

PROVA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO 2022

PRIMEIRA FASE – PROVA DE MÚLTIPLA ESCOLHA

A Figura demonstrada abaixo refere-se às perguntas 1 a 5.



1. Na condução de uma tireoidectomia transoral (TOETVA), as pequenas incisões laterais (tracejado em azul) e a passagem dos trocâteres e pinças podem lesar (parcialmente ou totalmente) ramos ou o próprio nervo apontado na seta preta. Qual é este nervo?

- a) Marginal.
- b) Mental.**
- c) Bucal.
- d) Lingual.

2. No caso de lesão do referido nervo, espera-se encontrar:

- a) Perda de força labial.
- b) Paresia/paralisia dos depressores do lábio.
- c) Perda de paladar.
- d) Parestesia/hipestesia/anestesia da região mental e lábio.**

3. O referido nervo é ramo do:
- a) Facial.
 - b) Glossofaríngeo.
 - c) Hipoglosso.
 - d) **Trigêmeo.**
4. De qual divisão o nervo é ramo:
- a) Oftálmico.
 - b) Maxilar.
 - c) **Mandibular.**
 - d) Bucal.
5. Essa divisão inerva os músculos abaixo, EXCETO:
- a) **Orbicular do lábio.**
 - b) Masseter.
 - c) Temporal.
 - d) Pterigoideo.

A Figura demonstrada abaixo refere-se às perguntas 6 a 8.



6. O trocar e a incisão central (em profundidade) podem lesar parcialmente qual músculo?
- a) Orbicular.
 - b) Depressor do lábio inferior.
 - c) **Mental.**
 - d) Depressor do ângulo da boca.
7. A lesão mais severa desse músculo leva a:
- a) Perda de líquido pela comissura labial.
 - b) Paresia do terço lateral do lábio.
 - c) **Perda de movimentação (mímica) da região mental e central do lábio.**
 - d) Desvio de rima.
8. Esse músculo é inervado pelo nervo
- a) Trigêmeo.
 - b) Hipoglosso.
 - c) Mental.
 - d) **Facial.**

9. No carcinoma de células escamosas T4a N0 da área retromolar, o tratamento preconizado é:

- a) **Ressecção do tumor com esvaziamento supraomoideo em monobloco e/ou dibloco e reconstrução do defeito.**
- b) Ressecção do tumor com esvaziamento radical funcional em monobloco.
- c) Ressecção do tumor por via endo-oral com esvaziamento supraomoideo em dibloco e fechamento por segunda intenção.
- d) Ressecção transoral assistida roboticamente com esvaziamento dos níveis I e II via retroauricular.

10. Em relação ao carcinoma verrucoso da cavidade oral, assinale a alternativa correta.

- a) É um carcinoma agressivo e representa menos de 10% de todas os carcinomas de células escamosas.
- b) É um carcinoma menos agressivo com predominância nos indivíduos jovens e não tabagistas.
- c) Histologicamente apresenta pouca queratinização com muito grau de atipia celular.
- d) **É um carcinoma menos agressivo com localização mais frequente na mucosa do rebordo alveolar.**

11. O carcinoma de células escamosas de assoalho oral com estágio T2 N3b M0, se caracteriza por:

- a) **Tumor de 2,1 a 4 cm, com profundidade de invasão menor ou igual a 10 mm e metástase em qualquer linfonodo com extensão extranodal (ENE).**
- b) Tumor < 2,0 cm, com profundidade de invasão > 5,0 a < 10 mm e metástase em linfonodo > 6cm e sem ENE.
- c) Tumor > 4 cm, com profundidade de invasão > 5,0 a < 10 mm e metástase em qualquer linfonodo com ENE.
- d) Tumor de 2,1 a 4 cm, com profundidade de invasão menor ou igual 5 mm e metástase em linfonodo maior que 6 cm com ENE.

12. A via de acesso na operação “pull-through” para os tumores de cavidade oral junto ao rebordo gengival, se caracteriza por:

- a) Mandibulectomia segmentar com reconstrução.
- b) Mandibulotomia de acesso e síntese dos cotos da mandíbula.
- c) Mandibulectomia segmentar com remoção do nervo alveolar inferior.
- d) **Mandibulectomia marginal.**

13. Em relação a queilite actínica, assinale a alternativa correta

- a) É uma lesão predominantemente do lábio superior por exposição prolongada ao sol.
- b) **Clinicamente apresenta manchas brancas ou avermelhadas com ressecamento da mucosa bucal.**
- c) Histologicamente pode exibir atrofia epitelial e hiperqueratose, mas não atipia epitelial.
- d) Pode predispor também a ocorrência de tumores raros do lábio, como o sarcoma fusocelular, por exemplo.

14. Em relação à angina de Ludwig assinale a alternativa correta.
- a) Ao exame de tomografia computadorizada, geralmente se observa coleção bem delimitada nos níveis júbulo-carotídeos, com discreto edema dos tecidos adjacentes.
 - b) Também denominada de fascíte necrotizante ascendente, apresenta rápida evolução necessitando tratamento imediato com antibioterapia e abordagem cirúrgica.
 - c) O comprometimento da via aérea coloca em risco a vida do paciente, devendo ser levado em consideração na instituição do tratamento.
 - d) A mediastinite é uma complicação frequente e potencialmente fatal e se dá pela progressão do processo infeccioso através da fáscia pré-vertebral.
15. Em relação ao acesso cirúrgico do pescoço no tratamento da angina de Ludwig, deve-se:
- a) Acessar a fáscia cervical profunda que compreende à fáscia pré-vertebral, a bainha carotídea e a veia jugular interna.
 - b) Acessar a fáscia cervical média, que compreende à topografia da traqueia, tireoide e esôfago.
 - c) Acessar a fáscia cervical superficial, que compreende à circunferência do pescoço, ou seja, do musculo esternocleidomastóideo ao trapézio.
 - d) Tratar inicialmente com antibiótico parenteral de amplo espectro e indicar abordagem cirúrgica nos casos que não respondam ao tratamento em até 72 horas.

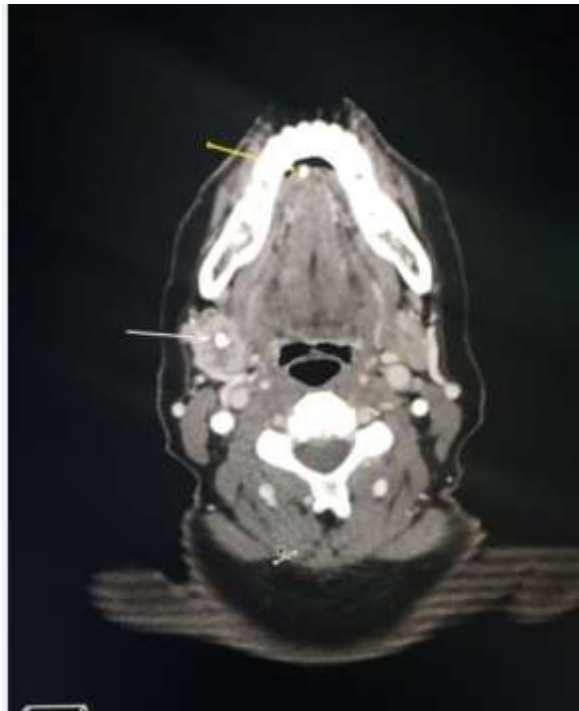
A Figura abaixo refere-se às perguntas 16 e 17.



16. O exame demonstrado na imagem corresponde a uma:
- a) Telelaringoscopia
 - b) Laringoscopia indireta por espelho de Garcia.
 - c) Laringoscopia por suspensão.
 - d) Laringoscopia direta por espelho de Garcia.

17. Sobre a lesão demonstrada na imagem assinala a alternativa correta.
- a) É muito suspeita para neoplasia maligna.
 - b) Está localizada no ventrículo da laringe.
 - c) Está localizada no processo vocal da prega vocal esquerda.
 - d) **Está localizada no terço médio da prega vocal esquerda.**

A Figura abaixo refere-se às perguntas 18 e 19.



18. O exame demonstrado na imagem corresponde a uma:
- a) Tomografia computadorizada corte coronal, com contraste.
 - b) Tomografia computadorizada corte coronal, sem contraste.
 - c) **Tomografia computadorizada corte transversal (axial), com contraste.**
 - d) Tomografia computadorizada corte transversal (axial), sem contraste.
19. A respeito das alterações apontadas pelas setas amarela e branca, pode-se afirmar que se trata, respectivamente, de:
- a) **Sialoadenite submandibular direita e cálculos intra-glandulares e no ducto.**
 - b) Neoplasia maligna de glândula submandibular e vasos anômalos.
 - c) Sialoadenite submandibular direita e neovascularização.
 - d) Neoplasia maligna de glândula submandibular e neovascularização.
20. Paciente hipertenso, interna eletivamente para cirurgia de glossectomia parcial e esvaziamento cervical unilateral. Possui avaliação do cardiologista referindo que o paciente é hipertenso e está adequadamente controlado, liberando para a cirurgia. Na sala de cirurgia, antes de ser anestesiado, o paciente apresenta pressão arterial 190 x 120 mmHg, você então deve:

- a) Manter o paciente internado, fazer controle da pressão arterial com diuréticos e/ou vasodilatadores e realizar a cirurgia assim que paciente estiver normotenso.
- b) Suspender a cirurgia, dar alta hospitalar e solicitar nova avaliação do cardiologista.
- c) Realizar a cirurgia uma vez que pacientes hipertensos controlados podem apresentar picos isolados de hipertensão, o que não contraindica a cirurgia.
- d) Deixar a decisão de manter ou não a cirurgia com o anestesista pois deve haver divisão de responsabilidade na equipe.

21. É sabido que pacientes com neoplasia em atividade apresentam risco aumentado para tromboembolismo. Em relação a essa afirmativa assinale a melhor escolha de profilaxia perioperatória em um paciente do sexo masculino, 66 anos, com sobrepeso e sem outras comorbidades que será submetido a cirurgia de glossectomia total, esvaziamento cervical bilateral, retalho livre anterolateral da coxa e traqueostomia.

- a) Por não se tratar de cirurgia ortopédica e permitir deambulação precoce, o paciente encontra-se no risco intermediário e o uso de medidas mecânicas como a meia elástica é suficiente.
- b) O risco de hematoma cervical é potencialmente fatal e, dessa forma, deve-se adiar o uso de anticoagulantes farmacológicos por 72 horas após o procedimento, iniciando medidas mecânicas já no intraoperatório.
- c) Em cirurgias que envolvam o uso de retalho livre com o uso de microcirurgia para anastomose, o uso de anticoagulante farmacológico está contraindicado devido ao risco de sangramento na anastomose, sendo a meia de compressão pneumática ideal nesses casos.
- d) O uso de medidas mecânicas associado a anticoagulante farmacológico está indicado uma vez que há um risco de 4% de tromboembolismo venoso pela escala de Caprini.

22. Mulher, 25 anos, com diagnóstico de nódulo tireoidiano de 1 cm em lobo direito. Descobriu nódulo em exame de rotina pelo seu ginecologista, que, após diagnosticar o nódulo, solicitou punção, e esta se mostrou suspeita para carcinoma papilífero. Sem comorbidades relatadas, com antecedente de uma gravidez aos 22 anos, com nascimento via parto cesárea, sem intercorrências. Paciente nega tabagismo, etilismo ou outros hábitos. Exame físico sem qualquer alteração, exceto a presença do nódulo tireoideano. A proposta terapêutica é de tireoidectomia. No preparo pré-operatório desta cirurgia, são imprescindíveis os seguintes exames:

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

23. Uma paciente de 38 anos, com exoftalmia unilateral e taquicardia, passa em consulta com você para tratamento. Traz exames da última semana demonstrando TSH=0,02µUI/mL, T4 livre = 2,9 ng/dL e TRAb aumentado. Atualmente em uso de metimazol 15mg por dia há 18 meses. Você conversa com a paciente e:

- a) Indica cirurgia com brevidade para controle da taquicardia e exoftalmia.

- b) Explica que o ideal no caso dela é o tratamento com iodoterapia uma vez que o tratamento clínico se mostrou ineficaz.
- c) Mantém o tratamento clínico uma vez que as drogas antitireoidianas apresentam altas taxa de sucesso em até 24 meses.
- d) **Inicia imediatamente o uso de beta bloqueador, aumenta a dose do metimazol e introduz o lugol apenas 10 dias antes do procedimento cirúrgico.**

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 manual.
- d) Uso de drenos de sucção contínua e curativos compressivos

25. Paciente sexo masculino, 55 anos, submetido a tireoidectomia total + esvaziamento cervical bilateral por carcinoma medular de tireoide. No primeiro dia de pós-operatório, após alimentação, observou-se saída de líquido leitoso por dreno de port-o-vac de 600 ml/dia (há apenas um dreno no pescoço). Foi dada a hipótese diagnóstica de fístula quilosa. Qual a conduta mais efetiva diante do quadro?

- a) Curativo compressivo local tipo enfaixamento.
- b) Dieta rica em Triglicérides de cadeia média.
- c) **Reabordagem para ligadura do ducto torácico.**
- d) Uso de Octerotide subcutâneo para redução do volume do dreno.

26. Mulher de 45 anos submetida a tireoidectomia total por bócio compressivo. Foi extubada e encaminhada para a recuperação anestésica sem complicações. Foi encaminhada ao seu quarto e após ser colocada no leito apresentou dispneia progressiva. Ao avaliar a paciente você a encontra bastante agitada em franca dispneia e com aumento importante da região cervical. Frente a esse quadro qual a hipótese diagnóstica e conduta, respectivamente?

- a) Paralisia bilateral de pregas vocais / traqueostomia de emergência no leito.
- b) **Hematoma / abertura da ferida operatória para evacuação no leito.**
- c) Enfisema de subcutâneo / traqueostomia de emergência no centro cirúrgico.
- d) Hematoma / abertura da ferida operatória para evacuação no centro cirúrgico.

27. As anomalias das fendas e arcos branquiais apresentam-se comumente como cistos, seios ou fistulas. Dentre estas, são as anomalias mais frequentes em cabeça e pescoço, as de:

- a) **Segundo arco.**
- b) Primeira fenda.
- c) Terceiro arco.
- d) Quarto arco.

28. Em relação ao cisto do ducto tireogolosso, pode-se afirmar que:

- a) A hioidectomia segmentar central, diminui em cerca de 90% a chance de recidiva
- b) Pode evoluir com até 40% de malignidade
- c) O diagnóstico radiológico por ultrassonografia não contribuiu com a exclusão de outros diagnósticos diferenciais
- d) A linhagem histológica mais comum de malignidade é do carcinoma de células escamosas, à semelhança do carcinoma branquigênico.

29. Qual das situações abaixo indica a biópsia excisional na avaliação de um linfonodo cervical?

- a) Suspeita clínica de doença linfoproliferativa.
- b) Citologia por punção aspirativa que afasta doença metastática.
- c) Linfonodo persistentemente aumentado.
- d) Citologia demonstrando intenso infiltrado de linfócitos maduros.

30. Em relação à formação embriológica da língua, assinale a alternativa correta.

- a) A sua formação está relacionada intimamente a outras estruturas como a glândula tireoide e a epiglote.
- b) Inicia-se ao redor da sétima semana de gravidez.
- c) Está relacionada com a parte posterior dos quatro primeiros arcos branquiais
- d) O tubérculo ímpar tem relação com a formação da parte fixa da língua.

31. Homem de 75 anos foi submetido a ressecção de carcinoma de células escamosas ilustrado abaixo, com defeito cirúrgico apenas cutâneo. Sobre as possibilidades de reconstrução para o caso, assinale a alternativa correta.



- a) O retalho indiano é uma boa opção por ter uma área doadora próxima e poder ser realizado em um único tempo cirúrgico.

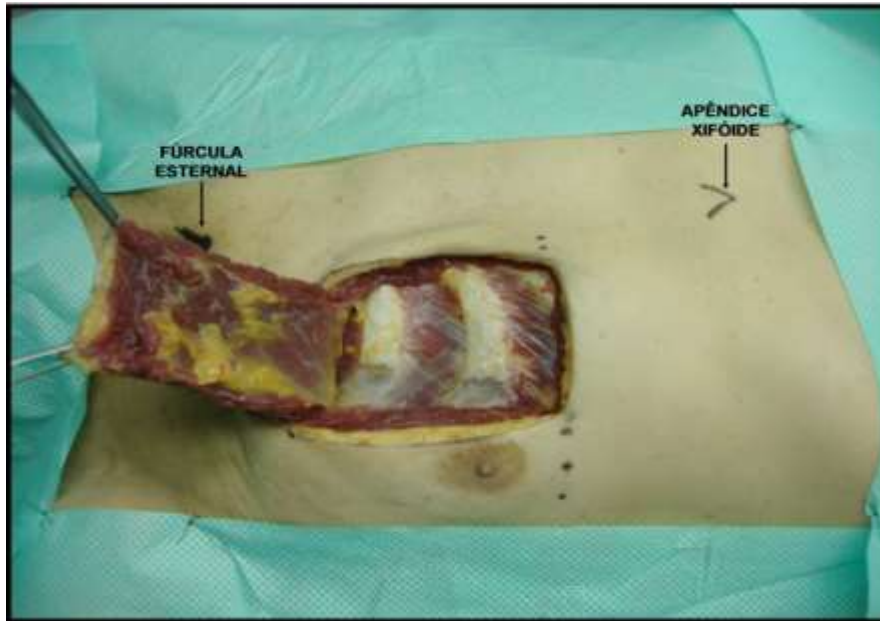
- b) O retalho nasogeniano pediculado inferiormente garante boa cobertura do defeito e pouco morbidade.
- c) O retalho frontal é uma boa opção por ser seguro e com bom resultado a longo prazo.
- d) Por ser um defeito grande em região nobre é necessária reconstrução microcirúrgica.

32. Sobre o retalho ilustrado na imagem de planejamento cirúrgico abaixo, assinale a alternativa correta.



- a) Tem seu uso limitado por não poder ser utilizado em casos submetidos a esvaziamento cervical radical ipsilateral.
 - b) Tem sua vascularização baseada em perfurantes originadas diretamente da artéria e veia subclávias.
 - c) É um retalho axial miocutâneo.
 - d) Muito utilizado em reconstruções de cabeça e pescoço há décadas por ser versátil, confiável e com baixas taxas de complicações.
33. Sobre o retalho deltopeitoral, assinale a alternativa correta.
- a) Sua vascularização é baseada nos ramos perfurantes da artéria toraco-acromial, no segundo, terceiro e quarto espaços intercostais.
 - b) É um retalho axial, mas a vascularização do terço distal é randômica.
 - c) É uma excelente opção para reconstrução de hipofaringe.
 - d) Não pode ser realizada no mesmo tempo cirúrgico que o retalho de músculo peitoral maior.

34. Sobre o retalho ilustrado na imagem abaixo, assinale a alternativa correta.



- a) Sua vascularização é baseada em um pedículo único originado da artéria subclávia.
- b) Para manter sua vascularização axial segura deve ter como limite inferior a borda superior da sétima costela.**
- c) Foi inicialmente descrito por Ariyan em 1979 como retalho muscular, sem componente cutâneo.
- d) A elevação do músculo deve-se iniciar por sua porção lateral, até visualização do pedículo.

35. Uma mulher de 40 anos apresenta-se em consulta com uma lesão nodular de 2,0 cm em glândula parótida esquerda que vem crescendo há cerca de 5 anos. A punção aspirativa com agulha fina mostra uma lesão de aspecto benigna com quantidades variáveis de componentes epiteliais e mesenquimais e sem características malignas. Na ultrassonografia de glândulas salivares, a lesão localiza-se na parótida esquerda a 1,0 cm da superfície da pele. Qual é a estratégia de manejo mais adequada para essa paciente?

- a) Enucleação do nódulo.
- b) Parotidectomia superficial.**
- c) Parotidectomia total.
- d) Observação.

36. Qual a neoplasia benigna de glândula salivar ocorre com maior frequência no sexo masculino?

- a) Adenoma pleomórfico.**
- b) Tumor de Warthin.**
- c) Cistoadenoma.
- d) Oncocitoma.

37. Qual é o tumor maligno mais comum de glândulas salivares em criança?

- a) **Carcinoma mucoepidermoide.**
 - b) Carcinoma de células acinares.
 - c) Carcinoma adenoide cístico.
 - d) Carcinoma ex-adenoma pleomórfico.
38. Em relação a glândula parótida podemos afirmar?
- a) O lobo superficial corresponde a 60-70% da glândula.
 - b) A maioria dos tumores que ocorre no lobo superficial é maligno.
 - c) **A maioria dos tumores que ocorre no lobo profundo é benigno.**
 - d) A maioria dos carcinomas ex-adenoma pleomórfico ocorre no lobo profundo.
39. Qual das seguintes alterações genéticas tem sido relacionada com o carcinoma mucoepidermoide de glândulas salivares?
- a) Translocação cromossômica t(6;9)(q22-23;p23-24).
 - b) Fusão do proto-oncogene MYB no cromossomo 6q e no gene NFIB.
 - c) **Fusão dos genes MECT1 e MAML2.**
 - d) Maior expressão de mTOR.
40. Quais das respostas abaixo relaciona somente os subtipos considerados agressivos de carcinoma basocelular?
- a) Adenocístico e sólido.
 - b) **Micronodular e esclerodermiforme.**
 - c) Esclerodermiforme e adenocístico.
 - d) Micronodular e superficial.
41. Em relação ao estadiamento TNM (AJCC 8ª edição) dos carcinomas de células escamosas de pele da região de cabeça e pescoço podemos afirmar que:
- a) **Invasão profunda é definida como invasão além da gordura subcutânea ou maior que 6 mm.**
 - b) Tumores com invasão perineural e invasão profunda são classificados como T4a.
 - c) O grau de diferenciação histológica é relacionado com a agressividade e tem impacto sobre o risco de recorrência.
 - d) Os carcinomas de pálpebras e orelhas têm classificações diferentes.
42. Em relação ao carcinoma de célula de Merkel podemos afirmar que:
- a) O principal agente etiológico é o poliomavírus de célula de Merkel, independentemente da exposição aos raios ultravioleta (UV).
 - b) **Em geral é atribuído à exposição aos raios UV, mas pode ser poliomavírus de célula de Merkel o responsável em uma minoria de casos.**
 - c) Os raios UV são o único agente etiológico relacionado ao carcinoma de célula de Merkel.
 - d) **Poliomavírus de células de Merkel é responsável por cerca de 80% dos casos.**
43. Homem, 60 anos, com lesão de pele 2,0 cm em região zigomática, com diagnóstico de carcinoma de células escamosas apresentando nos exames de estadiamento um linfonodo cervical em nível II ipsilateral com 1,5 cm, cuja punção biópsia demonstrou

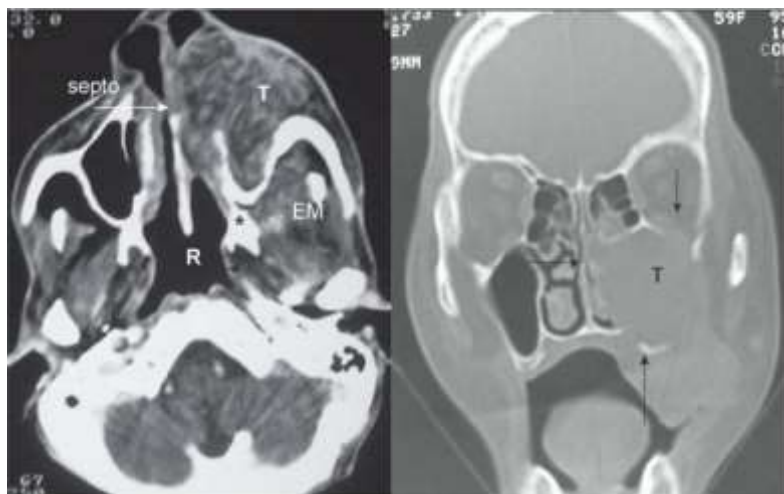
trata-se de metástase de carcinoma. Diante do exposto, e entendendo que o linfonodo é metástase da doença de pele, qual a melhor abordagem para este paciente?

- a) Ressecção do tumor primário e reconstrução.
- b) Ressecção do tumor primário e radioterapia adjuvante.
- c) Ressecção do tumor primário associada a esvaziamento cervical.
- d) **Ressecção do tumor primário associada a parotidectomia superficial e esvaziamento cervical.**

44. Em relação ao estudo imunoistoquímico no diagnóstico de melanoma podemos afirmar que os anticorpos marcados são?

- a) HMB-45, CK-20 e AE1/AE3.
- b) S-100, CK-34 e TTF1.
- c) **HMB-45, S-100 e Melan-A/MART1.**
- d) S-100, HMB-45 e PNL-1.

45. Homem, branco, de 72 anos de idade, apresenta obstrução de fossa nasal esquerda há 2 meses. Na nasofibrosopia descobriu-se uma lesão volumosa que obstrui completamente a fossa nasal. A biópsia da lesão revelou um carcinoma de células escamosas, moderadamente diferenciado. Na tomografia computadorizada do pescoço, não se observou a presença de linfonodos suspeitos. Avaliando os cortes tomográficos (imagens abaixo), qual o estadiamento clínico (de acordo com AJCC Cancer Staging Manual, 8a Ed.) dessa lesão?



- a) T3 N0.
- b) T4b N0.
- c) T2 N0.
- d) **T4a N0.**

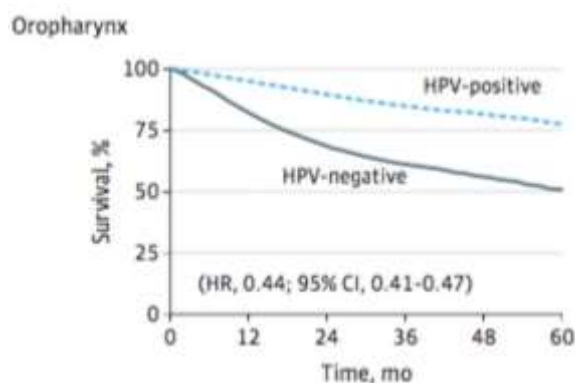
46. Com relação a avaliação radiológica de pacientes com tumores naso-sinusais malignos, pode haver dificuldades, numa tomografia, para diferenciar a real extensão da lesão devido a presença de secreção. Nesses casos, pode-se lançar mão de uma ressonância magnética para dirimir essa dúvida diagnóstica. Quanto as imagens destes tumores, de tecido inflamado e de secreção, é correto afirmar que:

- a) Na secreção naso-sinusal, quanto maior a concentração de proteína, menor o sinal em T1 e maior em T2.
- b) Uma secreção nasal com alto conteúdo de líquido tem hipersinal em T1, e os tumores, em geral por sua alta densidade celular, apresentam hipossinal em T2 e realce pós-contraste devido a sua vascularização.
- c) O carcinoma de células escamosas apresenta hipossinal em T1 e hipersinal em T2.
- d) **O esteseuroblastoma apresenta hipossinal em T1 e hipersinal em T2, com realce intenso e heterogêneo pós-contraste.**

47. Homem, de 65 anos de idade, sem histórico de tabagismo e etilismo, apresenta obstrução nasal, hiposmia, rinorréia amarelada e cefaléia em peso há cerca de 2 meses, sem associação com fatores causais conhecidos. Já fez tratamento para rinossinusite, incluindo antibioticoterapia e lavagens nasais com solução salina por duas vezes, com melhora parcial durante o tratamento. Após investigação com exames de imagem e biópsia, o diagnóstico etiológico foi de carcinoma de células escamosas de seio etmoidal esquerdo, cujo estadiamento clínico é T3 N0 M0. Com relação ao tratamento, é correto afirmar que:

- a) A radio-quimioterapia do primário e do pescoço é o tratamento preferencial.
- b) A radioterapia exclusiva do primário, sem envolver o pescoço, é o tratamento preferencial.
- c) A ressecção cirúrgica exclusiva do primário, com margens livres, associado a esvaziamento cervical seletivo dos níveis II a IV é o tratamento preferencial.
- d) **A ressecção cirúrgica do primário, com margens livres, é o tratamento preferencial.**

48. O gráfico a seguir representa curva de sobrevivência no carcinoma de orofaringe comparando a variável HPV-positivo HPV negativo. Quanto ao gráfico, podemos inferir que:



- a) Há uma tendência no aumento da sobrevivência dos pacientes HPV-positivo, porém sem relevância estatística uma vez que o Hazard Ratio (HR) é menor que 1,00.
- b) O resultado demonstrado nesse gráfico entra em confronto com as mudanças do estadiamento de carcinoma de orofaringe da 8ª edição TNM/AJCC.

- c) O resultado demonstrado no gráfico corrobora com as recentes propostas para se buscar a desintensificação do tratamento do câncer de orofaringe relacionado ao HPV.
- d) Por se tratar de um gráfico de Kaplan-Meier há de se garantir a exclusão de todos *outliers* para a correta interpretação da significância estatística.

49. Homem, de 45 anos, sem histórico de tabagismo ou etilismo, procurou especialista pois apresentou aumento em região cervical lateral a direita. Realizou USG cervical que evidenciou lesão cística em região jugulocarotídea alta a direita. Foi solicitado exame de tomografia computadorizada que evidenciou a mesma como lesão cística. Dessa forma, podemos afirmar que:

- a) A punção aspirativa é indicada para fazermos diagnóstico diferencial com tumores de orofaringe relacionados ao HPV, nos quais a apresentação com metástases císticas é frequente.
- b) A punção nesses casos não é indicada, uma vez que não trará maiores informações pré-operatórias.
- c) Apesar do carcinoma de células escamosas de orofaringe cursar com metástases cervicais císticas, o diagnóstico é improvável nesses casos, uma vez que em tumores clinicamente ocultos, a incidência de metástases é baixa.
- d) A punção com pesquisa de expressão com p16 não pode ser indicada, uma vez que não se consegue realizar essa análise baseada em estudos citológicos somente.

50. Sobre os métodos diagnósticos da relação dos carcinomas de células escamosas de orofaringe com o HPV, assinale a alternativa correta.

- a) Uma dificuldade no método de diagnóstico por PCR do DNA do HPV é a necessidade de tecidos frescos para avaliação.
- b) O método de detecção por meio do mRNA avalia a expressão das oncoproteínas E6 e E7 através da transcriptase reversa é considerado hoje o método padrão ouro, devido fácil aplicabilidade clínica e baixo custo.
- c) A hiperexpressão do p16 associado a detecção do DNA-HPV via PCR é considerado atualmente padrão ouro no diagnóstico do carcinoma de células escamosas de orofaringe relacionados ao HPV.
- d) A hiperexpressão do p16 é método custo efetivo, reproduzível, mas tem a limitação de não demonstrar relação com a forma ativa do HPV.

51. Mulher, 45 anos, apresenta lesão úlcero-infiltrativa em tonsila à direita, conforme demonstrada na imagem abaixo, sem linfonodos palpáveis ao exame físico. Tem diagnóstico histopatológico de carcinoma de células escamosas, p16 positivo. Realizadas tomografias para estadiamento, sem outros achados. A classificação clínica conforme o TNM/AJCC 8a edição e a melhor conduta disponível para esse caso são, respectivamente:



- a) T2 N0 M0; Cirurgia transoral robótica TORS + esvaziamento cervical supraomohióideo ipsilateral.
- b) T1 N0 M0; Radioterapia exclusiva.
- c) T1 N0 M0; Cirurgia transoral robótica TORS + esvaziamento cervical níveis II, III e IV ipsilateral.
- d) T2 N0 M0; Radioterapia associada a cetuximab.

52. Em relação ao tratamento dos pacientes com câncer de orofaringe é correto afirmar que:

- a) Radioterapia e quimioterapia com cetuximabe concomitantes traz taxas de controle local e sobrevida semelhantes quando comparada com o tratamento com radioterapia isolada na doença localmente avançada.
- b) Radioterapia associada com cetuximabe concomitante com intenção curativa traz maior taxa de sobrevida livre de doença e menor toxicidade, quando comparadas a radioterapia associada a cisplatina.
- c) Os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico, cujos exames anátomo-patológicos apresentaram margens cirúrgicas positivas e/ou extensão extracapsular nodal são os que mais se beneficiam da adjuvância com radioquimioterapia.
- d) Para a doença inicial a radioterapia exclusiva mostra-se superior à cirurgia, uma vez que traz menos sequelas e maior taxa de controle local a longo prazo.

53. Paciente com diagnóstico por biópsia de carcinoma de células escamosas de prega vocal esquerda, com os seguintes limites: Anterior – acomete a comissura anterior; Posterior – processo vocal da prega vocal esquerda; Superior – prega vestibular esquerda; Inferior – desce 2 mm da prega vocal esquerda em direção a sub-glote; Medial – acomete o terço anterior da prega vocal direita; Lateral – acomete o espaço paraglótico esquerdo. Na laringoscopia percebe-se diminuição da mobilidade da prega vocal esquerda. No pescoço, a tomografia revela presença de dois linfonodos arredondados e com necrose central, de 2,0 e 3,0 cm, nos níveis II e III à esquerda, sem

sinais de extravasamento. Nessa investigação não se identificou metástases a distância. Com base nessas informações, o estadiamento clínico, segundo a AJCC Cancer Staging Manual. (8a Ed), é:

- a) T1b N2a M0.
- b) T2 N1 M0.
- c) T3b N2c M0;
- d) **T3 N2b M0.**

54. Com relação ao tratamento de pacientes com carcinoma de células escamosas da glote, é correto afirmar que:

- a) A cirurgia é sempre o tratamento preferencial no T1.
- b) Com o surgimento da rádio-quimioterapia exclusiva com o intuito de preservação de órgão, contraindica-se as laringectomias totais como primeiro tratamento a ser proposto para o paciente.
- c) A quimioterapia de indução faz parte das opções terapêuticas em pacientes com estadiamento de T2 a T4, independentemente do pescoço.
- d) **A laringectomia horizontal supra-cricóide é uma opção terapêutica para pacientes com tumores T3, mesmo acometendo uma das cartilagens aritenoides.**

55. Em um paciente com carcinoma de células escamosa T2 N0 M0, de prega vocal, com invasão da comissura anterior, no qual foi optado por realizar-se uma laringectomia parcial vertical fronto-lateral, é correto afirmar sobre as opções de reconstrução do trato vocal:

- a) Na técnica de Tucker, é fundamental manter a integridade dos ligamentos glossoepiglóticos mediais e laterais.
- b) Na técnica de Bailey o pericôndrio externo da cartilagem tireoidea deve ser mantido junto ao músculo esterno-tireoideo, preservando-se ao menos um dos pedículos vâsculo-nervosos e um volume de retalho superior ao defeito deve ser utilizado, devido a atrofia esperada no processo de cicatrização.
- c) Na técnica de Tucker, deve-se primeiramente identificar e preservar a alça do nervo hipoglosso.
- d) **Na técnica de Bailey, ambos os pedículos do músculo esterno-hioideo devem ser preservados e um volume de retalho superior ao defeito deve ser utilizado, devido à atrofia esperada no processo de cicatrização.**

56. Homem de 65 anos de idade, com diagnóstico de carcinoma de células escamosas transglótico, maior à direita, mas que acomete ambas as pregas ariepiglóticas além da epiglote, estágio T3 N0 M0. Com relação ao manejo do pescoço nesse paciente, é correto afirmar que:

- a) Se a opção de tratamento for radio-quimioterapia e o PET-CT for negativo, não está indicado a irradiação do pescoço, devendo somente ser irradiado o estajo laríngeo.
- b) Se a opção de tratamento for cirúrgica, como a lesão é maior à direita, deve-se fazer o esvaziamento cervical seletivo dos níveis (II-V) apenas do lado direito.
- c) Independentemente da opção de tratamento ser por cirurgia ou radioterapia, o manejo do pescoço deve ser guiado pelo resultado do PET-CT, dessa maneira, se

o PET-CT for positivo apenas de um lado, o pescoço deve ser tratado apenas daquele lado acometido.

- d) Independentemente da opção de tratamento ser cirúrgica ou não, o tratamento escolhido deve contemplar ambos os lados do pescoço.

57. É contra-indicação para a realização de uma laringectomia parcial horizontal supra-cricóideia:

- a) Lesão que acomete o espaço paraglótico.
- b) Lesão que acomete o cone elástico.
- c) Lesão que acomete uma das cartilagens aritenoides.
- d) Lesão que acomete uma das articulações cricoaritenóideas.

58. Em relação ao carcinoma de hipofaringe podemos afirmar que:

- a) Desnutrição e anemia têm sido relacionadas com tumor de parede posterior.
- b) O consumo de tabaco tem risco semelhante ao do álcool no desenvolvimento da doença.
- c) A hipofaringe é o local mais frequente de tumores sincrônicos no trato aerodigestivo superior.
- d) A Síndrome de Plummer-Vinson aumenta o risco para tumores de seio piriforme.

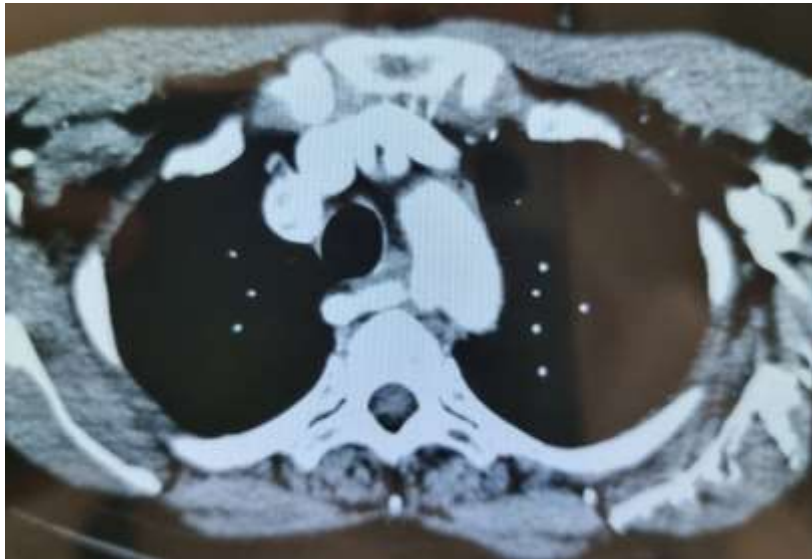
59. Um tumor de seio piriforme com 3,0 cm, localizado em parede medial, com função laringe preservada, associado com linfonodo em nível III ipsilateral com 2,0 cm, no qual a ressonância magnética de pescoço evidencia sinais de extensão extranodal, deve ser classificado, pela 8ª edição do manual da AJCC, como um tumor:

- a) T2 N1.
- b) T3 N2a.
- c) T3 N2b.
- d) T2 N3b.

60. Criança de 7 anos com história de irritabilidade e insônia. Na investigação, apresenta os seguintes exames: Hb 12, PTH 50 pg/mL (16-87), TSH < 0,005 mU/L (referência 0,5-4,5mU/L), T4I 1,9 ng/dL (ref. 0,7-1,5), TRAb 1,0 U/L (até 1,75), anti-TPO 25 U/mL (ref. < 35 U/mL). Ultrassonografia cervical: Volume aumentado de lobo direito às custas de nódulo bem delimitado com áreas císticas de perimeio, hipoecogênico, sem calcificações, vascularização central e periférica medindo 3,2 x 1,5 x 1,6 cm, restante do parênquima normal e linfonodomegalias nível II bilateralmente, com linfonodos com hilo preservado e cortical regular, medindo, o maior, 1 cm de diâmetro transverso. Cintilografia de tireoide: distribuição heterogênea do radiotraçador no parênquima tireoideano, com acentuada concentração do radiotraçador em topografia de lobo direito e mínima na topografia habitual do lobo esquerdo. Dessa forma, assinale a alternativa com melhor opção terapêutica para o caso nesse momento.

- a) Tratamento com propiltiuracil por 1 ano e avaliação da reversão do quadro.
- b) Tireoidectomia total após controle de frequência cardíaca com betabloqueadores.
- c) Tireoidectomia parcial direita após controle de função tireoideana com tiamazol.
- d) Pesquisa genética de mutação no protooncogene *RET*.

61. Paciente no pré-operatório de tireoidectomia total por bócio multinodular sintomático traz tomografia computadorizada ilustrada abaixo. Qual a informação clínica que podemos extrair dessa imagem?



- a) Possibilidade de malignidade.
- b) Possível necessidade de esternotomia por bócio mergulhante.
- c) **Provável nervo laríngeo não recorrente.**
- d) Provável aneurisma de aorta torácica.

62. Após tireoidectomia parcial direita em paciente do sexo feminino de 40 anos previamente hígida, houve achado incidental de carcinoma medular de tireoide de 0,9 cm, sem extensão extra-tireoideana. Não havia linfonodos na peça e não há nenhuma história familiar relevante conhecida. A ultrassonografia cervical não demonstra outros nódulos tireoideanos ou linfonodos suspeitos. Dessa forma, assinale a alternativa que indica a melhor conduta nesse momento.

- a) **Dosagem de calcitonina e CEA; e pesquisa de mutação no protooncogene RET.**
- b) Totalização de tireoidectomia associada a esvaziamento cervical nível VI bilateral.
- c) Totalização de tireoidectomia e esvaziamento cervical nível VI bilateral e níveis II a V a direita.
- d) Tomografia com emissão de pósitrons (PET-CT).

63. Mulher de 78 anos previamente hígida vem com massa cervical de crescimento progressivo em 2 meses. Realizada investigação inicial e diagnosticado carcinoma anaplásico de tireoide, estadiado IVA. Sobre a condução do caso, assinale a alternativa correta.

- a) **O tratamento definitivo deve ser priorizado, com ressecção cirúrgica seguida de quimio-radioterapia.**
- b) A melhor conduta é traqueostomia seguida de radioterapia exclusiva.
- c) Devem ser realizadas apenas medidas para conforto.
- d) A pesquisa da mutação *BRAF V600E* é essencial para decisão terapêutica.

64. Mulher de 45 anos submetida a tireoidectomia total por carcinoma papilífero de tireoide pT2N0, unifocal, medindo 2,3 cm, variante folicular, sem extensão extratireoideana, sem invasão vascular. Realizou pesquisa de corpo inteiro com imagens ilustradas abaixo. Qual a melhor conduta nesse momento?



- a) **Dose terapêutica de iodo 131.**
 - b) Supressão de TSH com levotiroxina, com meta de TSH < 0,5 ng/dL.
 - c) Observação.
 - d) Realização de PET-CT.
65. A totalização de tireoidectomia após tireoidectomia parcial por carcinoma papilífero está indicada em qual dos casos abaixo?
- a) Mulher, 65 anos, variante folicular, 2,1 cm, sem extensão extra-tireoideana.
 - b) Mulher, 35 anos, variante clássica, 2 linfonodos peri-tireoideanos metastáticos (0,15 cm).
 - c) Homem, 52 anos, variante clássica; 1,5 cm, extensão extra-tireoideana microscópica.
 - d) **Mulher, 20 anos, 0,9 cm, variante *hobnail*, invasão vascular presente.**
66. Sobre o uso da monitorização intra-operatória de nervos laríngeos inferiores, assinale a alternativa correta.
- a) **Seu uso apresenta benefício bem estabelecido na prevenção da paralisia bilateral de pregas vocais.**
 - b) Seu uso é recomendado pelo *guideline* da *American Thyroid Association* para casos malignos, mas não para benignos.
 - c) Seu uso está bem estabelecido pelo alto nível de evidência relacionado a prevenção de paralisia definitiva de prega vocal.

- d) Não existe evidência científica de benefício relacionado ao seu uso em nenhum tipo de caso.

67. Homem de 56 anos no pós-operatório de tireoidectomia total por carcinoma papilífero variante clássica, 1,5 cm, sem extensão extra-tireoideana, sem invasão vascular, unifocal. Exame laboratoriais com 6 semanas de pós operatório evidenciam: TSH 0,8 mU/L; Tireoglobulina 3,0 ng/mL; anti-tireoglobulina negativa. Assinale a alternativa correta em relação a condução do caso nesse momento, de acordo com as recomendações da American Thyroid Association.

- a) O caso é classificado como baixo risco para recidiva com resposta bioquímica incompleta. Deve ser mantido com TSH entre 0,1 - 0,5 um/L
- b) O caso é classificado como risco intermediário e deve ser realizada pesquisa de corpo inteiro para afastar doença estrutural
- c) Independente da classificação de risco está indicada dose terapêutica de iodo nesse momento
- d) O caso é classificado como baixo risco portanto a supressão de TSH não está indicada

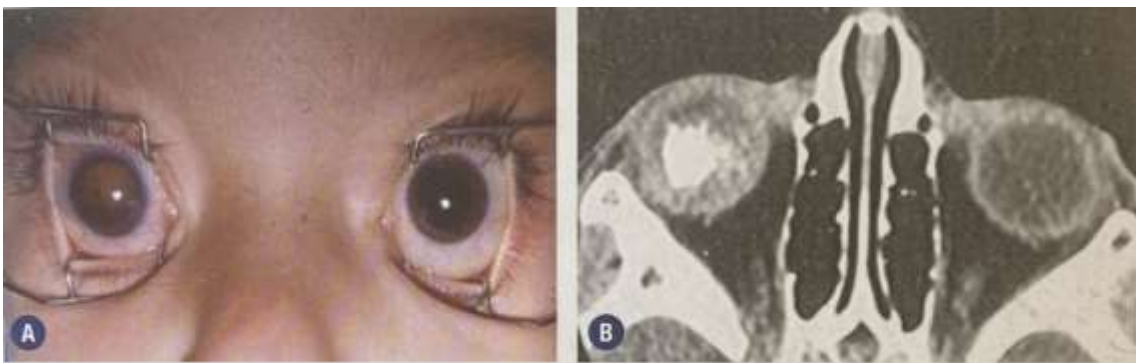
68. O principal retalho utilizado para prevenção da fístula liquórica em cirurgias craniofaciais anteriores é o:

- a) Retalho de músculo temporal.
- b) Retalho microcirúrgico.
- c) Retalho pericraniogaleal.
- d) Retalho de McGregor.

69. Sobre o nasofibroma indique a alternativa correta:

- a) Acomete principalmente mulheres.
- b) Tem a artéria faríngea ascendente como nutridora principal.
- c) Tem origem no forame redondo.
- d) Acomete principalmente indivíduos após a quinta década de vida.

70. O retinoblastoma, tumor intraocular maligno mais comum da infância, foi muito citado pela mídia no início de 2022 após o assunto viralizar com a exposição do tema por um casal de jornalistas famosos. Sobre o assunto, assinale a alternativa correta.



- a) A forma hereditária, responsável por cerca de 40% dos casos, possui apresentação mais tardia, no geral entre os 7 e 10 anos de idade.

- b) O aumento da expressão do gene supressor tumoral RB1 é responsável pelo desenvolvimento da doença.
- c) **A leucocoria, apesar de não ser específica, é sinal clássico da doença.**
- d) A calcificação intraocular na tomografia (imagem), apesar de rara, quando vista, é sinal patognomônico do retinoblastoma.

71. A lesão vascular e de nervo periférico, respectivamente, mais comuns na região cervical são:

- a) Fístula arteriovenosa e neuroma.
- b) Hemangioma e neurilemoma.
- c) Mal formação arterial e nerurilemoma.
- d) **Linfangioma e neurilemoma.**

72. Paragangliomas são tumores neuroendócrinos raros, altamente vascularizados e que podem acometer a região da cabeça e pescoço desde a base do crânio até a transição cérvico-torácica. Dessa forma, assinale a alternativa que corresponde a sua localização mais comum:

- a) Forame jugular.
- b) **Corpo carotídeo.**
- c) Subclávia direita.
- d) Orelha interna.

73. Em relação ao tratamento cirúrgico do ameloblastoma, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) No ameloblastoma unilocular pode se realizar mandibulectomia marginal.
- b) **No ameloblastoma unilocular deve se realizar mandibulectomia segmentar.**
- c) No ameloblastoma unilocular é mais indicado a enucleação e curetagem.
- d) No ameloblastoma multilocular deve-se realizar a mandibulectomia segmentar com reconstrução imediata.

74. Baseado na imagem abaixo, assinale a alternativa que descreve corretamente o procedimento realizado.



- a) Esvaziamento cervical radical clássico ampliado para artéria carótida externa, nervo hipoglosso e ventre posterior do músculo digástrico.
- b) Esvaziamento cervical radical modificado com sacrifício do músculo esternocleidomastoideo, veia jugular interna e nervo acessório.
- c) Esvaziamento cervical radical modificado tipo III.
- d) Esvaziamento cervical radical clássico ampliado para músculo digástrico e nervo acessório.

75. Sobre o padrão de disseminação das metástases cervicais, assinale a alternativa correta.

- a) A base da língua, palato mole e parede posterior da faringe podem apresentar drenagem para linfonodos bilaterais.
- b) Tumores com epicentro na supraglote são associados com metástases principalmente nos níveis I, II e III.
- c) O nível V não é um nível associado com metástases de carcinomas de tireoide.
- d) O nível VI só é sítio de drenagem da tireoide.

76. Sobre a pesquisa de linfonodo sentinela em cirurgia de cabeça e pescoço, assinale a alternativa correta.

- a) É uma alternativa ao esvaziamento cervical eletivo nos pacientes com carcinoma de células escamosas de cavidade oral cT1-2N0.
- b) Só é aceito pelos *guidelines* fora de protocolos de pesquisa para casos de melanoma cutâneos.
- c) O uso da injeção de azul de metileno adjacente ao tumor primário é essencial para a correta realização da técnica, independentemente da localização.
- d) É um procedimento tecnicamente simples que pode ser realizado por cirurgiões de cabeça e pescoço em centros de baixa complexidade.

77. Com relação ao hiperparatireoidismo é correto afirmar que:

- a) No hiperparatireoidismo primário normocalcêmico o paratormônio está no limite superior da normalidade porque a calcemia apresenta-se inapropriadamente normal.
- b) No hiperparatireoidismo secundário à deficiência de vitamina D, o cálcio sérico apresenta-se sempre elevado, de forma compensatória à deficiência de vitamina D.
- c) No hiperparatireoidismo secundário à doença renal crônica, o paratormônio que está muito elevado, diminui como consequência do tratamento com vitamina D, entretanto, é contra-indicada a utilização de cálcio porque a calcemia desses pacientes é extremamente elevada.
- d) No hiperparatireoidismo primário causado por carcinoma de uma glândula paratireoide, observamos hipercalcemia (acima de 14 mg/dl) e níveis de paratormônio e fosfatase alcalina muito elevados.

78. São indicações para tratamento cirúrgico de pacientes assintomáticos com hiperparatireoidismo primário, EXCETO:

- a) Pacientes com nefrocalcinose diagnosticada pela radiografia, ultrassonografia ou tomografia computadorizada.
- b) Pacientes com calcemia > 0,25 mm/L acima do limite superior do valor de normalidade.
- c) Pacientes com clearance de creatinina menor do que 60 cc/ml sem outra causa aparente.
- d) **Mulheres pós menopausa e homens com mais de 50 anos de idade que apresentem o escore Z (densitometria óssea) -3,5 ou menor na vértebra lombar, colo do fêmur ou no terço distal do rádio.**

79. São causas de hipercalcemia e, portanto, diagnósticos diferenciais de hiperparatireoidismo primário, EXCETO:

- a) Intoxicação por vitamina D.
- b) Hipercalcemia hipocalciúrica familiar benigna.
- c) Tireotoxicose.
- d) **Hipovitaminose A.**

80. Uma paciente de 48 anos a(o) procurou, referenciada por colega endocrinologista, por apresentar o seguinte quadro laboratorial:

	PTH	Ca T	Vit. D	Cr	Mg
Dezembro 2021	100	10,0	17	0,9	1,6
Março 2022	95	10,2	27	0,9	1,7

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

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

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

Cr - creatinina sérica - expressa em mg/dl, varia de 0,7 a 1,2 mg/dl.

Mg - magnésio sérico - expresso em mEq/L, varia de 1,4 a 1,9 mEq/L.

Entre os meses de dezembro de 2021 e março de 2022, essa paciente foi submetida a suplementação de vitamina D. Diante desse caso, qual a melhor conduta nesse momento?

- a) Indicar tratamento cirúrgico e solicitar cintilografia com sestamibi para localização da glândula acometida.
- b) Indicar tratamento cirúrgico e solicitar MIBI-CT-SPECT para localização da glândula acometida.
- c) Orientar a paciente sobre a possibilidade de hiperparatireoidismo normocalcêmico e manter a suplementação de vitamina D por mais três meses e reavaliar a necessidade de tratamento cirúrgico.
- d) **Orientar a paciente sobre as possibilidades de hiperparatireoidismo normocalcêmico e hiperparatireoidismo secundário. Manter a suplementação de vitamina D e solicitar densitometria óssea, bem como calciúria de 24 horas.**

SEGUNDA FASE – PROVA TEÓRICO-PRÁTICA

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

1. Mulher, 42 anos, tabagista e etilista social, sem parceiro fixo e com vida sexual ativa. Procura auxílio médico por lesão oral. Ao exame físico, trata-se de uma lesão úlcero-infiltrativa em borda lateral direita da língua, de 3,5 cm no maior diâmetro, língua móvel de planos musculares. Traz Uma biópsia com diagnóstico de carcinoma de células escamosas, grau II. Na investigação cervical por Tomografia Computadorizada, não foram evidenciados linfonodos. Com esses dados, responda às próximas 4 perguntas.

- a) Qual a classificação TNM do tumor? Justifique sua resposta.
T2 (se a profundidade de invasão for inferior a 10mm) / T3 (se a se a profundidade de invasão for superior ou igual a 10mm) / N0 (vale 0,25)
- b) Cite três fatores de risco que devem ser considerados nesta paciente. Justifique sua resposta.
Tabagismo: fator de risco mais importante na carcinogênese do CEC de mucosa
Etilismo: segundo e sinérgico ao efeito do tabaco
Outros menos frequentes mas de risco: HPV, trauma crônico de mucosa (vale 0,25)
- c) Quais as principais opções de tratamento cirúrgico para o pescoço desta paciente? Justifique sua resposta.
Biópsia de linfonodo sentinela se T2N0 (baixo risco de metástases ocultas)
Esvaziamento cervical de níveis I a III ipsilateral ao tumor primário se T3N0 (maiores taxas de falha da BLS nos tumores de estágio III). (vale 0,25)
- d) Explique as principais opções de tratamento cirúrgico e reconstrução para a lesão primária.
Fechamento primário: menor resultado funcional
Reconstrução com retalho (mucosa, regional ou, preferencialmente microcirúrgico) com melhor resultado funcional. (vale 0,25)

2. Mulher de 38 anos, previamente hígida, é encaminhada para sua avaliação. Iniciou investigação com ginecologista por dificuldade de engravidar há 3 anos, história de tremores e perda de peso há 6 meses. Traz os exames a seguir: hemoglobina 11,2 g/dL; uréia 65 mg/dL; creatinina 1,1 mg/dL; sódio 140 mg/dL; potássio 4,0 mg/dL, TSH < 0,005 mU/L, T4I 2,0 ng/dL, anti-TPO 25 U/mL (ref. < 35 U/mL). Exame físico: bom estado geral, FC 110 bpm, PA 130x90 mmHg, apresenta tireoide com volume difusamente aumentado, sem nódulos palpáveis.

a) Qual a conduta mais indicada nesse momento?

Iniciar tiamazol, beta-bloqueador e solicitar TRAb (vale 0,3)

b) Paciente retorna após 1 mês de uso de tiamazol e propranolol, trazendo os seguintes exames: TRAb 105 U/L (< 1,75), TSH 0,2 um/L, T4I 1,4 ng/dL; Ultrassonografia de tireoide: tireoide difusamente aumentada, sem nódulos, com volume de 29 cc. Ao doppler apresenta aumento da vascularização. Pergunta: Qual o diagnóstico e conduta terapêutica mais indicada?

Doença de Graves (vale 0,1)

Terapia medicamentosa como melhor opção. Radioiodo não pois deseja engravidar. Cirurgia a depender da justificativa (vale 0,3)

c) Qual a importância da cintilografia de tireoide nesse caso? Explique sua resposta?

Não é essencial pois o diagnóstico já está estabelecido e não interfere na conduta. (vale 0,1)

d) Na mesma consulta, a paciente informa que está grávida de 6 semanas. Tal informação muda sua conduta? Especifique e justifique.

Sim. Substituir tiamazol por PTU no primeiro trimestre, não indicar radioiodo. Caso necessário, cirurgia no segundo trimestre (vale 0,2)

3. Homem, 45 anos, procurou atendimento médico pois percebeu "caroço" na região cervical há cerca de 45 dias, enquanto fazia a barba. Nega dor local, disfagia, disfonia, otalgia, emagrecimento, febre ou outros sintomas. Logo após o aparecimento da queixa inicial, procurou o pronto socorro, onde foi prescrito anti-inflamatórios e compressa de água morna, sem qualquer melhora. Percebendo aumento discreto na lesão, decidiu procurar cirurgião de cabeça e pescoço para avaliação. O paciente não apresentava antecedentes pessoais ou familiares. Sem histórico de etilismo, porém tabagista, com carga de 10 maço/ano. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, corado, afebril, eupneico. A oroscopia não encontrou alterações. No pescoço (figura abaixo) apresentava bloco linfonodal em região jugulo-carotídea alta e média à esquerda, com linfonodos de aspecto móvel, fibroelásticos e indolores à palpação. O paciente trouxe como único exame complementar, uma ultrassonografia realizada no pronto socorro logo após a queixa inicial, cujo laudo apresentava a seguinte descrição: "exame realizado sob caráter de urgência. Linfonodomegalia cervical nível II esquerda de 2,0 X 2,3 cm, de características atípicas". Com esses dados, responda às próximas 4 perguntas.



- a) Cite quatro possíveis diagnósticos diferenciais para a lesão demonstrada na imagem.
Cisto de segundo arco branquial, linfonodomegalia de origem infecciosa (tuberculose), linfonodo metastático, Doença linfoproliferativa (vale 0,25)
- b) Pensando nos seguintes diagnósticos apontados anteriormente, quais seriam os exames complementares a ser realizados?
Hemograma, DHL, VHS, PCR, sorologias para EBV, CMV, HTLV1, HIV, sífilis, toxoplasmose, hepatites, Tomografia computadorizada cervical, Punção aspirativa por agulha fina, nasofibrolaringoscopia (vale 0,25)
- c) Considerando que o resultado da punção aspirativa realizada foi de tecido linfóide com atípias, sugestivo de linfoma de Hodgkin, sem expressão de p16 na imunocitoquímica, existe alguma conduta cirúrgica a ser tomada? Se positivo, comente sobre os aspectos técnicos do procedimento (escolha da incisão, tipo de cirurgia a ser realizada etc.).
Sim, biópsia de preferência excisional do linfonodo. Comentar sobre a escolha da incisão cirúrgica em caso de novo procedimento, a necessidade de remoção

com cápsula íntegra, e necessidade de encaminhamento ao patologista com orientações sobre suspeita de linfoma (vale 0,25)

- d) Considerando que o resultado da biópsia do linfonodo foi de Linfoma de Hodgkin, quais seriam os exames complementares de estadiamento a ser solicitados? Qual o sistema mais utilizado para o estadiamento desse tipo de linfoma?

TC de pescoço, tórax, abdome e pelve e cintilografia óssea e/ou PET CT e biópsia de medula óssea. Citar a classificação de Ann Arbor (vale 0,25)

4. Mulher de 55 anos de idade, é portadora de insuficiência renal crônica devido a hipertensão arterial sistêmica, em hemodiálise há 8 anos. Apresenta o seguinte quadro laboratorial:

	PTH	Ca T	Vit. D	TFG	P
Janeiro 2021	1890	9,7	30	<15	5,0
Julho 2021	1910	9,9	29	<15	4,9

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

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

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

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

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

Entre janeiro e julho de 2021, medidas clínicas foram tomadas no intuito de corrigir o distúrbio metabólico. Com relação a esse caso responda às próximas 5 questões.

- a) Qual o diagnóstico etiológico?
Hiperparatireoidismo secundário à insuficiência renal crônica. (vale 0,2)
- b) Com relação à técnica cirúrgica da paratireoidectomia subtotal à $\frac{3}{4}$, cite uma vantagem e uma desvantagem se comparada a técnica de paratireoidectomia total com autoimplante.
Vantagens:
- níveis de PTH mais altos;
 - ausência de necessidade de autoimplante;
 - melhor viabilidade do tecido paratireoideano remanescente;
- Desvantagens:**
- maior risco de recidiva;
 - maior dificuldade em tratar a recidiva;
 - maior morbidade cirúrgica no tratamento da recidiva).
- (vale 0,2)**
- c) Qual a indicação de tratamento cirúrgico para essa moléstia?
A autonomia das glândulas paratireóides hiperplasiadas;
A intratabilidade clínica (falha do tratamento clínico) do hiperparatireoidismo secundário à doença renal.
(vale 0,2)
- d) Com relação à técnica cirúrgica da paratireoidectomia total com autoimplante, cite dois cuidados importantes para o sucesso do autoimplante.
- **Fragmentos do implante não muito volumosos (de 1 a 2 mm nos seus eixos);**
 - **Implantar muitos fragmentos;**

- Ressecar as glândulas somente quando todas já tiverem sido localizadas, evitando-se assim que as paratireoides permaneçam muito tempo fora de seu leito e sem vascularização.
 - Escolher área doadora o menos nodular possível (tecido com hiperplasia difusa e sem hiperplasia nodular)
 - Implantar os fragmentos em leito muscular bem vascularizado;
 - Evitar compressão externa sobre o implante;
 - Evitar cauterização excessiva no leito do implante;
- (vale 0,2)

e) Qual o tratamento mais eficaz para pacientes com essa condição, em fases iniciais de hemodiálise? (vale 0,2)

Transplante renal. (vale 0,2)

5. Homem de 57 anos, apresenta a lesão demonstrada na imagem a seguir. A biópsia identificou um carcinoma de células escamosas, medindo 2,3 x 1,7 cm e profundidade estimada de 1 cm. Os exames clínicos e de imagem não demonstram doença regional ou a distância. Com esses dados, responda às próximas 5 questões.



- a) Qual o estadiamento TNM clínico da lesão?
T2N0M0 (vale 0,1)
- b) Na impossibilidade de se realizar a biópsia de linfonodo sentinela, qual seria a conduta em relação ao pescoço?
Esvaziamento cervical seletivo supra omohioideo, NI/NII/NIII- ipsilateral (vale 0,1)
- c) Classifique o esvaziamento quanto à sua indicação.
De princípio ou profilático (vale 0,1)
- d) Classifique o esvaziamento quanto à sua extensão
Seletivo (vale 0,1)
- e) Determine:
- e.1) Os limites do nível I.
- **Cranial: mandíbula**
 - **Ínfero-medial: v. anterior do musc. Digástrico**
 - **Ínfero-lateral : v posterior do musc. Digástrico**
 - **Profundo: m milohioides, m.hioglosso**
 - **(vale 0,1)**
- e.2) Os órgãos presentes no nível I.
- **Linfonodos/ gl. Submandibular**
 - **(vale 0,1)**
- e.3) Os nervos presentes do nível I.
- **n. marginal mandibular**
 - **n. lingual**

- n . hipoglosso
- (vale 0,1)

e.4) Os vasos mais importantes (de interesse cirúrgico) do nível I.

- a.v. lingual
- a.v. facial
- (vale 0,1)

e.5) As relações das estruturas neurais e do órgão não linfonodal (sintopia).

- Os três nervos se relacionam com a gl. submandibular
 - N. marginal mandibular é superficial e cranial
 - N. lingual é profundo e está em região intermédio-posterior a gl. submandibular
 - N. hipoglosso é profundo e está em região infero-posterior a gl. Submandibular
 - (vale 0,2)