



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2018, DE 5 DE OUTUBRO DE 2017

PROGRAMAS – GRUPO 007

Endoscopia Respiratória II (609)

Data e horário da prova:

*Domingo,
3/12/2017, às 14h*

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Liberdade é o espaço que a felicidade precisa.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos ou apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, escreva apenas no(s) campo(s) a ser(em) corrigido(s), conforme instruções na folha de respostas.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem pode conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

Realização **iades** | Instituto Americano de Desenvolvimento

Informações: (61) 3574-7200
www.iades.com.br

CIRURGIA TORÁCICA

Itens de 1 a 120

Chega a um consultório um paciente do sexo masculino, de 65 anos de idade, tabagista ativo, com alta carga tabágica, referindo perda ponderal (5 kg em 3 meses) e hemoptise. Investigação prévia: Raio X de tórax com uma lesão sólida no lobo superior direito. Tomografia computadorizada de tórax com contraste: lesão de aspecto nodular, sólida, de 3 cm na sua total dimensão em topografia de lobo superior direito, sem acometimento linfonodal ou outras alterações. Tomografia computadorizada de abdome e crânio: normal. O ultrassom endobrônquico (E-BUS) é negativo para acometimento linfonodal. A mediastinoscopia cervical confirma ausência de acometimento linfonodal.

Em relação ao estadiamento desse paciente, de acordo com a oitava edição do estadiamento para câncer de pulmão, julgue os itens a seguir.

1. O estadiamento clínico desse paciente, de acordo com oitava edição da classificação TNM para câncer de pulmão, é T2aN0M0.
2. A classificação do tumor por estadiamento tem como proposta promover uma nomenclatura padronizada sobre a extensão anatómica da doença.
3. A descrição da extensão anatómica do tumor consiste em três componentes: T para extensão primária do tumor, N para envolvimento linfonodal e M para metástases.
4. Na classificação TNM, prefixos são utilizados de acordo com o contexto da avaliação: o prefixo C (estadiamento clínico) é determinado por todas as informações disponíveis antes da ressecção cirúrgica (sintomas, imagens, procedimentos e biópsias) e o prefixo P (estadiamento patológico) é definido após os resultados da ressecção cirúrgica.
5. Tumores ressecados são classificados de acordo com a extensão da ressecção. R0 significa ausência de lesão residual.
6. Se o paciente apresentasse, hipoteticamente, invasão do brônquio principal, ele seria classificado como T4.
7. O paciente tem indicação de lobectomia videotoroscópica, uma vez que essa técnica apresenta melhor sobrevida em relação à toracotomia.
8. Durante a abordagem cirúrgica do paciente, é recomendada a ressecção de pelo menos seis linfonodos (três das estações N1 e três das estações N2).

Considere um achado tomográfico de massa de 3 cm x 3 cm em mediastino anterior, em paciente de 30 anos de idade do sexo feminino, previamente hígida, que tinha como antecedente astenia progressiva nunca antes investigada, além de episódios eventuais de diplopia.

Acerca do caso clínico descrito, julgue os itens a seguir.

9. A investigação da paciente deverá incluir testes farmacológicos com drogas anticolinesterásicas, eletromiografia e titulação de IgG anti-RAC.
10. A ressonância nuclear magnética, neste caso, tem a capacidade de avaliar invasão vascular, assim como acometimento linfonodal.

11. O diagnóstico da paciente é linfoma.
12. Existe contraindicação de ressecção da lesão por videotoroscopia (VATS).
13. Tímectomia precoce está indicada para este caso.
14. A paciente tem uma doença neurológica autoimune.
15. Existe contraindicação absoluta de plasmaférese para a paciente.
16. Essa condição requer atenção durante a cirurgia, pois o uso de bloqueio neuromuscular pode causar reações diversas, inclusive insuficiência respiratória grave.

Paciente de 50 anos de idade, do sexo masculino, ex-tabagista há mais de 10 anos, apresenta dispneia importante aos pequenos esforços. Tem diagnóstico de doença broncopulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e atualmente é usuário de oxigenoterapia domiciliar. Apresenta espirometria com VeF1 = 15% do previsto. Não tem outras comorbidades. Os exames laboratoriais (sorologias) foram negativos para HIV e hepatites B e C.

Tendo como base o referido caso clínico, julgue os itens a seguir.

17. Após tratamento otimizado, o nome do paciente deverá ser incluído em lista de espera para transplante pulmonar.
18. Deverá ser iniciada otimização terapêutica, incluindo reabilitação pulmonar.
19. Existe indicação de transplante lobar para o paciente.
20. A doença apresentada pelo paciente é a maior indicação de transplante pulmonar em doenças supurativas.
21. Não há contraindicação de transplante pulmonar para o paciente.

Paciente de 42 anos de idade, do sexo feminino, procura atendimento em razão da queixa de emagrecimento (perda de 5 kg em 3 meses) e dispneia progressiva. Nega outras comorbidades. Nunca fumou. No Raio X de tórax, há presença de nódulo pulmonar à direita. A tomografia computadorizada de tórax evidenciou um nódulo com densidade de partes moles, de 2 cm x 1,4 cm em topografia de lobo superior direito, com linfonodomegalia hilar à direita (2 cm x 1,9 cm) e mediastinal em cadeias 4D e 7. A ressonância de crânio é normal e o PET-CT confirma o nódulo no lobo superior direito, de 2 cm x 1,5 cm, com SUV = 6,8. Os linfonodos mediastinais das cadeias 4D e 7 e hilar à direita são hipercaptantes (SUV = 11). A paciente não apresenta alterações em demais exames pré-operatórios, apresenta liberação clínica para procedimento de grande porte e a espirometria permite ressecção pulmonar (lobectomia).

A respeito do referido caso clínico, julgue os itens a seguir.

22. Existe indicação de estadiamento invasivo do mediastino para a paciente.
23. Com um resultado negativo do ultrassom endobrônquico com aspiração por agulha fina (E-BUS TBNA), é mandatória a realização de mediastinoscopia.
24. A conduta imediata é lobectomia superior direita com linfadenectomia mediastinal.
25. Neoplasia primária pulmonar de pequenas células é o diagnóstico anatomopatológico mais provável.

26. Cromogranina A (CrA) é esperada no perfil imunohistoquímico da paciente.
27. A paciente apresenta uma neoplasia de bom prognóstico e com baixa chance de metástase.
28. O tratamento recomendado é quimioterapia e radioterapia.

Paciente do sexo masculino, de 27 anos de idade, previamente hígido, inicia investigação em razão de uma dor no ombro esquerdo. O Raio X de ombro é normal. No Raio X de tórax, é detectada a presença de alargamento mediastinal. A complementação do diagnóstico com uma tomografia de tórax evidencia uma massa no mediastino ântero-superior à esquerda, com densidade de partes moles e pequenas áreas de calcificação esparsas. A biópsia cirúrgica é compatível com um tumor de células germinativas tipo teratoma maligno do mediastino.

Em relação ao citado caso clínico, julgue os itens a seguir.

29. A alfafetoproteína e o beta-hCG podem estar elevados.
30. Essa condição é mais comum em mulheres jovens.
31. O teratoma cístico maduro é o tipo mais comum de tumor de células germinativas do mediastino.
32. Seminoma é um diagnóstico diferencial.

Paciente de 45 anos de idade do sexo feminino, com neoplasia de mama metastática para fígado e ossos, está atualmente em tratamento quimioterápico. Nega outras comorbidades. A escala KPS é igual a 90. A paciente refere dispneia progressiva há 2 semanas. Constata-se um antecedente de toracocentese de alívio há 30 dias, com Raio X que demonstra expansão completa nessa ocasião. No momento, apresenta recidiva do derrame pleural, que é unilateral e ocupa quase a totalidade do hemitórax direito. Uma toracocentese diagnóstica mostrou tratar-se de um exsudato com predomínio de linfócitos, com ADA normal.

Com base no caso clínico exposto, julgue os itens a seguir.

33. Paciente com derrame pleural sintomático tem indicação de observação.
34. Para pacientes com prognóstico de vida maior de 1 mês, está indicada apenas toracocentese de alívio.
35. Pulmão com expansão completa após drenagem tem contraindicação de pleurodese.
36. O talco é o mais efetivo agente utilizado para pleurodese.
37. Dor torácica pleural e febre são efeitos adversos possíveis após a realização de pleurodese.
38. Para a paciente, que tem boa *performance status*, está indicada pleuroscopia com pleurodese para controle da recorrência.

Um paciente de 25 anos de idade apresenta queixa de dispneia progressiva, astenia, sudorese noturna e perda de 3 kg em 1 mês. Raio X de tórax: presença de volumoso derrame pleural à direita. Tomografia computadorizada de tórax: massa mediastinal sólida, com densidade de partes moles, localizada no mediastino anterolateral direito, de 15 cm x 10 cm x 12 cm, sem invasão de estruturas adjacentes e

derrame volumoso pleural à direita. Uma toracocentese diagnóstica demonstrou um líquido pleural de aspecto leitoso e que os triglicérides da amostra eram de 350 mg/dL.

Em relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

39. A análise de triglicérides do líquido pleural do paciente sugere o diagnóstico de quilotórax.
40. A massa mediastinal provavelmente trata-se de um linfoma.
41. O paciente está tendo uma perda significativa de imunoglobulinas, linfócitos T e proteínas para o espaço pleural, o que causa imunossupressão.
42. Está indicada biópsia da massa mediastinal para a tomada de decisão sobre o tratamento definitivo.

Um paciente de 45 anos, de 70 kg, em tratamento hospitalar para pneumonia, já no terceiro ciclo de antimicrobiano, é internado na UTI com quadro de síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) e insuficiência ventilatória. No dia seguinte, após a intubação e a ventilação mecânica, o paciente apresenta deterioração do estado clínico, com necessidade de aumento na dose de vasopressor (0,3 mcg/kg/min), piora do hemograma e da proteína C reativa, declínio do lactato e agravamento do quadro radiológico. O Raio X de tórax evidenciou um infiltrado difuso bilateral importante, além de consolidação no lobo inferior direito, compatível com o diagnóstico de SARA. A gasometria arterial evidencia um pH = 7,1, PCO₂ 60, bicarbonato 10. O paciente está em ventilação protetora e a relação PaO₂/FiO₂ do paciente é 55. Ecocardiograma: fração de ejeção de 80 mmHg, sem outras alterações. Houve tentativa de pronação, sem melhora. O paciente não apresenta outras doenças e os exames de coagulação são normais.

De acordo com o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

43. O paciente tem indicação de membrana de oxigenação extracorpórea (ECMO) venoarterial (VA).
44. A canulação do paciente deve ser central, ou seja, realizada em bloco cirúrgico.
45. Coagulopatia severa é uma contraindicação para ECMO
46. Doença crônica terminal é uma contraindicação absoluta para ECMO.
47. O paciente está com ventilação protetora para evitar dano alveolar difuso.
48. No caso do paciente, a ECMO realiza a remoção de dióxido de carbono (CO₂) do sangue e permite ventilação protetora.
49. ECMO tem duas configurações: venovenosa (VV) e venoarterial (VA).
50. A venoarterial (ECMO VA) promove suporte circulatório e está indicada em casos de falência de bomba cardíaca.
51. A venovenosa (ECMO VV) não fornece suporte circulatório. É indicada para pacientes com insuficiência respiratória, mas sem disfunção circulatória grave.

Um paciente de 40 anos de idade, em investigação de dor torácica, realizou tomografia computadorizada de tórax, que mostra um tumor de mediastino posterior. A lesão apresenta aproximadamente 3 cm, é sólida, bem circunscrita, com aparente invasão do forame vertebral de T4. A ressonância magnética confirmou a invasão do forame vertebral. Não há linfonodos acometidos. O paciente não apresenta nenhum sintoma neurológico, como perda de força, parestesia ou outras alterações. Nega comorbidades.

Com base nas informações deste caso clínico, julgue os itens a seguir.

52. Tumor neurogênico (Schwannoma) é o tumor de mediastino posterior mais frequente.
53. A condição citada refere-se a tumor em ampulheta (*dumbbell*), o que contraindica ressecção cirúrgica.
54. Quimioterapia definitiva é a conduta adequada no momento para o paciente.
55. O provável diagnóstico é tumor neurogênico de mediastino.

Uma paciente de 55 anos de idade chega a um consultório devido a achado ocasional de nódulo pulmonar. Nunca fumou. Nega tabagismo passivo. É hipertensa. Constata-se cirurgia prévia de histerectomia total, em razão de miomatose uterina. Nega outras doenças. Realizou tomografia de tórax em razão de um episódio gripal, com evidência de nódulo em vidro fosco de 12 mm, localizado em lobo superior esquerdo, sem componente sólido.

De acordo com o guia publicado recentemente pela Fleischner Society (*Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017*). Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

56. A paciente não tem indicação de seguimento, pois o nódulo é benigno.
57. Se o nódulo da paciente fosse sólido, de 12 mm, o seguimento seria com nova tomografia computadorizada em 3 meses ou PET/CT ou amostra tecidual.
58. Em geral, o tamanho do nódulo tem clara relação com o risco de malignidade.
59. O seguimento após descoberta de um nódulo acima de 10 mm em paciente de alto risco pode ser realizado com Raio X de tórax.
60. Para nódulos subsólidos, um longo período de seguimento é recomendado depois do *follow-up* inicial, sendo que o tempo total de *follow-up* deve se estender por 7 anos.

Paciente de 60 anos de idade, do sexo feminino, compareceu a consulta no posto de saúde em razão de queixa de irregularidade menstrual. Era tabagista ativa desde os 17 anos de idade, fumava, em média, um maço e meio de cigarro ao dia. Foram solicitados os exames de rastreamento, incluindo-se colonoscopia, mamografia e imagem de tórax.

Considerando o rastreamento do câncer de pulmão e o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

61. O melhor exame para rastreamento da neoplasia de pulmão é a tomografia computadorizada de tórax, que proporcionou a redução da mortalidade.
62. Lesões pulmonares maiores que 3 cm configuram massa pulmonar.
63. A maioria dos nódulos pulmonares identificados em tomografias de tórax é neoplasia de pulmão.
64. Um quarto dos pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão não são tabagistas.
65. O tabagismo passivo aumenta o risco de neoplasia de pulmão, especialmente em mulheres casadas com homens fumantes.

Paciente de 65 anos de idade, do sexo masculino, hipertenso, tabagista ativo com índice tabágico de 70 maços por ano, com doença pulmonar obstrutiva crônica e em uso de broncodilatadores realizou exames pré-operatórios para correção de hérnia inguinal. Estava identificada lesão pulmonar em Raio X de tórax, no lobo superior esquerdo, medindo, aproximadamente, 3,4 cm x 2,7 cm. O primo-irmão do paciente apresentava história de neoplasia de pulmão.

Considerando o caso clínico apresentando e os conhecimentos médicos correlatos a ele, julgue os itens a seguir.

66. Lesões pulmonares calcificadas são as mais preocupantes e sugestivas de neoplasia. Nesses casos, deve-se encaminhar, imediatamente, o paciente para avaliação em serviço de referência.
67. O próximo passo na avaliação desse paciente é a realização de exames de função pulmonar.
68. A principal etiologia de nódulos pulmonares no nosso meio é a doença infecciosa granulomatosa.
69. Lesões pulmonares de aspecto totalmente em vidro fosco podem corresponder a lesões pré-invasivas, com quase 100% de sobrevida em 5 anos após ressecção pulmonar.
70. A presença de nódulo pulmonar com contornos lobulados afasta a possibilidade de neoplasia primária maligna.
71. A presença de nódulo pulmonar com contornos espiculados aumenta muito a suspeita de neoplasia primária maligna.

Paciente de 72 anos de idade, do sexo feminino, foi diagnosticada com adenocarcinoma de pulmão no lobo inferior esquerdo, de 3,5 cm x 3,0 cm e linfonodo em cadeia paratraqueal ipsilateral aumentado de tamanho (1,3 cm no menor eixo).

A respeito do estadiamento da neoplasia de pulmão e considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

72. O linfonodo descrito é, com certeza, neoplásico e a paciente já não é mais candidata à cirurgia.
73. Outros exames que devem ser solicitados para o estadiamento da neoplasia de pulmão é o PET-CT e a ressonância de crânio.

74. Caso essa paciente realize PET-CT e o linfonodo paratraqueal esquerdo apresente captação aumentada, não é necessária a confirmação por biópsia do linfonodo.
75. Para essa paciente, está indicada mediastinoscopia com biópsia, para amostragem dos linfonodos mediastinais.
76. Caso essa paciente realize mediastinoscopia e apresente linfonodo contralateral comprometido pela neoplasia, a cirurgia com objetivo de cura ainda é uma opção terapêutica.
77. No que se refere ao câncer de pulmão, a principal indicação do PET-CT visa à identificação de metástase extratorácica.
78. Nos últimos anos, o EBUS e o EUS têm surgido como novas estratégias menos invasivas para o estadiamento mediastinal do câncer de pulmão.

Paciente do sexo masculino, 58 anos de idade, tabagista (índice tabágico de 44 maços por ano), hipertenso controlado, foi diagnosticado com adenocarcinoma de pulmão no lobo inferior esquerdo e lesão única no sistema nervoso central, identificada em ressonância magnética de crânio.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos correlatos a ele, julgue os itens a seguir.

79. Paciente com neoplasia de pulmão e metástase única em sistema nervoso central, sem linfonodos comprometidos, pode ser considerado candidato a tratamento curativo, inicialmente da metástase e, após, tratamento da doença de base, à ressecção pulmonar.
80. O PET-CT é mais sensível que a ressonância de crânio na identificação de lesões do sistema nervoso central.
81. Paciente com metástase única em adrenal unilateral também é um candidato a metastasectomia seguida de ressecção pulmonar com vistas a tratamento curativo.
82. A ressonância é preferível à tomografia na avaliação do crânio, por apresentar maior sensibilidade na identificação de implantes secundários.

Paciente do sexo feminino, 54 anos de idade, tabagista (índice tabágico de 40 maços por ano), compareceu à emergência com queixa de perda de peso, dispnéia progressiva havia um mês, com piora nos últimos dias, e inapetência. O Raio X do tórax evidenciou derrame pleural à direita. Foi realizada toracocentese em que se extraiu 600 mL de líquido seroso. A análise citopatológica detectou a presença de células malignas. No raio X de tórax de controle pós-procedimento, foi identificada lesão em lobo inferior.

No que se refere a derrame pleural neoplásico e considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

83. A análise citopatológica negativa de derrame pleural para células neoplásicas afasta a possibilidade de neoplasia.
84. Essa paciente apresenta doença M1, por acometimento pleural.
85. Em paciente com derrame pleural neoplásico e análise bioquímica que demonstre LDH de 2 mil e proteína de 4,5, deve ser sempre realizada drenagem por toracostomia.
86. Paciente com derrame pleural neoplásico, muitas vezes, tem indicação de palição dos sintomas por meio de pleurodese, que pode ser realizada por videotoroscopia ou por instilação de talco em dreno colocado por toracostomia.

Paciente do sexo masculino, de 57 anos de idade, com diagnóstico de carcinoma epidermoide de pulmão no lobo superior direito, medindo 2,5 cm x 2,3 cm, realizou estadiamento sistêmico com ressonância de crânio e PET-CT, sem evidência de lesões à distância. Na imagem do tórax, havia linfonodos no limite superior da normalidade. Realizou mediastinoscopia com biópsia de linfonodo subcarinal e paratraqueais bilateralmente, sem evidência de implantes.

No que se refere ao tratamento cirúrgico do câncer de pulmão e considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

87. Em paciente com boa capacidade funcional (> 4 METS), não é necessário realizar exame de função pulmonar previamente a ressecções.
88. A lobectomia por videotoroscopia pode ser realizada, com equivalência oncológica à cirurgia aberta, em paciente com câncer de pulmão.
89. Caso esse paciente tivesse apresentado a cadeia subcarinal comprometida, ele poderia ser avaliado com vistas à neoadjuvância e, depois, reavaliação com vistas à ressecção pulmonar.

Paciente do sexo feminino, de 25 anos de idade, estudante universitária, tinha história de asma intermitente na infância, sem necessidade de uso de broncodilatador havia quase 10 anos e uso diário de medicações. Compareceu à emergência relatando mal-estar, febre e tosse produtiva havia 12 dias. Nos últimos 2 dias, tinha havido piora da tosse, febre persistente apesar do uso de antitérmicos, inapetência e início de dor torácica próxima ao mamilo direito, principalmente à inspiração profunda. Ao exame físico, havia diminuição do murmúrio vesicular no terço inferior do hemitórax esquerdo e macicez à percussão. O hemograma indicou leucocitose com 12% de formas jovens. A imagem a seguir mostra o Raio X de tórax da paciente.



Considerando o caso clínico apresentado e considerando os conhecimentos médicos a ele correlatos, julgue os itens a seguir.

90. Para esse caso, o próximo passo é a realização de tomografia de tórax.
91. Caso se opte por realizar toracocentese, a técnica correta para esse procedimento seria realizar a punção do espaço pleural imediatamente abaixo da borda inferior da sexta costela.
92. Caso tenha sido realizada toracocentese diagnóstica com saída de líquido citrino, com os seguintes resultados laboratoriais: predomínio neutrofílico; LDH de 680; proteína de 1,7; pH de 7,4; glicose de 60; e sem germes identificados (pesquisa de fungos, pesquisa de BAAR e bacterioscópico); não haveria necessidade de abordagem invasiva da cavidade pleural nesse momento.

93. Caso tenha sido realizada toracocentese diagnóstica com saída de líquido seroso com os seguintes resultados laboratoriais: predomínio neutrofilico, LDH de 2.075; proteína de 3,1; pH de 7,2; glicose de 18; e bacterioscópico com diplococos; a conduta seguinte seria a realização de tomografia de tórax.
94. Caso tenha sido realizada toracocentese com saída de poucos mL de pus franco e espesso com os seguintes resultados: LDH de 2.075; proteína de 3,1; pH de 7,0; glicose < 2; e bacterioscópico com diplococos; a conduta seguinte seria a avaliação por um cirurgião torácico.

Paciente do sexo feminino, de 27 anos de idade, casada, técnica de enfermagem de uma unidade de pronto atendimento (UPA), comparece ao setor de emergência com queixa de dispneia havia 1 semana e indisposição, havia 1 mês. Era tabagista ativa e não fazia uso de medicações regularmente. Na história ginecológica da paciente, não havia particularidades, a anticoncepção era realizada com preservativo masculino. Ao exame físico, apresentou-se em bom estado geral, hidratada e com sinais vitais estáveis. À ausculta pulmonar, o murmúrio estava abolido no terço inferior do hemitórax direito. Nos exames complementares, o hemograma estava normal, as sorologias negativas. A imagem a seguir mostra o Raio X de tórax da paciente.



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

95. O próximo passo, nesse caso, é a realização de toracocentese.
96. A principal hipótese diagnóstica é a tuberculose pleural.
97. Linfoma e lúpus também fazem parte das hipóteses diagnósticas.
98. A presença de células mesoteliais na análise citológica diferencial do derrame pleural praticamente fecha o diagnóstico de tuberculose pleural.
99. Caso tenha sido realizada toracocentese com saída de líquido citrino e com os seguintes resultados: proteína de 5,6; pH; ADA de 92; e citológico diferencial com 77% de linfócitos e nenhuma célula mesotelial; o diagnóstico seria de pleurite lúpica.
100. A identificação de BAAR no líquido pleural determina o diagnóstico de empiema tuberculoso.

Paciente do sexo masculino, de 54 anos de idade, motorista de ônibus, foi encaminhado a consulta de ambulatório em serviço terciário para avaliação de hemoptise. Relatou dois episódios de moderada quantidade, aproximadamente 1 colher de sopa, de sangue vivo. O primeiro episódio ocorreu havia 3 meses e, o último, havia 2 semanas. O paciente nunca apresentou dispneia associada ou necessitou de atendimento em emergência. Era tabagista em remissão havia 5 anos, quando foi diagnosticado com tuberculose pulmonar, tratada com tuberculostáticos por 6 meses, sendo considerado curado. A imagem a seguir mostra o Raio X de tórax do paciente.



Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos correlatos a ele, julgue os itens a seguir.

101. Essa condição clínica ocorre em cavidades pulmonares pré-formadas, principalmente em razão da sequela de tuberculose.
102. Normalmente, para a hemoptise se instalar, a tuberculose pulmonar está curada e não há mais bacilos viáveis.
103. O principal agente etiológico da hemoptise é o *Aspergillus*.
104. O tratamento dessa condição nunca é cirúrgico.
105. A embolização de artérias brônquicas é uma estratégia terapêutica definitiva quando o paciente está com hemoptise.

Paciente do sexo masculino, de 21 anos de idade, procurou o pronto atendimento, com ferimento por arma de fogo. O orifício de entrada encontrava-se abaixo do mamilo esquerdo e o de saída, próximo à borda medial da escápula esquerda. Foram realizados drenagem de tórax por toracostomia desse lado e fechamentos dos orifícios com sutura. O paciente foi internado para observação, sem nenhuma outra complicação relacionada ao incidente. No segundo dia de internação, havia ocorrido drenagem de 860 mL de líquido leitoso e o paciente apresentava sinais de hipovolemia.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos correlatos a ele, julgue os itens a seguir.

106. O diagnóstico deve ser feito considerando-se a medida da amilase no líquido pleural.
107. O tratamento indicado é trocar o dreno e lavá-lo duas vezes ao dia, pelo menos por uma semana.
108. Nessa condição, há risco de linfopenia por espoliação.
109. Quando é indicada correção cirúrgica, a abordagem pode ser via videotoracoscopia à direita.

Paciente do sexo feminino, de 58 anos de idade, tabagista em remissão, com diagnóstico de câncer colorretal operado havia 4 meses, com nódulo pulmonar sugestivo de implante secundário, apresentava boa condição funcional e espirometria normal.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

110. O objetivo da ressecção pulmonar é a cura da doença.
111. Caso a lesão pulmonar seja neoplasia primária de pulmão, estaria contraindicada a lobectomia em razão da história prévia de câncer colorretal.
112. Se esse paciente apresentar lesão metastática no fígado, estará contraindicada a ressecção da lesão pulmonar.
113. Se esse paciente apresentar lesão metastática na pleura, estará contraindicada a ressecção da lesão pulmonar.

Paciente do sexo masculino, de 16 anos de idade, estudante, compareceu a consulta no posto de saúde, acompanhado da mãe, com queixa de dor no peito. Relatou início dos sintomas após colisão quando jogava futebol. O exame físico foi normal. A imagem a seguir mostra o Raio X do paciente, solicitado por insistência da mãe.



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

114. É imprescindível realizar exame físico e solicitar ecografia dos testículos.
115. O próximo exame a ser solicitado deve ser raio X contrastado de esôfago, estômago e duodeno.
116. Faz parte da abordagem diagnóstica a solicitação de alfafetoproteína, beta-HCG e LDH.

Paciente do sexo feminino, de 37 anos de idade, foi diagnosticada com miastenia *gravis*. Realizou tomografia de tórax durante investigação dos sintomas com identificação de lesão mediastinal com laudo indicando timoma.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos correlatos a ele, julgue os itens a seguir.

117. O timoma é, classicamente, um tumor de mediastino posterior.
118. O tratamento indicado é a quimioterapia, independente de a lesão invadir estruturas adjacentes.
119. Nos casos Masaoka estágio I (completamente encapsulados, sem invasão de cápsula), o paciente tem sobrevida superior a 90% após o tratamento preconizado.
120. A abordagem cirúrgica deve ser a toracotomia posterolateral.

Área livre