

TIPO

1

Endere

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ANO ADICIONAL

CIRURGIA TORÁCICA

PROVA OBJETIVA – TIPO 1



SUA PROVA

- Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala uma folha para a marcação das respostas.



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 e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa 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 prova!

Cirurgia Torácica

1

Um paciente de 28 anos, vítima de acidente de trânsito como passageiro, dá entrada no pronto-socorro. Apresenta dor torácica severa à direita, dificuldade respiratória progressiva e hipertensão venosa jugular. Ao exame físico, há desvio traqueal para a esquerda, ausência de murmúrio vesicular no hemitórax direito e timpanismo à percussão. A pressão arterial é de 85/50 mmHg e a frequência cardíaca de 130 bpm.

A conduta imediata mais apropriada é

- (A) intubação orotraqueal com ventilação mecânica.
- (B) toracotomia de urgência.
- (C) pericardiocentese de urgência.
- (D) drenagem torácica no 2º espaço intercostal, linha escapular.
- (E) drenagem torácica no 5º espaço intercostal, linha axilar média.

2

Paciente de 45 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em hemitórax esquerdo (frente), chega ao pronto-socorro em parada cardiorrespiratória. O serviço de reanimação do trauma é acionado e realiza reanimação cardiopulmonar (RCP) por 5 minutos sem sucesso. O paciente apresenta sinais transitórios de vida.

A conduta imediata mais indicada é

- (A) continuar a RCP e solicitar tomografia computadorizada de tórax.
- (B) realizar clampeamento da aorta e massagem cardíaca interna via toracotomia anterolateral esquerda.
- (C) realizar punção pericárdica.
- (D) realizar drenagem torácica bilateral e esperar por sinais vitais.
- (E) indicar laparotomia exploradora.

3

Um paciente de 35 anos, vítima de queda da própria altura, apresenta fratura múltipla de costelas à direita (3ª a 7ª costelas). Ele apresenta dispneia, uso de musculatura acessória e dor severa ao respirar. A radiografia de tórax mostra opacidades pulmonares subjacentes às fraturas.

A fisiopatologia primária da insuficiência respiratória nesse paciente, conhecida como "*flail chest*", envolve

- (A) apenas o efeito de massa das costelas deslocadas sobre o pulmão.
- (B) o pneumotórax hipertensivo, que frequentemente acompanha as fraturas.
- (C) exclusivamente a contusão pulmonar, independentemente das fraturas de costelas.
- (D) a perda da estabilidade da parede torácica, resultando em movimentos paradoxais e dor limitante associada à contusão pulmonar subjacente.
- (E) a aspiração de conteúdo gástrico devido à dor.

4

Paciente de 55 anos, vítima de trauma fechado (impacto ao volante), apresenta dor torácica severa, dispneia e hemoptise. A tomografia computadorizada de tórax revela um alargamento do mediastino e uma irregularidade na parede da aorta descendente torácica.

A conduta mais apropriada para confirmar o diagnóstico e tratar é

- (A) observação e controle da dor.
- (B) angioTC, controle rigoroso da pressão arterial e frequência cardíaca e, possível intervenção endovascular.
- (C) toracotomia imediata com clampeamento da aorta.
- (D) drenagem torácica e aguardar melhora.
- (E) broncoscopia de urgência.

5

Um paciente de 25 anos, vítima de agressão por arma branca na região axilar do hemitórax direito, foi submetido à drenagem torácica com débito inicial de 1.500 mL de sangue. A pressão arterial é de 90/60 mmHg, e ele continua sangrando a uma taxa de 200 mL/hora nas 2 horas seguintes, apesar de ressuscitação volêmica.

A conduta indicada é

- (A) continuar a drenagem e aguardar 6 horas.
- (B) realizar toracotomia de urgência.
- (C) realizar toracoscopia (VATS) para diagnóstico.
- (D) inserir um segundo dreno torácico.
- (E) realizar embolização angiográfica.

6

Paciente de 30 anos, vítima de acidente de moto, apresenta fratura do esterno e costelas bilaterais anteriormente. Ele desenvolve arritmias cardíacas frequentes, mas está hemodinamicamente estável. O eletrocardiograma mostra alterações inespecíficas.

A suspeita clínica principal, além das fraturas, é de

- (A) ruptura da aorta.
- (B) pneumotórax hipertensivo.
- (C) tamponamento cardíaco.
- (D) contusão miocárdica.
- (E) fístula traqueobrônquica.

7

Um paciente de 40 anos, vítima de trauma penetrante (arma branca) no hemitórax esquerdo (frente), desenvolve rapidamente turgência jugular, abafamento de bulhas cardíacas e hipotensão arterial. O eletrocardiograma mostra baixa voltagem. A radiografia de tórax não mostra pneumotórax evidente.

A conduta imediata mais apropriada é

- (A) drenagem torácica bilateral.
- (B) intubação orotraqueal.
- (C) punção pericárdica (pericardiocentese) de urgência.
- (D) administração de vasopressores.
- (E) tomografia computadorizada de tórax.

8

Paciente de 50 anos, vítima de queda da própria altura, apresenta deformidade severa na clavícula direita e dor intensa. A radiografia de tórax mostra fratura desviada do terço médio da clavícula.

A complicação anatômica mais temida, que exige avaliação cuidadosa e frequentemente está associada a essa fratura é a lesão de

- (A) artéria subclávia e plexo braquial.
- (B) parede traqueal.
- (C) diafragma.
- (D) esôfago.
- (E) esterno.

9

Um paciente de 60 anos, vítima de trauma torácico fechado, desenvolve enfisema subcutâneo volumoso e pneumomediastino. A tomografia computadorizada revela lesão na traqueia distal.

A cirurgia de escolha para reparo de uma lesão traqueal torácica é geralmente realizada por meio de

- (A) toracotomia lateral direita.
- (B) toracotomia lateral esquerda.
- (C) esternotomia mediana.
- (D) laparotomia mediana.
- (E) toracotomia axilar esquerda.

10

Paciente de 22 anos, vítima de trauma torácico penetrante (projétil de arma de fogo) no hemitórax direito, apresenta lesão do brônquio-fonte direito. A broncoscopia confirma uma laceração completa do brônquio intermediário.

O tratamento cirúrgico ideal para esse tipo de lesão traqueobrônquica é

- (A) pneumonectomia.
- (B) lobectomia.
- (C) reparo primário da laceração (sutura).
- (D) colocação de *stent* brônquico.
- (E) drenagem torácica isolada.

11

Um paciente de 55 anos, tabagista de grande porte, apresenta dor torácica lateral à direita e dispneia progressiva. A radiografia de tórax mostra derrame pleural unilateral à direita. A toracocentese diagnóstica revela um líquido amarelado, com pH de 7,20, glicose de 45 mg/dL, LDH de 800 UI/L e predominância de células mononucleares. A relação LDH pleural/sérica é de 0,8.

Com base nos critérios de Light e nas características do líquido, a causa mais provável desse derrame pleural é

- (A) insuficiência cardíaca congestiva.
- (B) cirrose hepática.
- (C) pneumonia bacteriana (parapneumônico).
- (D) tuberculose.
- (E) síndrome nefrótica.

12

Paciente de 70 anos com histórico de exposição prolongada ao amianto apresenta dor torácica e dispneia.

A tomografia computadorizada de tórax revela espessamento pleural nodular difuso no hemitórax esquerdo, acometendo mediastino e diafragma. A biópsia pleural confirma mesotelioma pleural.

Das seguintes opções de tratamento, assinale a que é considerada padrão para pacientes com mesotelioma pleural maligno não ressecável, mas com bom estado geral.

- (A) Pneumonectomia extrapleural isolada.
- (B) Imunoterapia com inibidores de checkpoint isolada como primeira linha
- (C) Radioterapia paliativa exclusiva.
- (D) Terapia fotodinâmica
- (E) Quimioterapia sistêmica com pemetrexede e platina.

13

Um paciente de 45 anos, após-cirurgia de *by-pass* coronário há duas semanas, desenvolve febre, dor torácica tipo pleurítica e dispneia. A radiografia mostra derrame pleural bilateral (maior à esquerda). A toracocentese mostra líquido exsudativo com predominância de linfócitos.

O diagnóstico mais provável é

- (A) embolia pulmonar.
- (B) síndrome pós-cardiotomia (síndrome de Dressler).
- (C) pneumonia hospitalar.
- (D) empiema pleural.
- (E) mesotelioma.

14

Paciente de 60 anos, com câncer de pulmão, apresenta um derrame pleural maligno à direita. Após tentativa de pleurodese química (talco) com falha, o paciente permanece sintomático (dispneia recorrente) e o pulmão não expande completamente (pulmão encarcerado/presumível).

A intervenção mais indicada para o alívio dos sintomas a longo prazo é

- (A) repetir a pleurodese com talco.
- (B) pleurectomia total.
- (C) toracotomia com decorticação.
- (D) cateter de drenagem pleural tunelizado (PleurX).
- (E) quimioterapia intrapleural.

15

Um paciente de 30 anos apresenta dor torácica à direita e dispneia. A radiografia de tórax mostra um pneumotórax espontâneo primário à direita, ocupando cerca de 30% do hemitórax. O paciente está estável e não apresenta dispneia em repouso.

A conduta inicial mais apropriada é

- (A) toracostomia (dreno de grande calibre) imediata.
- (B) observação com oxigênio suplementar e radiografia de controle em 6 horas.
- (C) pleurodese química com talco.
- (D) toracoscopia (VATS) com bulas pulmonares.
- (E) intubação orotraqueal.

16

Paciente com histórico de DPOC apresenta febre, calafrios, dor torácica esquerda e tosse produtiva. A radiografia do tórax mostra condensação pneumônica no lobo inferior esquerdo e derrame pleural moderado ipsilateral.

A toracocentese revela líquido purulento com pH 7,0, glicose 30mg/dL e Gram positivo para cocos em arranjos de cacho.

A conduta mais apropriada é

- (A) antibioticoterapia intravenosa isolada.
- (B) toracocentese seriada (diária).
- (C) drenagem torácica com dreno de calibre adequado e antibioticoterapia.
- (D) decorticação cirúrgica imediata.
- (E) pleurodese com talco.

17

Um paciente de 55 anos apresenta um derrame pleural exsudativo esquerdo com predominância de linfócitos. A adenosina desaminase (ADA) no líquido pleural está elevada (> 40 UI/L). A biópsia pleural com agulha de Cope foi positiva para granuloma caseoso.

O diagnóstico mais provável é

- (A) sarcoidose.
- (B) tuberculose pleural.
- (C) linfoma.
- (D) empiema por *Mycobacterium tuberculosis*.
- (E) mesotelioma.

18

Paciente de 40 anos, fumante, apresenta hemoptise, dor torácica e perda de peso. A TC de tórax mostra uma massa no lobo superior direito invadindo a parede torácica e um derrame pleural ipsilateral. A toracocentese mostra líquido exsudativo com células malignas compatíveis com adenocarcinoma de pulmão.

O estadiamento clínico (TNM) do derrame pleural maligno, nesse contexto, é

- (A) T4
- (B) N3
- (C) N2
- (D) M1a
- (E) M1b

19

Um paciente de 70 anos apresenta um derrame pleural esquerdo de volume pequeno a moderado. A avaliação clínica sugere insuficiência cardíaca.

A conduta inicial mais apropriada para o manejo desse derrame é

- (A) toracocentese diagnóstica e terapêutica imediata.
- (B) diuréticos e tratamento da causa subjacente (insuficiência cardíaca).
- (C) drenagem torácica com dreno de pequeno calibre.
- (D) pleurodese química.
- (E) toracoscopia.

20

Paciente de 55 anos, pós-pneumectomia direita por câncer de pulmão há 5 dias, apresenta febre, leucitose e um nível hidroaéreo na cavidade pleural direita vazia, com desvio mediastinal para a esquerda.

O diagnóstico mais provável é

- (A) pneumotórax hipertensivo pós-pneumectomia.
- (B) hemorragia intratorácica.
- (C) ruptura do coto brônquico sem infecção.
- (D) fístula bronco pleural com empiema da cavidade pneumotomizada.
- (E) quilotórax.

21

Um homem de 68 anos, com carcinoma pulmonar de não pequenas células localizado no lobo superior direito, apresenta indicação de lobectomia. Refere dispneia aos esforços habituais (mMRC 2).

A espirometria demonstra VEF1 de 1,35 L (48% do previsto) e a cintilografia pulmonar quantitativa estima que o lobo a ser ressecado contribua com 18% da função pulmonar.

Nesse contexto, para estratificar adequadamente o risco cirúrgico e definir a melhor conduta, a avaliação mais apropriada consiste em

- (A) calcular o VEF1 previsto pós-operatório e, caso permaneça inferior a 60% do previsto, indicar ressecção sublobar por menor impacto funcional.
- (B) calcular o VEF1 previsto pós-operatório e, sendo inferior a 40% do previsto, prosseguir com a avaliação da DLCO prevista pós-operatória e do teste cardiopulmonar de exercício antes de definir a ressecção.
- (C) considerar a espirometria suficiente para contraindicar lobectomia quando o VEF1 pré-operatório for inferior a 50% do previsto.
- (D) solicitar gasometria arterial em repouso para complementar a avaliação funcional pré-operatória.
- (E) indicar lobectomia por via minimamente invasiva, considerando a menor repercussão funcional da abordagem cirúrgica.

22

Um homem de 65 anos, ex-tabagista, apresenta lesão pulmonar periférica de 2,8 cm no lobo superior direito, associada a enfisema bolhoso predominante nos lobos superiores, sem evidências de doença metastática. A espirometria demonstra VEF1 de 1,18 L (39% do previsto). A equipe assistente considera o paciente de elevado risco funcional para lobectomia.

Nesse cenário, antes de contraindicar o tratamento cirúrgico, a estratégia mais adequada para estimar o risco funcional é

- (A) calcular o VEF1 previsto pós-operatório e integrá-lo à DLCO prevista pós-operatória e à avaliação da capacidade de exercício, considerando a distribuição do enfisema.
- (B) considerar o VEF1 reduzido suficiente para contraindicar a ressecção pulmonar e indicar tratamento não cirúrgico.
- (C) solicitar nova espirometria após broncodilatador para definir a indicação cirúrgica.
- (D) solicitar gasometria arterial em repouso para complementar a avaliação funcional pré-operatória.
- (E) indicar segmentectomia anatômica em pacientes com enfisema bolhoso e VEF1 inferior a 40% do previsto.

23

Um homem de 63 anos apresenta carcinoma pulmonar de não pequenas células no lobo superior esquerdo (cT2N2), tratado com quimiorradioterapia neoadjuvante. O reestadiamento demonstra resposta parcial, sendo considerada ressecção pulmonar com intenção curativa. O paciente apresenta bom desempenho funcional. A espirometria evidencia VEF1 de 2,05 L (72% do previsto) e a capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO) corresponde a 46% do previsto.

Nesse contexto, a avaliação funcional pré-operatória mais adequada para estimar o risco cirúrgico consiste em reconhecer que

- (A) o VEF1 acima de 70% do previsto é suficiente para indicar a ressecção pulmonar, tornando desnecessária a investigação complementar.
- (B) a redução isolada da DLCO contraindica a cirurgia após tratamento neoadjuvante, independentemente da capacidade funcional.
- (C) a DLCO prevista pós-operatória deve ser incorporada à estratificação do risco, podendo ser necessária a avaliação por teste cardiopulmonar de exercício.
- (D) a resposta radiológica ao tratamento neoadjuvante é suficiente para orientar a indicação cirúrgica.
- (E) a radioterapia torácica interfere predominantemente na função ventilatória, com pouca influência sobre a difusão pulmonar.

24

Uma mulher de 34 anos foi submetida à intubação orotraqueal por 18 dias após traumatismo cranioencefálico. Quatro meses após a alta, passou a apresentar dispneia progressiva e estridor inspiratório. A tomografia computadorizada com reconstrução da via aérea e a broncoscopia evidenciam estenose traqueal circunferencial localizada 1,5 cm abaixo das pregas vocais, com extensão de 1,8 cm, reduzindo aproximadamente 75% da luz traqueal, sem sinais de traqueomalácia. A paciente apresenta boas condições clínicas.

Considerando as características da lesão e as condições da paciente, a estratégia terapêutica mais adequada é

- (A) realizar dilatações endoscópicas seriadas associadas à aplicação tópica de corticoide.
- (B) Implantar prótese traqueal de silicone por broncoscopia rígida.
- (C) realizar ressecção segmentar da traqueia com anastomose término-terminal, após avaliação da possibilidade de reconstrução.
- (D) indicar traqueostomia abaixo da estenose como tratamento definitivo.
- (E) instituir corticoterapia sistêmica associada a broncodilatadores e reavaliar endoscopicamente.

25

Uma mulher de 38 anos permaneceu intubada por 21 dias devido a pneumonia grave. Quatro meses após a alta, evoluiu com dispneia progressiva e estridor inspiratório. A tomografia computadorizada com reconstrução da via aérea demonstra estenose circunferencial localizada a menos de 1 cm abaixo das pregas vocais, com extensão de 1,8 cm e redução aproximada de 85% da luz traqueal. A broncoscopia evidencia lesão fibrótica madura, com acometimento da face inferior da cartilagem cricoide, sem traqueomalácia e com mobilidade preservada das articulações cricoaritenóideas.

Considerando os achados anatômicos descritos, a principal característica que modifica o planejamento cirúrgico em relação a uma ressecção traqueal convencional é

- (A) a redução de aproximadamente 85% da luz traqueal.
- (B) a extensão longitudinal de 1,8 cm da estenose.
- (C) o acometimento da face inferior da cartilagem cricoide.
- (D) a proximidade da borda superior da estenose com as pregas vocais.
- (E) a associação entre a localização subglótica e o acometimento da cartilagem cricoide.

26

Um homem de 54 anos apresenta dispneia progressiva há quatro meses, estridor inspiratório e episódios ocasionais de hemoptise. A tomografia computadorizada com reconstrução da via aérea evidencia uma massa intraluminal na traqueia torácica, localizada cerca de 4 cm acima da carina, reduzindo aproximadamente 90% da luz traqueal, sem sinais de invasão das estruturas adjacentes ou metástases à distância.

Nesse contexto, a estratégia mais adequada para estabelecer o diagnóstico histológico e planejar o tratamento consiste em

- (A) repetir a tomografia computadorizada após tratamento clínico e reavaliar a lesão.
- (B) solicitar PET-CT antes da avaliação endoscópica para complementar a investigação da lesão.
- (C) realizar broncoscopia flexível para obtenção de biópsias da lesão e permitir o controle da via aérea.
- (D) indicar ressecção cirúrgica da traqueia após avaliação funcional e estadiamento clínico.
- (E) realizar broncoscopia rígida sob anestesia geral para avaliar a lesão, obter biópsias e permitir desobstrução endoscópica da via aérea.

27

Uma mulher de 46 anos permaneceu em ventilação mecânica prolongada e foi submetida à traqueostomia. Após a decanulação, evoluiu com tosse durante a ingestão de líquidos e pneumonias aspirativas recorrentes. A tomografia e o esofagograma demonstram fístula traqueoesofágica cervical. A broncoscopia evidencia comunicação de 1,5 cm, localizada 3 cm acima da carina, associada a discreta estenose cicatricial. A esofagoscopia exclui neoplasia.

Nesse contexto, a estratégia terapêutica mais apropriada é

- (A) indicar correção cirúrgica após otimização clínica e nutricional.
- (B) realizar dilatação endoscópica da estenose traqueal associada.
- (C) ressecar o segmento traqueal comprometido, reparar o esôfago e interpor tecido vascularizado entre as linhas de sutura.
- (D) Realizar gastrostomia para suporte nutricional como tratamento inicial exclusivo.
- (E) realizar exclusão endoscópica da fístula com prótese traqueal.

28

Um homem de 61 anos procura o serviço de emergência com dispneia intensa, estridor inspiratório e saturação de oxigênio de 88% em ar ambiente. A tomografia computadorizada evidencia massa intraluminal localizada a 2 cm da carina, reduzindo aproximadamente 90% da luz traqueal.

Diante desse quadro, a conduta inicial mais adequada é

- (A) realizar broncoscopia flexível sob sedação.
- (B) realizar intubação orotraqueal em sequência rápida.
- (C) realizar traqueostomia de urgência sob anestesia local.
- (D) instituir ventilação não invasiva antes da abordagem endoscópica.
- (E) encaminhar o paciente para broncoscopia rígida em centro com suporte anestésico e cirúrgico.

29

Durante o planejamento de uma ressecção traqueal por estenose benigna do terço médio da traqueia, a equipe cirúrgica discute a estratégia ventilatória para o período de reconstrução da via aérea.

Nesse contexto, as estratégias ventilatórias atualmente recomendadas recomendam

- (A) manter ventilação espontânea durante toda a reconstrução.
- (B) manter a intubação orotraqueal durante toda a reconstrução.
- (C) utilizar ventilação não invasiva durante a anastomose traqueal.
- (D) Realizar traqueostomia distal como estratégia ventilatória de rotina.
- (E) utilizar ventilação cruzada, podendo recorrer à ventilação de alta frequência ou à ECMO.

30

Uma mulher de 59 anos apresenta dispneia progressiva, dificuldade para eliminar secreções e infecções respiratórias recorrentes. A tomografia inspiratória não evidencia estenose fixa. A tomografia dinâmica demonstra colapso expiratório superior a 70% da luz traqueal, confirmado à broncoscopia dinâmica, com acometimento da traqueia e dos brônquios principais.

Nesse contexto, a conduta mais adequada consiste em

- (A) instituir tratamento broncodilatador após a tomografia inspiratória.
- (B) indicar traqueobroncoplastia, considerando a confirmação do colapso dinâmico e a repercussão clínica da doença.
- (C) complementar a avaliação com prova de função pulmonar antes da definição terapêutica.
- (D) indicar prótese traqueal como etapa inicial da avaliação para possível tratamento cirúrgico.
- (E) realizar ressecção segmentar da traqueia.

31

Um homem de 58 anos, internado em ventilação mecânica por traumatismo cranioencefálico, foi submetido à traqueostomia há 12 dias. Após um pequeno sangramento autolimitado pela cânula, evoluiu seis horas depois com hemorragia maciça pela traqueostomia, associada à hipotensão arterial e taquicardia. A equipe inicia reposição volêmica e aciona imediatamente o cirurgião torácico.

A conduta imediata mais apropriada para controlar temporariamente a hemorragia é

- (A) reposicionar a cânula de traqueostomia e manter compressão local.
- (B) realizar broncoscopia flexível para localizar o ponto de sangramento.
- (C) hiperinsuflar o balonete da cânula e, se necessário, realizar compressão digital da artéria inominada pela traqueostomia.
- (D) retirar a cânula e proceder à intubação orotraqueal.
- (E) controlar a hemorragia com tamponamento cervical e observar a resposta clínica.

32

Um adolescente de 15 anos é encaminhado ao ambulatório de cirurgia torácica por apresentar deformidade progressiva da parede anterior do tórax, percebida desde os 12 anos e acentuada durante o estirão puberal. Ele refere desconforto estético, sem limitação para atividades físicas.

Ao exame físico, observa-se projeção anterior do gládio com preservação do alinhamento do manúbrio. Não há escoliose significativa nem outras malformações associadas.

Com base nessas características anatômicas, essa deformidade é classificada como *pectus carinatum* condrogladiolar porque consiste em

- (A) protrusão predominante do corpo do esterno, associada ao crescimento excessivo das cartilagens costais médias, constituindo a forma mais frequente de *pectus carinatum*.
- (B) protrusão predominante do manúbrio esternal, associada à deformidade das primeiras cartilagens costais, correspondendo à apresentação mais comum do *pectus carinatum*.
- (C) depressão do corpo do esterno provocada pelo crescimento anômalo das cartilagens costais inferiores, determinando redução do diâmetro ântero-posterior do tórax.
- (D) protrusão localizada do processo xifoide, decorrente de deformidade isolada da extremidade inferior do esterno, sem comprometimento das cartilagens costais.
- (E) deformidade caracterizada por protrusão assimétrica do gradil costal, sem envolvimento do esterno, causada por hipoplasia unilateral das cartilagens costais.

33

Um adolescente de 16 anos é encaminhado ao ambulatório de cirurgia torácica por apresentar deformidade progressiva da parede anterior do tórax desde a infância, com acentuação durante a puberdade. Relata desconforto estético importante e dispnéia aos esforços intensos. Ao exame físico observa-se um afundamento da região central do tórax. Não há sinais clínicos de síndrome do tecido conjuntivo.

O cirurgião classificou a deformidade como *pectus excavatum*, a qual consiste em

- (A) depressão da parede torácica causada por hipoplasia congênita das cartilagens costais, mantendo o esterno em posição anatômica normal.
- (B) depressão restrita ao processo xifoide, sem envolvimento do corpo esternal ou das cartilagens costais, constituindo a apresentação morfológica mais frequente do *pectus excavatum*.
- (C) depressão predominantemente do manúbrio esternal, com preservação do corpo do esterno, correspondendo ao padrão anatômico mais comum da deformidade.
- (D) depressão posterior do corpo do esterno e das cartilagens costais adjacentes, reduzindo o diâmetro anteroposterior do tórax e podendo ocasionar compressão cardíaca variável.
- (E) depressão do corpo esternal decorrente de defeito na ossificação do esterno, sem participação das cartilagens costais.

34

Um homem de 46 anos procura atendimento por dor localizada na parede torácica anterior direita há oito meses, de caráter progressivo e predominante no período noturno. Ao exame físico observa-se massa endurecida, fixa ao gradil costal, medindo aproximadamente 6 cm de diâmetro, dolorosa à palpação. A tomografia computadorizada evidencia lesão expansiva envolvendo o arco anterior da sexta costela, com destruição cortical, calcificações em anéis na matriz tumoral e extensão para os tecidos moles adjacentes, sem sinais de invasão pulmonar; sem evidencia de doença à distância. A biópsia por agulha grossa revelou neoplasia cartilaginosa de baixo grau. Na discussão multidisciplinar, concluiu-se tratar-se de um tumor primário da parede torácica.

Nesse contexto, a conduta mais adequada consiste em

- (A) realizar biópsia excisional da lesão seguida de observação clínica, desde que o exame anatomopatológico confirme tumor de baixo grau.
- (B) realizar excisão intracapsular da massa, preservando parcialmente a costela acometida para minimizar o defeito da parede torácica.
- (C) Indicar radioterapia exclusiva como tratamento inicial, reservando a cirurgia se houver persistência tumoral.
- (D) realizar ressecção em bloco da lesão, incluindo a costela acometida, as costelas adjacentes e os tecidos comprometidos, buscando margens cirúrgicas livres.
- (E) realizar curetagem da lesão óssea associada à osteossíntese da costela acometida para preservação da estabilidade da parede torácica.

35

Três pacientes foram encaminhados para avaliação de lesões primárias da parede torácica.

Caso 1: Mulher de 28 anos apresenta dor discreta e aumento de volume na parede torácica posterior. A tomografia computadorizada demonstra lesão expansiva intramedular envolvendo o arco posterior da sétima costela, com adelgaçamento da cortical, limites bem definidos e aspecto homogêneo em “vidro fosco”, sem reação periosteal ou invasão de partes moles.

Caso 2: Homem de 22 anos refere aumento progressivo de uma massa endurecida na parede torácica anterior desde a adolescência. A tomografia evidencia lesão exofítica pediculada originada da face externa da quarta costela, apresentando continuidade entre a cortical e a medular da lesão com o osso de origem, sem sinais de destruição cortical.

Caso 3: Adolescente de 17 anos apresenta dor progressiva e aumento de volume na parede torácica lateral. A tomografia revela lesão expansiva, insuflativa, multilobulada, predominantemente lítica, com adelgaçamento cortical e múltiplos níveis líquido-líquido em seu interior, sem evidências de metástases.

Com base nas características clínico-radiológicas apresentadas, os diagnósticos mais prováveis dos casos 1, 2 e 3 são, respectivamente,

- (A) Displasia fibrosa – Osteocondroma – Cisto ósseo aneurismático.
- (B) Osteocondroma – Displasia fibrosa – Condroblastoma.
- (C) Cisto ósseo aneurismático – Osteoma – Displasia fibrosa.
- (D) Displasia fibrosa – Encondroma – Tumor de células gigantes.
- (E) Osteoma osteoide – Osteocondroma – Cisto ósseo simples.

36

Uma mulher de 54 anos foi submetida à ressecção em bloco de um tumor da parede torácica envolvendo a 4ª à 6ª costelas esquerdas. Permaneceu defeito ântero-lateral de 12 × 10 cm, com exposição parcial do pulmão e sem sinais de infecção. Considerando esse cenário, a reconstrução mais adequada consiste em

- (A) fechar com sutura dos planos musculares remanescentes.
- (B) reconstruir a parede com retalho muscular isolado.
- (C) utilizar tela protética para estabilização da parede torácica.
- (D) associar tela protética à cobertura com retalho muscular vascularizado.
- (E) reconstruir com material protético rígido associado à cobertura por retalho muscular vascularizado.

37

Uma mulher de 67 anos, portadora de adenocarcinoma pulmonar metastático, apresenta dispneia progressiva associada a derrame pleural direito recidivante. Foi submetida inicialmente a toracocentese de alívio, com retirada de 1.500 mL de líquido citologicamente positivo para malignidade. Devido à recorrência precoce do derrame, foi realizada drenagem pleural tubular para programação de pleurodese.

A radiografia de tórax após a drenagem demonstra persistência de pneumotórax *ex vacuo* e reexpansão incompleta do pulmão, apesar da adequada drenagem da cavidade pleural. Após controle dos sintomas, a equipe assistente passa a discutir a melhor estratégia para prevenção da recorrência do derrame pleural.

Nesse contexto, o principal fator associado ao insucesso da pleurodese química é

- (A) pulmão não expansível decorrente de encarceramento pulmonar pela doença pleural maligna.
- (B) citologia positiva para células neoplásicas na primeira amostra do líquido pleural.
- (C) derrame pleural recidivante após uma única toracocentese terapêutica.
- (D) volume inicial do derrame superior a 1.500 mL.
- (E) acometimento pleural secundário ao adenocarcinoma pulmonar.

38

Um homem de 58 anos apresenta febre, tosse produtiva, dor torácica e dispneia há oito dias, sem melhora após antibioticoterapia oral. A tomografia computadorizada evidencia derrame pleural loculado com espessamento pleural (sinal da pleura dividida), e a ultrassonografia confirma múltiplas septações.

Nesse contexto, a conduta inicial mais adequada será

- (A) antibioticoterapia intravenosa e drenagem pleural, considerando abordagem cirúrgica precoce se a drenagem for insuficiente.
- (B) antibioticoterapia intravenosa associada à drenagem pleural e fibrinólise intrapleural.
- (C) drenagem pleural mantendo programação de tratamento cirúrgico conforme a evolução clínica.
- (D) toracocenteses seriadas associadas à antibioticoterapia intravenosa.
- (E) decorticação pulmonar por via cirúrgica diante das múltiplas loculações pleurais.

39

Um homem de 69 anos, com exposição ocupacional prolongada ao asbesto, apresenta dor torácica, dispneia e derrame pleural à direita. A tomografia evidencia espessamento pleural difuso e nodular, envolvendo as pleuras parietal, mediastinal e diafragmática, sem lesões pulmonares. A citologia do líquido pleural é negativa para malignidade.

Diante da suspeita de mesotelioma pleural maligno, a conduta mais adequada é

- (A) indicar pleurectomia por toracotomia para diagnóstico e tratamento.
- (B) repetir a toracocentese para nova avaliação citológica antes da biópsia pleural.
- (C) realizar biópsia pleural percutânea e programar tratamento cirúrgico conforme o estadiamento.
- (D) realizar biópsia pleural por toracosopia e considerar tratamento cirúrgico após estadiamento e seleção para terapia multimodal.
- (E) realizar broncoscopia com biópsias antes da definição terapêutica.

40

Uma mulher de 63 anos, portadora de adenocarcinoma de mama metastático, apresenta dispneia progressiva, ortopneia e fadiga. Ao exame, apresenta hipotensão arterial, taquicardia, turgência jugular e bulhas cardíacas hipofonéticas. O ecocardiograma evidencia derrame pericárdico volumoso com sinais de tamponamento cardíaco. A tomografia demonstra espessamento irregular do pericárdio.

Após a estabilização inicial, a conduta definitiva mais adequada é

- (A) realizar janela pericárdica com biópsia do pericárdio.
- (B) realizar pericardiocentese de repetição.
- (C) instituir tratamento clínico e reavaliar a evolução.
- (D) realizar drenagem pericárdica seguida de pleurodese.
- (E) indicar pericardiectomia como tratamento inicial.

41

Um paciente de 35 anos, do sexo masculino, apresenta tosse seca, dor torácica anterior e síndrome da veia cava superior. A tomografia computadorizada de tórax revela uma massa volumosa no mediastino anterior, invadindo estruturas adjacentes. A biópsia mostra células grandes, anaplásicas, com alto índice de proliferação (Ki-67 > 80%).

O diagnóstico histopatológico mais provável para o caso apresentado é

- (A) Timoma benigno.
- (B) Teratoma maduro.
- (C) Carcinoma tímico.
- (D) Linfoma de Hodgkin.
- (E) Seminoma mediastinal.

42

Paciente de 50 anos, assintomático, apresenta uma massa bem delimitada de 4 cm no mediastino anterior, descoberta incidentalmente em uma radiografia de tórax de rotina.

A tomografia computadorizada confirma a massa, que não invade estruturas adjacentes. A ressecção cirúrgica completa é realizada. O exame anatomopatológico revela células epiteliais fusiformes, misturadas a linfócitos maduros, sem atipia nuclear e com baixo índice de mitose.

Nesse caso, a classificação histológica de Masaoka-Kudo mais provável é

- (A) Tipo A (Timoma).
- (B) Tipo B1 (Timoma).
- (C) Tipo B2 (Timoma).
- (D) Tipo B3 (Timoma).
- (E) Carcinoma tímico.

43

Um paciente de 25 anos, do sexo masculino, apresenta massa volumosa no mediastino anterior, dor torácica, tosse e perda de peso. A alfafetoproteína (AFP) sérica está marcadamente elevada (> 1000 ng/mL). A beta-hCG está normal. A biópsia da massa revela células germinativas primitivas.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é

- (A) Timoma invasivo.
- (B) Teratoma imaturo.
- (C) Tumor não seminomatoso.
- (D) Seminoma mediastinal primário.
- (E) Linfoma não-Hodgkin.

44

Paciente de 45 anos, do sexo feminino, apresenta diplopia, ptose palpebral e fraqueza muscular que piora com a atividade física (fadigabilidade). A tomografia de tórax revela um timoma no mediastino anterior.

Nesse caso, a associação clínica clássica descrita é

- (A) Síndrome de Cushing.
- (B) Aplasia de células vermelhas (Pure Red Cell Aplasia).
- (C) Miastenia gravis.
- (D) Síndrome de Horner.
- (E) Síndrome de Verner-Morrison.

45

Um paciente de 60 anos, do sexo masculino, apresenta massa bem delimitada no mediastino posterior (paravertebral), assintomática. A tomografia computadorizada mostra uma lesão homogênea, com densidade de tecido mole, sem calcificações.

A ressecção cirúrgica é realizada. O exame anatomopatológico revela uma cápsula fibrosa, células de Schwann com núcleos em empalizada (corpos de Verocay), e ausência de atipia nuclear.

O diagnóstico histopatológico mais provável para esse caso é

- (A) Ganglioneuroma.
- (B) Neurofibroma.
- (C) Schwannoma.
- (D) Sarcoma sinovial.
- (E) Linfoma.

46

Paciente de 55 anos apresenta massa no mediastino médio, com calcificações “em casca de ovo” (*shell-like calcifications*) na tomografia computadorizada. A biópsia da massa mostra tecido linfóide normal com folículos hiperplásicos.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é

- (A) Timoma.
- (B) Teratoma.
- (C) Hipertrofia ganglionar reacional benigna.
- (D) Linfoma de Hodgkin.
- (E) Cisto pericárdico.

47

Um paciente de 40 anos, do sexo feminino, apresenta massa no mediastino anterior que, na tomografia computadorizada, apresenta áreas de densidade gordurosa, císticas e calcificações (dentes/ossos). A ressecção cirúrgica é realizada. O exame anatomopatológico revela tecidos maduros de todas as três camadas germinativas (ectoderme, mesoderme e endoderme), sem elementos imaturos.

Com base nesse caso, o diagnóstico definitivo é

- (A) Teratoma imaturo.
- (B) Teratoma maduro (cístico).
- (C) Seminoma.
- (D) Timoma.
- (E) Carcinoma de células germinativas.

48

Paciente de 65 anos apresenta massa no mediastino anterior, disfonia e disfagia. A tomografia computadorizada mostra uma massa invasiva. A biópsia revela células epiteliais atípicas, misturadas a linfócitos maduros e imaturos, com necrose. A cirurgia é planejada.

Assinale a opção que indica a classificação de Masaoka-Kudo para esse tumor tímico que invade o pericárdio ou grande vaso, mas é ressecável.

- (A) Estágio I.
- (B) Estágio II.
- (C) Estágio III.
- (D) Estágio IVa.
- (E) Estágio IVb.

49

Um paciente de 50 anos, do sexo masculino, apresenta massa no mediastino posterior, com sintomas de dor nas costas e irradiação radicular. A tomografia computadorizada mostra uma massa paravertebral com erosão óssea da costela adjacente. A biópsia da massa revela células fusiformes, com alta atividade mitótica e necrose.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é

- (A) Schwannoma benigno.
- (B) Neurofibroma.
- (C) Neuroblastoma.
- (D) Tumor maligno de bainha de nervo periférico (MPNST).
- (E) Ganglioneuroma.

50

Paciente de 30 anos apresenta massa volumosa no mediastino anterior, com compressão da traqueia e da veia cava superior. A biópsia por agulha mostra células linfoides grandes, atípicas, com positividade para marcadores de células B (CD20+, CD79a+).

Com base nessas informações, o diagnóstico mais provável é

- (A) Linfoma de Hodgkin clássico.
- (B) Linfoma não-Hodgkin de células B grandes difuso (DLBCL).
- (C) Timoma tipo B3.
- (D) Teratoma maligno.
- (E) Linfoma de Hodgkin nodular esclerosante.

51

Um paciente de 55 anos, obeso, apresenta dor torácica retroesternal, pirose e regurgitação ácida crônica. A manometria esofágica mostra relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior (EEI) e aperistalse do corpo esofágico. O diagnóstico é acalasia. O paciente é submetido a uma miotomia de Heller laparoscópica.

Para prevenir o refluxo gastroesofágico pós-miotomia, a funduplicatura parcial de escolha (anterior ou posterior) associada à miotomia, é

- (A) Funduplicatura de Nissen (360°).
- (B) Funduplicatura de Dor (anterior, 180°).
- (C) Funduplicatura de Toupet (posterior, 270°).
- (D) Funduplicatura de Belsey (transabdominal).
- (E) Gastroplastia de Collis.

52

Paciente de 45 anos, do sexo masculino, sofre um trauma torácico fechado severo (acidente de trânsito com compressão do abdome). Ele apresenta dor no hemitórax esquerdo, dispneia e desvio mediastinal para a direita. A radiografia de tórax mostra o estômago e alças intestinais no hemitórax esquerdo, com opacificação e desvio de estruturas.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é

- (A) Pneumotórax hipertensivo.
- (B) Ruptura diafragmática traumática à esquerda.
- (C) Eventração diafragmática congênita.
- (D) Hérnia de Morgagni à direita.
- (E) Hérnia de Bochdalek congênita.

53

Um paciente de 70 anos, obeso, apresenta sintomas crônicos de refluxo gastroesofágico (DRGE), não responsivos à terapia médica convencional (inibidores de bomba de prótons). A endoscopia mostra esofagite erosiva (Los Angeles grau C). A manometria mostra tônus do EEI normal, mas com refluxo patológico na pHmetria. A tomografia e endoscopia revelam uma hérnia de hiato volumosa (> 5 cm).

A conduta cirúrgica de escolha para este paciente, que falhou na terapia clínica e tem hérnia volumosa, é

- (A) Funduplicatura de Nissen laparoscópica com sutura dos pilares.
- (B) Miotomia de Heller.
- (C) Esofagectomia.
- (D) Dilatação esofágica.
- (E) Funduplicatura de Dor.

54

Um paciente de 60 anos, tabagista e etilista, apresenta disfagia progressiva para sólidos e, posteriormente, para líquidos, associada a perda de peso significativa. A endoscopia digestiva alta revela uma lesão ulcerada e estenosante no terço médio do esôfago. A biópsia confirma carcinoma espinocelular (epidermoide) do esôfago. O paciente é submetido a estadiamento.

Assinale a opção que indica o exame de imagem mais indicado para avaliar metástases à distância e estadiamento T (profundidade) para esse cenário.

- (A) Tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome.
- (B) Ultrassonografia endoscópica (USE) e TC com PET-FDG (se disponível).
- (C) Ressonância magnética de tórax e abdome.
- (D) Cintilografia óssea e broncoscopia.
- (E) Broncoscopia e endoscopia digestiva.

55

Paciente de 50 anos, etilista, apresenta episódios repetidos de hematêmese volumosa. A endoscopia digestiva alta revela varizes esofágicas sangrantes (grau III).

O tratamento endoscópico de primeira linha para o sangramento ativo por varizes esofágicas é

- (A) Escleroterapia com injeção de polidocanol.
- (B) Ligadura endoscópica de varizes (LEV).
- (C) Colocação de *stent* esofágico.
- (D) Dilatação esofágica.
- (E) Injeção de epinefrina.

56

Um paciente de 45 anos apresenta disfagia intermitente para sólidos e líquidos, sensação de corpo estranho na garganta e regurgitação. A manometria esofágica de alta resolução mostra relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior (EEI) (Pressão Integrada de Relaxamento - IRP elevada) e aperistalse no corpo esofágico distal (100% de falhas peristálticas).

Nesse caso, o diagnóstico manométrico é

- (A) Espasmo esofágico difuso.
- (B) Esôfago em quebra-nozes (*Jackhammer esophagus*).
- (C) Acalasia tipo I.
- (D) Acalasia tipo II.
- (E) Acalasia tipo III.

57

Paciente de 55 anos, obeso, apresenta pirose, regurgitação e dor torácica retroesternal. A endoscopia mostra esofagite erosiva (LA grau B) e hérnia de hiato deslizante de 2 cm. A manometria esofágica mostra hipotonia do esfíncter esofágico inferior (EEI) e peristalse normal. O paciente prefere tratamento cirúrgico devido à falha e efeitos colaterais do uso crônico de IBP.

Assinale a opção que indica a técnica cirúrgica antirrefluxo padrão-ouro para este paciente.

- (A) Funduplicatura de Nissen laparoscópica.
- (B) Funduplicatura de Dor laparoscópica.
- (C) Miotomia de Heller laparoscópica.
- (D) Plicatura gástrica (fiação).
- (E) Ressecção esofágica.

58

Um paciente de 65 anos, com histórico de esofagite eosinofílica e uso prolongado de corticoides, apresenta dor torácica severa, dispneia, febre e leucocitose após episódios de vômitos intensos. A tomografia computadorizada de tórax e abdome revela pneumomediastino, derrame pleural esquerdo e espessamento da parede esofágica distal.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é

- (A) Perfuração esofágica espontânea (Síndrome de Boerhaave).
- (B) Perfuração iatrogênica pós-endoscopia.
- (C) Ruptura traumática do esôfago.
- (D) Divertículo de Zenker perfurado.
- (E) Câncer esofágico com fistula traqueoesofágica.

59

Um recém-nascido apresenta desconforto respiratório severo logo após o nascimento. A radiografia de tórax revela um diafragma em forma de cúpula no hemitórax esquerdo, com alças intestinais deslocadas para o mediastino e hemitórax contralateral. O diagnóstico pré-natal era de hérnia diafragmática congênita.

A malformação congênita mais comum do diafragma, que corresponde a este quadro clínico e radiológico (hérnia pósterolateral), é

- (A) Hérnia de Morgagni.
- (B) Hérnia de Bochdalek.
- (C) Eventração diafragmática.
- (D) Agenesia diafragmática completa.
- (E) Hérnia hiatal.

60

Paciente de 35 anos, do sexo masculino, apresenta infecções pulmonares recorrentes no mesmo lobo inferior esquerdo. A tomografia computadorizada de tórax com contraste mostra uma lesão cística multiloculada no lobo inferior esquerdo, com suprimento sanguíneo anômalo vindo da aorta descendente torácica e drenagem venosa para as veias pulmonares (ou sistêmicas).

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é

- (A) Malformação adenomatoide cística congênita (MACC / CPAM).
- (B) Sequestro pulmonar intralobar.
- (C) Sequestro pulmonar extralobar.
- (D) Fístula traqueobronquial congênita.
- (E) Emfisema lobar congênito.

61

Em 2014, o *International Thymic Malignancy Interest Group* (ITMIG) propôs uma classificação anatômica do mediastino baseada na tomografia computadorizada, atualmente recomendada para padronizar a localização das lesões mediastinais e orientar o diagnóstico diferencial. Embora mantenha a divisão em três compartimentos, essa classificação redefine seus limites anatômicos em relação às classificações clássicas de Felson e Shields.

De acordo com a classificação do ITMIG, o compartimento paravertebral é delimitado anteriormente e posteriormente por

- (A) face posterior do compartimento visceral e a face anterior dos corpos vertebrais.
- (B) face posterior do compartimento visceral e face posterior dos corpos vertebrais.
- (C) linha situada 1 cm posteriormente à margem anterior dos corpos vertebrais e face posterior dos corpos vertebrais.
- (D) linha situada 1 cm posteriormente à margem anterior dos corpos vertebrais e margem posterior da parede torácica, ao nível da borda lateral dos processos transversos.
- (E) face posterior dos corpos vertebrais e margem posterior da parede torácica.

62

Uma mulher de 42 anos apresenta massa mediastinal incidental à tomografia computadorizada. O exame evidencia lesão sólida, homogênea, bem delimitada, localizada inteiramente no compartimento pré-vascular, sem sinais de invasão das estruturas adjacentes.

Com base na localização da lesão, o principal diagnóstico diferencial inclui

- (A) timoma, linfoma, tumores de células germinativas e bócio intratorácico.
- (B) timoma, linfoma, cisto broncogênico e tumores de células germinativas.
- (C) timoma, tumores de células germinativas, paraganglioma e bócio intratorácico.
- (D) timoma, linfoma, adenoma de paratireoide e bócio intratorácico.
- (E) timoma, linfoma, tumores de células germinativas e cisto pericárdico.

63

Uma mulher de 48 anos apresenta miastenia gravis generalizada, com anticorpos anti-receptor de acetilcolina positivos. Após controle clínico da doença, a tomografia computadorizada do tórax evidencia massa sólida encapsulada de 4,8 cm no compartimento pré-vascular, sem sinais de invasão das estruturas adjacentes.

Considerando esse cenário, a conduta mais apropriada é

- (A) indicar radioterapia como tratamento inicial.
- (B) manter o tratamento clínico da miastenia gravis e reavaliar a lesão após seguimento radiológico.
- (C) realizar biópsia percutânea antes da definição terapêutica.
- (D) indicar quimioterapia neoadjuvante antes da cirurgia.
- (E) indicar timectomia com intenção de ressecção completa.

64

Uma mulher de 39 anos apresenta dor escapular esquerda e parestesias no membro superior ipsilateral. Ao exame físico, observam-se múltiplas manchas café-com-leite e numerosos tumores cutâneos. A tomografia evidencia massa de 7,5 cm na goteira costovertebral esquerda, com alargamento do forame intervertebral entre T2 e T3, sem destruição óssea.

Considerando esse cenário, a opção que melhor correlaciona o diagnóstico mais provável e o planejamento cirúrgico é

- (A) schwannoma associado à neurofibromatose tipo 1 sendo indicada ressonância magnética para planejamento cirúrgico.
- (B) neurofibroma associado à neurofibromatose tipo 1, sendo indicada ressonância magnética para planejamento cirúrgico.
- (C) ganglioneuroma associado à neurofibromatose tipo 1 sendo indicada ressonância magnética para planejamento cirúrgico.
- (D) neurofibroma associado à neurofibromatose tipo 1, sendo suficiente a tomografia para programação cirúrgica.
- (E) neurofibroma associado à neurofibromatose tipo 1, sendo indicada biópsia percutânea antes da ressecção.

65

Uma criança de 3 anos apresenta dor torácica, dificuldade para caminhar e fraqueza progressiva dos membros inferiores. A tomografia evidencia massa de 6,8 cm na goteira costovertebral direita, com calcificações e alargamento do forame intervertebral. A ressonância magnética demonstra extensão para o canal vertebral com compressão medular.

Considerando esse quadro, a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial são:

- (A) ganglioneuroma, com programação de ressecção cirúrgica eletiva.
- (B) ganglioneuroblastoma, com ressecção cirúrgica imediata.
- (C) neuroblastoma, com estadiamento oncológico e tratamento multidisciplinar.
- (D) schwannoma, com biópsia percutânea antes do tratamento.
- (E) neurofibroma, com programação de ressecção cirúrgica.

66

Uma mulher de 89 anos, com ECOG 1, é encaminhada para avaliação de uma massa mediastinal incidental. A tomografia computadorizada evidencia lesão sólida de 7,2 cm localizada no compartimento pré-vascular, em amplo contato com a aorta ascendente, sem plano de clivagem definido. A ressonância magnética não demonstra invasão da parede aórtica. O PET-CT não evidencia doença extratorácica e os marcadores séricos AFP e β -hCG são normais. Permanecem como principais hipóteses diagnósticas neoplasia tímica, linfoma mediastinal e tumor de células germinativas.

Diante desse cenário, a estratégia diagnóstica e terapêutica mais apropriada é

- (A) manter acompanhamento clínico com reavaliação radiológica periódica.
- (B) realizar biópsia percutânea por suspeita de tumor de células germinativas.
- (C) realizar biópsia cirúrgica por suspeita de linfoma mediastinal.
- (D) indicar ressecção cirúrgica com intenção de ressecção completa, por se tratar de lesão potencialmente ressecável.
- (E) instituir tratamento sistêmico após confirmação histológica da neoplasia.

67

Um homem de 27 anos apresenta dor torácica e perda ponderal. A tomografia computadorizada evidencia massa de 10 cm no compartimento pré-vascular, sem evidência de doença à distância. Os exames laboratoriais mostram AFP de 1.240 ng/mL, β -hCG discretamente elevada.

Considerando esse cenário, a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial são:

- (A) timoma, com timectomia ampliada.
- (B) seminoma mediastinal, com ressecção cirúrgica como tratamento inicial.
- (C) tumor não seminomatoso de células germinativas, com biópsia diagnóstica e quimioterapia baseada em platina.
- (D) linfoma mediastinal, com biópsia e radioterapia.
- (E) carcinoma tímico, com ressecção seguida de quimioterapia.

68

Um homem de 62 anos apresenta edema da face e dos membros superiores, circulação venosa colateral no tórax e dispneia progressiva. A tomografia computadorizada evidencia massa no compartimento pré-vascular envolvendo parcialmente a veia cava superior, sem comprometimento crítico da via aérea. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável.

Considerando esse cenário, a conduta inicial mais apropriada é

- (A) obter diagnóstico histológico por método que forneça amostra adequada antes do tratamento específico.
- (B) iniciar radioterapia para reduzir a compressão da veia cava superior.
- (C) indicar ressecção cirúrgica como primeira abordagem terapêutica.
- (D) realizar punção aspirativa por agulha fina para definição diagnóstica.
- (E) implantar stent endovascular para controle dos sintomas.

69

Uma criança de 4 anos é admitida seis horas após ingestão acidental de produto cáustico de uso doméstico. Apresenta dor torácica intensa, sialorreia, febre e taquicardia. A tomografia computadorizada demonstra pneumomediastino, derrame pleural esquerdo e coleção peri-esofágica. O estudo contrastado com contraste hidrossolúvel evidencia extravasamento no terço torácico do esôfago.

Considerando os achados clínicos e de imagem, a conduta mais apropriada é

- (A) instituir tratamento conservador intensivo com jejum, antibioticoterapia e suporte nutricional, associado à monitorização clínica e radiológica seriada.
- (B) instituir antibioticoterapia, drenagem pleural e suporte nutricional, reavaliando a necessidade de exploração cirúrgica após controle da infecção.
- (C) realizar drenagem pleural, exclusão do trânsito alimentar e programar reconstrução esofágica após resolução do processo inflamatório.
- (D) indicar exploração cirúrgica precoce para controle da contaminação e definição da estratégia operatória.
- (E) implantar prótese esofágica endoscópica para controle do extravasamento, complementando o tratamento conforme a evolução clínica.

70

Um homem de 58 anos, tabagista e etilista, apresenta disfagia ocasional para sólidos há dois meses. A endoscopia digestiva alta evidencia lesão elevada de 1,8 cm no terço médio do esôfago. A biópsia revela carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado. A ecoendoscopia sugere invasão da submucosa, sem comprometimento da muscular própria, e ausência de linfonodos suspeitos. A tomografia computadorizada e o PET-CT não evidenciam doença linfonodal ou metastática.

Considerando esse cenário, o estadiamento TNM e a conduta mais apropriados são:

- (A) T1a N0 M0, indicando ressecção endoscópica da lesão.
- (B) T1b N0 M0, indicando esofagectomia com linfadenectomia regional.
- (C) T2 N0 M0, indicando quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de esofagectomia.
- (D) T1b N1 M0, indicando quimiorradioterapia seguida de reestadiamento.
- (E) T2 N1 M0, indicando tratamento sistêmico inicial.

71

Um homem de 67 anos, ex-tabagista (45 anos-maço), assintomático, realiza tomografia computadorizada de tórax como parte da investigação de doença coronariana. O exame evidencia nódulo pulmonar sólido de 14 mm, espiculado, com densidade homogênea e ausência de calcificações benignas localizado no segmento apical do lobo superior direito. Não há linfonodomegalias mediastinais, derrame pleural ou outras lesões pulmonares.

Considerando os achados clínicos e radiológicos, a conduta mais apropriada é

- (A) realizar broncoscopia diagnóstica antes da definição terapêutica.
- (B) realizar biópsia transtorácica guiada por tomografia antes do estadiamento.
- (C) complementar o estadiamento com PET-CT para definição da estratégia terapêutica.
- (D) indicar ressecção pulmonar anatômica após estadiamento clínico.
- (E) repetir a tomografia computadorizada em três meses.

72

Um homem de 74 anos participa de um programa de rastreamento do câncer de pulmão há seis anos. É ex-tabagista de 35 anos-maço, tendo interrompido o tabagismo há 16 anos. Permanece assintomático e todas as tomografias computadorizadas de baixa dose realizadas durante o acompanhamento foram classificadas como negativas para neoplasia pulmonar.

Considerando esse caso, o rastreamento do câncer de pulmão deve ser interrompido quando o paciente

- (A) completar 75 anos de idade, independentemente do histórico tabágico.
- (B) permanecer cinco anos consecutivos com tomografias sem alterações suspeitas.
- (C) completar 15 anos de cessação do tabagismo, desde que permaneça sem outro critério que justifique sua continuidade.
- (D) permanecer assintomático após dez anos de acompanhamento radiológico.
- (E) solicitar interrupção do rastreamento após receber orientação sobre riscos e benefícios.

73

Uma mulher de 48 anos, sem história de tabagismo, foi submetida à lobectomia superior esquerda por adenocarcinoma pulmonar invasivo. O anatomopatológico revelou adenocarcinoma predominantemente lepidico com componente acinar, sem comprometimento linfonodal. Na discussão multidisciplinar, foi indicada a caracterização molecular do tumor para orientar eventual tratamento em caso de recorrência da doença.

Das alterações moleculares apresentadas a seguir, a que é mais frequentemente associada ao perfil clínico e anatomopatológico descrito é

- (A) mutação KRAS.
- (B) mutação EGFR.
- (C) rearranjo ALK.
- (D) rearranjo ROS1.
- (E) mutação MET exon 14.

74

Um homem de 63 anos, ex-tabagista (40 anos-maço), apresenta massa de 3,8 cm no lobo superior direito. O PET-CT evidencia hipercaptação da lesão pulmonar e de um único linfonodo paratraqueal direito (estação 4R), sem metástases à distância. A broncoscopia confirma adenocarcinoma e o EBUS demonstra comprometimento metastático apenas da estação 4R. O paciente apresenta condições clínicas para tratamento cirúrgico.

Considerando os achados clínicos e o estadiamento, a alternativa que melhor correlaciona o estágio e a estratégia terapêutica é

- (A) Estádio IIIB, indicando tratamento sistêmico inicial seguido de reestadiamento para definição terapêutica.
- (B) Estádio IIB, indicando lobectomia com linfadenectomia mediastinal como tratamento inicial.
- (C) Estádio IIIA, indicando quimiorradioterapia concomitante seguida de imunoterapia de consolidação.
- (D) Estádio IIIB, indicando terapia de indução seguida de ressecção pulmonar anatômica.
- (E) Estádio IIIC, indicando quimiorradioterapia concomitante como tratamento inicial, com reavaliação da resposta e definição do tratamento subsequente.

75

Um homem de 60 anos, ex-tabagista (42 anos-maço), apresenta tosse persistente e hemoptise ocasional. A tomografia computadorizada evidencia massa de 6,5 cm no lobo superior direito, com sinais de invasão focal da parede lateral da traqueia. O PET-CT demonstra hipercaptação apenas da lesão pulmonar, sem metástases à distância. O EBUS não evidencia comprometimento linfonodal mediastinal, e a broncoscopia confirma adenocarcinoma pulmonar. A avaliação funcional demonstra condições adequadas para tratamento cirúrgico.

Nesse cenário, o principal fator que justifica a indicação cirúrgica é a

- (A) possibilidade de ressecção completa (R0).
- (B) ausência de comprometimento linfonodal N1.
- (C) localização no lobo superior direito.
- (D) dimensão tumoral inferior a 7 cm.
- (E) ausência de hipercaptação extratorácica ao PET-CT.

76

Um homem de 58 anos, tabagista (40 anos-maço), apresenta dor no ombro direito irradiada para a face medial do braço e parestesias no quarto e quintos dedos da mão. A tomografia evidencia massa de 5,4 cm no sulco superior direito com invasão da primeira costela e da parede torácica. A ressonância magnética demonstra preservação do plexo braquial acima de T1 e ausência de invasão vertebral. O PET-CT e o EBUS não evidenciam doença metastática ou comprometimento linfonodal mediastinal.

Dos achados listados a seguir, o que representa um critério clássico de irressecabilidade desse tumor é

- (A) a invasão da artéria subclávia.
- (B) o comprometimento da primeira e da segunda costelas.
- (C) a invasão do plexo braquial acima da raiz de T1.
- (D) a invasão focal do corpo vertebral.
- (E) o comprometimento do nervo simpático cervical associado à síndrome de Claude Bernard-Horner.

77

Uma mulher de 48 anos foi submetida à ressecção de um osteossarcoma do fêmur distal há quatro anos. Durante o seguimento ambulatorial, a tomografia computadorizada do tórax evidenciou dois nódulos sólidos no lobo inferior direito, medindo 1,2 cm e 0,8 cm. O PET-CT demonstrou captação apenas nas lesões pulmonares. A investigação complementar não identificou recorrência local nem outras lesões metastáticas. A avaliação funcional confirmou adequada reserva cardiopulmonar para ressecção.

Considerando os achados apresentados, assinale a opção que apresenta a característica que mais fundamenta a indicação da ressecção pulmonar com intenção curativa.

- (A) Dois nódulos localizados no mesmo lobo pulmonar.
- (B) Intervalo livre de doença superior a três anos e função pulmonar preservada.
- (C) Ausência de recorrência local e localização unilateral das metástases.
- (D) Captação restrita às lesões pulmonares e possibilidade de ressecção completa.
- (E) Controle do tumor primário e possibilidade de ressecção completa das metástases.

78

Mulher de 59 anos, nunca tabagista, apresenta nódulo pulmonar subsólido de 1,4 cm, com componente sólido de 3 mm, localizado no segmento apical do lobo superior esquerdo. O PET-CT não evidencia hipercaptação significativa da lesão nem comprometimento linfonodal hilar ou mediastinal. A paciente possui adequada reserva funcional e foi indicada segmentectomia anatômica. Durante o procedimento, a avaliação anatomopatológica por congelação confirma adenocarcinoma invasivo, e a análise do linfonodo intersegmentar demonstra comprometimento metastático.

Considerando esse cenário, a conduta mais adequada é

- (A) concluir a segmentectomia planejada, considerando as características tomográficas da lesão.
- (B) concluir a segmentectomia e indicar tratamento adjuvante conforme o resultado anatomopatológico definitivo.
- (C) ampliar a ressecção para lobectomia com linfadenectomia mediastinal sistemática.
- (D) encerrar o procedimento e reavaliar a necessidade de nova abordagem após o laudo anatomopatológico definitivo.
- (E) manter a ressecção sublobar, uma vez que o componente sólido mede menos de 5 mm.

79

Um homem de 54 anos, previamente hígido, apresenta cefaleia de início recente. A ressonância magnética do encéfalo evidencia uma lesão única de 1,8 cm no lobo frontal esquerdo, sem edema significativo. A investigação complementar demonstra massa de 3,2 cm no lobo superior direito. A broncoscopia confirma adenocarcinoma pulmonar. O PET-CT não evidencia outras metástases, e o EBUS demonstra ausência de comprometimento linfonodal mediastinal. A avaliação funcional confirma condições adequadas para tratamento cirúrgico.

O principal fundamento para indicar tratamento com intenção curativa nesse paciente é

- (A) diâmetro da metástase cerebral inferior a 2 cm.
- (B) ausência de comprometimento linfonodal mediastinal.
- (C) confirmação histológica de adenocarcinoma pulmonar.
- (D) presença de metástase única associada ao controle potencial de todas as lesões.
- (E) controle local potencial de todos os sítios da doença.

80

Um homem de 62 anos, tabagista (45 anos-maço), foi diagnosticado com adenocarcinoma do lobo superior esquerdo com comprometimento linfonodal mediastinal confirmado por EBUS. Após quimiorradioterapia, o PET-CT demonstrou resposta metabólica completa no mediastino e redução significativa da lesão pulmonar. O reestadiamento não evidenciou metástases à distância, e a avaliação funcional confirmou condições para tratamento cirúrgico.

Considerando esse cenário, a seguinte característica sustenta a indicação de cirurgia de resgate com intenção curativa:

- (A) redução do diâmetro da lesão pulmonar à tomografia computadorizada.
- (B) resposta metabólica completa do mediastino ao PET-CT.
- (C) intervalo superior a seis meses desde o término do tratamento inicial.
- (D) possibilidade de obtenção de ressecção completa após reavaliação multidisciplinar.
- (E) resposta radiológica parcial da lesão pulmonar associada à preservação da função pulmonar.

Realização

