

**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 cefalométricos 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.