AMRIGS
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL

ACM
Associação Catarinense de Medicina

AMMS
Associação Médica de Mato Grosso do Sul

EXAME 2017

RESIDÊNCIA COM PRÉ-REQUISITO: CIRURGIA TORÁCICA

Instruções

Leia atentamente e cumpra rigorosamente as instruções que seguem, pois elas são parte integrante das provas e das normas que regem o Exame AMRIGS, ACM e AMMS.

1. Atente-se aos avisos contidos no quadro da sala.

2. Seus pertences deverão ser armazenados dentro do saco plástico fornecido pelo fiscal. Somente devem permanecer em posse do candidato caneta de material transparente esferográfica de cor azul ou preta, lápis, documento de identidade, lanche e água, se houver. A utilização de qualquer material não permitido em edital é expressamente proibida, acarretando a imediata exclusão do candidato.

3. Verifique se o pré-requisito constante na capa deste caderno é aquele para o qual realizou a inscrição.

4. Cada questão oferece 5 (cinco) alternativas de respostas, representadas pelas letras A, B, C, D e E, sendo apenas 1 (uma) a resposta correta.

5. Será respeitado o tempo para realização da prova conforme previsto em edital, incluindo o preenchimento da grade de respostas.

6. Ao terminar a prova, o candidato entregará ao fiscal da sala a Grade de Respostas devidamente preenchida, a Pesquisa de Satisfação e a Prova, caso deixe o local de prova antes das 4h de início da prova.

7. Os candidatos que deixarem o local de provas antes do tempo previsto poderão levar consigo a capa da prova, que contém, no verso, um espaço para anotação dos gabaritos. Será disponibilizado no site da AMRIGS, ACM e AMMS a prova padrão.

8. Os dois últimos candidatos deverão retirar-se da sala de prova ao mesmo tempo, devendo assinar a Ata de Prova.

9. Nenhuma informação sobre o conteúdo das questões será dada pelo fiscal.

10. No caderno de prova, o candidato poderá rabiscar, riscar e calcular.

11. Os gabaritos preliminares da prova objetiva serão divulgados em data, horário e local descritos no Cronograma de Execução desse Exame.

12. Certifique-se de que este caderno contém 50 (cinquenta) questões. Caso contrário, solicite ao fiscal da sala a sua substituição.

Boa prova!

V2_31/10/201711:38:5
Controle de QUALIDADE Fundatec

Concursos Fundatec
ISO 9001:2008

A Fundatec utiliza papel com certificação florestal.

Espaço para anotação dos gabaritos

Questão	Gabarito	Questão	Gabarito
01		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	

Para responder as questões 01 e 02, considere o caso clínico abaixo:

Paciente de 25 anos do sexo feminino, procedente do nordeste do país, apresenta-se com queixa de disfagia lentamente progressiva para sólidos, regurgitação e perda de 5 quilos nos últimos 6 meses. Investigação complementar: Endoscopia digestiva alta com friabilidade e irritação de mucosa esofágica em toda extensão do corpo e dilatação do corpo esofágico. Esofagograma mostra dilatação do corpo esofágico em sua totalidade, com retardo do esvaziamento e achado de esôfago distal em "bico de pássaro".

QUESTÃO 01 – O provável diagnóstico dessa paciente, que será confirmado após manometria esofágica, é:

A) Neoplasia de esôfago.
B) Espasmo esofageano difuso.
C) Acalásia.
D) Esôfago em "quebra-nozes".
E) Motilidade Esofageana Ineficaz (MEI).

QUESTÃO 02 – Os achados mais prováveis na manometria esofágica dessa paciente são:

A) Hipertonia do esfíncter esofágico inferior e baixa amplitude de ondas peristálticas no corpo esofágico.
B) Hipotonia do esfíncter esofágico inferior e ondas de peristalse com alta amplitude.
C) Hipotonia do esfíncter esofágico superior com atonia do corpo do esôfago.
D) Relaxamento incompleto do esfíncter esofageano superior e baixa amplitude de ondas peristálticas no copo esofágico.
E) Alta amplitude e velocidade de condução de ondas no terço distal do corpo esofágico.

QUESTÃO 03 – Chega no seu consultório um paciente de 65 anos, do sexo masculino, morador da zona rural do estado, com queixa de hemoptise e perda de 5 quilos em 8 meses. Nega outros sintomas ou outras doenças. O exame físico é normal. A tomografia computadorizada de tórax demonstra uma lesão sólida, de 3,5 cm, com densidade de partes moles, em topografia de lobo superior direto, periférico, além de linfonodomegalias mediastinais (2 cm), em cadeia paratraqueal direita e subcarinal. O restante do exame não demonstra alterações. Tem bom status performance para ser submetido a uma cirurgia de grande porte, além de liberação cardiológica. A espirometria permite ressecção pulmonar (lobectomia). As tomografias de crânio e abdome são normais. Em relação ao caso, assinale a alternativa correta.

A) Trata-se, provavelmente, de uma neoplasia de sítio primário pulmonar, tipo pequenas células.
B) De acordo com 8 TNM, podemos afirmar que o estadiamento desse paciente é T2bN2M0.
C) Está indicada neste momento lobectomia superior direita por videotoracoscopia com linfadenectomia mediastinal.
D) O diagnóstico mais provável é tuberculose.
E) O caso acima tem indicação de estadiamento invasivo do mediastino, com ultrassom endobrônquico.

QUESTÃO 04 – De acordo com o Guideline da *Fleischner Society*, publicado em 2017, para manejo de nódulos pulmonares, assinale a alternativa INCORRETA.

A) Em achado incidental de nódulo de 8 mm, em paciente de baixo risco, está indicado seguimento tomográfico.
B) Achado de nódulo único parcialmente sólido de 5 mm em paciente de baixo risco, não tem indicação de acompanhamento tomográfico.
C) Tomografia computadorizada de controle em três a seis meses está indicada em pacientes com múltiplos nódulos sólidos de 7 mm.
D) Nódulo de 1 cm, sólido, tem indicação de tomografia de controle em 3 meses ou biópsia.
E) Nódulo de 4 mm em vidro fosco em paciente de alto risco tem indicação de biópsia.

QUESTÃO 05 – De acordo com o Guideline publicado em 2015 pela Sociedade Europeia dos Cirurgiões Torácicos (ESTS), sobre estadiamento invasivo do mediastino, em relação ao ultrassom endobrônquico, assinale a alternativa INCORRETA.

A) O ultrassom endobrônquico com biópsia por aspiração dos linfonodos mediastinais (EBUS-TBNA) tem indicação no estadiamento linfonodal do mediastino, em pacientes com provável ou confirmado tumor não pequenas células de pulmão, com linfonodos anormais na tomografia de tórax.
B) Uma completa avaliação de linfonodos hilares ou mediastinais realizada por EBUS-TBNA em pacientes com alteração linfonodal vista na tomografia de tórax, deve analisar amostragem de, pelo menos, três estações mediastinais diferentes.
C) EBUS-TBNA está indicada em estadiamento mediastinal de pacientes com lesões centrais malignas tipo não pequenas células e linfonodos de tamanho normais na tomografia de tórax.
D) EBUS-TBNA pode ser utilizado para reestadiamento do mediastino após quimioterapia neoadjuvante.
E) Em pacientes com provável ou confirmada neoplasia não pequenas células, sem aparente envolvimento mediastinal na TC ou PET-CT, o EBUS-TBNA pode substituir a mediastinoscopia em resultado positivo ou negativo.

QUESTÃO 06 – Um paciente de 59 anos previamente hígido, tabagista ativo desde os 16 anos, alta carga tabágica, assintomático, foi encaminhado ao cirurgião torácico devido a achado ocasional de nódulo pulmonar. A tomografia computadorizada de tórax evidencia um nódulo único em vidro fosco de 1,2 cm, localizado no segmento superior do lobo inferior do pulmão direito. De acordo com o Guideline da *Fleischner Society*, publicado em 2017, assinale a alternativa correta.

A) Não é necessário seguimento tomográfico.
B) Está indicada tomografia computadorizada em 6 a 12 meses. Se crescimento ou surgimento de componente sólido, considerar ressecção.
C) Está indicada biópsia guiada por tomografia.
D) Está indicado seguimento tomográfico em 3, 6 e 12 meses, para confirmar persistência e, após, semestralmente.
E) Está indicada, nesse momento, lobectomia inferior direita por videotoracoscopia.

QUESTÃO 07 – Em relação à drenagem linfática do tórax, assinale a alternativa INCORRETA.

A) O ducto torácico é situado entre a veia ázigos e a aorta torácica descendente.
B) Aproximadamente no nível da quarta vértebra torácica, o ducto cruza a linha média para a esquerda.
C) O ducto torácico entra no tórax pelo diafragma através do hiato aórtico.
D) O limite superior do ducto torácico é a artéria subclávia direita.
E) O ducto torácico se inicia na cisterna do quilo, estrutura abdominal que drena os vasos linfáticos das extremidades inferiores, pelve e intestino.

QUESTÃO 08 – Em relação ao estadiamento e tratamento do câncer de pulmão, assinale a alternativa INCORRETA.

A) O sistema TNM tem critérios que permitem avaliar a extensão anatômica da doença e, a partir daí, associar esses dados à terapêutica e à sobrevida.
B) Atualmente, estadiamento do mediastino em pacientes com câncer de pulmão é a principal indicação do EUS (ultrassom esofágico) e EBUS (ultrassom endobrônquico).
C) O PET-CT apresenta mais alta sensibilidade e especificidade quando comparado à tomografia de tórax, para detecção de doença metastática.
D) A lobectomia por videotoracoscopia (VATS) apresenta melhores resultados oncológicos em relação à sobrevida e tempo livre de doença, quando comparada à lobectomia por toracotomia.
E) A proposta da classificação do estágio tumoral através do TNM é ter uma nomenclatura padrão em relação à extensão da doença.

QUESTÃO 09 – Um paciente do sexo masculino, de 34 anos, procurou atendimento após diagnóstico ocasional de uma massa de 5 cm localizada no mediastino anterior, após a realização de raio-X de tórax, motivado por um episódio gripal. Apresenta astenia progressiva, mas nunca investigou. Refere episódios de diplopia eventual. A tomografia de tórax confirma uma massa sólida de 5 cm, bem delimitada, localizada no mediastino anterossuperior. Diante do caso, assinale a alternativa correta.

A) A investigação deverá incluir testes farmacológicos com drogas anticolinesterásicas, eletromiografia e titulação de IgG anti-RAc.
B) Nesse caso, a timectomia precoce não está indicada, pois não se comprovou efeito favorável da timectomia sobre a doença.
C) Diante do quadro clínico de fraqueza muscular generalizada associada à diplopia, deve ser investigado teratoma de mediastino.
D) As vias de acesso para a timectomia incluem a esternotomia mediana e a cervicoesternotomia, sendo que o acesso por videotoracoscopia (VATS) com ou sem cervicotomia está contraindicado.
E) O diagnóstico provável é tumor neurogênico de mediastino.

QUESTÃO 10 – Um paciente de 41 anos, do sexo masculino, chega na emergência com quadro de infecção respiratória. Você é chamado para avaliá-lo, pois o raio-X de tórax revelou alargamento mediastinal. A tomografia de tórax evidencia uma massa de aproximadamente 4 cm no mediastino anterior, sem invasão de estruturas adjacentes. A punção orientada por tomografia comprova ser um timoma. Assinale a alternativa correta.

A) O timoma é o tumor mais comum do mediastino anterior.
B) O estadiamento de Masaoka não é um bom preditor de sobrevida.
C) O estadiamento proposto por Masaoka é baseado no tamanho do tumor e no grau de diferenciação celular.
D) O tratamento adequado para este paciente é quimio e radioterapia.
E) A cirurgia denominada timectomia em tumores menores de 5 cm devem ser realizadas por cervicotomia seguida de esternotomia mediana.

QUESTÃO 11 – Paciente do sexo feminino, de 59 anos, ex-tabagista, apresenta quadro de hemoptise, tosse e perda ponderal, há 32 meses, o que motivou investigação. A tomografia computadorizada de tórax mostrou nódulo pulmonar sólido, periférico, em lobo superior direito, de 2,1 x 1,9 cm e linfonodomegalia hilar ipsilateral (linfonodo 10R), além de linfonodos aumentados, no mediastino. Biópsia transparietal guiada por tomografia confirmou ser um carcinoma pequenas células, confirmado pela imuno-histoquímica. PET-CT mostrou captação em nódulo pulmonar com SUV de 4, além de captação nos linfonodos mediastinais e lesão hipercaptante em adrenal, ipsilateral. Apresenta boa reserva cardiopulmonar, com uma espirometria mostrando um VeF1 de 2 litros. RNM de crânio normal. Sem alterações na avaliação cardiológica, encontrando-se apta para ressecção cirúrgica (lobectomia). Foi realizada mediastinoscopia cervical que mostrou acometimento neoplásico nos linfonodos da cadeia 4D (paratraqueal direto) e 7 (subcarinal). Diante desse caso, assinale a alternativa correta.

A) A SIADH é a síndrome paraneoplásica mais comum associada ao tumor pequenas células e tipicamente apresenta hipernatremia junto com baixa osmolaridade urinária.
B) Na análise imuno-histoquímica, esperamos a expressão de marcadores tais como a cromogranina, sinaptofisina e moléculas de adesão de células neurais.
C) Essa paciente tem indicação lobectomia superior direita e linfadenectomia mediastinal seguida de quimio e radioterapia sistêmicas.
D) O subtipo pequenas células apresenta melhor prognóstico quando comparado ao adenocarcinoma de pulmão.
E) O subtipo pequenas células tem a maior prevalência na população, em geral, em relação aos outros subtipos.

QUESTÃO 12 – De acordo com a 8ª edição do estadiamento do câncer de pulmão e com a classificação TNM, vigente desde janeiro de 2017, assinale a alternativa correta.

A) A invasão do brônquio principal é classificada como T2a.
B) Atelectasia por obstrução tumoral que se estende ao hilo é classificada como T4.
C) Envolvimento do diafragma é considerado T2b.
D) T3 é definido como tumor entre 4 e 5 cm no seu maior diâmetro.
E) Envolvimento do mediastino é classificado como T2a.

QUESTÃO 13 – A classificação por estadiamento providencia uma nomenclatura sobre a extensão anatômica do câncer. Em janeiro de 2017 entrou em vigor a oitava edição do estadiamento do câncer de pulmão. Em relação a essa classificação, assinale a alternativa correta.

A) A taxa de sobrevida é semelhante em pacientes com estadiamento patológico com única ou múltiplas estações linfonodais N1 ou N2 acometidas.
B) O conceito de carcinoma minimamente invasivo é um componente invasivo menor de 1 cm e um componente lipídico (não invasivo) menor de 2 mm.
C) É recomendado que pelo menos 6 linfonados sejam removidos durante a ressecção cirúrgica, sendo três da estação N1 e três da estação N2.
D) Tumores multifocais vidro fosco ou crescimento lipídico apresentam alta taxa de metástases extratorácicas.
E) O componente "M" (metástase) da 8ª classificação TNM é semelhante à classificação anterior (7ª classificação).

QUESTÃO 14 – Em relação a indicação do transplante de pulmão em pacientes portadores de enfisema de pulmão, assinale a alternativa INCORRETA.

A) Enfisema idiopático e deficiência de alfa-1 antitripsina, juntos, são uma indicação muito comum de transplante de pulmão.
B) O paciente eleito para essa cirurgia é o paciente cujo risco de morte pela doença é maior que o risco de complicações cirúrgicas.
C) A sobrevida é semelhante em pacientes que fazem transplante pulmonar bilateral nessa condição, quando comparados aos pacientes que realizam transplante unilateral.
D) A função pulmonar em pacientes enfisematosos que realizam transplante de pulmão melhora consideravelmente, assim como a tolerância a exercícios físicos.
E) A falta de doadores é um dos maiores problemas enfrentados por serviços de transplante pulmonar.

QUESTÃO 15 – As alternativas abaixo são indicações de manometria esofágica, EXCETO:

A) Avaliação de doença do refluxo gastroesofágico.
B) Avaliação de dor torácica de origem não cardíaca.
C) Exclusão de envolvimento esofágico em doenças sistêmicas.
D) Avaliação da altura do esfíncter esofageano inferior para posicionamento da sonda de impedâncio-PHmetria.
E) Avaliação de dor abdominal em paciente com endoscopia digestiva alta normal.

QUESTÃO 16 – O transplante pulmonar é uma opção de tratamento de diversas doenças pulmonares. Dentre os critérios de seleção para o transplante pulmonar, assinale a alternativa INCORRETA.

A) Doença pulmonar avançada.
B) Terapia medicamentosa ineficiente.
C) Expectativa de vida limitada.
D) Estágio nutricional aceitável.
E) Adequada função cardíaca com doença coronariana severa.

QUESTÃO 17 – Assinale a alternativa correta em relação às deformidades congênitas da parede torácica.

A) O *pectus carinatum* é a deformidade mais comum da parede torácica anterior.
B) As implicações fisiológicas relacionadas às deformidades da parede torácica são as principais causas de indicação cirúrgica dessa patologia.
C) É mais comum em mulheres em relação a homens, em uma proporção 4:1.
D) Descartadas doenças associadas, a cirurgia perde a indicação, pois trata-se de uma questão estética.
E) A ausência da musculatura peitoral maior e menor, associada à sindactilia, é característica da síndrome de Poland.

QUESTÃO 18 – Uma paciente de 21 anos, procedente do interior do Rio Grande do Sul, apresenta-se com queixa de perda de 5 quilos em 3 meses, dispneia, tosse e dor torácica à direita, ventilatório-dependente. O raio-X de tórax mostra espessamento pleural à direita. A tomografia computadorizada de tórax mostra espessamento da pleura à direita. Após pleuroscopia com biópsia de pleura, define-se o diagnóstico de mesotemioma de pleura. Essa paciente provavelmente apresentou exposição ocupacional a:

A) Asbesto.
B) Selênio.
C) Sódio.
D) Carvão.
E) Mercúrio.

QUESTÃO 19 – Um paciente de 25 anos chega na emergência com dispneia e estridor. É previamente hígido, porém refere ter realizado diversas intervenções cirúrgicas há cerca de 1 ano devido a uma apendicite complicada com abscesso e reintervenções para lavagem da cavidade abdominal. Recentemente, procurou a UPA onde foi prescrito broncodilatadores, porém o paciente apresenta piora progressiva dos sintomas. A provável hipótese diagnóstica é:

A) Obstrução brônquica por aspiração de corpo estranho.
B) Neoplasia brônquica.
C) Asma intermitente.
D) Estenose traqueal.
E) Tuberculose pulmonar.

QUESTÃO 20 – Em relação à ECMO (Membrana de Oxigenação Extracorpórea), analise as assertivas abaixo:

I. Não está indicada como terapia de ponte para transplante de pulmão.
II. A canulação VV (venovenosa) é indicada em casos de choque cardiogênico.
III. É uma alternativa para pacientes em insuficiência respiratória com retenção de CO2.

Quais estão corretas?

A) Apenas I.
B) Apenas II.
C) Apenas III.
D) Apenas II e III.
E) I, II e III.

QUESTÃO 21 – Analise as seguintes assertivas em relação à apresentação de um derrame pleural volumoso recidivante, verificando os fatores que devem aumentar a suspeita de etiologia neoplásica:

I. Derrame pleural à direita.
II. Derrame pleural bilateral.
III. Derrame volumoso e ausência de febre.

Quais estão corretas?

A) Apenas I.
B) Apenas II.
C) Apenas III.
D) Apenas I e II.
E) I, II e III.

QUESTÃO 22 – Paciente submetido a uma pneumonectomia recente, consulta na emergência com tosse, dispneia e expectoração hemática. O raio-X mostra aumento da câmera aérea. Analise as seguintes hipóteses diagnósticas:

I. Pneumonia bacteriana.
II. Tromboembolismo pulmonar.
III. Hemotórax.
IV. Fístula brônquica.

Quais estão corretas?

A) Apenas I.
B) Apenas IV.
C) Apenas I e II.
D) Apenas III e IV.
E) I, II, III e IV.

QUESTÃO 23 – Paciente com história de ressecção do pulmão direito por sequela de tuberculose. Vinte dias após a alta hospitalar volta à emergência com queixa de tosse e expectoração hemática. O raio-X de tórax evidencia aumento da câmara aérea em comparação ao raio-X da alta hospitalar. Analise as seguintes assertivas em relação à conduta mais importante nesse momento:

I. Passagem de um tubo orotraqueal.
II. Deitar o paciente em decúbito lateral com o lado da pneumonectomia elevado.
III. Tomografia com contraste.
IV. Drenagem pleural.
V. Fibrobroncoscopia.

Quais estão corretas?

A) Apenas I.
B) Apenas II.
C) Apenas III.
D) Apenas IV.
E) Apenas V.

QUESTÃO 24 – Em relação ao câncer de pulmão, analise as seguintes assertivas:

I. A mortalidade por câncer de pulmão vem reduzindo nos últimos anos.
II. No paciente tabagista, a história de exposição ao asbesto aumenta o risco de câncer de pulmão.
III. Nos dias atuais, o tipo histológico adenocarcinoma é o mais frequente.

Quais estão corretas?

A) Apenas I.
B) Apenas II.
C) Apenas III.
D) Apenas I e II.
E) I, II e III.

QUESTÃO 25 – Considere um paciente com diagnóstico de carcinoma brônquico, a queixa de rouquidão é sugestiva de:

I. Derrame pleural.
II. Envolvimento linfonodal.
III. Metástase cerebral.

Quais estão corretas?

A) Apenas I.
B) Apenas II.
C) Apenas III.
D) Apenas I e II.
E) I, II e III.

QUESTÃO 26 – Em relação às lesões congênitas do pulmão, analise as seguintes assertivas:

I. O enfisema lobar congênito costuma afetar mais frequentemente os lobos superiores.
II. A sequestração pulmonar é mais comum à esquerda.
III. A forma de sequestração extralobar está mais frequentemente associada a outras formas de má formação congênita.
IV. Em geral, a artéria anômala na sequestração pulmonar tem origem da aorta abdominal.

Quais estão corretas?

A) Apenas I.
B) Apenas III.
C) Apenas IV.
D) Apenas I e II.
E) I, II, III e IV.

QUESTÃO 27 – Em relação ao paciente enfisematoso, analise as seguintes assertivas, verificando se sugerem um bom candidato para cirurgia redutora de volume pulmonar:

I. Enfisema de apresentação heterogênea.
II. Espirometria com VEF1 menor do que 20%.
III. Paciente apresentando áreas de bronquiectasias.

Quais estão corretas?

A) Apenas I.
B) Apenas II.
C) Apenas III.
D) Apenas I e II.
E) I, II e III.

QUESTÃO 28 – No tratamento da neoplasia pulmonar, analise as seguintes assertivas sobre o papel atual da videotoracoscopia:

I. É utilizada apenas no estadiamento oncológico.
II. Tem papel importante nos procedimentos paliativos.
III. Não é bem tolerada em pacientes idosos.

Quais estão INCORRETAS?

A) Apenas I.
B) Apenas II.
C) Apenas III.
D) Apenas I e II.
E) I, II e III.

QUESTÃO 29 – De acordo com os Guidelines atuais, analise as seguintes assertivas verificando em que situação um paciente com neoplasia pulmonar está dentro de protocolo para tratamento cirúrgico:

I. Lesão maior do que 9 cm.
II. Envolvimento de mais de um dos lobos pulmonares.
III. Presença de um segundo nódulo no mesmo lobo.
IV. Obstrução de um brônquio lobar por tumor.

Quais estão corretas?

A) Apenas I.
B) Apenas III.
C) Apenas IV.
D) Apenas I e II.
E) I, II, III e IV.

QUESTÃO 30 – Em relação aos tumores de mediastino, analise as seguintes assertivas:

I. A biópsia prévia a ressecção deve ser sempre realizada, mesmo em tumores bem delimitados.
II. Na suspeita de tumor germinativo do mediastino, a elevação de alfa-fetoproteína e B-HCGA é um indicativo de melhor prognóstico.
III. Os timomas são mais frequentes a partir dos 40 anos.

Quais estão INCORRETAS?

A) Apenas I.
B) Apenas II.
C) Apenas III.
D) Apenas I e II.
E) I, II e III.

QUESTÃO 31 – Em relação à neoplasia pulmonar, analise as seguintes apresentações, verificando se se relacionam a um estágio mais avançado:

I. Lesão com invasão de parede torácica.
II. Presença de linfonodos mediastinais contralaterais.
III. Tumor com mais de 7 cm.

Quais estão corretas?

A) Apenas I.
B) Apenas II.
C) Apenas III.
D) Apenas I e II.
E) I, II e III.

QUESTÃO 32 – Em relação ao derrame pleural, analise as seguintes assertivas:

I. A medida do ph > 7,4 é indicativo de complicação.
II. A toracocentese deve ser sempre acompanhada da biópsia pleural.
III. Um derrame pleural volumoso deve ser drenado lentamente por risco de edema pulmonar de reexpansão.
IV. O derrame pleural tuberculoso é, em geral, bilateral.

Quais estão corretas?

A) Apenas I.
B) Apenas III.
C) Apenas IV.
D) Apenas I e II.
E) I, II, III e IV.

QUESTÃO 33 – Paciente vítima recente de politrauma, durante o qual ficou 3 dias em ventilação, vem à emergência agitado, com queixa de dispneia importante. Ao exame, percebe-se estridor e esforço inspiratório. Analise as seguintes condutas:

I. Angiotomografia para descartar tromboembolismo pulmonar.
II. Nebulização com broncodilatadores.
III. Broncoscopia e possível dilatação.

Quais estão corretas?

A) Apenas I.
B) Apenas II.
C) Apenas III.
D) Apenas I e II.
E) I, II e III.

QUESTÃO 34 – Qual dos achados abaixo NÃO é esperado no derrame pleural de etiologia tuberculosa?

A) Predomínio de linfócitos na citologia.
B) Nivel de glicose no líquido pleural em níveis <60 mg/dL.
C) Derrame pleural bilateral.
D) Adenosina deaminase (ADA) em níveis > 35U/L.
E) Proteína em nível acima de 4.0 g/dL.

QUESTÃO 35 – Em relação ao tratamento do pneumotórax, analise as seguintes assertivas:

I. Pacientes em ventilação mecânica devem ser drenados, independentemente do tamanho do pneumotórax.
II. O pneumotórax espontâneo secundário deve ser manejado de forma conservadora, evitando-se a drenagem pleural.
III. O pneumotórax espontâneo primário é mais comum em indivíduos jovens e longilíneos.

Quais estão corretas?

A) Apenas I.
B) Apenas II.
C) Apenas III.
D) Apenas I e III.
E) I, II e III.

QUESTÃO 36 – Um paciente tem diagnóstico de neoplasia pulmonar no lobo superior direito por punção transtorácica. Foi solicitado um PET CT, que mostrou captação em linfonodos mediastinais. Analise as seguintes assertivas em relação ao caso clínico:

I. É necessário biopsiar estes linfonodos para comprovar a presença de neoplasia.
II. A ecobroncoscopia – EBUS – é uma boa alternativa como método diagnóstico na avaliação dos linfonodos mediastinais.
III. O PET CT pode ser falso positivo na presença de doenças inflamatórias.

Quais estão corretas?

A) Apenas I.
B) Apenas II.
C) Apenas III.
D) Apenas I e II.
E) I, II e III.

QUESTÃO 37 – Na avaliação dos pacientes para inclusão em lista de espera para transplante pulmonar, qual das seguintes situações é contraindicada a inclusão?

A) Enfisema avançado, com volume expiratório forçado (VEF1) abaixo de 20%.
B) Fibrose pulmonar idiopática com necessidade de uso de oxigênio contínuo e capacidade vital forçada (CVF) <70%.
C) Idade acima dos 60 anos.
D) História de ressecção de uma neoplasia de rim há 1 ano e meio.
E) Diagnóstico de fibrose cística com colonização por *Pseudomonas aeruginosa*.

QUESTÃO 38 – Em relação aos pacientes com diagnóstico de Miastenia Gravis, assinale a alternativa INCORRETA.

A) O uso de imunoterapia é frequente no tratamento da Miastenia.
B) Os anticolinesterásicos são medicamentos utilizados como primeira linha no tratamento.
C) A timectomia tem papel no tratamento da Miastenia, mesmo em pacientes sem diagnóstico de timomas.
D) A plasmaferese e imunoglobulinas são as alternativas nos pacientes com exacerbação do quadro de Miastenia.
E) No paciente com crise miastênica, a cirurgia de urgência para ressecção do timo é a melhor escolha de tratamento.

QUESTÃO 39 – Qual das malformações congênitas do pulmão e/ou diafragma citadas abaixo, está relacionada com a realização de procedimento intrauterino e colocação de balão intratraqueal?

A) Malformação adenomatoide cística.
B) Hérnia diafragmática (Bochdalek).
C) Sequestro pulmonar.
D) Enfisema lobar congênito.
E) Paralisia diafragmática congênita.

QUESTÃO 40 – Em relação à broncoscopia rígida em pacientes, assinale a alternativa que NÃO é uma indicação terapêutica.

A) Retirada de corpo estranho.
B) Dilatação de estenoses brônquicas e traqueais.
C) Aspiração de tampões brônquicos.
D) Desobstrução de traqueobroncomalácia.
E) Ressecção de papilomas endobrônquicos.

QUESTÃO 41 – Quais das seguintes complicações NÃO está relacionada a broncoscopia flexível pediátrica?

A) Bradicardia.
B) Trauma de orofaringe.
C) Epistaxe.
D) Hipoxia.
E) Laringospasmo.

QUESTÃO 42 – Em relação aos derrames pleurais infecciosos, assinale a alternativa INCORRETA.

A) Derrames pleurais infecciosos são geralmente de origem parapneumônica, no entanto, eles também podem ter outras causas, tais como cirurgia, trauma ou perfuração esofágica.
B) Um derrame pleural é chamado de empiema quando se apresenta como um líquido espesso, altamente viscoso, amarelo-esbranquiçado, opaco e turvo (pus).
C) A drenagem pleural deve ser o tratamento de escolha para os derrames pleurais parapneumônicos volumosos (maiores que a metade do hemitórax) ou que se apresentem com Gram ou cultura positivos ou pH < 7,2, e no empiema franco.
D) A drenagem aberta, sem selo d'água, está indicada nos casos de pacientes muito debilitados e com empiemas crônicos (usualmente sem resolução após 30 dias de tratamento) que não suportam procedimentos mais agressivos.
E) A toracocentese terapêutica é a forma menos invasiva de tratamento do derrame pleural parapneumônico. Embora alguns estudos indiquem sucesso em 25% a 94% dos casos no tratamento do empiema, a tendência é seguir a recomendação de se considerar a toracocentese somente nos pacientes com derrames menores que a metade do hemitórax, com Gram e cultura positivos e pH > 7,2.

QUESTÃO 43 – Considere um paciente portador de adenocarcinoma de pulmão com 3,5 cm de diâmetro no lobo superior direito, cuja Tomografia Computadorizada por emissão de pósitrons (PET/TC) mostra aumento da atividade metabólica na lesão do lobo superior direito, linfonodos mediastinais e ausência de outro sítio com atividade metabólica aumentada. Realizada medistinoscopia cervical que mostra acometimento por adenocarcinoma das estações linfonodais paratraqueal inferior direita (4D), subcarinal (7) e paratraqueal inferior esquerda (4E). De acordo com a 8ª edição do TNM para câncer de pulmão, esse paciente encontra-se em estágio:

A) IB (T2aN0M0).
B) IIB (T2aN1M0).
C) IIIA (T2aN2M0).
D) IIIB (T2aN3M0).
E) IVA (T2aN3M1a).

QUESTÃO 44 – Paciente feminina, 45 anos, em boas condições clínicas, com história de colectomia por carcinoma de cólon transverso há 2 anos, estadiamento T3N2M0 seguido por quimioterapia. Chega ao consultório de seu médico com dispneia de progressiva, tosse seca e dor torácica à direta. Raio-X de tórax mostra opacidade quase completa em hemitórax direito. O médico realiza uma toracocentese diagnóstica e de alívio, sendo retirados 2.500 ml de líquido amarelo-citrino. Também foi realizada biópsia pleural em que foram coletados 5 fragmentos. Raio-X de tórax após toracocentese mostra diminuição da opacidade pleural e é possível verificar pulmão adequadamente expandido. Citopatológico foi positivo para células malignas. O diagnóstico anatomopatológico foi compatível metástase de adenocarcinoma de cólon. Qual a conduta mais efetiva para tratamento do derrame pleural nesse caso?

A) Observar, caso haja aumento do derrame, realizar nova toracocentese de alívio.
B) Drenagem torácica para alívio.
C) Drenagem torácica e pleurodese com tetraciclina pelo dreno torácico.
D) Videotoracoscopia com pleurodese por aspersão de talco.
E) Toracotomia e pleurectomia.

QUESTÃO 45 – No transporte de um paciente, com diagnóstico de pneumotórax hipertensivo, em drenagem de tórax com frasco de selo d'água, de um pronto atendimento externo ao hospital (transporte previsto para durar 15 minutos) até a emergência hospitalar, dentre os cuidados com o sistema de drenagem, incluem-se:

A) Desprezar a água do frasco de drenagem e manter o frasco seco até a chegada ao hospital.
B) Atentar para o padrão respiratório do paciente e clampear a extensão do dreno, evitando o retorno do líquido ao tórax.
C) Clampear a extensão do dreno próximo ao tórax e manter o frasco abaixo do ponto de inserção de drenagem.
D) Manter o sistema de drenagem não clampeado, o frasco abaixo da inserção do dreno e observar os sinais e sintomas de insuficiência respiratória e a oscilação do dreno.
E) Trocar a água do frasco de drenagem e transportá-lo acima do tórax do paciente, evitando queda e possível tracionamento.

QUESTÃO 46 – Considere os seguintes casos clínicos:

Caso 1 – Paciente masculino, 22 anos, trazido pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência após briga em um bar, vítima de um ferimento por arma branca na região paraesternal esquerda no 6º espaço intercostal e outro ferimento logo abaixo do mamilo direito. Chega à emergência do hospital em ventilação mecânica, após IOT realizada por quadro de dificuldade ventilatória e rebaixamento do nível de consciência na cena, com drenagem torácica bilateral. Ao exame: frequência cardíaca de 120 bpm, PA 80x40mmHg, Sat 99%; Exame cardiovascular: presença de turgência jugular, ausculta cardíaca com ritmo regular, 2 tempos, bulhas cardíacas hipofonéticas, sem sopros; Exame pulmonar: murmúrio vesicular regularmente distribuído, sem ruídos adventícios; Dreno de tórax direito – oscilando sem escape 200 ml de sangue; Dreno de tórax esquerdo – oscilando com escape aéreo e 500 ml de sangue; Exame abdominal: sem particularidades; Após 3 minutos da chegada ao hospital, paciente evolui com parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso (AESP).

Caso 2 – Paciente masculino, 47 anos, trabalhador da construção civil, trazido pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência após queda de nível, aproximadamente 5 metros, com impacto dorsal contra o solo. Chega à emergência do hospital em ventilação espontânea com dreno de tórax à direita que foi realizado pelo médico socorrista na cena, devido enfisema subcutâneo no hemitórax direito e base cervical. Ao Exame: frequência cardíaca 78 bpm, PA 120x90 mmHg, Sat 91% com máscara de venturi 50%; Exame cardiovascular: ausculta cardíaca com ritmo regular, 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros; Exame pulmonar: murmúrio vesicular abolido à direita, com sopro tubário à direita. Presença de enfisema subcutâneo no hemitórax direito, pescoço e face; Dreno de tórax: oscilando com escape aéreo durante o movimento expiratório do paciente e 400 ml de sangue; Exame abdominal: abdome flácido, sem dor à palpação, ruídos presentes; Raio-X de tórax realizado na sala de trauma mostra dreno de tórax bem posicionado, presença de fratura do 4º ao 9º arco costal posterior direito, pulmão direito colapsado e pulmão esquerdo normal, presença de enfisema subcutâneo em hemitórax direito, pescoço, enfisema mediastinal e área cardíaca normal.

Em relação aos referidos casos, analise as seguintes assertivas:

I. A causa mais provável da parada cardiorrespiratória do paciente no caso 1 é tamponamento cardíaco, decorrente de lesão cardíaca, sendo estatisticamente o ventrículo esquerdo a câmara mais acometida com a cinemática de trauma descrita.
II. No caso 1, após iniciada manobras de ressuscitação cardiopulmonar, existe indicação de toracotomia de reanimação na sala de emergência.
III. No caso 2, está indicada a realização de broncoscopia pela possível lesão de traqueia e/ou brônquios de grosso calibre, sendo a ruptura do brônquio fonte direito, a principal lesão vista com o mecanismo de trauma descrito.
IV. No caso 2, como houve saída de hemotórax pelo dreno, a provável causa do colapso pulmonar decorre de laceração do parênquima, estando indicada a colocação do dreno de tórax em aspiração e observação clínica.

Quais estão corretas?

A) Apenas I e III.
B) Apenas II e III.
C) Apenas II e IV.
D) Apenas I, II e III.
E) Apenas I, II e IV.

QUESTÃO 47 – Paciente feminina, 37 anos, interna na emergência com quadro de tosse produtiva, dispneia, dor ventilatório dependente, confusão mental, taquipneia (FR 35 i.r.p.m.) hipotensão (PA 80 x 50 mmHg) e febre (Tax 39°C). Exames da admissão mostravam hemoglobina 12,5, leucócitos 14000 com 10 % de bastões, creatinina 1,37, uréia 70, raio-X com consolidação de LID, pequeno derrame pleural. Iniciado manejo conforme protocolo de tratamento de pneumonia adquirida na comunidade, apresentando estabilização clínica e melhora. No sexto dia de evolução, apresenta sinais de infecção não controlada, novo raio-X mostra opacidade do 1/2 inferior do hemitórax à direita com parábola de Damoiseau, incidência de Hjelm-Laurell mostra opacidade homogênea que acompanha o gradil costal lateral, com 5 cm de espessura. Realizada toracocentese diagnóstica que mostrou: Ph 7,0, DHL 380UI/L (DHL Soro 400UI/L), glicose 45 g/dL, proteína 3,0 g/dL (Proteínas Soro 7,3g/dL), predomínio neutrofílico, Raio-X de controle mostrou persistência do derrame pleural e ausência de pneumotórax. Sobre o manejo do derrame pleural em questão, analise as seguintes assertivas:

I. Por tratar-se de derrame pleural exsudativo parapneumônico não complicado, a evacuação completa do derrame com nova toracocentese evacuatória é o tratamento indicado.
II. Toracostomia tubular com drenagem pleural fechada deverá ser realizada imediatamente.
III. É mandatória a indicação de videotoracoscopia, pois os exames indicam a presença de derrame pleural loculado.

Quais estão corretas?

A) Apenas I.
B) Apenas II.
C) Apenas III.
D) Apenas II e III.
E) I, II e III.

QUESTÃO 48 – Pneumotórax é a condição clínica definida como a presença de ar na cavidade pleural. Normalmente se manifesta com quadro clínico de dispneia acompanhada de dor torácica. Sua apresentação pode variar de quadros oligossintomáticos até quadros graves com risco de morte imediata se não tratados imediatamente. Analise as seguintes assertivas sobre pneumotórax:

I. O pneumotórax espontâneo primário, geralmente, acomete pacientes jovens, sem doença pulmonar sobrejacente e sua fisiopatologia envolve a ruptura de "blebs" subpleurais.
II. Pacientes com pneumotórax menores que 3 cm (distância medida entre o ápice do estreito torácico e a ponto mais cranial do pulmão) ao raio-X de tórax em PA, devem ser submetidos a tratamento conservador.
III. Pacientes com pneumotórax espontâneo primário maior que 3 cm (distância medida entre o ápice do estreito torácico e a ponto mais cranial do pulmão) ao raio-X de tórax em PA, que estejam estáveis, devem ser submetidos à aspiração com agulha inicialmente.
IV. O pneumotórax catamenial é uma condição rara, que acomete indivíduos do sexo feminino, causada pela presença de focos de endometriose intratorácica, que podem ser identificados durante a realização de toracoscopia para tratamento de recorrência do pneumotórax.
V. A linfangioleiomiomatose é uma desordem multissistêmica rara, considerada uma neoplasia de baixo grau, pertencente à família das neoplasias com diferenciação epitelioide perivascular, que frequentemente acomete mulheres e afeta o pulmão. Pode ser causadora de pneumotórax recorrente.

Quais estão corretas?

A) Apenas II e III.
B) Apenas I, II e IV.
C) Apenas I, II, IV e V.
D) Apenas I, III, IV e V.
E) I, II, III, IV e V.

QUESTÃO 49 – Sobre quilotórax, é INCORRETO afirmar que:

A) No diagnóstico dessa condição, a análise do líquido pleural exibe um exsudato linfocítico de aspecto leitoso, com dosagem de triglicerídeos acima de 110 mg/dL.
B) O tratamento inicial de um quilotórax consiste em drenagem por tubo de toracostomia (inserção de um dreno torácico) para reexpansão pulmonar completa e medidas de suporte, como dieta com baixo teor de gordura ou dieta livre de gordura, suplementada por triglicérides de cadeia média e reposição de líquidos, eletrólitos e nutrientes.
C) É comum a transformação do quilotórax em empiema pleural, pois o líquido que extravasa do ducto torácico é rico em gorduras (substrato para crescimento bacteriano) e pobre em imunoglobulinas.
D) A lesão inadvertida do ducto torácico durante cirurgias torácicas, como esofagectomia, ressecções pulmonares com linfadenectomia mediastinal e correção de cardiopatia congênita, é a principal causa de quilotórax traumático, sendo na maioria dos casos necessária a ligadura cirúrgica do ducto para o seu tratamento.
E) A causa mais comum de quilotórax não traumático são as malignidades mediastinais, sendo o tratamento da doença de base, medida importante na terapêutica dessa condição.

QUESTÃO 50 – Considere o seguinte caso clínico: Homem de 25 anos, branco, foi admitido no hospital com queixa de dor torácica em hemitórax esquerdo e febre. Referia ferimento por arma branca no hemitórax esquerdo há trinta dias. Ao exame clínico, apresentava-se em bom estado geral. TAX 38,6ºC. Mucosas levemente descoradas. Exame do tórax múrmurio vesicular diminuído em hemitórax esquerdo. Hemograma de leucocitose com desvio para a esquerda. O raio-X de tórax apresenta derrame pleural septado na região posterior do hemitórax esquerdo. Analise as seguintes assertivas sobre as hipóteses diagnósticas:

I. Pneumonia.
II. Pneumotórax.
III. Embolia pulmonar.
IV. Empiema pleural.

Quais estão corretas?

A) Apenas I.
B) Apenas III.
C) Apenas IV.
D) Apenas I e II.
E) I, II, III e IV.