

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CONCURSO PÚBLICO**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO



DIA - 20/12/2009

CARGO: CIRURGIÃO TORÁCICO

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- 01 - Um paciente chega a emergência com quadro de obstrução de via aérea alta, apresentando dispnéia, tiragem intercostal e estridor. Mantém uma Saturação de O₂ = 93%. Teve traumatismo de crânio há 45 dias, esteve internado em UTI por 20 dias com entubação orotraqueal, tendo alta hospitalar há 25 dias. Submetido a uma broncoscopia que mostra uma estenose traqueal com obstrução de 80% da luz. Qual a conduta correta?
- a) Realizar traqueostomia de urgência. b) Realizar cricotireoidostomia de urgência.
c) Intervenção cirúrgica com traqueoplastia. d) Realizar dilatação traqueal.
e) Tratamento conservador com corticóide inalatório.
- 02 - Em relação a fístula traqueo-esofágica não congênita. É correto afirmar:
- a) A principal causa é a Tuberculose ganglionar.
b) Na fístula pós-entubação prolongada, a correção cirúrgica da fístula deve ser imediata.
c) Nas fístulas do terço distal da traquéia a abordagem deve ser feita por toracotomia esquerda.
d) Próteses esofágicas ou traqueais estão indicadas exclusivamente em fístulas de etiologia maligna.
e) Na exclusão do trânsito esofágico, além da esofagostomia, é necessária a cerclagem do esôfago abdominal para evitar refluxo gastro-esofágico.
- 03 - No estadiamento do Carcinoma Brônquico:
- a) A biópsia de linfonodos na janela aorto-pulmonar (estação "5") está indicada em todo o paciente portador de Carcinoma Brônquico do Pulmão Esquerdo.
b) Um PET-SCAN com linfonodos mediastinais positivos (captantes), dispensa comprovação histo-patológica.
c) A presença de linfonodos sub-careinais positivos, indica N3, estágio IIIB e portanto o paciente está fora de indicação cirúrgica.
d) A presença de Síndrome da Veia Cava Superior é contra-indicação absoluta para realização da mediastinoscopia cervical.
e) O EBUS é mais sensível que a mediastinoscopia cervical para avaliação dos linfonodos paratraqueais
- 04 - Na avaliação cirúrgica pré-operatória de ressecção pulmonar.
- a) O valor preditivo do VEF1 pós-operatório é sem dúvida o parâmetro mais aceito na avaliação do risco operatório.
b) A cintilografia perfusional está sempre indicada, pois a espirometria não avalia os pulmões separadamente.
c) Pacientes submetidos a ressecção pulmonar por neoplasia apresentam um risco cirúrgico aumentado de complicações pós-operatórias em relação aqueles submetidos a ressecções pulmonares por doenças inflamatórias.
d) O tipo de analgesia não tem efeito significativo na prevenção de complicações pós-operatórias.
e) A suspensão do Tabagismo antes da cirurgia não influi no risco operatório.
- 05 - Paciente de 65 anos de idade, hipertenso, sem outras co-morbidades, tabagista 40 maços/ano, apresentando tosse seca, realizou RX de Tórax que mostra uma massa no Lobo Superior Direito. CT de Tórax mostra uma imagem espiculada de 4cm de diâmetro e um linfonodo para-traqueal direito de 2cm de diâmetro. Neste caso podemos afirmar que:
- a) Por apresentar uma metástase mediastinal, o paciente deverá ser submetido a radioterapia pré-operatória.
b) Por apresentar um bom prognóstico, está indicada a cirurgia (Lobectomia Superior Direita mais Linfadenectomia mediastinal) e Quimioterapia adjuvante pós-operatória.
c) Por apresentar metástases em linfonodos mediastinais, este paciente está fora da programação cirúrgica.
d) O PET-SCAN apresenta a mesma especificidade que a mediastinoscopia cervical na avaliação do mediastino.
e) Se a biópsia do linfonodo mediastinal mostrar linfadenite reacional e ausência de neoplasia, será indicado o tratamento cirúrgico (Lobectomia Pulmonar mais Linfadenectomia mediastinal) mesmo sem comprovação histo-patológica da lesão pulmonar.

- 06 - Quanto a anatomia cirúrgica do tórax, podemos afirmar que:
- Os nervos frênicos passam posteriormente ao hilo dos pulmões.
 - Os nervos laringeos recorrentes descem junto ao nervo frênico e retornam lateralmente a traquéia até chegar a laringe.
 - Na dissecação do hilo pulmonar pela frente, o primeiro vaso que encontramos é a veia pulmonar superior.
 - A artéria sub-clávia direita, possui um trajeto mais longo intra-torácico que a esquerda.
 - A abordagem do ducto torácico é realizada mais facilmente por toracotomia esquerda.
- 07 - Uma paciente de 40 anos de idade, afirma que há um ano começou a apresentar dificuldade de deglutição, diplopia, fraqueza muscular principalmente após esforços repetitivos e que vem lentamente se agravando. Apresenta RX e CT de Tórax normais e exames laboratoriais de rotina normais. Que exame seria indicado para esclarecimento do diagnóstico nesta paciente?
- Tomografia Computadorizada de Crânio.
 - Eletroneuromiografia.
 - Ressonância Magnética Nuclear do pescoço.
 - Tomografia computadorizada da coluna.
 - Biópsia mio-cutânea.
- 08 - Na avaliação do derrame pleural:
- A presença de uma glicose abaixo de 40mg/dl e um DHL acima de 1000mg/dl, é patognomônico de derrame pleural parapneumônico complicado.
 - Deverá ser sempre puncionado, mesmo na evidência de se tratar de um transudato.
 - A principal complicação do Quilotórax é o empiema pleural.
 - O derrame pleural na pancreatite costuma ser a esquerda.
 - A Ascite migratória para o tórax ocorre em menos de 5% dos portadores de ascite.
- 09 - Qual o tumor que mais frequentemente ocorre no mediastino posterior (goteira costo-vertebral)?
- Ganglioneuroblastoma.
 - Paraganglioma.
 - Tumor de Askin.
 - Shwannomma.
 - Feocromocitoma.
- 10 - Paciente de 25 anos de idade, vítima de ferimento por arma branca na região posterior do hemitórax direito. Submetido a drenagem fechada com saída de 400ml de sangue e boa evolução pós-operatória imediata. No dia seguinte apresentava grande fuga aérea na drenagem torácica com pouca secreção hemática. RX de Tórax mostra expansão parcial do pulmão (presença de lâmina de pneumotórax de 5cm) e ausência de hemotórax. Qual a conduta mais adequada para este paciente?
- Broncofibroscopia
 - Tomografia Computadorizada de Tórax.
 - Pleuroscopia.
 - Toracotomia exploradora.
 - Aspiração contínua na drenagem torácica.
- 11 - Paciente de 40 anos de idade, nunca fumou, apresentou duas pneumonias a direita num intervalo de 3 meses. RX e CT de Tórax mostram atelectasia do Lobo Médio. A Broncoscopia mostra uma lesão ocluindo totalmente o Lobo Médio com superfície lisa, brilhante e rosácea, sangrando muito facilmente ao toque do aparelho. Qual a mais provável hipótese diagnóstica para esta paciente.
- Carcinoma epidermóide.
 - Tumor carcinóide.
 - Adenocarcinoma.
 - Carcinoma de pequenas células.
 - Adenoma brônquico.
- 12 - Nas lesões traumáticas torácicas, podemos afirmar que, dos pacientes que chegam chocados ao serviço de emergência, os que apresentam maior probabilidade de sobrevivência são aqueles com:
- Trauma contuso do tórax e lesão do ventrículo direito.
 - Trauma penetrante do tórax e lesão do hilo pulmonar.
 - Trauma penetrante do tórax e lesão do ventrículo esquerdo.
 - Trauma contuso do tórax e lesão de aorta.
 - Trauma penetrante e lesão do átrio esquerdo.

- 13 - Em qual das situações abaixo não está indicado o tratamento cirúrgico na seqüela de Tuberculose pulmonar:
- a) Hemoptise de repetição. b) Paciente assintomático, porém com destruição completa de um lobo.
 c) Micetoma cavitário. d) Pneumonias localizadas de repetição.
 e) Toaleta matinal gerando incômodo ao paciente.
- 14 - Paciente de 60 anos de idade, no pós-operatório de Nefrectomia direita por neoplasia renal. No segundo dia pós-operatório apresentou súbita dor torácica a esquerda, com dispnéia, tosse e hemoptóicos. RX de Tórax mostra pequeno derrame pleural e uma consolidação pulmonar de forma triangular com base para a periferia do pulmão esquerdo. Exames laboratoriais mostram HB=10,2, HT=32, Leucócitos=11.200, Uréia=84 e Creatinina = 2,3. Na hipótese de Embolia pulmonar, qual dos exames abaixo estaria mais indicado para esclarecimento diagnóstico neste paciente?
- a) Angiografia pulmonar. b) Angiotomografia computadorizada de tórax. c) Dosagem do Dímero-D.
 d) Broncofibroscopia. e) Cintilografias pulmonares inalatória e perfusional.
- 15 - Qual das alternativas abaixo está correta em relação ao tratamento cirúrgico das metástases pulmonares:
- a) O número total de metástase ressecadas não influi no prognóstico, desde que sejam ressecadas todas as lesões.
 b) A ressecção por videotoracoscopia é hoje o método cirúrgico de escolha para a ressecção das metástases.
 c) Carcinomas não apresentam indicação cirúrgica, mesmo se apresentando como nódulos isolados, pois invariavelmente apresentam metástases em outros sítios.
 d) É comum encontrarmos mais nódulos metastáticos no trans-operatório do que o número previamente mensurado pelos exames de imagem.
 e) As ressecções devem preservar o máximo de parênquima pulmonar, jamais sendo indicada lobectomia ou pneumonectomia.
- 16 - Há situações clínicas em que a broncoscopia rígida apresenta vantagens em relação a broncoscopia flexível. Em quais das situações abaixo essa afirmativa não é verdadeira.
- a) Dificuldade de entubação oro-traqueal em paciente com classificação de Malampati "4" .
 b) Hemoptise maciça.
 c) Corpo estranho em via aérea.
 d) Estenose de traquéia.
 e) Broncoaspiração maciça.
- 17 - Na hérnia diafragmática congênita de Bochdalek, podemos afirmar que:
- a) A correção do defeito no período intra-útero não apresenta melhora no prognóstico destes pacientes.
 b) A freqüência do lado é a mesma (direita ou esquerda), mas as esquerdas são mais frequentemente diagnosticadas, pois no lado direito o fígado tampona o orifício e muitas destas hérnias não são diagnosticadas.
 c) Os recém-nascidos cujos sintomas iniciam nas primeiras 6 horas, apresentam um prognóstico melhor, pois receberão tratamento adequado mais precoce.
 d) Pacientes assintomáticos podem receber tratamento conservador (não cirúrgico)
 e) Os pacientes que sobrevivem ao procedimento cirúrgico, apresentam vida totalmente normal, mesmo apresentando hipoplasia pulmonar severa no período neo-natal.

18 - Quanto aos marcadores tumorais do tórax está errado afirmar que:

- a) Os tumores mediastinais de células germinativas não seminomatosos costumam apresentar altos níveis de Alfa-feto-proteína, beta-HCG e DHL séricos.
- b) A citoqueratina costuma estar elevada em tumores de células epiteliais enquanto a Vimentina costuma estar elevada nos tumores de células mesenquimais.
- c) O choriocarcinoma costuma apresentar Alfa-feto-proteína elevada e Beta-HCG negativo.
- d) Alfa-timosina é um marcador específico para timomas.
- e) O antígeno comum leucocitário (LCA) ocorre tanto nos linfomas de Hodgkin como não Hodgkin.

19 - Segundo a classificação de Masaoka dos timomas:

- a) No estágio I o tumor apresenta-se macroscopicamente encapsulado com invasão microscópica apenas da cápsula
- b) No estágio II o tumor apresenta invasão macroscópica da gordura mediastinal ou pleura ou ainda invasão microscópica da cápsula
- c) No estágio III há invasão de estruturas ressecáveis, como pulmão, pericárdio, pleura, mas não de grandes vasos ou coração.
- d) No estágio IVa, há invasão de estruturas consideradas irresecáveis, como coração, grandes vasos, traquéia.
- e) No estágio IVb, há metástase a distância ou derrame pleural ou pericárdico neoplásico.

20 - Marque a alternativa verdadeira sobre o derrame pleural:

- a) Níveis de DHL acima de 1000mg/dl e glicose abaixo de 60mg/dl, no derrame pleural neoplásico, são indicativos que há encarceramento pulmonar e a pleurodese não será indicada.
- b) A bleomicina por ser um agente quimioterápico, tem se mostrado superior ao talco no prognóstico de pacientes com derrame pleural neoplásico.
- c) A toracocentese mais biópsia de pleura apresentam uma acurácia acima de 90% no diagnóstico de derrame pleural neoplásico.
- d) A principal causa de derrame pleural neoplásico é o carcinoma brônquico, tanto no homem como na mulher.
- e) A neoplasia que mais frequentemente cursa com Quilotórax, é o carcinoma brônquico, devido a precoce infiltração dos linfáticos mediastinais.

21 - Marque a alternativa verdadeira em relação as bronquiectasias:

- a) A indicação cirúrgica é baseada em critérios radiológicos e laboratoriais e não na sintomatologia.
- b) Nas bronquiectasias da Pirâmide Basal Esquerda, devemos realizar a Lobectomia inferior e não a piramidectomia, pois a preservação do segmento "6" leva a recidiva neste segmento.
- c) Nas Bronquiectasias causadas por Fibrose Cística, não há indicação cirúrgica mesmo que a doença seja localizada.
- d) Uma das principais causas de mortalidade é o cor-pulmonale.
- e) Nas bronquiectasias bilaterais, devemos realizar a cirurgia sempre no mesmo tempo cirúrgico e nunca em tempos diferentes.

22 - Marque a alternativa falsa em relação aos divertículos do esôfago:

- a) No divertículo de Zenker, o tratamento de escolha é a miotomia cricofaríngea.
- b) Os divertículos epifrênicos, são mais frequentemente causados por pulsão.
- c) Os divertículos esofágicos de tração, estão distribuídos na mesma incidência em todo o trajeto esofágico.
- d) O tratamento cirúrgico dos divertículos epifrênicos está indicado nos pacientes sintomáticos.
- e) A principal causa dos divertículos de tração, são as doenças granulomatosas dos linfonodos mediastinais.

- 23 - Marque a alternativa correta em relação ao Carcinoma Brônquico:
- No carcinoma de pequenas células, não há indicação de tratamento cirúrgico, mesmo nas lesões localizadas.
 - A Radioterapia pré-operatória está indicada nos pacientes N2.
 - A Quimioterapia neo-adjuvante está indicada nos estágios IA e IB, pois aumenta a sobrevida destes pacientes.
 - Nos pacientes estágio III-A, submetidos a quimioterapia neo-adjuvante, estará indicada a cirurgia apenas nos pacientes que apresentarem resposta aos primeiros ciclos.
 - A Radioterapia adjuvante está sempre indicada nos tumores estágios I e II, pois aumenta significativamente a sobrevida.
- 24 - Em relação ao empiema pleural, podemos afirmar que:
- O tratamento cirúrgico inicial, deverá ser sempre a drenagem pleural fechada, reservando as cirurgias mais invasivas apenas para os casos de insucesso da drenagem.
 - O tratamento conservador, não cirúrgico, é aceito na maioria dos pacientes, desde que estes não apresentem insuficiência respiratória.
 - Os critérios de Light são usados para o diagnóstico precoce do empiema pleural e podem indicar o tratamento cirúrgico, mesmo que o aspecto não seja purulento.
 - Os pacientes com Empiema Pleural associado a insuficiência respiratória, não apresentam mortalidade maior que os pacientes sem insuficiência respiratória, desde que sejam tratados precocemente.
 - A vídeo-toracoscopia é indicada apenas na fase I (exsudativa) da doença.
- 25 - Qual a alternativa incorreta em relação ao pneumotórax?
- O pneumotórax hipertensivo ocorre na maioria das vezes em pacientes em ventilação mecânica.
 - O pneumotórax espontâneo primário é mais comum em pacientes longilíneos.
 - São indicações de tratamento cirúrgico no primeiro episódio: Pulmão único, mergulhador, piloto, bolhas visíveis ao RX de tórax.
 - Mais de 90% das bolhas que rompem estão nos ápices dos pulmões.
 - A presença de enfisema sub-cutâneo é patognomônica de pneumotórax.
- 26 - Quanto a abordagem cirúrgica no trauma torácico, é correto afirmar que:
- No paciente com Ferimento por arma branca no hemitórax esquerdo, a via de acesso preferencial é a toracotomia postero-lateral com preservação muscular.
 - A esternotomia está indicada nos pacientes estáveis, com lesão da aorta ascendente ou lesão do tronco arterial braquiocefálico.
 - No tamponamento cardíaco, a abertura do pericárdio é no sentido horizontal
 - Ferimentos traumáticos do esôfago podem ser tratados sem esofagectomia apenas nas primeiras 6 horas.
 - O quilotórax traumático, deve ser tratado sempre cirurgicamente com ligadura do ducto torácico com urgência.
- 27 - Nos pacientes portadores de DPOC e bolhas sub-pleurais, é correto afirmar que:
- São critérios de indicação de transplante pulmonar: VEF1 menor que 20%; dependência contínua de O₂; estar com tratamento clínico otimizado por no mínimo 6 meses.
 - A bulectomia estará sempre indicada nas bolhas maiores de 5 cm.
 - A pneumoplastia (cirurgia redutora de volume pulmonar) não deve ser feita bilateralmente no mesmo tempo cirúrgico.
 - A DPOC, é a causa mais freqüente de pneumotórax espontâneo primário.
 - As bolhas do tipo II não tem indicação cirúrgica, mesmo que estejam causando compressão do parênquima pulmonar.

- 28 - A miastenia Grave pode estar associada ao Timoma ou Hiperplasia Tímica. Podemos afirmar em relação a Miastenia Grave que:
- a) A timectomia está indicada em todas as formas de Miastenia Grave.
 - b) A cirurgia só será indicada após 5 anos da doença, pois 50% dos pacientes terão cura espontânea neste período.
 - c) O prognóstico da Miastenia é pior quando associado ao Timoma
 - d) Na forma generalizada fulminante está indicada a Timectomia de urgência.
 - e) A Hiperplasia Tímica em crianças, é indicação de timectomia, mesmo na ausência de Miastenia Grave.
- 29 - No tratamento cirúrgico da traquéia, marque a alternativa incorreta:
- a) É possível ressecar 40% da traquéia, sem necessidade de manobras de baixar a laringe.
 - b) Os tubos em "T traqueal" de silicone, causam menos reação granulomatosa que os tubos hidrofílicos.
 - c) As estenoses traqueais associadas a fístulas traqueo-esofágicas, devem ser tratadas com ressecção traqueal, traqueoplastia e sutura esofágica no mesmo tempo cirúrgico.
 - d) Nas traqueplastias primárias, na maioria das vezes não será necessária manter a cânula traqueal metálica de segurança.
 - e) Estenoses do terço distal da traquéia, podem ser abordadas por estenotomia ou toracotomia direita.
- 30 - Marque a alternativa correta em relação a fístula brônquica pós ressecção pulmonar:
- a) A principal causa de fístula brônquica é a associação da cirurgia a radioterapia.
 - b) Nos dias atuais, encontram-se em torno de 10% das lobectomias pulmonares
 - c) O tipo de fio usado na sutura brônquica não apresenta influência na gênese da fístula.
 - d) Grampeadores mecânicos apresentam índices de fístulas três vezes maior que a sutura manual.
 - e) Quanto mais longo o coto brônquico, menor a probabilidade de ocorrer fístula.

