

-- CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS --

Um paciente de 67 anos de idade se queixou de desconforto respiratório iniciado havia cerca de uma semana. Ao exame, observou-se que sobre o hemitórax direito não se ouvia o murmúrio vesicular nem se percebia o frêmito tóraco-vocal, que havia macicez e que esse hemitórax também se expandia menos que o esquerdo.

A partir desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 51** Os dados do paciente em tela permitem definir clinicamente se tratar de derrame pleural à direita.
- 52** Dos dados clínicos observados, é a ausência do frêmito tóraco-vocal que permite excluir com segurança uma síndrome de consolidação em todo o pulmão direito.
- 53** É possível se ouvir som bronquial na topografia de uma grande cavitação, pois a rarefação do parênquima pulmonar nessa situação facilita a condução sonora de alta frequência.
- 54** No paciente em tela, a ausência de sibilos nas regiões do hemitórax direito exclui a possibilidade de que haja um tumor obstruindo o brônquio principal direito.
- 55** A crepitação, um ruído adventício, ausente no paciente em tela, se deve em boa parte das vezes à reabertura de pequenas vias aéreas previamente colapsadas.

Um paciente do sexo masculino, de 72 anos de idade, apresenta dispneia progressiva há cerca de 2 anos associada a tosse seca. Ao exame físico, observam-se crepitações difusas, além de baqueteamento digital. Não há dados clínicos que sugiram colagenose nem história de exposição ambiental ou ocupacional de risco para doença pulmonar. Observa-se disfunção ventilatória restritiva leve e infiltrado pulmonar difuso.

A partir desse caso clínico e de assuntos correlatos, julgue os itens seguintes.

- 56** Caso o infiltrado pulmonar difuso se caracterize com o padrão de pneumonia intersticial usual, pode-se definir o diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática sem a realização de biópsia pulmonar.
- 57** Faveolamento e reticulado subpleural são critérios obrigatórios para o padrão de pneumonia intersticial usual.
- 58** Atenuação em mosaico de ocorrência difusa aponta para um diagnóstico alternativo ao de fibrose pulmonar idiopática.
- 59** Diferentemente do que ocorre em caso de doença pulmonar obstrutiva crônica, que não está relacionada ao baqueteamento digital, em casos de doenças intersticiais pulmonares frequentemente ele está presente.
- 60** O efeito colateral mais comum com o uso da pirfenidona é o surgimento da diarreia.
- 61** A ausência de obstrução na espirometria exclui o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica.
- 62** O padrão de pneumonia intersticial linfocítica é comum na doença intersticial pulmonar associada à Sjögren.
- 63** O uso de nintedanibe em pacientes com fibrose pulmonar idiopática promove recuperação de parte da fibrose subpleural.

Uma mulher de 47 anos de idade apresenta como achado incidental um nódulo sólido não espiculado de 13 mm de diâmetro em segmento anterior de lobo superior direito. Não há sintomas respiratórios e ela era tabagista até seis meses atrás (40 maços/ano). Sua mãe faleceu vítima de carcinoma broncogênico. O exame radiológico mostra discreto enfisema centro-lobular predominante em lobos superiores.

Considerando o caso clínico descrito e assuntos a ele correlatos, julgue os itens subsequentes.

- 64** Um nódulo é caracterizado radiologicamente como uma opacidade arredondada com no máximo 30 mm de diâmetro.
- 65** No caso de um nódulo não sólido, um aumento de sua atenuação ou mesmo o aparecimento de uma porção sólida são elementos que indicam ter havido crescimento em determinado período de tempo.
- 66** Um nódulo não sólido apresenta opacidade em vidro fosco no todo ou em parte.
- 67** Na paciente em tela, a idade e o fato de o nódulo não ser espiculado garante uma probabilidade baixa de malignidade.
- 68** A recomendação Fleischner ou Lung-RADS para a paciente em tela é no sentido de observação com controle radiológico após 12 meses.
- 69** É correto afirmar que um nódulo sólido cresceu em determinado tempo quando seu volume dobrou nesse período de tempo.

Um paciente de 62 anos idade com história de tabagismo apresenta um carcinoma broncogênico periférico de 2,5 cm de diâmetro em lobo superior direito sem comprometimento linfonodal ou metástases, estando, portanto, apto ao tratamento cirúrgico.

Considerando as diretrizes para a ressecção pulmonar internacionalmente utilizadas do American College of Chest Physicians, julgue os itens que se seguem.

- 70** Ainda que se confirme a presença de doença pulmonar obstrutiva crônica, caso as medidas estimadas pós-operatórias do VEF1 para lobectomia e da capacidade de difusão pelo monóxido de carbono sejam superiores a 60%, a cirurgia é classificada como de baixo risco e nenhum outro teste funcional se faz necessário para esse fim.
- 71** Nenhuma cirurgia de ressecção pulmonar pode ser feita se o paciente apresentar a medida de consumo máximo de oxigênio (VO₂) abaixo de 15 mL/kg/min.
- 72** Por traduzir limitação ao fluxo aéreo e também força muscular, a ventilação voluntária máxima é atualmente um dos principais testes funcionais para avaliar risco cirúrgico nas ressecções pulmonares.
- 73** A PaO₂ pré-operatória não deve ser critério de contraindicação, visto que seu valor pode até mesmo melhorar após a ressecção da área doente.

Uma paciente de 73 anos de idade apresenta dispneia e tosse produtiva crônicas. A dispneia não a permite manter caminhada no plano em ritmo normal por mais de 5 minutos ou cerca de 300 metros. Ela é fumante há 51 anos, com uma média de 20 cigarros ao dia. Sua espirometria revela capacidade vital forçada (CVF) de 82% do valor predito, volume expirado forçado no 1.º segundo (VEF1) 43% e índice VEF1/CVF de 52%. Exame de raio X de tórax mostra sinais leves de hiperinsuflação. O quadro se mantém estável no último ano, sem episódio de piora mais acentuada ou de atendimento hospitalar.

Com relação ao caso clínico descrito e a assuntos a ele relacionados, julgue os próximos itens.

- 74** A reabilitação respiratória com exercícios de *endurance* e força de membros melhora sintomas e a qualidade de vida e deve ser indicada para a paciente em tela tão logo seja possível.
- 75** De acordo com o critério estabelecido pelo GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), que é índice VEF1/CVF menor que 80%, é correto afirmar que essa paciente apresenta doença pulmonar obstrutiva crônica.
- 76** A difusão pelo monóxido de carbono reflete a extensão do enfisema de maneira muito melhor que o índice VEF1/CVF.
- 77** O índice BODE leva em consideração, entre outros fatores, o percentual de gordura corporal medido por bioimpedância.
- 78** A dispneia dessa paciente pode ser classificada com mMRC 2 (modified Medical Research Council).
- 79** De acordo com o critério estabelecido pelo GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), essa paciente pode ser classificada no grupo A, ou seja, menos sintomática e com baixo risco de exacerbações futuras.

Uma mulher de 32 anos de idade compareceu ao atendimento médico com história de dispneia progressiva iniciada havia 8 meses associada a edema leve em membros inferiores. A história da paciente mostrava dois episódios de inchaço na perna esquerda ocorridos 5 e 2 anos antes do atendimento. À época, recebeu terapia com anticoagulante oral. O ecocardiograma revelou câmaras esquerdas normais e uma pequena dilatação do ventrículo direito com pressão sistólica da artéria pulmonar estimada em 57 mmHg. Raio x de tórax estava normal.

Considerando o caso clínico descrito, julgue os itens a seguir.

- 80** Uma cintilografia pulmonar de ventilação / perfusão está plenamente indicada nesse caso, pois tem alta sensibilidade e especificidade para doença tromboembólica crônica.
- 81** Supondo-se um cateterismo de câmaras direitas na paciente em tela, a medida da pressão média da artéria pulmonar acima de 20 mmHg é suficiente para definir hipertensão pulmonar e recomendar o uso de vasodilatador, idealmente riociguat.
- 82** A pressão sistólica de artéria pulmonar por ecocardiograma apresentada classifica o quadro como provável hipertensão pulmonar.

Um homem de 37 anos de idade apresenta crises de dispneia, chiado e tosse desde sua infância, desencadeadas por poeira, mofo e cheiros fortes e aliviadas com broncodilatadores. Nos últimos dois anos, ele vem utilizando, além de diferentes broncodilatadores, 2.000 mcg de budesonide ao dia e prednisona 10-20 mg a maior parte do tempo. A despeito da terapêutica, continua com sintomas diários. Seus exames mais recentes revelam espirometria com capacidade vital forçada (CVF) de 97% do valor predito, volume expirado forçado no 1.º segundo (VEF1) 65% e índice VEF1/CVF de 67%; contagem de eosinófilos em 17% (1.037/mm³) e dosagem de IgE 118 UI/mL.

A partir do caso clínico apresentado, julgue os itens subsecutivos.

- 83** A termoplastia brônquica é uma terapêutica possível para o perfil do paciente em tela e consiste numa técnica que emprega o calor para reduzir a massa de musculatura lisa brônquica por meio da aplicação de ondas de radiofrequência através de broncoscopia.
- 84** O paciente em tela preenche critérios de asma grave, dados o VEF1 de 65% e a dosagem de IgE.
- 85** O contexto clínico e a eosinofilia sugerem que o paciente deve se beneficiar da terapêutica com mepolizumab ou benralizumab.

Uma paciente com trinta anos de idade informou apresentar há já 4 semanas, quadro clínico de dor torácica na região axilar esquerda, precipitada pela inspiração, associada a tosse seca e febre. O exame físico mostrou frequência respiratória de 24 irpm, SatO₂ igual a 98% e temperatura de 37,8 °C. A avaliação do tórax revelou ausência de frêmito toracovocal, maciez e murmúrio vesicular abolido na região infraescapular esquerda.

Acerca desse caso clínico e de aspectos diversos pertinentes a doenças pleurais, julgue os itens a seguir.

- 86** Nesse caso clínico, radiografia de tórax em PA e perfil será um passo importante para fazer a triagem diagnóstica do problema clínico encontrado.
- 87** No caso clínico em apreço, os achados clínicos identificados na paciente podem decorrer de derrame pleural ou de atelectasia pulmonar.
- 88** Teste tuberculínico não reator exclui a possibilidade do diagnóstico de tuberculose.
- 89** A presença de dor torácica do tipo pleurítica afasta a possibilidade da presença de derrame pleural.
- 90** Foco pulmonar não aparente no exame de imagem torácica torna pouco provável o diagnóstico de infecção.

Um senhor com sessenta e seis anos de idade procurou atendimento médico, informando que estava assintomático até 3 semanas atrás, quando passou a apresentar dispneia aos médios esforços, associada a tosse seca e contínua. Na oportunidade, ele informou ser fumante de 20 maços-ano. Seu exame físico mostrou redução do murmúrio vesicular na região infraescapular esquerda. A radiografia de tórax mostrou uma opacidade localizada no lobo superior esquerdo, com uma cavitação na porção média, aumento do hilo esquerdo e elevação da cúpula diafragmática esquerda.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 91** A doença pulmonar descrita tem o adenocarcinoma como provável tipo histológico da lesão pulmonar.
- 92** A elevação da cúpula diafragmática esquerda pode decorrer de lesão do nervo frênico.
- 93** O tratamento cirúrgico não é a melhor indicação, dadas as condições clínicas do paciente.
- 94** O procedimento clínico mais eficaz para o diagnóstico será a realização de uma tomografia computadorizada de tórax.

Uma senhora com setenta anos de idade procurou atendimento médico, por apresentar, há já 6 meses, tosse que elimina secreção ora clara ora amarelo-esverdeada, associada a prostração. A paciente negou febre, sudorese, calafrios e perda de peso. O exame físico mostrou crepitações fixas em região anterior do hemitórax direito. A tomografia de tórax revelou opacidades lineares paralelas (“em trilho de trem”), opacidades tubulares e presença do sinal em anel de sinete localizadas no lobo médio e no lobo inferior direito. Uma tomografia de tórax feita havia 10 anos foi revisada e nenhuma lesão foi encontrada.

Com relação a esse caso clínico, julgue os itens seguintes.

- 95** O prognóstico clínico da doença da paciente é o de uma sobrevida curta.
- 96** A realização de uma broncoscopia poderá ajudar no diagnóstico da doença que originou a síndrome clínica encontrada na paciente.
- 97** A realização da prova de função pulmonar poderá auxiliar na avaliação da gravidade do problema clínico.
- 98** Há evidências clínicas que dão suporte à prescrição de antibióticos sistêmicos por um período de 7 a 10 dias para a paciente em apreço.

Um paciente com oitenta e três anos de idade procurou assistência médica para avaliar dispneia classificada como MRC 2, segundo tabela do Medical Research Council, e tosse seca. Tal quadro clínico iniciou-se há 2 anos e piorou significativamente nos últimos 6 meses. Histórico de tabagismo de 40 maços-ano, parado há 2 anos. O paciente negou exposição a mofo, aves e queima de biomassa. Diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes melito, ambas controladas. O exame físico mostrou frequência respiratória de 20 irpm, SatO₂ de 94%, crepitações em velcro em regiões infraescapulares e dedos em baqueta de tambor. A tomografia computadorizada do tórax mostrou opacidades reticulares bilaterais, com predomínio em regiões periféricas e basais, bronquiectasia de tração e faveolamento.

Com referência a esse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 99** O tabagismo é um fator de risco para a doença descrita.
- 100** A presença de baqueteamento digital é de achado raro e denota bom prognóstico.
- 101** Teste de difusão de CO diminuído não será um bom exame para avaliar o prognóstico clínico do paciente em questão.
- 102** As “crepitações em velcro” indicam abertura explosiva das paredes alveolares por deposição de tecido fibroso nestas.
- 103** A identificação tomográfica de bronquiectasia de tração e faveolamento indica a necessidade de realização de biópsia pulmonar.

Considerando o atendimento de um paciente com quadro de tosse crônica, julgue os itens a seguir.

- 104** O quadro de tosse crônica é caracterizado a partir da sexta semana de duração da tosse.
- 105** Para o paciente que pratica o tabagismo, deve-se sempre recomendar a suspensão dessa prática como medida auxiliar do tratamento.
- 106** A causa mais comum da tosse crônica é a tuberculose pulmonar.
- 107** O uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina é uma causa de tosse crônica.

Um paciente com setenta anos de idade queixa-se de dispneia progressiva nos últimos 3 anos, com significativo agravamento há 3 meses. Ele negou tabagismo, dor torácica, hemoptise, cianose, febre, sudorese e perda de peso, e informou ter trabalhado por muito tempo cavando poços artesianos. O exame físico mostrou redução global do murmúrio vesicular. A radiografia de tórax mostrou opacidades bilaterais, com comprometimento ganglionar mediastinal, com alguns gânglios com calcificação “em casca de ovo”.

Acerca desse caso clínico e de aspectos a ele pertinentes, julgue os itens subsecutivos.

- 108** No caso clínico em apreço, a prova de função pulmonar deve mostrar um distúrbio respiratório misto: restritivo e obstrutivo.
- 109** É necessário realizar biópsia pulmonar percutânea de agulha fina para elucidar o diagnóstico do paciente em questão.
- 110** No caso clínico em questão, o paciente pode beneficiar-se com o uso de corticoide sistêmico por um período de 12 a 24 meses.
- 111** O risco de tuberculose e câncer de pulmão é maior em pacientes com a doença que vitimou o paciente objeto do caso clínico em apreço.

Um paciente com quarenta anos de idade procurou atendimento em serviço de saúde, queixando-se de astenia associada a sonolência diurna e dificuldade de concentração. Ele informou acordar muito durante a noite, com roncos intensos e múltiplos episódios de apneia. Negou tabagismo. O exame físico mostrou índice de massa corporal de 35 kg/cm², circunferência cervical de 50 cm, classificação de Mallampati igual IV e pressão arterial de 150 × 100 mmHg. A polissonografia revelou ronco de frequência alta, SatO₂ abaixo de 90% em 30% do tempo de registro do sono, todas coincidentes com períodos de apneia e hipopneia, latência para o sono de 8 min, índice de apneia e hipopneia do sono de 100 eventos por hora e latência para o sono REM de 30 min.

Com referência a esse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 112** Roncos intensos têm alto valor preditivo para o diagnóstico.
- 113** O tempo de latência do sono REM está reduzido e pode traduzir quadro de depressão.
- 114** A circunferência cervical registrada tem correlação com o diagnóstico da doença descrita.
- 115** Na classificação de Mallampati, a classe IV significa que se pode visualizar a úvula e o palato mole quando se avalia a cavidade oral do paciente.
- 116** O padrão da polissonografia pode ser interpretado como sendo apneia obstrutiva do sono.

Um paciente com oitenta anos de idade recebeu o diagnóstico de DPOC e a indicação de procurar um serviço de saúde. Ele queixa-se de dispneia aos pequenos esforços. O exame físico mostrou murmúrio vesicular difusamente diminuído, com SatO₂ igual a 95%. Radiografia de tórax mostrou sinais de hiperinsuflação pulmonar. Na prova de função pulmonar, identificou-se distúrbio obstrutivo grave não reversível sob o uso de broncodilatador. No teste da caminhada de 6 min, o paciente percorreu 280 m, com uma parada por apresentar dispneia. A SatO₂ medida nesse teste foi de 91%.

Com relação a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 117** Deve-se indicar para o paciente a realização de reabilitação pulmonar.
- 118** Um programa de treinamento para esse paciente deve limitar-se a exercícios aeróbios.
- 119** Deve-se indicar o uso de oxigênio para o paciente durante a realização de algum esforço.

120 Prescrever um programa que ensine o paciente a fazer o automanejo da doença é um componente importante para o tratamento.

Espaço livre
