FUNCAMP
Fundação de Desenvolvimento da Unicamp

UNICAMP

CONCURSO PÚBLICO Nº 068/2026
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP

MÉDICO – PERFIL MÉDICO CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO

RESPOSTAS ESPERADAS

PROVA DISSERTATIVA

Gestão de Concursos FUNCAMP

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 1

Analise o caso clínico a seguir.

Paciente de 54 anos de idade, sexo masculino, sem comorbidades, com antecedentes de tabagismo e etilismo. Refere lesão ulcerada em assoalho anterior de boca com crescimento progressivo, associada a dor local e sangramento. Passou com dentista, que fez biópsia com resultado de carcinoma de células escamosas, invasivo.

A) Quais exames devem ser utilizados no estadiamento? Justifique sua resposta.

B) Qual é abordagem terapêutica? Justifique sua resposta.

C) Quais são os critérios utilizados para adjuvância? Justifique sua resposta.

RESPOSTAS ESPERADAS

A) Admite-se: TC de pescoço, Tc de tórax como opções ideiais.

Outras opções: RM de pescoço, Usg cervical, Rx panorâmico de mandíbula, Rx de tórax, Pet scan como alternativas possíveis.

Justificativa: O estadiamento envolve solicitar exames para avaliar envolvimento locorregional e a distância. As tomografias computadorizadas avaliam o tamanho do tumor primário assim como o envolvimento ósseo da mandíbula, presença de linfonodos suspeitos no pescoço e presença de metástases pulmonares.

B) O tratamento para CEC de assoalho é preferencialmente cirúrgico, envolvendo ressecção do tumor primário com margens de 5 a 10 mm estadiamento cirúrgico ou tratamento cirúrgico do pescoço, reconstrução e adjuvância de acordo com as possibilidades:

Primário:

Tumor de assoalho sem contato com mandíbula: pelveglossectomia com margens
Tumor em contato com mandíbula sem invasão: pelviglossectomia com mandibulectomia marginal
Tumor com invasão de mandíbula: pelviglossectomia com mandibulectomia segmentar

Pescoço:

Se pescoço sem linfonodomegalias suspeitas nos exames (N0) admite-se esvaziamento cervical níveis I a III ipsilateral ou bilateral se ultrapassar a linha média ou pesquisa de linfonodo sentinela em tumores primários T1 e T2.

Se pescoço positivo (N+), indica-se o esvaziamento cervical radical (I a V) com sacrifício de supostas estruturas que estão invadidas.

Reconstrução: se tumor primário não necessitar mandibulectomia segmentar, admite-se: fechamento primário, rotação de retalhos locais, regionais ou livres para não haver fixação da língua e cobrir possível exposição óssea.

Se ressecção tumor primário necessitar mandibulectomia segmentar de arco central é necessária reconstrução com retalho microcirúrgico de fíbula ou retalho de musculo peitoral com costela.

C) Critérios para adjuvância:

Radioterapia:
Estádio pT3 e pT4
Margem comprometida
Invasão perineural
Invasão angiolinfática

Esvaziamento cervical > =pN2a

Quimioterapia associada:

Margens comprometidas

Extensão extra capsular linfonodal patológica

Imunoterapia: para estádios III e IVA, admite-se a imunoterapia neoadjuvante, cirurgia, radioterapia e imunoterapia adjuvante (protocolo Keynote 689)

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 2

Analise o caso clínico a seguir.

Paciente de 37 anos de idade, sexo feminino, com achado ocasional de lesão enegrecida em mucosa jugal com crescimento progressivo, sangrante, fez biópsia com dentista com resultado de melanoma invasivo.

A) Como é realizado o estadiamento desse paciente? Justifique sua resposta.

B) Qual abordagem terapêutica? Justifique sua resposta.

C) Quais são os critérios utilizados para adjuvância? Justifique sua resposta.

RESPOSTAS ESPERADAS

A) Os exames a serem solicitados são:

TC de pescoço, tórax, abdômen superior e RM de crânio para investigar metástases a distância. Admite-se a solicitação de pet scan, se disponível.
Justificativa: deve-se investigar o acometimento locoregional e a distância.

B) Considerar as seguintes situações:

Doença local: deve ser indicado ressecção com margens se a morbidade do tratamento for aceitável.

Doença regional: se metástases presentes no estadiamento deve ser indicado o esvaziamento terapêutico seguido de radioterapia adjuvante para melhora do controle locoregional.

Doença a distância: se metástases a distância: considerar tratamento sistêmico e tentativa de controle locoregional com morbidade aceitável. Neste caso de doença sistêmica, considerar tratamento com imunoterapia.

C) Os critérios para adjuvância são:

Local: se margens comprometidas de ressecção considerar radioterapia externa.
Regional: se pescoço positivo ao esvaziamento considerar radioterapia externa.
Sistêmica: se doença a distância, considerar imunoterapia adjuvante.

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 3

Analise o caso clínico a seguir.

Paciente de 72 anos de idade, sexo masculino, hipertenso, com antecedentes de carcinoma epidermoide de laringe glótico estadio inicial cT3N0 tratado com quimiorradioterapia há cerca de 8 meses. Evoluiu com desconforto respiratório, sendo submetido a traqueostomia de urgência e biópsia de lesão de laringe transglótica com resultado de CEC. No estadiamento, foi evidenciada lesão transglótica com extensa destruição de cartilagem em comissura anterior, sem adenomegalias associada. Tomografia de tórax sem lesões.

A) Qual é a abordagem terapêutica? Justifique sua resposta.

B) Quais os cuidados para reduzir risco de fístula faringo-cutânea?

RESPOSTAS ESPERADAS

A) Este paciente deve ser submetido a cirurgia de resgate por se tratar de uma lesão ressecável e tratamento com potencial curativo. A cirurgia recomendada é a laringectomia total. Assumindo que o pescoço é N0 pelo estadiamento atual, não é indicado esvaziamento cervical visto que este pescoço foi tratado com radioterapia e quimioterapia e que esvaziamento eletivo não se indica neste contexto e ajuda a evitar complicações fatais de sangramento associados a fístula faringocutânea pós operatória. Se o tumor tiver extensão subglótica, deve-se associar tireoidectomia ipsilateral e esvaziamento recorrencial.

B) Os pontos principais a serem citados são:

1. Otimização clínica e nutricional

- Correção de desnutrição.
- Correção de anemia.
- Controle de hipoalbuminemia.
- Suspensão do tabagismo quando possível.

A desnutrição é um dos principais fatores associados à formação de fístula.

2. Fechamento faríngeo sem tensão

- Boa vascularização dos tecidos.
- Sutura em múltiplos planos.
- Evitar tensão na linha de sutura.

3. Reforço com retalho vascularizado

Nos pacientes previamente irradiados, diversos estudos demonstram redução significativa da incidência de fístula com reforço profilático da faringe utilizando retalhos vascularizados de áreas não irradiadas, principalmente:

- retalho miocutâneo de peitoral maior;
- retalho livre (anterolateral da coxa, radial etc.), quando indicado.

Essa é uma das medidas com melhor evidência para reduzir fístulas em laringectomia de resgate.

4. Antibioticoprofilaxia adequada

Reduz infecção da ferida operatória, importante fator associado à deiscência.

5. Nutrição enteral

- Manutenção de sonda nasoenteral ou gastrostomia até adequada cicatrização.
- Introdução progressiva da dieta oral.

6. Cuidados locais

- Drenagem adequada.
- Controle de coleções.
- Vigilância precoce para sinais de deiscência.

Segundo a Lei nº 9.610/1998, reproduções de natureza não pedagógicas das questões desta prova estão proibidas.