

**CADERNO DE PROVA  
RESIDÊNCIA MÉDICA – CIRURGIA CRÂNIO  
MAXILO FACIAL**



QUESTÃO

1638

Paciente com 48 anos, sexo masculino, leucoderma, procurou hospital por apresentar lesão ulcero-vegetante em borda da língua à direita com três centímetros de diâmetro que atinge a linha mediana e assoalho oral até a mucosa fixa da mandíbula. Na palpação cervical apresenta um nódulo de dois centímetros, nível I do lado direito.

**Neste caso quais exames você pediria? Justifique. Qual o estadiamento? Qual seria a sua conduta terapêutica?**

Resposta esperada:

Exames pedidos:

- a) Biópsia da lesão para confirmação diagnóstica de CEC, avaliação de HPV e processos específicos.
- b) TC com contraste para verificar infiltração tumoral da língua e mandíbula.
- c) Endoscopia loco-regional da cabeça e pescoço e esofágica para verificar se não apresenta lesão sincrônica ou outras lesões, TC de tórax.
- d) Sorologia para processo crônicos específicos para descartar doenças crônicas específicas como TB, lues, etc.
- e) Exames pré-cirúrgicos de rotina para descartar outras alterações como discrasias sanguíneas, etc

Estadiamento T4N1Mx

Conduta: Cirurgia de Comando (hemiglossectomia à direita ampliada com mandibulectomia seguimentar e EC radical modificado à direita e seletivo nível I e II e III (supraomóideo) do lado esquerdo).

Após resultado do AP se apresentar infiltração peri-neural, vascular, margem comprometida ou nódulo positivo – RTX e/ou QT

# CADERNO DE PROVA RESIDÊNCIA MÉDICA – CIRURGIA CRÂNIO MAXILO FACIAL



QUESTÃO

1639

Paciente encaminhado para hospital por apresentar epistaxe de grande volume. Relata ser o terceiro episódio. Ao exame loco regional apresenta tumor ocluindo parcialmente a coana esquerda recoberta por mucosa hiperemiada. Na tomografia computadorizada observa-se tumoração de grande volume ocupando rinofaringe, espaço pterigomaxilar esquerdo, seio esfenoidal, órbita esquerda e espaço mastigatório esquerdo.

**Quais são suas hipóteses diagnósticas? Quais exames você solicitaria? Quais seriam os acessos cirúrgicos para remover esta lesão e qual você escolheria? Justifique.**

Resposta esperada:

Hipótese diagnóstica: nasoangiofibroma, tumores neuroendócrinos.

Exames: tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética com contraste, arteriografia e exames de rotina pre-operatório.

Acesso cirúrgico: degloving/ lefort I, webson Ferguson, Open-book e endoscópico pelas vias naturais. Escolha seria Le-Fort I pelo menor dano ao paciente e boa exposição da tumoração.

QUESTÃO

1640

Paciente portador da síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) grave com 30 anos de idade. Apresenta farta clínica sugestiva da SAOS e nega outras doenças. Ao exame físico apresenta oclusão classe II sem outras alterações.

**Quantas apneias o paciente apresenta? Enumere quais são as possibilidades terapêuticas para este caso e qual seria sua escolha. Justifique.**

Resposta esperada:

Apresenta mais de 30 apneias obstrutiva.

Terapêutica: CIPAP, aparelho intraoral, cirurgias de partes moles como uvulopalatoplastia e glossectomia parcial da base da língua. Cirurgias ósseas de avanço maxilo-mandibular, rotação anti-horária maxilo-mandibular, distrações osteogênicas com ênfase a distração maxilar.

Minha escolha é avanço maxilo-mandibular com rotação anti-horária, associado à distração maxilar se apresentar atresia maxilar. O motivo da escolha é a cura da SAOS sem uso de aparelhos e definitiva, bem como, corrigir a desocclusão classe II com benefício respiratório, mastigatório e estético.

# CADERNO DE PROVA RESIDÊNCIA MÉDICA – CIRURGIA CRÂNIO MAXILO FACIAL



QUESTÃO Paciente com carcinoma basocelular da asa nasal que atinge da pele até mucosa nasal.

1641

**Qual cirurgia você indica para remoção do tumor? Quais as possíveis reconstruções do nariz? Qual seria sua escolha? Justifique.**

Resposta esperada:

Reconstrução total da asa nasal pode ser feita de várias maneiras:

- retalho regional do frontal do tipo indiano ou McGregor .

-retalho nasogeniano. - esses retalhos devem receber na parte endonasal enxertos de pele ou dobrados para fazer a parte endonasal, geralmente acompanhados de uma cartilagem como enxerto para sustentação e formato.

-Enxertos compostos como o de pavilhão auricular.

Minha escolha é o enxerto composto de orelha por ser o mais simples e rápido de ser feito bem como o melhor resultado estético.

QUESTÃO Paciente apresenta perda óssea e de pele da parede anterior do seio maxilar à direita por trauma.

1642

**Quais seriam as possibilidades de reconstrução, sua escolha e justifique.**

Resposta esperada:

Região malar com perda óssea e tecidos moles pode ser reconstruída de várias formas:

Retalhos: micro cirúrgico do ante-braço e da perna são os mais utilizados. Os retalhos regionais mais utilizados são: McGregor, Mustardé modificado, fascio-cutaneoplastismal e temporal. A parte óssea pode ser reconstruída com malha de titânio e não devemos utilizar enxertos ossos por que o osso exposto ao seio maxilar será contaminado e perdido. Existe ainda a possibilidade de associar um retalho muscular do temporal com enxerto de pele sendo a área doadora pernas, braços, abdômen e couro cabeludo.

A minha escolha seria: tela de titânio para fazer a parte óssea e retalho muscular do temporal com enxertia de pele do couro cabeludo por apresentar a pele mais semelhante a pele da face, não produz dano na área doadora, é simples e de rápida confecção e raramente produz complicação.

# CADERNO DE PROVA RESIDÊNCIA MÉDICA – CIRURGIA CRÂNIO MAXILO FACIAL



QUESTÃO

1643

Especialistas em Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia e Cirurgia Plástica precisam analisar faces de seus pacientes. Para analisar deformidades faciais existem estudos cefalométricos que podem avaliar tecidos moles e ósseos.

**Cite o nome de pelo menos três estudos utilizados para análise cefalométrica.**

**Arnett desenvolveu uma avaliação da face baseada na vertical verdadeira, o que seria esta linha vertical e qual os parâmetros de normalidade?**

Resposta esperada:

Estudos cefalometricos são inúmeros, mas podemos citar alguns mais conhecidos como: padrão USP, Ricketts e Mc namara. A linha vertical verdadeira é um fio de pluma que pela força da gravidade aponta para o centro da terra. Essa linha vista no perfil do paciente com a cabeça em sua posição natural, ao encostar no ponto sub-nasal na base da columela determina o ponto zero. Tendo como o frontal estar recuado 10mm e o mento dois milímetros com uma tolerância de mais ou menos 2 mm.