cervical.
- b. Infra-hiideo; ramo cervical do nervo facial.
- c. Infra-hiideo; ramo cervical transverso do plexo cervical.
- d. Platisma; ramo cervical do nervo facial.**

6. Na figura abaixo, qual a estrutura apontada pela seta?

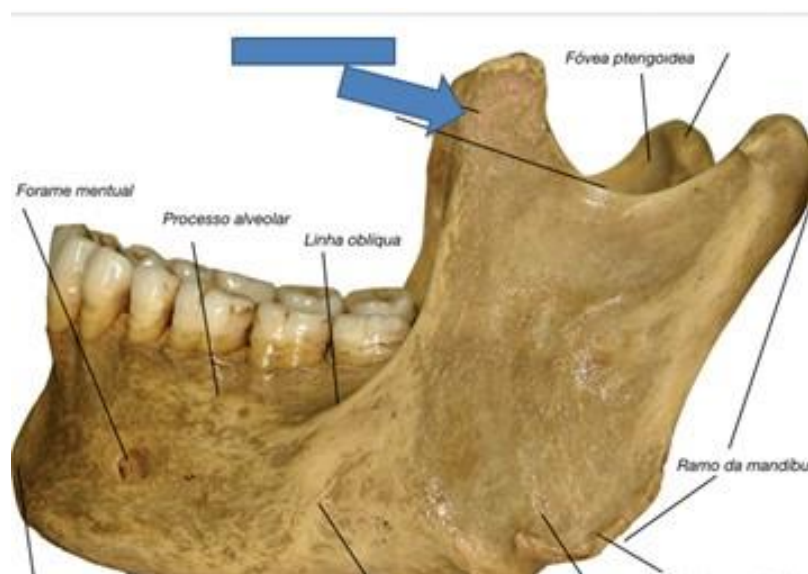


- a. Meato do seio etmoidal.
- b. Meato do seio esfenoidal.
- c. Óstio da tuba auditiva.
- d. Óstio do duto naso-lacrimonal.

7. A função da estrutura apontada pela seta na questão anterior (questão 6) é:

- a. Comunicação do seio etmoidal e a cavidade nasal.
- b. Comunicação do seio esfenoidal e a cavidade nasal.
- c. Comunicação da orelha média e a nasofaringe.
- d. Comunicação do saco lacrimonal e cavidade nasal.

8. Com relação à figura abaixo, assinale a alternativa que descreve corretamente a estrutura que é apontada pela seta azul e qual músculo tem sua inserção nesta localização, respectivamente.



- a. Processo coronoide; músculo temporal.
- b. Processo coronoide; músculo masseter.
- c. Incisura mandibular; músculo temporal.
- d. Incisura mandibular; músculo masseter.

9. A lesão pré-maligna da mucosa da boca de **menor** chance de transformação maligna é:

- a. Leucoplasia homogênia.
- b. Eritroplasia.
- c. Leucoplasia verrucosa.
- d. Liquen plano oral.

10. Qual dos seguintes fatores, é o de **menor** de risco para desenvolvimento de câncer de boca?

- a. Etilismo.
- b. HPV.
- c. Síndrome da imunodeficiência adquirida.
- d. Anemia de Fanconi.

11. Tratamento com quimio e radioterapia estará sempre indicado em pacientes com carcinoma de células escamosas da cavidade oral que apresentem:

- a. Extravasamento extracapsular de linfonodo metastático, mesmo que menor que 5mm.
- b. Dois linfonodos positivos no pescoço.
- c. Tumores pT4 com margem mais próxima de 3mm.
- d. Invasão perineural de nervos espessos.

12. Em um paciente operado por um carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado de mucosa jugal, com 4 cm de extensão, margens livres, com invasão perineural e invasão vascular e três linfonodos positivos de 2 cm (o maior), dentre 39 recuperados do esvaziamento cervical radical, sem extravasamento extracapsular.

Qual seria o tratamento adjuvante indicado?

- a. Não há indicação de adjuvância neste caso.
- b. Quimio e radioterapia concomitantes.
- c. Apenas radioterapia no sítio primário e no pescoço.
- d. Radioterapia apenas no pescoço.

13. Nas ressecções de tumores labiais, nos quais se necessita realizar uma ressecção em "V", os músculos que pode ser seccionados parcialmente são, **EXCETO**:

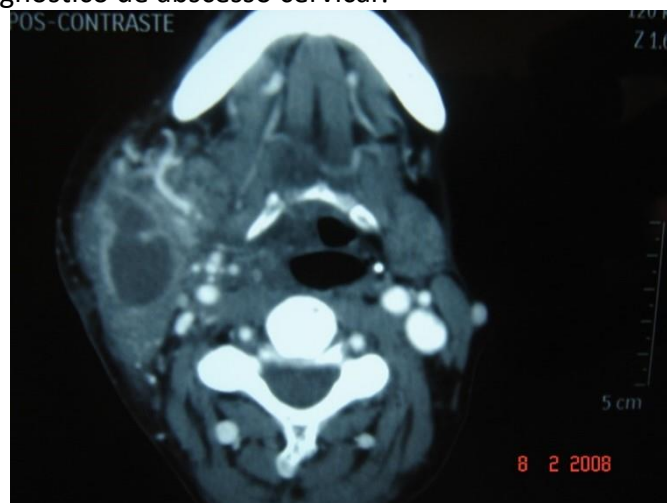
- a. Orbicular dos lábios.
- b. Mental.
- c. Levantador do lábio superior.
- d. Próceros.

14. Adolescente de 14 anos em tratamento de um quadro de amigdalite bacteriana, evolui com prostração, astenia e torcicolo. Deu entrada no pronto socorro, no qual foi solicitado o exame abaixo. Qual o diagnóstico desse paciente?



- a. Abscesso periamigdaliano.
- b. Cisto branquial infectado.
- c. Abscesso retrofaringeo.
- d. Complicação de mastoidite.

15. Qual o principal espaço cervical acometido na imagem demonstrada abaixo, em uma paciente com diagnóstico de abscesso cervical?



- a. Periamigdaliano.
- b. Parafaringeo.
- c. Retrofaringeo.
- d. Parotídeo.

16. Com relação à imagem abaixo, assinale a alternativa que demonstra corretamente o exame e a estrutura apontada pela seta azul, respectivamente.

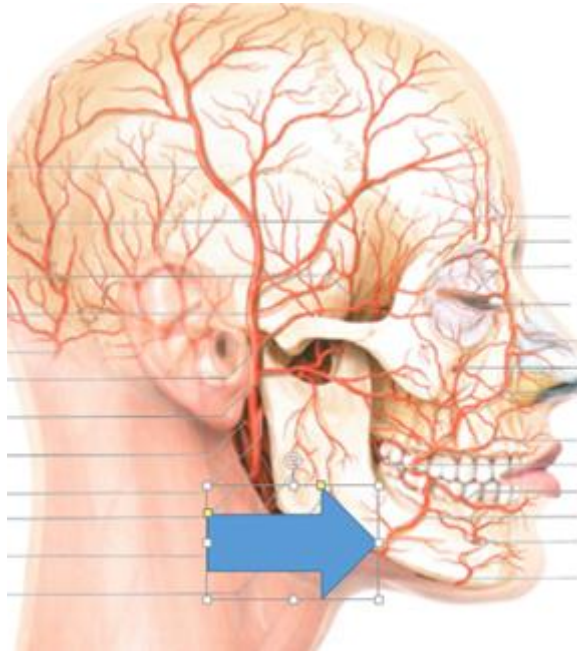


- a. Tomografia computadorizada; forame jugular.
- b. Tomografia computadorizada; canal do hipoglosso.
- c. Ressonância magnética; forame jugular.
- d. Ressonância magnética; canal do hipoglosso.

17. No exame clínico de um paciente com tumor de grandes dimensões contido na estrutura apontada na imagem anterior (questão 16) é possível achar, EXCETO:

- a. Disfonia
- b. Paresia ipsilateral do músculo diafragma.
- c. Disfagia
- d. Paresia do músculo trapézio.

18. Com relação à imagem abaixo, assinale a alternativa que descreve corretamente a estrutura apontada (seta) e qual a melhor maneira de localizá-la durante o exame físico habitual, respectivamente.



- a. Artéria mandibular; palpação do forame mental.
 - b. Artéria facial; palpação da borda lateral da glândula parótida.
 - c. Artéria facial; pulso justa medial à margem anterior do músculo masseter.
 - d. Artéria mandibular; palpação do ramo mandibular.
19. No caso de uma lesão e/ou ligadura bilateral da estrutura apontada na questão anterior (questão 18) em um ato operatório é esperado:
- a. Palidez da face.
 - b. Edema da face.
 - c. Cianose dos lábios.
 - d. Ausência do seu pulso e/ou nenhuma outra alteração.
20. Durante a tireoidectomia total em um paciente com carcinoma papilífero de 3,0 cm em polo inferior esquerdo, com mobilidade normal das pregas vocais no exame realizado na véspera da cirurgia, deparou-se com nítido comprometimento de pelo menos 2,0 cm do nervo laríngeo inferior, chegou-se à conclusão que seria impossível poupá-lo. Optou-se pela lobectomia contralateral que transcorreu sem problemas, inclusive com a manutenção da resposta eletrofisiológica deste nervo. Retornando ao lado do tumor, complementou-se a tireoidectomia com ressecção da porção comprometida do nervo, permanecendo íntegro 1,0 cm de coto distal, com margem congelada, livre de neoplasia e ainda mantendo resposta eletrofisiológica. Qual a melhor conduta a ser tomada:
- a. Anastomose do coto com o ramo externo do nervo laríngeo superior.
 - b. Enxerto de nervo do plexo cervical ligando os cotos proximal e distal do nervo laríngeo inferior.

- c. Anastomose da alça cervical (“ansa cervicalis”) ao coto distal do nervo laríngeo inferior.
- d. Anastomose látero-terminal entre o nervo vago e o coto distal do nervo laríngeo inferior.

21. Há sempre grande preocupação com o uso de anticoagulantes para prevenção do tromboembolismo/ tromboembolismo pulmonar no período pós-operatório. Em um homem de 60 anos, tabagista, sem outras comorbidades, com câncer de língua em programação de glossectomia parcial e esvaziamento cervical radical e reconstrução com retalho, qual a forma correta de profilaxia?

- a. Pacientes submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço caracteristicamente deambulam precocemente e por isso são considerados de baixo risco para eventos tromboembólicos. Diante disto, deve-se apenas prescrever medidas mecânicas de prevenção.
- b. A enoxaparina não deve ser prescrita no período pós-operatório de pacientes submetidos a grandes deslocamentos de tecidos, como na cirurgia descrita. Usaria apenas os cuidados mecânicos, ácido acetilsalicílico e clopidogrel.
- c. Prevenção mecânica (meias elásticas, sistema de compressão intermitente dos membros inferiores) e um anticoagulante (enoxaparina 40mg/ dia, por exemplo).
- d. O ideal é a introdução de heparina não fracionada ainda no pré-operatório, uso de prevenção mecânica no pós-operatório e estímulo a deambulação o mais brevemente possível.

22. O estado nutricional dos portadores de carcinoma do trato aerodigestório superior costuma ser rapidamente comprometido e os resultados obtidos no tratamento também são afetados por esta situação. Níveis baixos de hemoglobina também parecem estar relacionados com piores respostas ao tratamento. Qual é a afirmação correta entre as abaixo?

- a. O uso de suplementação enteral seja, com sonda nasoenteral ou gastrostomia, no pré-operatório está associado recuperação ponderal e melhor reposta ao tratamento em pacientes com história de perda de peso maior que 10% nos seis meses que antecedem o tratamento. Este período de recuperação deve se prolongar pelo tempo necessário para atingir o peso habitual do paciente.
- b. O uso de suplementação nutricional por via enteral, seja com sonda nasoenteral ou gastrostomia, pode levar a uma recuperação parcial das condições gerais do paciente e estar relacionada a uma melhor resposta ao tratamento e a uma redução nas complicações.
- c. A suplementação nutricional realizada previamente ao tratamento deve ser evitada pois pode desencadear uma aceleração no crescimento tumoral e acabar por piorar os resultados do tratamento.
- d. A via mais eficiente para recuperação nutricional dos pacientes com carcinoma do trato aerodigestório superior é a parenteral, que gera ganho ponderal mais significativo e melhor resposta ao tratamento.

23. A avaliação da capacidade pulmonar é importante na indicação das laringectomias, principalmente as parciais, especialmente diante do risco de aspiração, tanto no pós-operatório quanto cronicamente. As laringectomias que cursam com maior risco de pneumonias aspirativas são:

- a. As horizontais abertas.
- b. As verticais abertas.
- c. As verticais endoscópicas.
- d. As totais com colocação de prótese primária.

24. A Síndrome de Frey (sudorese gustatória) é causada:

- a. Pela reinervação simpática a partir das fibras do nervo facial que foram preservadas durante a parotidectomia.
- b. Por estímulo direto da musculatura mastigatória sobre as glândulas sudoríparas causada pela ausência do tecido parotídeo.
- c. Pela reinervação simpática e parassimpática das glândulas sudoríparas a partir de fibras do nervo vago.
- d. Pela reinervação e estímulo das glândulas sudoríparas pelas fibras simpáticas do ramo aurículo-temporal do nervo trigêmeo e por fibras do nervo hipoglosso.

25. A dor no ombro pós-operatória é uma complicação sobre a qual se pode dizer que:

- a. Ocorre nos esvaziamentos cervicais radicais e está relacionada à manipulação do nervo acessório (XI) no nível V.
- b. Não é muito frequente (acomete menos de 20% dos pacientes submetidos aos esvaziamentos cervicais radicais) e é incapacitante, quando ocorre.
- c. É relacionada a lesões incompletas do nervo acessório (XI) durante o esvaziamento e não ocorre quando o nervo é sacrificado.
- d. Pode ocorrer com a manipulação tanto do nível II quanto do nível V, independentemente da presença de lesão anatômica observada durante a cirurgia.

26. A ocorrência do hipoparatiroidismo após tireoidectomias totais varia muito na literatura (lê-se sobre transitório variando de 2 a 20% dos casos e permanente variando de 1 a 13%, sempre mais frequentes quando é associado o esvaziamento do nível VI). Em qualquer deles, a hipocalcemia torna-se um grande transtorno para o paciente. O **menor** risco de hipoparatiroidismo e conseqüente hipocalcemia, está relacionado:

- a. À ligadura proximal das artérias tireoideanas inferiores.
- b. Aos casos de doença de Graves.
- c. À identificação e a preservação de no mínimo 2 paratiroides durante a cirurgia e o replante de paratiroides eventualmente ressecadas.
- d. Ao uso de hemostáticos ao término da cirurgia, possibilitando uma hemostasia mais rigorosa.

27. Mulher de 40 anos com história de massa cervical de crescimento progressivo há 8 anos, indolor, sem fatores associados. Queixa-se apenas de dificuldade de alimentação devido ao volume na cavidade oral. Sem comorbidades, não tabagista e não etilista. A lesão é demonstrada nas imagens abaixo. Com isso, assinale a alternativa correta.



- a. A principal hipótese diagnóstica para o caso apresentado tem sua etiologia relacionada ao aparelho branquial.
- b. A principal hipótese diagnóstica para o caso tem sua etiologia relacionada a mal formação dos vasos linfáticos cervicais.
- c. Trata-se de um pseudocisto e, portanto, a ressecção completa da lesão não é mandatória em todos os casos.
- d. A lesão é sugestiva de metástase cística de carcinoma de células escamosas de orofaringe e deve ser estabelecido diagnóstico histológico antes de planejamento terapêutico.

28. Sobre a formação embrionária da cabeça e do pescoço, selecione a alternativa correta:

- a. A tireoide origina-se a partir do divertículo tireoidiano no forame cego da língua e migra caudalmente, assumindo sua forma e localização definitiva na 15ª semana de gestação.
- b. Os cistos branquiais podem ser originados da primeira a quarta fenda branquial e os trajetos fistulosos para a faringe estão sempre presentes.
- c. O cisto branquial mais frequente está relacionado à não obliteração do seio e vesícula cervical, que são revestidos de ectoderma e normalmente se obliteram até a 7ª semana de gestação.
- d. As glândulas paratireoides se originam do mesoderma do terceiro e quarto arcos branquiais.

29. Mulher de 23 anos, sem antecedentes significativos, tabagista 5 anos/maço e não etilista, apresentou massa cervical em níveis IV e V a esquerda há 4 anos, indolor. Ao exame físico, apresenta nódulo palpável em nível IV e V a esquerda medindo 5 cm, amolecido e compressível, sem sinais flogísticos, móvel e indolor. Tomografias e aspecto da lesão no intraoperatório são demonstradas abaixo. Qual a principal hipótese diagnóstica e sua etiologia?



- a. Higroma cístico, mal formação do sistema linfático.
- b. Cisto branquial, mal formação do aparelho branquial.
- c. Linfonodo metastático, carcinoma papilífero de tireoide.
- d. Doença linfoproliferativa, linfoma de Hodgkin.

30. Sobre o cisto do ducto tireoglosso, assinale a alternativa correta.

- a. O carcinoma do cisto do ducto tireoglosso pode estar presente em até 5% dos casos, reforçando a importância da cirurgia de Sistrunk.
- b. No caso de infecção do cisto, a drenagem deve ser imediata para prevenir a disseminação bacteriana, com posterior ressecção cirúrgica.
- c. A realização da cirurgia de Sistrunk elimina o risco de recidiva.
- d. O cisto é revestido internamente de epitélio colunar ou escamoso, eventualmente ciliado, e pode haver a presença de tecido tireoideano normal.

31. homem de 60 anos, sem comorbidade, portador de tumor de língua é submetido a uma hemiglossectomia direita e reconstrução microcirúrgica com retalho lateral do braço e no sétimo pós-operatório evolui com sinais de congestão venosa aguda e com aumento significativo e progressivo de volume do retalho. Qual a conduta mais adequada?

- a. Realizar perfurações no retalho para drenagem do hematoma e observar a evolução.
- b. Realizar múltiplas perfurações profundas no retalho para alívio da congestão e iniciar anticoagulação plena do paciente.
- c. Realizar perfurações no retalho para diagnóstico etiológico e indicar exploração cirúrgica de urgência.
- d. **Observar evolução e indicar novo retalho se a congestão persistir.**

QUESTÃO ANULADA

32. Dos retalhos miocutâneos abaixo, qual é o mais utilizado, no Brasil, em reconstrução de grandes defeitos em cirurgia de cabeça e pescoço?

- a. Retalho miocutâneo de trapézio.
- b. Retalho miocutâneo anterolateral de coxa.
- c. Retalho miocutâneo de grande dorsal.
- d. **Retalho miocutâneo de peitoral maior.**

33. Assinale a alternativa correta a respeito do retalho miocutâneo de peitoral maior.

- a. A associação do retalho miocutâneo do peitoral maior com placa de titânio em arco anterior de mandíbula é uma opção de baixa morbidade que oferece bom resultado a longo prazo.
- b. **É muito versátil por ter pedículo Tipo V, sendo opção na maioria dos serviços.**
- c. Com o desenvolvimento da medicina, advento dos retalhos microcirúrgicos, protocolos de conservação de órgãos e cirurgia robótica seu emprego tem diminuído e na próxima década sua indicação deve ser descontinuada.
- d. Sua versatilidade também se deve a possibilidade de reconstrução mandibular com arco costal.

34. Os retalhos miocutâneos de peitoral maior, grande dorsal e trapézio usados na reconstrução de defeitos de cabeça e pescoço foram descritos pelos autores?

- a. **Ariyan, Quillen, Demergasso.**
- b. Demergasso, Ruark, Ariyan.
- c. Ariyan, Demergasso, Ruark.
- d. Demergasso, Ariyan, Quillen.

35. Quanto às neoplasias com origem nas glândulas salivares menores, é correto afirmar que:

- a. A maioria é benigna.
- b. **O adenoma pleomórfico é a histologia benigna mais comum.**
- c. Nos casos de tumores malignos, a classificação TNM segue os parâmetros das glândulas salivares maiores.
- d. Sua localização mais comum é na base da língua.

36. Sobre a recidiva do adenoma pleomórfico da parótida após tratamento cirúrgico inicial, é correto dizer que:

- a. Geralmente apresenta-se com múltiplas lesões nodulares semeadas pela área abordada na cirurgia inicial, inclusive no tecido subcutâneo. Sua ocorrência está associada a rotura do adenoma durante a abordagem inicial.
- b. Apresenta-se como lesão única e ocorre devido a margem cirúrgica insuficiente (ausência de tecido parotídeo normal em torno do tumor).
- c. Na maior parte das vezes ocorrem quando há transformação maligna do adenoma (carcinoma ex-adenoma pleomórfico).
- d. Ocorre devido a origem multicêntrica deste tipo de tumor, com a ocorrência de múltiplos focos pelo parênquima, razão pela qual a cirurgia mínima adequada para estes tumores é a parotidectomia superficial.

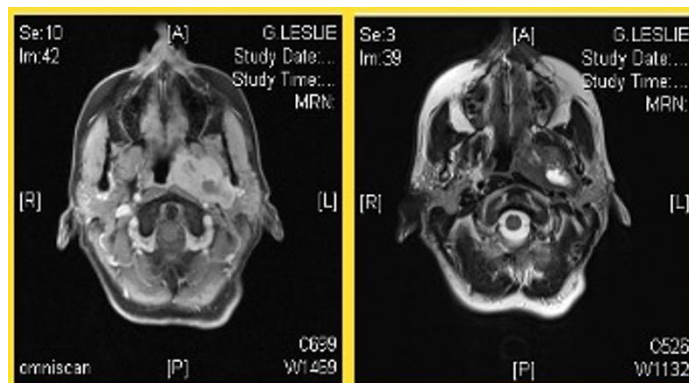
37. Qual dos tumores de glândulas salivares abaixo mais frequentemente cursa com metástase tardia?

- a. Carcinoma ductal.
- b. Carcinoma adenoide cístico.
- c. Carcinoma de células acinares.
- d. Carcinoma ex-adenoma pleomórfico.

38. Qual dos tumores abaixo apresenta **menor** risco para metástase cervical?

- a. Carcinoma mucoepidermoide de alto grau.
- b. Carcinoma de células escamosas.
- c. Carcinoma adenoide cístico.
- d. Carcinoma indiferenciado.

39. Em relação às imagens abaixo, assinale a alternativa correta quanto ao, respectivamente, exame demonstrado, espaço acometido e o provável diagnóstico.



- a. Tomografia Computadorizada de Pescoço sem contraste / espaço laterofaríngeo / paraganglioma de vago.
- b. Tomografia Computadorizada de Pescoço com contraste / espaço paravertebral / tumor de parótida.
- c. Ressonância Magnética de Pescoço sem contraste / espaço paravertebral / tumor de corpo carotídeo.
- d. Ressonância Magnética de Pescoço com contraste / espaço laterofaríngeo / tumor de parótida.

40. O carcinoma basocelular apresenta uma grande variedade de opções terapêuticas e é tratado por vários especialistas. Os melhores resultados quanto a recidiva local nos tumores T1 e T2 são obtidos:

- a. Com a ressecção cirúrgica, desde que acompanhada de estudo seriado das margens de ressecção através de exames de congelação OU com o uso de tratamento com radioterapia convencional, preferencialmente com feixe de elétrons. A opção se dá ponderando benefícios e morbidade de cada método para cada lesão individualmente.
- b. Com o uso de braquiterapia OU com o uso da criocirurgia em aplicações seriadas, ponderando benefícios e morbidade de cada método para cada lesão individualmente.
- c. Com a utilização da técnica de Mohs OU com o uso de terapia fotodinâmica com uso do ácido aminolevulínico (ALA). Idealmente estas técnicas devem ser associadas.
- d. Ressecção cirúrgica com margens amplas e avaliação pós-operatória das margens em parafina é o procedimento que indiscutivelmente traz os melhores resultados.

41. A biópsia incisional deve ser evitada no melanoma mas, em alguns casos, é a opção mais indicada. Qual informação histopatológica costuma ser comprometida neste tipo de biópsia?

- a. Invasão vascular.
- b. Índice de Breslow.
- c. Fase de crescimento.
- d. Classificação histológica.

42. Mulher de 40 anos, com lesão pigmentada e ulcerada com 2,0 cm de diâmetro em região pré-auricular direita. Não se observam linfonodos suspeitos ou metástases a distância nos exames de imagem, ressonância magnética e PET-CT. Submetida a biópsia excisional com as seguintes informações no exame anátomo-patológico: melanoma maligno, espessura de 4,1 mm, sem evidência de invasão perineural ou vascular. A melhor abordagem inicial seria:

- a. Pesquisa de linfonodo sentinela no mesmo tempo da ampliação da margem, e esvaziamento cervical ou radioterapia em tempo seguinte se sentinela positivo.
- b. Devido ao tumor localmente avançado, não está indicada nova abordagem cirúrgica, apenas radioterapia.
- c. Devido ao padrão pouco infiltrativo, a ampliação das margens será suficiente para controle da doença.
- d. Ampliação da margem associada a parotidectomia superficial e esvaziamento cervical I-III ipsilateral.

QUESTÃO ANULADA.

43. Homem de 64 anos com história cirurgia para retirada de carcinoma de células escamosas (CEC) de região temporal há três anos se apresenta com metástases intra-parotídeas e no nível II do pescoço ipsilateral, confirmadas como CEC em estudo citológico, além de paralisia facial completa. Não há sinais de recidiva da lesão primária. Qual o tratamento apropriado?
- Parotidectomia com preservação do nervo facial, mesmo que se observe invasão do mesmo, associada a esvaziamento cervical e radioterapia pós-operatória.
 - Parotidectomia com sacrifício do nervo facial e esvaziamento cervical, seguida de quimio e radioterapia, incluindo toda a região cervical. A reconstrução do nervo não está indicada devido à radioterapia, que impede o sucesso da anastomose.
 - Parotidectomia com sacrifício do nervo facial, com congelação dos cotos do nervo a fim de garantir margem adequada, mesmo se necessário incluir temporalectomia, e esvaziamento cervical. Se possível, tentaria enxerto de nervo para recuperação funcional do facial (sural ou plexo cervical). Indicada também radioterapia pós-operatória incluindo todo o leito cirúrgico e o trajeto do nervo facial.
 - A fim de maior probabilidade de recuperar a função do nervo e a resultados oncológicos comparáveis, está indicado tratamento quimio e radioterápico seguido de imunoterapia (inibidores da PD-1, como o pembrolizumabe, por exemplo).
44. São fatores que influenciam negativamente o prognóstico dos carcinomas basocelulares:
- Localização na zona “H” da face e histologia esclerosante ou micronodular.
 - Localização palpebral e histologia de padrão superficial.
 - Localização em couro cabeludo e histologia nodular.
 - Localização na pele do lábio inferior e quando associada a outras alterações actínicas.
45. Em relação aos tumores malignos nasais e sinusais, assinale a alternativa correta.
- Acometem em ordem de frequência seio maxilar, fossa nasal, seio esfenoidal, seio etmoidal e o seio frontal, respectivamente.
 - Os sintomas iniciais de obstrução nasal, rinoreia e epistaxe facilitam o diagnóstico, que geralmente é precoce.
 - Fatores etiológicos como tabagismo e solventes estão relacionados ao carcinoma de células escamosas, enquanto serragem e derivados do couro ao adenocarcinoma.
 - A ressonância magnética tem alta capacidade de avaliar a invasão de estruturas adjacentes, principalmente as invasões da base do crânio.

46. Com relação aos carcinomas de células escamosas dos seios paranasais, assinale a alternativa correta.

- a. A invasão orbitária dá-se por extensão pelas fissuras orbitárias, pela via lacrimal, por erosão óssea adjacente, por invasão perineural ou por perivascular.
- b. A tomografia computadorizada permite melhor avaliação da invasão da base do crânio e do sistema nervoso central, em especial na avaliação da invasão da dura máter.
- c. A ressonância magnética permite melhor avaliação dos limites tumorais em relação a secreções mucosas retidas e destruição de estruturas ósseas.
- d. A invasão da base do crânio ocorre mais comumente quando há acometimento dos seios etmoidal, esfenoidal e frontal.

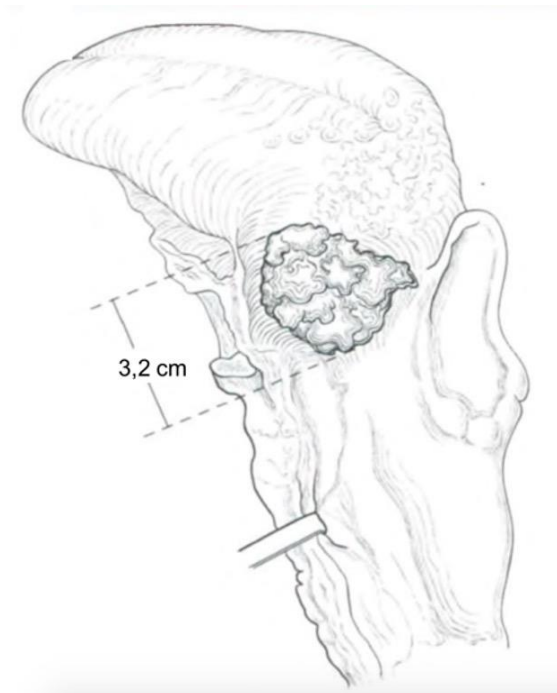
47. Homem de 67 anos com queixa de rinorréia sero-sanguinolenta há 6 meses em narina direita. Há 2 meses, notou abaulamento facial com dificuldade de adaptação de sua prótese dentária superior. Nega tabagismo ou etilismo. O exame físico e a imagem da lesão são demonstradas abaixo. Qual a principal hipótese diagnóstica?



- a. Pólipo antro-coanal.
- b. Adenocarcinoma de seio etmoidal.
- c. Carcinoma de células escamosas de seio maxilar.
- d. Carcinoma muco-epidermoide de glândula salivar menor.

Considere a imagem abaixo para as próximas duas questões (48 e 49)

48. Homem de 58 anos foi diagnosticado com carcinoma de células escamosas conforme demonstrado na imagem abaixo. A lesão mede 3,2 cm no maior eixo e a tomografia computadorizada descreve espessura de 1,2 cm. Qual a classificação T da lesão abaixo, de acordo com a classificação TNM da AJCC/UICC, 8ª edição?

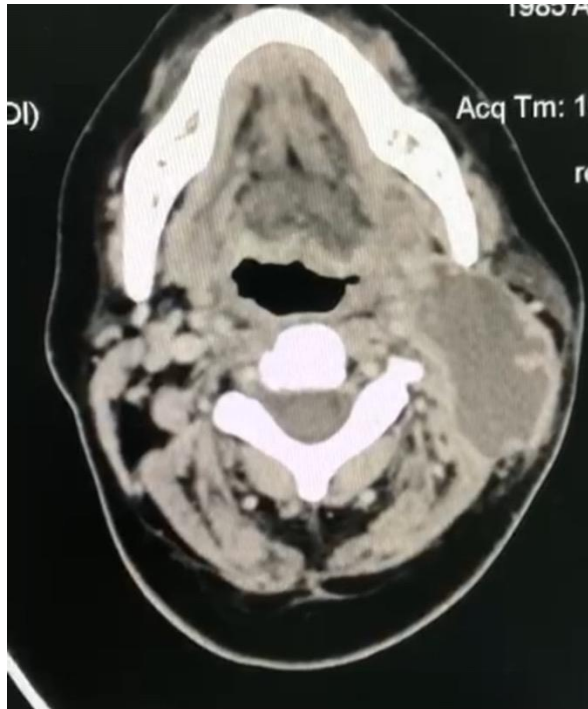


- a. T2.
- b. T3.
- c. T4a.
- d. Necessário status p16 para classificar.

49. Considerando que o tumor é p16 negativo e foi clinicamente estadiado como N0. Dentre as opções abaixo, qual a melhor opção terapêutica?

- a. Cirurgia robótica transoral (“TORS”) exclusiva.
- b. Radioterapia exclusiva.
- c. Mandibulotomia de acesso com ressecção da lesão primária e esvaziamento cervical níveis I-V ipsilateral.
- d. Quimioradioterapia concomitante baseada em cisplatina.

50. Mulher de 45 anos, sem antecedentes significativos, não tabagista e não etilista, vem para avaliação de nódulo cervical de crescimento progressivo há 4 meses. Ao exame físico apresenta nódulo palpável em níveis II e V a esquerda, bem delimitado e móvel, medindo 6 cm no maior eixo. Trouxe tomografia computadorizada de pescoço com imagem representada abaixo. Sobre a condução do caso, selecione a alternativa correta.



- a. Lesões císticas cervicais são benignas e a ressecção sem investigação adicional está indicada.
- b. A imagem mostra linfonodomegalia com centro necrótico, sugestiva de acometimento secundário, o que já determina a conduta cirúrgica com esvaziamento cervical e radioterapia adjuvante.
- c. A principal hipótese diagnóstica é carcinoma de cisto branquial.
- d. **A oroscopia e avaliação ultrassonográfica da tireoide tem importante papel na investigação desse caso.**

51. Sobre a pesquisa de HPV nos casos de carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço, selecione a alternativa correta.

- a. Está indicada para os casos de carcinomas de células escamosas de boca em pacientes não tabagistas.
- b. O principal método de investigação do status HPV em amostras tumorais é feito por pesquisa direta do vírus, através da pesquisa da sua proteína de membrana p16.
- c. **Os tumores HPV + apresentam alterações histopatológicas características, entre elas os padrões basaloide e papilífero.**
- d. Não tem papel na investigação de metástases cervicais de primário oculto uma vez que a punção aspirativa por agulha fina não fornece material suficiente para testagem.

52. Um tumor de orofaringe é classificado com T4 de acordo com a classificação TNM da AJCC/UICC (8ª edição) quando se estende a qual estrutura?

- a. Face lingual da epiglote.
- b. Porção orofaríngea do músculo palatoglosso.
- c. **Músculo hioglosso.**
- d. Pilar amigdaliano posterior.

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



- a. Acompanhamento ambulatorial e fonoterapia.
- b. Ampliação das margens cirúrgicas por via endoscópica.
- c. Cordectomia endoscópica tipo II.
- d. Laringectomia parcial frontolateral.

54. Qual cirurgia indicada para o tratamento do paciente abaixo, com diagnóstico de carcinoma de células escamosas, com mobilidade reduzida da hemilaringe esquerda cuja tomografia não demonstrou sinais de invasão de cartilagem tireoide e ou cricoide?



- a. Laringectomia total.
- b. Laringectomia frontal.
- c. Laringectomia supracricóidea.
- d. Hemilaringectomia.

55. Em um paciente submetido a tireoidectomia total, que evoluiu com paralisia bilateral em adução de pregas vocais, cuja traqueostomia foi realizada no pós-operatório imediato, evolui sem melhora do quadro após um ano. Qual a conduta indicada?

- a. Aplicação de Toxina Botulinica em uma das pregas vocais.
- b. Aplicação de Toxina Botulinica em ambas as pregas vocais.
- c. Tireoplastia de Ishiki tipo IV.
- d. **Cordotomia posterior com aritenoidectomia parcial.**

56. Qual a queixa mais frequente de um paciente com tumor infraglótico:

- a. **Dispnéia.**
- b. Disfagia.
- c. Disfonia.
- d. Otolgia reflexa.

57. Qual estrutura abaixo deve ser preservada para uma melhor reabilitação em uma laringectomia supracricoidea?

- a. **Ramo interno do nervo laríngeo superior.**
- b. Ramo externo do nervo laríngeo superior.
- c. Ramo posterior do nervo laríngeo recorrente.
- d. Ramo laríngeo do nervo glossofaríngeo.

58. Homem de 69 anos, tabagista e etilista crônico. A vídeo-nasofaringolaringoscopia evidenciou um tumor em parede lateral de seio piriforme direito. A tomografia computadorizada de pescoço demonstra a presença de lesão em seio piriforme direito, medindo 4,6 x 3,0 cm, com erosão de borda de cartilagem tireoide, associado a linfonodos a direita em nível II com 2,3 cm e em nível III com 5,5 cm, sem sinais de extensão extracapsular. TC tórax normal. A biópsia revelou um carcinoma de células escamosas. De acordo com a classificação TNM da UICC, 8ª edição, qual o estágio clínico?

- a. T3N2bM0 – EC IV.
- b. T4aN2aM0 – EC IV.
- c. **T4aN2bM0 – EC IV.**
- d. T4aN3bM0 – EC IV.

59. Homem de 62 anos, com diagnóstico de carcinoma de células escamosas de seio piriforme avançado foi submetido a tratamento cirúrgico com exame anatomopatológico descrevendo um tumor de 5,6 cm em seio piriforme, com margens cirúrgicas livres e 7 linfonodos metastáticos, sem extensão extracapsular. Qual a conduta terapêutica diante desses achados?

- a. **Radioterapia adjuvante com IMRT.**
- b. Radioterapia adjuvante com IMRT e quimioterapia concomitante.
- c. Radioterapia adjuvante com IMRT, seguido de quimioterapia.
- d. Radioterapia adjuvante com IMRT e Cetuximabe

60. Mulher de 30 anos, assintomática, ao realizar ultrassonografia de tireoide de rotina foi encontrado um nódulo de 1,4 cm (TIRADS 3). Nega história familiar de neoplasia de tireoide ou prévia de neoplasia. Baseado na Classificação TIRADS qual a orientação nesse tipo de nódulo?

- a. Realizar punção do nódulo.
- b. Tireoidectomia parcial e congelação, pelo risco de malignidade.
- c. Seguimento com ultrassonografia periódica.
- d. Observar a sintomatologia.

61. Mulher de 63 anos, assintomática, sem comorbidades, ao realizar ultrassonografia de tireoide em exames de check-up periódico foi evidenciado nódulo sólido, isoecóico, com halo hipoecóico bem definido, com 0,8 cm em seu maior diâmetro, sem microcalcificações. Dosagem de TSH=0,3mU/L. Qual a conduta terapêutica adequada?

- a. Tratar o hipertireoidismo e observar o nódulo.
- b. Tratar o hipertireoidismo e punção do nódulo guiada por ultrassom.
- c. Observar hipertireoidismo e punção do nódulo guiada por ultrassom.
- d. Observar hipertireoidismo e seguimento periódico do nódulo com ultrassonografia e função tireoideana.

62. Em relação à forma esporádica do carcinoma medular de tireoide pode-se afirmar que:

- a. Corresponde a 85% dos carcinomas medulares de tireoide.
- b. Ocorre com maior frequência entre indivíduos da 3ª e 4ª décadas de vida.
- c. É bilateral na maioria dos casos e são diagnosticados, em geral, em estágio clínico III-IV.
- d. A idade e o estágio clínico são os principais fatores prognósticos.

63. Em relação ao carcinoma medular de tireoide podemos afirmar que:

- a. Na NEM2B a mutação no códon A883F do oncogene RET é a mutação mais frequente.
- b. Na forma NEM 2A a mutação no códon 620 do oncogene RET é a mutação mais encontrada.
- c. Na NEM 2A a mutação germinativa no códon C634F está associada a elevada penetrância de feocromocitoma.
- d. Os códons do oncogene RET não relacionam-se com o desenvolvimento de outras neoplasias nesses pacientes.

64. Homem de 43 anos, cuja ultrassonografia de tireoide de rotina detectou um nódulo em lobo direito de tireoide com 2,5 cm, com PAAF de carcinoma papilífero (Bethesda VI). A ultrassonografia cervical de estadiamento evidenciou linfonodo de aspecto irregular com microcalcificações em níveis III e IV direito com 1,8 cm. A PAAF de linfonodos cervicais evidenciou metástase de carcinoma papilífero em ambos os linfonodos. A vídeo-laringoscopia e função tireoideana são normais. Diante desses achados, qual a conduta terapêutica correta?

- a. Tireoidectomia total associada a esvaziamento cervical póstero-lateral direito (níveis II-V).

- b. Tireoidectomia total associada a esvaziamento do compartimento central e cervical póstero-lateral direito (níveis II-V).
- c. **Tireoidectomia total associada esvaziamento do compartimento central e cervical póstero-lateral direito (níveis II-V) + iodoterapia adjuvante.**
- d. Tireoidectomia total associada a esvaziamento do compartimento central e cervical póstero-lateral direito (níveis II-V) e pesquisa de corpo inteiro pós-operatória.

65. Homem de 56 anos, sem história prévia individual ou familiar de neoplasia de tireoide, ao realizar ultrassonografia de tireoide de rotina, foi encontrado um nódulo em lobo esquerdo de tireoide com 1,5 cm com sinais de extensão extra-tireoidiana para os músculos pré-tireoidianos. Ausência de linfonodos cervicais aos exames de estadiamento. Função tireoidiana normal. PAAF demonstrou um carcinoma papilífero. Qual a conduta terapêutica correta?

- a. Tireoidectomia total.
- b. Tireoidectomia total + iodoterapia adjuvante.
- c. Tireoidectomia total ampliada para os músculos pré-tireoidianos.
- d. **Tireoidectomia total ampliada para os músculos pré-tireoidianos e esvaziamento do nível VI.**

66. Quanto ao carcinoma de tireoide na infância é correto afirmar que:

- a. A radiação só é um fator de risco quando ocorre antes dos 5 anos de idade, já que a transformação de maligna é tempo dependente.
- b. O carcinoma medular nessa idade ocorre como maior frequência devido às síndromes hereditárias.
- c. A tireoidectomia parcial é o tratamento de escolha em carcinoma papilífero com 1,0 cm.
- d. **A incidência de carcinoma de tireoide vem aumentando nas últimas duas décadas.**

67. Mulher de 38 anos, portadora de lesão nodular com 4,5 cm, em lobo esquerdo da tireoide, com resultado de punção (PAAF) Bethesda II. Função tireoideiana normal, sem sinais de tireoidite aos exames. Lobo direito normal. Ausência de achados diferentes à inspeção no intra-operatório. Realizada tireoidectomia parcial (lobectomia esquerda + istmectomia). O exame anatomopatológico definitivo mostra, além do bócio um foco de 1,0 cm de carcinoma papilífero variante clássica, totalmente intra-tireoidiano. Qual a conduta?

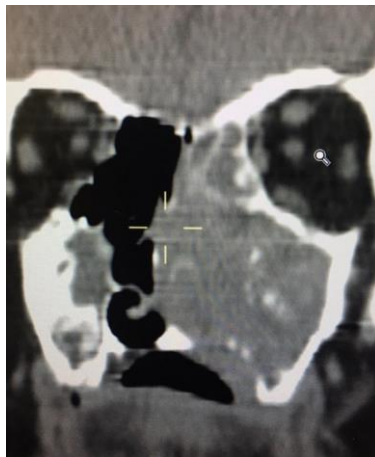
- a. Supressão com dose alta de levotiroxina.
- b. Encaminhar a paciente para pesquisa de corpo inteiro com iodo-radioativo.
- c. Dosagem imediata da tireoglobulina para definição de totalização.
- d. **Seguimento clínico com ultrassonografia semestral e função tireoidiana.**

68. Homem de 42 anos, em um excelente estado geral, sem comorbidades. Apresenta um carcinoma indiferenciado sinonasal (SNUC), confirmado por laudo histopatológico e imunohistoquímico, conforme demonstrado na imagem abaixo. Qual será o melhor tratamento recomendado para este paciente, considerando que não há metástase linfonodal ou à distância?



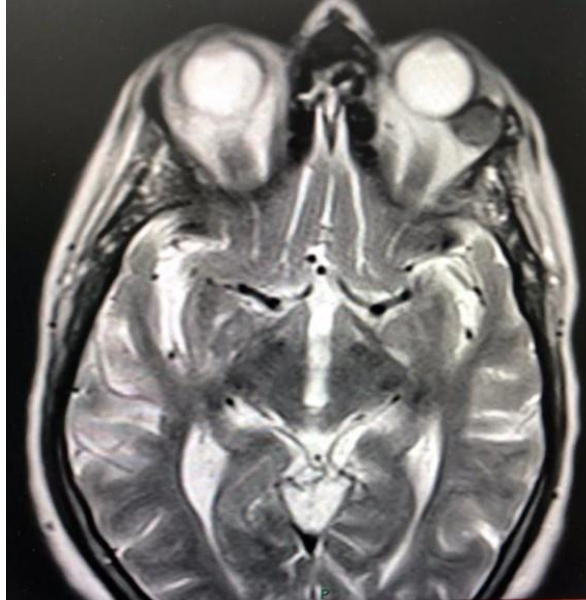
- a. Ressecção endoscópica com radioterapia adjuvante.
- b. Cirurgia craniofacial aberta, com radioterapia adjuvante.
- c. Cirurgia crâniofacial aberta com radio e quimioterapia adjuvante.
- d. **Radio e quimioterapia como tratamento definitivo.**

69. Paciente em excelente estado geral, com 50 anos, apresenta a imagem de tomografia computadorizada abaixo, cujo laudo anátomo-patológico demonstrou um carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado. Por um acesso craniofacial-transfacial, realizou-se maxilectomia total, etmoidectomia total, com retirada do soalho de órbita (conteúdo orbitário preservado com margens livres), platô cribiforme e palato duro. Qual a melhor opção para a reconstrução deste defeito?



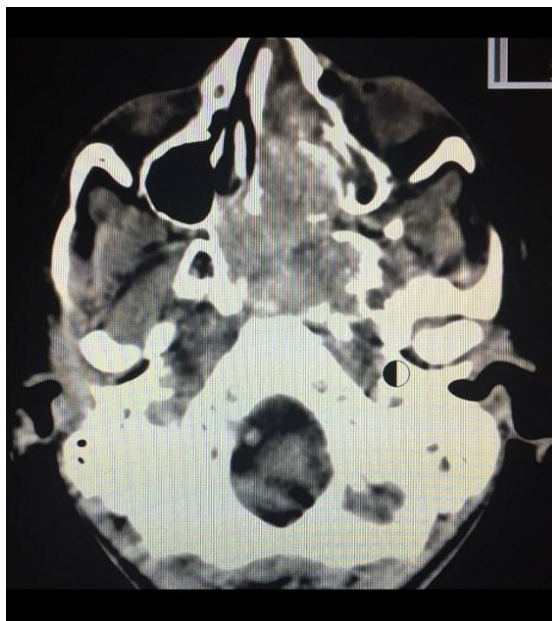
- a. Retalho pericranio galeal para fossa craniana anterior, com uma prótese obturadora palatal.
- b. Retalho pericranio galeal para fossa craniana anterior, com uma tela de titânio para o soalho da órbita e prótese obturadora palatal.
- c. Enxerto de fascia temporal para a fossa craniana anterior, com retalho de músculo temporal para o soalho orbital e prótese obturadora palatal.
- d. **Reconstrução com retalho pericranio galeal associado a retalho microcirúrgico, reconstruindo o soalho orbital, fossa craniana anterior e comunicação oro-sinusal, podendo ou não, utilizar prótese palatal.**

70. Paciente apresentando sintomas de compressão ocular e discreta proptose, com evolução de longa data. A ressonância magnética é demonstrada na imagem abaixo. Com base na análise da imagem e nos dados clínicos, qual a hipótese diagnóstica e qual o acesso cirúrgico indicado para ressecar esta lesão?



- a. Adenoma pleomórfico / acesso lateral pela pele.
- b. Teratoma / acesso à Krohnlíne.
- c. Pseudotumor de órbita / acesso via endoscópico.
- d. Hemangioma / acesso com ressecção da parede lateral da órbita e osteossíntese.

71. De acordo com a tomografia computadorizada demonstrada abaixo, qual a característica que sugere tratar-se de um angiofibroma juvenil?



- a. Acometimento da nasofaringe e da fossa nasal
- b. Alargamento da fossa pterigomaxilar esquerda, com um tumor hipervascularizado.**
- c. Destruição da placa pterigóide, com tumor hipervascularizado.
- d. Ausência de invasão da mucosa, como o septo nasal, empurrando mais que destruindo estruturas.

72. Com relação ao tumor demonstrado na imagem abaixo, assinale a alternativa correta.



- a. Trata-se de um paraganglioma e tipicamente secreta catecolamina.
- b. Trata-se de um quimiodectoma e seus sintomas são decorrentes de invasão de estruturas adjacentes.
- c. Trata-se de um paraganglioma e aproximadamente 30% deles são bilaterais ou múltiplos.
- d. Trata-se de um quimiodectoma e, se for optado por tratamento cirúrgico deve se considerar a embolização pré-operatória da lesão.**

73. Dentre os tumores abaixo, qual o tumor odontogênico mais comum?

- a. Ameloblastoma.
- b. Odontoma.**
- c. Tumor odontogênico epitelial calcificante.
- d. Fibroma odontogênico.

74. Homem de 65 anos, com um carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado T1N2bM0, p16 negativo, de loja amigdaliana direita, tratado com radioterapia exclusiva. Oito meses após o término desse tratamento, apresenta linfonodo metastático com 4 cm no nível III a direita. Qual a melhor abordagem no tratamento de resgate para este paciente?

- a. **Esvaziamento cervical radical ou radical modificado tipo I ou II.**
- b. Esvaziamento cervical supraseletivo, com ressecção dos níveis II, III, IV.
- c. Esvaziamento cervical apenas do nível III e estruturas adjacentes que estiverem envolvidas.
- d. Como houve resposta ao tratamento inicial com radioterapia exclusiva, indica-se re-irradiação concomitante a quimioterapia.

75. Paciente com metástase cervical com tumor primário desconhecido, qual dos seguintes testes sorológicos poderia apontar o provável sítio do tumor desconhecido?

- a. Anticorpos anti-p16.
- b. Mutação BRAF.
- c. **Anticorpos IgA anti-VCA do EBV.**
- d. Pesquisa do DNA do HPV 16 e 18.

76. Durante a realização de um esvaziamento cervical supraomó-hioideo, em um paciente com carcinoma de células escamosas T2N0M0 de língua oral, você é surpreendido com um linfonodo aumentado no nível IIa, próximo ao nervo espinal, que, ao exame de congelação, demonstrou tratar-se de um carcinoma metastático. Qual seria a conduta mais indicada nesse momento?

- a. Continuar com o esvaziamento cervical supraomó-hioideo e indicar radioterapia adjuvante.
- b. Sacrificar o nervo espinal e realizar um esvaziamento cervical radical.
- c. **Converter o esvaziamento em um esvaziamento cervical radical tipo III.**
- d. Estender o esvaziamento até o nível IV.

77. Mulher de 59 anos assintomática, encaminhada para avaliação por achados de exames laboratoriais. Sem comorbidades, apresenta-se com os exames demonstrados abaixo. Diante desse caso, assinale a alternativa correta.

Exame	Valor	Referência
Ca iônico	4,98	4,6-5,3
Ca total	10,7	8,6-10,2
Fósforo	3,6	2,7-4,5
PTH	114	16-87
25-Hidroxi Vit D	25	30-100
Fosfatase alcalina	90	35-104
Na / K	143 / 4,3	135-145 / 3,5-5,0
Ur / Cr	33 / 0,66	10-50 / 0,5-0,9
Hb / Ht	13,9 / 42	12-16 / 35-47
Ca urinário 24h	294	100-320

CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES

- a. Deve ser indicado o tratamento cirúrgico e a utilização da dosagem intra-operatória de PTH é mandatória.
- b. O resultado da cintilografia determina o diagnóstico de hiperparatireoidismo primário.
- c. **A realização de ultrassonografia da região cervical trará informações importantes para planejamento cirúrgico.**
- d. O diagnóstico de hiperparatireoidismo primário ainda não pode ser estabelecido.

78. Homem de 59 anos, vem encaminhado do endocrinologista para avaliação de alterações em exames laboratoriais. Sem queixas no momento. Antecedente de HAS e transplante renal bem-sucedido há 2 anos. Exames: hemoglobina 11,2 g/dL; uréia 65 mg/dL; creatinina 1,1 mg/dL; sódio 140 mg/dL; potássio 4,0 mg/dL; cálcio total 11,0 mg/dL (8,6 – 10,3); PTH 120 pg/mL (10 – 65), 25-OH-vitamina D 29 ng/mL (30 – 60), fósforo 3,5 mg/dL. Com esses dados, assinale a alternativa correta.

- a. A principal hipótese é um adenoma de paratireoide e devem ser solicitados exames localizatórios para planejamento cirúrgico.
- b. O caso tem indicação cirúrgica e o procedimento indicado é paratireoidectomia total com auto-enxerto ou subtotal.**
- c. Deve ser solicitado cálcio urinário de 24h pois a hipercalcemia hipocalciúrica familiar é a principal hipótese diagnóstica.
- d. Inicialmente, deve ser indicado tratamento clínico com cinacalcet para avaliação de resposta.

79. Sobre o hiperparatireoidismo primário, selecione a alternativa correta.

- a. Carcinoma de paratireoide deve ser suspeitado em casos com dosagem de PTH acima de 3 vezes o limite superior da normalidade, sendo indicada realização de tireoidectomia e esvaziamento cervical recorrential.
- b. O cisto de paratireoide é uma causa frequente de hiperparatireoidismo primário e deve ser tratado cirurgicamente.
- c. O PTH intraoperatório é um bom método auxiliar, no entanto, muda a conduta em um pequena porcentagem de casos.**
- d. A doença multiglandular é frequente, razão pela qual sempre deve ser realizada exploração bilateral das paratireoides ou dosagem intraoperatória de PTH.

80. Em relação ao hiperparatireoidismo secundário à doença renal crônica, selecione a alternativa correta.

- a. Em pacientes dialíticos com fósforo não muito elevado, pode-se tentar inibir a produção de PTH através do uso de altas doses de calcitriol.**
- b. Casos com exames localizatórios positivos para uma glândula, pode ser feita ressecção focalizada.
- c. O uso dos agonistas de receptores de cálcio não está indicado nesses pacientes por gerar aumento da reabsorção renal de fósforo.
- d. O tratamento é cirúrgico e a paratireoidectomia total com criopreservação de tecido paratireoideano é o procedimento padrão ouro.

SEGUNDA FASE – PROVA TEÓRICO-PRÁTICA

*** perguntas sequenciais e sem a oportunidade de o candidato voltar para corrigir a resposta.**

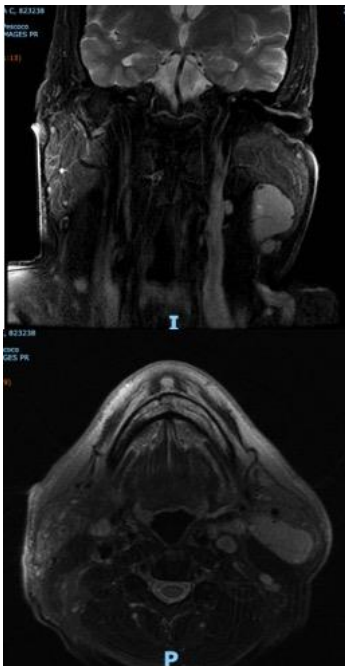
1. Mulher de 64 anos com história de ressecção de carcinoma de células escamosas de lábio inferior há 2 anos, descrito à época como tendo 3,5 cm em seu maior eixo, distando 1,0 cm de cada comissura, anteriormente ultrapassando a transição cutâneo-mucosa em 1cm e posteriormente se detendo a 2,0 cm do sulco gengivo-labial inferior. Ao palpar a lesão, observava-se que era infiltrativa e havia comprometimento de toda a espessura labial. A ressecção foi realizada em outro serviço, aparentemente com margens adequadas no exame anatomopatológico, quando as dimensões foram confirmadas e DOI (profundidade de invasão) aferida em 11 mm. Para a reconstrução foi utilizado retalho de Gilles bilateral, com bom resultado funcional. No atendimento atual apresenta-se com com nódulo em região submentoneana, de 2,5 cm, praticamente sem mobilidade, sugerindo fixação à própria mandíbula ou aos ventres do músculo digástrico ou mesmo ao músculo gênio-hioideo. No exame físico não se observam outros linfonodos suspeitos ou qualquer sinal de recidiva local. No exame tomográfico, de relevante, nota-se irregularidade na cortical óssea da borda inferior da mandíbula, na região contígua ao linfonodo, este com claras características metastáticas. No PET -CT realizado só ocorreu captação na região do linfonodo descrito. Sobre este caso, responda as próximas 4 questões:
 - a. Quais os estadiamentos (TNM e estágio agrupado), atual (clínico) e há dois anos (clínico e patológico), deste tumor? Justifique.
 - b. Você faria algo diferente quanto à conduta no momento do tratamento deste doente em sua primeira abordagem?
 - c. Qual sua proposta de tratamento para a lesão atual, levando em consideração os vários cenários possíveis da invasão mandibular?
 - d. Comente quais são as particularidades das metástases cervicais, em termos de frequência por estágio T e padrão de recidiva, nos carcinomas de células escamosas do lábio inferior e no que elas diferem dos tumores de lábio superior.

2. Diante de um paciente com volumoso tumor da orofaringe e disfagia severa, responda as próximas 5 questões.
 - a. Explique o caminho anatômico da sonda naso-gástrica (para dieta) de forma detalhada até a sua final localização.
 - b. Descreva os detalhes técnicos para uma melhor passagem de uma sonda naso-gástrica e seus cuidados.
 - c. Aponte possíveis complicações imediatas (relacionadas à passagem) e tardias de sondas naso-gástricas. Cite, pelo menos, 2 de cada.
 - d. Discuta, em 5 linhas, quando indicar a passagem de uma sonda naso-gástrica ou a realização de uma gastrostomia endoscópica.
 - e. Estando o paciente em dieta enteral, quais os cuidados em termos de: calorias por dia, volume da dieta e possíveis complicações e cuidados da dieta enteral.

3. Mulher de 63 anos de idade, vem com queixa de lesão em região lateral da face à esquerda, com crescimento progressivo há 5 meses, sem queixas de dor ou paralisia facial. Nega tabagismo ou etilismo. Ao exame físico notou-se uma lesão de 3-4 cm de diâmetro em região da parótida esquerda, sem infiltração de pele e sem massas palpáveis em cadeias linfáticas cervicais. Com essas informações, responda as 4 próximas questões.
- Qual a hipótese diagnóstica mais provável? Justifique.
 - Qual conduta a seguir?

Realizada punção aspirativa por agulha cujo resultado demonstrou tratar-se de lesão suspeita de malignidade. Realizou também PET-CT e ressonância magnética de pescoço e tórax, demonstrados a seguir.

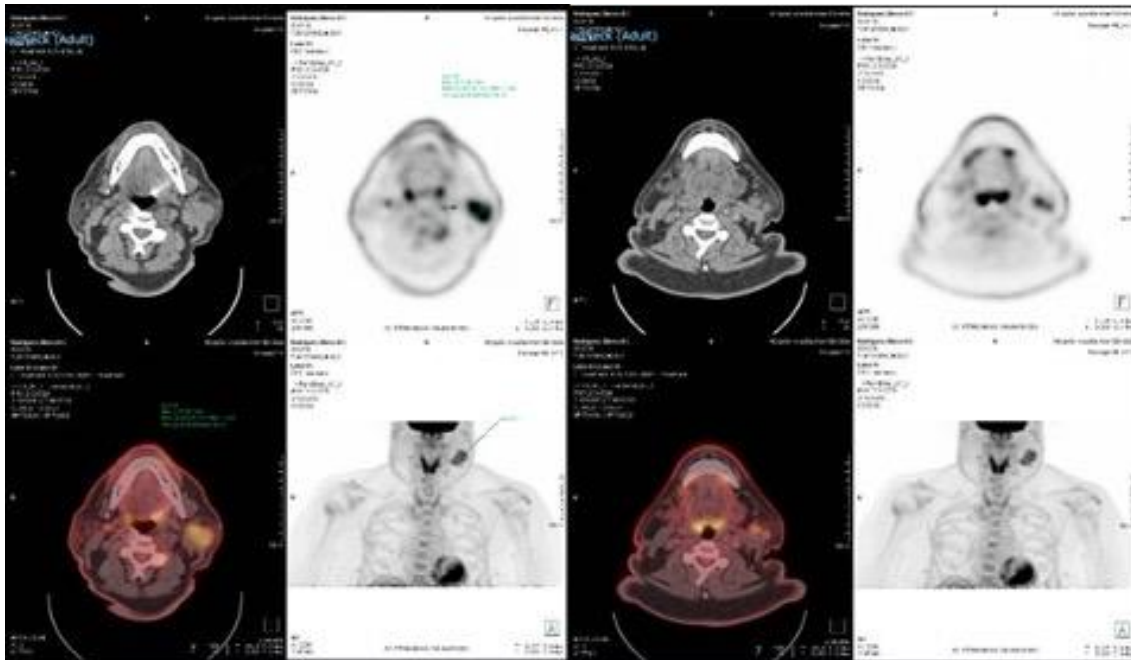
- Com a interpretação desses três exames (punção, PET-CT e RM), qual seria a conduta indicada? Justifique.



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE FACE E PESCOÇO

TÉCNICA:
Técnica: FSE, GE; Ponderação: T1, T2 (supressão de gordura); Contraste: EV (supressão de gordura).

ACHADOS:
Lesão sólida ovalada homogênea e com restrição à difusão, medindo 3,7 x 2,0cm, junto ao contorno posteroinferior da glândula parótida esquerda.
Linfonodo periparotídeo esquerdo, inferior à lesão supracitada, com as mesmas características de sinal, medindo 1,0 cm.
Linfonodos arredondados, sem restrição hídrica à difusão, são observados no nível II à esquerda e nível II / III à direita, medindo até 1,3 cm.
Espessamento mucosofaríngeo irregular na base da língua, obliterando as valéculas, principalmente à direita.
Pequeno cisto de retenção na parede posterior da rinofaringe e no pilar amigdaliano anterior à direita.
Estruturas da laringe sem particularidades.
Planos musculares e gordurosos preservados.
Trajeto retrofaríngeo das artérias carótidas comum e externa à esquerda. Demais estruturas vasculares sem particularidades.
Glândulas parótida direita, submandibulares e tireoide têm sinal e contornos habituais.



RELATÓRIO:

Os cortes tomográficos (PET) e as imagens de fusão com cortes anatômicos (TC) demonstram:

- aumento do metabolismo de glicose em nódulo sólido e lobulado no contorno posterior da glândula parótida esquerda, acometendo os lobos superficial e profundo, em íntimo contato com a face posterior da veia retromandibular, medindo 3,8 x 1,7 cm ($SUV_{máx}=6,9$);
- aumento do metabolismo em pequeno nódulo intraparotídeo satélite à lesão maior, junto ao seu contorno inferolateral, medindo 0,8 x 0,5 cm ($SUV_{máx}=3,2$);
- discreto aumento do metabolismo em linfonodos cervicais bilaterais nos níveis IIA ($SUV_{máx}=4,0$);
- aumento da atividade metabólica em áreas de espessamento mucoso nos pilares amigdalianos e na base da língua, de padrão inespecífico, mas que pode ser decorrente de aumento reacional das tonsilas linfóides;
- área de aumento do metabolismo no lobo esquerdo da próstata, inespecífica.

Achados adicionais da tomografia computadorizada sem alteração correspondente nas imagens funcionais com FDG:

- trajeto retrofaringeo das artérias carótidas e de seu bulbo à esquerda, abaulando a parede posterior da faringe;
- redução dos coeficientes de atenuação do parênquima hepático, sugestiva de esteatose;
- formação nodular hipoatenuante no terço inferior do rim direito, que pode representar cisto;
- prováveis cistos parapiélicos bilaterais.

***SUV - "standard uptake value" - valor padronizado de captação**

INTERPRETAÇÃO:

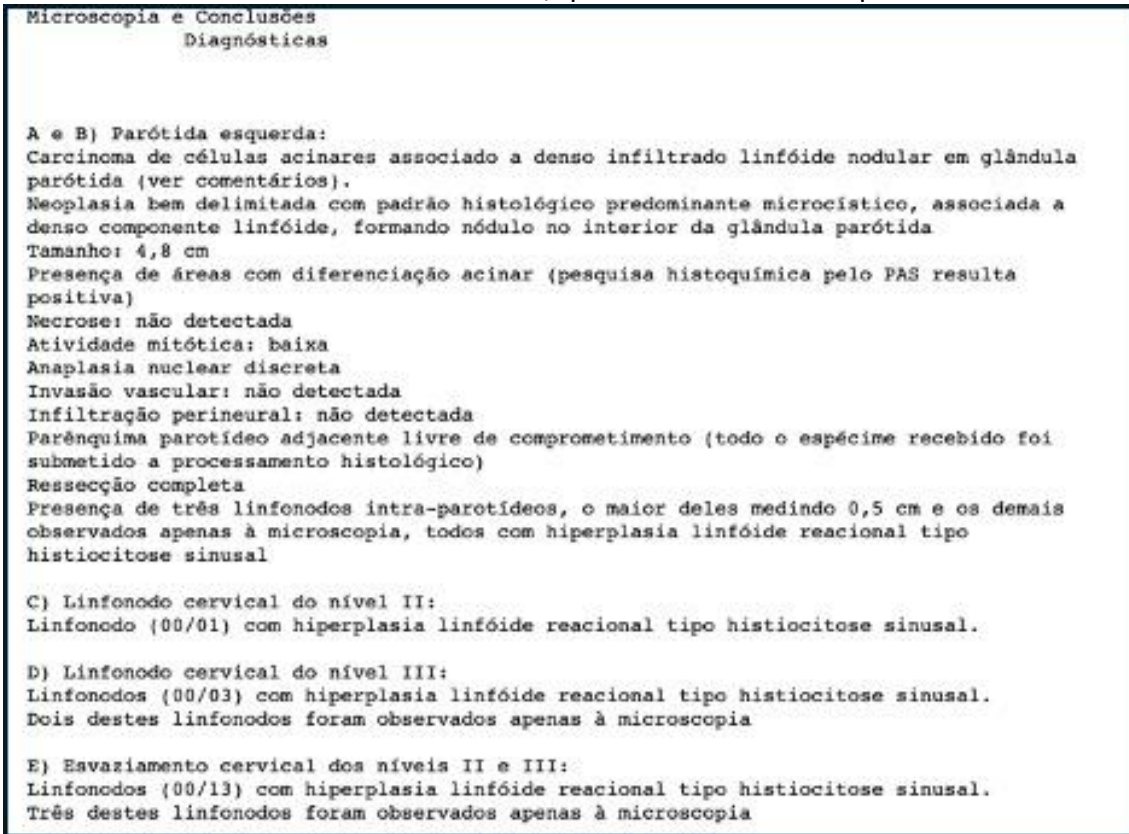
Aumento do metabolismo de glicose em nódulo sólido lobulado no contorno posterior da glândula parótida esquerda e em pequeno nódulo intraparotídeo satélite, compatíveis com processo neoplásico.

Discreto aumento do metabolismo em linfonodos cervicais bilaterais nos níveis IIA, inespecíficos.

- d. Foi realizado parotidectomia total com preservação de nervo facial + esvaziamento cervical dos níveis II e III e o exame de congelação mostrou que

se tratar de um carcinoma de células acinares. Com isso, descreva sucintamente os passos de uma parotidectomia total abordando os reparos anatômicos para identificação do nervo facial e cite quais são seus principais ramos.

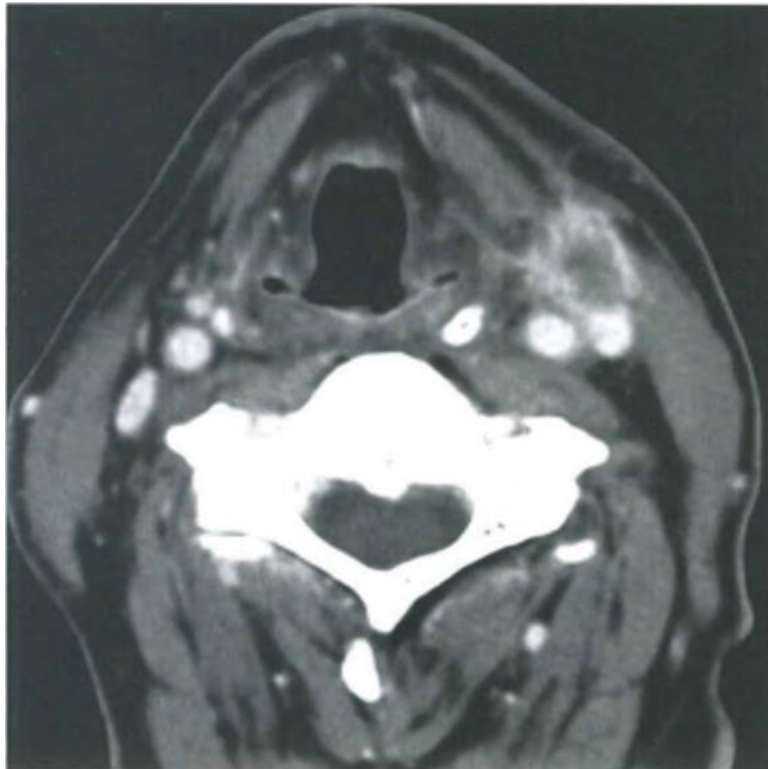
- e. Já em seguimento ambulatorial, você recebe o laudo anátomo-patológico abaixo. Diante desse resultado, qual a conduta? Justifique.



4. Homem de 59 anos, diabético, ao realizar exames para avaliação de obesidade foi solicitado função e ultrassonografia de tireoide. Ultrassonografia da tireoide descreve um nódulo de sólido em polo superior de lobo direito com 1,3 cm (Tirads 5) e um linfonodo em nível III a direita, irregular e com microcalcificação. Radiografia de tórax evidenciou um nódulo em pulmão direito com 1,5 cm. As imagens são demonstradas abaixo. Realizada punção de nódulo de tireoide que demonstrou um carcinoma papilífero (Bethesda VI). Diante do que foi exposto, responda as 4 questões a seguir.



- a. Qual a hipótese diagnóstica? Justifique.
 - b. Como se deve fazer o estadiamento do tumor? Justifique.
 - c. Qual a conduta em relação ao tratamento? Descreva a sequência correta e justifique.
 - d. Qual a conduta em relação ao nódulo no pulmão? Justifique.
5. Homem de 54 anos do sexo masculino tem história de nódulo cervical de crescimento progressivo há 3 meses. Indolor, sem sinais flogísticos locais. Associou inicialmente a quadro de infecção de vias aéreas superiores já resolvido, mas procurou pronto socorro por persistência do quadro. Foi encaminhado para avaliação já com exame de imagem ilustrado abaixo (tomografia de pescoço com contraste). Tem antecedentes de hipertensão arterial sistêmica. É ainda etilista social (4 latas de cerveja ao final de semana) e ex-tabagista (parou há 10 anos, carga tabágica de 15 anos/maço). Ao exame físico do pescoço apresenta nódulo palpável em nível III esquerdo de 2,5 cm, móvel, endurecido, indolor, sem outras lesões palpáveis. Com estas informações, responda as 5 questões a seguir.



- a. Qual a principal hipótese diagnóstica e os próximos passos para investigação do caso?
- b. Na oroscopia, nasofibrolaringoscopia e pele não há lesões visíveis. O paciente retorna com resultado da punção aspirativa por agulha fina do nódulo: citologia compatível com metástase de carcinoma de células escamosas. Qual a conduta mais indicada nesse momento?
- c. Paciente retorna novamente com exames demonstrados a seguir: (1) p16 positivo, pesquisa de EBV negativa no linfonodo; (2) PET-CT: captação em

linfonodo nível III a esquerda (SUV 15), sem outras áreas de captação anômala. (3) Tomografia de face e pescoço: Linfonodo irregular com 2,5 cm no maior eixo no nível III esquerdo, sem plano de clivagem com músculo esternocleidomastoideo e veia jugular interna. Sem outras alterações significativas. Com esses novos resultados, qual a classificação TNM de acordo com a AJCC/UICC, 8ª edição? Qual a melhor conduta terapêutica nesse momento? Justifique sua resposta.

- d. Foi realizada amigdalectomia esquerda com esvaziamento cervical radical modificado a esquerda. O resultado de laudo anatomopatológico evidenciou carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado; 0,7 cm no maior diâmetro; 0,6 cm de profundidade; p16ink4a positivo e hibridização *in situ* positiva para HPV 16; invasões perineural e angiolinfática negativas; margens amplas e livres. 1/62 linfonodos acometidos por metástase de carcinoma de células escamosas, com 2,5 cm e extensão extracapsular presente. Qual a classificação pTNM de acordo com a AJCC/UICC 8ª edição? Há indicação de tratamento adjuvante? Justifique sua resposta e especifique.
- e. Nos últimos anos, muito se discute sobre a avaliação e condução dos casos de tumores de orofaringe relacionados ao HPV como entidade distinta dos não relacionados ao HPV. Discorra brevemente sobre o momento atual dessa discussão, citando principais diferenças nos princípios gerais de estadiamento, tratamento, prognóstico e perspectivas futuras, incluindo possíveis influências na avaliação/condução de metástases cervicais de sítio primário oculto.