

TIPO

1

Endere

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ANO ADICIONAL CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO R3

PROVA OBJETIVA – TIPO 1



SUA PROVA

- Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala uma folha para a marcação das respostas.



TEMPO

- 5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas.**
- 1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas.
- 30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões.**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta.
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!



Cirurgia de Cabeça e Pescoço

1

Uma mulher de 49 anos procura atendimento após identificar um nódulo cervical durante exame de rotina. Nega disfagia, rouquidão, história familiar de câncer de tireoide ou exposição prévia à radiação cervical.

Ao exame físico, apresenta nódulo único de 1 cm no lobo direito da tireoide, móvel à deglutição e sem linfonodos palpáveis. O TSH é de 2,1 mUI/L. A ultrassonografia demonstra nódulo sólido hipoecoico, com margens irregulares e microcalcificações, sem linfonodomegalias suspeitas.

Segundo o algoritmo proposto pela *American Thyroid Association* (ATA), a conduta correta é

- (A) solicitar cintilografia da tireoide inicialmente.
- (B) repetir a ultrassonografia em 12 meses, pois o nódulo mede menos de 1,5 cm.
- (C) realizar punção aspirativa por agulha fina (PAAF).
- (D) indicar tireoidectomia diagnóstica devido ao alto risco ultrassonográfico.
- (E) dosar tireoglobulina sérica para definir a necessidade de biópsia.

2

Uma mulher de 37 anos apresenta nódulo tireoidiano de 2,2 cm como achado de investigação para globus faríngeo. O TSH encontra-se normal. Nega fatores de risco hereditários ou ambientais para câncer de tireoide. A ultrassonografia demonstra nódulo sólido hipoecoico, com margens regulares, sem microcalcificações, classificado como padrão de suspeição intermediária. Foi realizada punção aspirativa por agulha fina, cujo resultado citológico foi Bethesda III (AUS/FLUS).

De acordo com o guia mais recente da *American Thyroid Association*, a opção que representa o próximo passo a ser tomado é

- (A) indicar tireoidectomia total.
- (B) realizar uma nova PAAF (*repeat* FNA) e/ou testes moleculares, quando disponíveis, para refinar o risco de malignidade.
- (C) indicar tireoidectomia parcial.
- (D) repetir a PAAF a cada 3 meses.
- (E) solicitar dosagem sérica de T3 e T4.

3

Uma mulher de 61 anos possui diagnóstico de carcinoma papilífero de tireoide de 4,8 cm restrito ao lobo esquerdo da tireoide, sem sinais de invasão de estruturas adjacentes. Durante a tireoidectomia, identifica-se que o tumor permanece totalmente confinado à glândula, sem extensão macroscópica para os músculos pré-tireoidianos.

De acordo com a 8ª edição do *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), a classificação T mais adequada para esse tumor é a

- (A) T2.
- (B) T3a.
- (C) T3b.
- (D) T4a.
- (E) T4b.

4

Um homem de 68 anos foi submetido à tireoidectomia por carcinoma papilífero há oito anos. Desde então, apresentou múltiplas recidivas cervicais. Na investigação atual, observa-se aumento importante da captação ao PET-FDG em lesões cervicais e pulmonares, enquanto a cintilografia com radioiodo evidencia mínima captação dessas mesmas lesões.

Frente ao caso, assinale a opção que melhor explica esse achado.

- (A) A recorrência tumoral leva ao aumento progressivo da avidade pelo radioiodo, reduzindo simultaneamente a captação pelo PET-FDG.
- (B) A transformação progressiva para tumores menos diferenciados associa-se à perda da capacidade de concentrar radioiodo e ao aumento da atividade metabólica detectada pelo PET-FDG.
- (C) O comportamento descrito é típico da evolução dos carcinomas medulares da tireoide, não sendo observados nos tumores derivados das células foliculares.
- (D) A perda da captação do radioiodo ocorre exclusivamente quando existe invasão macroscópica de estruturas adjacentes.
- (E) A redução da avidade pelo radioiodo decorre principalmente do aumento da produção de tireoglobulina pelas células tumorais.

5

Um homem de 28 anos foi submetido à tireoidectomia total após diagnóstico de carcinoma medular da tireoide. Nega história familiar de neoplasias endócrinas. Durante a consulta pós-operatória, relata que sua irmã está preocupada com a possibilidade de também desenvolver a doença. A equipe discute a necessidade de investigação genética complementar antes da orientação familiar.

Nesse cenário, assinale a opção que apresenta a conduta apropriada.

- (A) A ausência de história familiar praticamente exclui doença hereditária, tornando desnecessária a pesquisa de mutação germinativa do RET.
- (B) A pesquisa de mutação do RET deve ser reservada aos pacientes com doença multifocal ou idade inferior a 20 anos.
- (C) Os pacientes com diagnóstico de carcinoma medular da tireoide devem pesquisar a mutação do RET, pois parte dos casos aparentemente esporádicos apresenta mutação germinativa; se identificada, recomenda-se investigação dos familiares de primeiro grau.
- (D) a pesquisa da mutação RET deve ser indicada apenas quando houver níveis elevados de calcitonina e CEA após a cirurgia.
- (E) a investigação genética da irmã deve ser realizada no momento do diagnóstico do paciente.

6

Uma mulher de 73 anos procura atendimento por aumento rápido do volume cervical. Após investigação, o anatomopatológico confirma carcinoma anaplásico da tireoide. Os exames de imagem demonstram tumor de 3,2 cm restrito à glândula tireoide, sem extensão extratireoidiana, sem linfonodos cervicais comprometidos e sem metástases à distância.

Considerando exclusivamente o sistema de estadiamento apresentado no texto, o estadiamento por grupos mais adequado para essa paciente é o estágio

- (A) I.
- (B) II.
- (C) III.
- (D) IVa.
- (E) IVb.

7

Uma mulher de 67 anos é encaminhada ao ambulatório após identificação incidental de hipercalcemia em exames laboratoriais de rotina. Refere estar assintomática. A investigação demonstra elevação do PTH, vitamina D adequada e hipercalcúria. A densitometria óssea evidencia T-score de -2,8 no fêmur. A ultrassonografia cervical e a cintilografia com sestamibi não identificam adenoma evidente.

Após confirmação bioquímica do diagnóstico e exclusão de outras causas de hipercalcemia, a conduta apropriada é

- (A) manter acompanhamento clínico, pois a ausência de sintomas e a localização negativa contraindicam tratamento cirúrgico.
- (B) solicitar nova modalidade de imagem antes de qualquer decisão terapêutica, uma vez que a cirurgia depende obrigatoriamente da localização pré-operatória.
- (C) indicar exploração cirúrgica das quatro paratireoides, mesmo diante de exames de localização negativos.
- (D) iniciar terapia supressora com PTH e repetir a densitometria em seis meses, antes de considerar cirurgia.
- (E) realizar punção aspirativa da região cervical guiada por ultrassonografia para confirmar qual glândula está acometida.

8

Uma mulher de 58 anos foi submetida à biópsia de uma lesão localizada no palato duro. Durante a discussão do caso, o patologista refere que esse subtipo apresenta importante neurotropismo e elevada propensão à disseminação ao longo dos nervos, mas metástases linfonodais cervicais são pouco frequentes.

A neoplasia que corresponde mais adequadamente a esse comportamento biológico é o

- (A) carcinoma adenoide cístico.
- (B) carcinoma mucoepidermoide de alto grau.
- (C) carcinoma ductal salivar.
- (D) adenocarcinoma polimorfo.
- (E) carcinoma actínico.

9

Um homem de 70 anos apresenta carcinoma da parótida confirmado por punção aspirativa. Os exames demonstram lesão restrita ao lobo superficial da glândula, sem evidência de infiltração do nervo facial ou linfonodos cervicais suspeitos. O exame de congelação intraoperatório revela carcinoma mucoepidermoide de baixo grau.

Nesse caso, a melhor conduta é a parotidectomia

- (A) superficial, sendo a cirurgia isolada o tratamento adequado.
- (B) total associada obrigatoriamente ao esvaziamento cervical.
- (C) radical estendida.
- (D) superficial seguida obrigatoriamente de radioterapia adjuvante.
- (E) total com enxerto primário do nervo facial, independentemente da infiltração tumoral.

10

Paciente masculino de 64 anos foi submetido à laringectomia parcial com reconstrução utilizando retalho microcirúrgico livre, permanecendo traqueostomizado no pós-operatório. Evolui respirando espontaneamente, sem necessidade de ventilação mecânica.

Acerca do caso descrito, a conduta correta é

- (A) manter o balonete insuflado continuamente para reduzir o risco de broncoaspiração.
- (B) fixar a cânula com cadarços cervicais firmemente ajustados para evitar deslocamento acidental.
- (C) trocar imediatamente a cânula com *cuff* por uma cânula sem *cuff*, independentemente da necessidade de ventilação mecânica.
- (D) utilizar cateter nasal para oxigenoterapia complementar, devido à melhor tolerabilidade em relação à máscara.
- (E) manter o balonete desinsuflado, promover umidificação das vias aéreas pela traqueostomia e evitar fitas cervicais quando houver reconstrução com retalho, fixando a cânula à pele por suturas.

11

Um homem de 20 anos foi submetido à ressecção de cisto branquial. No segundo dia de pós-operatório, permanece com um dreno de Penrose na região cervical.

Dito isso, assinale a opção que apresenta a recomendação correta em relação aos cuidados com o dreno.

- (A) O local de saída do dreno de Penrose deve permanecer coberto pelo mesmo curativo até sua retirada definitiva, evitando manipulações para reduzir o risco de infecção.
- (B) O débito do dreno de Penrose deve ser mensurado diariamente, sendo sua retirada indicada quando o volume for inferior a **25 mL em 24 horas**.
- (C) Tanto os drenos de sucção fechada quanto os drenos de Penrose devem ser retirados utilizando o mesmo critério quantitativo de débito nas últimas 24 horas.
- (D) Como a principal função do dreno é evitar coleção cervical, não há necessidade de cuidados específicos com seu sítio de saída quando a ferida operatória apresenta boa evolução.
- (E) O sítio de saída do dreno deve ser mantido limpo e, quando for utilizado um dreno de Penrose, recomenda-se realizar trocas frequentes de curativos estéreis; sua retirada é indicada quando a drenagem se tornar mínima.

12

Um homem de 62 anos, tabagista e etilista, apresenta lesão exofítica esbranquiçada de aproximadamente 3 cm na borda lateral da língua, com abundante depósito de queratina na superfície. Foi realizada biópsia superficial da área mais queratinizada, cujo resultado anatomopatológico demonstrou apenas hiperqueratose, sem evidências de carcinoma invasivo.

Entretanto, ao exame físico, a lesão permanece endurecida e sangra ao contato mínimo.

A respeito do ocorrido, a conduta apropriada é

- (A) considerar o resultado anatomopatológico conclusivo, mantendo apenas seguimento clínico periódico.
- (B) solicitar ressonância magnética antes de repetir qualquer procedimento diagnóstico.
- (C) realizar citologia esfoliativa da superfície da lesão como método confirmatório.
- (D) indicar ressecção com margem de segurança e esvaziamento cervical.
- (E) repetir a biópsia, obtendo fragmento da zona invasiva adjacente ou da profundidade da lesão, evitando a superfície excessivamente queratinizada.

13

Paciente masculino de 60 anos, idoso, surfista, sem história de tabagismo ou etilismo, apresenta lesão em vermelhão do lábio, sem acometimento mucoso, de 2 cm, com biópsia incisional recente diagnosticando carcinoma de células escamosas, sem invasão perineural. Pescoço sem lesões evidenciadas clinicamente ou por exames de imagem. Exame de congelação intraoperatória evidencia profundidade de 5 mm.

De acordo com último algoritmo da *National Comprehensive Cancer Network*, a melhor conduta é a ressecção com margens de

- (A) segurança, somente.
- (B) segurança e esvaziamento cervical seletivo.
- (C) segurança e biópsia de linfonodo sentinela.
- (D) segurança e radioterapia.
- (E) segurança e esvaziamento radical.

14

Um homem de 66 anos, tabagista de longa data, apresenta carcinoma de células escamosas da mucosa do lábio inferior (não envolvendo o vermelhão), medindo 3,8 cm, com profundidade de invasão de 7 mm confirmada por biópsia. A tomografia não evidencia invasão mandibular.

Ao exame físico, observa-se um linfonodo cervical ipsilateral móvel de 2,5 cm (cN1). A biópsia demonstra expressão de PD-L1 (CPS ≥ 1). O paciente apresenta bom estado geral.

De acordo com o algoritmo do *NCCN Head and Neck Cancers Version 1.2026*, assinale a conduta inicial mais apropriada.

- (A) Radioterapia definitiva associada à quimioterapia concomitante, reservando a cirurgia para doença residual.
- (B) Ressecção do tumor primário isoladamente, adiando o tratamento cervical até o resultado anatomopatológico.
- (C) Cirurgia do tumor primário associada ao esvaziamento cervical ipsilateral, sendo opcional considerar **pembrolizumabe neoadjuvante** antes da cirurgia em razão da positividade para PD-L1.
- (D) Quimioterapia de indução seguida de radioterapia definitiva, independentemente da ressecabilidade.
- (E) Pembrolizumabe isolado como tratamento definitivo inicial, seguido de cirurgia apenas em caso de resposta incompleta.

15

Paciente de 52 anos apresenta carcinoma de células escamosas da tonsila palatina direita. A imunohistoquímica demonstra p16 positivo. A tomografia evidencia tumor de 2,4 cm e um único linfonodo cervical ipsilateral medindo 2,5 cm, sem sinais de extensão extranodal clínica. O paciente apresenta bom desempenho funcional.

Segundo o *NCCN Head and Neck Cancers Version 1.2026*, a conduta inicial preferencial é

- (A) radioterapia exclusiva.
- (B) cirurgia do tumor primário associada a esvaziamento cervical.
- (C) radioquimioterapia definitiva obrigatória.
- (D) pembrolizumabe neoadjuvante seguido de cirurgia.
- (E) quimioterapia de indução seguida de radioterapia.

16

Um paciente de 60 anos foi submetido à ressecção transoral robótica de carcinoma HPV-positivo da base da língua associada a esvaziamento cervical. O anatomopatológico revelou margens negativas, porém extensão extranodal (ENE) em um linfonodo metastático.

Conforme o *NCCN Head and Neck Cancers Version 1.2026*, a conduta adjuvante recomendada é

- (A) observação clínica.
- (B) radioterapia exclusiva.
- (C) quimioterapia isolada.
- (D) radioterapia associada à terapia sistêmica concomitante.
- (E) pembrolizumabe isolado.

17

Um homem de 45 anos apresenta linfonodomegalia cervical bilateral e obstrução nasal unilateral. A biópsia da nasofaringe confirma carcinoma não queratinizante indiferenciado.

Consoante o *NCCN Head and Neck Cancers Version 1.2026*, o exame laboratorial, que deve ser considerado durante a avaliação inicial desse paciente, é o

- (A) HPV por p16.
- (B) Tireoglobulina sérica.
- (C) CEA.
- (D) CA-125.
- (E) DNA do vírus Epstein-Barr (EBV).

18

Um homem de 61 anos apresenta carcinoma de células escamosas do seio piriforme esquerdo. A avaliação clínica e radiológica demonstra um tumor T3N2bM0, considerado tecnicamente ressecável, porém cuja ressecção exigiria laringofaringectomia parcial ou total. O paciente possui bom desempenho funcional e deseja preservar a laringe, caso exista uma estratégia oncológica aceita.

De acordo com o *NCCN Head and Neck Cancers Version 1.2026*, assinale a opção que representa corretamente as escolhas terapêuticas iniciais recomendadas para esse paciente.

- (A) Apenas cirurgia seguida de tratamento adjuvante conforme os fatores anatomopatológicos, não havendo alternativas com preservação de órgão.
- (B) Apenas radioquimioterapia definitiva com cisplatina em altas doses, sendo a cirurgia reservada exclusivamente para recidiva.
- (C) Poderiam ser três as estratégias: quimioterapia de indução seguida de tratamento conforme a resposta; cirurgia com esvaziamento cervical seguida de radioterapia ou radioquimioterapia conforme os fatores de risco patológicos; ou terapia sistêmica concomitante à radioterapia.
- (D) Pembrolizumabe neoadjuvante seguido obrigatoriamente de cirurgia é o tratamento preferencial para tumores ressecáveis da hipofaringe.
- (E) A preservação de laringe somente é considerada para tumores T1N0, sendo inadequada para qualquer paciente com doença T3.

19

Um homem de 64 anos apresenta carcinoma de células escamosas restrito à parede lateral da hipofaringe, sem cruzamento da linha média. A avaliação clínica e radiológica do pescoço não demonstra linfonodos suspeitos.

Com relação ao padrão esperado de micrometástases cervicais, para orientar o tratamento eletivo do pescoço, pode-se inferir que

- (A) os linfonodos jugulares profundos dos níveis II, III e IV ipsilaterais constituem os principais grupos de primeira estação, enquanto o risco de micrometástase nos níveis I e V é extremamente pequeno no pescoço clinicamente negativo.
- (B) os níveis I, II e III ipsilaterais constituem as principais estações de drenagem, pois os tumores da hipofaringe seguem o mesmo padrão dos carcinomas da cavidade oral.
- (C) os níveis II e V ipsilaterais são as primeiras estações, sendo incomum o comprometimento dos níveis III e IV sem doença previamente identificada no triângulo posterior.
- (D) o nível VI é a única estação considerada de primeira drenagem para os tumores laterais da hipofaringe, em razão de sua relação com os linfonodos paratraqueais.
- (E) todos os níveis cervicais apresentam risco semelhante de micrometástase, não sendo possível selecionar grupos linfonodais com base no sítio primário.

20

Um homem de 58 anos, tabagista, apresenta carcinoma de células escamosas glótico T3N1M0. O paciente possui bom desempenho funcional, função renal preservada e não deseja realizar cirurgia.

De acordo com o *NCCN Head and Neck Cancers Version 1.2026*, a estratégia terapêutica, que representa a recomendação preferencial para tentativa de preservação da laringe, é a

- (A) radioterapia exclusiva.
- (B) radioterapia concomitante à terapia sistêmica, preferencialmente cisplatina em altas doses.
- (C) quimioterapia de indução seguida obrigatoriamente de radioterapia, independentemente da resposta.
- (D) laringectomia total seguida obrigatoriamente de radioquimioterapia adjuvante.
- (E) pembrolizumabe associado à radioterapia como tratamento padrão.

21

Com relação aos retalhos nas reconstruções em cirurgia de cabeça e pescoço, é correto afirmar que

- (A) retalhos randômicos permitem relação comprimento/largura de até 1:5 devido à extensa rede vascular subdérmica.
- (B) a confiabilidade dos retalhos depende principalmente da espessura da pele, sendo o padrão vascular um fator secundário.
- (C) o conceito de angiossomos tornou desnecessária a utilização de retalhos baseados em vasos nomeados.
- (D) retalhos axiais apresentam maior confiabilidade porque recebem irrigação de um pedículo vascular nomeado, podendo atingir relação comprimento/largura de aproximadamente 1:5 ou superior.
- (E) a introdução da microcirurgia eliminou a necessidade de considerar o padrão vascular durante o planejamento reconstrutivo.

22

Uma mulher de 61 anos apresenta lesão expansiva localizada predominantemente no interior do seio maxilar direito, sem componente facilmente acessível pela cavidade nasal. A tomografia computadorizada dos seios da face evidencia lesão expansiva de partes moles ocupando quase totalmente o seio maxilar esquerdo, com erosão da parede medial e da parede anterior do seio maxilar, com preservação do assoalho orbitário.

Nesse caso, a melhor conduta é

- (A) solicitar ressonância magnética e programar biópsia endoscópica transnasal sob anestesia geral.
- (B) realizar punção-biópsia guiada por tomografia.
- (C) indicar antrostomia de Caldwell-Luc sob anestesia geral, para obtenção de material diagnóstico de uma suspeita de carcinoma do seio maxilar.
- (D) indicar antrostomia de Caldwell-Luc sob anestesia local, seguida de punção da lesão.
- (E) manter observação clínica até aparecimento de extensão extrassinusal para facilitar a obtenção da biópsia.

23

Um homem de 62 anos, marceneiro há mais de 35 anos, procura atendimento por obstrução nasal unilateral progressiva, epistaxes recorrentes e hiposmia. A tomografia evidencia lesão centrada na parede lateral da cavidade nasal, com extensão para as células etmoidais, sem linfonodomegalias cervicais. A biópsia confirma neoplasia maligna epitelial.

Sobre os tumores de cavidade nasal, é correto afirmar que

- (A) o carcinoma espinocelular representa menos da metade dos tumores malignos sinonasais, sendo superado em frequência pelos adenocarcinomas.
- (B) o carcinoma adenoide cístico apresenta elevada incidência de metástases cervicais precoces, sendo a disseminação perineural incomum.
- (C) os carcinomas indiferenciados sinonasais (SNUC) apresentam comportamento pouco agressivo, sendo tratados satisfatoriamente apenas com cirurgia.
- (D) o adenocarcinoma intestinal apresenta comportamento predominantemente indolente, com baixa recorrência local e raras metástases cervicais.
- (E) o carcinoma espinocelular é o tumor maligno mais frequente da região sinonasal, enquanto o carcinoma adenoide cístico caracteriza-se por crescimento lento, elevada propensão à invasão perineural e metástases pulmonares.

24

Um homem de 49 anos procura atendimento por aumento de volume cervical direito há aproximadamente dois anos. Refere crescimento lento e ausência de dor.

Ao exame físico, observa-se massa pulsátil localizada na região cervical alta, discretamente móvel lateralmente, porém pouco móvel no sentido craniocaudal. A videofaringoscopia evidencia abaulamento submucoso da parede lateral da orofaringe.

A tomografia computadorizada contrastada demonstra lesão intensamente captante situada posteriormente à bainha carotídea. A ressonância magnética evidencia múltiplos "flow voids" e aspecto fusiforme ("rat tail sign"), além de deslocamento anterior das artérias carótidas interna e externa.

No caso narrado, o diagnóstico mais provável é o

- (A) paraganglioma vagal.
- (B) schwannoma do nervo vago.
- (C) tumor do corpo carotídeo.
- (D) neurofibroma plexiforme.
- (E) schwannoma do plexo braquial.

25

A respeito do risco proporcional de malignidade por glândula salivar, assinale a opção correta.

- (A) Parótida (50%), submandibular (25%) e glândulas salivares menores (80%).
- (B) Parótida (25%), submandibular (80%) e glândulas salivares menores (50%).
- (C) Parótida (65%), submandibular (27%) e glândulas salivares menores (8%).
- (D) Parótida (80%), submandibular (50%) e glândulas salivares menores (25%).
- (E) Parótida (25%), submandibular (50%) e glândulas salivares menores (80%).

26

Um homem de 69 anos apresenta carcinoma de células escamosas cutâneo da região malar esquerda tratado cirurgicamente há dois anos. Evolui com recorrência local associada à dor intensa, parestesias na região infraorbitária e hipoestesia do lábio superior esquerdo. A ressonância magnética demonstra extensão tumoral ao longo do nervo infraorbitário até a base do crânio.

No caso, a característica que está mais fortemente associada ao comportamento biológico agressivo dessa neoplasia é a(o)

- (A) recorrência tumoral isolada.
- (B) diâmetro tumoral superior a 2 cm.
- (C) invasão além do tecido subcutâneo.
- (D) presença de diferenciação histológica pobre.
- (E) invasão perineural envolvendo nervo de grande calibre (nervo trigêmeo).

27

Assinale a opção correta sobre a investigação diagnóstica da linfonodomegalia cervical.

- (A) A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por ultrassonografia deve ser o primeiro procedimento invasivo realizado na investigação, mas apresenta risco significativo de disseminação de células neoplásicas.
- (B) A biópsia excisional de linfonodo cervical deve ser a primeira opção diagnóstica sempre que houver suspeita de doença linfoproliferativa, precedendo a realização de PAAF.
- (C) A presença de microcalcificações à ultrassonografia é um achado inespecífico, sem relação estabelecida com metástases de carcinoma de tireoide.
- (D) Na ultrassonografia cervical com doppler colorido, a preservação da arquitetura habitual do linfonodo, com forma arredondada e perda do hilo vascular central, é achado característico de linfonodo atípico.
- (E) A tomografia computadorizada de pescoço, quando indicada, deve ser realizada sem contraste intravenoso, a fim de não mascarar sinais de necrose central nos linfonodos.

28

Assinale a afirmativa correta sobre os princípios gerais da técnica cirúrgica para biópsias de linfonodo na região cervical.

- (A) As incisões devem seguir as linhas de força do pescoço, sendo preferencialmente posicionadas ao longo da borda anterior do músculo esternocleidomastoideo.
- (B) A biópsia de linfonodos cervicais deve ser realizada sob anestesia geral, dada a proximidade com estruturas nobres como vasos sanguíneos e nervos.
- (C) A abordagem cirúrgica exige rotineiramente a secção da musculatura profunda da região, incluindo o músculo esternocleidomastoideo, para permitir o acesso adequado ao linfonodo.
- (D) Os retalhos de pele devem ser levantados no plano subplatismal, abaixo dele, seccionando-o.
- (E) O músculo digástrico, por não apresentar relação anatômica relevante com os linfonodos cervicais, não é utilizado como referência nas biópsias dessa região.

29

Assinale a afirmativa correta sobre as anomalias do ducto tireoglossos.

- (A) O cisto do ducto tireoglossos caracteriza-se clinicamente como um nódulo móvel à protrusão da língua, e o tratamento padrão ouro inclui a remoção completa do osso hioide.
- (B) A manobra de Sistrunk é o exame de imagem padrão ouro para confirmação diagnóstica dos cistos do ducto tireoglossos, sendo superior à ultrassonografia cervical nessa finalidade.
- (C) A malignização do cisto do ducto tireoglossos é relativamente comum, ocorrendo em cerca de 20% dos casos, geralmente sob a forma de carcinoma medular de tireoide.
- (D) A presença de calcificações ou componentes sólidos à ultrassonografia fortalece a suspeita de um cisto do ducto tireoglossos benigno, dispensando investigação adicional.
- (E) A maioria dos casos sintomáticos do cisto do ducto tireoglossos ocorre após os cinco anos de idade.

30

A respeito das malformações linfáticas, assinale a afirmativa correta.

- (A) As malformações macrocísticas, mais comuns na região cervical, caracterizam-se por lesões mal delimitadas, macias, indolores e opacas à transiluminação.
- (B) O diagnóstico pré-natal por ultrassonografia é possível nas malformações linfáticas.
- (C) Quando diagnosticadas antes da 30ª semana gestacional, as malformações linfáticas apresentam prognóstico uniformemente excelente, independentemente de associação com anomalias cromossômicas.
- (D) O tratamento intraparto extra-útero (EXIT) é contraindicado em malformações linfáticas volumosas, pois o procedimento aumenta o risco de obstrução aguda de via aérea no momento do parto.
- (E) A regressão espontânea das malformações linfáticas é um evento extremamente raro, praticamente restrito a relatos de caso isolados, mesmo em pacientes neonatais.

31

Assinale a afirmativa correta sobre a avaliação clínica das massas cervicais.

- (A) A partir dos 40 anos, somente em fumantes e etilistas, toda massa cervical deve ser investigada considerando-se a causa neoplásica até que esta possa ser excluída, sendo a neoplasia a primeira hipótese diagnóstica nessa faixa etária.
- (B) Em crianças com até 15 anos, a principal hipótese diagnóstica diante de uma massa cervical deve ser sempre neoplásica, dada a maior prevalência de linfomas nessa faixa etária.
- (C) Linfonodos cervicais palpáveis são um achado comum na infância, presentes em quase metade das crianças, representando na maioria dos casos resposta transitória a processo infeccioso.
- (D) Na faixa etária de 16 a 40 anos, as neoplasias malignas já representam a etiologia mais prevalente, superando as causas inflamatórias e congênitas.
- (E) A localização de uma massa cervical na linha média, em uma criança, é um achado sugestivo de metástase linfonodal.

32

Assinale a afirmativa correta sobre a diretriz de conduta e o tratamento das infecções cervicais graves.

- (A) Na presença de mediastinite descendente necrosante, a toracotomia póstero-lateral direita é a via de acesso recomendada, devendo o saco pericárdico ser aberto somente em se constatando empiema pericárdico.
- (B) A traqueostomia deve ser a primeira escolha para o manejo da via aérea em pacientes com infecção cervical profunda grave, especialmente naqueles com trismo e edema de estruturas da cavidade oral e orofaringe.
- (C) Os drenos torácicos podem ser retirados assim que apresentarem baixo débito e secreção clara, independentemente da persistência das lavagens cervicais.
- (D) Em crianças, assim como em adultos, o tratamento cirúrgico é o mais recomendado, dado o caráter mais grave do comportamento destas infecções nessa faixa etária.
- (E) A antibioticoterapia inicial recomendada para os casos mais graves, com mediastinite descendente ou choque séptico, consiste em meropenem associado a vancomicina.

33

Assinale a afirmativa correta sobre o melanoma cutâneo.

- (A) O exame de congelação é contraindicado no melanoma e em lesões pigmentadas, e a ampliação de margens é feita em segundo procedimento, alguns dias após a biópsia excisional.
- (B) Assim como ocorre nos carcinomas basocelular e espinocelular, a biópsia incisional é a técnica preferencial para o diagnóstico do melanoma, sendo a excisional reservada apenas para casos excepcionais.
- (C) Pacientes com linfonodo sentinela negativo apresentam o mesmo prognóstico que aqueles com linfonodo sentinela positivo, já que estudos demonstraram ausência de diferença de sobrevida global entre os grupos submetidos ou não à pesquisa do sentinela.
- (D) A pesquisa do linfonodo sentinela é indicada quando há metástase linfonodal ou à distância detectável e o índice de Breslow é igual ou superior a 1,0 mm, podendo também ser considerada, excepcionalmente, em lesões com Breslow abaixo desse valor caso haja ulceração ou índice mitótico positivo.
- (E) O melanoma tende a causar grandes lesões com invasão profunda antes de originar metástases, diferentemente dos carcinomas espinocelulares, que metastatizam precocemente mesmo em lesões pequenas.

34

Assinale a afirmativa correta sobre o carcinoma espinocelular da pele.

- (A) A lesão é considerada de alto risco quando apresenta espessura entre 2 e 3 mm, associada ou não à invasão perineural, e somente se localizada na região supraclavicular.
- (B) A queratose actínica, lesão precursora do carcinoma espinocelular, é caracterizada por uma crosta central que, ao ser removida pelo paciente, tende a desaparecer definitivamente sem recidivar.
- (C) A presença de pérolas córneas na histopatologia é um achado típico dos carcinomas espinocelulares bem diferenciados, sendo rara nos tumores menos diferenciados.
- (D) O desenvolvimento de metástase linfonodal ocorre em cerca de 40% dos casos de carcinoma espinocelular cutâneo, sendo esse o principal critério histopatológico usado para diferenciá-lo do carcinoma basocelular.
- (E) Diante de metástase linfonodal comprovada na parótida, o tratamento indicado consiste em parotidectomia isolada, reservando-se o esvaziamento cervical apenas para os casos com comprometimento cutâneo extenso do couro cabeludo.

35

Assinale a afirmativa correta sobre as manifestações clínicas do bócio.

- (A) A dispneia associada ao bócio ocorre em casos avançados, por compressão da traqueia, sendo tipicamente mais evidente durante a expiração ou quando o paciente deita em decúbito lateral.
- (B) Todo paciente com bócio volumoso necessariamente apresenta sintomas de hipertireoidismo, já que o aumento glandular está diretamente relacionado ao aumento da produção hormonal.
- (C) A disфонia associada ao bócio decorre exclusivamente da compressão do esôfago pelo aumento de volume glandular, sem relação com estruturas laringeas.
- (D) A maioria dos pacientes com bócio é assintomática ao diagnóstico, sendo frequente a descoberta incidental durante exames realizados para outras finalidades.
- (E) Sintomas de hipotireoidismo e hipertireoidismo, quando presentes no bócio, são determinados exclusivamente pelo tamanho da glândula, independentemente da etiologia subjacente.

36

Assinale a afirmativa correta sobre o tratamento dos bócios.

- (A) A tireoidectomia total costuma ser a extensão cirúrgica preferida nos bócios difusos, multinodulares e em pacientes que já fazem uso de levotiroxina, enquanto a tireoidectomia parcial é geralmente reservada para bócios uninodulares, malignos e com tireoidite associada.
- (B) A istmectomia é a extensão cirúrgica de escolha para os bócios difusos associados à Doença de Graves, por preservar a maior quantidade possível de parênquima tireoidiano funcionante.
- (C) A reposição de iodo reduz o tamanho dos bócios de forma eficaz tanto em regiões de deficiência severa de iodo quanto em áreas sem escassez desse elemento.
- (D) A ablação térmica por radiofrequência é contraindicada em nódulos tireoidianos benignos, sendo reservada exclusivamente para o tratamento de metástases linfonodais irressuscáveis.
- (E) A terapia de supressão do TSH com levotiroxina apresenta baixa e temporária eficácia, já que os nódulos voltam ao seu tamanho inicial dentro de um ano após o fim da terapia, e diversos efeitos adversos.

37

Assinale a afirmativa correta sobre os carcinomas bem diferenciados de tireoide.

- (A) O carcinoma papilífero dissemina-se preferencialmente por via hematogênica, apresentando metástases à distância já ao diagnóstico inicial em cerca de 10 a 15% dos casos, normalmente para ossos ou pulmões.
- (B) O carcinoma folicular é o subtipo menos frequente entre os carcinomas bem diferenciados, correspondendo a cerca de 10% dos casos, e apresenta pior prognóstico que o carcinoma papilífero.
- (C) A radioiodoterapia é eficaz no tratamento dos carcinomas bem diferenciados de tireoide justamente porque suas células perderam a capacidade de absorver iodo, tornando-as mais sensíveis à radiação.
- (D) Em pacientes com carcinoma bem diferenciado de tireoide e doença avançada, deve-se manter o TSH próximo à faixa de normalidade, reservando-se a supressão hormonal completa apenas para os casos de baixo risco.
- (E) O esvaziamento cervical está indicado como regra em todos os pacientes com carcinoma bem diferenciado de tireoide, independentemente do estadiamento linfonodal pré-operatório.

38

Lactente de 20 meses é levado ao pediatra pelos pais, que notaram um reflexo pupilar esbranquiçado no olho direito em fotografias recentes. Ao exame, observa-se leucocoria à direita, sem dor aparente. A criança não possui história familiar conhecida da doença.

Diante da suspeita de retinoblastoma, assinale a afirmativa correta.

- (A) A radioterapia externa constitui a modalidade terapêutica de escolha na maioria dos casos, por apresentar elevada eficácia e baixo risco de complicações tardias.
- (B) A forma hereditária esporádica da doença tende a se apresentar de forma bilateral e multicêntrica, enquanto a forma esporádica cursa tipicamente com tumor único e unilateral.
- (C) A leucocoria constitui o sinal clínico mais frequente da doença, cujo diagnóstico costuma ocorrer entre 3 e 4 anos de idade.
- (D) Com tratamento adequado, a taxa de sobrevida em cinco anos situa-se abaixo de 50%, o que torna o retinoblastoma uma neoplasia de prognóstico global reservado.
- (E) Crianças com história familiar de retinoblastoma devem realizar avaliação oftalmológica anual até os 10 anos de idade como principal estratégia de rastreamento.

39

Paciente do sexo masculino, 52 anos, tabagista há mais de 20 anos, procura atendimento odontológico de rotina. Ao exame da mucosa jugal, observa-se lesão branca, plana, de superfície homogênea, assintomática, sem etiologia identificável (não relacionada a trauma mecânico, candidíase ou outra causa local).

Diante da hipótese diagnóstica de lesão cancerizável da cavidade oral, assinale a afirmativa correta.

- (A) O líquen plano oral, apesar de baixo potencial de malignização, deve sempre ser biopsiado.
- (B) A leucoplasia é a lesão cancerizável menos frequente da cavidade oral, apresenta associação importante com o tabagismo, e seu diagnóstico definitivo é estabelecido por meio de biópsia.
- (C) As lesões compatíveis com eritroplasia possuem risco de transformação maligna inferior ao da leucoplasia, sendo por isso considerada uma lesão de menor relevância clínica.
- (D) A queilite actínica, lesão cancerizável da mucosa jugal, tem como principal fator etiológico o consumo crônico de álcool.
- (E) A eritroplasia caracteristicamente se apresenta como lesão exofítica e hiperqueratótica, sendo seu risco de malignização semelhante ao da leucoplasia homogênea.

40

Paciente do sexo masculino, 48 anos, de origem chinesa, procura atendimento médico com queixa de obstrução nasal progressiva, epistaxe intermitente e perda auditiva à direita há cerca de 3 meses. Ao exame físico, nota-se ainda massa cervical palpável, indolor, sugestiva de linfonodomegalia. Diante da suspeita de carcinoma de nasofaringe, assinale a afirmativa correta quanto à avaliação diagnóstica.

- (A) A confirmação diagnóstica dispensa biópsia quando os achados clínicos e de imagem são típicos, sendo o diagnóstico eminentemente clínico-radiológico.
- (B) A nasofibroscopia é essencial para a visualização direta da lesão, mas a biópsia deve ser preferencialmente realizada por punção aspirativa de linfonodo cervical aumentado.
- (C) A biópsia guiada por óticas de rinoscopia é o método de escolha universal, sendo a nasofibroscopia empregada apenas em casos de contraindicação cirúrgica.
- (D) O principal diagnóstico diferencial do câncer de nasofaringe restringe-se aos linfomas, não havendo necessidade de considerar lesões benignas nesse contexto.
- (E) A ressonância magnética e a tomografia computadorizada, ambas são indicadas na avaliação inicial, além de no acompanhamento pós-tratamento.

41

Paciente do sexo masculino, 52 anos, não tabagista e não etilista, procura atendimento médico devido a massa cervical indolor há 2 meses. Após investigação, é diagnosticado carcinoma de células escamosas (CEC) de tonsila palatina, sendo solicitada pesquisa de biomarcador para infecção por papilomavírus humano (HPV), que resulta positiva. Considerando a relação entre o HPV e o carcinoma de orofaringe, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os subtipos de HPV mais associados ao câncer de orofaringe são o 16 e o 18, diversos dos relacionados ao desenvolvimento de verrugas genitais.
- (B) O grande número de parceiros sexuais é um fator de risco identificado nesses pacientes, aumentando a chance de câncer de orofaringe em quatorze vezes, desde que sejam tabagistas e etilistas.
- (C) A fração de casos de câncer de orofaringe atribuível ao HPV é inferior à observada na cavidade oral e na laringe, o que reflete o menor tropismo viral pelo tecido tonsilar.
- (D) No Brasil, a prevalência de tumores de orofaringe relacionados ao HPV encontra-se em declínio progressivo desde 2008, acompanhando a queda mundial da infecção viral.
- (E) A expressão do biomarcador p16, utilizada como método indireto de identificação da infecção por HPV, está associada a pior prognóstico e menor sobrevida em comparação aos tumores HPV-negativos.

42

Três pacientes são submetidos a biópsia de lesões em orofaringe, com os seguintes achados histopatológicos: paciente 1 apresenta tumor com padrão não queratinizante, infiltração linfoepitelial e expressão de p16 à imuno-histoquímica; paciente 2 apresenta lesão de crescimento exofítico, epitélio escamoso bem diferenciado com invaginações preenchidas por ortoqueratina e bordas com padrão pushing; paciente 3 apresenta tumor de padrão lobular e cribiforme, com células em paliçada na periferia dos lóbulos, núcleos hiper cromáticos e áreas de comedonecrose central. Considerando a diversidade anatomopatológica dos carcinomas de orofaringe, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os três pacientes apresentam variantes do mesmo subtipo histológico, uma vez que todo carcinoma de células escamosas da orofaringe compartilha características microscópicas idênticas, independentemente da etiologia.
- (B) O achado do paciente 1 é compatível com carcinoma verrucoso, o do paciente 2 com CEC induzido pelo HPV, e o do paciente 3 com carcinoma basaloide.
- (C) O achado do paciente 3, compatível com carcinoma basaloide, representa uma variante rara, porém menos agressiva que o carcinoma de células escamosas convencional.
- (D) O padrão histológico descrito no paciente 2, com crescimento exofítico e epitélio bem diferenciado, é característico do carcinoma verrucoso, considerado um subtipo de comportamento menos agressivo.
- (E) Além do carcinoma de células escamosas convencional e suas variantes, a orofaringe não é sede de outros tipos histológicos malignos, como sarcomas ou linfomas, dada a ausência de tecido conjuntivo e linfóide nessa topografia.

43

Paciente do sexo masculino, 68 anos, tabagista e etilista de longa data, procura atendimento com queixa de sensação de "algo preso na garganta" há cerca de 5 meses, associada a disfagia progressiva, odinofagia e perda ponderal não intencional. Nega rouquidão. Ao exame físico, palpa-se massa cervical firme, aumentada de volume.

Diante do quadro clínico sugestivo de neoplasia de hipofaringe, assinale a afirmativa correta.

- (A) A ausência de rouquidão neste paciente praticamente exclui a hipótese de tumor de hipofaringe, uma vez que este sintoma costuma ser precoce e universal nessa topografia.
- (B) Pequenos tumores primários da hipofaringe em geral apresentam sintomatologia como disfagia, o que contribuiria para o diagnóstico nesta fase, sendo a massa cervical palpável um achado frequente decorrente da alta taxa de metástase linfonodal precoce.
- (C) A sensação de corpo estranho na garganta não é um sintoma exclusivo do câncer de hipofaringe, podendo ser observada em outras condições como a doença do refluxo gastroesofágico.
- (D) A otalgia reflexa descrita nesses pacientes decorre da infiltração do nervo hipoglosso, estrutura responsável pela sensibilidade compartilhada entre a hipofaringe e o conduto auditivo externo.
- (E) Devido aos limites anatômicos restritivos da hipofaringe, semelhantes aos da laringe, os tumores dessa topografia costumam ser detectados precocemente, antes de atingirem grandes dimensões.

44

Paciente do sexo masculino, 61 anos, tabagista, apresenta lesão vegetante limitada à face laríngea da epiglote, sem comprometimento de mobilidade de pregas vocais, classificada como estágio clínico inicial (T1). Após confirmação histopatológica de carcinoma de células escamosas, discute-se com o paciente as opções terapêuticas disponíveis para esse estágio.

Considerando o tratamento dos tumores supraglóticos precoces, assinale a afirmativa correta.

- (A) A ressecção transoral a laser por via endoscópica para tumores supraglóticos precoces é associada a menor morbidade, com menor número de traqueostomias e menor índice de aspiração pós-operatória.
- (B) A radioterapia exclusiva, embora ofereça boa taxa de cura e preservação do órgão, apresenta sobrevida global inferior à ressecção transoral a laser nesse estágio, o que restringe sua indicação a pacientes inoperáveis.
- (C) A laringectomia supracricoidea é o tratamento padrão para tumores supraglóticos em estágio inicial, garantindo menor morbidade e maior taxa de preservação vocal.
- (D) A associação de radioterapia e quimioterapia constitui o tratamento de escolha para tumores supraglóticos precoces, visando preservação funcional da laringe com menor toxicidade que a monoterapia.
- (E) A traqueostomia é imprescindível na abordagem cirúrgica de tumores supraglóticos.

45

Paciente do sexo masculino, 64 anos, tabagista e etilista, é diagnosticado com carcinoma de células escamosas de prega vocal direita, estadiado como T3, com fixação da prega vocal e invasão do espaço paraglótico, sem evidência de metástases linfonodais ou à distância. Após avaliação multidisciplinar, discutem-se as opções terapêuticas para esse estágio avançado.

Considerando o tratamento dos tumores glóticos avançados, assinale a afirmativa correta.

- (A) A quimioterapia associada à radioterapia está bem indicada em pacientes cuja alternativa terapêutica seria a laringectomia total, como tentativa de preservação não cirúrgica da laringe, sendo esta estratégia empregada especificamente para tumores T3.
- (B) A laringectomia total em campo estreito, com associação de radioterapia pós-operatória, é o tratamento para tumores T3 com pescoço positivo.
- (C) Para tumores T4, os protocolos não cirúrgicos de preservação de órgão apresentam resultados oncológicos superiores à laringectomia total, justificando sua preferência nesse estágio mais avançado.
- (D) A associação de radioterapia e quimioterapia é isenta de efeitos colaterais relevantes, o que justifica sua ampla preferência sobre a cirurgia em todos os estágios avançados da doença.
- (E) Uma vez indicada a laringectomia total como tratamento inicial do tumor glótico avançado, o esvaziamento cervical está sempre contraindicado, dada a baixa taxa de metástases ocultas nos tumores glóticos.

46

Paciente do sexo feminino, 52 anos, procura atendimento devido a nódulo indolor, de crescimento lento, localizado no polo inferior da parótida direita, há aproximadamente 2 anos. Após investigação diagnóstica, confirma-se tratar-se de neoplasia benigna de glândula salivar.

Considerando a epidemiologia e a etiologia dos tumores benignos das glândulas salivares maiores, assinale a afirmativa correta.

- (A) O adenoma pleomórfico é um tumor bifásico, identificando-se estruturas tubuloglandulares compostas por células epiteliais ductais lumbinais e mioepiteliais incorporadas em um estroma condromixoide ou fibroso. (B) O tumor de Warthin é o tumor benigno mais comum das glândulas salivares, superando em frequência o adenoma pleomórfico, e acomete predominantemente mulheres jovens não tabagistas.
- (C) Aproximadamente 75% dos tumores da glândula parótida são malignos, sendo os tumores benignos mais frequentes nas glândulas salivares menores e na submandibular.
- (D) O tumor de Warthin possui etiologia bem estabelecida exclusivamente hereditária, sem qualquer associação com tabagismo ou fatores inflamatórios, e sua apresentação bilateral é extremamente rara, inferior a 1%.
- (E) As afecções neoplásicas benignas das glândulas salivares são mais frequentes que as neoplasias malignas em todos os subsítios, incluindo as glândulas salivares menores, nas quais os tumores benignos representam a grande maioria dos casos.

47

Paciente de 58 anos, assintomático, com hipercalcemia persistente e PTH elevado, está em investigação pré-operatória para localização do adenoma de paratireoide. Sobre os exames de imagem utilizados nessa etapa, assinale a afirmativa correta.

- (A) O ultrassom cervical tem acurácia média superior à da cintilografia com SESTAMIBI na localização do adenoma de paratireoide, sendo por isso considerado o exame de escolha para avaliação funcional da glândula.
- (B) A cintilografia com SESTAMIBI é o método de escolha para avaliação funcional da glândula, com acurácia média de aproximadamente 40% na localização do adenoma, segundo metanálise.
- (C) Quando os exames de localização são negativos, não se pode afastar o diagnóstico de hiperparatireoidismo primário, sendo necessária a investigação cirúrgica.
- (D) A tomografia computadorizada é, atualmente, o exame de localização mais utilizado no Brasil, tendo substituído a associação entre ultrassom e cintilografia.
- (E) Exames localizatórios discordantes entre si reduzem a probabilidade de doença multiglandular, reforçando a indicação de exploração cirúrgica focal.

48

Paciente de 45 anos é submetido a traqueostomia eletiva por necessidade de ventilação mecânica prolongada em UTI.

Sobre os parâmetros anatômicos e a técnica cirúrgica convencional da traqueostomia, assinale a afirmativa correta.

- (A) O istmo da glândula tireoide, quando encontrado no trajeto cirúrgico, raramente deve ser ressecado, sendo a conduta padrão o seu afastamento para cima ou para baixo.
- (B) A abertura da traqueia na técnica convencional deve ser realizada entre o primeiro e segundo anéis traqueais, podendo ser necessária a ressecção de um anel traqueal quando houver dificuldade para a colocação do tubo.
- (C) Ao final do procedimento, recomenda-se o fechamento completo e hermético das bordas da incisão cutânea, de forma a minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico.
- (D) A técnica percutânea de traqueostomia pode ser rotineiramente realizada apenas por referências anatômicas de superfície e palpação digital.
- (E) A hiperextensão cervical é uma manobra raramente necessária na traqueostomia convencional, pelo risco de lesão do nervo laríngeo recorrente durante a intervenção.

49

Paciente de 61 anos, no 4º dia de pós-operatório de esvaziamento cervical, apresenta débito persistente de líquido leitoso pelo dreno cervical esquerdo, medindo 350 mL nas últimas 24 horas, sem sinais de infecção da ferida.

Sobre o diagnóstico e o tratamento dessa complicação, assinale a afirmativa correta.

- (A) A confirmação laboratorial do quadro é feita pela dosagem de triglicerídeos no débito do dreno, sendo valores acima de 100 mg/dL compatíveis com o diagnóstico, e a conduta inicial diante desse volume de débito é o tratamento conservador, com dieta pobre em triglicerídeos de cadeia longa e curativo compressivo.
- (B) O tratamento cirúrgico está formalmente indicado neste momento, visto que o débito de 350 mL/dia já ultrapassa o limite conservador estabelecido de 250 mL/dia, tornando obrigatória a reabordagem cervical imediata.
- (C) Por se tratar de complicação exclusiva de esvaziamentos cervicais do lado direito, onde o ducto torácico apresenta trajeto mais superficial, a suspeita diagnóstica inicial deveria recair sobre hematoma cervical infectado, e não sobre fístula linfática.
- (D) Diante de um débito superior a 300 mL/dia, a ligadura do ducto torácico por toracoscopia é a primeira medida terapêutica recomendada, sendo a reabordagem cervical aberta reservada apenas para casos de recidiva após a toracoscopia.
- (E) A introdução de dieta rica em triglicerídeos de cadeia longa é a base do manejo conservador, pois esses lipídeos são absorvidos preferencialmente pela via porta, reduzindo o fluxo linfático torácico.

50

Paciente de 68 anos, com carcinoma epidermoide de hipofaringe, será submetido a tratamento com radioterapia exclusiva. Apresenta disfagia leve e perda ponderal de 4% no último mês.

Sobre o manejo nutricional recomendado nesse cenário, segundo as diretrizes de prática clínica descritas para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, assinale a afirmativa correta.

- (A) A indicação de sonda de alimentação profilática deve ser baseada exclusivamente na perda de peso já instalada, sendo dispensável considerar fatores como local e estágio do tumor, modalidade terapêutica ou presença de disfagia pré-tratamento.
- (B) A triagem nutricional deve ser realizada apenas após o início da radioterapia, momento em que os sintomas de impacto nutricional costumam se manifestar de forma mais evidente, otimizando a detecção do risco.
- (C) Segundo as recomendações citadas, pacientes submetidos à radioterapia ou identificados como de alto risco de desnutrição devem ser encaminhados a um nutricionista oncológico para intervenção nutricional precoce e acompanhamento.
- (D) A colocação de gastrostomia percutânea de forma profilática, antes do desenvolvimento de mucosite, é contraindicada por elevar o risco de complicações graves como peritonite e fístula, devendo ser reservada estritamente para vigência de disfagia grave já instalada.
- (E) A Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente (ASG-PPP) é uma ferramenta de triagem nutricional populacional geral, validada especificamente para a população oncológica, e deve substituir instrumentos como o MUST na etapa inicial de rastreamento de risco.

51

Paciente de 63 anos, no pós-operatório de laringectomia total, evolui no 8º dia com saída de saliva por orifício cervical, confirmada por teste do azul de metileno positivo. Encontra-se em bom estado nutricional, sem sinais de infecção sistêmica. Sobre o manejo dessa complicação, assinale a afirmativa correta.

- (A) O teste positivo do azul de metileno não é impeditivo à retirada do dreno de sucção, pelo baixo risco de acúmulo de saliva e piora da deiscência.
- (B) Diante da confirmação diagnóstica, o fechamento cirúrgico imediato com confecção de retalhos musculares locais é a conduta de escolha, independentemente do débito da fístula.
- (C) O uso de medicamentos anticolinérgicos como escopolamina e atropina é indicado nesse contexto, pois o aumento do fluxo salivar induzido por essas drogas favorece a cicatrização espontânea do trajeto fistuloso.
- (D) Por se tratar de fístula de aparecimento precoce (5º ao 15º dia), o principal fator de risco associado é obrigatoriamente a quimiorradioterapia prévia, a ser investigada se ocorreu em tratamento oncológico anterior.
- (E) A aplicação de toxina botulínica nas glândulas salivares é medida indicada no manejo inicial da fístula faringocutânea precoce, e não como recurso exclusivo da fístula tardia.

52

Sobre as indicações de traqueostomia descritas na literatura de referência da especialidade, assinale a afirmativa correta.

- (A) A paralisia bilateral de pregas vocais após tireoidectomia constitui indicação reconhecida de traqueostomia, ao passo que a estabilização de pacientes previamente submetidos a cricotireoidostomia não figura entre as indicações formais do procedimento.
- (B) No Brasil, entre 2011 e 2020, a principal indicação de traqueostomia registrada em procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde foram os tumores de região laríngea, orofaríngea e de boca, superando as infecções e complicações respiratórias.
- (C) Doenças neurodegenerativas que culminem em necessidade de aspiração constante de vias aéreas figuram entre as indicações de traqueostomia, assim como o tempo prévio ou complementar em cirurgias extensas de boca, orofaringe, laringe ou região bucomaxilofacial para proteção da via aérea inferior.
- (D) Casos graves de apneia obstrutiva do sono não figuram entre as indicações de traqueostomia descritas, sendo esta reservada exclusivamente aos quadros de insuficiência respiratória aguda de causa tumoral.
- (E) Considerando a distribuição epidemiológica descrita, pacientes jovens apresentam maior probabilidade de necessitar de traqueostomia quando comparados a idosos, refletindo o predomínio de causas traumáticas nessa faixa etária.

53

Paciente de 62 anos apresenta carcinoma epidermoide de supraglote, estadiado como T3N0, ultrapassando a linha média.

Sobre a conduta cirúrgica indicada para o pescoço nesse caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) Por se tratar de pescoço clinicamente negativo (N0), está indicada apenas a observação clínica com exames de imagem seriados.
- (B) Está indicado o esvaziamento cervical jugular seletivo bilateral.
- (C) O esvaziamento cervical radical clássico, com sacrifício obrigatório do nervo espinal e da veia jugular interna, é mandatório em todos os casos de tumor supraglótico T3, independentemente do estado clínico do pescoço.
- (D) Como o pescoço é clinicamente negativo e a chance de metástase oculta em tumores supraglóticos é alta, não é feito esvaziamento e é sempre indicada a radioterapia.
- (E) O esvaziamento cervical eletivo unilateral seria necessário somente caso haja extensão ao andar glótico.

54

Um homem de 45 anos apresenta aumento progressivo do volume cervical direito. Refere ter sido submetido a duas cirurgias prévias para ressecção de "cisto cervical", evoluindo com recorrência em ambas as ocasiões. A ressonância magnética demonstra extensa lesão multiloculada hiperintensa em T2, insinuando-se entre planos musculares do triângulo cervical posterior. Durante o procedimento, há rompimento de uma loculação.

Diante desse fato, pode-se afirmar que há

- (A) aumento do risco de disseminação hematogênica.
- (B) maior probabilidade de transformação maligna.
- (C) necessidade obrigatória de radioterapia pós-operatória.
- (D) dificuldade para identificação e remoção de todas as loculações, favorecendo recorrência local.
- (E) lesão inevitável do nervo acessório espinal.

55

Um homem de 58 anos apresenta carcinoma de células escamosas superficial da prega vocal direita previamente biopsiado. Durante a programação da microcirurgia endoscópica com laser de CO₂, o cirurgião opta por realizar inicialmente cortes verticais paralelos antes da remoção sequencial do tumor.

Com relação a essa conduta, pode-se destacar que

- (A) a ressecção sequencial permite definir progressivamente a profundidade de invasão, mantendo orientação anatômica cuidadosa das peças e respeitando os princípios oncológicos.
- (B) a fragmentação tumoral é realizada exclusivamente para reduzir o tempo cirúrgico, sem qualquer vantagem relacionada ao controle oncológico.
- (C) a técnica é empregada apenas quando há impossibilidade de utilização do laser de CO₂.
- (D) a ressecção em fragmentos elimina a necessidade de avaliação anatomopatológica das margens.
- (E) essa técnica é indicada somente para tumores supraglóticos, não devendo ser utilizada em lesões glóticas.

56

Um homem de 67 anos apresenta carcinoma glótico T1 envolvendo ambas as pregas vocais e a comissura anterior. Durante discussão multidisciplinar, considera-se a realização de microcirurgia transoral com laser.

Segundo os critérios apresentados por Shah, assinale a opção que apresenta a característica do caso que reduz mais significativamente a probabilidade de um bom resultado funcional e aumenta o risco de recorrência após cirurgia endoscópica.

- (A) Lesão exofítica unilateral da prega vocal.
- (B) Comprometimento bilateral das pregas vocais associado à comissura anterior.
- (C) Tumor superficial restrito à mucosa da prega vocal.
- (D) Necessidade de cordectomia tipo II.
- (E) Utilização do laser de CO₂ em baixa potência (3–5 W).

57

Uma gestante de 31 anos, com 18 semanas de gestação, é encaminhada ao serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço após identificação de nódulo tireoidiano de 2,8 cm no lobo direito. A ultrassonografia demonstra lesão sólida hipoeoica, margens irregulares, microcalcificações e linfonodo nível VI suspeito. A PAAF revela carcinoma papilífero. A paciente encontra-se eutireoidiana, sem sintomas compressivos ou paralisia de pregas vocais.

De acordo com as Diretrizes da *American Thyroid Association* de 2026, a conduta mais apropriada é

- (A) adiar qualquer tratamento até o puerpério, independentemente das características do tumor.
- (B) indicar radioiodoterapia durante o segundo trimestre para reduzir o risco de progressão tumoral.
- (C) iniciar TSH supressivo e repetir ultrassonografia apenas após o parto.
- (D) considerar tireoidectomia durante a gestação, preferencialmente no segundo trimestre, pois há evidência de doença locorregional clinicamente significativa.
- (E) interromper a gestação para realização imediata da cirurgia oncológica.

58

Uma mulher de 56 anos apresenta nódulo parotídeo de crescimento lento há 12 anos. Foi submetida previamente a duas ressecções locais em outro serviço e evoluiu novamente com múltiplos nódulos na região operada. A função do nervo facial está preservada.

A punção aspirativa por agulha fina obtém pequena quantidade de material e sugere neoplasia benigna, mas não permite classificação histológica definitiva.

Com relação ao caso, pode-se afirmar que

- (A) a recorrência multifocal confirma transformação maligna, pois o adenoma pleomórfico benigno recorre exclusivamente como lesão única.
- (B) o resultado citológico benigno exclui carcinoma ex-adenoma pleomórfico, porque a punção apresenta precisão próxima de 100% para o subtipo histológico.
- (C) a recorrência decorre necessariamente de metástases intraparotídeas, devendo ser interpretada como doença regional maligna.
- (D) a congelção intraoperatória de pequeno fragmento sempre permite diagnóstico definitivo, apesar da heterogeneidade morfológica do adenoma pleomórfico.
- (E) a recorrência pode representar crescimento local multifocal de adenoma pleomórfico residual, sem implicar obrigatoriamente malignização; além disso, amostras pequenas podem não representar adequadamente sua diversidade histológica.

59

Um homem de 52 anos, sem histórico conhecido de neoplasia, apresenta linfonodomegalia cística de 3,5 cm no nível II cervical direito. A nasofibrolaringoscopia e o exame completo da cabeça e pescoço não demonstram tumor primário. A punção aspirativa por agulha fina revela carcinoma de células escamosas, e a coloração para p16 é positiva.

No caso narrado, a conduta mais apropriada em seguida é

- (A) realizar inicialmente PET-CT.
- (B) realizar inicialmente biópsias aleatórias extensas.
- (C) dispensar a PET, uma vez que a positividade para p16 identifica definitivamente a tonsila palatina ipsilateral como sítio primário.
- (D) tratar a massa como cisto branquial, pois metástases císticas são incomuns em carcinomas orofaríngeos associados ao HPV.
- (E) efetuar biópsia aberta do linfonodo antes da tomografia e da PET, porque a punção aspirativa não é suficiente para estabelecer carcinoma metastático.

60

Um homem de 64 anos apresenta metástases cervicais de carcinoma de células escamosas, sem tumor primário, identificadas após exame clínico, nasofibrolaringoscopia, PET, tomografia contrastada, exame sob anestesia, biópsias dirigidas e tonsilectomias bilaterais.

A avaliação radiológica demonstra três linfonodos metastáticos ipsilaterais nos níveis II e III, com extensão extranodal. Não há metástases à distância.

A melhor conduta é realizar, então,

- (A) tratamento exclusivamente por observação, pois a ausência de primário identificável impede a definição de qualquer campo terapêutico.
- (B) esvaziamento cervical terapêutico, considerando tratamento adjuvante pela multiplicidade linfonodal e pela extensão extranodal.
- (C) apenas tonsilectomia ipsilateral adicional, pois a origem orofaríngea é presumida e o tratamento do pescoço pode ser postergado.
- (D) esvaziamento cervical seletivo limitado aos níveis II e III, porque o tumor primário não foi encontrado e não há indicação de abordar outros níveis.
- (E) biópsia aberta de um segundo linfonodo antes do esvaziamento, já que a extensão extranodal invalida o diagnóstico obtido por punção aspirativa.

61

Um homem de 57 anos apresenta carcinoma de células escamosas da porção posterior da língua oral, sem invasão mandibular. A lesão é volumosa, profunda e se aproxima da base da língua. O paciente apresenta dentição preservada e abertura oral limitada, não sendo possível obter exposição adequada por via peroral. A equipe pretende realizar uma abordagem que proporcione amplo acesso, preserve a continuidade mandibular e reduza as repercussões funcionais sobre a deglutição.

Com base exclusivamente no texto fornecido, assinale a opção que contém a abordagem mais apropriada.

- (A) Mandibulotomia lateral, por proporcionar ampla exposição sem comprometer a inervação dos dentes ou a vascularização do segmento distal da mandíbula.
- (B) Visor *flap*, pois é a abordagem que oferece melhor acesso aos tumores posteriores da língua sem causar alterações sensitivas ou funcionais no lábio inferior.
- (C) Mandibulotomia mediana, por preservar os músculos genioglosso e gênio-hióideo e evitar a extração de dentes incisivos.
- (D) Mandibulotomia paramediana, por permitir ampla exposição, preservar o complexo hiomandibular e evitar a desnervação ou a desvascularização dos dentes, da mandíbula e da pele do mento.
- (E) *Lower cheek flap* isolado, pois oferece exposição superior à mandibulotomia para grandes tumores posteriores da língua e da orofaringe sem envolvimento mandibular.

62

Uma mulher de 64 anos apresenta carcinoma de células escamosas da gengiva inferior posterior, adjacente ao corpo da mandíbula. A avaliação demonstra necessidade de mandibulectomia segmentar e reconstrução imediata. A abertura oral é adequada, mas há extensão da lesão posterior.

Na descrição do caso, o acesso mais indicado seria o seguinte:

- (A) via peroral, porque o tamanho do tumor deixa de interferir na escolha do acesso quando a abertura oral é adequada.
- (B) visor *flap*, por permitir mandibulectomia segmentar do corpo mandibular sem divisão do lábio e sem perda da sensibilidade do mento.
- (C) *upper cheek flap* pela incisão de Weber-Ferguson, por ser o acesso indicado para ressecções envolvendo o corpo da mandíbula.
- (D) mandibulotomia paramediana, pois toda ressecção segmentar da mandíbula deve ser precedida de osteotomia mandibular poupadora.
- (E) *lower cheek flap* com incisão mediana do lábio prolongada lateralmente para o pescoço, permitindo exposição para a mandibulectomia segmentar e para o tratamento cervical.

63

Um homem de 54 anos apresenta carcinoma de células escamosas de 2,5 cm localizado na borda lateral do terço anterior e médio da língua à direita. A mobilidade da língua está preservada, não há acometimento do assoalho da boca nem cruzamento da linha média. Optou-se por glossectomia parcial por via peroral.

Sobre o caso, assinale a afirmativa correta em relação ao tratamento.

- (A) Para tumores volumosos da borda lateral da língua, a ressecção em cunha orientada transversalmente proporciona melhor resultado funcional, preservando formato mais fisiológico da língua.
- (B) A orientação longitudinal da ressecção diminui o risco de alteração da fala quando comparada à orientação transversal.
- (C) A orientação transversal é utilizada apenas para facilitar a síntese da mucosa, sem influência funcional pós-operatória.
- (D) A orientação longitudinal deve ser preferida em todos os tumores da língua oral, independentemente do volume tumoral.
- (E) A orientação da ressecção não interfere no formato final da língua, desde que a musculatura seja reconstruída em dois planos.

64

Assinale a afirmativa correta sobre a anatomia e a fisiologia da deglutição.

- (A) A fase oral da deglutição está sob controle muscular voluntário, sendo dividida em fase preparatória e fase de contração.
- (B) O esfíncter esofágico inferior é composto pelo músculo cricofaríngeo, localizado cerca de 3 cm acima da transição faringoesofágica.
- (C) Lesões do nervo trigêmeo (V par) causam paralisia da metade ipsilateral do músculo orbicular da boca, com escape salivar.
- (D) O nervo hipoglosso (XII par) é responsável pela sensibilidade gustativa dos 2/3 anteriores da língua.
- (E) O fechamento velofaríngeo ocorre pelo relaxamento dos palatoglossos associado à contração dos elevadores do palato mole, músculo da úvula e palatofaríngeos, fechando a comunicação entre orofaringe e rinofaringe.

65

Paciente de 70 anos, com carcinoma avançado de cabeça e pescoço fora de possibilidades curativas, encontra-se em fase final de vida. A equipe multidisciplinar planeja discutir com o paciente e seus familiares as medidas de suporte a serem adotadas.

Sobre os princípios do tratamento em cuidados paliativos nesse contexto, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os cuidados paliativos devem coexistir de forma proporcional ao tratamento modificador da doença desde o diagnóstico de doença avançada, e não apenas após seu esgotamento.
- (B) A discussão sobre a proporcionalidade das medidas invasivas de suporte de vida deve considerar o que é tecnicamente indicado em cada situação clínica, comunicado em linguagem acessível, poupando o paciente de uma tomada de decisão compartilhada.
- (C) O papel central na condução dos cuidados paliativos deve permanecer concentrado no médico assistente, cabendo aos demais profissionais da equipe multidisciplinar uma atuação apenas complementar e subordinada às decisões médicas.
- (D) A priorização de medidas de conforto em detrimento de medidas de suporte artificial de vida configura, por definição, uma imposição da equipe de saúde sobre a vontade do paciente e sua família.
- (E) Por se tratar de paciente já fora de possibilidades curativas, a discussão sobre prognóstico e valores pessoais deve ser evitada, priorizando-se exclusivamente a comunicação com os familiares para reduzir o sofrimento psicológico do paciente.

66

Assinale a afirmativa correta sobre os pares cranianos e sua avaliação clínica.

- (A) O nervo acessório (XI par) é responsável somente pela inervação do músculo esternocleidomastóideo, sendo testado por meio do encolher e elevar dos ombros.
- (B) O nervo oculomotor (III par) e o nervo abducente (VI par) compartilham a mesma função de mobilidade ocular, porém apenas o abducente é testado solicitando-se ao paciente olhar em todas as direções.
- (C) O reflexo do vômito, utilizado para testar o nervo glossofaríngeo (IX), avalia a sensibilidade e motricidade da faringe e da língua.
- (D) A avaliação da voz e da posição da úvula é teste apropriado para nervo laríngeo superior, ramo do vago (X par), nervo misto responsável pela fonação.
- (E) O nervo troclear (IV par) é avaliado por meio do franzir da testa e fechamento dos olhos, testes que também avaliam o nervo facial (VII par).

67

Assinale a afirmativa correta sobre mecanismos de disseminação tumoral e princípios de cirurgia oncológica.

- (A) Na disseminação hematogênica, cerca de 50% das células tumorais que penetram na circulação sanguínea acabam morrendo, por fatores como resposta imunológica do hospedeiro, defesa não imunológica e choque mecânico na parede vascular.
- (B) A disseminação por via linfática costuma acometer inicialmente o linfonodo mais distante da drenagem tumoral, nunca havendo comprometimento do linfonodo sentinela.
- (C) Na cirurgia radical, o objetivo é a ressecção completa do tumor com margens oncológicas livres, dispensando terapias adjuvantes.
- (D) A biópsia excisional, ao contrário da incisional, nunca pode ter finalidade terapêutica, servindo apenas para fins diagnósticos.
- (E) Segundo a teoria "da semente e do solo", a formação de metástases depende exclusivamente das características intrínsecas da célula tumoral, sendo irrelevante o microambiente do órgão receptor.

68

Assinale a afirmativa correta sobre mecanismos de disseminação tumoral e princípios de cirurgia oncológica.

- (A) A citologia esfoliativa é amplamente empregada na investigação de linfonodos, massas cervicais e nódulos de tireoide, fornecendo dados diagnósticos quanto à malignidade a partir da análise citológica do material obtido.
- (B) A remoção profilática da tireoide em famílias com mutação do proto-oncogene RET associada à NEM é classificada como cirurgia paliativa, pois visa apenas o controle sintomático da doença já estabelecida.
- (C) A angiogênese tumoral consiste na capacidade das células neoplásicas de se diferenciarem progressivamente, adquirindo características cada vez mais semelhantes ao tecido de origem.
- (D) O carcinoma in situ é definido pela invasão da membrana basal pelas células neoplásicas, com penetração subsequente no estroma circundante.
- (E) A biópsia por agulha grossa (core biopsy) baseia-se na obtenção de um fragmento de tecido tumoral por meio de agulhas especiais, por exemplo na investigação de sarcomas.

69

Assinale a afirmativa correta sobre os métodos de estadiamento das neoplasias malignas de cabeça e pescoço.

- (A) A ressonância magnética não utiliza radiação ionizante, oferecendo pior contraste de tecidos moles que a tomografia computadorizada, porém apresenta maior tempo de execução e menor suscetibilidade a artefatos metálicos.
- (B) A tomografia computadorizada é superior à ressonância magnética na avaliação da invasão mandibular, apresentando acurácia muito maior nesse quesito.
- (C) A PET-CT, por combinar informações metabólicas e anatômicas, está isenta de resultados falso-positivos, sendo o exame mais confiável para diferenciar inflamação de recidiva tumoral.
- (D) A nasofibrosopia é geralmente melhor tolerada que a videolaringoscopia, pois provoca maior reflexo de náusea e desconforto ao paciente.
- (E) A ultrassonografia cervical, muito dependente da experiência do examinador, é bastante limitada em diferenciar com certeza nódulos tireoidianos benignos de malignos.

70

Assinale a afirmativa correta sobre o estadiamento TNM e os métodos de imagem no câncer de cabeça e pescoço.

- (A) Na 8ª edição do TNM, tumores orofaríngeos passaram a ser subclassificados conforme o status de HPV, e metástases linfonodais com extensão extracapsular foram segregadas em um grupo de melhor prognóstico.
- (B) O estadiamento clínico baseia-se em anamnese, exame físico e exames de imagem (antes do tratamento), enquanto o patológico leva em conta os achados da biópsia e do exame macroscópico após a cirurgia.
- (C) A TC é exame de imagem mais sensível que a PET-CT para detecção de metástases à distância em linfonodos, ossos e fígado.
- (D) Segundo a teoria dos diferentes padrões de drenagem circulatória, a classificação TNM dispensa a avaliação por exame físico, sendo o estadiamento definido exclusivamente pelos exames de imagem.
- (E) A classificação TI-RADS, desenvolvida pelo American College of Radiology, é utilizada para padronizar a avaliação ultrassonográfica de linfonodos cervicais metastáticos.

71

Assinale a afirmativa correta sobre os princípios básicos da radioterapia.

- (A) O fracionamento do tratamento consiste na administração da dose total de radiação em frações maiores ao longo do tempo, permitindo que as células normais se recuperem dos danos, enquanto as células tumorais são expostas a doses letais repetidas.
- (B) Na ionização direta, a radiação interage com a água presente nas células, produzindo radicais livres que danificam secundariamente o DNA.
- (C) Os efeitos estocásticos da radiação incluem eritema e necrose tecidual, sendo dependentes de uma dose limiar para sua ocorrência.
- (D) Células tumorais costumam apresentar mecanismos de reparo de DNA mais eficientes que as células normais, o que as torna mais resistentes à radiação ionizante.
- (E) A radiação ionizante danifica o DNA celular por meio de mecanismos de ionização direta, e pela participação de radicais livres derivados da água intracelular.

72

Assinale a afirmativa correta sobre as complicações da radioterapia nos tumores de cabeça e pescoço.

- (A) Um paciente que apresenta mucosa e gengiva úmidas e róseas, sem qualquer alteração visível, classifica-se como grau 0 de Mucosite Oral, não irá desenvolver posteriormente complicações crônicas como xerostomia e osteorradionecrose.
- (B) A disgeusia e a xerostomia são complicações tanto agudas quanto crônicas, que podem persistir por longo prazo, sendo necessário acompanhamento multidisciplinar.
- (C) A progressão da mucosite oral do grau 1 para o grau 4 ocorre de forma linear e previsível em todos os pacientes, independentemente da dose total, do fracionamento ou da associação com quimioterapia, o que torna essas variáveis irrelevantes para o planejamento terapêutico.
- (D) Como a mucosite oral é encontrada em 100% dos pacientes irradiados para câncer de cabeça e pescoço, e o comprometimento faríngeo causa dificuldade para engolir e falar, a queda no aporte nutricional decorrente desses sintomas raramente justifica a indicação de dieta por sonda nasointestinal, reservada apenas para casos de disfagia por causas estruturais.
- (E) A associação da radioterapia com a quimioterapia tende a atenuar a intensidade das complicações orais agudas, já que os efeitos citotóxicos de ambas as terapias atuam por vias distintas e não se sobrepõem no tecido normal.

73

Assinale a afirmativa correta sobre a disfagia.

- (A) A disfagia que ocorre somente para líquidos geralmente reflete dismotilidade esofágica, suspeita que se reforça quando há dor torácica associada.
- (B) A capacidade do paciente de apontar com precisão onde sente a comida presa não é um dado confiável para localizar a origem da disfagia, tanto na forma orofaríngea quanto na esofágica.
- (C) A disfagia que ocorre exclusivamente para sólidos, sem nunca acometer líquidos, sugere fortemente um distúrbio como a acalasia.
- (D) A nasofibrofaringolaringoscopia, quando comparada à videofluoroscopia, apresenta maior sensibilidade para detectar aspiração, identificando-a em praticamente 100% dos casos.
- (E) O teste da deglutição cronometrada de água é considerado o padrão ouro para avaliação da disfagia orofaríngea, substituindo a necessidade de videofluoroscopia na maioria dos casos.

74

Um homem de 63 anos procura avaliação oftalmológica após relatar discreta redução da acuidade visual no olho esquerdo. A fundoscopia evidencia lesão pigmentada originada na coroide, projetando-se para a cavidade vítrea.

Considerando a neoplasia maligna mais prevalente nessa localização, é correto afirmar que

- (A) a principal origem desses tumores é a retina, e sua disseminação inicial ocorre preferencialmente para pulmão.
- (B) trata-se de melanoma uveal e apresenta comportamento semelhante ao melanoma cutâneo.
- (C) a radioterapia pré-operatória mostrou melhora comprovada da sobrevida nesses casos.
- (D) o melanoma uveal apresenta comportamento clínico distinto do melanoma cutâneo e dissemina-se predominantemente por via hematogênica, especialmente para o fígado.
- (E) a presença de acometimento vítreo contraindica qualquer modalidade preservadora do globo ocular.

75

Uma mulher de 63 anos apresenta melanoma mucoso da cavidade oral classificado como T3N0, considerado completamente ressecável. Foi submetida à ressecção cirúrgica com margens livres e não há evidências de doença linfonodal.

De acordo com o algoritmo da *National Comprehensive Cancer Network* mais recente, a recomendação a ser feita posteriormente é

- (A) considerar fortemente radioterapia pós-operatória no sítio primário, podendo associar terapia sistêmica.
- (B) realizar observação clínica exclusiva, pois a ausência de comprometimento linfonodal elimina a indicação de tratamento adjuvante.
- (C) realizar radioterapia exclusiva para o pescoço, sem tratamento do sítio primário.
- (D) iniciar quimiorradioterapia obrigatória para todos os tumores T3 ressecados.
- (E) indicar imunoterapia isolada obrigatória, sendo a radioterapia reservada apenas para recorrência.

76

Um homem de 68 anos apresenta melanoma mucoso de cavidade nasal tratado com ressecção completa associada a esvaziamento cervical terapêutico. O anatomopatológico demonstra três linfonodos metastáticos de 1 a 2 cm, todos no mesmo lado do pescoço, sem doença residual macroscópica.

O cirurgião indicou radioterapia pós-operatória, pois

- (A) apenas extensão extranodal caracteriza alto risco.
- (B) a presença de mais de dois linfonodos comprometidos é critério de alto risco.
- (C) apenas recorrência cervical após cirurgia caracteriza alto risco.
- (D) o tamanho do tumor primário define o risco do leito cervical.
- (E) o linfonodo de 2 cm é de tamanho considerado de alto risco.

77

Um homem de 61 anos apresenta carcinoma de células escamosas da cavidade oral confirmado por biópsia. A tomografia computadorizada com contraste demonstra lesão infiltrativa próxima à mandíbula, porém permanece dúvida quanto ao comprometimento da medula óssea mandibular. O paciente possui múltiplas restaurações metálicas extensas, dificultando parcialmente a avaliação anatômica.

Assinale o exame de imagem mais indicado para complementar a investigação.

- (A) PET/CT, por apresentar maior sensibilidade para invasão medular mandibular.
- (B) Ultrassonografia cervical, por permitir melhor definição da infiltração óssea.
- (C) Nova tomografia computadorizada com janela óssea.
- (D) Ressonância magnética do pescoço, por ser preferível na avaliação da invasão da medula óssea e em pacientes com extenso amálgama dentário.
- (E) Radiografia panorâmica de mandíbula.

78

Assinale a afirmativa correta sobre a anatomia do pescoço.

- (A) A veia jugular externa recebe a maior parte do sangue venoso do encéfalo e forma, com a artéria carótida comum, o principal conteúdo da bainha carotídea.
- (B) O ducto torácico desemboca no ângulo venoso à esquerda, sendo responsável pela drenagem linfática de todo o corpo, exceto o quadrante superior direito.
- (C) O nível VI (compartimento central) inclui os linfonodos localizados entre as artérias carótidas, abaixo do osso hioide e acima do 2º anel traqueal, sendo frequentemente acometido por neoplasias malignas da tireoide.
- (D) A lâmina superficial da fáscia cervical reveste os músculos infra-hióideos, a glândula tireoide, a laringe, a traqueia e o esôfago.
- (E) O nervo laríngeo superior emite ramos motores diretos para as pregas vocais após penetrar a membrana cricotireóidea.

79

Assinale a afirmativa correta sobre a anatomia do pescoço:

- (A) O osso hioide situa-se na posição anterior e superior do pescoço, na altura da vértebra C3, e seu corpo deve ser preservado em cirurgias de ressecção do cisto tireoglossal para evitar recidivas.
- (B) A artéria tireóidea superior é ramo direto do tronco braquiocéfálico e irriga exclusivamente a glândula tireoide.
- (C) A glândula tireoide é formada por dois lobos unidos por um istmo que, geralmente, se localiza sobre o segundo e terceiro anéis traqueais.
- (D) Os músculos infra-hióideos são responsáveis por tracionar cranialmente o osso hioide durante a deglutição.
- (E) A artéria carótida interna emite ramos para irrigação das estruturas da face antes de entrar no crânio pelo canal carotídeo.

80

Assinale a afirmativa correta sobre a anatomia e fisiologia da deglutição.

- (A) Lesões do nervo laríngeo superior não causam perda de sensibilidade laríngea, e a prega vocal paralisada tende a manter parte do tônus, ficando mais próxima da linha média.
- (B) A inervação motora do músculo cricotireóideo e a sensibilidade laríngea vêm do nervo vago (X), através dos ramos laríngeos; o glossofaríngeo (IX) atua na sensibilidade da orofaringe e rinofaringe e no reflexo de deglutição.
- (C) A fase faríngea da deglutição é predominantemente voluntária e ocorre antes do fechamento da nasofaringe.
- (D) O esfíncter esofágico superior é formado principalmente pela musculatura tireofaríngea, que permanece relaxada exceto durante a deglutição.
- (E) O nervo laríngeo superior fornece inervação motora para todos os músculos intrínsecos da laringe, exceto o cricoaritenóideo posterior.

Realização

