

FOLHETO
COLETÂNEA
6790

CURSO PÚBLICO 2003

Agora você pode estar aqui também!

Biblioteca Central
Coletânea UFSM

UFSM
Biblioteca Central

Nº INSCRIÇÃO

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NOME DO CANDIDATO

CARGO

MÉDICO/ CIRURGIA - CABEÇA E PESCOÇO

E08923

PRÓ-REITORIA DE RECURSOS HUMANOS
PROGRAD **COPERVES**
UFSM

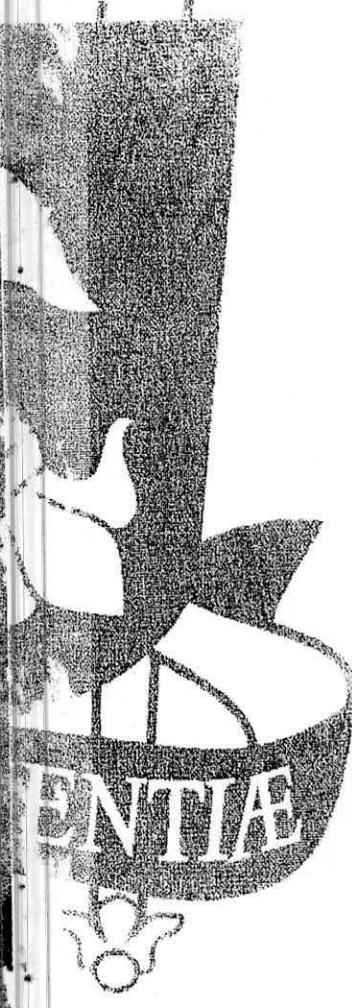
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

00056438



BC

E08923



0

Médico/ Cirurgia - Cabeça e Pescoço

01. Criança com 8 anos de idade apresenta lesão nodular em linha média, 3 meses de evolução, variação no volume, drenando secreção espessa amarelada, ausência de dor e febre. O quadro clínico descrito é compatível com

- a) cisto branquial fistulizado.
- b) cisto branquial infectado.
- c) cisto tireoglosso fistulizado.
- d) cisto tireoglosso e abscesso cervical.
- e) linfonodopatia fistulizada.

02. Paciente do sexo feminino, 22 anos, apresentando lesão nodular na Região cervical alta, lateral, quinze dias de evolução, variação no volume, fixo aos planos profundos, eritema e febre. Assinale a alternativa que apresenta o procedimento mais adequado para elucidação diagnóstica, e o provável diagnóstico, respectivamente.

- a) Biópsia através de cervicotomia - linfoma de Hodgkin.
- b) Biópsia por punção com agulha fina - metástase cervical.
- c) Punção com agulha - abscesso cervical.
- d) Ecografia - cisto tireoglosso.
- e) Biópsia através de cervicotomia - cisto branquial.

03. Paciente feminino, 58 anos, nódulo doloroso na cavidade oral, na porção lateral esquerda do soalho da boca, de mais ou menos 2,5 cm, sem comprometimento da mucosa. Ao exame clínico de imagem: aumento da glândula mandibular esquerda compatível com lesão intrínseca no próprio parênquima da glândula, de aspecto heterogêneo. Demais estruturas sem alterações. PAAF: achados citológicos compatíveis com neoplasia maligna de origem epitelial. Pescoço: No. Transoperatório: congelação: compatível com CA mucoepidermóide. Levando-se em conta a possibilidade de malignidade para CA mucoepidermóide: a conduta cirúrgica mais adequada é

- a) Ressecção total da glândula submandibular, mais esvaziamento cervical nível I, + RT pós-operatória independentemente de ser considerado um tumor de grau intermediário de malignidade.
- b) Ressecção total da glândula submandibular.
- c) Ressecção total da glândula submandibular e esvaziamento cervical radical modificado à esquerda + RT pós-operatória.
- d) Ressecção total da glândula submandibular sem esvaziamento cervical pois é de evolução lenta.
- e) Ressecção total da glândula submandibular + esvaziamento cervical nível I.

chamada: FOLHETO COLETANEA 67
cod barras: E08923
local: BC
inclusão: 19/9/2008
n controle: 00036438

04. Em relação ao melanoma que afeta a região da cabeça e pescoço, é correto afirmar:

- a) O tipo nodular é o mais freqüente.
- b) O tipo de disseminação superficial é o mais freqüente.
- c) O tipo nodular apresenta o melhor prognóstico.
- d) O tipo de disseminação superficial ocorre mais em jovens.
- e) O estadiamento é feito pelo Sistema TNM semelhante a outros tipos de neoplasias cutâneas.

05. Paciente apresentando lesão neoplásica maligna da laringe glótica, com prega vocal fixa e linfonodopatia cervical com características metastáticas, homolateral e com menos de 3 cm. O estadiamento pelo Sistema TNM seria

- a) T2N1M0.
- b) T4N1M0.
- c) T3N0M0.
- d) T3N1M0.
- e) T3N1M1.

06. Paciente apresentando lesão de laringe glótica com comprometimento de 2/3 da prega vocal direita e 1/3 da prega vocal esquerda, mobilidade preservada e sem sinais de linfonodopatia cervical metastática. O estadiamento pelo Sistema TNM seria

- a) T1N0M0.
- b) T3N0M0.
- c) T3N1M0.
- d) T2N0M0.
- e) T2N1M0.

07. Os sintomas e sinais que, com maior frequência, são encontrados em pacientes portadores de neoplasia maligna do hipofaringe, em estágios avançados, são

- a) sensação de corpo estranho, otodínia, linfonodopatia cervical metastática, disfagia.
- b) náuseas, otodínia, sangramento, disfonia.
- c) halitose, sangramento, pirose, disfonia.
- d) emagrecimento, sangramento, disfonia.
- e) náuseas, sangramento, linfonodopatia cervical metastática.

08. Em relação às neoplasias malignas diferenciadas de tireóide, pode-se afirmar que

- a) o carcinoma do tipo papilar e o medular são os mais frequentes.
- b) o carcinoma folicular é o que tem melhor prognóstico.
- c) o carcinoma de células de Hürtle é o mais frequente.
- d) a tireoidite de Hashimoto está associada à gênese desses tumores.
- e) o carcinoma papilar é o que tem o melhor prognóstico.

09. Em relação ao carcinoma medular de tireóide, é correto afirmar:

- a) A tireoidectomia total pode ser indicada em situações especiais, optando-se, sempre que possível, pela tireoidectomia parcial.
- b) O esvaziamento cervical deve sempre ser realizado.
- c) O esvaziamento cervical é realizado somente quando existir linfonodopatia palpável.
- d) O iodo radioativo é o melhor método de tratamento.
- e) A radioterapia externa tem grande importância no tratamento.

10. Em relação ao angiofibroma juvenil, é correto afirmar que

- a) afeta, com maior frequência, mulheres.
- b) é uma lesão benigna que pode ter comportamento clínico agressivo.
- c) afeta, indistintamente, homens e mulheres.
- d) a radioterapia externa é o tratamento preferencial.
- e) o tratamento hormonal é o tratamento preferencial.

11. Sobre o câncer laríngeo supraglótico estadiado, como T1N0M0, é correto afirmar que

- a) o tratamento do pescoço, através do esvaziamento, é indispensável pela alta incidência de doença metastática microscópica.
- b) não existe necessidade de tratar o pescoço, pois as metástases são raras.
- c) a disfonia é o sintoma mais precoce.
- d) apresenta melhor prognóstico do que as lesões glóticas.
- e) essa é a localização mais frequente do câncer laríngeo.

12. Paciente do sexo feminino, 46 anos, branca, apresentando lesão nodular na região cervical alta, medindo 5 cm, próximo ao ângulo da mandíbula, evolução de 8 anos, crescimento lento, indolor. Qual a conduta mais adequada para estabelecer o diagnóstico provável e o tipo histológico?

- a) Biópsia incisional - neoplasia maligna laringe - carcinoma epidermóide.
- b) Rx região cervical - neoplasia maligna de tireóide - carcinoma papilífero.
- c) Ultra-sonografia região cervical e punção com agulha fina - neoplasia de glândula salivar - adenoma pleomórfico.
- d) Punção com agulha fina - neoplasia de glândula salivar - carcinoma mucoepidermóide.
- e) Biópsia excisional - neoplasia maligna de boca - carcinoma epidermóide.

13. Paciente portador de neoplasia maligna cutânea (basocelular), necessitando ser submetido à ressecção craniofacial. Constitui contra-indicação formal para a realização da cirurgia, a invasão com comprometimento extenso de:

- a) órbita.
- b) seio maxilar.
- c) seio etmoidal.
- d) parênquima cerebral.
- e) seio frontal.

14. As neoplasias malignas da região da cabeça e pescoço, em sua maioria, são de origem epitelial, geralmente carcinoma epidermóide. A região da base da língua altera esse padrão por apresentar, proporcionalmente, maior incidência de

- a) adenocarcinoma.
- b) linfoma.
- c) melanoma.
- d) adenocarcinoma mucoepidermóide.
- e) carcinoma adenoidecístico.

15. Na dissecação radical do pescoço, são sacrificadas determinadas estruturas anatômicas que, na dissecação cervical modificada, são preservadas. Quais são essas estruturas?

- a) Músculo trapézio, plexo braquial, veia jugular interna.
- b) Músculo omohióideo, nervo vago, artéria carótida.
- c) Músculo esternocleidomastóideo, nervo espinhal, veia jugular interna.
- d) Músculo esternocleidomastóideo, nervo vago, artéria carótida.
- e) Músculo omohióideo, nervo espinhal, artéria carótida.

Analise a situação proposta, para responder às questões de números 16, 17 e 18.

Paciente apresentando lesão ulcerada de assoalho de boca, medindo 3,5 cm, sem ultrapassar a linha média, comprometendo a mucosa do rebordo gengival, língua com mobilidade preservada e pescoço negativo na palpação.

16. Qual o exame complementar que MELHQR identificaria possível invasão óssea?

- a) Rx panorâmico de mandíbula.
- b) Ultra-sonografia.
- c) Rx simples de mandíbula.
- d) Cintilografia óssea.
- e) Punção com agulha fina.

17. Caso haja invasão óssea, qual seria o estadiamento?

- a) T3N0M0.
- b) T2N1M0.
- c) T2N0M0.
- d) T4N0M0.
- e) T3N1M0.

18. Na hipótese de que não haja invasão óssea, qual o tratamento cirúrgico indicado para o caso?

- a) Exerese ampla da lesão.
- b) Exerese ampla da lesão associada à hemimandibulectomia e ao esvaziamento cervical radical.
- c) Exerese da lesão associada ao esvaziamento cervical modificado.
- d) Exerese ampla da lesão associada à mandibulectomia marginal e esvaziamento cervical modificado.
- e) Exerese ampla da lesão associada à hemimandibulectomia e ao esvaziamento cervical modificado.

19. Em relação ao carcinoma adenóide cístico, é correto afirmar que

- a) ocorre, exclusivamente, na glândula parótida.
- b) ocorre, exclusivamente, em glândula submandibular.
- c) tem bom prognóstico, geralmente.
- d) pode ocorrer em qualquer estrutura anatômica como palato, laringe, hipofaringe, seio maxilar e órbita.
- e) responde bem ao tratamento radioterápico, geralmente.

20. Paciente portador de neoplasia maligna de seio maxilar (carcinoma epidermóide) com invasão de assoalho de órbita, abaulamento de palato com perda de peças dentárias, invasão da parede lateral e parede posterior livre. Qual o tratamento indicado para o caso?

- a) Maxilarectomia total + complementação pela radioterapia.
- b) Maxilarectomia total + exenteração orbitária + complementação pela radioterapia.
- c) Radioterapia exclusiva, com intenção curativa.
- d) Radioterapia exclusiva, com intenção paliativa.
- e) Nenhum, trata-se de paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas (FPT).

21. Paciente masculino, 50 anos, retirou uma lesão da região fronto-parietal à direita. AP: melanoma nodular, espessura 1,1mm classe III Clark. Pescoço: No, sem metástases a distância. Pode-se dizer:

- a) Os níveis para a dissecação eletiva inclui níveis I, II, III, IV e parótida, se a pesquisa de linfonodo sentinela não for disponível.
- b) A margem de ressecção recomendada para esse tipo de lesão é de 1,5 cm.
- c) Esse paciente encontra-se no estágio III, associa-se à realização de linfadectomia terapêutica pelo índice de 65% de metástases nodais.
- d) Esse paciente tem um melhor prognóstico pelo tipo e localização do melanoma e pelo índice de disseminação linfática em relação ao L.M.M.
- e) A pesquisa através do linfonodo sentinela, nesse caso, não vai alterar os níveis de linfadectomia devido ao índice de recorrência ser alto, necessitando de dissecação terapêutica.

22. Os fatores, pelos quais muitos autores defendem a tireoidectomia total em relação à tireoidectomia parcial, em microcarcinoma estágio I de carcinoma diferenciado de tireóide, são:

- I. Taxa de sobrevida a longo prazo semelhante nos dois grupos, e a idade como fator fundamental para o estadiamento das neoplasias (CA diferenciado) de tireóide.
- II. O índice de complicações baixo e a qualidade de seguimento clínico dos pacientes que fizeram a TT.
- III. A multifocalidade em estatísticas de até 30% a 45% em microcarcinomas relacionados à recorrência.
- IV. 35% dos pacientes que possuem microcarcinoma morrem de outras causas; e a necessidade de fazer supressão manterá controle sobre os possíveis focos no lobo remanescente.

Estão corretas

- a) apenas I e IV.
- b) apenas III e IV.
- c) apenas II e IV.
- d) apenas I, II e III.
- e) apenas II e III.

23. Sobre as malformações, considerando a apresentação clínica em cabeça e pescoço, é INCORRETO afirmar:

- I. No hemangioma laríngeo, há uma associação de 50% aos hemangiomas cutâneos e um dos sintomas mais importantes é o estridor bifásico.
- II. A displasia óssea ocorre por substituição do osso normal pelo tecido fibroósseo e 70% dessa apresentação é a forma poliostática.
- III. A forma monostática ocorre no crânio, em 10% dos casos, principalmente envolvendo a maxila, mandíbula e a região parietal.
- IV. A descompressão do canal óptico, nas displasias ósseas, tem como indicação relativa, a anaurose e, absoluta, a perda visual progressiva.
- V. A maioria dos hemangiomas de cabeça e pescoço desenvolve-se como pequenos tumores e regride, espontaneamente, na metade dos casos, em torno de 5 anos de idade.

Está(ão) INCORRETA(S)

- a) apenas I e IV.
- b) apenas V.
- c) apenas III.
- d) apenas II.
- e) I, II, III, IV e V.

24. Nas reconstruções em cabeça e pescoço, onde há defeitos que necessitem de grandes ressecções, deve-se considerar:

- () O retalho OMC bilateral ECM tem a sua primeira indicação para as neoplasias malignas no rebordo alveolar ântero-inferior com invasão óssea e pescoço N1.
- () O retalho osteomiocutâneo de grande peitoral com a 6ª costela, é a 1ª escolha de reconstrução mandibular após ressecção de TU benignos, devido ao leito ósseo para implantes ósseos integrados.
- () O retalho de Bakanjån por sua vascularização randomizada tem a sua principal indicação na reconstrução da neofaringe.
- () O retalho microcirúrgico de fíbula tem um melhor leito ósseo que o retalho microcirúrgico de crista ílfaca, para reconstrução da mandíbula.
- () O retalho osteomiocutâneo trapezial lateral (escápulo clavicular) tem indicação primordial na reconstrução do mento e do pescoço No.

A seqüência correta é

- a) F - F - F - V - V.
- b) F - V - V - F - F.
- c) V - V - F - V - F.
- d) V - V - F - F - V.
- e) V - F - V - V - V.

25. Paciente masculino, 48 anos, lesão úlcero-infiltrativa na boca com extensão de 4 cm, com invasão da mandíbula, comprometendo rebordo alveolar e o nervo alveolar inferior, no lado esquerdo. Pescoço: Nódulo 2 cm em nível de 1/3 médio da veia jugular interna, Biópsia: CEC pouco diferenciado. A conduta terapêutica mais adequada, é:

- a) Operação Pull-through (esvaziamento cervical radical modificado esquerdo) + RT pós-operatória.
- b) Operação Ressecção Di Bloco (esvaziamento supra-omohióideo esquerdo) + RT pós-operatória.
- c) Operação comando ou composta (esvaziamento cervical radical modificado esquerdo) + RT pós-operatória.
- d) Operação comando ou composta (esvaziamento supra-omohióideo esquerdo) + RT pós-operatória.
- e) Operação Pull-through (esvaziamento supra-omohióideo alargado esquerdo) + RT pós-operatória.

26. Em relação às neoplasias malignas da nasofaringe, pode-se afirmar:

- I. O câncer de nasofaringe é, basicamente, doença locorregional considerando como fator predisponente para a metástase a distância: a própria recidiva local, estimando uma taxa de 20% de metástases a distância.
- II. O tipo I do CA nasofaríngeo tem melhor resposta à Radioterapia que o tipo II.
- III. A via de acesso Swing maxilar é um acesso para a porção parafaríngea, especialmente nas recidivas laterais.
- IV. A maior incidência de tumores malignos e recidivas aparecem, significativamente, na fosseta de Rosemüller e torus tubário.
- V. A nasofaringectomia é procedimento realizado em tumores tipo III de CA nasofaríngeo.

Estão INCORRETAS

- a) apenas I e V.
- b) apenas III e IV.
- c) apenas I, II, III e IV.
- d) apenas III e V.
- e) apenas II e V.

27. Paciente masculino, 48 anos, odinofagia há mais ou menos 6 meses, nódulo de 1 cm à esquerda na cadeia jugular interna inferior. PAAF: metástase CEC moderadamente diferenciado. Avaliação (imagem e endoscopia): lesão de 2,5 cm na porção medial do recesso do seio piriforme com a invasão da laringe, apresentando diminuição acentuada da mobilidade da corda vocal esquerda e diminuição discreta da corda vocal direita. A conduta terapêutica mais adequada é

- a) radioterapia e quimioterapia concomitantes, previamente, e faringectomia parcial à esquerda.
- b) faringectomia parcial + esvaziamento cervical radical modificado à esquerda e RT.
- c) faringectomia parcial mais laringectomia Near Total + esvaziamento cervical radical clássico à esquerda e modificado à direita.
- d) faringolaringectomia total + esvaziamento cervical radical clássico à esquerda e à direita nas cadeias III e V e RT pós-operatória.
- e) faringolaringectomia total + esvaziamento cervical radical modificado bilateral e RT pós-operatória.

28. Paciente feminina, 50 anos, apresenta nódulo na porção infero-lateral esquerda do pescoço de 1,8 cm, de consistência sólida, no lobo esquerdo da tireóide (ultra-sonografia). Na cintilografia: tireóide dimensões normais, nódulo único frio em lobo esquerdo. PAAF: Neoplasia folicular de células Hürthle. Ex. hormonais tireoidianos normais. Pode-se afirmar:

- I. A lobectomia ampliada é a conduta cirúrgica mais adequada em se tratando de CA folicular de células de Hürthle.
- II. A tireoidectomia subtotal justifica por se tratar de uma neoplasia de baixo risco e a multicentricidade ser 2%.
- III. A invasão vascular não é critério seguro para caracterizar malignidade para as neoplasias de células de Hürthle.
- IV. A captação de iodo nesses tumores é o melhor método de rastreamento após tireoidectomia total para verificar remanescente e/ou metástases.
- V. A tireoidectomia total + o esvaziamento regional visceral do pescoço, é a conduta correta.

Está(ão) correta(s)

- a) apenas I e II.
- b) apenas II.
- c) apenas III e IV.
- d) apenas IV e V.
- e) apenas V.

29. Paciente masculino, 59 anos, odinofagia, disfagia há mais ou menos 1 ano, (ao exame clínico, radiológico e endoscópico): lesão de 2,5 cm na base da língua com extensão ao corpo da língua e dista mais 1,2 cm da tonsila direita. Biópsia: CEC moderadamente diferenciado, Pescoço: No, sem metástases a distância. A conduta terapêutica adequada é

- a) Faringotomia transversa supra-hióidea + esvaziamento cervical II, III, IV e V à direita, e esvaziamento cervical II e III à esquerda + RT pós-operatória.
- b) Faringotomia vertical lateral direita + mandibulectomia + esvaziamento cervical modificado bilateral + RT pós-operatória.
- c) Faringotomia vertical paramediana transmandibular direita + esvaziamento cervical radical modificado bilateral + RT pós-operatória.
- d) Faringotomia transversa supra-hióidea + esvaziamento supra-omohióideo homolateral à direita + RT pós-operatória.
- e) Faringotomia vertical mediana mandibulectomia + esvaziamento IV e V à direita + RT pós-operatória.

30. Sobre os adenomas pleomórficos de Parótida, pode-se afirmar:

- I. A origem multicêntrica do tumor é a principal causa de recidiva.
- II. A parotidectomia superficial é o tratamento padrão mínimo para o adenoma localizado em lobo superficial da parótida.
- III. Após a 2ª recidiva do adenoma pleomórfico, o nervo facial pode ser sacrificado e reconstituído com enxerto, porque a transformação maligna na recidiva é de 10%.
- IV. A radioterapia é melhor empregada nos adenomas pleomórficos tipo celular, pois o índice de recidiva é maior.
- V. Não há diferença estatística na diminuição de recidivas entre a enucleação do tumor + ressecção de tecido glandular peritumoral e a parotidectomia superficial.

Está(ão) correta(s)

- a) apenas I, II e IV.
- b) apenas II.
- c) apenas III e IV.
- d) apenas III e V.
- e) apenas V.

31. Nas cirurgias conservadoras da laringe, em relação à técnica cirúrgica, é INCORRETO afirmar.

- I. A retirada das duas aritenóides na CHEP proporciona maior radicalidade oncológica nos tumores glóticos, com extensão posterior, mantendo ainda a função de esfíncter e fonação pela supraglote.
- II. O estudo de congelação das margens deve ser realizado nas cirurgias frontolaterais, pois determina melhor nível de ressecabilidade durante o transoperatório.
- III. É necessário a preservação do nervo laríngeo inferior e uma aritenóide do lado são, nas cirurgias da CHEP.
- IV. Respeitando o aspecto oncológico nas laringectomias supraglóticas (T₂), preserva-se o ramo interno do nervo laríngeo superior e o osso hióide para melhor deglutição.
- V. Os tumores glóticos têm seu crescimento freqüente para aritenóides, por isso, nas cirurgias frontolaterais, se há comprometimento de uma aritenóide, há a necessidade de se retirar a mesma.

Está(ão) INCORRETA(S)

- a) apenas I.
- b) apenas I e II.
- c) apenas III e IV.
- d) apenas V.
- e) I, II, III, IV e V.

32. Com relação ao carcinoma adenóide cístico de glândulas salivares, assinale verdadeira (V) ou falsa (F) em cada uma das afirmações.

- () A proteína S 100 + é positiva no CAC e, no adenoma pleomórfico. E a invasão perineural está presente em 60% dos casos de CAC.
- () A sua maior disseminação é por via linfática e, por isso, deve ser feito esvaziamento cervical radical no mínimo: modificado, até mesmo em pescoço No.
- () O carcinoma adenóide cístico (CAC) de glândula salivar minor localizado em palato, tem melhor resposta à radioterapia, do que à cirurgia.
- () É um tumor que possui baixo índice de recidiva a distância, e acomete principalmente os jovens.
- () A diferenciação histológica tem grande importância no prognóstico dos pacientes com CAC de glândulas salivares.

A seqüência correta é

- a) V - F - F - F - V.
- b) F - V - F - V - F.
- c) F - V - V - F - F.
- d) F - V - V - V - V.
- e) V - F - F - V - V.

33. Paciente masculino, 50 anos, disфонia, irritação crônica de garganta há 1 ano e meio. Na investigação: Tomografia computadorizada, videotelaringoscopia e laringoscopia direta com biópsia: CEC moderadamente diferenciado. Mostrou: lesão vegetante em toda a corda vocal direita, com diminuição importante da mobilidade, acometendo também a falsa corda vocal direita, comissura anterior, 1/3 anterior da corda vocal esquerda com a mobilidade preservada. A lesão preenche quase todo o ventrículo direito e a subglote até mais ou menos 1,3 mm. E extensão posterior, aritenóides e epiglote: sem lesão. Pescoço No. A conduta cirúrgica mais adequada é

- a) laringectomia total + esvaziamento cervical radical modificado unilateral à direita.
- b) laringectomia subtotal (CHEP) + esvaziamento cervical direito II, III e IV + esvaziamento cervical esquerdo I e II.
- c) laringectomia subtotal (CHEP) + esvaziamento cervical bilateral em níveis II, III, IV e V.
- d) laringectomia subtotal (CHP) + esvaziamento cervical supra-omo-subdiagástrico à direita.
- e) laringectomia subtotal (CHP) + esvaziamento cervical direito radical modificado + esvaziamento esquerdo II e III.

34. Todas as estruturas da mandíbula podem ser vias de comprometimento ou invasão de tumores malignos (CEC), EXCETO

- a) Forame mandibular.
- b) Poros de descontinuidade, alvéolos dentários - orifícios.
- c) Forame mentoneano.
- d) Canal do nervo dentário inferior.
- e) Perióstio interno mandibular.

35. Assinale a alternativa que apresenta o fator fundamental no aspecto: prognóstico (recorrência e taxa de sobrevida) em 5 anos, para tumores de faringe (hipofaringe).

- a) Estado linfonodal dos pacientes com TU de hipofaringe no momento do diagnóstico.
- b) Tumores (T1) em parede posterior de faringe.
- c) Uso de radioterapia pré-operatória.
- d) Grau de diferenciação das neoplasias de hipofaringe.
- e) Ressecção dos tumores com margens limítrofes.

36. Paciente feminino, 63 anos, disфонia, odinofagia há 6 meses. Exame clínico: BEG No ex: TC, videotelaringoscopia, laringoscopia direita com biópsia: lesão vegetante externa em toda a hemilaringe esquerda com fixação parcial da corda vocal esquerda, diminuição do movimento da aritenóide esquerda, comprometimento da falsa corda vocal esquerda, ventrículo esquerdo, corda vocal esquerda, porção laríngea esquerda da epiglote e extensão até 1,0 mm subglótica à esquerda. Área pós-cricóide, aritenóide direita e porção lateral da laringe à direita livres Pescoço: N1 Biópsia: CEC bem diferenciado.

A conduta terapêutica MAIS adequada é

- a) Laringectomia subtotal (CHP) + RT pós-operatória.
- b) Laringectomia subtotal (CHEP) + esvaziamento radical modificado à esquerda + esvaziamento cervical direito II, III e IV + RT pós-operatória.
- c) Hemilaringectomia com retalho de esternohióideo + esvaziamento cervical III, IV à esquerda + esvaziamento cervical IV à direita + RT pós-operatória.
- d) Laringectomia total + esvaziamento radical clássico à esquerda + esvaziamento cervical em nível II e III à direita + RT pós-operatória.
- e) Laringectomia Near Total + esvaziamento cervical radical, modificado bilateral + RT pós-operatória.

37. Quanto à situação do nervo facial nas cirurgias de parótida, assinale verdadeira (V) ou falsa (F) em cada uma das afirmativas.

- () O sacrifício do nervo facial é recomendado no tumores de grau intermediário de malignidade, independente da relação do nervo com o tumor.
- () Em tumores benignos, o nervo facial deve ser preservado.
- () O sacrifício de um nervo facial funcionante sem envolvimento neoplásico, raramente é necessário na ressecção de TU malignos da parótida.
- () O sacrifício deliberado do nervo facial é, diretamente, relacionado com as invasões diretas deste pelo tumor e quando facilita a retirada da lesão.
- () O grau histológico e a indiferenciação do TU de glândula salivar de origem maligna é que vai determinar o sacrifício do nervo facial, mesmo que este não esteja envolvido diretamente pelo TU ou se localize no lobo superficial.

A seqüência correta é

- a) F - V - V - V - F.
- b) V - F - V - F - F.
- c) F - V - F - V - V.
- d) V - F - V - F - V.
- e) V - V - F - V - F.

38. Nos tumores transglóticos, nos casos de tumores T3, os fatores primordiais, que invalidam as cirurgias subtotais (CHEP, CHP, laringectomia 3/4 e Near Total) são:

- I. Radioterapia prévia com lesão residual na supraglote de até 2 cm, lateralmente na cartilagem tireoidiana.
- II. Extensão da neoplasia subglótica mínimo até 5,0 mm com acometimento bilateral das cordas vocais verdadeiras.
- III. Fixação de 1 corda vocal verdadeira e a mobilidade preservada da corda vocal contralateral à lesão mais comissura anterior.
- IV. Comprometimento das aritenóides (2) e espaço interaritenóide.
- V. Extensão da neoplasia em ambas as cordas vocais verdadeiras, comissura anterior e porção inferior do espaço pré-epiglótico.

Está(ão) correta(s)

- a) apenas I e V.
- b) apenas II e III.
- c) apenas III e IV.
- d) apenas IV.
- e) apenas V.

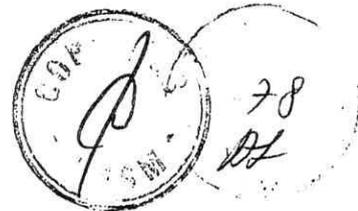
39. Dentre as malformações em cabeça e pescoço, as lesões de origem linfática como os linfangiomas tornaram-se um grande desafio pela sua complexidade. Assinale a alternativa INCORRETA em relação aos dados mais recentes da literatura.

- a) A terapêutica atualmente, padrão ou experimental, terá melhor sucesso conforme a classificação do aspecto macroscópico dos linfangiomas.
- b) O linfangioma microcístico tem uma melhor resposta à aplicação de OK-432, no tratamento experimental conforme dados recentes da literatura mundial.
- c) A aplicação de OK-432 tem como seu efeito principal é ser imunológico no tratamento dos linfangiomas.
- d) O tratamento padrão das linfangiomas é cirúrgico, com a dissecação dos vasos principais linfáticos nutridores do linfangioma.
- e) Os linfangiomas macrocísticos têm uma melhor resposta a OK-432 do que os microcísticos e mistos.

40. Paciente, 77 anos, masculino, fez RT:7.000 CGY por ser portador de CEC pouco diferenciado, em supraglote est. III há mais ou menos 10 meses. Atualmente, odinofagia, otodínia lado direito. Ao exame: (TC, videotelelaringoscopia): lesão em falsa corda vocal direita + ventrículo direito, extensão para todo o lado direito da epiglote. Cordas vocais verdadeiras móveis. Nódulo palpável, 1,5 cm ao nível de 1/3 médio da veia jugular interna. A conduta cirúrgica MAIS adequada é

- a) Laringectomia supraglótica + esvaziamento cervical clássico à direita.
- b) Laringectomia supraglótica + esvaziamento cervical modificado à direita + esvaziamento cervical III e IV à esquerda.
- c) Laringectomia total + esvaziamento cervical radical modificado bilateral.
- d) Laringectomia (CHP) subtotal + esvaziamento cervical clássico à direita e modificado à esquerda.
- e) Laringectomia (CHP) subtotal + esvaziamento cervical II, IV e V à direita + esvaziamento cervical esquerda II e III.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CONCURSO PÚBLICO 2003 - HUSM
26/10/2003



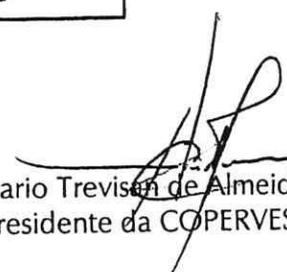
013

CONCURSO PÚBLICO 2003

Agora você pode estar aqui, também!

Medico/ Cirurgia - Cabeça e Pescoco			
01	C	21	A
02	C	22	E
03	C	23	D
04	B	24	A
05	D	25	C
06	D	26	E
07	A	27	E
08	E	28	E
09	B	29	C
10	B	30	B
11	A	31	A
12	C	32	A
13	D	33	C
14	B	34	E
15	C	35	A
16	A	36	E
17	D	37	A
18	D	38	D
19	D	39	B
20	B	40	C

Visto:


Dario Trevisan de Almeida,
Presidente da COPERVES.