

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025



TARDE

ANO ADICIONAL - CIRURGIA TORÁCICA (AACIRTOR01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

Boa sorte!

Cirurgia Torácica

1

Em uma ação conjunta da IASLC (Associação Internacional para o Estudo do Câncer de Pulmão) com a ATS e ERS, em 2011, houve uma nova proposta de classificação dos adenocarcinomas de pulmão.

Foi recomendado descontinuar o termo para o subtipo histológico:

- (A) acinar;
- (B) papilar;
- (C) micropapilar;
- (D) lipídico;
- (E) bronquioloalveolar.

2

O *screening* para câncer de pulmão com tomografia computadorizada de baixa dose é atualmente recomendado para:

- (A) pacientes saudáveis, entre 50 e 80 anos, fumantes ativos de 20 maços/ano ou ex-fumantes que pararam há menos de 15 anos;
- (B) pacientes acima de 40 anos com risco de desenvolver câncer de pulmão (fumantes ou ex-fumantes de 30 maços/ano);
- (C) pacientes acima de 70 anos com risco de desenvolver câncer de pulmão (fumantes ou ex-fumantes);
- (D) pacientes de qualquer idade com risco de desenvolver câncer de pulmão (fumantes ou ex-fumantes com histórico familiar de câncer de pulmão);
- (E) pacientes de qualquer idade com risco de desenvolver câncer de pulmão (fumantes ou ex-fumantes com histórico de outra neoplasia prévia).

3

Um paciente de 20 anos apresenta quadro de tosse e dor torácica evolutiva há três meses. A TC de tórax revela massa heterogênea com densidade de partes moles de gordura, calcificações, hipodensas, císticas, bem delimitada, medindo 11 X 11,9 X 9,8 cm e ocupando região anterossuperior do mediastino no hemitórax esquerdo, Beta HCG não detectada, DLH normal e a alfafetoproteína 234 ng/ml (VR: < 9,0).

A principal hipótese diagnóstica para esse caso é:

- (A) seminoma puro;
- (B) linfoma de Hodgkin;
- (C) teratoma;
- (D) carcinoma de células embrionárias;
- (E) coriocarcinoma.

4

Um paciente portador de pulmão esquerdo destruído por tuberculose após tratamentos prévios irregulares, evoluindo com infecções repetidas, foi submetido a pneumonectomia. Retornou um mês após a alta apresentando hemoptoicos, quadro febril, dispneia e dor torácica. A broncofibroscopia evidenciou uma fistula no coto brônquico, e a punção pleural revelou líquido de aspecto purulento, fétido.

A conduta seguinte deve ser:

- (A) mioplastia;
- (B) toracoplastia;
- (C) pleurostomia;
- (D) procedimento pelo método de Clagett;
- (E) lavagem pleural e toracostomia com drenagem fechada.

5

Considere uma paciente de 35 anos que foi encaminhada para avaliação cirúrgica com diagnóstico clínico de *miastenia gravis*, sem evidência tomográfica de massa tímica e em uso de mestinon (60 mg 4X/dia).

Essa paciente terá benefício com a timectomia se apresentar:

- (A) forma ocular e com sorologia para anti MUSK +;
- (B) forma ocular e com sorologia para anti AChR +;
- (C) forma generalizada e com sorologia para anti AChR +;
- (D) forma generalizada e com sorologia para anti AChR -;
- (E) forma generalizada e com sorologia para anti MUSK +.

6

Se, após uma timectomia, um paciente miastênico desenvolve uma crise colinérgica severa no pós-operatório, a conduta imediata deve ser:

- (A) suspensão dos anticolinesterásicos e ventilação mecânica por 48 a 72 horas;
- (B) prostigmine EV e ventilação mecânica por 48 a 72h;
- (C) imunoglobulina EV e plasmaferese;
- (D) reoperação para excisão de provável tecido tímico ectópico;
- (E) prostigmine EV e plasmaferese.

7

Um paciente vítima de acidente automobilístico no qual sofreu trauma fechado do tórax, apresentando múltiplas fraturas costais, dá entrada no pronto-socorro com dificuldade respiratória.

Dentre as alterações fisiológicas apresentadas por esse paciente com tórax instável (*flail chest*), deve constar:

- (A) aumento da complacência pulmonar;
- (B) aumento do shunt pulmonar;
- (C) diminuição do gradiente alvéolo-capilar;
- (D) diminuição do shunt pulmonar;
- (E) aumento da perfusão capilar.

8

O sistema de estadiamento TNM para câncer de pulmão é internacionalmente aceito e usado para caracterizar a extensão da doença, auxiliar nas decisões de tratamento e servir como um indicador de prognóstico, que pode ser facilmente comunicado na comunidade científica. Nessa linguagem, são adicionados prefixos ou sufixos aos descritores.

Sobre o tema, é correto afirmar que:

- (A) prefixo x indica que a extensão da doença não pôde ser avaliada;
- (B) prefixo m indica múltiplos tumores primários em um mesmo sítio;
- (C) sufixo p indica estadiamento patológico;
- (D) sufixo r identifica tumor recorrente;
- (E) prefixo y identifica terapia multimodal prévia ou atual.

9

O(s) determinante(s) mais preciso(s) da adequação da ventilação alveolar é(são):

- (A) PaO₂;
- (B) PaO₂ e PaCO₂;
- (C) PaCO₂ e pH;
- (D) CO₂ expirado final;
- (E) PO₂ transcutâneo.

10

Um recém-nascido portador de malformação pulmonar é encaminhado para avaliação cirúrgica. A mãe traz as US morfológicas do pré-natal e a TC com contraste posterior confirmando o diagnóstico de cimitarra.

A conduta mais adequada deve ser:

- (A) expectante;
- (B) sequestrectomia;
- (C) lobectomia;
- (D) transposição arterial para o átrio/aurícula direita;
- (E) transposição venosa para o átrio/aurícula esquerda.

11

Um recém-nascido submetido a uma cirurgia para correção de malformação ventricular (cirurgia de Fontan) evoluiu no 3º DPO com derrame pleural direito. A equipe da cirurgia torácica foi acionada e, após a toracocentese inicial e drenagem torácica, levantou-se a suspeita de quilotórax.

A melhor forma de confirmar essa hipótese, na análise laboratorial, deve ser a dosagem:

- (A) de triglicérides de cadeia média;
- (B) do colesterol total;
- (C) de quilomícrons;
- (D) de proteínas;
- (E) de cristais de colesterol.

12

O cirurgião de coluna solicita que o cirurgião torácico realize o acesso para expor a coluna torácica inferior (T9 – T12). O conhecimento anatômico e a avaliação pré-operatória com angiotomografia da coluna é importante para prevenir risco potencial de isquemia medular com paraplegia por ligadura da artéria de Adamkiewicz.

A artéria de Adamkiewicz, na maioria dos casos, tem sua origem:

- (A) nas artérias lombares;
- (B) na aorta descendente, diretamente;
- (C) nas artérias intercostais à esquerda de T9 a T12;
- (D) na artéria vertebral à direita de T8 a T10;
- (E) na artéria espinal à esquerda.

13

Um paciente vítima de acidente automobilístico chega ao pronto-socorro com dor torácica, intensamente dispneico, taquicárdico, apresentando turgência jugular, hipotensão e desvio da traqueia para a direita.

Logo após a avaliação das vias aéreas, a atitude imediata deve ser:

- (A) radiografia do tórax;
- (B) ecocardiograma;
- (C) pericardiocentese subxifoidiana;
- (D) toracotomia anterolateral esquerda de urgência;
- (E) punção com agulha calibrosa no segundo espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda.

14

Um paciente de 64 anos, engenheiro, ex-tabagista há 15 anos com carga tabágica de 40 maços/ano, é encaminhado ao cirurgião torácico para avaliação de nódulo pulmonar de 1,7 cm no lobo superior direito, achado ocasionalmente em atendimento na Emergência, por episódio de dor torácica de origem cardíaca. Com a suspeita clínica de neoplasia pulmonar, foi submetido a biópsia transtorácica guiada pela TC, que revelou carcinoma de pequenas células de origem pulmonar. Foi complementada a investigação para o estadiamento com PET CT Scan e RNM de crânio, além dos exames laboratoriais e avaliação da função respiratória. O estadiamento clínico foi estabelecido como T1bN0M0.

Nesse contexto, a conduta deve ser:

- (A) SBRT;
- (B) mediastinoscopia e SBRT;
- (C) quimioterapia e radioterapia sequencial;
- (D) quimioterapia e radioterapia concomitante;
- (E) mediastinoscopia, linfadenectomia mediastinal e lobectomia superior direita.

15

Um paciente, de 65 anos, tabagista, hipertenso, diabético, internado no CTI em pós-operatório de uma lobectomia superior esquerda por câncer, evoluiu com pneumonia bilateral que requereu ventilação mecânica por tempo prolongado, e no 10º dia foi indicada e realizada a traqueostomia, sob anestesia geral. Os parâmetros ventilatórios eram FiO₂ de 50%, PEEP de 15 cm de H₂O e SatO₂ 95% (apresentava dessaturação rápida se modificados os parâmetros). Durante o procedimento, foi ventilado com O₂ a 100%, que foi descontinuado por curto período no momento da abertura da traqueia em T (com bisturi frio e tesoura) com o balão do tubo orotraqueal (TOT) vazio. Havia, nesse momento, pequeno sangramento no subcutâneo, e, ao mesmo tempo que a abertura da traqueia foi ocluída com gaze para evitar saída de ar ou secreção, o cirurgião solicitou a desconexão do sistema para a rápida hemostasia. Durante a cauterização, houve uma centelha, e uma labareda contínua emanou da ferida proveniente do óstio da traqueostomia. Foi instilado soro fisiológico na ferida, sem sucesso.

Diante desse cenário, com o risco de queimadura grave da via aérea, a atitude imediata deverá ser:

- (A) retirar o tubo orotraqueal (TOT);
- (B) reinsuflar o balão do tubo orotraqueal TOT;
- (C) aumentar a oclusão do óstio com gazes secas;
- (D) colocar a cânula traqueal e ventilar com FiO₂ a 50%;
- (E) instilar soro fisiológico e reconectar a ventilação com o TOT.

16

Um paciente de 48 anos, portador de nódulo pulmonar de 2,5 cm no lobo superior direito que se revelou tratar-se de adenocarcinoma primário de pulmão, foi submetido a lobectomia superior direita com linfadenectomia mediastinal videoassistida, sem intercorrências. Não havia aderências, as fissuras eram completas entre os lobos médio, superior e inferior e o dreno foi retirado no 2º DPO, quando recebeu alta hospitalar. No dia seguinte, retornou ao hospital apresentando febre e hemoptoico. Estava taquicárdico, hipotenso e com desconforto respiratório progressivo. A radiografia do tórax mostrou o hemitórax direito opaco. A broncoscopia mostrou o brônquio lobar colapsado.

Nesse cenário, a melhor conduta é:

- (A) lobectomia média;
- (B) lobectomia inferior;
- (C) broncofibroscopia e endoprótese;
- (D) fixação do lobo médio ao lobo inferior;
- (E) broncofibroscopia e lavagem brônquica com soro gelado.

17

Uma paciente de 33 anos é encaminhada ao cirurgião torácico para avaliação de achado na TC de tórax de uma lesão de 1,2 cm localizada na topografia do lobo inferior direito, de bordos lisos, bem delimitada e circundada por parênquima pulmonar. Não foram evidenciadas linfonodomegalias mediastinais ou hilares, com principal hipótese diagnóstica de tumor carcinoide. A broncoscopia não revelou nenhuma lesão endobrônquica.

Em relação a essa suspeita, considerando a indicação cirúrgica, é correto afirmar que:

- (A) uma punção biópsia com agulha é fundamental;
- (B) os tumores típicos apresentam os piores desfechos tardios;
- (C) o estadiamento mediastinal invasivo é dispensável nessa situação;
- (D) os tumores centrais e com linfonodopatia têm maior probabilidade de serem atípicos;
- (E) a congelação intraoperatória para definição de tumor típico ou atípico é fundamental para decisão cirúrgica.

18

Uma criança de 1 ano de idade chegou encaminhada pelo pediatra por apresentar evidência, na radiografia simples do tórax, de uma hérnia de Morgagni.

Na avaliação para confirmação do diagnóstico e definição da estratégia cirúrgica, deve-se saber, em relação às características dessa afecção, que:

- (A) produz sintomas já na primeira infância;
- (B) sua localização é posterolateral direita;
- (C) sua localização é subcostoesternal direita ou esquerda;
- (D) tem o cólon ascendente herniado através do forâmen;
- (E) seu diagnóstico requer necessariamente ressonância magnética.

19

Uma jovem adolescente, de 13 anos, sofreu trauma torácico grave em acidente automobilístico, apresentando fratura do esterno e múltiplas fraturas costais. Foi constatado colapso total do pulmão direito por pneumotórax, que, drenado, determinou expansão pulmonar parcial e com fuga aérea de alto débito pelo dreno torácico. Foi evidenciada contusão pulmonar intensa à direita e evolução com escarro hemático, hipoxemia moderada com catéter de O₂ nasal a 5l/min.

A atitude recomendada nesse momento é:

- (A) colocar um segundo dreno pleural mais calibroso;
- (B) instalar sistema de aspiração no dreno torácico;
- (C) realizar ventilação mecânica com FiO₂ inicial de 100%;
- (D) realizar broncofibroscopia para excluir lesão de via aérea;
- (E) realizar toracotomia anterolateral direita exploradora.

20

Um paciente de 80 anos, internado no CTI há seis dias, apresenta indicação de uma pleuroscopia por empiema pleural direito multiloculado. Porém, como se encontra em vigência de uma trombose venosa profunda, está indicada a colocação de um filtro de veia cava pré-operatório.

A condição que NÃO se enquadraria nessa indicação seria:

- (A) tromboembolismo recorrente, apesar da anticoagulação;
- (B) presença de trombo no átrio esquerdo em paciente anticoagulado;
- (C) trombose venosa profunda em paciente com contraindicação à anticoagulação;
- (D) embolismo pulmonar crônico com hipertensão pulmonar resultante;
- (E) presença de trombo venoso iliofemoral em propagação na vigência de anticoagulação.

21

Durante uma consulta ginecológica em uma paciente assintomática de 30 anos, foi solicitada uma radiografia do tórax de rotina, cujo laudo revelou massa de cerca de quatro centímetros de diâmetro localizada no mediastino posterior.

Nessa situação, o melhor exame para avaliar essa massa e a hipótese diagnóstica mais provável são, respectivamente:

- (A) cintilografia com tecnécio e tumor da tireoide;
- (B) tomografia computadorizada e tumor neurogênico;
- (C) ressonância magnética e tumor teratogênico;
- (D) endoscopia digestiva alta e tumor esofágico;
- (E) PET Scan e tumor tímico.

22

Uma menina de 13 anos encontrava-se em acompanhamento psicológico em razão de deformidade torácica que lhe causava importante transtorno psicossocial. Durante a consulta, a família relatou ao médico assistente que a referida deformidade da parede torácica era conhecida como tórax em funil.

A patologia que representa essa condição é:

- (A) pectus excavatum;
- (B) pectus carinatum;
- (C) síndrome de Poland;
- (D) protusão condrogladiolar;
- (E) ectopia cordis torácica.

23

Em um homem de 70 anos, tabagista de longa data e assintomático, a TC de tórax revela um nódulo de 3 cm na topografia do segmento IV do pulmão direito. Realizada uma biópsia por EBUS, foi diagnosticado um adenocarcinoma. No estadiamento pré-operatório, o mediastino estava livre e não havia evidência de doença à distância. A prova funcional respiratória era normal, sendo indicado tratamento cirúrgico.

Nesse caso, a cirurgia indicada é:

- (A) lobectomia média;
- (B) lobectomia superior;
- (C) lobectomia inferior;
- (D) bilobectomia média-superior;
- (E) bilobectomia média-inferior.

24

Uma paciente de 65 anos, grande tabagista de longa data, apresentava queixa de dor torácica anterior, progressiva, nos últimos três meses. Durante consulta médica, no exame físico, foi observada protusão dolorosa na região esquerda do manúbrio esternal. Solicitada TC do tórax, foi evidenciada uma massa paraesternal esquerda de 4 cm, sendo então indicada e realizada uma punção transtorácica que revelou uma neoplasia maligna.

O laudo histopatológico que poderia representar esse diagnóstico seria:

- (A) plasmocitoma;
- (B) osteocondroma;
- (C) tumor desmoide;
- (D) encondroma;
- (E) osteoma osteoide.

25

Uma paciente de 40 anos foi encaminhada com diagnóstico de disfagia lusória.

Essa patologia digestiva é ocasionada por uma compressão extrínseca do esôfago pela artéria lusória, que representa uma anomalia anatômica da seguinte artéria:

- (A) subclávia direita;
- (B) subclávia esquerda;
- (C) carótida esquerda;
- (D) tronco braquiocefálico;
- (E) carótida direita.

26

Uma adolescente de 15 anos apresentava hiperidrose craniofacial que dificultava seu convívio social e lhe causava um transtorno psicológico importante. Foi indicada e realizada uma simpatectomia videotoracoscópica para solução desse problema. No pós-operatório imediato, a paciente apresentou anidrose facial associada a ptose palpebral, enoftalmia e miose à esquerda.

Essa complicação foi decorrente da simpaticotomia inadvertida no seguinte gânglio:

- (A) T1 esquerdo;
- (B) T2 direito;
- (C) T3 esquerdo;
- (D) T1 direito;
- (E) T2 esquerdo.

27

Em uma paciente de 60 anos, apresentando sintomas compressivos sobre o esôfago (engasgos) e a traqueia (tosse) em decorrência de um volumoso bócio mergulhante, cuja ressecção foi indicada e realizada por cervicotomia associada a manubriotomia. Durante essa cirurgia, houve lesão inadvertida de um nervo, o que ocasionou paralisia da corda vocal esquerda.

Esse nervo lesado é ramo do:

- (A) facial;
- (B) hipoglosso;
- (C) frênico;
- (D) glossofaríngeo;
- (E) pneumogástrico.

28

Em um traumatismo torácico grave, a morte pode ocorrer durante as primeiras horas pós-trauma.

Entre as lesões que representam causas de morte iminente no trauma de tórax, está:

- (A) pseudoaneurisma de aorta;
- (B) tórax instável;
- (C) hérnia diafragmática;
- (D) pneumotórax hipertensivo;
- (E) contusão cardíaca.

29

Um cirurgião sênior foi chamado, em caráter de urgência, pelo médico residente de cirurgia que estava em atendimento no pronto-socorro em razão da chegada de um paciente trazido pelo resgate pré-hospitalar com trauma torácico grave. O residente transmitiu a seguinte mensagem: "o paciente admitido tem indicação de toracotomia de urgência!".

Dentre as condições traumáticas abaixo, aquela que poderia representar tal indicação no trauma de tórax é:

- (A) hérnia diafragmática traumática;
- (B) ferida transfixante de mediastino em paciente estável;
- (C) tamponamento cardíaco;
- (D) pneumotórax hipertensivo;
- (E) fratura de esterno associada a tórax instável.

30

Um cirurgião recebe um relatório médico solicitando a transferência de uma paciente portadora de tumor de Tobias-Pancoast com síndrome de Horner associada.

Os sinais e sintomas que a paciente apresenta e que caracterizam essa condição patológica são:

- (A) ptose palpebral, enoftalmia e miose;
- (B) edema cervicofacial, turgência jugular e circulação colateral;
- (C) derrame pleural, tumor de ovário e hipoalbuminemia;
- (D) marcha claudicante, manchas cutâneas e afasia;
- (E) hipercalemia, derrame pleural e massa pulmonar.

31

Uma paciente de 42 anos apresenta história de hipertensão arterial eventual com picos hipertensivos que exigiram encaminhamento a unidade de pronto atendimento. Durante consulta com cardiologista, foi solicitada tomografia computadorizada do tórax, que mostrou massa sólida de 4 cm, localizada no mediastino posterior. O cardiologista então solicitou um exame de urina, que mostrou elevação das catecolaminas e do ácido vanilmandélico.

O diagnóstico provável é:

- (A) ganglioneuroma;
- (B) seminoma;
- (C) neurilemoma;
- (D) feocromocitoma;
- (E) teratoma.

32

Em pacientes portadores de neoplasia pulmonar confirmada previamente e com TC de tórax evidenciando presença de linfonomegalia na cadeia N2 (paratraqueal homolateral), é necessário um exame fundamental para se avaliar o estadiamento e o melhor tratamento.

Dentre os citados abaixo, o exame indicado para se estabelecer esse diagnóstico e respectivo estadiamento é:

- (A) broncofibroscopia;
- (B) punção transparietal;
- (C) biópsia de Chamberlein;
- (D) biópsia de Daniels;
- (E) mediastinoscopia.

33

A imagiologia é fundamental para se estabelecer o diagnóstico hipotético de tumores e cistos do mediastino.

Avaliando-se tomografias computadorizadas de pacientes com essa patologia, pode-se afirmar que a localização de maior percentagem dos tumores e cistos primários do mediastino anterossuperior, médio e posterior está, respectivamente, representada por:

- (A) cistos entéricos, linfomas e tumores de células germinativas;
- (B) tumores endócrinos, teratomas e tumores neurogênicos;
- (C) neoplasias tímicas, cistos broncogênicos e tumores neurogênicos;
- (D) linfomas, tumores de células germinativas e cistos pericárdicos;
- (E) neoplasias tímicas, tumores neurogênicos e cistos entéricos.

34

Um agricultor de 50 anos que residia em local de difícil acesso, com história prévia de tratamento para tuberculose pulmonar, foi internado com quadro de dor torácica esquerda insidiosa e perda ponderal discreta. Na avaliação radiológica do tórax, foi observada calcificação pleural associada a derrame pleural à esquerda. Foi então indicada e realizada torocentese diagnóstica esquerda, que evidenciou saída de líquido de aspecto leitoso, o qual foi enviado para exame.

Os resultados bioquímicos que sugeriram tratar-se de um pseudoquilotórax foram os seguintes:

- (A) colesterol > 200 mg/dl e presença de cristais de colesterol;
- (B) colesterol < 100 mg/dl e presença de quilomícrons;
- (C) triglicérideo > 200 mg/dl e presença de cristais de colesterol;
- (D) triglicérideo > 200 mg/dl e presença de quilomícrons;
- (E) colesterol < 100 mg/dl e triglicérideo > 200 mg/dl.

35

No manejo do paciente candidato a cirurgia torácica, a determinação dos limites funcionais respiratórios para ressecção pulmonar é fundamental. Um paciente de 50 anos tem indicação de ser submetido a uma pneumonectomia direita.

Ele é então submetido a avaliação respiratória, que atestará a possibilidade de realização do procedimento quando:

- (A) VEF₁ e DLco apresentarem valores ≥ 60% do previsto;
- (B) VEF₁ppo e a DLcoppo apresentarem valores = 60% do previsto;
- (C) VEF₁ = 70% com PaO₂ e PaCO₂ normais;
- (D) TSE ≤ 22 m e ou SWT ≤ 400m;
- (E) VO₂max = 10 mL/Kg/min.

36

Um paciente de 1 ano de idade deu entrada em um pronto-socorro infantil apresentando síndrome de insuficiência torácica em razão da incapacidade do tórax de suportar o desenvolvimento pulmonar e a respectiva função respiratória. Após a intubação e avaliação, o pediatra solicitou parecer ao cirurgião torácico para realização de uma traqueostomia, informando que o paciente era portador de uma distrofia torácica asfíxica. Ao examiná-lo, o cirurgião torácico observou que ele apresentava encurtamento das costelas com menor curvatura radial, gerando estreitamento do tórax e restringindo a expansão e desenvolvimento pulmonar. Observou também encurtamento dos úmeros e fêmures.

Tal quadro representa a síndrome de:

- (A) Poland;
- (B) Cimitarra;
- (C) Jeune;
- (D) Jarcho-Levin;
- (E) Olgive.

37

O transplante pulmonar com doadores vivos é uma realidade, e sua principal condição é o paciente apresentar um quadro incompatível com a espera indeterminada por um doador cadavérico. Existem critérios para seleção de um doador de lobo pulmonar.

Entre os possíveis doadores, está elegível um(a):

- (A) homem maratonista sem comorbidades de 65 anos;
- (B) mulher afrodescendente sem comorbidades com VEF₁ de 75%;
- (C) homem caucasiano hígido de 50 anos fumante ativo;
- (D) mulher sem identidade sanguínea com compatibilidade ABO;
- (E) mulher de 40 anos, única responsável por uma criança pequena.

38

Uma contribuição significativa ao diagnóstico por imagem em geral e dos nódulos pulmonares em particular é a possibilidade objetiva de se medir a densidade das lesões na tomografia computadorizada (TC) por valores de unidade Hounsfield (HU) de substâncias comuns.

Um cirurgião acompanhou um paciente que foi submetido a tomografia computadorizada por trauma de tórax em um serviço de emergência. Durante o exame realizado pelo técnico, o cirurgião observou uma alteração de cerca de três centímetros na justa pleural direita, que possuía -80 HU.

Com esses dados, ele concluiu que essa alteração consiste em:

- (A) gordura;
- (B) ar;
- (C) líquido;
- (D) osso;
- (E) tecido mole.

39

Em um homem de 60 anos, agricultor, residindo em zona rural, durante rotina pré-operatória para hernioplastia inguinal direita, foi observada, na radiografia do tórax, lesão esférica cística de cerca de 8 cm de diâmetro com nível hidroaéreo localizada no terço superior do pulmão esquerdo. O paciente foi então encaminhado ao pneumologista, a quem relatou que vinha apresentando alguns escarros sanguíneos eventuais.

Após avaliação do caso, o paciente foi encaminhado ao cirurgião torácico tendo como suspeita principal um cisto hidático que tem como agente etiológico:

- (A) *Cryptococcus neoformans*;
- (B) *Paracoccidioides brasiliensis*;
- (C) *Aspergillus parasiticus*;
- (D) *Echinococcus granulosus*;
- (E) *Aspergillus fumigatus*.

40

Um paciente de 70 anos com 80% do peso ideal, enfisematoso de longa data com bronquite crônica importante, em uso diário de 40 mg de prednisona, foi encaminhado ao cirurgião torácico como candidato para cirurgia redutora de volume pulmonar. Na consulta, apresentava os seguintes parâmetros funcionais respiratórios: VEF₁ de 30% do previsto pós-broncodilatador, PaCO₂ = 50 mmHg e difusão de CO₂ > 30% do previsto.

O médico contraindicou a cirurgia em razão da:

- (A) idade e/ou peso do paciente;
- (B) bronquite e medicação em uso;
- (C) VEF₁ de 30% do previsto pós-broncodilatador;
- (D) PaCO₂ = 50 mmHg;
- (E) difusão de CO₂ > 30% do previsto.

41

Paciente de 61 anos, masculino, ex-tabagista de 40 maços/ano, em acompanhamento de lesão pulmonar em lobo superior direito, medindo aproximadamente 3 cm com componente sólido de 2,5 cm, hipermetabólica ao PET-CT e com mediastino negativo. A biópsia transparietal guiada por tomografia computadorizada foi conclusiva para carcinoma de origem pulmonar primária. O EBUS foi inconclusivo.

Considerando o estadiamento TNM (8ª Edição IASLC), a classificação desse caso é:

- (A) T1b Nx M0;
- (B) T1c N0 M0;
- (C) T1a N0 M0;
- (D) T2a Nx M0;
- (E) T2b N0 M0.

42

Jovem de 18 anos, masculino, branco, estudante, não tabagista, iniciou quadro de dor torácica à direita, de caráter intermitente, não relacionada a esforço físico. Evoluiu com dor cervical e turgência jugular à direita, broncoespasmo, dispneia aos grandes esforços, além de sensação de “pressão na cabeça”. Concomitantemente, apresentou episódios febris. Negava tosse, hemoptise ou perda ponderal. Nos exames de imagem (RX simples PA/perfil), demonstrava hipotransparência arredondada em topografia de mediastino anterossuperior com maior projeção à direita e com limites bem definidos. Na TC, foi definida a massa mediastinal heterogênea, lobulada, com área hipodensa central, de 13 X 7,8 X 14,4 cm em íntimo contato com estruturas adjacentes e com linfonodomegalia paratraqueal superior esquerda. Hemograma, TAP/PTT, bioquímica, alfafetoproteína e beta-hCG normais. Foi submetido à mediastinoscopia com biopsias da massa e do linfonodo da cadeia 2R, ambas positivas para seminoma. Palpação e US de testículos foram negativas.

A conduta para esse caso deve ser:

- (A) quimioterapia;
- (B) radioterapia;
- (C) ressecção por esternotomia mediana;
- (D) ressecção e quimioterapia adjuvante;
- (E) ressecção e radioterapia adjuvante.

43

Jovem masculino de 33 anos, previamente hígido, foi vítima de acidente automobilístico (moto X carro), sem capacete, inicialmente atendido em unidade de emergência do interior do estado, com TCE grave. Necessitou IOT por 15 dias, seguida por traqueostomia. A evolução clínica foi boa, não necessitando de intervenção neurocirúrgica. Permaneceu internado em acompanhamento, por dificuldade de decanulação, quando foi transferido via central de regulação para um hospital universitário. Nesse hospital foi admitido em BEG, LOTE, corado, hidratado, eupneico em ar ambiente, usando cânula metálica na traqueostomia, entretanto sem tolerar sua oclusão, afônico, com boa aceitação da dieta via oral e deglutição preservada. A avaliação com tomografia computadorizada do tórax e pescoço e a avaliação broncoscópica evidenciaram uma estenose traqueal em fundo cego de cerca de 3 cm de extensão desde o óstio da traqueostomia até o limite da cricoide. Esta se apresentava preservada, bem como toda a via aérea distal ao óstio.

Nesse cenário, o manejo indicado é:

- (A) dilatação com balão;
- (B) dilatação com laser de CO₂;
- (C) dilatação com laser de argônio;
- (D) ressecção primária com anastomose terminoterminal;
- (E) substituição da cânula metálica por tubo T de Montgomery.

44

Paciente feminina de 83 anos, conduzida pelo resgate em prancha e colar cervical ao setor de emergência do HU com relato de queda da própria altura ocorrida há cerca de 40 minutos, apresentava dor torácica de forte intensidade, VA pérvia e dificuldade para falar pela dor. A ausculta, identificou MV diminuído nas bases, sem ruídos aéreos, RCR, BNF, boa perfusão, FC 77 bpm, respiração levemente superficial FR 25 inc/min, SPO₂ 94%, pulsos simétricos, PA 190 / 105 mmHg, sem lesões visíveis na cabeça, sem déficit motor, GCS 15, (estando consciente e orientada). HPP: HAS, DM2, DLP em uso de AAS, anti-hipertensivo e atorvastatina; nega alergias; prótese bilateral de joelho e histórico de DAC com revascularização do miocárdio. A tomografia computadorizada evidenciou fratura desalinhada de 3 arcos costais com 1 arco costal insinuando para dentro do tórax e pequeno hemotórax esquerdo. Evoluiu com dor incontrolável requerendo morfina constante (12 mg/24 h), sonolência, agitação e confusão. Foi realizada a avaliação cardiológica com ECO (boa fração de ejeção), US de carótidas (69% obstrução da carótida direita) e cintilografia miocárdica (sem isquemia). Sua creatinina estava em 2,75 e ureia em 106. Apresentou melhora temporária desses parâmetros com as medidas clínicas. Na tomografia houve piora do desalinhamento das fraturas com aumento do hemotórax. Este foi drenado, e o dreno foi retirado, após 03 dias. Voltou a apresentar piora respiratória com catéter contínuo de O₂ e VNI intermitente e melhora da função renal, manteve, entretanto, quadro algico intenso e rebaixamento do nível de consciência, sendo submetida a IOT.

Nesse quadro evolutivo, a alternativa mais eficaz é:

- (A) ventilação mecânica com PEEP de 15 cm H₂O;
- (B) realinhamento e fixação cirúrgica dos arcos costais;
- (C) traqueostomia precoce e ventilação mecânica;
- (D) catéter de peridural e ventilação mecânica;
- (E) suspensão da analgesia venosa com opioides.

45

Uma paciente de 25 anos, encaminhada para avaliação pela cirurgia torácica, apresenta volumoso derrame pleural esquerdo e alargamento do mediastino. Ao exame, há a presença de linfonodomegalias supraclaviculares bilaterais que revelam doença de Hodgkin. Na biópsia, a citologia do líquido pleural coletado na toracocentese foi positiva para malignidade, compatível com linfoma.

No contexto desse caso, é correto afirmar que:

- (A) a pleurodese estará indicada apenas se o derrame recidivar na vigência da quimioterapia adequada;
- (B) a pleurodese química está indicada pela confirmação da natureza neoplásica do derrame;
- (C) a pleurodese mais adequada, nesse caso, é com a injeção pleural de bleomicina;
- (D) a talcagem pleural é contraindicada por causar reações sistêmicas;
- (E) a doença de Hodgkin com depressão linfocítica, habitualmente, não metastatiza para a pleura.

46

Uma paciente de 47 anos foi ao atendimento de urgência apresentando um quadro de disfagia com engasgos e sensação de sufocação ao deitar-se de longa evolução. A radiografia do tórax em PA e perfil mostrava uma massa bem delimitada ocupando o estreito superior do tórax com desvio da traqueia e esôfago. A suspeita de um grande bócio colóide foi confirmada posteriormente aos exames laboratoriais e tomografia computadorizada do tórax. Uma cervicotomia possibilitou a ressecção completa com facilidade. No pós-operatório imediato, a paciente foi extubada, mas teve que ser rapidamente reintubada por apresentar dessaturação importante e forte estridor inspiratório.

Das hipóteses operacionais, nesse contexto clínico, a que deve ser cogitada é:

- (A) depressão anestésica;
- (B) crise tireotóxica;
- (C) traqueomalácia;
- (D) paralisia da corda vocal unilateral;
- (E) *shunt* devido a atelectasia por aspiração.

47

Em uma criança de 6 anos do sexo masculino, com queixa de dor torácica e evidência de uma massa na goteira costovertebral à esquerda, o diagnóstico provável será:

- (A) schwannoma;
- (B) neuroblastoma;
- (C) neurofibroma;
- (D) neurilemoma;
- (E) neurosarcoma.

48

Um paciente de 43 anos, portador de enfisema pulmonar severo por deficiência de alfa1 antitripsina, estava dependente de O₂ há um ano. A espirometria mostra: FEV₁ de 440 ml (14%), PaCO₂ de 62 mmHg, DLCO de 15% e PAP de 28 mmHg. A cintilografia revelou 58% de perfusão no pulmão esquerdo.

Sobre essa situação, é correto afirmar que:

- (A) a indicação ideal seria o transplante pulmonar bilateral;
- (B) as provas funcionais recomendam pneumoplastia como ponte para o transplante;
- (C) no transplante unilateral por enfisema sempre se transplanta o pulmão direito;
- (D) a pressão arterial pulmonar (PAP) costuma estar muito elevada em fases terminais do enfisema;
- (E) o transplante por enfisema é o tecnicamente mais complicado.

49

Um paciente de 34 anos, encaminhado para o serviço de cirurgia torácica para avaliar indicação de bulectomias, tem histórico de tuberculose extensa bilateral tratada corretamente há cerca de 10 anos. Apresenta dispneia aos médios esforços. FEV₁: 1,3 litro. Nega outros sintomas respiratórios. Raio X do tórax mostra grandes bolhas no pulmão direito.

Nesse caso, está correto afirmar que:

- (A) a história de tuberculose é um elemento que não interfere;
- (B) em princípio o paciente é um bom candidato para bulectomia;
- (C) a arteriografia pulmonar deve confirmar a preservação da circulação periférica;
- (D) no pulmão destruído por tuberculose, há *shunt* significativo;
- (E) se houvesse supuração crônica, estaria indicada a pneumonectomia direita.

50

Homem de 71 anos com enfisema pulmonar avançado, dispneico aos mínimos esforços, FEV₁ 650 ml (28%), PaCO₂ 44 mmHg, foi encaminhado ao serviço médico para avaliar a indicação de cirurgia redutora do volume pulmonar.

No que se refere aos aspectos radiológicos, esse paciente poderá ser o melhor candidato para eventual indicação desse tipo de cirurgia se apresentar:

- (A) TC com paredes brônquicas espessadas;
- (B) TC com bolhas > 1 cm de paredes finas;
- (C) enfisema difuso, uniforme;
- (D) enfisema predominando nos lobos inferiores;
- (E) enfisema com bolhas pequenas, predominante nos lobos superiores.

51

Uma paciente de 50 anos foi encaminhada com história de halitose, disfagia progressiva e perda ponderal importante. Após ser submetida a tomografia computadorizada do tórax e esofagomanometria, foi diagnosticada como portadora de megaesôfago, cuja causa patológica é:

- (A) falta de relaxamento da musculatura lisa do cárdia;
- (B) alargamento dos pilares esofageanos, possibilitando a passagem do estômago ao tórax;
- (C) tração da parede do esôfago por gânglios mediastinais previamente comprometidos por doença inflamatória;
- (D) estenose distal devida a neoplasia do cárdia que ascenda ao esôfago;
- (E) estenose maligna de esôfago terminal com dilatação ascendente.

52

Um paciente, portador de esôfago de Barret, encontra-se em acompanhamento médico com controle endoscópico anual. Sua última endoscopia revelou, no exame histopatológico em três fragmentos biopsiados, neoplasia maligna.

O tipo diagnosticado provável é:

- (A) carcinoma epidermoide;
- (B) carcinoma mucinoso;
- (C) adenocarcinoma;
- (D) carcinoma papilífero;
- (E) carcinoma anaplásico.

53

Um paciente apresenta queixas de regurgitação, dor retroesternal e emagrecimento de 5 quilos em 2 anos, tendo imensa dificuldade em deglutir alimentos sólidos há mais de 18 meses. A endoscopia digestiva alta mostra hiperemia e dilatação do esôfago terminal. Uma esofagografia constata dilatação do esôfago terminal com 5 centímetros de diâmetro e, posteriormente, uma esofagomanometria confirma o diagnóstico de acalasia grau II.

A opção de tratamento para esse caso que deve apresentar os melhores resultados é:

- (A) esofogomiotomia cirúrgica laparoscópica de Heller modificada;
- (B) injeções de toxina botulínica no cárdia;
- (C) dilatação progressiva com balão de Gruntzig;
- (D) esofagectomia trans-hiatal;
- (E) esofagogastroplastia de Thal-Hatafuko;

54

Um paciente procurou um cirurgião com indicação de operação de Nissen a 360 graus.

Antes de realizar a anamnese e ter o diagnóstico do caso clínico, o cirurgião tinha conhecimento de que essa técnica é indicada para:

- (A) tumores malignos do corpo do esôfago.
- (B) megaesôfago grau IV;
- (C) doença do refluxo gastroesofágico;
- (D) divertículo de Zenker;
- (E) leiomioma de cárdia.

55

No diagnóstico da acalasia, o achado mais importante na manometria esofageana relacionado ao esfíncter inferior do esôfago (EIE) é:

- (A) ausência de relaxamento do EIE à deglutição;
- (B) pressão do EIE > 35 mmHg;
- (C) espasmo esofageano difuso;
- (D) relaxamento incompleto do EIE à deglutição;
- (E) espasmo do esfíncter esofageano superior.

56

Um homem de 40 anos é atropelado ao atravessar a rua. Rapidamente a ambulância do serviço de emergência chega e a equipe constata que o paciente está lúcido, respondendo às solicitações verbais, com visível deformidade na perna esquerda, que deve corresponder a uma fratura fechada. Apresenta, ainda, dor no membro inferior esquerdo (MIE), dor torácica intensa e dificuldade respiratória. Constatam-se também escoriações importantes no hemitórax esquerdo. No exame físico sumário, o paciente está taquicárdico (PR = 120 bpm) e algo hipertenso (PA = 140 mmHg x 90 mmHg). A ausculta cardíaca não mostra irregularidades e a pulmonar revela diminuição do murmúrio vesicular (MV) no hemitórax esquerdo (HTE), mas sem ruídos adventícios. À palpação do HTE, constatam-se sinais de prováveis fraturas costais e da junção costochondral.

Após imobilização do membro inferior fraturado, há que se pensar que:

- (A) esse paciente certamente apresenta quadro de pneumotórax hipertensivo e deve ser drenado de emergência no local do atendimento;
- (B) o quadro de hipertensão acompanhado de taquicardia se deve à restrição diastólica, devendo então ser realizada punção pericárdica de urgência para se constatar possível início de um tamponamento cardíaco;
- (C) esse paciente deve ser transportado ao hospital com compressão do hemitórax onde são palpadas as fraturas; e lá chegando as fraturas devem ser comprovadas, e o tratamento deve ser definido;
- (D) esse paciente deve ser transportado em decúbito lateral esquerdo na tentativa de estabilização das prováveis fraturas torácicas; no hospital, deve ser colocado em prótese respiratória;
- (E) ainda na ambulância, o paciente deve ser submetido a entubação traqueal com uso de pressão expiratória final positiva para se evitar balanço do mediastino.

57

Um paciente portador de bócio mergulhante de tireoide, assintomático, acompanhado pelo endocrinologista há cerca de 15 anos, procura o cirurgião para uma segunda opinião relacionada a possível indicação cirúrgica.

Em relação a esse caso, o cirurgião emite, adequadamente, a seguinte opinião:

- (A) é indicada cirurgia o mais rápido possível, pois os bócios têm crescimento rápido e podem, com facilidade, comprimir estruturas vitais, como traqueia, vasos cervicais e esôfago;
- (B) quando os bócios são acompanhados de hipotireoidismo, não têm indicação de cirurgia, pois nesses casos o tratamento deve ser clínico;
- (C) caso a opção seja acompanhamento clínico, o paciente deve ser submetido a biópsia tireoideana pela possibilidade da ocorrência de neoplasia maligna concomitante;
- (D) deve ser operado apenas quando associados à doença de Basedow Graves;
- (E) o paciente pode manter acompanhamento clínico, pois não há comprovação da possibilidade de concomitância de neoplasia maligna de tireoide em bócios de longa data.

58

Para pacientes que sofreram traumatismo torácico fechado severo com contusão pulmonar evoluindo com grande edema pulmonar e quadro de insuficiência respiratória, o tratamento mais adequado é:

- (A) toracostomia com drenagem fechada;
- (B) broncoscopia para aspiração do líquido do edema pulmonar;
- (C) sedação, colocação em prótese respiratória e administração de diuréticos osmóticos;
- (D) toracotomia com ressecção da região pulmonar comprometida;
- (E) descompressão com jelco calibroso.

59

Um paciente, vítima de colisão automobilística, foi admitido na emergência com trauma torácico fechado severo, observando-se várias escoriações e equimose na região esternal. Encontrava-se eupneico e hemodinamicamente estável. Foi submetido a radiografia do tórax que evidenciou alargamento mediastinal de cerca de 10 cm.

Esse alargamento pode sugerir:

- (A) hérnia diafragmática;
- (B) contusão pulmonar;
- (C) pneumotórax hipertensivo;
- (D) tamponamento cardíaco;
- (E) lesão aórtica.

60

Paciente do sexo masculino de 60 anos, etilista e tabagista com história de disfagia, apresenta esofagograma com achado de falha de enchimento com cerca de 3 cm de extensão no terço médio do esôfago. Observou-se ainda, durante o exame, dificuldade de passagem do contraste nessa região, indicando estenose da luz esofágica e dilatação proximal.

Essas informações apontam para o provável diagnóstico de:

- (A) divertículo de Zenker;
- (B) divertículo epifrênico do esôfago;
- (C) megaesôfago;
- (D) adenocarcinoma de esôfago;
- (E) carcinoma espinocelular de esôfago.

61

Em uma paciente do sexo feminino de 45 anos, com quadro de cansaço, desconforto respiratório progressivo, disfagia, ptose palpebral e diplopia associada, foi solicitada uma TC de tórax, que mostrou uma massa lobulada no terço anterossuperior do tórax.

A hipótese diagnóstica provável para esse caso é:

- (A) timoma;
- (B) bócio aberrante;
- (C) adenoma de paratireoide;
- (D) teratoma;
- (E) paraganglioma.

62

Uma paciente de 65 anos, tabagista de longa data, queixa-se de rigidez das articulações, artralgia e dor ao longo das superfícies dos ossos longos, especialmente a tíbia, além de edema nos tornozelos e ocasionalmente nas mãos. Ao exame físico, observa-se hipertrofia das falanges distais dos dedos das mãos e dos pés.

Esse conjunto de sinais e sintomas pode indicar a primeira manifestação de um tumor maligno não identificado representado pela síndrome de:

- (A) Pierre Marie-Bamberger;
- (B) Doege-Potter;
- (C) Schwartz-Bartter;
- (D) Lambert-Eaton;
- (E) Cushing.

63

Os tumores primários do mediastino posterior são geralmente de origem neurogênica e estão localizados frequentemente no sulco paravertebral.

Dentre eles, o tumor de Askin acomete crianças mais velhas ou adolescentes e tem origem no(a):

- (A) gânglio simpático;
- (B) bainha nervosa;
- (C) paraganglio;
- (D) gânglio autônomo;
- (E) neuroectoderma.

64

Rotineiramente ortopedistas ou neurocirurgiões necessitam auxílio para expor a coluna vertebral para execução de suas intervenções. Durante a realização da toracotomia para acesso à coluna vertebral, deve-se ter atenção com a artéria radiculomedular anterior.

Com relação ao cuidado para se evitar lesão nessa importante artéria, é correto afirmar que:

- (A) o acesso à coluna torácica inferior é feito pela esquerda e se deve atentar para evitar isquemia medular com a ligadura da artéria de Adamkiewicz;
- (B) o risco de ligadura da artéria radiculomedular anterior no preparo para o acesso à coluna torácica é semelhante à direita ou à esquerda;
- (C) a medula espinhal lombar representa a área mais estreita da medula espinhal e, por isso, é chamada de “zona vascular crítica da medula espinhal”;
- (D) a angiografia pré-operatória antes da cirurgia na coluna torácica inferior é rotineira e deve ser utilizada;
- (E) o acesso à coluna torácica inferior é feito pela direita e se deve atentar para evitar isquemia medular com a ligadura da artéria inominada.

65

Embora a patogênese da mediastinite fibrosante ainda não esteja clara, uma infecção aguda pode evoluir com caseação nos gânglios linfáticos mediastinais e hilares, progredindo para a ruptura, espalhando material antigênico necrótico por todo o mediastino, resultando na fibrose localizada ou difusa.

O agente etiológico mais comum da mediastinite fibrosante é o:

- (A) *Cryptococcus neoformans*;
- (B) *Histoplasma capsulatum*;
- (C) *Mycobacterium tuberculosis*;
- (D) *Aspergillus fumigatus*;
- (E) *Paracoccidioides brasiliensis*.

66

A ventilação com pressão positiva pode impor forças mecânicas ao tecido pulmonar, danificando células e promovendo um estado inflamatório local e sistêmico. Microscopicamente, essa inflamação induzida pela ventilação com pressão positiva pode causar trauma direto à célula, causando ruptura das paredes celulares ou estimular as células pulmonares a produzirem citocinas inflamatórias.

Essa condição é denominada:

- (A) aerotrauma;
- (B) atelectrauma;
- (C) barotrauma;
- (D) biotrauma;
- (E) volutrauma.

67

O diagnóstico de lesão por inalação requer exposição a inalantes cáusticos com sequelas clínicas que podem ser avaliadas por critérios broncoscópicos. Uma vítima de um incêndio foi internada em uma UTI e, posteriormente, submetida a uma broncoscopia que revelou “evidência de descamação da mucosa, necrose e obliteração endoluminal”.

Esse laudo broncoscópico caracteriza o seguinte grau da lesão por inalação:

- (A) 1 (injúria leve);
- (B) 2 (injúria moderada);
- (C) 3 (injúria severa);
- (D) 4 (injúria maciça);
- (E) 5 (injúria grave).

68

Uma paciente de 80 anos foi admitida em uma UPA vítima de queda da própria altura com trauma torácico direito. Apresentava-se lúcida, eupneica e hemodinamicamente estável. Relatou história de internação e cirurgia aos 30 anos por tuberculose pulmonar (toracotomia direita). Trouxe com ela uma radiografia simples do tórax que mostrava imagem compatível com um amontoado de “bolas de pingue-pongue” no terço superior do hemitórax direito colapsando o pulmão.

O radiologista, após avaliar a radiografia, afirmou que ela havia sido submetida, à época, ao seguinte procedimento cirúrgico:

- (A) cavernostomia extrapleural;
- (B) totacoplastia a Semb;
- (C) toracoplastia a Alexander;
- (D) cavernostomia intrapleural;
- (E) plumbagem extraperiostal.

69

Com os avanços técnicos do transplante pulmonar, cada vez mais aumenta a sobrevida dos pacientes submetidos a esse complexo procedimento. Contudo, ainda existem diversas complicações pós-operatórias associadas ao transplante, que podem ser classificadas de acordo com sua temporalidade.

São complicações consideradas intermediárias, podendo acontecer da primeira semana ao segundo mês pós-transplante:

- (A) rejeição hiperaguda;
- (B) edema de reperfusão;
- (C) deiscência de sutura;
- (D) estenose brônquica;
- (E) pneumonia criptogênica.

70

Existem várias técnicas para se estadiar o mediastino. Dentre elas, a linfadenectomia mediastinoscópica assistida por vídeo (VAMLA) e a linfadenectomia mediastinal transcervical estendida (TEMLA).

Sobre a VAMLA, é correto afirmar que, comparativamente à TEMLA:

- (A) necessita incisão de cerca de 5 cm para seu acesso;
- (B) permite explorar as estações linfonodais 5 e 6;
- (C) geralmente sua execução é mais rápida;
- (D) possibilita dissecar menor número de linfonodos;
- (E) possui morbidade e mortalidade maiores.

71

Na avaliação das neoplasias de pleura, o exame imuno-histoquímico tem papel importante em diferenciar mesoteliomas e carcinoma pulmonar metastático.

Apresenta boa sensibilidade para mesotelioma o seguinte marcador:

- (A) CK5/6;
- (B) MOC31;
- (C) BerEp4;
- (D) CK20;
- (E) CDX2.

72

Com relação aos testes moleculares, o uso da tecnologia de sequenciamento de nova geração tem confirmado a prevalência de alterações somáticas em mais de 70% dos adenocarcinomas pulmonares.

Sobre essas alterações, é correto afirmar que:

- (A) mutação do oncogene MET está associada a pior prognóstico nos pacientes com doença localizada;
- (B) mutação do oncogene TP53 é encontrada em quase todos os pacientes;
- (C) mutação no oncogene EGFR ocorre em mais da metade dos casos;
- (D) mutação KRAS é mais prevalente no carcinoma escamoso;
- (E) Mutação BRAF tem prevalência comparativamente maior no câncer de pulmão.

73

O isolamento pulmonar moderno é obtido basicamente por duas técnicas: os tubos de dupla luz ou os bloqueadores brônquicos.

Uma das vantagens dos bloqueadores brônquicos, quando comparados aos tubos de dupla luz, é a seguinte:

- (A) melhor dispositivo para isolamento absoluto;
- (B) luz ampla que facilita a sucção de secreções;
- (C) conversão da ventilação 2 para 1 fácil e confiável;
- (D) canal de aspiração amplo e de fácil manuseio;
- (E) melhor dispositivo para via aérea difícil.

74

O estadiamento linfonodal mediastinal locorregional invasivo é fundamental para direcionar ao tratamento adequado nos pacientes com câncer de pulmão.

Uma paciente de 60 anos teve indicação para realizar um EBUS para biopsiar linfonodos nas cadeias 7 e 3P, que correspondem, respectivamente, às seguintes estações:

- (A) subcarinal e retrotraqueal;
- (B) retrotraqueal e para-aórtico;
- (C) subcarinal e para-aórtico;
- (D) pré-vascular e para-aórtico;
- (E) retrotraqueal e pré-vascular.

75

O índice de Haller ou de *pectus index* foi determinado para servir como um indicador da necessidade de tratamento cirúrgico nos pacientes com *pectus excavatum*.

Um índice de Haller igual a 3 é classificado como:

- (A) incipiente;
- (B) leve;
- (C) moderado;
- (D) grave;
- (E) severo.

76

Uma menina de cinco anos foi encaminhada ao cirurgião torácico apresentando, do lado direito do tórax, ausência da porção costosternal do músculo peitoral maior, hipoplasia da mama e do mamilo e aplasia de costelas (5ª a 7ª).

Após o exame, o diagnóstico foi de síndrome de:

- (A) Holt-Oram;
- (B) Duane;
- (C) Jeune;
- (D) Jarcho-Levin;
- (E) Poland.

77

O diagnóstico diferencial entre mesotelioma pleural maligno e adenocarcinoma pode ser muito difícil com histopatologia simples.

A imuno-histoquímica permitiu o diagnóstico, que é favorecido encontrando-se positividade em:

- (A) antígeno carcinoembrionário e Leu-M1;
- (B) antígeno de membrana epitelial e CD15;
- (C) CD15 e Leu-M1;
- (D) antígeno carcinoembrionário e de membrana epitelial;
- (E) citoqueratina 5 e 6, calretinina.

78

Após ressecção total de um tumor fibroso de pleura de 6 cm em um paciente de 70 anos, o critério que pode ser usado para considerá-lo maligno é:

- (A) presença de três figuras mitóticas por campo;
- (B) presença de baixa celularidade;
- (C) ausência de necrose;
- (D) ausência de hemorragia;
- (E) pleomorfismo com atipia celular.

79

Um paciente tabagista de 65 anos foi diagnosticado com um tumor de Pancoast à direita. Durante o exame físico, apresentava déficit de sensibilidade na distribuição do nervo ulnar e déficit motor dos músculos intrínsecos da mão ipsilaterais.

Este último déficit corresponde ao acometimento do(a):

- (A) gânglio estrelado;
- (B) raiz de T1;
- (C) raiz de C8-T1;
- (D) corpo vertebral de T2;
- (E) primeira e segunda costelas.

80

Um paciente de 30 anos foi submetido a uma videotoroscopia direita para uma segmentectomia atípica por um tumor de 2 cm de diâmetro.

Após retirada da peça, o patologista, no exame de congelação, afirmou que se tratava de um tumor benigno de origem epitelial do tipo:

- (A) papiloma;
- (B) fibroma;
- (C) leiomioma;
- (D) condroma;
- (E) hamartoma.

RASCUNHO

Realização

