PUCPR
GRUPO MARISTA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PROCESSO SELETIVO – EDITAL N.º 11/2015

PROVA OBJETIVA

RESIDÊNCIA MÉDICA – ISCMC/HUC/HMSB

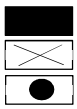
---

30 DE NOVEMBRO DE 2015

PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA TORÁCICA

LEIA ATENTAMENTE AS INFORMAÇÕES E INSTRUÇÕES ABAIXO:

1. Esta **PROVA** contém 50 questões numeradas de 01 a 50.
2. Confira se sua **PROVA** contém a quantidade de questões correta. Caso negativo, comunique imediatamente ao fiscal de sala para a substituição da prova.
3. Verifique, no **CARTÃO-RESPOSTA**, se os seus dados estão registrados corretamente. Caso encontre alguma divergência, informe imediatamente ao fiscal de sala.
4. Após a conferência, assine seu nome no local indicado.
5. Para as marcações do **CARTÃO-RESPOSTA**, utilize apenas caneta esferográfica, escrita normal, tinta azul ou preta.
6. Para cada uma das questões objetivas, são apresentadas 05 opções identificadas com as letras **A**, **B**, **C**, **D** e **E.** Apenas uma responde corretamente à questão.
7. Para o preenchimento do **CARTÃO-RESPOSTA,** observe:
   a. Para cada questão, preencher apenas uma resposta.
   b. Preencha totalmente o espaço compreendido no retângulo correspondente à opção escolhida para resposta. A marcação em mais de uma opção anula a questão, mesmo que uma das respostas esteja correta.


Preenchimento correto;
Preenchimento incorreto;
Preenchimento incorreto.

8. O tempo disponível para esta prova é de 03 (três) horas, com início às 14 horas e término às 17 horas.
9. Você poderá deixar o local de prova somente após as 15 horas.
10. O caderno de **PROVA NÃO** poderá ser levado pelo candidato.
11. Você poderá ser eliminado da **PROVA**, a qualquer tempo, no caso de:
    a. Ausentar-se da sala sem o acompanhamento do fiscal;
    b. Ausentar-se do local de provas antes de decorrida 1 (uma) hora do início da **PROVA**;
    c. Ausentar-se da sala de provas levando **CARTÃO-RESPOSTA** da Prova Objetiva e/ou caderno de **PROVA**;
    d. Ser surpreendido, durante a realização da **PROVA**, em comunicação com outras pessoas ou utilizando-se de livro ou qualquer material não permitido;
    e. Fazer uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação, bem como protetores auriculares;
    f. Perturbar, de qualquer modo, a ordem dos trabalhos, incorrendo em comportamento indevido;
    g. Não cumprir com o disposto no edital do Exame.

✂----------

RESPOSTAS									
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.
41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.	48.	49.	50.

EM BRANCO

1. Paciente masculino, com 20 anos de idade, longilíneo, esportista. Chega ao serviço de emergência com dor intensa, de início súbito durante jogo de futebol, no hemitórax direito ventilatório dependente e com dispneia progressiva, taquicardia, ingurgitamento jugular e agitação. Ao exame físico apresentava 100 bpm de frequência cardíaca, timpanismo à percussão do hemitórax direito, abolição do murmúrio vesicular no hemitórax direito. Radiografia do tórax mostra hipertransparência do hemitórax direito com desvio do mediastino para a esquerda. A melhor conduta é:

A) radiografia do Tórax e aguardar a evolução para decisão da melhor conduta.
B) toracotomia imediata e decisão intraoperatória da melhor conduta.
C) O_2 sob máscara, analgésico, observação.
D) O_2, analgésico, intubação orotraqueal e ventilação assistida.
E) punção do hemitórax direito com abocath calibroso, no segundo espaço intercostal direito, na linha hemiclavicular direita, radiografia do tórax, drenagem torácica tubular.

2. No paciente da questão anterior, o melhor tratamento definitivo após radiografia do tórax de controle e tomografia computadorizada do tórax terem revelado “imagem cística com 8 cm de diâmetro, parede fina, situada no terço superior do hemitórax direito” é:

A) videotoracoscopia no mesmo internamento com ressecção da “bolha pulmonar” e pleurodese com talco ou abrasão porque a recidiva desta patologia é de cerca de 50%.
B) alta hospitalar e acompanhamento mensal por um ano.
C) drenagem percutânea do “cisto”.
D) drenagem percutânea do “cisto” e colocação de agente esclerosante no seu interior.
E) retirada do dreno de tórax.

3. Em relação à hemoptise, podemos afirmar que:

A) a aspergilose pulmonar difusa é a principal causa de hemoptise maciça no Brasil.
B) a hemoptise maciça é frequentemente (95%) proveniente da circulação pulmonar.
C) as lesões inflamatórias/infecciosas crônicas são a principal causa de hemoptise maciça.
D) devido à gravidade da hemoptise maciça, deve-se sempre usar anestesia local e fibrobroncoscópio no controle endoscópico desta.
E) devido ao grande calibre dos vasos pulmonares, não existe indicação para tratamento definitivo ou temporário com embolização arterial.

4. Para se estabelecer o diagnóstico de carcinoma sincrônico de pulmão, é necessário que:

A) as duas lesões sejam distintas e separadas, histologias diferentes, sem carcinoma em vasos ou gânglios comuns.
B) o diagnóstico seja feito no mesmo dia.
C) a histologia seja absolutamente igual entre os dois tumores.
D) a imuno-histoquímica seja absolutamente igual entre os dois tumores.
E) a cirurgia de ressecção seja feita no mesmo dia.

5. Em relação aos tumores benignos do pulmão, podemos afirmar que:

A) o hamartoma pulmonar é um tumor derivado dos três folhetos embrionários.
B) o lipoma do parênquima pulmonar é muito frequente.
C) apesar de benignos, a cirurgia de ressecção deve ser ampla, com esvaziamento ganglionar extenso.
D) apesar de benignos, o fibroma, o lipoma e o hamartoma apresentam recidiva local frequente.
E) o diagnóstico radiológico é suficiente para o diagnóstico de tumor benigno, sendo, portanto, dispensada a cirurgia de ressecção.

6. Tendo em vista as complicações pós-cirurgia de ressecção pulmonar, podemos afirmar que:

A) a fístula broncopleural é uma complicação infrequente pós-operatória, ocorrendo, principalmente, após cirurgias de ressecção pulmonar.
B) a fístula broncopleural pós-pneumonectomia (12 mm de diâmetro) por carcinoma broncogênico é facilmente tratada somente com drenagem pleural fechada.
C) a torção pulmonar pós-ressecção ocorre mais frequentemente após lobectomia superior esquerda.
D) o lobo médio, por ter brônquios curtos e ser sempre completamente fixo nos lobos adjacentes, não é sede, nunca, de torção vascular e brônquica.
E) O lobo pulmonar que sofreu torção pode ser recuperado mesmo que tenha se passado vários dias sem ser diagnosticado.

7. Em relação às complicações pós-operatórias de ressecções pulmonares e seu manejo e prevenção, podemos afirmar que:

A) o ecocardiograma não ajuda no pós-operatório de ressecções pulmonares quando há suspeita de tamponamento cardíaco pós-cirurgia torácica.
B) a síndrome pós-pnemonectomia quando se faz pneumonectomia direita é por compressão do brônquio principal pela artéria pulmonar direita contra a coluna.
C) a síndrome pós-pneumonectomia quando se faz pneumonectomia esquerda é por compressão do brônquio principal pela artéria pulmonar esquerda e a aorta.
D) no caso de grande abertura do pericárdio numa cirurgia de ressecção pulmonar, o defeito deverá ser ocluído com tela fenestrada ou pericárdio bovino para impedir a herniação e consequente complicação cardíaca e morte.
E) a broncoscopia não ajuda em nada no diagnóstico da síndrome pós-pneumonectomia.

8. Em relação às bronquiectasias, podemos afirmar que:

A) em casos raros, mesmo a pneumonectomia pode ser indicada no tratamento da bronquiectasia, principalmente quando associada com destruição pulmonar.
B) não há indicação cirúrgica quando o paciente apresenta bronquiectasias localizadas do lobo inferior direito e lobo inferior esquerdo simultaneamente.
C) o tratamento das bronquiectasias é sempre cirúrgico, independente da sua localização.
D) não é possível fazer cirurgia no lobo inferior direito e lobo inferior esquerdo no mesmo procedimento anestésico.
E) não há indicação para as chamadas ressecções paliativas ou higiênicas, mesmo que com critérios rigorosos.

9. Em relação aos músculos da parede torácica, podemos afirmar que:

A) o músculo peitoral maior promove a abdução, rotação lateral e abaixamento do braço.
B) o músculo peitoral maior promove a adução, rotação medial e elevação do braço.
C) o músculo peitoral menor, por ser profundo, é inervado pelo quarto nervo intercostal.
D) o músculo serrátil anterior é inervado pelo nervo torácico curto
E) o músculo *latissimus dorsi* não interfere no movimento da escápula nem das costelas.

10. Em relação às biópsias de pulmão para o diagnóstico das Doenças Pulmonares Intersticiais (DPI), podemos afirmar que:

A) a língula sempre foi e ainda é considerada uma área excelente e representativa para biópsia pulmonar na DPI.
B) uma biópsia em cunha não é suficiente para o diagnóstico da DPI.
C) a via preferencial para a biópsia pulmonar para DPI nos dias de hoje deve ser por cirurgia torácica videoassistida.
D) mesmo que não haja chance de mudar a terapia, por exemplo, deixar de tomar corticosteroides ou iniciar tratamento com corticosteroides, a biópsia deve ser feita.
E) em pacientes imunocomprometidos, a decisão pela biópsia pulmonar é sempre fácil.

11. Muito se fala em relação à dor torácica pós-cirurgia torácica e trauma torácico grave. Para conforto do paciente, temos várias opções. Com base nessa afirmação, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) A neuralgia aguda pós-operatória ocorre 24 horas após a cirurgia e tem localização precisa, tornando fácil o seu tratamento com bloqueio anestésico local.
B) Certamente a dor crônica pós-cirurgia torácica é mais frequente e intensa pós-toracotomia posterolateral que pós-videotoracoscopia.
C) Nunca devem ser associados analgésicos não esteroides no tratamento e prevenção de dor pós-toracotomia.
D) A Analgesia Multimodal foca o controle da dor utilizando várias técnicas de analgesia num mesmo paciente, a fim de obter o melhor efeito.
E) Carbamazepina, gabapentina e amitriptilina não têm nenhuma ação na dor torácica.

12. No caso de derrame pleural maligno diagnosticado, recidivante, com indicação de pleurodese, é condição absolutamente necessária:

A) que o derrame pleural seja septado
B) que o paciente esteja em perfeitas condições de saúde.
C) que esteja fazendo quimioterapia, pois trata-se de doença avançada.
D) que seja feita a radioterapia sobre a parede torácica.
E) expansão pulmonar completa após drenagem torácica com tubo.

13. Em relação à utilização do broncofibroscópio, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) O broncoscópio rígido pode ser de grande utilidade nas intubações difíceis e na intubação seletiva, podendo, inclusive ser utilizado com o paciente em posição de decúbito lateral quando houver "dificuldade na ventilação" e dificuldade/impossibilidade de "isolar o pulmão a ser operado".
B) O broncofibroscópio pode ser de grande utilidade nas intubações difíceis e na intubação seletiva, podendo, inclusive, ser utilizado com o paciente em posição de decúbito lateral quando houver "dificuldade na ventilação" e dificuldade/impossibilidade de "isolar o pulmão a ser operado".
C) É extremamente raro o pneumotórax pós-biópsia transbrônquica com aparelho flexível.
D) É extremamente raro o pneumotórax pós-biópsia transbrônquica com aparelho rígido.
E) O broncoscópio rígido não permite a ventilação do paciente através da sua "luz".

14. A lesão do nervo frênico durante cirurgia torácica pode ocorrer, mais comumente:

A) na esofagectomia por carcinoma do esôfago.
B) na mediastinotomia tipo Chamberlain.
C) na ressecção de tumores do mediastino anterior e dissecções de aderências pleuropericárdicas.
D) na lobectomia inferior direita.
E) na plicatura diafragmática para tratamento da eventração diafragmática

15. Muito se fala em relação à dor torácica pós-cirurgia torácica. Para conforto do paciente, temos várias opções. Sobre o tema, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) O bloqueio de nervo intercostal, para ser efetivo, deve ser feito junto à borda esternal.
B) Devido aos numerosos casos de reações adversas, a analgesia torácica epidural tem sido progressivamente abandonada.
C) O bloqueio epidural se tornou o Padrão Ouro para analgesia pós-toracotomia e os melhores resultados são com anestésicos locais.
D) A síndrome de dor crônica pós-toracotomia aparece tardiamente, isto é, após três meses da cirurgia.
E) O bloqueio epidural se tornou o Padrão Ouro para analgesia pós-toracotomia e os melhores resultados são com opioides epidurais.

16. Em relação às cirurgias de ressecção pulmonar, podemos afirmar que:

A) a anatomia das estruturas hilares do lobo superior direito é mais complexa que a dos outros lobos.
B) a lobectomia média é mais difícil porque tem a sua artéria proveniente da artéria para o lobo superior.
C) o ramo ascendente posterior do lobo superior direito é a primeira estrutura a ser ligada na lobectomia superior direita.
D) a intubação seletiva é mais segura com tubo e balonete situado no brônquio direito.
E) quando não há sangramento abundante, não é preciso deixar dreno no hemitórax no qual foi feita lobectomia.

17. Paciente feminino, 22 anos, previamente saudável. Há sete dias desenvolveu tosse, febre 39 graus, mal-estar, dor no hemitórax esquerdo, ventilatório-dependente. Procurou por serviço médico que a tratou com Levofloxacina, antitérmico e antitussígeno. Há três dias houve piora progressiva do quadro com aumento da dor torácica e dispneia. Radiografia do tórax evidencia opacidade de metade do hemitórax esquerdo. Qual é a conduta adequada?

A) Toracocentese com retirada de amostra para exame; aguardar cultura para decidir conduta.
B) Troca de antibiótico e continuar tratamento a nível domiciliar.
C) Toracocentese, drenagem torácica tubular no quinto espaço intercostal, na linha médio-axilar; dreno conectado a sistema "sob selo d'água".
D) Troca de antibiótico e tratamento hospitalar com observação cuidadosa.
E) Toracotomia exploradora.

18. No caso do paciente da questão anterior, houve melhora clínica significativa no estado geral. Radiografia no segundo dia após a conduta anterior evidenciou: cavidade de características pleurais na região posterior do terço inferior do hemitórax esquerdo, medindo 9x5 cm; cavidade de características pleurais na região anterior do hemitórax esquerdo, medindo 7x5 cm; e nível hidroaéreo no ápice do hemitórax esquerdo. Hemitórax direito sem alterações. A melhor conduta atual é:

A) cirurgia torácica videoassistida.
B) toracotomia imediata.

C) colocar agente fibrinolítico intrapleural.
D) fisioterapia respiratória intensiva.
E) colocar agente fibrinolítico, para melhor efetividade, em cada cavidade individualmente.

19. Em relação à estenose traqueal/obstrução traqueobrônquica, é possível afirmar que:

A) Sempre os pacientes que vão apresentar estenose da via aérea já apresentam sintomas ao retirar o tubo de intubação traqueal, tornando fácil o diagnóstico precoce de tais lesões.
B) A lesão da traqueia com consequente estenose pode ocorrer mesmo com apenas 4 horas de balonete hiperinsuflado.
C) O estridor da obstrução traqueal é expiratório e muito semelhante ao da asma brônquica.
D) É rara a confusão de estenose traqueal e asma brônquica.
E) Na emergência, deve-se usar o fibrobroncoscópio para dilatação da estenose da traqueia por ser mais fácil de manipular e ter imagem melhor.

20. Em relação ao estadiamento de câncer de pulmão, é **CORRETO** afirmar:

A) T1 é o tumor com 5 cm.
B) T3 é o tumor menor que 5 cm.
C) N3 são metástases ganglionares subcarinais.
D) T1b é o tumor igual ou maior que 2 cm e menor ou igual que 3 cm.
E) M1a são metástases pleurais.

21. Em relação às incisões para cirurgia torácica, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) Não se deve usar endoscópio na incisão da janela pericárdica no caso de derrame pericárdico sem diagnóstico etiológico definido, para não comprimir ainda mais o coração.
B) A execução da janela pericárdica é facilitada pelo “pregueamento” do pericárdio após drenagem de derrame pericárdico volumoso.
C) A esternotomia mediana pode ser utilizada para examinar o terço inferior do esôfago.
D) A toracoesternotomia (*clam shell incision*) é frequentemente utilizada para cirurgia coronariana.
E) A grande vantagem da toracotomia com preservação muscular é a preservação do músculo trapézio.

22. Sobre as complicações no pós-cirúrgico da cirurgia torácica, podemos afirmar que:

A) Não há possibilidade de lesão esofágica durante mediastinoscopia para estadiamento de carcinoma de pulmão não pequenas células.
B) Pacientes com “margem brônquica positiva” não têm risco adicional de recorrência da doença neoplásica.
C) O empiema pleural tardio pós-pneumonectomia é facilmente tratável só com drenagem torácica e esperar que a secreção purulenta cesse.
D) O quilotórax pós-esofagectomia por carcinoma de esôfago é facilmente tratado com drenagem apenas.
E) A pericardite constritiva ocorre em menos de 5% dos pacientes submetidos à janela pericárdica para qualquer doença/derrame pericárdico.

23. Os tumores carcinoides típicos do pulmão têm um crescimento endoluminal grande, por isso causam obstrução com atelectasia e infecções secundárias. Em relação ao seu tratamento, podemos afirmar que:

A) a ressecção endoscópica do tumor carcinoide de base de implantação larga, frequentemente, pode ser feita numa única sessão.
B) a ressecção endoscópica do tumor carcinoide com extensão grande extraluminal pode ser feita com bom sucesso terapêutico a longo prazo.
C) a extensão extraluminal do carcinoide típico para o parênquima pulmonar impede a lobectomia com *sleeve ressection.*
D) a ressecção endoscópica do tumor carcinoide pode ser feita de maneira eletiva, por opção terapêutica, com bons resultados a longo prazo. Estudos estão em andamento para corroborar essa afirmação. O paciente pode necessitar de mais de uma ressecção endoscópica.
E) o prognóstico dos tumores carcinoides típicos não é bom, com resultados desanimadores em cinco anos.

24. Considerando os tumores de traqueia, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) Como o diâmetro da traqueia é estreito, lesões tumorais intraluminares apresentam sintomas respiratórios precoces.
B) O carcinoma de células escamosas e o carcinoma adenoide cístico são os tumores primários mais frequentes da traqueia.
C) Os tumores traqueais endoluminares são muito frequentes, com diagnóstico precoce e com possibilidade de ressecção curativa frequentemente.
D) Sempre se consegue a ressecção endoscópica curativa através do debridamento endoscópico do tumor traqueal.
E) A ressecção traqueal com anastomose termino-terminal, a ressecção endoscópica e a radioterapia têm sobrevida semelhante, portanto, a opção de tratamento depende da instituição referenciada.

25. Em relação às complicações pós-operatórias de ressecções pulmonares e seu manejo e prevenção, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) A broncoscopia não detecta nenhuma alteração no brônquio lobar.
B) O lobo pode ser preservado mesmo quando o diagnóstico não é feito precocemente.
C) A torsão lobar com gangrena ocorre mais no lobo médio como consequência da lobectomia superior direita. O diagnóstico radiológico é feito por opacidade lobar.
D) Para evitar a torção do lobo superior direito, devemos fixá-lo na parede torácica.
E) Para evitar a torção do lobo médio, devemos fixá-lo na face direita do pericárdio.

26. Paciente feminina, com 50 anos de idade, em boas condições gerais, tratada há seis anos, adequadamente, de Câncer de Mama Direita, com mastectomia e quimioterapia, com boa evolução. Há 30 dias, apresenta dor torácica e dispneia progressiva. Radiografia do tórax evidenciou derrame pleural ocupando a metade do hemitórax direito. A conduta adequada é:

A) toracocentese, biópsia pleural com agulha, esvaziamento do líquido pleural. Se positivo para malignidade, procede-se videotoracoscopia com pleurectomia total.
B) toracocentese, biópsia pleural com agulha, esvaziamento do líquido pleural. Se positivo para malignidade, procede-se toracotomia.
C) toracocentese, biópsia pleural com agulha, esvaziamento do líquido pleural. Se positivo para malignidade, instala-se cateter de *shunt* pleuroperitonial.
D) toracocentese, biópsia pleural com agulha, esvaziamento do líquido pleural. Se positivo para malignidade, procede-se videotoracoscopia posteriormente.
E) como já se sabe que é maligno, coloca-se dreno tubular de início e faz-se pleurodese com a talco pelo dreno.

27. Em relação à tuberculose intratorácica, podemos afirmar que:

A) não há indicação para cirurgia para diagnóstico, principalmente nas lesões pulmonares de etiologia desconhecida e adenopatia hilar de etiologia desconhecida.
B) o tratamento da síndrome do lobo médio por tuberculose já tratada não tem indicação cirúrgica.
C) nunca a sequela localizada de tuberculose pulmonar, sintomática, tem indicação cirúrgica.
D) a pericardite constritiva ocorre em 40% dos pacientes com tuberculose.
E) em casos raros, mesmo a pneumonectomia pode ser indicada no tratamento da bronquiectasia pós-tuberculose pulmonar, principalmente quando associada com destruição pulmonar.

28. Os tumores neurogênicos em ampulheta localizados no tórax:

A) São tumores que têm uma parte intraespinhal, isto é, dentro do canal medular, e uma parte intratorácica em continuidade.
B) Têm uma forma de relógio antigo.
C) São tumores que tem uma parte intraespinhal, isto é, dentro canal medular, e uma parte intratorácica separadas (não em continuidade).
D) São tumores que têm uma parte intraespinhal, isto é, dentro canal medular, e uma parte intratorácica em continuidade e são tratados cirurgicamente por via única, através de laminectomia.
E) São tumores que têm uma parte intraespinhal, isto é, dentro canal medular, e uma parte intratorácica em continuidade e são tratados cirurgicamente por via única, através de toracotomia lateral.

29. Sobre a intubação seletiva, podemos afirmar que:

A) A intubação seletiva do pulmão tem baixa prioridade nas pneumonectomias.
B) A intubação seletiva do pulmão contralateral para proteção tem indicação absoluta na hemoptise e nas doenças purulentas como abscessos, bronquiectasias e cavidades tuberculosas.
C) A intubação seletiva do pulmão tem alta prioridade na ressecção esofágica.
D) A intubação seletiva é mais segura com tubo e balonete situado no brônquio direito.
E) O broncofibroscópio não tem nenhum papel e ação na intubação seletiva.

30. Muito se fala em relação à dor torácica pós-cirurgia torácica e trauma torácico grave. Para conforto do paciente, temos várias opções. Analise as alternativas a seguir e assinale a **CORRETA**.

A) O bloqueio do nervo intercostal deve ser feito na borda superior da costela inferior.
B) O cateter intrapleural tem efeito igual ao bloqueio epidural porque o anestésico permanece 48 horas no espaço pleural.
C) O PAC (*Pain Controlled Analgesia*) tem sido amplamente utilizado, porém, apresenta efeitos colaterais de monta como náuseas, vômitos, sonolência e depressão respiratória.
D) O PAC (*Pain Controlled Analgesia*) tem sido amplamente utilizado porque é eficaz e não causa efeitos colaterais.
E) A utilização do cateter intercostal deve sempre ser estimulada porque a sua colocação percutânea é simples e ele é estável.

31. Em relação ao enfisema pulmonar congênito, podemos afirmar que:

A) o fenômeno de obstrução brônquica valvular ocorre nas últimas semanas de gestação, próximo à data provável do parto.
B) o enfisema pulmonar congênito é causado por mecanismo valvular de obstrução da árvore brônquica com destruição de parênquima pulmonar e hiperdistensão de um segmento ou lobo pulmonar.
C) os lobos pulmonares inferiores são mais frequentemente acometidos que os lobos pulmonares superiores.
D) os pacientes, mesmo com mínimos sintomas ou sem sintomas, devem ser imediatamente operados.
E) não há possibilidade de dúvida diagnóstica entre pneumotórax hipertensivo e enfisema pulmonar congênito no período perinatal em virtude do exame radiológico preciso.

32. Em relação à broncoscopia rígida e/ou flexível, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) O broncoscópio flexível é o instrumento mais adequado para retirada de corpo estranho traqueobrônquico.
B) Nunca a adenopatia hilar é uma indicação de broncofibroscopia.
C) Uma das melhores indicações de broncofibroscopia é a hemoptise maciça, porque não há risco de insuficiência respiratória.
D) A utilização de óticas não melhora a imagem durante a broncoscopia rígida porque prejudica a “luz do” canal do broncoscópio.
E) O broncoscópio rígido é o instrumento mais adequado para retirada de corpo estranho traqueobrônquico.

33. Considerando as incisões utilizadas pelo cirurgião torácico, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) A incisão de toracotomia anterior permite fácil acesso ao esôfago cervical.
B) A incisão de toracotomia anterior direita permite fácil acesso ao esôfago torácico.
C) A esternotomia é a incisão mais indicada para estenose de traqueia do terço médio.
D) A incisão transversa cervical permite acesso, além da traqueia, ao esôfago, artérias carótidas e veias jugulares.
E) Não há relatos de casos de acidentes hemorrágicos graves com esternotomia mediana em reoperação, podendo ser executada por médicos inexperientes de forma segura.

34. Em relação às metástases a distância de carcinoma de pulmão não pequenas células, podemos afirmar que:

A) não existe indicação para ressecção pulmonar de carcinoma de pulmão não pequenas células em caso de metástase da suprarrenal.
B) em caso de metástase cerebral, a ressecção pulmonar do carcinoma não pequenas células somente deverá ser feita após a ressecção da metástase cerebral ter obtido boa paliação e excluindo outras metástases a distância.
C) não existe indicação para ressecção da suprarrenal em caso de metástase de carcinoma de pulmão para a suprarrenal.
D) o carcinoma de pulmão não pequenas células deverá ser operado no mesmo ato anestésico que a metástase cerebral deste mesmo tumor, sendo o pulmão operado primeiro.
E) o carcinoma de pulmão não pequenas células deverá ser operado no mesmo ato anestésico que a metástase cerebral deste mesmo tumor, sendo o cérebro operado primeiro.

35. Em relação à Doença Bolhosa Pulmonar, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) A principal complicação pós-operatória é a persistência de fuga aérea por vários dias, isto é, fístula broncopleural prolongada.
A) Não há qualquer vantagem em revestir os grampeadores com PTFE, pleura e pericárdio bovino na ressecção das bolhas pulmonares.
B) A drenagem endocavitária apresenta resultados absolutamente superiores ao da ressecção.
C) Não associação entre *bullas* e pneumotórax espontâneo secundário.
D) Não há associação entre *blebs* e pneumotórax espontâneo.

36. Muito se tem falado que a pneumonectomia não é mais uma cirurgia para "câncer de Pulmão|". Suas indicações, nos dias de hoje, são mais limitadas e infrequentes. São elas:

A) a pneumectomia não está indicada para tratamento do câncer de pulmão em nenhuma situação nos dias de hoje.
B) tumor do lobo superior direito com invasão da parede torácica.
C) tumor do lobo inferior esquerdo com invasão do diafragma.
D) tumor do lobo médio.
E) tumor central que invade brônquio principal, tumor que invade as cisuras lobares, tumor que invade os vasos interlobares.

37. Em relação aos *stents* traqueobrônquicos, podemos afirmar que:

A) A desvantagem do *stent* de Silastic é a dificuldade do seu reposicionamento.
B) O *stent* é facilmente colocado e mobilizado por broncoscopia flexível.
C) O candidato ideal para *stent* da via aérea é o paciente com obstrução da via aérea devido à compressão extrínseca por tumor.
D) A grande vantagem do *stent* de Silastic é que a obstrução raramente ocorre.
E) O *stent* metálico nunca pode ser mudado de posição.

38. Em relação à doença bolhosa pulmonar, pode-se afirmar que:

A) a *bulla* é um cisto dentro do parênquima pulmonar.
B) não há relação entre o tabagismo e o enfisema por falta de alfa 1 antitripsina.
C) há indicação para cirurgia em toda *bulla*, independente do seu tamanho.
D) a cirurgia está sempre indicada porque é um procedimento simples e absolutamente sem complicações pós-operatórias.
E) a *bleb* é uma coleção subpleural de ar contida dentro de camadas de pleura visceral.

39. Sobre a *sleeve lobectomy* ou ressecção em manga ou braçadeira, ou mesmo broncoplastia, podemos afirmar que:

A) tumor saindo do brônquio do lobo superior não tem indicação de ressecção em manga.
B) a intubação seletiva não é indispensável na broncoplastia.
C) no caso de câncer, as margens devem estar absolutamente livres de tumor microscópico.
D) na broncoplastia a cirurgia deve começar pelo brônquio lobar, deixando os vasos por último.
E) a ressecção em manga da artéria pulmonar nunca está indicada.

40. Em relação à mediastinoscopia no diagnóstico e estadiamento do carcinoma broncogênico não pequenas células, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) Se for aceito o PET-CT positivo para gânglios paratraqueais esquerdos como definitivo (N2) no caso de tumor do lobo superior esquerdo, sem se executar a mediastinoscopia, o paciente poderá ser tratado de uma forma equivocada por "falha no estadiamento".
B) No caso de espondilite reumatoide grave com acometimento cervical, a mediastinoscopia pode ser efetuada sem problemas.
C) A videotoracoscopia não tem lugar no estadiamento ganglionar do carcinoma de pulmão não pequenas células.
D) Não há relatos de casos de acidentes graves com a mediastinoscopia, podendo ser executada por médicos inexperientes de uma forma segura.
E) Na mediastinoscopia não existe possibilidade de lesão da veia cava superior.

41. Em relação às infecções micóticas, podemos afirmar que:

A) o granuloma mediastinal na histoplasmose é sempre sintomático e de fácil diagnóstico.
B) a cavidade habitada, isto é, sequela de tuberculose na forma de cavidade com imagem nodular no seu interior, sugere micetoma intracavitário ou bola fúngica.
C) a criptococose nunca se apresenta com lesão nodular pulmonar e lesão do sistema nervoso central simultânea.
D) a cavidade habitada por *aspergillus* não tem indicação cirúrgica quando oligossintomática.
E) a candidíase é conhecida do cirurgião torácico por sua lesão localizada nos pacientes imunologicamente comprometidos.

42. Em relação aos tumores malignos da parede torácica, podemos afirmar que:

A) o sarcoma de Ewing da parede torácica se apresenta como uma massa dolorosa acompanhada de mal-estar, febre, leucocitose, anemia e VHS elevada.
B) o condrosarcoma se origina no terço médio da costela.
C) o plasmocitoma é o tumor maligno mais comum da costela e se apresenta, na radiografia do tórax e tomografia computadorizada do tórax, como massa osteoblástica com grande presença de proliferação óssea.
D) a cirurgia é o tratamento único e suficiente para o plasmocitoma da parede torácica.
E) o tumor desmoide da parede torácica é tratado com ressecções limitadas e com grande expectativa de cura , praticamente sem recidiva.

43. Sobre a anestesia para cirurgia torácica, é possível afirmar que:

A) o isolamento do pulmão tem baixa prioridade nas pneumonectomias.
B) o isolamento do pulmão tem alta prioridade na ressecção esofágica.
C) a intubação seletiva é mais segura com tubo e balonete situado no brônquio direito.
D) o isolamento do pulmão contralateral para proteção tem indicação absoluta na hemoptise e nas doenças purulentas como abscessos, bronquiectasias e cavidades tuberculosas.
E) o broncofibroscópio não tem nenhuma ação na intubação seletiva.

44. Em relação à sequestração pulmonar pode-se afirmar que:

A) a maioria das sequestrações pulmonares são sintomáticas e na investigação dos sintomas se chega ao diagnóstico.
B) a drenagem venosa é sempre nas veias pulmonares independente do tipo de sequestração.
C) devido à irrigação sistêmica que pode vir da aorta abdominal infradiafragmática, é muito fácil executar a cirurgia sem se preocupar com a irrigação.
D) o diagnóstico nunca pode ser feito no pré-natal.
E) na sequestração pulmonar intralobar e extralobar não há comunicação com árvore traqueobronquial e vasculatura arterial pulmonar. A irrigação é via sistêmica e a drenagem é na veia pulmonar ou no sistema venoso sistêmico.

45. A hérnia pulmonar é uma situação pouco frequente. Em relação a ela, podemos afirmar que:

A) nunca foi relato de hérnia pulmonar espontânea através da parede torácica.
B) no reparo das hérnias da parede torácica é dispensado o uso de materiais protéticos.
C) o reparo da hérnia da parede torácica exige sempre material protético, como as telas.
D) na hérnia supraclavicular não existe saco herniário.
E) não existem casos relatados de hérnia da parede torácica por trauma contuso.

46. Paciente masculino, tabagista pesado, com primeiro episódio de discreta hemoptise. A investigação deve ser com:

A) radiografia do tórax e broncoscopia.
B) broncoscopia.
C) PET CT.
D) radiografia do tórax, tomografia computadorizada do tórax e broncofibroscopia.
E) Como se trata do primeiro episódio, apenas observa-se.

47. Em relação ao mesotelioma maligno, podemos afirmar que:

A) o mesotelioma maligno, desde o início, apresenta dor torácica intensa por derrame pleural volumoso.
B) o mesotelioma maligno, desde o início, apresenta dor torácica intensa por invasão de nervos intercostais e parede torácica, permitindo o seu diagnóstico precoce.
C) definitivamente, o melhor tratamento para o mesotelioma maligno é a cirurgia isolada.
D) o diagnóstico de mesotelioma maligno difuso pode ser obtido, facilmente, por biópsia pleural com agulha.
E) não existe um consenso no tratamento do mesotelioma maligno. O tratamento tem sido feito por protocolos de cada Instituição, sem um protocolo aceito universalmente. O tratamento tem sido feito com combinação de radioterapia, cirurgia e quimioterapia.

48. Em relação aos tumores da traqueia e seu tratamento, podemos afirmar que:

A) por ser carcinoma escamoso, o tumor de traqueia pode ser tratado somente com radioterapia.
B) o carcinoma de células escamosas e o carcinoma adenoide cístico, quando limitados à parede traqueal, podem ser tratados com ressecção e anastomose primária.
C) os tumores traqueais endoluminares são muito frequentes, com diagnóstico precoce e com possibilidade de tratamento definitivo por quimioterapia.
D) sempre se consegue a ressecção endoscópica curativa através da simples cauterização do tumor traqueal.
E) a extensão do tumor, isto é, o comprimento maior que 7 cm não é contraindicação para a cirurgia de ressecção traqueal.

49. Em relação ao ducto torácico e quilotórax, podemos afirmar que:

A) o quilotórax nunca pode ser causado por lesão do ducto torácico no reparo da coarctação da Aorta.
B) o quilotórax nunca pode ser causado por lesão do ducto torácico durante esofagectomia para tratamento do câncer do esôfago.
C) por ser difícil a localização do ducto torácico, deve-se manter o tratamento com nutrição parenteral total nos pacientes com perda da 1550ml/dia por 30 ou mais dias.
D) o ducto torácico pode ser lesado no tratamento da hérnia de Morgani de descoberta tardia.
E) o quilotórax pode ocorrer e ser causado por lesão do ducto torácico na simpatectomia torácica para tratamento da hiperidrose palmoaxilar.

50. Em relação aos tumores da parede torácica, podemos afirmar que:

A) a biópsia por agulha está bem indicada em tumores da parede torácica nos quais haja a suspeita de ser metastático pela evidência de tumor anterior em outra parte do corpo.
B) a biópsia com agulha não está indicada nos grandes tumores da parede torácica com envolvimento ósseo evidente.
C) a biópsia excisional está indicada em tumores com 10 centímetros de diâmetro.
D) a biópsia incisional está indicada em tumores com até 5 centímetros.
E) o osteocondroma é o tumor mais raro da parede torácica.

EM BRANCO