



## 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 individual na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.13 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, 02 de novembro de 2022.

**Inscrição**

**Sala**

01. Massas cervicais são achados comuns e quase sempre são avaliados pelo cirurgião de cabeça e pescoço. Especialmente em adultos, alguns dados da história clínica, sintomas e sinais são suspeitos para neoplasia maligna, **EXCETO**:
- A) História de tabagismo e etilismo.
  - B) Otolgia ipsilateral a massa cervical.
  - C) História de uso de imunossuppressores.
  - D) Massa dolorosa a palpação no nível III.
02. Anomalias congênitas cervicais sempre estão presentes em consultórios e ambulatórios de cirurgia de cabeça e pescoço. Sobre as lesões congênitas cervicofaciais, assinale a alternativa correta.
- A) O cisto de terceiro arco branquial é o mais frequente entre os cistos branquiais.
  - B) Frequentemente, cistos e fístulas do segundo arco branquial têm trajeto até a hipofaringe, na região do seio piriforme.
  - C) Cisto/fístula branquial do primeiro arco do tipo II quase sempre tem trajeto pela glândula parótida próximo ao nervo facial.
  - D) Ao contrário dos cistos branquiais, a localização dos cistos do ducto tireoglosso é mediana ou paramediana e o diagnóstico em adultos é raro.
03. Hiperparatireoidismo primário é potencial indicação cirúrgica e exames de localização das glândulas paratireoides possibilitam acessos cirúrgicos menos invasivos. Sobre o **hiperparatireoidismo primário** e exames de localização, podemos afirmar:
- A) Para abordagens unilaterais é dispensável o uso do exame de PTH rápido no intra-operatório.
  - B) Adenomas benignos únicos são raros justificando a abordagem bilateral defendida por alguns.
  - C) O nível muito elevado do PTH (paratormônio) pode indicar a presença do câncer de paratireoide.
  - D) Os exames de localização, especialmente o uso da ultrassonografia e cintilografia de paratireoides auxiliam no diagnóstico do hiperparatireoidismo.
04. Sobre a microanatomia do seio cavernoso, marque a opção **FALSA**:
- A) O nervo óptico não cruza o seio cavernoso.
  - B) O nervo oculomotor é o par craniano que mais se aproxima da artéria carótida intracavernosa.
  - C) Os pares cranianos III, IV, V (divisão maxilar e oftálmica) e VI têm relação íntima com o seio cavernoso.
  - D) A artéria carótida interna penetra no seio cavernoso após seu trajeto pelo canal carotídeo na parte petrosa do osso temporal.
05. A escolha do tratamento do câncer de laringe precoce depende de diversos fatores, desde a localização, o tamanho e extensão da lesão, até mesmo o estado da função pulmonar do paciente. Sobre o câncer de laringe inicial (estádios I e II) e seu tratamento, podemos afirmar:
- A) Quando optado pela Radioterapia como tratamento, a quimioterapia quase sempre não está indicada.
  - B) Para o tratamento dos tumores glóticos precoces, a radioterapia propicia melhor qualidade de voz e melhor sobrevida quando comparado à cirurgia.
  - C) Para os tumores que infiltram a comissura anterior, exames de imagem são desnecessários se a mobilidade das pregas vocais estiver normal à laringoscopia.
  - D) Para lesões supraglóticas precoces e pescoço N0, o tratamento do pescoço (linfonodos cervicais) deve ser apenas a observação, tanto para o tratamento cirúrgico quanto para radioterapia.
06. Para o tratamento do carcinoma inicial da hipofaringe, a preservação da laringe é um dos objetivos. Sobre o planejamento do tratamento do carcinoma precoce (estádio I e II) de hipofaringe podemos afirmar:
- A) Para tumores de hipofaringe estadio T1, a radioterapia isolada é contraindicada.
  - B) Embora mais raro, quando positivo para p16 na imunoistoquímica, o tratamento radioterápico do carcinoma espinocelular da hipofaringe poderá ser desintensificado.
  - C) No tratamento dos tumores iniciais da parede posterior da hipofaringe, a incidência de metástase cervical é menor que 20% não se justificando o tratamento no pescoço N0.
  - D) Para tumores T1N0 do ápice do seio piriforme, a dissecação dos linfonodos do nível VI devem ser incluídos no tratamento do pescoço, caso seja optado pelo tratamento cirúrgico.

07. Sobre o câncer de orofaringe inicial (estádios 1 e 2), assinale a alternativa **INCORRETA**.
- A) Para os carcinomas espinocelulares (CEC), a pesquisa imunoistoquímica de p16 influencia no estadiamento da doença.
  - B) Para o carcinoma mucoepidermoide inicial de orofaringe, o tratamento radioterápico de princípio está contra-indicado.
  - C) Para os carcinomas espinocelulares (CEC) iniciais e lateralizados, passíveis de ressecção com margem de segurança, a cirurgia minimamente invasiva com o uso de robô (TORS) é uma opção à radioterapia exclusiva.
  - D) Para tumores iniciais com pescoço N0 com indicação de abordagem cervical (esvaziamento cervical eletivo) a ressecção transoral robótica (TORS) está contraindicada sendo o acesso do tumor primário realizado por mandibulotomia.
08. Os retalhos miocutâneos regionais possibilitaram a expansão da fronteira da cirurgia de cabeça e pescoço mesmo antes do aparecimento dos retalhos microcirúrgicos. Sobre os retalhos miocutâneos regionais podemos afirmar:
- A) Os pedículos do retalho peitoral maior são ramos do tronco tirocervical da artéria subclávia.
  - B) A depender da necessidade de área de pele, a pele do retalho peitoral maior poderá se estender para além do limite do músculo peitoral maior.
  - C) O retalho peitoral maior apresenta dois pedículos vasculares, um lateral a borda do músculo peitoral menor e outro medial, mas com frequência o pedículo medial deve ser sacrificado para aumentar o arco de rotação do retalho.
  - D) A contraindicação à utilização do retalho miocutâneo peitoral na mulher não só se restringe ao impacto estético, mas também a uma taxa de perda (necrose) significativamente maior quando comparado ao mesmo retalho nos homens.
09. O tratamento do câncer diferenciado de tireoide deve ser planejado junto ao tratamento do pescoço (linfonodos cervicais), quando indicado. Sobre o esvaziamento cervical no carcinoma bem diferenciado da Tireoide podemos afirmar:
- A) O esvaziamento central inclui por definição linfonodos pré-laríngeos, pré-traqueais e pelo menos paratraqueais unilateralmente.
  - B) A presença de linfonodomegalia suspeita a ultrassonografia de pré-operatório medial a artéria carótida interna é indicação para o esvaziamento cervical dos níveis II a V.
  - C) Considerando a elevada incidência de metástase no nível VI para carcinoma folicular da tireoide, o esvaziamento central eletivo é indicado para tumores a partir de 2 cm de diâmetro.
  - D) A ressecção não regrada apenas de linfonodos laterais comprometidos (por exemplo apenas nível III) para o câncer de tireoide bem diferenciado (*berry picking*) se justifica por ter o resultado semelhante da taxa de recorrência tumoral.
10. Cada vez mais o tratamento radioterápico (com ou sem quimioterapia) tem sido mais indicado no tratamento dos carcinomas espinocelulares do trato aerodigestivo alto. O resgate cirúrgico por falha do tratamento pode ser indicado tanto para o tumor primário quanto para os linfonodos cervicais (persistência de doença). Sobre o esvaziamento cervical após prévio tratamento radioterápico, podemos afirmar:
- A) O esvaziamento cervical para doença metastática linfonodal persistente deverá ser do tipo radical modificado (níveis I a V), independente do nível linfonodal acometido no pré-tratamento e residual no pós-tratamento.
  - B) De modo geral, após a resposta clínica e funcional (PET-CT) completa dos linfonodos cervicais após o tratamento, a observação e seguimento do pescoço está indicado, independente do estadiamento N prévio ao tratamento.
  - C) Considerando morbidade semelhante do esvaziamento cervical em pescoço não tratado e no previamente irradiado, o esvaziamento cervical deverá ser indicado após resposta clínica e funcional (PET-CT) completa em pescoço previamente positivo maior que N1 (N2 e N3) para os casos de carcinomas espinocelulares de laringe.
  - D) Para pacientes com resposta completa ao tratamento no sítio do tumor primário (avaliação clínica e funcional por PET-CT), a persistência linfonodal (resposta ausente ou incompleta ao tratamento dos linfonodos cervicais) é indicação de ressecção cirúrgica do sítio primário além do tratamento cirúrgico do pescoço.

11. Na avaliação de tumores da base de crânio, a pesquisa ativa por sintomas neurológicos sensitivos e motores relacionados aos nervos trigêmeo e facial deve ser realizada. Uma vez confirmado déficit motor ou parestesias/hipoestesias na face, um dos exames de imagem passa a ser necessário na avaliação preoperatória. Marque a correta.
- A) Tomografia.
  - B) PET-CT com 18-FDG.
  - C) Cintilografia óssea com tecnécio.
  - D) Ressonância Nuclear Magnética.
12. Sobre os tumores de órbita, podemos afirmar, **EXCETO**:
- A) O acesso cirúrgico para os tumores da glândula lacrimal é a orbitotomia súpero-lateral.
  - B) A exenteração orbitária é por definição a ressecção do globo ocular e todo o conteúdo orbitário.
  - C) O acesso cirúrgico mais frequentemente utilizado para lesões intraconais é a orbitotomia súpero-medial.
  - D) Uma das mais temidas complicações tardias do tratamento radioterápico do retinoblastoma orbitário na infância é o osteossarcoma.
13. Menos frequente do que o carcinoma basocelular, o carcinoma espinocelular da pele da cabeça e pescoço deve ser considerado como de alto risco quando apresenta as seguintes características:
- I. Localização em orelha, lesões maiores que 4cm, infiltração de conduto auditivo externo.
  - II. Localização em canto externo/interno de olho, diferenciação sarcomatoide, infiltração perineural.
  - III. Lesões recidivadas, presença de intensa desmoplasia, lesões em áreas de queimaduras prévias.
- Marque a assertiva verdadeira.
- A) Apenas o item I é verdadeiro.
  - B) Apenas os itens I e III são verdadeiros.
  - C) Apenas os itens II e III são verdadeiros.
  - D) Todos os itens são verdadeiros.
14. Em relação aos tumores e processos inflamatórios da glândula submandibular podemos afirmar, **EXCETO**:
- A) O aumento da glândula submandibular por obstrução de drenagem salivar pode ocorrer nos tumores do soalho de boca, mimetizando metástase linfonodal no nível IB.
  - B) Linfonodo intraglandular na glândula submandibular pode mimetizar neoplasia própria da glândula devendo ser pesquisado um tumor primário principalmente na cavidade oral.
  - C) A glândula submandibular é mais acometida por processos inflamatórios (sialoadenites) muitas vezes com formação de sialolitíase do que por processos tumorais.
  - D) Durante a ressecção da glândula submandibular três nervos importantes estão sob risco: o nervo marginal da mandíbula, o nervo lingual e o nervo hipoglosso.
15. Tumores de Seios paranasais são raros e de difícil tratamento. Sobre os adenocarcinomas e carcinomas espinocelulares de etmoide e seio maxilar podemos afirmar:
- A) A ressecção cirúrgica sempre que possível está indicada em tumores T1 a T4 de seios maxilar e etmoidal.
  - B) A radioterapia adjuvante não deve ser indicada quando a ressecção for completa (margens livres) nos tumores de seios paranasais.
  - C) Exenteração orbitária para tumores que invadem o soalho ósseo orbitário aumenta a sobrevida, ainda que a periórbita esteja preservada, considerando que a margem de segurança é prioridade nas maxilectomias.
  - D) Ressecção endoscópica de etmoide não se justifica a despeito da possibilidade de margem livre, considerando que a ressecção em bloco é amplamente considerada de resultado oncológico superior quando comparado a ressecção tipo *piecemeal*.
16. Sobre os paragangliomas hereditários e esporádicos podemos afirmar, **EXCETO**:
- A) Paragangliomas malignos são mais frequentes nos pacientes com a mutação (variante patogênica) no gene *SDHD*, devendo ser avaliado para doença metastática.
  - B) Embora não totalmente esclarecida a fisiopatologia, a incidência de paragangliomas esporádicos é maior entre as populações que vivem em elevadas altitudes.
  - C) À tomografia, paragangliomas vagais estão associados ao deslocamento anterior de ambas as artérias carótidas (externa e interna) podendo também existir alargamento do forame jugular.
  - D) Paragangliomas esporádicos tendem a ser únicos e ocorrem em idade mais avançada do que os paragangliomas hereditários que com mais frequência são múltiplos e ocorrem em pacientes mais jovens.

17. Os tumores de glândulas salivares correspondem a diversos tipos histológicos variando entre benignos e malignos, podendo acontecer nas glândulas salivares maiores e nas glândulas salivares menores. Em relação ao tratamento dos tumores da glândula parótida, podemos afirmar:
- A) A parotidectomia superficial é adequada para tumores malignos de baixo grau a depender da localização.
  - B) A presença da infiltração clínica de um ramo do nervo facial é indicação de parotidectomia total com sacrifício de todos os ramos e tronco do nervo facial.
  - C) Os tumores benignos do polo superficial da parótida são tratados usualmente por parotidectomia superficial com conservação do nervo facial. A parotidectomia conservadora ou superficial parcial (onde apenas parte do nervo facial é dissecada) é contraindicada.
  - D) Para tumores malignos da parótida, a proximidade do nervo facial impõe a ressecção daquele ramo envolvido, uma vez que a margem comprometida na área de dissecção do nervo é indicação de reabordagem cirúrgica podendo ocorrer sacrifício de mais ramos do nervo facial.
18. Sobre os carcinomas diferenciados da tireoide, podemos afirmar:
- A) O nervo laríngeo inferior raramente é “não recorrente” sendo mais frequentemente um achado intraoperatório à esquerda.
  - B) Todos os nódulos tireoidianos com elevada suspeição à ultrassonografia devem ser submetidos a punção por agulha fina para avaliação citopatológica.
  - C) Para tumores intratireoidianos até 4 cm (T1 e T2) a indicação cirúrgica é a tireoidectomia parcial (lobectomia mais istmectomia) ou tireoidectomia total.
  - D) Para microcarcinomas papilíferos, a tireoidectomia total não se justifica independente da história familiar ou de radioterapia cervical na infância, uma vez que não há aumento da sobrevivência.
19. Sobre o carcinoma de nasofaringe, podemos afirmar, **EXCETO**:
- A) São possíveis complicações do tratamento: a cegueira, hipoacusia e a necrose do lobo temporal.
  - B) Carcinomas indiferenciados são menos radiosensíveis do que os carcinomas espinocelulares queratinizantes e a indicação de quimioterapia concomitante é a regra.
  - C) O estadiamento N1 corresponde a presença de linfonodos retrofaríngeos unilateral ou bilaterais ou a presença de linfonodo cervical até 6cm, acima da borda inferior cartilagem cricoide.
  - D) A radioterapia tem sido tradicionalmente utilizada como primeira indicação, associada ou não a quimioterapia, tendo em vista a dificuldade de acesso cirúrgico e a sensibilidade dos tumores à radiação ionizante.
20. Paciente 45 anos, tabagista e etilista, apresenta quadro de lesão úlcero-infiltrativa de área retromolar a direita de aproximadamente 3cm com extensão para mucosa jugal. A mandíbula apresenta dentes em bom estado de conservação. Ortopantomografia de mandíbula e tomografia computadorizada não descreve lesão óssea. Tomografia de tórax normal. Pescoço apresenta linfonodo único suspeito de 2cm em cadeia cervical homolateral nível IIA, móvel a palpação. Na biópsia realizada, trata-se de carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado tendo sido encaminhado a imunoistoquímica que revelou p16 positivo. Observe as assertivas abaixo e assinale a alternativa correta.
- A) Trata-se de carcinoma de orofaringe com p16 positivo. Estadiamento T1N1M0, com indicação de tratamento por radioterapia exclusiva.
  - B) Trata-se de carcinoma de orofaringe T2N1M0, com indicação de radioterapia com quimioterapia concomitante, com bom prognóstico de resposta ao tratamento por ser p16 positivo.
  - C) Trata-se de carcinoma de boca T2N1M0 e apesar de p16 positivo a indicação do tratamento de princípio é a cirurgia com ressecção do tumor primário com provável mandibulectomia marginal e esvaziamento supraomó-hioide.
  - D) Trata-se de carcinoma de boca T2N2aM0 p16 positivo com indicação de radioterapia com concomitante quimioterapia no primário e esvaziamento cervical radical.