



Não deixe de preencher as informações a seguir:

Nome

Nº de Identidade

Órgão Expedidor

 UF

Nº de Inscrição

GRUPO 29
ESPECIALIDADE COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA
TORÁCICA
(R3 - CIRURGIA TORÁCICA)

PREZADO CANDIDATO

- *Você está recebendo o seu Caderno de Prova Escrita, contendo 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada. Verificar se o GRUPO/PROGRAMA impressos se referem àqueles de sua opção no ato de inscrição.*
- *Se encontrar alguma informação em desacordo, incompleta ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal para ele tomar as providências necessárias. Caso não seja atendido em sua reivindicação, solicite que seja chamado o Chefe de Prédio.*
- *Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Ótica. Verifique, também, se o **Número de Inscrição e o Grupo/Programa** impressos **estão de acordo com sua opção**.*
- *As marcações das suas respostas no Cartão-Resposta devem ser realizadas mediante o preenchimento total das bolhas correspondentes a cada número da questão e da letra da alternativa. Utilize, para isso, caneta esferográfica na cor azul ou preta.*
- *Se for necessária a utilização do sanitário, você deverá solicitar permissão ao fiscal de sala que designará um fiscal volante para acompanhá-lo no deslocamento, devendo permanecer em silêncio, durante todo o percurso, podendo, antes de entrar no sanitário e depois da utilização deste, ser submetido à revista (com ou sem detector de metais). Caso, nesse momento, seja detectada qualquer irregularidade ou porte de qualquer tipo de equipamento eletrônico, serão tomadas providências de acordo com o estabelecido no Edital do Concurso.*
- *Ao terminar sua Prova e preenchido o Cartão-Resposta, desde que no horário estabelecido para deixar o recinto de Prova, entregue o Cartão-Resposta ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.*

BOA SORTE!

01. O pectus excavatum é a deformidade congênita da parede torácica anterior mais comum e possui implicações anatômicas e funcionais importantes.

Sobre sua avaliação e tratamento, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O índice de Haller é considerado normal até 5,0; valores acima disso indicam a necessidade absoluta de correção cirúrgica.
- B) A técnica de Ravitch baseia-se exclusivamente na colocação de barras metálicas retroesternais, sem ressecção de cartilagens.
- C) A técnica de Nuss costuma ser mais indicada em pacientes adolescentes e jovens adultos por permitir correção sem toracotomia e com menor agressão cirúrgica.
- D) A teoria da redundância do pericárdio é atualmente considerada a principal explicação fisiopatológica para o desenvolvimento do pectus excavatum.
- E) O pectus excavatum não apresenta repercussão cardiopulmonar mensurável, sendo sua indicação cirúrgica exclusivamente estética.

02. Paciente de 23 anos, previamente hígido, apresenta quadro de infecções respiratórias de repetição e hemoptise leve. A angiotomografia evidencia área de parênquima não aerado no segmento basal posterior esquerdo, com suprimento arterial único originado da aorta abdominal e drenagem venosa para veia pulmonar esquerda. Sobre o diagnóstico e o manejo adequado, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Os achados são compatíveis com sequestro pulmonar extralobar, cuja drenagem venosa para o sistema pulmonar é característica.
- B) A presença de artéria sistêmica única proveniente da aorta abdominal caracteriza sequestro intralobar; nesses casos, a videotoracoscopia é contraindicada devido ao risco de sangramento arterial.
- C) A drenagem venosa para a veia pulmonar confirma sequestro intralobar, e a ligadura prévia da artéria sistêmica é passo fundamental para reduzir o risco de sangramento na ressecção.
- D) O tratamento conservador com antibioticoterapia é preferível, pois o risco de sangramento maciço inviabiliza a abordagem cirúrgica.
- E) O diagnóstico mais provável é de malformação adenomatoide cística (MAC tipo 1), dada a irrigação sistêmica e o padrão de infecções de repetição.

03. Sobre as malformações congênitas do parênquima pulmonar (incluindo MAC/CPAM, enfisema lobar congênito, broncoceles e outras anomalias), assinale a alternativa CORRETA.

- A) A MAC tipo 2 é caracterizada por grandes cistos únicos (>3 cm) e apresenta, em geral, prognóstico excelente, sem associação com outras anomalias congênitas.
- B) A broncocele ocorre exclusivamente por malformação congênita primária, não estando relacionada à obstrução brônquica adquirida.
- C) O enfisema lobar congênito costuma ocorrer por obstrução valvar brônquica e apresenta hiperinsuflação progressiva de um lobo, podendo causar desvio mediastinal no período neonatal.
- D) Na MAC tipo 3, o achado típico é de múltiplos cistos grandes, distribuídos de forma irregular, frequentemente confundidos com pneumatoceles.
- E) As MACs são, em geral, supridas por artéria sistêmica, característica que permite diferenciá-las de outras malformações pulmonares congênitas.

04. O pectus carinatum é uma deformidade protusiva da parede torácica anterior, frequentemente diagnosticada na adolescência. Sobre sua fisiopatologia, avaliação e tratamento, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O pectus carinatum está associado, principalmente, à restrição ventilatória significativa, sendo comum a redução do VEF1 em mais de 30% nos testes de função pulmonar.
- B) A forma chondromanubrial (tipo Currarino-Silverman) é a variante mais comum, respondendo por mais de 80% dos casos.
- C) O tratamento com órtese compressiva dinâmica é mais efetivo quando iniciado antes da maturidade esquelética, devido à maior maleabilidade das cartilagens costais.
- D) A correção cirúrgica pela técnica de Ravitch modificada é contraindicada nos casos assimétricos devido ao risco de deformidade residual.
- E) O pectus carinatum raramente está associado a síndromes genéticas, sendo incomum sua relação com a síndrome de Marfan.

05. Paciente de 62 anos, diabético, internado por pneumonia lobar. Evolui com piora respiratória e novo derrame pleural à direita. A toracocentese inicial mostra:

- pH pleural: 7,12
- Glicose: 32 mg/dL
- LDH pleural: 1.840 U/L
- Cultura inicial: negativa
- Ultrassom de tórax: septações finas e loculações múltiplas

A equipe de emergência inicia antibiótico empírico e questiona sobre o próximo passo adequado no manejo do derrame. Nesse sentido, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Como a cultura está negativa, o manejo inicial deve ser apenas antibioticoterapia, reservando drenagem pleural, apenas se houver franco pus.
- B) Derrames localizados constituem contraindicação formal ao uso de terapia fibrinolítica intrapleural (alteplase + DNase).
- C) A presença de pH < 7,20 e glicose baixa indica derrame parapneumônico complicado; o próximo passo adequado é toracotomia para controle precoce da progressão do empiema.
- D) A videotoracoscopia (VATS) está indicada, sendo a opção mais eficaz no tratamento do empiema fase II.
- E) LDH elevado isoladamente não tem valor prognóstico no derrame parapneumônico e não influencia a decisão de drenagem.

06. Paciente de 54 anos apresenta massa dolorosa na região ântero-lateral do hemitórax direito. A TC mostra lesão de 6,2 cm com destruição do arco costal e calcificações em "popcorn". A biópsia por agulha revela condrossarcoma grau II. O estudo pré-operatório mostra contato íntimo com o músculo peitoral maior, sem invasão evidente de pleura.

Em relação ao manejo cirúrgico e princípios oncológicos, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A ressecção deve limitar-se ao arco costal acometido, preservando, ao máximo, o pericôndrio e os músculos adjacentes, já que o condrossarcoma apresenta baixo risco de recorrência local.
- B) A margem adequada para condrossarcoma de parede torácica é geralmente de 5 mm, desde que confirmada por congelação intraoperatória.
- C) Tumores desta histologia têm resposta significativa à quimiorradioterapia, sendo recomendado tratamento neoadjuvante para redução do volume e posterior ressecção limitada.
- D) A ressecção deve incluir costelas adjacentes e tecidos moles envolvidos, buscando margens amplas (3 a 4 cm) devido ao alto potencial de recorrência local.
- E) A reconstrução da parede torácica não é indicada em defeitos maiores que 5 cm, pois aumenta o risco de infecção e não melhora a estabilidade ventilatória.

07. A estenose traqueal congênita é uma anomalia rara que pode cursar com obstrução aérea grave na infância.

Sobre sua fisiopatologia, diagnóstico e princípios de tratamento, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A forma congênita mais comum resulta de colapso dinâmico da parede membranosa posterior, semelhante ao observado na traqueomalácia.
- B) A estenose congênita segmentar longa ocorre geralmente por anéis cartilagosos completos, sendo a técnica de escolha a ressecção segmentar simples com anastomose término-terminal.
- C) Anéis completos de cartilagem produzem uma estenose rígida que pode envolver grande extensão da traqueia, sendo a técnica de slide tracheoplasty considerada padrão-ouro nos casos longos.
- D) O tratamento primário é geralmente a dilatação endoscópica seriada, pois apresenta taxas altas de resolução definitiva nos casos de anéis completos.
- E) O diagnóstico é essencialmente clínico, dispensando avaliação com broncoscopia rígida em crianças com estridor persistente.

08. As bronquiectasias podem ter múltiplas etiologias e, em casos selecionados, representam indicação cirúrgica.

Sobre seu diagnóstico, fisiopatologia e manejo, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O achado tomográfico característico é o diâmetro brônquico menor que o do vaso adjacente, configurando o chamado "sinal do anel de sinete".
- B) A cirurgia é indicada na maioria dos casos bilaterais difusos, pois a ressecção extensa reduz significativamente a necessidade de antibióticos.
- C) As bronquiectasias pós-infecciosas localizadas, com crises recorrentes e falha ao tratamento clínico otimizado, podem ser tratadas com ressecção pulmonar anatômica.

- D) A presença de colonização crônica por *Pseudomonas aeruginosa* contraindica a ressecção pulmonar devido ao elevado risco de reinfecção contralateral.
- E) A principal alteração funcional encontrada é obstrução fixa grave, com padrão restritivo predominante na espirometria.

09. Paciente de 46 anos, previamente saudável, apresenta tosse produtiva há 3 meses, emagrecimento e hemoptise intermitente. A TC de tórax revela cavitação espessa em segmento apical do lobo superior direito, associada a bronquiectasias adjacentes. O teste rápido molecular (TRM/PCR) detecta *Mycobacterium tuberculosis* com resistência à rifampicina. A cultura posterior confirma o achado e mostra sensibilidade à isoniazida e fluoroquinolonas. Após 6 semanas de terapia adequada para TB resistente à rifampicina, o paciente mantém tosse intensa, escarro purulento e hemoptise, sem redução significativa da carga bacilar. Em relação ao manejo adequado desse caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A persistência de hemoptise nesse contexto contraindica qualquer intervenção cirúrgica até a completa negatificação da cultura e resolução radiológica da cavitação.
- B) A resistência à rifampicina, quando isolada, determina automaticamente a necessidade de regime totalmente oral, baseado exclusivamente em fármacos de segunda linha, sem considerar adjuvância cirúrgica.
- C) A manutenção de sintomas intensos nas primeiras 6 semanas é considerada falha definitiva de tratamento, sendo obrigatória a substituição completa do esquema por regime para TB extensivamente resistente.
- D) A permanência de cavitação espessa e bronquiectasias adjacentes durante o tratamento inicial contraindica ressecção pulmonar por risco aumentado de disseminação da doença ativa.
- E) Em doença localizada com cavitação persistente, bronquiectasias destrutivas e sintomas refratários, a ressecção pulmonar anatômica (segmentectomia ou lobectomia) pode ser indicada como adjuvante ao tratamento medicamentoso na TB resistente à rifampicina.

10. Um paciente de 17 anos, previamente hígido, apresenta piora progressiva da intolerância ao exercício. A tomografia de tórax demonstra índice de Haller de 4,2. Considerando os princípios modernos do manejo do pectus excavatum, qual das alternativas abaixo descreve o parâmetro que melhor se correlaciona com indicação cirúrgica por comprometimento fisiológico?

- A) A profundidade absoluta da depressão esternal medida em milímetros.
- B) A presença de deformidade mista (pectus excavatum associado a carinatum).
- C) A tomografia evidenciando compressão posterior do corpo esternal sobre o ventrículo esquerdo.
- D) O grau de deslocamento lateral das cartilagens costais associadas.
- E) A redução documentada da função pulmonar ou cardiopulmonar demonstrada por PFT e/ou ergoespirometria.

11. Um paciente de 15 anos, com pectus carinatum condrogladiolar rígido à inspeção e teste de compressão manual, apresenta também histórico familiar positivo para deformidade torácica e exame espirométrico demonstrando leve redução da capacidade vital. A tomografia confirma protrusão assimétrica com discreta rotação esternal, sem anomalias costais associadas. Considerando as condutas recomendadas por guidelines internacionais para deformidades da parede torácica e os fatores preditores de falha terapêutica, qual é a melhor abordagem inicial?

- A) Tentativa de órtese compressiva dinâmica, desde que acompanhada de avaliação seriada da complacência da parede torácica, mesmo em casos inicialmente rígidos, uma vez que a rigidez não absoluta é fator determinante para resposta favorável.
- B) Indicação imediata de correção cirúrgica minimamente invasiva com barra compressiva, devido à rigidez inicial e rotação esternal documentada.
- C) Toracoplastia aberta com ressecção extensa de cartilagens e osteotomia esternal, por ser o método mais eficaz em deformidades assimétricas com comprometimento funcional.
- D) Rejeição do uso de órteses em qualquer paciente com rotação esternal, visto que a assimetria constitui contraindicação formal ao tratamento compressivo.
- E) Observação clínica, já que a alteração funcional leve não se correlaciona com benefício terapêutico e o estirão de crescimento ainda não foi concluído.

12. A síndrome de Tietze é uma causa incomum de dor torácica anterior, frequentemente confundida com costochondrite. Sobre seu diagnóstico e manejo, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A síndrome de Tietze caracteriza-se exclusivamente por dor torácica, sem qualquer evidência de tumefação local à inspeção ou palpação.
- B) A ultrassonografia da parede torácica pode demonstrar aumento de espessura e edema na cartilagem costondral acometida, auxiliando o diagnóstico em casos duvidosos.
- C) A doença acomete, preferencialmente, múltiplas articulações costondrais de forma simétrica e bilateral.

- D) A presença de febre e elevação de proteína C-reativa são achados típicos e necessários para a confirmação diagnóstica.
E) O tratamento inicial deve ser sempre intervencionista, com infiltração de corticoide, devido ao curso agressivo da doença.
-

**13. Um paciente de 48 anos apresenta massa no mediastino anterior identificada por tomografia, com contornos lobulados e calcificações puntiformes. A biópsia confirma timoma tipo B2.
Em relação ao tratamento, qual é a conduta padrão para doença ressecável?**

- A) Radioterapia exclusiva como tratamento inicial.
B) Quimioterapia neoadjuvante obrigatória para todos os timomas tipo B2.
C) Ressecção cirúrgica completa (tímectomia ampliada) como terapia primária.
D) Observação, pois timoma B2 tende a involuir espontaneamente.
E) Imunoterapia anti-PD1 como primeira linha.
-

**14. Um homem de 28 anos apresenta massa mediastinal anterior de 16cm e marcadores tumorais com β -hCG e AFP elevados. A biópsia sugere tumor de células germinativas não seminomatoso.
Qual é o tratamento inicial recomendado?**

- A) Ressecção cirúrgica primária, pois estes tumores raramente respondem à quimioterapia.
B) Quimioterapia baseada em platina (esquema BEP) como primeira linha.
C) Radioterapia exclusiva, devido à radiosensibilidade dos tumores não seminomatosos.
D) Hormonioterapia prévia para redução tumoral.
E) Vigilância ativa, uma vez que marcadores tumorais elevados não influenciam a conduta.
-

**15. Uma lesão paravertebral posterior é identificada em tomografia e caracterizada por ressonância como massa bem delimitada, originada de bainha nervosa, sem sinal de extensão intramedular.
Qual é o manejo mais apropriado?**

- A) Biópsia percutânea obrigatória antes de qualquer intervenção.
B) Radioterapia definitiva, por serem tumores radiosensíveis.
C) Ressecção cirúrgica completa, preferencialmente por via toracoscópica.
D) Observação clínica prolongada, pois a maioria sofre regressão.
E) Quimioterapia neoadjuvante para reduzir risco cirúrgico.
-

**16. Um teratoma mediastinal anterior com áreas de gordura, calcificação e componentes císticos é identificado em paciente assintomático. O estudo de imagem é típico de tumor benigno, sem invasão.
Qual é a conduta recomendada?**

- A) Acompanhamento anual com tomografia, evitando riscos cirúrgicos desnecessários.
B) Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) para confirmar benignidade.
C) Ressecção cirúrgica eletiva, mesmo assintomático, para prevenir complicações.
D) Radioterapia adjuvante após ressecção parcial.
E) Quimioterapia profilática devido ao risco de transformação maligna.
-

**17. Uma massa cística unilocular no mediastino médio, sem realce e com conteúdo homogêneo, é encontrada em tomografia. O paciente é jovem e assintomático, mas o cisto apresenta íntimo contato com estruturas vasculares.
Assinale a alternativa que indica a conduta mais adequada.**

- A) Observação clínica indefinida, pois cistos mediastinais jamais complicam.
B) Punção percutânea para esvaziamento e resolução definitiva.
C) Radioterapia profilática para evitar crescimento do cisto.
D) Ressecção cirúrgica eletiva, devido ao risco de infecção, sangramento ou compressão futura.
E) Biópsia aberta obrigatória antes da indicação de qualquer tratamento.
-

18. Uma paciente de 32 anos, portadora de miastenia gravis generalizada classe IIb da MGFA, apresenta anticorpos anti-receptor de acetilcolina positivos e tomografia de tórax sem massa mediastinal evidente.

Considerando as evidências atuais sobre o papel da timectomia, qual das alternativas abaixo representa a conduta mais adequada?

- A) A timectomia está indicada apenas na presença de timoma, sendo contraindicada em pacientes sem massa mediastinal.
- B) A timectomia por via minimamente invasiva não é recomendada, pois apresenta piores resultados imunológicos quando comparada à esternotomia.
- C) A timectomia não tem benefício comprovado em pacientes com anticorpos positivos, exceto naqueles com doença ocular pura.
- D) A timectomia é recomendada para pacientes jovens com miastenia generalizada e anti-AChR positivos, mesmo sem timoma, pois reduz exacerbações e necessidade de imunossuppressores.
- E). A timectomia deve ser evitada em qualquer paciente que apresente classe II da MGFA, pois os benefícios ocorrem apenas em classes III e IV.

19. Paciente de 68 anos, tabagista pesado, apresenta lesão pulmonar sólida de 3,5 cm no lobo superior direito, com suspeita de carcinoma. A espirometria revela VEF1 de 65% do previsto, e a DLCO é 45% do previsto. O cálculo do VEF1 pós-operatório previsto (ppoVEF1) para lobectomia é 42%.

Qual é a conduta apropriada na avaliação pré-operatória?

- A) Contraindicar cirurgia, pois qualquer ppoVEF1 < 50% inviabiliza ressecção pulmonar.
- B) Prosseguir diretamente para lobectomia, pois a DLCO não faz parte da avaliação funcional.
- C) Solicitar teste cardiopulmonar com consumo máximo de oxigênio (VO₂máx) para avaliação de risco cirúrgico.
- D) Realizar bulectomia prévia para melhorar função pulmonar e reavaliar ppoVEF1.
- E) Indicar segmentectomia em vez de lobectomia por DLCO < 50%, independentemente de VO₂máx.

20. Paciente de 64 anos com massa central em brônquio fonte direito e linfonodos 4R e 2R aumentados. PET-CT demonstra captação intensa nos linfonodos mediastinais superiores.

Considerando o cenário, qual é o método diagnóstico invasivo mais apropriado?

- A) Mediastinoscopia cervical, especialmente indicada quando há linfonodos PET-positivos em 2R e 4R.
- B) Broncoscopia com biópsia como primeira linha.
- C) EUS-FNA isolado, que acessa todo o mediastino superior.
- D) Toracoscopia diagnóstica inicial para confirmação linfonodal.
- E) Punção transtorácica guiada por TC.

21. Paciente com carcinoma escamoso de pulmão, T2N0, funcionalmente apto à ressecção. PET-CT sem doença oculta. Entretanto, biópsia demonstra PD-L1 de 90%.

Qual é o tratamento inicial recomendado?

- A) Imunoterapia exclusiva, já que PD-L1 é maior que 50%.
- B) Quimiorradioterapia definitiva, pois tumores escamosos respondem melhor de forma não cirúrgica.
- C) Ressecção cirúrgica (lobectomia e linfadenectomia) como tratamento primário.
- D) Neoadjuvância com imunoterapia isolada obrigatória.
- E) Quimioterapia neoadjuvante em todos os casos de PD-L1 alto.

22. Paciente tratado com lobectomia para adenocarcinoma pT2aN1 há 1 ano, apresenta recidiva local na linha de grampeamento, sem metástases à distância. PET-CT sugere lesão limitada e função pulmonar é adequada.

Qual é a melhor conduta?

- A) Iniciar quimioterapia sistêmica como primeira escolha.
- B) Radioterapia paliativa, pois recidivas locais não são tratáveis de forma definitiva.
- C) Observação por três meses para confirmar padrão evolutivo.
- D) Imunoterapia de resgate de forma imediata, independentemente de resecabilidade.
- E) para cirurgia de resgate, considerando recidiva isolada e boa reserva funcional.

23. Um adenocarcinoma metastático apresenta mutação ALK positiva. O paciente é jovem, sem comorbidades. Qual é o tratamento inicial recomendado?

- A) Quimioterapia baseada em platina como primeira linha.
- B) Inibidor de ALK de geração avançada (ex.: alectinibe) como tratamento inicial.
- C) Imunoterapia isolada, pois tumores com mutações acionáveis respondem melhor.
- D) Radioterapia torácica exclusiva para controlar doença sistêmica.
- E) Terapia anti-EGFR devido à similaridade biológica entre ALK e EGFR.

24. Um paciente de 59 anos apresenta adenocarcinoma de pulmão com mutação EGFR exon 19, tumor primário no lobo superior esquerdo (T2b) e duas metástases cerebrais pequenas tratáveis com radiocirurgia. PET-CT não mostra outros sítios de doença. Após excelente resposta inicial ao osimertinibe, permanece com doença estável no tumor primário e completa regressão das metástases.

Considerando conceitos modernos de *consolidação local* em oligometástases, qual conduta é a mais apropriada?

- A) Prosseguir somente com osimertinibe de forma indefinida, uma vez que terapia-alvo controla tanto o primário quanto metástases, não havendo papel para tratamento local.
- B) Realizar lobectomia ou radioterapia estereotáxica do tumor primário como terapia consolidativa, pois estudos sugerem ganho de sobrevida em pacientes oligometastáticos responsivos à terapia sistêmica.
- C) Suspender terapia-alvo antes de qualquer abordagem local para evitar interferência na cicatrização.
- D) Indicar quimioterapia adicional com platina após a consolidação sistêmica, pois pacientes com mutação EGFR não se beneficiam de tratamento local.
- E) Indicar ressecção cirúrgica do tumor primário, apenas se as metástases forem hepáticas e não cerebrais.

25. Em relação ao manejo cirúrgico das estenoses traqueais benignas pós-intubação, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A ressecção traqueal segmentar com anastomose primária é o tratamento de escolha para estenoses curtas, não complexas e sem extensão subglótica significativa.
- B) O uso de stent metálico é preferencial como primeira linha mesmo em estenoses simples, pela baixa taxa de migração e alta durabilidade.
- C) A dilatação endoscópica isolada apresenta taxas superiores a 80% de cura definitiva nas estenoses inflamadas e fibrosas.
- D) A traqueostomia baixa é parte do preparo rotineiro antes da ressecção cricotraqueal.
- E) A laringotraqueoplastia não deve ser considerada em estenoses subglóticas de etiologia idiopática.

26. Em pacientes com tumores primários de traqueia, qual das seguintes afirmações é CORRETA?

- A) O carcinoma espinocelular é menos comum que o adenoide cístico em todas as faixas etárias.
- B) O adenoide cístico caracteriza-se por crescimento lento, tendência a margens positivas e invasão submucosa extensa, dificultando ressecções com margens amplas.
- C) traqueais raramente provocam disfagia devido à localização distante do esôfago.
- D) A radioterapia primária é superior à ressecção cirúrgica para tumores ressecáveis de traqueia.
- E) O envolvimento perineural é incomum no adenoide cístico.

27. Sobre a avaliação pré-operatória para ressecção e reconstrução traqueal, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A espirometria raramente é útil, já que o fluxo aéreo não é afetado pela obstrução traqueal.
- B) A tomografia não deve ser usada para medir extensão longitudinal da lesão.
- C) A broncoscopia rígida ou flexível é obrigatória para determinar o grau, a extensão, a mobilidade e a distância da estenose em relação às estruturas laringotraqueais.
- D) O teste de mobilização cervical não tem relevância para a decisão cirúrgica.
- E) O risco anestésico não aumenta em estenoses críticas, pois a ventilação espontânea é sempre preservada.

28. Sobre as técnicas de liberação (release maneuvers) para permitir ressecções traqueais mais extensas, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A liberação hilar bilateral oferece maior ganho de extensão que a suprahioidea.
- B) A liberação suprahioidea raramente acrescenta mais de 1 cm ao comprimento de anastomose possível.
- C) As manobras de liberação são contraindicações absolutas em pacientes idosos.

- D) A liberação suprahioidea pode aumentar de 2 a 3 cm o comprimento permitido de ressecção traqueal, reduzindo tensão anastomótica.
- E) A liberação infrahioidea nunca é utilizada em ressecções cricotraqueais.

29. No manejo de fístulas traqueoesofágicas adquiridas, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A principal abordagem é o fechamento primário simultâneo sem interposição muscular.
- B) O stent metálico traqueal é sempre preferível ao stent esofágico quando a comunicação é alta.
- C) A via aérea dificilmente sofre risco de aspirar secreções digestivas nesses casos.
- D) O tratamento cirúrgico raramente necessita de retalho muscular para a separação dos planos.
- E) Lesões pós-intubação geralmente exigem separação esofágica e traqueal com retalho interposto, como o esternocleidomastoideo ou intercostal, para redução de recidiva.

30. Após uma ressecção traqueal segmentar com reconstrução primária, qual das seguintes afirmações descreve, de forma mais acurada, um aspecto crítico das complicações pós-operatórias e sua prevenção?

- A) A maior parte das deiscências anastomóticas ocorre por infecção local, sendo rara a contribuição da tensão mecânica exercida pela posição cervical no pós-operatório.
- B) A manutenção da posição de flexão cervical (“chin-to-chest”) reduz tensão na anastomose e é uma das medidas mais relevantes na prevenção de deiscência precoce, especialmente nos primeiros 5–7 dias.
- C) A formação de granuloma anastomótico é indicativa de falha cirúrgica grave e, na maioria das vezes, exige reoperação ampla para ressecção de novo segmento traqueal.
- D) A paralisia bilateral de prega vocal é uma complicação frequente e esperada, pois os nervos recorrentes estão sempre diretamente manipulados na maioria das ressecções traqueais.
- E) A reestenose anastomótica precoce costuma ocorrer pela retração cicatricial imediata, geralmente dentro das primeiras 24 horas após o procedimento.

31. Sobre a simpatectomia torácica videotorascópica para hiperidrose, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A interrupção no nível de T3 é considerada o ponto de equilíbrio para controle da hiperidrose palmar com menor risco de hiperidrose compensatória grave.
- B) A secção no nível de T1 é recomendada para hiperidrose palmar, pois reduz seletivamente a sudorese sem impacto ocular.
- C) A técnica por clipagem apresenta taxas de recidiva superiores às técnicas ablativas, sem possibilidade de reversão.
- D) A simpatectomia é formalmente contraindicada em pacientes com IMC < 20 kg/m² devido ao maior risco de hiperidrose compensatória.
- E) A ressecção do gânglio estrelado é obrigatória quando há hiperidrose palmar isolada.

32. Acerca dos tumores da parede torácica, qual das afirmativas está CORRETA?

- A) Os schwannomas de parede torácica apresentam comportamento altamente agressivo, sendo indicada ressecção com margens ampliadas em todos os casos.
- B) O tumor desmoide de parede torácica geralmente apresenta resposta significativa à radioterapia e quimioterapia, sendo raramente indicado tratamento cirúrgico.
- C) O condrossarcoma é o tumor maligno primário mais comum da parede torácica e deve ser tratado com ressecção ampla com margens obtidas cirurgicamente.
- D) A recorrência local dos sarcomas de parede ocorre quase exclusivamente por falha do tratamento sistêmico.
- E) A reconstrução da parede torácica após ressecções extensas jamais requer malhas sintéticas quando há preservação do periósteo costal.

33. Em relação às hérnias diafragmáticas em adultos, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A hérnia de Bochdalek direita é mais comum que a esquerda devido à menor proteção conferida pelo fígado no período embrionário.
- B) A hérnia de Morgagni costuma manifestar-se com sintomas respiratórios graves e de início abrupto, sendo rara sua identificação incidental.
- C) As hérnias diafragmáticas traumáticas tendem a ocorrer predominantemente à direita, pois o impacto direto aumenta o risco de ruptura junto ao fígado.

- D) Nas hérnias diafragmáticas traumáticas, a falha no diagnóstico inicial ocorre com frequência, especialmente em traumas fechados, podendo manifestar-se tardiamente com obstrução ou estrangulamento.
- E) A correção cirúrgica das hérnias diafragmáticas congênitas no adulto é, preferencialmente, realizada por toracotomia, sendo contraindicada a via laparoscópica.

34. Em relação a indicações da simpatectomia torácica além da hiperidrose, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A dor facial atípica é indicação estabelecida e amplamente aceita para simpatectomia.
- B) A simpatectomia torácica é primeira linha no fenômeno de Raynaud secundário a doenças autoimunes.
- C) A simpatectomia aumenta o risco de isquemia em pacientes submetidos por claudicação vasoespástica.
- D) Em casos de rubor facial incapacitante, a simpatectomia em T2 é uma alternativa terapêutica possível, embora com maior risco de hiperidrose compensatória.
- E) A simpatectomia torácica é indicada para sudorese craniana isolada exclusivamente no nível T4.

35. Acerca da reconstrução da parede torácica após ressecção oncológica, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Defeitos posteriores sempre requerem próteses rígidas para manter estabilidade respiratória.
- B) A reconstrução com malhas sintéticas ou biológicas é recomendada para defeitos maiores que 5 cm ou envolvendo mais de três arcos costais contíguos.
- C) Retalhos musculares não desempenham papel significativo na prevenção de infecção protética.
- D) A estabilidade da parede depende unicamente da reconstrução óssea, independentemente do componente muscular.
- E) A reconstrução não é necessária, se o defeito estiver coberto pelo omoplata.

36. Sobre a abordagem cirúrgica dos tumores diafragmáticos, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Tumores localizados na cúpula direita frequentemente têm melhor acesso pela via torácica devido à interposição hepática, que dificulta a abordagem abdominal.
- B) A via abdominal é sempre preferida por permitir melhor visualização do centro frênico.
- C) A via toracoscópica é contraindicada para tumores menores que 3 cm.
- D) A ressecção diafragmática exige obrigatoriamente uso de prótese rígida.
- E) Tumores diafragmáticos não podem infiltrar estruturas adjacentes, sendo sempre encapsulados.

37. Sobre complicações potenciais da simpatectomia torácica videotoracoscópica, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A síndrome de Horner ocorre exclusivamente quando são seccionados níveis abaixo de T3.
- B) O pneumotórax pós-operatório imediato é raro e geralmente indica lesão do nervo frênico.
- C) A neuralgia intercostal crônica é incomum e costuma indicar patologia não relacionada ao procedimento.
- D) A hiperidrose compensatória está relacionada ao IMC do paciente, mas não ao nível da cadeia simpática abordado.
- E) A recidiva pode ocorrer por regeneração nervosa ou por não interrupção completa das fibras comunicantes, especialmente em clipagem parcial.

38. Em relação ao manejo do contusão pulmonar, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A principal medida terapêutica é o suporte ventilatório adequado, evitando-se hipervolemia, pois a ressuscitação excessiva agrava o edema alveolar e aumenta o risco de insuficiência respiratória.
- B) A contusão pulmonar radiológica sempre aparece imediatamente após o trauma, não havendo lesões com aparecimento tardio.
- C) A ventilação com pressão positiva está contraindicada, pois piora invariavelmente a lesão alveolar.
- D) O uso precoce de corticosteroides reduz mortalidade comprovadamente.
- E) A contusão pulmonar isolada é indicação absoluta de toracotomia exploradora.

39. Sobre o trauma contuso de mediastino, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A aortografia é o exame diagnóstico inicial recomendado para suspeita de lesão traumática da aorta torácica.
- B) A ruptura traumática da aorta ocorre mais frequentemente na porção ascendente.
- C) O ponto mais comum de ruptura traumática da aorta é o istmo aórtico devido à fixação pelo ligamento arterioso.

- D) O hematoma mediastinal isolado sempre indica ruptura de grandes vasos.
E) A conduta imediata da ruptura aórtica é toracotomia esquerda em todos os pacientes estáveis.

40. Sobre o manejo do trauma penetrante de tórax com hemotórax, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Hemotórax de qualquer volume exige toracotomia imediata.
B) O débito inicial de drenagem torácica > 1500 mL ou > 200 mL/h por 3 horas é indicação clássica de toracotomia.
C) A presença de enfisema subcutâneo isolado é indicação de toracotomia exploradora.
D) A ausência de murmúrio vesicular exclui lesão pulmonar significativa.
E) Drenos de pequeno calibre são preferidos em hemotórax maciços para reduzir dor e invasividade.

41. Sobre fraturas costais múltiplas e tórax instável, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A fixação costal é formalmente contraindicada em pacientes idosos devido ao risco de falha de fixação óssea.
B) O tórax instável raramente causa insuficiência respiratória, sendo geralmente manejado apenas com analgesia.
C) A ventilação mecânica substitui completamente a necessidade de fixação cirúrgica quando há instabilidade evidente.
D) A estabilização cirúrgica da parede torácica está indicada em fraturas deslocadas com dor refratária, instabilidade paradoxal ou falha na ventilação, melhorando mecânica respiratória e reduzindo tempo de UTL.
E) A fixação costal deve ser feita apenas após consolidação inicial para evitar lesão de partes moles.

42. Sobre lacerações extensas da parede torácica associadas a fraturas múltiplas, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Lesões que envolvem perda de substância com instabilidade estrutural geralmente requerem reconstrução com malha sintética ou biológica associada a retalhos musculares para restaurar estabilidade e prevenir ventilação paradoxal.
B) A reconstrução da parede torácica está sempre contraindicada em presença de contaminação ou risco infeccioso.
C) Fraturas cominutivas isoladas do arco posterior nunca causam instabilidade torácica.
D) O uso de próteses rígidas é obrigatório em qualquer defeito maior que 2 cm.
E) Defeitos laterais da parede torácica raramente comprometem a ventilação, dispensando reconstrução, mesmo quando extensos.

43. Em relação ao trauma da via aérea principal (traqueia e brônquios principais), assinale a alternativa CORRETA.

- A) A ausência de enfisema subcutâneo e pneumomediastino exclui praticamente qualquer lesão traqueobrônquica significativa.
B) A broncoscopia rígida é contraindicada na fase aguda do trauma por risco elevado de ampliar a laceração.
C) A presença de pneumotórax hipertensivo persistente após drenagem torácica adequada sugere fortemente lesão de via aérea principal, sendo a broncoscopia o exame diagnóstico fundamental.
D) Lesões traqueobrônquicas pequenas (< 1 cm) sempre exigem correção cirúrgica imediata devido ao risco de ruptura completa.
E) A maioria das rupturas de brônquio principal ocorre na porção distal, próxima ao parênquima pulmonar.

44. Em relação aos critérios de seleção para cirurgia redutora de volume pulmonar (CRVP) em DPOC enfisematoso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Pacientes com enfisema predominante nos lobos superiores e baixa capacidade de exercício apresentam maior benefício clínico e sobrevida após CRVP, segundo os estudos do NETT.
B) Pacientes com DLCO < 10% têm indicação ampliada para CRVP devido ao maior potencial de recrutamento alveolar.
C) Enfisema homogêneo é o melhor fenótipo anatômico para CRVP cirúrgica.
D) A presença de hipertensão pulmonar moderada é considerada indicação preferencial para CRVP.
E) A CRVP está indicada em pacientes com indisponibilidade de reabilitação pulmonar prévia.

45. Sobre a técnica cirúrgica da CRVP, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A técnica por esternotomia é atualmente preferida pela baixa morbidade e menor dor pós-operatória.
B) A abordagem por toracotomia é mandatória quando o enfisema é bilateral.
C) A videotoracoscopia (VATS) consegue reduzir perda sanguínea e tempo de internação quando comparada à toracotomia tradicional em CRVP.

- D) A utilização de selantes biológicos é universalmente recomendada para evitar vazamentos de ar prolongados.
E) A CRVP robótica é contraindicada devido à necessidade de manipulação extensa do hilo pulmonar.
-

46. Acerca das complicações no pós-operatório da CRVP, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O vazamento aéreo significativo raramente ultrapassa 48 horas.
B) O pneumotórax contralateral é evento raro e não está associado ao uso de ventilação mecânica.
C) A mortalidade pós-operatória da CRVP é semelhante em pacientes com baixa e alta capacidade funcional.
D) A necessidade de ventilação prolongada não se relaciona com extensão da ressecção.
E) Vazamento aéreo prolongado é a complicação mais comum da CRVP, sobretudo em pacientes com enfisema heterogêneo e tecido alveolar friável.
-

47. Sobre as indicações atuais para transplante pulmonar em DPOC, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A CRVP sempre deve preceder o transplante, sendo considerada etapa obrigatória do algoritmo terapêutico.
B) O transplante deve ser considerado quando o paciente apresenta BODE ≥ 7 , exacerbações frequentes e piora progressiva, apesar de terapia otimizada.
C) Transplante pulmonar nunca é indicado em pacientes com hipertensão pulmonar associada à DPOC.
D) O tabagismo não influencia a elegibilidade, desde que a espirometria esteja estável.
E) A idade nunca é fator limitante para transplante.
-

48. Durante o transplante pulmonar bilateral, é CORRETO afirmar que

- A) a circulação extracorpórea é sempre obrigatória.
B) durante o implante do segundo pulmão, a ventilação unipulmonar do enxerto recém-posicionado é recomendada para evitar hiperinsuflação.
C) a ordem de implante é sempre pulmão direito seguido do esquerdo.
D) a oxigenação extracorpórea por membrana (ECMO) pode substituir a circulação extracorpórea convencional em pacientes selecionados, reduzindo lesão de isquemia-reperfusão.
E) o clampeamento prolongado da artéria pulmonar não afeta o risco de edema do enxerto.
-

49. Sobre o manejo pós-operatório imediato após transplante pulmonar, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A disfunção primária do enxerto (PGD) é causa comum de hipoxemia aguda nas primeiras 72 horas e está associada ao grau de lesão de isquemia-reperfusão.
B) A retirada precoce da sonda está contraindicada devido ao risco de desentubação acidental.
C) O uso de antibióticos profiláticos não é recomendado na ausência de cultura positiva.
D) A obstrução da anastomose brônquica por secreção é frequente e geralmente resolvida apenas com fisioterapia respiratória.
E) A rejeição aguda não ocorre na primeira semana.
-

50. Sobre a escolha entre CRVP e transplante pulmonar no manejo da DPOC avançada, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Pacientes candidatos à CRVP sempre serão candidatos ao transplante, sendo ambos equivalentes em indicação.
B) O transplante pulmonar é preferido, mesmo em pacientes com enfisema de lobos superiores com boa capacidade funcional.
C) A CRVP pode fornecer melhora funcional significativa e retardar a necessidade de transplante em pacientes com enfisema predominantemente superior.
D) A escolha entre CRVP e transplante não depende do fenótipo radiológico.
E) A CRVP é indicada, mesmo em pacientes com exacerbações graves recentes que exigiram ventilação mecânica invasiva.
-

GRUPO 29
- R3 CIRURGIA TORÁCICA -