

## PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

**ESPECIALIDADE:** Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial (R3)

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira, em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados**, antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área privativa na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.17 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas, no campo destinado à assinatura, e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Fortaleza, 07 de novembro de 2021.

Inscrição

Sala

01. Sobre os nervos e vasos intraorbitários, marque a verdadeira.
- A) A veia oftálmica entra na órbita pelo canal óptico junto com o nervo óptico (II PC).
  - B) A artéria oftálmica entra na órbita pela fissura orbitária superior, medialmente a origem do músculo reto lateral (intraconal).
  - C) A entrada do nervo troclear (IV PC) na órbita se faz pela fissura orbitária superior, lateral à origem do músculo reto lateral.
  - D) A entrada do nervo abducente (VI PC) na órbita se faz pela fissura orbitária superior, lateral à origem do músculo reto lateral.
02. Sobre os espaços anatômicos/cirúrgicos da cabeça e pescoço, assinale a correta.
- A) A artéria carótida comum encontra-se no espaço pós-estilódeo.
  - B) O ventre posterior do músculo digástrico não se encontra no espaço mastigatório.
  - C) O espaço parafaríngeo é delimitado superiormente na base do crânio e inferiormente ao nível do ângulo mandibular.
  - D) Todas acima estão corretas.
03. Sobre o câncer de laringe, marque a afirmativa **falsa**.
- A) Neoplasias subglóticas são extremamente raras (<1%).
  - B) A infiltração das cartilagens laríngeas é mais frequente em áreas não ossificadas.
  - C) Nas fases iniciais, a neoplasia glótica envolve a margem livre da corda vocal e está associada a um baixo risco de metástases linfonodais.
  - D) Um dos locais mais importantes de invasão da cartilagem é o ângulo da cartilagem tireoide, onde o tendão da comissura anterior é inserido.
04. Sobre a técnica da tireoidectomia e a anatomia cirúrgica, marque a opção verdadeira.
- A) O Ligamento de Berry contém ramos terminais da artéria tireoidiana superior.
  - B) O nervo laríngeo recorrente é medial ao tubérculo de *Zuckerkanndl*, na maioria dos casos.
  - C) O nervo recorrente esquerdo tem um curso mais oblíquo até a chegada à junção cricotireoidea.
  - D) A presença de um nervo não recorrente do lado direito é extremamente rara e está associada a *situs inversus totalis*.
05. Sobre o microcarcinoma papilífero da tireoide, marque a opção verdadeira.
- A) Metástase nodal microscópica é um forte fator prognóstico.
  - B) A localização do tumor dentro da glândula tireoide não é fator considerado para a decisão de vigilância ativa.
  - C) Microcarcinoma papilífero da tireoide é definido como um tumor medindo até 10mm não associado à metástase à distância.
  - D) O tratamento do microcarcinoma da tireoide pode variar entre vigilância ativa ou tireoidectomia parcial a tireoidectomia total, considerando que há microcarcinomas papilíferos de baixo e alto risco.
06. São fatores prognósticos independentes para mortalidade do carcinoma diferenciado de tireoide, **exceto**:
- A) Idade.
  - B) Multicentricidade.
  - C) Extensão extratireoidiana.
  - D) Doença estrutural residual (ressecção incompleta).
07. Sobre o hiperparatireoidismo, assinale a verdadeira.
- A) No hiperparatireoidismo primário, o adenoma de paratireoide é a mais frequente causa, sendo múltiplos em torno de 50% dos casos.
  - B) O exame de dosagem do paratormônio intraoperatório (PTH-IO) tem grande aplicabilidade no tratamento do hiperparatireoidismo primário e secundário.
  - C) São algumas indicações de tratamento cirúrgico do hiperparatireoidismo primário: nível de cálcio sérico maior do que 1mg/dl acima do valor superior de referência, a perda progressiva de função renal, osteoporose (valor a partir de -2,5 desvios-padrão a densitometria óssea).
  - D) No tratamento cirúrgico do hiperparatireoidismo primário não são obrigatórios os exames de localização, uma vez que a exploração bilateral é rotina com melhores índices de cura.

08. Diante de um caso de hiperparatireoidismo, que fator sugere malignidade dentre os abaixo:
- A) Massa cervical palpável.
  - B) Níveis séricos de Vitamina D baixos.
  - C) História familiar de câncer de tireoide.
  - D) Hiperparatireoidismo normocalcêmico.
09. Sobre os tumores de glândulas salivares, marque a afirmativa **falsa**.
- A) A malignização de adenomas pleomórficos é relatada em 35% a 40%.
  - B) Tumores do lobo profundo da glândula parótida são mais frequentemente benignos.
  - C) Metástases pulmonares são geralmente assintomáticas no carcinoma adenoide-cístico.
  - D) Síndrome de *Sjögren* tem relação com Linfoma MALT (*Mucosa-associated lymphoid tissue*).
10. Sobre os glomus, assinale a afirmativa verdadeira.
- A) Aproximadamente 30% dos paragangliomas são considerados de origem familiar.
  - B) A arteriografia invasiva é o único exame de imagem confirmatório para glomus carotídeo.
  - C) Devido a natureza hipervascular do tumor de corpo carotídeo, a biópsia incisional nunca deve ser praticada e a embolização pré-operatória é obrigatória.
  - D) Os tumores do corpo carotídeo nascem de quimiorreceptores e caracteristicamente afastam as artérias carótida externa e interna, um sinal conhecido como sinal da lira.
11. Sobre o melanoma cutâneo da cabeça e pescoço, é verdadeiro:
- A) Em melanomas invasivos do escalpo, há contraindicação para a técnica do linfonodo sentinela.
  - B) A biópsia por *punch* deve ser a preferida para o diagnóstico histopatológico dos melanomas da face.
  - C) Cabeça e pescoço é a região da pele onde se encontra mais frequentemente melanomas cutâneos com a mutação *BRAFV600E*.
  - D) Além dos níveis cervicais clássicos, melanomas cutâneos da cabeça e pescoço com frequência metastizam para linfonodos suboccipitais e retroauriculares.
12. Sobre o carcinoma de pele não melanoma, assinale a verdadeira.
- A) O nervo craniano mais comumente envolvido por infiltração de nervo maior, nos casos de carcinoma espinocelular da cabeça e pescoço, é o nervo maxilar (V2 PC).
  - B) A cirurgia micrográfica de Mohs não deve ser indicada para tumores ceratinocíticos recidivados pela dificuldade de avaliação patológica intraoperatória.
  - C) Carcinomas basocelulares agressivos que ocorrem em cicatrizes antigas de queimaduras são conhecidos como úlceras de *Marjolin*.
  - D) A invasão da dura-máter contraindica a ressecção com intenção curativa dos carcinomas basocelulares e espinocelulares.
13. Qual dos sarcomas de partes moles abaixo mais comumente compromete os linfonodos?
- A) Tumor maligno da bainha do nervo periférico.
  - B) Dermatofibrossarcoma protuberans.
  - C) Sarcoma de células claras.
  - D) Lipossarcoma.
14. Sobre o carcinoma da cavidade oral, assinale a verdadeira.
- A) O carcinoma verrucoso tem elevada taxa de recidiva local e metástases regionais.
  - B) A erosão superficial do osso em tumores do rebordo alveolar não caracteriza o estadió T4.
  - C) A taxa de resposta no tratamento de tumores T3 de boca por radioterapia e cirurgia é semelhante.
  - D) É frequente o fenômeno da “*skip metastasis*” para o nível IV no carcinoma espinocelular do soalho anterior da boca.

15. Sobre os acessos cirúrgicos aos tumores de boca/orofaringe, assinale a **incorreta**.
- A) O retalho de bochecha inferior quase sempre é utilizado para tumores de área retromolar.
  - B) Para tumores de rebordo alveolar superior, o acesso por retalho de bochecha superior (*Weber-Ferguson*) não é obrigatório.
  - C) Na era da cirurgia robótica por acesso transoral (T.O.R.S.), a mandibulotomia não mais se justifica como acesso cirúrgico a tumores posteriores.
  - D) A mandibulectomia segmentar não se justifica como acesso cirúrgico aos tumores primários de boca, devendo ser empregada na ressecção em bloco, quando há invasão direta.
16. Sobre o uso do Pembrolizumabe para os carcinomas espinocelulares de mucosa do trato aerodigestivo alto, podemos afirmar:
- A) Diferente do uso no melanoma cutâneo, há índice mensurável preditivo de resposta.
  - B) Está indicado em primeira linha nas recidivas loco-regionais independente da ressecabilidade.
  - C) Está indicado em protocolos de preservação de órgãos quando há contra-indicação ao uso da cisplatina.
  - D) Está indicado em adjuvância pós-operatória, quando há margem comprometida ou extravasamento linfonodal extracapsular.
17. Paciente masculino, 30 anos, não fumante, apresenta um tumor de 1,5cm de base direita de língua que não alcança a linha média, linfonodos cervicais não palpáveis. Biópsia revelou tratar-se de carcinoma mucoepidermoide de baixo grau da orofaringe. O melhor tratamento deve ser:
- A) Radioterapia exclusiva em sítio primário.
  - B) Cirurgia para ressecção de base de língua.
  - C) Radioquimioterapia em sítio primário e pescoço ipsilateral.
  - D) Radioterapia exclusiva em sítio primário e pescoço ipsilateral.
18. Paciente masculino, 50 anos, tabagismo por 10 anos, cessou tabagismo há 20 anos. Nega etilismo. Observou lesão ulcerada em região tonsilar à esquerda e procurou assistência médica. Ao exame físico, observado na oroscopia lesão ulcerada e vegetante de 1,8cm restrita à região de tonsila esquerda com massa cervical em nível II de aproximadamente 5cm. PET-CT não demonstrou doença sistêmica. Qual o estadiamento do tumor, neste paciente?
- A) T1 N2b M0.
  - B) T1 N3 M0.
  - C) T2 N2b M0.
  - D) Não há dados suficientes para o estadiamento.
19. Sobre os tumores da cavidade nasal e dos seios paranasais, podemos afirmar:
- A) A invasão do soalho de órbita no tumor maligno de seio maxilar é indicação para exenteração orbitária.
  - B) Papiloma invertido pode sofrer transformação maligna não podendo ser abordado por cirurgia endoscópica.
  - C) Não há indicação para esvaziamento cervical eletivo nos casos de carcinoma espinocelular de antro maxilar.
  - D) A quimioterapia neoadjuvante para carcinoma adenoide-cístico de seio maxilar deve ser indicada para evitar-se a exenteração orbitária.
20. Sobre esvaziamentos cervicais, assinale a verdadeira.
- A) O esvaziamento cervical radical deve ser modificado para a preservação de estruturas não linfáticas, sempre que possível.
  - B) Na presença de metástase lateral de carcinoma papilífero tireoide, os níveis cervicais a serem esvaziados são os níveis II a V.
  - C) A presença de linfangite carcinomatosa cutânea limitada e ressecável não contraindica o tratamento cirúrgico com intenção curativa.
  - D) No caso de invasão bilateral de veia jugular, a ligadura bilateral deve ser procedida no mesmo tempo cirúrgico para ressecção completa e imediata da doença e encaminhamento ao tratamento adjuvante.