



T1079003N

4ª EDIÇÃO DO EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA (2023/2024)
EDITAL Nº 03/2023 - RESIDÊNCIA MÉDICA

PRM ANO ADICIONAL - CIRURGIA TORÁCICA - CIRURGIA TORÁCICA R3 - ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

NOME DO CANDIDATO

INSCRIÇÃO

Nível

SUPERIOR

PROVA

01

Lembre-se de marcar o
número acima na folha
de respostas!

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Fraudar ou tentar fraudar
Concursos Públicos é Crime!
Previsto no art. 311 - A do
Código Penal



Sobre o material recebido pelo candidato

- ✓ Além deste Caderno de Questões com **oitenta questões objetivas**, você receberá do fiscal de sala a Folha de Respostas.
- ✓ Confira seu nome, o número do seu documento e o número de sua inscrição em todos os documentos entregues pelo fiscal. Além disso, não se esqueça de conferir seu Caderno de Questões quanto a falhas de impressão e de numeração e se o programa corresponde àquele para o qual você se inscreveu.
- ✓ O não cumprimento a qualquer uma das determinações constantes em Edital, no presente Caderno e na Folha de Respostas incorrerá na eliminação do candidato.



Sobre o material a ser devolvido pelo candidato

- ✓ O único documento válido para avaliação é a Folha de Respostas.
- ✓ Na Folha de Respostas, preencha o campo destinado à assinatura. As respostas das questões objetivas devem ser preenchidas da seguinte maneira: ●
- ✓ Na Folha de Respostas, só é permitido o uso de caneta esferográfica transparente de cor azul ou preta. Esse documento deve ser devolvido ao fiscal na saída, devidamente preenchido e assinado.



Sobre a duração da prova e a permanência na sala

- ✓ O prazo de realização da prova é de 04 (quatro) horas, incluindo a marcação da Folha de Respostas.
- ✓ Após 60 (sessenta) minutos do início da prova, o candidato estará liberado para utilizar o sanitário ou deixar definitivamente o local de aplicação, não podendo, no entanto, levar o Caderno de Questões e nenhum tipo de anotação de suas respostas.
- ✓ O candidato poderá levar consigo o Caderno de Questões somente se aguardar em sala até o término do prazo de realização da prova estabelecido em Edital.
- ✓ Os três últimos candidatos só poderão retirar-se da sala juntos, após assinatura do Termo de Fechamento do Envelope de Retorno.



Sobre a divulgação das provas e dos gabaritos

- ✓ O Caderno de Questões e o Gabarito Preliminar estarão disponíveis no site do **Enare** no endereço eletrônico <https://enare.ebserh.gov.br>, conforme previsto em Edital.

Cirurgia Torácica

1

Sobre o tratamento do pneumotórax espontâneo no cenário de urgência, assinale a alternativa correta.

- (A) O padrão-ouro é a drenagem pleural com agulha ou dreno intercostal em selo d'água.
- (B) O tamanho do pneumotórax é importante para definir qual tratamento será mais indicado.
- (C) A pleuroscopia com pleurodese química deve ser indicada em pacientes jovens devido ao menor risco operatório.
- (D) Em pacientes idosos, a pleurodese deve ser evitada para diminuir o risco de complicações.
- (E) O tratamento conservador é sempre evitado, pelo risco de progressão para pneumotórax hipertensivo.

2

São critérios para inclusão de paciente em programa de rastreamento de câncer de pulmão

- (A) idade, gênero e história familiar.
- (B) idade, carga tabágica e tamanho do nódulo.
- (C) tabagismo ativo e história familiar.
- (D) carga tabágica e idade.
- (E) exposição à radiação, idade e carga tabágica.

3

A respeito do pneumotórax espontâneo, considere as seguintes formas de tratamento e assinale a alternativa correta.

- Conservador (não invasivo).
- Aspiração por agulha.
- Pleurodese química.
- Cirurgia.

- (A) O tempo de internação é menor quando é indicado tratamento cirúrgico.
- (B) Há maior índice de complicações com uso de tratamento não invasivo.
- (C) Não há diferença no índice de recorrência quando se comparam aspiração por agulha e tratamento conservador.
- (D) A mortalidade é maior quando são indicados tratamentos mais invasivos.
- (E) A necessidade de novos procedimentos na sequência do tratamento é maior quando é realizada aspiração por agulha.

4

A recidiva após o primeiro episódio de pneumotórax espontâneo é uma preocupação frequente entre os pacientes. Ela ocorre em 13 a 39% dos casos após o primeiro episódio. Considerando as orientações para esse grupo de pacientes, assinale a alternativa correta.

- (A) Após o pneumotórax, os pacientes devem evitar voos comerciais por pelo menos três meses.
- (B) Em caso de segundo episódio ipsilateral ou primeiro contralateral, deve ser indicado tratamento cirúrgico.
- (C) Não há relação entre tabagismo e recorrência do pneumotórax espontâneo.
- (D) A prática de mergulho com cilindro pode ser realizada, devendo o paciente estar atento para a calibração do fluxo de oxigênio e do tempo de submersão.
- (E) Esporte de contato intenso (futebol, basquete, lutas) e aquáticos (natação, polo) devem ser evitados a partir do primeiro episódio de pneumotórax.

5

São indicações para cirurgia no primeiro episódio de pneumotórax espontâneo, EXCETO

- (A) pneumotórax bilateral.
- (B) pneumotórax com hemotórax associado.
- (C) paciente com pneumopatia importante (fibrose cística, DPOC, malformações).
- (D) pneumotórax hipertensivo.
- (E) paciente gestante.

6

Paciente do sexo masculino, 76 anos, iniciou quadro de fraqueza muscular em membros superiores e quedas há 30 dias, associado a diplopia e engasgos. Diagnosticado com Miastenia Gravis, iniciou o tratamento com piridostigmina, com resposta parcial apenas. Foi submetido à tomografia de tórax durante a propedêutica inicial, que não mostrou lesões mediastinais, porém identificou nódulo pulmonar no ápice esquerdo, com pequenos nódulos satélites, sugerindo disseminação broncogênica e pequeno halo em vidro fosco.

Considerando o quadro descrito, assinale a alternativa que apresenta corretamente a conduta a ser tomada nesse momento.

- (A) Há indicação de biópsia do nódulo pulmonar para diagnóstico diferencial de neoplasia primária pulmonar.
- (B) Deve ser realizada uma broncoscopia para coleta de lavado broncoalveolar para descartar doença infecciosa antes de progredir o tratamento com corticoterapia.
- (C) Pode ser iniciado tratamento imunossupressor e deve-se manter observação da lesão com novo exame em três meses.
- (D) Há indicação e timentomia mesmo sem lesão tímica, uma vez que os medicamentos resolveram apenas parcialmente.
- (E) Deve ser mantida a piridostigmina por mais três meses para avaliar adequadamente o resultado e repetida a tomografia para seguimento do nódulo pulmonar.

7

Assinale a alternativa que apresenta contraindicações absolutas à broncoscopia flexível.

- (A) Insuficiência respiratória e infarto agudo do miocárdio.
- (B) Coagulopatia e uremia.
- (C) Agitação psicomotora e broncoespasmo.
- (D) Falta de consentimento informado e hipertensão arterial grave.
- (E) Hipoxemia refratária e arritmia cardíaca maligna.

8

Paciente do sexo feminino, 48 anos, foi transferida de unidade primária após quadro de pneumotórax espontâneo primário à direita prontamente drenado em selo d'água pelo cirurgião geral de plantão há 5 dias. Mantém escape aéreo persistente à tosse, e a tomografia de tórax de controle mostra expansão pulmonar incompleta ainda, sem outros achados. Nega episódios anteriores de dor torácica ou outros problemas de saúde.

Sobre a paciente em questão e a condução adequada do caso, assinale a alternativa correta.

- (A) O tratamento deve ser cirúrgico devido ao escape aéreo persistente.
- (B) A idade da paciente e a persistência do escape aéreo excluem a possibilidade de pneumotórax catamenial.
- (C) Caso não estejam evidentes lesões pulmonares bolhosas, a pleurodese é dispensável no tratamento.
- (D) O risco de complicações e de recidiva são menores quando empregada a videotoracoscopia no tratamento cirúrgico.
- (E) A mortalidade é maior quando há necessidade de toracotomia no tratamento do pneumotórax espontâneo.

9

Paciente de 58 anos, com diagnóstico de mesotelioma pleural epitelióide durante propedêutica de derrame pleural à direita, "performance status" 0, comparece para avaliação de tratamento cirúrgico. PET-CT revela captação anômala na cadeia linfonodal subcarinal, além dos achados na pleura.

A respeito da melhor indicação nesse quadro, assinale a alternativa correta.

- (A) A exploração com laparoscopia e pleuroscopia contralateral deve ser realizada antes de indicar ressecção do tumor.
- (B) A presença de captação linfonodal no PET-CT sugere doença avançada, e o paciente deve ser submetido a tratamento neoadjuvante.
- (C) A investigação mediastinal é mandatória e pode ser feita com mediastinoscopia ou ultrassonografia endobrônquica (EBUS).
- (D) No caso de doença inicial, a pleuropneumonectomia é melhor que a descorticação/pleurectomia no resultado final.
- (E) No caso de acometimento linfonodal (N2), a descorticação/pleurectomia tem resultado superior à pleuropneumonectomia no resultado final.

10

Acerca das etiologias e características do derrame pleural, relacione as colunas e assinale a alternativa com a sequência correta.

1. Derrame benigno secundário à asbestose.
2. Disfunção cardíaca.
3. Pós-operatório de cirurgia cardíaca.
4. Trauma.

- () Derrame à esquerda usualmente.
() Pleura exibe placas calcificadas.
() Derrame bilateral e simétrico.
() Derrame com alta densidade na TC.

- (A) 2 – 3 – 1 – 4.
(B) 4 – 1 – 2 – 3.
(C) 1 – 2 – 3 – 4.
(D) 3 – 1 – 2 – 4.
(E) 4 – 2 – 3 – 1.

11

A toracocentese (punção pleural) é um procedimento-chave na propedêutica e terapêutica dos casos de derrame pleural no dia a dia do cirurgião torácico. Sobre essa modalidade, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de ultrassonografia para guiar a punção não muda o risco de pneumotórax iatrogênico.
(B) O uso da ultrassonografia para guiar a punção diminui o risco de sangramento no procedimento.
(C) A ultrassonografia aumenta a possibilidade de obtenção de líquido pleural durante a punção.
(D) Idealmente, o volume mínimo de líquido a ser enviado para citologia deve ser de 10 ml.
(E) Quando obtido menos de 8 ml na punção, o material pode ser desprezado, pois será insuficiente para os exames.

12

Assinale a alternativa cuja descrição corresponde ao diagnóstico correto.

- (A) Malformação na qual uma porção do pulmão é segregada do restante do órgão, não tem comunicação com a árvore brônquica e é suprida por uma artéria sistêmica – Malformação adenometoide cística.
(B) Lesões císticas congênitas derivadas de um broto anormal da árvore traqueobrônquica em desenvolvimento, podendo ser mediastinais ou intrapulmonares – Sequestro pulmonar.
(C) Grupo de lesões caracterizadas por tecido pulmonar de arquitetura anormal com formação de cistos, em geral com comunicação com as vias aéreas – Cisto broncogênico.
(D) Anomalia congênita caracterizada por hipoplasia do pulmão direito associada à drenagem venosa pulmonar anômala para a veia cava inferior – Síndrome da Cimitarra.
(E) Comunicações anormais congênitas entre artérias e vias pulmonares – Varizes pulmonares.

13

São causas de bronquiectasias, EXCETO

- (A) estenose brônquica.
(B) discinesia ciliar primária.
(C) atresia brônquica.
(D) tuberculose.
(E) sarcoidose.

14

Assinale a alternativa que apresenta fatores de risco maiores para neoplasia pulmonar primária.

- (A) Tabagismo passivo, sexo feminino e exposição ao asbesto.
(B) Tabagismo, história familiar de câncer de pulmão e exposição a urânio.
(C) Tabagismo, sexo masculino e história prévia de outros tumores primários.
(D) Sexo masculino, exposição ao gadolínio e história familiar de câncer de pulmão.
(E) Sexo feminino, exposição à poluição ambiental e excesso de radiação em exames de imagem.

15

Paciente do sexo feminino, 78 anos, hipertensa em uso de losartan, chega ao pronto-socorro com relato de dispneia grau III, tosse seca e dor torácica à esquerda. Durante propedêutica inicial, aparece derrame pleural volumoso à esquerda. A avaliação cardiológica está normal. Paciente relata ser ex-tabagista, 48 anos/maço, parou há 14 anos. É realizado TC de tórax, que revela derrame volumoso à esquerda com espessamento pleural ipsilateral e adenomegalia mediastinal.

Com relação à extensão da propedêutica nesse caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Na análise do líquido pleural, caso a citologia oncológica esteja negativa, é fundamental solicitar análise do NT-proBNP para descartar derrame cardiogênico.
- (B) No quadro clínico em questão, não há necessidade de avaliação de adenosina deaminase (ADA) e citometria só líquido pleural.
- (C) A análise de marcadores tumorais (CEA, Ca19-9, Ca 125, alfa-fetoproteína) é útil para descartar acometimento neoplásico.
- (D) Tomografia de abdome e pelve e eco-broncoscopia são exames que podem elucidar com acurácia o diagnóstico.
- (E) A biópsia percutânea de pleura tem rendimento equivalente à biópsia pleural por videotoracoscopia e deve ser indicada por ser menos invasiva.

16

Sobre o tratamento cirúrgico da hiperidrose primária, assinale a alternativa correta.

- (A) A secção do nervo simpático da altura da segunda e terceira costelas (R2 e R3) tem melhor resultado global para o paciente, pois promove maior redução da sudorese.
- (B) Apesar da menor incidência de hiperidrose reflexa com a secção em R4 e R5, o índice de satisfação dos pacientes costuma ser menor nessa abordagem por alto índice de falha terapêutica.
- (C) A secção em R3/R4 é equivalente à secção R4/R5 tanto na redução da sudorese quanto na incidência de hiperidrose reflexa.
- (D) A utilização de clipe é superior à secção do nervo simpático, pois possibilita a reversão da cirurgia em casos de insatisfação do paciente com o resultado.
- (E) A secção de R3/R4/R5/R6 mostrou melhores resultados para hiperidrose plantar quando comparada à secção R3/R4.

17

Paciente do sexo masculino com hiperidrose palmo-axilar primária comparece para primeira consulta com vista a tratamento cirúrgico da condição, uma vez que apresenta grandes dificuldades nas atividades diárias como professor. Diz ter estudado sobre o assunto e sobre o tratamento e faz algumas colocações a respeito. Analise as colocações do paciente e assinale a alternativa que corresponde à correta.

- (A) "Prefiro evitar o tratamento clínico com medicamentos, devido ao risco de desenvolver infecção urinária."
- (B) "Apesar de ter certeza que a sudorese vai passar das mãos e axilas para o tronco, prefiro fazer a cirurgia, pois o suor nas mãos incomoda demais."
- (C) "Quero o tratamento cirúrgico por se tratar de procedimento simples e sem complicações."
- (D) "Preciso resolver esse excesso de suor logo, antes que ele evolua com mau cheiro associado; assim que operar, isso não vai mais acontecer."
- (E) "Se possível, doutor, quero operar usando os cliques para poder reverter a cirurgia caso não goste do resultado."

18

Paciente do sexo feminino, 58 anos, não tabagista, durante investigação de tosse crônica, foi diagnosticado com dois nódulos pulmonares, um no segmento anterior do lobo superior direito, semissólido, com 2,2 cm (1 cm parte sólida), e outro no ápice esquerdo, sólido, com 1,8 cm. PET-CT mostra captação anômala em ambos, sem outros achados. Biópsia percutânea mostra adenocarcinoma lepidico em ambas as lesões. Durante reunião multidisciplinar, foram levantadas as seguintes opiniões:

- I. trata-se de doença avançada, estágio IV, e deve ser tratada com quimioterapia seguida de imunoterapia;
- II. é necessário completar o estadiamento mediastinal invasivo e, caso negativo, a paciente deve ser submetida à ressecção das duas lesões;
- III. o estadiamento deve ser completado com RNM de crânio e biópsia de linfonodos mediastinais, que devem ser obrigatoriamente realizadas por mediastinoscopia para evitar falso-negativo;
- IV. uma vez confirmado o status N0, a cirurgia indicada deve ser a lobectomia nas duas lesões.

Está(ão) correta(s):

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

19

Paciente do sexo masculino, 65 anos, ex-tabagista 38 anos/maço, parou de fumar há 10 anos, quando foi diagnosticado com carcinoma escamocelular de laringe T1N0M0, tratado com radioterapia exclusiva e boa resposta. Foi diagnosticado nódulo pulmonar sólido de 1 cm no lobo inferior direito durante exame de controle. PET-CT apresentou captação anormal apenas na lesão. Foi submetido à segmentectomia não anatômica e ressecção completa do nódulo, que revelou carcinoma de pequenas células, confirmado por imuno-histoquímica em dois laboratórios diferentes.

Diante desse quadro, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta a ser indicada nesse momento.

- (A) Por se tratar de ressecção completa da lesão, não há indicação de novo tratamento cirúrgico; deve-se manter acompanhamento radiológico periódico.
- (B) Com a ressecção completa da lesão, deve ser feito quimioterapia para consolidar o tratamento.
- (C) É necessário estadiamento mediastinal invasivo. Se confirmado status N0, indica-se completar o tratamento com segmentectomia anatômica.
- (D) Estadiamento mediastinal invasivo. Se confirmado status N0, indica-se completar o tratamento com lobectomia pulmonar e quimioterapia adjuvante.
- (E) Com a ressecção completa da lesão, indicar radioterapia do leito cirúrgico e quimioterapia para consolidar o tratamento.

20

Qual dos métodos de biópsia pleural a seguir oferece maior probabilidade de diagnóstico na propedêutica do derrame pleural?

- (A) Biópsia com agulha de Cope.
- (B) Videotoracoscopia.
- (C) Biópsia com agulha guiada por ultrassonografia.
- (D) Biópsia com agulha guiada por tomografia.
- (E) Toracotomia.

21

São pilares no manejo dos quadros de infecção pleural, EXCETO

- (A) diagnóstico precoce.
- (B) drenagem efetiva da cavidade infectada.
- (C) identificação precisa do agente etiológico.
- (D) nutrição adequada ao paciente.
- (E) profilaxia efetiva contra trombose.

22

Assinale a alternativa que apresenta preditores de risco nos casos de infecção pleural.

- (A) Função renal, idade avançada, aspecto do líquido pleural, presença de microbiota hospitalar e hipoalbuminemia.
- (B) Anemia associada, febre maior que 38°C, taquicardia e idade avançada.
- (C) Líquido purulento, febre maior que 38°C, imunossupressão e trauma prévio da cavidade torácica.
- (D) Presença de microbiota hospitalar, insuficiência respiratória, necessidade de drenagem cirúrgica e função renal.
- (E) Idade avançada, febre maior que 38°C, trauma prévio da cavidade torácica e anemia associada.

23

Em relação à propedêutica dos pacientes com suspeita de empiema pleural, assinale a alternativa correta.

- (A) Os parâmetros de imagem não são relevantes na indicação de tratamento invasivo.
- (B) A dosagem de LDH e proteína do líquido pleural são preditores de complicações.
- (C) O nível sérico de proteína C reativa (PCR) faz parte da avaliação de gravidade do quadro.
- (D) O pH do líquido pleural tem alta sensibilidade e especificidade para identificar pacientes que podem cursar com quadro clínico complicado.
- (E) O aspecto do líquido pleural aspirado é forte preditor de necessidade de tratamento cirúrgico.

24

Assinale a alternativa que apresenta corretamente a descrição correspondente ao diagnóstico.

- (A) Fraqueza difusa ou segmentar da traqueia resultando em estreitamento anormal da via aérea – Estenose traqueal cicatricial.
- (B) Doença benigna rara caracterizada por numerosos nódulos submucosos sésseis, cartilagosos e/ou ósseos, distribuídos pelas paredes anterolaterais da traqueia, projetando-se no lúmen laringotraqueobrônquico – Traqueopatia ostrocondroplástica.
- (C) Acentuada dilatação da traqueia e brônquios principais devido a uma atrofia ou ausência das fibras elásticas longitudinais e da musculatura lisa que formam suas paredes – Bronquiectasia.
- (D) Episódios recorrentes de inflamação cartilaginosa envolvendo as cartilagens do nariz, orelha, articulações periféricas, laringe e árvore traqueobrônquica – Granulomatose de Wegner.
- (E) Doença autoimune sistêmica que acomete principalmente os rins e as vias aéreas superiores e inferiores. Os sintomas mais comuns incluem tosse, hemoptise, dor torácica e dispneia – Telangiectasia hemorrágica hereditária.

25

Paciente do sexo masculino, 68 anos, com cardiopatia isquêmica importante, foi submetido à angioplastia há 3 anos, complicada com aspiração maciça durante o procedimento. Ficou 3 meses internado na ocasião até recuperação do evento. Na época, foi identificada uma massa retroesternal circunscrita e homogênea medindo 8x4,5x3,5 cm, que não foi investigada devido ao quadro crítico em que se encontrava o paciente. Ele retorna agora, após tomografia de controle solicitada pelo cardiologista, que mostra aumento da lesão para 11,2x6,4x5 cm, mantendo as mesmas características e localização. Os marcadores CEA, alfa-fetoproteína e beta-hCG são negativos. O paciente encontra-se bem clinicamente, em uso de dupla antiagregação plaquetária.

Diante disso, assinale a alternativa que apresenta a conduta correta a ser seguida nesse caso.

- (A) O diagnóstico tomográfico é muito sugestivo de timoma, e o paciente pode ser encaminhado para tratamento cirúrgico.
- (B) Lesões mediastinais acima de 6 cm devem ser diagnosticadas com biópsia previamente ao tratamento cirúrgico.
- (C) O diagnóstico tomográfico é sugestivo de timoma, mas a cardiopatia do paciente contraindica qualquer tratamento cirúrgico devido à dupla antiagregação plaquetária.
- (D) O diagnóstico tomográfico é sugestivo de linfoma, pela posição da massa no mediastino e sua relação com as estruturas adjacentes.
- (E) O diagnóstico presuntivo é de timoma, que deve ser confirmado com ressonância magnética e eletroforese de proteínas antes de se indicar tratamento cirúrgico.

26

O estadiamento mediastinal invasivo é parte fundamental do tratamento do câncer pulmonar. Em relação aos diversos métodos empregados para isso, assinale a alternativa correta.

- (A) A ecobroncoscopia, apesar de pouco invasiva, tem rendimento muito inferior à mediastinoscopia.
- (B) A videotoracoscopia é o método que oferece maior acurácia e precisão no estadiamento mediastinal invasivo.
- (C) Uma das limitações da ecobroncoscopia é a impossibilidade de realizar estudo imuno-histoquímico com o material obtido.
- (D) A mediastinoscopia convencional, videomediastinoscopia e ecobroncoscopia têm acurácia semelhante e devem ser empregadas na dependência do quadro clínico do paciente.
- (E) A videomediastinoscopia tem índice de complicação operatória superior à da mediastinoscopia convencional.

27

Sobre o tratamento invasivo do empiema pleural, assinale a alternativa correta.

- (A) Na drenagem tubular, devemos usar o dreno mais largo possível para evitar obstrução do circuito de drenagem.
- (B) Nos casos com coleção francamente purulenta, a videotoracoscopia é menos eficiente que a toracotomia na descorticação pulmonar.
- (C) A drenagem cirúrgica (toracoscopia/toracotomia) tem menor índice de falha e promove menor tempo de hospitalização para os pacientes.
- (D) Pacientes com risco cirúrgico elevado devem ser submetidos à drenagem pleural aberta como primeira opção para evitar a necessidade de novos procedimentos.
- (E) A videotoracoscopia pode ser indicada como primeira opção de tratamento para pacientes em estado crítico como forma de melhora acelerada do quadro.

28

Paciente do sexo feminino, 45 anos, com pneumonia comunitária grave, chega ao pronto-socorro com dispneia grau IV, febre (38,5 °C), tosse com escarro sanguinolento e taquicardia (FC 125 bpm). Foi submetida a raio x de tórax, que evidenciou derrame pleural volumoso à direita ocupando 3/4 do hemitórax. Punção pleural revelou líquido francamente purulento e fétido. Evoluiu com piora respiratória e foi prontamente intubada. Logo após, foi realizada uma toracostomia com drenagem pleural fechada em selo d'água com saída de 2500 ml de secreção purulenta fétida.

Na UTI, o raio x de admissão mostrava níveis hidroaéreos no hemitórax direito, com dreno bem posicionado.

Com base no contexto clínico apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) A paciente tem indicação de tratamento cirúrgico, e a videotoracoscopia com descorticação pulmonar é o melhor tratamento para restabelecer a expansão pulmonar.
- (B) A paciente tem indicação de tratamento cirúrgico, e a videotoracoscopia com aspiração e lise de septações é o melhor tratamento, pois o quadro é muito grave.
- (C) A paciente tem indicação de tratamento cirúrgico, e a toracotomia oferecerá melhor campo operatório para desfazer as septações e restabelecer a expansão pulmonar.
- (D) A paciente tem indicação de tratamento cirúrgico, e a pleurostomia (drenagem aberta) fará a drenagem mais adequada da cavidade para proporcionar resolução da infecção no espaço pleural.
- (E) A paciente tem indicação de terapia fibrinolítica intrapleural com estreptoquinase para liberação de septações e otimização da drenagem pleural.

29

Assinale a alternativa que apresenta tratamentos alternativos à simpatectomia para hiperidrose primária.

- (A) Cloreto de alumínio, anti-histamínicos, corticoterapia tópica.
- (B) Toxina botulínica, anti-inflamatórios, bloqueador de canal de cálcio.
- (C) Benzodiazepínicos, cloreto de cálcio, antisséptico tópico.
- (D) Antidepressivos, oxibutinina, anti-histamínicos.
- (E) Oxibutinina, iontoforese, toxina botulínica.

30

Paciente de 62 anos, com carcinoma escamoso de laringe tratado há 13 anos com radioterapia exclusiva, traqueostomizado na ocasião desse tratamento devido a edema das pregas vocais, vem apresentando episódios de saída de líquido e alimentos pela cânula de traqueostomia há 5 semanas, durante a alimentação. Nesse período, ficou internado por 15 dias devido a TCE moderado depois de queda da própria altura em casa. Na tomografia de tórax, não há alterações parenquimatosas importantes. O paciente queixa de disfagia importante após a internação pelo trauma, sem queixas respiratórias no momento.

Nesse contexto clínico, o cirurgião torácico é chamado pelo médico assistente para avaliar a presença de provável fístula traqueoesofágica. Assinale a alternativa que apresenta o argumento que exclui esse diagnóstico do ponto de vista clínico.

- (A) Os pacientes com fístula traqueoesofágica, em geral, têm manipulação cirúrgica recente da via aérea e/ou digestiva.
- (B) É muito pouco provável o desenvolvimento de fistulas traqueoesofágicas após anos de tratamento radioterápico para neoplasia de laringe.
- (C) Os quadros de fístula traqueoesofágica apresentam distensão abdominal devido ao desvio do fluxo aéreo.
- (D) Os pacientes com fístula traqueoesofágica cursam com pneumonia de repetição e quadro clínico respiratório exuberante, com tosse frequente e agravada pelo decúbito.
- (E) Apesar do quadro respiratório exuberante, os pacientes com fístula traqueoesofágica raramente cursam com disfagia.

31

Paciente do sexo feminino, 29 anos, vítima de TCE grave, é submetida à traqueostomia na beira do leito da UTI para otimização da ventilação mecânica. Aproximadamente 10 minutos após o procedimento, evolui com hipotensão importante e dessaturação. A equipe de fisioterapia imediatamente procede com aspiração da cânula e checagem do balonete, ambas medidas sem melhora. O plantonista da UTI decide, então, trocar a órtese por uma maior para otimizar o fluxo aéreo, procedimento realizado rapidamente e sem intercorrências, porém não há melhora do quadro e a paciente evolui para quadro de parada cardiorrespiratória com atividade elétrica sem pulso.

Ao ser chamado para avaliar o caso, o cirurgião torácico rapidamente estabelece a principal hipótese diagnóstica e desencadeia o procedimento confirmatório, que são, respectivamente:

- (A) hemotórax maciço; drenagem torácica.
- (B) pneumotórax hipertensivo; descompressão torácica por punção.
- (C) laceração da parede traqueal; retirada da traqueostomia e intubação orotraqueal.
- (D) falso trajeto da cânula; reposicionamento com broncoscopia.
- (E) ruptura da artéria inominada; compressão digital da fúrcula esternal.

32

Em relação aos quadros de hemoptise, assinale a alternativa correta.

- (A) Os quadros mais volumosos têm origem no leito arterial pulmonar; os quadros mais brandos geralmente se originam dos vasos brônquicos.
- (B) Os sangramentos originados na via aérea distal são bem abordados com a broncoscopia flexível para localização e tratamento.
- (C) Na falha de controle do sangramento por via endoscópica, há indicação de cirurgia de urgência para controle da hemorragia.
- (D) Pacientes com sangramento difuso de grande volume são melhor controlados com tratamento operatório minimamente invasivo para ligadura das artérias brônquicas.
- (E) O sangramento maciço da via aérea proximal está mais relacionado às neoplasias malignas e é bem abordado por broncoscopia rígida para controle local.

33

As deformidades congênitas da parede torácica envolvem vários defeitos musculoesqueléticos que alteram o contorno simétrico do tórax. Assinale a alternativa cuja descrição do defeito está adequadamente definida.

- (A) Crescimento irregular das cartilagens condrais aproximam o esterno da coluna vertebral – Pectus carinatum.
- (B) Conjunto de alterações unilaterais de gravidade variável que envolvem agenesia ou hipogenesia de arcos costais superiores, glândula mamária, grupos musculares peitorais e defeitos nos membros superiores – Pentalogia de cantrell.
- (C) Distúrbio da ossificação endocondral, com redução das dimensões da caixa torácica, baixa estatura com membros curtos e alterações pélvicas e falangeanas – Distrofia torácica asfixiante.
- (D) Malformação caracterizada por deficiência da porção inferior do esterno, onfalocele, defeito no diafragma anterior em forma de crescente, ectopia cordis e malformações intracardiácas – Fenda esternal.
- (E) Crescimento irregular das cartilagens condrais afastam o esterno da coluna vertebral – Pectus excavatum.

34

Paciente do sexo feminino, 54 anos, com nódulo pulmonar 1,2 cm no lobo inferior esquerdo, com diagnóstico de adenocarcinoma invasivo em biópsia percutânea, apresenta obesidade grau III, tabagismo ativo 15 anos/maço e é hipertensa bem controlada em uso de losartan. O PET-CT mostra captação pequena na lesão e sem outras áreas anormais de captação do FDG. Queixa-se de dispneia moderada aos esforços.

Diante desse quadro, assinale a alternativa que apresenta a avaliação funcional mínima a ser realizada com vistas à ressecção pulmonar.

- (A) Espirometria e teste de caminhada.
- (B) Capacidade de difusão de monóxido de carbono (DLCO) e cintilografia perfusional.
- (C) Ergoespirometria e cintilografia perfusional.
- (D) Espirometria e capacidade de difusão de monóxido de carbono (DLCO).
- (E) Cintilografia de inalação e teste de caminhada.

35

Paciente de 82 anos possui massa no lobo inferior direito. A biópsia percutânea revela adenocarcinoma pulmonar. A espirometria e o teste de difusão de monóxido de carbono são normais. Foi submetido a PET-CT, que evidenciou captação muito discreta em linfonodo hilar ipsilateral.

Em relação ao estadiamento da neoplasia, assinale a alternativa correta.

- (A) A captação fraca em linfonodo hilar deve tratar-se de radiação de fundo e não deve ser considerada. O paciente pode ser levado para lobectomia pulmonar.
- (B) O estadiamento mediastinal invasivo é mandatório devido ao tamanho da lesão, independente da captação do PET-CT.
- (C) Com a captação hilar no PET-CT, o paciente deve ser encaminhado para tratamento neoadjuvante com quimioterapia e radioterapia e posterior reavaliação para indicar cirurgia.
- (D) Há indicação de estadiamento mediastinal invasivo e deve ser realizado por ecobroncoscopia, uma vez que outros métodos não conseguem acessar o linfonodo captante.
- (E) Com a captação discreta, pode-se indicar cirurgia nesse momento, favorecendo a segmentectomia anatômica para preservação de parênquima pulmonar.

36

O ducto torácico é uma estrutura com variabilidade anatômica ampla. Considerando a distribuição mais comum da anatomia dessa estrutura, a respeito da distribuição do ducto torácico, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Origina-se na cisterna do quilo, entre L3 e T10.
- (B) Penetra no tórax pelo hiato esofágico entre T10 e T12.
- (C) Cruza a aorta posteriormente para o lado esquerdo entre T5 e T7.
- (D) Ascende ao lado esquerdo do esôfago e mais superiormente atrás da artéria subclávia esquerda.
- (E) Na borda medial do músculo escaleno anterior, curva-se para frente e para baixo e se anastomosa na junção da veia subclávia e jugular interna esquerda.

37

Em relação ao quilotórax, assinale a alternativa correta.

- (A) A principal etiologia é a iatrogenia, principalmente após cirurgia cardíaca e esofágica.
- (B) Nos exames de imagem, apresenta aspecto típico de múltiplas lojas e derrame volumoso.
- (C) Nos parâmetros laboratoriais, o líquido quiloso exibe uma relação colesterol/triglicérides maior que 1.
- (D) A alta osmolaridade da linfa gera irritação pleural importante que leva a um quadro clínico com dor intensa e mimetiza empiema pleural.
- (E) A contagem celular mostra uma predominância de linfócitos, podendo chegar a 90% da celularidade.

38

Paciente do sexo masculino, 72 anos, possui adenocarcinoma pulmonar em massa de 4,7 cm no lobo inferior esquerdo. PET-CT com captação anormal somente na lesão. Provas de função pulmonar com distúrbio obstrutivo leve e prova broncodilatadora negativa. Foi submetido à videomediastinoscopia para estadiamento mediastinal, que encontrou foco micrometastático de 5 mm na cadeia 7.

À luz dos conhecimentos mais recentes sobre o tratamento do câncer pulmonar, assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado para esse paciente.

- (A) Deve ser encaminhado para tratamento com quimioterapia, imunoterapia e radioterapia de consolidação.
- (B) Por se tratar de foco micrometastático, pode ser considerado N0 e indicar lobectomia pulmonar.
- (C) Indicação de neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia sequencial e cirurgia, a depender da resposta obtida.
- (D) Deve ser realizada neoadjuvância com quimioterapia e imunoterapia seguida de cirurgia e consolidação de imunoterapia pós-operatória.
- (E) Esse caso deve ser considerado avançado e tratado paliativamente com quimioterapia e radioterapia.

39

Sobre as complicações relacionadas às traqueostomias, analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta a(s) correta(s).

- I. Altas pressões no balonete da canula podem gerar isquemia da mucosa traqueal, que está diretamente relacionada ao surgimento da estenose cicatricial.
- II. Fatores que contribuem para surgimento de disfagia em pacientes traqueostomizados são a diminuição da elevação laríngea e compressão esofágica pelo balonete da cânula.
- III. Posicionamento caudal do traqueostoma, alta pressão do balonete e excesso de movimentação da cânula podem ocasionar surgimento de fístula traqueo-arterial.

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

40

Considerando as mais recentes evidências no tratamento cirúrgico do câncer pulmonar, assinale a alternativa que apresenta os critérios para indicação de ressecção sublobar.

- (A) Lesão menor que 1 cm; margem mínima de ressecção igual ao dobro da lesão; adenocarcinoma *in situ* ou minimamente invasivo.
- (B) Lesão de qualquer tamanho, desde que tenha histologia comprovada como adenocarcinoma *in situ*.
- (C) Lesão menor ou igual a 2 cm; parte sólida até 50% do diâmetro total; adenocarcinoma *in situ*; tempo de dobra tumoral maior que 400 dias.
- (D) Lesão de até 3 cm; parte sólida até 75% do diâmetro total; qualquer adenocarcinoma.
- (E) Lesão de até 2 cm; função pulmonar limítrofe para lobectomia; tumor carcinoide típico ou metástase de lesão primária extrapulmonar.

41

Paciente do sexo masculino, 22 anos, possui achado ocasional de massa mediastinal anterior em tomografia de tórax devido a trauma contuso. Na imagem, observa-se lesão de 7,2 cm, de contornos lisos, heterogênea, com densidade de gordura, áreas císticas e calcificações grosseiras em seu interior. O paciente não apresenta queixas respiratórias ou outros problemas de saúde.

Com base no caso clínico apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) É necessário avaliar os marcadores alfa-fetoproteína, beta-hCG e CEA, e, de acordo com as características da imagem, espera-se que o beta-hCG esteja elevado.
- (B) A principal hipótese diagnóstica é de tumor não seminomatoso, principalmente pelo tamanho da lesão e quadro assintomático.
- (C) Os tumores de células germinativas têm como fatores de pior prognóstico sexo feminino, idade de apresentação abaixo de 12 anos e histologia não seminomatosa.
- (D) A ressecção cirúrgica está indicada no caso apresentado e o prognóstico é muito favorável se a lesão for completamente retirada.
- (E) Caso seja indicada biópsia da lesão, é importante que seja realizada em sítio diferente do provável acesso cirúrgico em caso de ressecção.

42

Paciente do sexo masculino, 53 anos, com adenocarcinoma no colón sigmoide, com 5 nódulos pulmonares ao diagnóstico, foi submetido à colectomia esquerda bem-sucedida com quimioterapia adjuvante. Após o tratamento, foi encaminhado à cirurgia torácica, uma vez que as lesões pulmonares apresentaram resposta parcial (a maior lesão evoluiu de 12 mm para 8 mm e a menor de 7 mm para 4 mm).

O paciente encontra-se em excelente estado clínico, sem queixas respiratórias e não tem outras comorbidades.

Com base no caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) A acurácia do PET-CT, nesse caso, fica muito reduzida devido ao tamanho das lesões; logo, não deve ser indicado.
- (B) São critérios de elegibilidade para metastasectomia: função pulmonar permissiva ao tamanho da ressecção proposta, ausência de outros sítios metastáticos e tumor primário controlado.
- (C) Caso a ressecção de todas as lesões não seja tecnicamente viável, a cirurgia deve ser indicada para citorredução com benefício de retardar a progressão da doença.
- (D) As lesões menores têm melhor controle local quando tratadas com radioterapia esterotáxica.
- (E) É indicado biópsia de pelo menos uma das lesões, uma vez que se pode estar diante de doença infecciosa pulmonar devido ao quadro de imunossupressão gerado pela quimioterapia.

43

A respeito dos fatores prognósticos relacionados ao aumento da sobrevida nos pacientes com metástase pulmonar de câncer colorretal submetidos à ressecção completa das lesões, assinale a alternativa correta.

- (A) Níveis elevados de CEA no pré-operatório são associados à menor sobrevida em cinco anos.
- (B) Em pacientes com mais de três lesões pulmonares, a cirurgia não demonstra benefício real de sobrevida.
- (C) Não há influência do acometimento linfonodal mediastinal no prognóstico.
- (D) A apresentação sincrônica das lesões apresenta melhor prognóstico, pois permite ressecção mais rápida das metástases.
- (E) Não há diferença prognóstica em caso de metástases uni ou bilaterais.

44

O rastreamento do câncer pulmonar tem se mostrado muito efetivo desde sua implementação no início do século 21, porém apresenta vários problemas que podem gerar riscos aos pacientes eleitos para o rastreio.

Assinale a alternativa que apresenta somente riscos gerados aos pacientes que participam de programas de rastreamento do câncer de pulmão.

- (A) Custos dos exames realizados; descoberta acidental de problemas em outros órgãos/estruturas.
- (B) Exposição à radiação; estigmatização social dos pacientes do programa.
- (C) Complicações dos procedimentos diagnósticos gerados; perda de qualidade de vida pela ansiedade gerada pelos resultados.
- (D) Descoberta de doença indolente; ansiedade gerada pela mudança de estilo de vida.
- (E) Riscos de acidentes durante o deslocamento para exames; exclusão social dos pacientes tabagistas.

45

Paciente de 65 anos, ex-tabagista e participante de programa de rastreamento de câncer pulmonar, após dois exames sem alterações, apresenta nódulo em vidro fosco puro de 22 mm no lobo superior direito. Não há sinais ou sintomas respiratórios associados ou qualquer mudança clínica relevante desde o início do rastreamento.

Em relação à conduta a ser indicada pelo programa nesse momento, assinale a alternativa correta.

- (A) Biópsia percutânea da lesão.
- (B) PET-CT para avaliar metabolismo do nódulo.
- (C) Ressecção sublobar desde que a margem igual ao tamanho da lesão seja possível.
- (D) Novo exame tomográfico em 30 dias.
- (E) Novo exame tomográfico em 6 meses.

46

Paciente de 60 anos, tabagista ativo, foi incluído no programa de rastreamento de câncer pulmonar. No primeiro exame, observa-se nódulo semissólido de 7 mm (componente sólido 4 mm) no lobo superior esquerdo. Após 6 meses, foi realizado novo exame que constatou aumento da lesão para 8 mm (componente sólido 6 mm). Não houve alteração clínica no mesmo período.

Em relação à conduta a ser indicada pelo programa nesse momento, assinale a alternativa correta.

- (A) Broncoscopia e coleta de lavado broncoalveolar.
- (B) Novo exame tomográfico em 3 meses.
- (C) Ressecção da lesão desde que a margem igual ao tamanho da lesão seja possível.
- (D) Biópsia percutânea da lesão.
- (E) PET-CT para avaliar metabolismo do nódulo.

47

Paciente de 70 anos, ex-tabagista 50 anos/maço (parou há 13 anos), apresenta massa pulmonar no lobo superior esquerdo acompanhada de tosse frequente com episódios de hemoptise leve. Foi submetido à broncoscopia flexível, que encontrou lesão obstruindo quase totalmente o brônquio lobar superior esquerdo. A biópsia da lesão revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. No PET-CT, há captação anormal na massa pulmonar, linfonodos hilares ipsilaterais e na cadeia paratraqueal inferior esquerda (apesar de todas as cadeias estarem com tamanho normal), além de acometimento circunferencial da artéria pulmonar. Estadiamento mediastinal invasivo comprova acometimento das cadeias subcarinal e paratraqueal inferior.

Diante disso, assinale a alternativa que apresenta o melhor tratamento para esse paciente.

- (A) Há indicação de tratamento neoadjuvante com quimioterapia + imunoterapia, seguido de ressecção da lesão.
- (B) O paciente deve ser submetido a tratamento definitivo com quimioterapia + imunoterapia e radioterapia.
- (C) A cirurgia está indicada, uma vez que todas as cadeias acometidas podem ser completamente ressecadas, possibilitando retirada total da massa de células tumorais.
- (D) Há indicação de neoadjuvância com quimioterapia + radioterapia para proporcionar diminuição da lesão e possibilitar ressecção menos mórbida.
- (E) A cirurgia deve ser feita primeiro, pois trata-se de pneumonectomia, e o risco de complicações operatórias nesse caso piora com a realização de tratamento neoadjuvante.

48

Em relação aos tumores tímicos, assinale a alternativa correta.

- (A) O estadiamento de Masaoka tem maior impacto na sobrevida do que o tipo histológico da lesão.
- (B) Os cistos tímicos são facilmente diferenciados dos timomas pela tomografia computadorizada.
- (C) O PET-CT na avaliação dos tumores tímicos tem o papel de diferenciar os timomas dos carcinomas tímicos.
- (D) A associação de timoma com Miastenia Gravis é maior em pacientes idosos e com grandes lesões.
- (E) Nos casos de timoma avançado, o tipo histológico tem papel central na definição do esquema de neoadjuvância.

49

Assinale a alternativa que apresenta fatores de risco para neoplasias primárias da parede torácica.

- (A) Tabagismo e deformidade da parede torácica.
- (B) Mutação gene APC e obesidade.
- (C) Trauma local e radioterapia prévia.
- (D) Neurofibromatose e defeito do tubo neural.
- (E) Doença celíaca e mutação no gene P53.

50

Tendo em vista a descrição histopatológica e a denominação das neoplasias da parede torácica, relacione as colunas e assinale a alternativa com a sequência correta.

1. Osteocondroma.
2. Displasia fibrosa.
3. Cisto ósseo aneurismático.
4. Neurilemoma.

- () Lesão óssea com cavitação medular que apresenta calcificações e septações.
- () Lesão originada na bainha de mielina ou no próprio nervo, frequentemente associada à neurofibromatose 1.
- () A medula óssea é substituída por fibrose, culminando em um aspecto expansivo, trabeculado e insuflativo.
- () Lesão com origem na cortical dos arcos costais, muito comum em jovens do sexo masculino.

- (A) 3 – 2 – 4 – 1.
- (B) 2 – 4 – 1 – 3.
- (C) 4 – 1 – 2 – 3.
- (D) 3 – 4 – 2 – 1.
- (E) 3 – 4 – 1 – 2.

51

Durante a reunião semanal da equipe de cirurgia torácica, foi apresentado o caso de um paciente de 59 anos com achado de massa pulmonar no lobo superior esquerdo com obstrução parcial do brônquio correspondente, acompanhada de adenomegalia paratraqueal ipsilateral e supraclavicular direita. Após PET-CT e ressonância de crânio, surgiram ainda nódulo encefálico no lobo parietal direito de 2 cm, na transição das substâncias branca e cinzenta, e captação em lesão hepática de 3 cm no lobo direito.

Na discussão, três internos e dois residentes emitiram as seguintes opiniões:

- I1: indicação de linfadenectomia cervical;
- I2: indicação de biópsia percutânea orientada por tomografia na lesão pulmonar;
- I3: indicação de avaliação neurocirúrgica para ressecção da lesão encefálica;
- R1: indicação de ultrassonografia abdominal para guiar biópsia da lesão hepática;
- R2: ecobroncoscopia para estadiamento mediastinal e biópsia endobrônquica.

Qual das condutas apresentadas está mais alinhada com as recomendações para diagnóstico de lesões pulmonares sugestivas de neoplasia?

- (A) R1.
- (B) R2.
- (C) I1.
- (D) I2.
- (E) I3.

52

Paciente do sexo masculino, 62 anos, com diabetes, em uso de insulina, chega ao pronto-socorro com quadro de febre 38,5 °C, associado a dispneia progressiva iniciada há 3 dias, acompanhada de tosse e dor torácica e cervical. Ao exame, apresenta Fc 128 bpm, Fr 23 irpm, sons respiratórios abolidos nas bases com macicez à percussão na metade inferior do hemitórax direito. Raio x de tórax mostra derrame pleural bilateral, maior à direita, acompanhado de alargamento mediastinal e enfisema subcutâneo cervical. Há relato de tratamento dentário recente, há 7 dias.

Acerca do provável diagnóstico e tratamento do caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de provável timoma avançado e devem ser realizadas drenagem pleural com pleurodese química e quimioterapia paliativa.
- (B) O quadro é de ruptura esofágica devido à tosse e deve ser realizada endoscopia para confirmar o diagnóstico; o tratamento é feito com antibioticoterapia e desvio do trânsito alimentar.
- (C) O diagnóstico é de sepse pulmonar e deve ser manejado com antibioticoterapia de largo espectro.
- (D) O quadro sugere mediastinite descendente e deve ser submetido à drenagem cirúrgica ampla (cervical e torácica) associada à antibioticoterapia.
- (E) O diagnóstico é de empiema pleural, provavelmente por bactérias anaeróbias e deve ser realizada toracostomia fechada.

53

Assinale a alternativa que apresenta somente causas de derrame pleural exsudativo.

- (A) Insuficiência cardíaca e pneumonia.
- (B) Colagenoses e vasculites.
- (C) Cirrose hepática e tuberculose.
- (D) Mixedema e glomerulonefrite.
- (E) Pancreatite e síndrome nefrótica.

54

Paciente de 32 anos apresenta quadro de tuberculose pulmonar no lobo superior direito diagnosticado há 3 meses, em tratamento com boa tolerância desde o início. Vem evoluindo com dispneia progressiva comprometendo as atividades diárias, tosse seca, além de cornagem e disfonia leve. Na radiografia de tórax, apresenta atelectasia do lobo superior direito, desvio da traqueia para o mesmo lado e estreitamento no terço superior da traqueia.

Considerando o quadro clínico descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de resistência aos tuberculostáticos; a paciente deve ser imediatamente isolada e iniciar esquema para tratamento de resgate.
- (B) O quadro sugere pneumonia bacteriana sobreposta ao quadro de tuberculose; deve-se indicar cefalosporina de quarta geração para tratamento.
- (C) O quadro sugere sinusite bacteriana sobreposta à tuberculose; deve-se tratar com amoxicilina/clavulanato.
- (D) A imagem é sugestiva de derrame pleural loculado; pela possibilidade de empiema tuberculoso, deve-se indicar pleuroscopia.
- (E) O quadro sugere estenose traqueobrônquica inflamatória; a paciente deve ser submetida à broncoscopia para diagnóstico e dilatação.

55

Paciente de 70 anos apresenta lesão semissólida 1,6 cm (0,8 cm do componente sólido) no segmento lateral do lobo inferior direito, periférica, altamente sugestiva de neoplasia primária. Após propedêutica inicial com PET-CT (captação moderada apenas na lesão), foi indicada segmentectomia anatômica minimamente invasiva com linfadenectomia mediastinal. A análise histopatológica revelou ausência de lesão pulmonar no segmento ressecado, com linfonodos livres de neoplasia. Na tomografia de controle, a lesão manteve-se no lobo inferior direito.

Diante disso, assinale a alternativa que apresenta o provável motivo do insucesso do procedimento proposto.

- (A) A lesão deveria ter sido biopsiada previamente ao procedimento para definir a indicação de cirurgia.
- (B) Pelo tamanho e posição do nódulo, a cirurgia indicada deveria ser lobectomia pulmonar.
- (C) Não foi realizado planejamento pré-operatório adequado com reconstrução 3D e definição exata do segmento a ser ressecado.
- (D) A marcação pré-operatória da lesão é obrigatória para segmentectomias anatômicas.
- (E) As ressecções sublobares são melhor elaboradas com cirurgia aberta para adequada palpação do parênquima pulmonar.

56

Qual dos exames a seguir tem maior poder de diagnosticar hérnia diafragmática traumática no adulto?

- (A) Ressonância magnética do abdome superior.
- (B) Raio x de abdome.
- (C) Tomografia computadorizada de tórax.
- (D) Ultrassonografia abdominal – protocolo FAST.
- (E) Raio x de tórax.

57

A elevação da cúpula frênica é um achado raro e desafiador na rotina de trabalho do cirurgião torácico. Sobre essa entidade, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) A eventração diafragmática é mais comum à esquerda, pode ser bilateral e afeta mais homens que mulheres.
- (B) Os principais sintomas referidos pelo paciente são fadiga e desconforto torácico.
- (C) A paralisia diafragmática é adquirida e as fibras musculares encontram-se atroficas.
- (D) A eventração diafragmática é congênita e mostra um número reduzido de fibras musculares.
- (E) As provas de função pulmonar usualmente mostram padrão restritivo.

58

Sobre o tratamento cirúrgico da eventração diafragmática, assinale a alternativa correta.

- (A) Como nas hérnias diafragmáticas, a cirurgia está sempre indicada nas eventrações, mesmo em pacientes assintomáticos, para evitar deterioração clínica.
- (B) Não há diferença de morbidade quando a operação é realizada por via minimamente invasiva.
- (C) Após a correção do diafragma, o melhor marcador de resultado positivo é a posição do diafragma nos exames de imagem.
- (D) Não há correlação direta entre o reparo cirúrgico do diafragma e a melhora nos valores espirométricos.
- (E) Não há diferença de resultados de acordo com a técnica de plicatura realizada, bem como com a colocação de reparos especiais como telas e pericárdio bovino.

59

Em relação às orientações aos pacientes tabagistas que serão submetidos à ressecção pulmonar para tratamento de câncer, assinale a alternativa correta.

- (A) Caso o paciente consiga parar de fumar até 6 semanas antes do procedimento, haverá benefício em redução de complicações pós-operatórias.
- (B) Não há relação bem estabelecida entre tabagismo e complicações pós-operatórias das ressecções pulmonares.
- (C) Se o procedimento estiver previsto para menos de 4 semanas, o tabagismo deve ser mantido para reduzir risco de pneumonia pós-operatória devido à retenção de secreções pulmonares.
- (D) A cessação do tabagismo deve ser sempre encorajada, mas a ressecção pulmonar não deve ser protelada para que isso se efetive.
- (E) A utilização de cigarro eletrônico para esses pacientes é ideal para iniciar o processo de cessação do tabagismo.

60

Sobre a prevenção de infecções no pós-operatório de ressecções pulmonares, analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta a(s) correta(s).

- I. Pacientes submetidos à cirurgia minimamente invasiva têm menor incidência de complicações infecciosas.
- II. Os quadros de infecção de sítio cirúrgico no pós-operatório são causados por microrganismos da flora oral.
- III. Os principais agentes causadores de pneumonia e empiema pleural são *Streptococcus pneumoniae* e *Hemophilus spp.*

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

61

Paciente do sexo masculino, 15 anos, quadro de síndrome hemofagocítica refratária ao tratamento instituído e ainda sem diagnóstico definitivo da causa, apresenta infiltrado pulmonar bilateral com nódulos difusos pelo parênquima pulmonar, variando de 0,3 a 2,1 cm de diâmetro. Apresenta, ainda, estabilidade hemodinâmica com anemia importante (hemoglobina de 7,1 g/dL) e plaquetopenia (32.000). Foi solicitada propedêutica para o infiltrado pulmonar com broncoscopia para coleta de lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica.

Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para essa solicitação.

- (A) Não é possível realizar a broncoscopia, pois o valor das plaquetas está muito baixo e há grande risco de sangramento.
- (B) Apesar de o valor das plaquetas não ser proibitivo, a anemia intensa pode levar a complicações, mesmo com pequeno sangramento; logo, o exame é contraindicado nesse momento.
- (C) A broncoscopia pode ser realizada com segurança para coleta do lavado; há contraindicação para biópsia devido ao valor das plaquetas.
- (D) A biópsia pode ser realizada desde que a família do paciente assine termo de responsabilidade isentando a equipe em caso de complicações graves decorrentes do procedimento.
- (E) O procedimento pode ser realizado desde que seja por via oral, para prevenir ocorrência de epistaxe grave.

62

Sobre a indicação e realização de broncoscopia em pacientes criticamente enfermos, assinale a alternativa correta.

- (A) Em pacientes imunossuprimidos, é necessário antibioticoprofilaxia antes do procedimento, para evitar translocação de microrganismos durante a coleta de material.
- (B) Pacientes com hipoxemia grave podem ser submetidos ao procedimento após utilização de broncodilatadores para prevenir broncoespasmo.
- (C) Pacientes em uso de anticoagulantes podem ser submetidos à broncoscopia desde que a inserção do aparelho seja por via oral, para evitar epistaxe.
- (D) Pacientes com enfisema pulmonar grave e hipoxemia crônica podem ser submetidos à propedêutica com broncoscopia depois de otimizado o tratamento clínico.
- (E) A fibrobroncoscopia é o melhor método de abordagem de pacientes com via aérea difícil na sala de emergência.

63

Assinale a alternativa que apresenta os critérios básicos para indicação de transplante pulmonar.

- (A) Pneumopatia há mais de 5 anos; falha do controle sintomático com medicamentos; expectativa de vida maior que 5 anos.
- (B) Alto risco de óbito (>50%) pela pneumopatia em dois anos; alta probabilidade de sobrevida (>80%) em 90 dias após o transplante; alta chance de sobrevida (>80%) após 5 anos do procedimento.
- (C) Idade inferior a 65 anos; pneumopatia há mais de 3 anos; doença progressiva apesar de terapia clínica otimizada.
- (D) Três ou mais exacerbações de dispnéia no último ano; hipertensão pulmonar associada à pneumopatia; evidência radiográfica ou histopatológica de pneumonia intersticial usual.
- (E) Dispneia ou limitação funcional atribuída à doença pulmonar; alto risco (>70%) de óbito pela pneumopatia em 5 anos; doença estável, porém sem progressão funcional após 12 meses de terapia otimizada.

64

Paciente de sexo feminino, 62 anos, diagnóstico de dois nódulos pulmonares durante investigação de síndrome gripal, o primeiro semissólido de 1,8 cm (0,9 cm parte sólida) no segmento anterior do lobo superior direito e o segundo sólido de 2,0 cm no segmento apical do lobo superior esquerdo. PET-CT com captação nas duas lesões, provas de função pulmonar normais e ressonância de crânio normal. Realizada ecobroncoscopia com punção de linfonodos mediastinais e hilares sem sinais de neoplasia. Após biópsia percutânea das duas lesões, diagnosticou-se adenocarcinoma. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o tratamento desse quadro.

- (A) O tumor deve ser tratado como T1bN0M1a, estágio IV, para o qual é indicado tratamento definitivo com quimioterapia e imunoterapia.
- (B) Trata-se de tumor avançado oligometastático, com benefício de lobectomia da maior lesão e radioterapia da menor acompanhada de quimioterapia.
- (C) Podem ser considerados como tumores sincrônicos e tratados com lobectomia da maior lesão e radioterapia da menor, seguidas de imunoterapia.
- (D) A presença de lesões bilaterais indica neoadjuvância com quimioterapia e imunoterapia, seguida de ressecção das lesões e consolidação com imunoterapia.
- (E) As lesões devem ser tratadas como sincrônicas com ressecção sublobar bilateral.

65

Paciente de 60 anos, tabagista 22 anos/maço, chega ao pronto-socorro com crise convulsiva. Após controle do quadro, propedêutica de imagem revela nódulo encefálico de 2 cm de aspecto neoplásico. Após extensão da avaliação, a tomografia de tórax revela nódulo 2,7 cm no lobo inferior esquerdo. Biópsia percutânea da lesão mostra adenocarcinoma moderadamente diferenciado de origem pulmonar. PET-CT com captação apenas na lesão pulmonar.

Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o caso descrito.

- (A) Provas de função pulmonar e estadiamento mediastinal invasivo; ressecção da lesão encefálica e pulmonar se tecnicamente viável.
- (B) Provas de função pulmonar; radiocirurgia encefálica e lobectomia inferior esquerda.
- (C) Quimioterapia e imunoterapia neoadjuvante; radiocirurgia e lobectomia pulmonar se boa resposta e tecnicamente viável.
- (D) Quimioterapia e imunoterapia para tratamento definitivo.
- (E) Radioterapia pulmonar; radiocirurgia encefálica e consolidação com quimioterapia e imunoterapia.

66

Paciente do sexo feminino, 23 anos, queixa-se de dor progressiva na região axilar e peitoral à direita, acompanhada de fraqueza muscular na mão do mesmo lado. Ao exame clínico, nota-se discreta hipotrofia da musculatura da mão e antebraço direito em relação ao lado esquerdo. Não há relato de traumas ou procedimentos relacionados. Radiografia de tórax mostra costela cervical acessória à direita.

Assinale a alternativa que apresenta o provável diagnóstico do caso descrito.

- (A) Osteoma cervical.
- (B) Neurilemoma de plexo braquial.
- (C) Síndrome do desfiladeiro torácico arterial.
- (D) Síndrome de Paget-Schroetter.
- (E) Síndrome do desfiladeiro torácico neurológica.

67

Durante uma lobectomia superior esquerda videotoroscópica (ventilação seletiva com tubo de duplo lume à esquerda), o paciente evolui subitamente com diminuição do volume corrente e aumento da pressão de pico inspiratório. O anestesista constata redução dos sons respiratórios do lado direito e o paciente apresenta hipoxemia.

Quais são, respectivamente, o provável diagnóstico e a melhor conduta para esse paciente?

- (A) Embolia pulmonar; finalizar o procedimento o mais rápido possível para iniciar anticoagulação.
- (B) Obstrução brônquica esquerda por sangramento; aspiração vigorosa dos ramos do tubo traqueal.
- (C) Deslocamento da porção bronquial para a traqueia; reposicionamento com broncoscópio flexível.
- (D) Deslocamento distal do tubo traqueal para o brônquio principal direito; tração do tubo.
- (E) Edema pulmonar agudo; controle da pressão arterial e finalização imediata do procedimento.

68

Paciente do sexo feminino, 34 anos, comparece ao serviço de urgência com dor torácica esquerda de início súbito há 3 dias, atípica, acompanhada de tosse seca. Sem outros problemas de saúde. Tem história pregressa de dois episódios de pneumotórax espontâneo drenados há 3 e 1 ano. Tomografia de tórax revela hidropneumotórax esquerdo moderado com múltiplos cistos pulmonares difusamente distribuídos pelos pulmões. Foi submetida à drenagem pleural com saída de ar e drenagem de líquido leitoso inodoro e sem grumos.

Qual é o provável diagnóstico dessa paciente e qual comorbidade frequentemente está associada a essa condição, respectivamente?

- (A) Leiomiiossarcoma; doença de Fabry.
- (B) Linfagiomeliomiotose; síndrome de Sjogren.
- (C) Esclerodermia; linfoma.
- (D) Linfangioleiomiotose; esclerose tuberosa.
- (E) Malformação adenomatoide cística; neurofibromatose.

69

Paciente de 78 anos, ex-tabagista, em acompanhamento pneumológico devido à DPOC, apresenta nódulo pulmonar sólido de 1,3 cm no lobo superior esquerdo em exame anual de controle. Após biópsia percutânea da lesão, é diagnosticado adenocarcinoma moderadamente diferenciado. PET-CT com captação leve na lesão, sem outros achados. A espirometria mostrou VEF1 com 50% do previsto para a idade e a difusão de monóxido de carbono 53%.

Considerando o preparo pré-operatório para o melhor tratamento indicado para esse caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve ser realizado teste cardiopulmonar de esforço e a cirurgia deve ser evitada se o VO2max for inferior a 10 mL/kg/min.
- (B) O paciente deve ser submetido à SBRT neoadjuvante e considerar cirurgia em caso de lesão residual.
- (C) Pela idade e função pulmonar limitada, a conduta deve ser de acompanhamento radiológico.
- (D) A função pulmonar é proibitiva para ressecção e o paciente deve ser tratado paliativamente com quimioterapia.
- (E) Deve ser realizado teste de caminhada de 6 minutos e/ou teste da escada, acompanhado de cintilografia pulmonar perfusional; se ambos estiverem normais, proceder com a lobectomia.

70

Paciente do sexo masculino, 32 anos, apresenta diagnóstico de massa no lobo superior direito durante exame admissional. O cirurgião torácico optou por realizar videomediastinoscopia com congelamento de linfonodos mediastinais ipsilaterais mostrando tumor carcinoide.

Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta nesse caso.

- (A) Encerrar o procedimento e encaminhar o paciente para neoadjuvância com quimioterapia e imunoterapia.
- (B) Proceder com lobectomia e linfadenectomia mediastinal.
- (C) Encerrar o procedimento e encaminhar o paciente para tratamento definitivo com quimioterapia, radioterapia e imunoterapia.
- (D) Proceder com segmentectomia pulmonar para remoção da massa.
- (E) Aguardar avaliação imuno-histoquímica antes de definir o tratamento.

71

No momento da dissecação da cissura pulmonar entre lobo superior e inferior direitos durante uma lobectomia superior direita, após identificação parcial da artéria interlobar e introduzindo o instrumento no sentido anteroposterior sobre ela no sentido do lobo superior, inicia-se sangramento de moderado fluxo. Assinale a alternativa que apresenta a provável estrutura lesada no movimento descrito.

- (A) Artéria do lobo médio.
- (B) Veia do segmento superior do lobo inferior.
- (C) Artéria recorrente posterior.
- (D) Tronco de Boyden.
- (E) Artéria anterior do lobo superior.

72

Durante a realização de linfadenectomia supraclavicular esquerda para estadiamento de paciente com câncer pulmonar, nota-se discreta secreção leitosa no assoalho do plano onde foram dissecados os linfonodos. Quais são, respectivamente, o provável diagnóstico e a melhor conduta nesse caso.

- (A) Lesão do plexo braquial; encerrar procedimento e iniciar fisioterapia motora.
- (B) Lesão da cúpula pleural; realizar manobra de valsalva antes de fechar a incisão.
- (C) Disseminação neoplásica local; encaminhar para radioterapia local.
- (D) Linforreia reacional; realizar compressão local.
- (E) Lesão do ducto torácico; linfostasia vigorosa com sutura.

73

Paciente do sexo masculino, 22 anos, sofreu acidente motociclístico há 34 dias com TCE grave, múltiplas fraturas de face e contusão pulmonar. Foi traqueostomizado na sala de emergência e ficou em ventilação mecânica por 3 semanas. No momento está em reabilitação e tratamento de pneumonia e infecção em escara sacral, dieta por sonda nasoentérica e mantendo balonete da traqueostomia insuflado devido à sialorreia importante. Durante sessão com fisioterapeuta, iniciou quadro de tosse persistente que rapidamente evoluiu com sangramento abundante pela traqueostomia.

Assinale a alternativa que apresenta o provável diagnóstico do quadro descrito.

- (A) Hemoptise maciça.
- (B) Tecido de granulação traqueal.
- (C) Fístula traqueoesofágica.
- (D) Fístula traqueoarterial.
- (E) Erosão da veia jugular interna.

74

Paciente de 45 anos, tendo realizado transplante renal bem-sucedido há 3 anos (nefropatia diabética), comparece ao serviço de emergência com quadro de febre, mal-estar, calafrios e tosse. A tomografia computadorizada mostra derrame pleural moderado com consolidações difusas no lobo superior com nódulo escavado de 2,8 cm e lesões em vidro fosco de permeio. Foi submetido à biópsia percutânea da lesão, que revelou lesão fúngica com extensa trombose e invasão de vasos sanguíneos.

Quais são, respectivamente, o provável diagnóstico e o melhor tratamento para o quadro descrito.

- (A) Actinomicose; drenagem pleural e antibióticos de largo espectro.
- (B) Mucormicose; ressecção extensa da lesão e antifúngicos.
- (C) Aspergilose; antifúngicos e drenagem pleural.
- (D) Blastomicose; drenagem do abscesso pulmonar e antifúngicos.
- (E) Tuberculose; tuberculostáticos e drenagem pleural.

75

Paciente vítima de facada precordial chega ao pronto-socorro trazida pelo SAMU. Foi submetida à drenagem pleural na cena do acidente com saída de 350 ml de sangue. Raio X de tórax mostra pulmões expandidos e dreno bem posicionado. A paciente apresenta PA 80x60 mmHg e Fc 145 bpm. Diante desse quadro, quais são, respectivamente, o provável diagnóstico e a melhor conduta para esse paciente?

- (A) Tamponamento cardíaco; pericardiocentese.
- (B) Choque neurogênico; reanimação volêmica.
- (C) Lesão ventricular parcial; toracotomia de reanimação.
- (D) Obstrução do dreno pleural; nova drenagem.
- (E) Embolia pulmonar; angiotomografia.

76

Criança de 9 anos é encaminhada de cidade do interior para avaliação de tumor mediastinal. Durante avaliação de quadro gripal, o clínico geral solicita raio x de tórax, que mostra alargamento mediastinal importante. A criança encontra-se assintomática no momento.

Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta a ser sugerida para os pais da criança após avaliação clínica cuidadosa.

- (A) Deve ser solicitado TC de tórax para avaliar possível origem da neoplasia e necessidade de biópsia da lesão.
- (B) A criança deve ser encaminhada para biópsia percutânea por se tratar de lesão grande.
- (C) Trata-se de achado normal para a idade, uma vez que o timo é bem desenvolvido no início da vida. Não há indicação de novos exames e a criança deve manter as atividades habituais.
- (D) Encaminhar para internação e iniciar propedêutica para massa mediastinal, com provável diagnóstico de linfoma.
- (E) Por estar assintomática, a criança pode realizar novo exame de imagem após três meses; caso a lesão aumente, deve ser indicado biópsia.

77

Durante videomediastinoscopia para estadiamento de câncer pulmonar, na dissecação da cadeia paratraqueal baixa à esquerda, incia-se sangramento de alto fluxo após biópsia dos linfonodos. Realizam-se aspiração e compressão vigorosa local, sem melhora da hemorragia. O paciente mantém estabilidade hemodinâmica até o momento.

Diante desse quadro, qual é a provável estrutura lesada e qual é a melhor conduta nesse momento?

- (A) Artéria brônquica; aspiração e clipagem.
- (B) Átrio esquerdo; toracotomia esquerda para reparo local.
- (C) Aorta descendente; colocação de balão endovascular para hemostasia.
- (D) Artéria pulmonar esquerda; esternotomia para rafia da lesão.
- (E) Ventrículo direito; esternotomia para rafia.

78

Paciente do sexo masculino, 24 anos, foi arremessado da motocicleta após colisão com carro e colidiu o tórax do lado esquerdo contra poste de luz. Ao ser socorrido, apresentava dispneia e confusão mental leve. No pronto-socorro, evoluiu com insuficiência respiratória, sendo intubado. Tomografia de tórax revelou pneumomediastino grande. Foi submetido à broncoscopia, que encontrou lesão no terço proximal do brônquio principal esquerdo de 1 cm. Considerando o quadro descrito, qual é a melhor via de acesso para realizar o reparo da lesão?

- (A) Toracotomia posterolateral direita.
- (B) Toracotomia anterolateral esquerda.
- (C) Esternotomia.
- (D) Videotoracoscopia esquerda.
- (E) Broncoscopia rígida.

79

Paciente de 48 anos apresenta quadro de Covid grave evoluindo com enfisema subcutâneo importante e pneumomediastino volumoso há 3 dias. Não há pneumotórax e a ventilação mantém-se em parâmetros estáveis nos últimos 5 dias.

Assinale a alternativa que apresenta o melhor tratamento para o quadro descrito.

- (A) Drenagem pleural bilateral.
- (B) Observação rigorosa e controle de imagem.
- (C) Inserção de válvulas endobrônquicas à direita.
- (D) Cervicotomia e drenagem mediastinal.
- (E) Punção mediastinal subxifoidea.

80

Durante uma toracotomia de emergência para lesão cardíaca, a abertura do pericárdio deve ser realizada longitudinalmente para evitar a ocorrência de

- (A) lesão coronária.
- (B) herniação cardíaca.
- (C) embolia gasosa.
- (D) tamponamento cardíaco.
- (E) paralisia frênica.

