



QOS/2017 – PROVA TEÓRICO-PRÁTICA

(EDITAL DRH/CRS Nº 05/2017, de 18 de abril 2017)

MÉDICO / CIRURGIA TORÁCICA

NOME: _____
CPF: _____ IDENTIDADE: _____
CIDADE/PROVA: _____ SALA: _____
ESCOLA: _____ DATA: 16/09/2017.

ASSINATURA DO CANDIDATO

ASSINATURA DO APLICADOR

ORIENTAÇÕES AOS CANDIDATOS:

1. Prova sem consulta.
2. Abra este caderno de prova somente quando autorizado.
3. A prova terá o valor de 100 (cem) pontos.
4. Responda as questões utilizando apenas caneta (tinta azul ou preta), de corpo transparente.
5. O tempo máximo permitido para a realização da prova será de 03 (três) horas. Início às 08:30 horas e término às 11:30 horas.
6. Não será admitido nenhum tipo de rasura no caderno de prova.
7. Será atribuída nota zero à questão cuja resposta fugir ao que foi solicitado.
8. É permitido o uso de lupa e calculadoras (aparelhos que permitem apenas a função de calculadora).
9. É proibido o porte/posse de lápis, lapiseiras e similares, além de borracha durante a realização da prova, bem como a sua utilização durante o horário previsto para a resolução da prova.
10. É também vedado o porte/posse de aparelhos e equipamentos eletrônicos, telefones celulares, computadores, relógios de qualquer tipo, alarme de veículo e similares.
11. Sua identificação deve ser colocada somente na folha de rosto da prova. Use letra de forma LEGÍVEL. Não identifique e não coloque nenhum escrito, símbolo, sinal ou marca nas páginas relativas às questões da prova que possa identificá-lo, sob pena de anulação da sua prova e consequente eliminação do concurso.
12. Normas da língua culta, sequência lógica e estilo claro constituirão fator de avaliação.
13. Iniciada a prova, o candidato somente poderá deixar a sala e a esta retornar, exclusivamente para uso de sanitários ou bebedouro, após transcorrido o tempo mínimo 01h (uma hora), e devidamente acompanhados por fiscal do concurso.
14. Ao final da prova, entregue ao aplicador o caderno de provas, devidamente preenchido e conferido, com a folha de rosto devidamente assinada.



1ª QUESTÃO – Paciente do sexo feminino, 47 anos, portadora de síndrome de Behçet, em controle regular da doença, é admitida no Pronto Atendimento do HPM com relato dos familiares de hemoptise de grande volume, associada a agitação psicomotora. Durante a avaliação a paciente apresenta-se confusa, torporosa, sudorética, ainda com hemoptise franca e volumosa, com a presença de alguns coágulos. Os dados vitais aferidos na admissão foram: FC 112 bpm, FR 38 irpm, PA 140/90 mmHg, Sat O2 84%. Com relação à **hemoptise maciça**, responda as questões abaixo:

(Valor total: 16 pontos)

NOTA DA 1ª QUESTÃO	
Campo de preenchimento exclusivo pela comissão corretora da prova	

A) Considerando o caso acima descrito, qual deve ser a conduta inicial para a paciente em questão?

(Valor: 04 pontos)

B) Cite 4 (quatro) causas de Hemoptise Maciça.

(Valor: 04 pontos)

C) Qual é o principal mecanismo de óbito nos casos de Hemoptise Maciça?

(Valor: 01 ponto)

D) Cite 4 (quatro) métodos eficazes de controle imediato do sangramento.

(Valor: 04 pontos)



E) Cite 3 (três) indicações para o tratamento cirúrgico da Hemoptise Maciça.

(Valor: 03 pontos)

GABARITO

a) Devem constar pelo menos 04 medidas

- Repouso e posicionamento, Estabilização hemodinâmica, proteção de via aérea, melhorar o aporte de oxigênio, radiografia de tórax, investigar e corrigir condições de base (coagulopatias, trombocitopenias, etc), admissão em CTI, broncoscopia rígida para aspiração de coágulos (se disponível).

b) Devem constar pelo menos 04 causas

- Tuberculose, Pneumonia, Neoplasias, Micetoma, bronquiectasia, leptospirose, vasculites, malformações vasculares pulmonares, coagulopatias, trauma, criptogênica, corpo estranho.

c) Asfixia, Obstrução de vias aéreas inferiores

d) Devem constar pelo menos 04 métodos

- Broncoscopia com lavagem utilizando soro fisiológico gelado, tamponamento endobronquico com balonetes, embolização bronquial, instilação de epinefrina, cirurgia.

e) Devem constar pelo menos 03 indicações

- Sítio do sangramento localizado, recorrência do sangramento após embolização, sangramento de múltiplos vasos visto a angiografia, impossibilidade de realização da embolização, neoplasia com indicação cirúrgica.

2ª QUESTÃO – Nos últimos anos, tem havido um interesse crescente no uso do ultrassom para a avaliação de doenças torácicas, especialmente para o estudo de pacientes acamados em estado crítico. De fato, o método ultrassonográfico apresenta diversas vantagens: não utiliza radiação, tem baixo custo, pode ser utilizado à beira do leito, não é invasivo e pode ser repetido conforme necessário. Com relação ao emprego da ultrassonografia de tórax na avaliação dos derrames pleurais, marque a alternativa **CORRETA**:

(Valor: 04 pontos)

A. () A ultrassonografia é incapaz de predizer a necessidade de intervenção cirúrgica.



- B. () Possui menor sensibilidade que a radiografia de tórax, sobretudo em derrames de menor volume.
- C. () A maioria dos derrames pleurais classificados como transudatos apresentam-se hiperecogênicos à ultrassonografia.
- D. () **A ultrassonografia está indicada na identificação de derrames pleurais de pequeno volume, e como método auxiliar na sua punção.**

3ª QUESTÃO – Com relação aos tumores benignos do pulmão, marque a alternativa **CORRETA**:

(Valor: 04 pontos)

- A. () A maioria das lesões é sintomática, destacando-se a tosse crônica e a hemoptise como principais manifestações.
- B. () **Os hamartomas são os tumores benignos mais frequentes do pulmão, correspondendo a 6% a 8% dos nódulos pulmonares solitários.**
- C. () Os condromas são tumores raros, não sendo necessária a ressecção, por se tratarem de lesões indolentes e sem potencial de transformação maligna.
- D. () Os adenomas são facilmente identificáveis na Tomografia Computadorizada de Tórax pela presença característica de calcificações “em pipoca”, entremeadas por tecido adiposo.

4ª QUESTÃO – As malformações congênitas pulmonares formam um espectro de doenças pouco frequentes, ocorrendo a partir do desenvolvimento do intestino primitivo e da sua diferenciação em sistema respiratório. Sua frequência global é difícil de estabelecer, porém, com o advento da ecografia pré-natal, houve um aumento no número de diagnósticos precoces, com uma incidência variando de 30 a 42 casos por 100.000 habitantes/ano. Com relação às malformações pulmonares, assinale a afirmativa **INCORRETA**:

(Valor: 04 pontos)

- A. () A hipoplasia pulmonar está associada a outras malformações, como a agenesia renal e a síndrome de Prune-Belly.
- B. () O enfisema lobar congênito possui como principais achados radiográficos o aumento da radiotransparência do lado afetado, diafragma retificado e desvio do mediastino.
- C. () **As fístulas arteriovenosas são geralmente resultado da conexão anômala entre o sistema arterial sistêmico e o sistema venoso pulmonar.**
- D. () A lobectomia do segmento afetado está indicada no tratamento da malformação adenomatóide cística.

5ª QUESTÃO – Paciente do sexo masculino, 75 anos, veio ao ambulatório de cirurgia torácica, encaminhado pela Clínica Médica para retirada de cânula de traqueostomia. Relatou internação prolongada em CTI devido a sepse de foco urinário, tendo permanecido na Ventilação Mecânica por cerca de 25 dias, motivo pelo qual foi traqueostomizado. Recebeu alta hospitalar há cerca de 30 dias com cânula metálica. Após a consulta, foi realizada fibrobroncoscopia flexível que diagnosticou estenose de traquéia. Sobre o caso descrito, responda:

(Valor total: 16 pontos)

--

NOTA DA 5ª QUESTÃO	
Campo de preenchimento exclusivo pela comissão corretora da prova	

A) Cite 4 (quatro) causas de estenose benigna da traqueia.

(Valor: 04 pontos)

B) No caso em questão, que parâmetros devem ser avaliados na fibrobroncoscopia?

(Valor: 04 pontos)

C) No caso em questão, optou-se por realizar tratamento cirúrgico (traqueoplastia).
Descreva quais cuidados pós-operatórios devem ser tomados.

(Valor: 04 pontos)



D) Cite 4 (quatro) possíveis complicações pós-operatórias nesse caso.

(Valor: 04 pontos)

GABARITO

<p>a) Intubação traqueal, traumatismo aberto ou fechado, iatrogênicas (procedimentos endoscópicos ou explosões intra-traqueais), infecciosas inespecíficas (bacterianas) ou específicas (tuberculose ou blastomicose ou histoplasmose), parasitárias (leishmaniose), queimadura por inalação de ar ou fumaça quente ou cáustica, queimadura por aspiração ou ingestão de ácidos ou álcalis, alteração metabólica (amiloidose), radioterapia, doença por vasculite ou auto-imune (granulomatose de Wegener ou policondrite), de origem indeterminada (traqueopatia osteocondroplástica ou idiopática), além de poder ter também origem congênita e finalmente outras doenças de incidência esporádica.</p>
<p>b) A laringotraqueoscopia permite:</p> <p>a) Na laringe: verificar a presença ou não de estenose supraglótica ou paralisia glótica neurogênica ou fixação das pregas vocais (quase todas na comissura posterior) ou estenose na região subglótica.</p> <p>b) Na traquéia: o local, o número, a extensão da estenose e a presença de traqueomalácia, estenoses simultâneas (na laringe ou nos brônquios) ou com fístula traqueo-esofágica, a presença ou não de sinais inflamatórios (edema e ou úlcera(s) e/ou hiperemia e/ou sangramento fácil e/ou cartilagem exposta) ou se esta crônica (fibrose resistente, geralmente recoberta parcial ou completamente por mucosa neoformada)</p>
<p>c) Todos os doentes ficam com a cabeça fletida ($\pm 35^\circ$) até o 7º dia de pós-operatório e depois mais 7 dias com a cabeça na posição normal sem estendê-la. Quando a ressecção foi muito extensa (50% ou mais) ou quando o doente não colabora por ter seqüelas neurogênicas, a cabeça sempre é mantida fletida com um ponto mento-torácico. Este ponto manterá a cabeça fletida porque o doente sentirá dor ao estendê-la. Esse ponto geralmente é retirado no 7º p.o. Corticóide é administrado quando fazemos o diagnóstico de edema na laringe ou quando é uma re-operação O doente geralmente tem alta hospitalar entre o 5º e 7º pós-operatório. Em todos os doentes mesmo nos assintomáticos examinamos a anastomose endoscopicamente ao redor do 14º p.o. No 3º mês, na maioria dos doentes, a anastomose sempre é examinada novamente</p>
<p>d) Infecção da ferida, osteomielite esternal, edema na laringe, voz rouca, hemorrágica, dor, relacionadas com a anastomose (inflamação e granulomas no local da anastomose, reação anafilática ao material no fio, deiscência parcial da anastomose, deiscência total da anastomose, insuficiência ventilatória, com infecção cervical e mediastinal, ruptura do tronco arterial braquicefálico e morte do doente, re-estenose, óbito.</p>

6ª QUESTÃO – Paciente do sexo masculino, 25 anos, deu entrada no Pronto Socorro, trazido pela PM, vítima de traumatismo penetrante por arma de fogo, com orifício de entrada único em hemitórax anterior esquerdo. À admissão, apresentava respiração em “*gasping*”,

--

ruídos hidroaéreos abolidos à esquerda, FC 20bpm, PA inaudível. Sobre o caso descrito, responda:

(Valor total: 16 pontos)

NOTA DA 6ª QUESTÃO	
Campo de preenchimento exclusivo pela comissão corretora da prova	

A) Cite o nome do procedimento a ser realizado imediatamente nesse caso e detalhe os passos cirúrgicos essenciais a serem adotados:

(Valor: 04 pontos)

B) Defina hemotórax maciço:

(Valor: 04 pontos)



C) O diagnóstico de tamponamento cardíaco pode ser difícil. A clássica tríade diagnóstica de Beck está presente em cerca de 1/3 dos casos. A tríade de Beck e o pulso paradoxal fecham o quadro clínico diagnóstico de tamponamento cardíaco. O sinal de Kussmaul também está associado ao tamponamento cardíaco. Cite quais os componentes da tríade de Beck e descreva o sinal de Kussmaul:

(Valor: 04 pontos)

D) Descreva a técnica da pericardiocentese subxifóide e cite 3 (três) possíveis complicações do procedimento:

(Valor: 04 pontos)

GABARITO

a)	Toracotomia de reanimação. Toracotomia anterolateral esquerda, clampagem da aorta, abertura do saco pericárdico, massagem cardíaca interna, controle do sangramento.
b)	Acúmulo rápido de 1500ml de sangue ou de um terço ou mais do volume de sangue do doente na cavidade torácica.
c)	Tríade de Beck: hipotensão arterial, hipertensão venosa (ingurgitamento jugular) e abafamento de bulhas cardíacas. Sinal de Kussmaul: aumento da pressão venosa na inspiração durante a respiração espontânea.
d)	Punção com seringa de 60ml e cateter agulhado calibre 16 ou 18G 1 a 2cm abaixo e a esquerda da junção xifocondral com uma angulação de 45º em relação a pele. Avançar a agulha no sentido cranial, apontando-a para a ponta da escápula esquerda. Retirar o Máximo possível de sangue



incoagulável do saco pericárdico. Remover a agulha e fixar o cateter com uma torneira de 3 vias. Complicações: aspiração de sangue ventricular, laceração de epicárdio/miocárdio ventricular, laceração de artéria ou veia ventricular, novo hemopericárdio, fibrilação ventricular, pneumotórax, punção de grandes vasos, punção do esôfago com mediastinite, punção do peritônio com subseqüente peritonite ou falso positivo.

7ª QUESTÃO – Em relação ao quilotórax, marque a alternativa **INCORRETA**:

(Valor: 04 pontos)

- A. () **Em adultos, a causa mais comum de quilotórax é o trauma.**
- B. () O quilotórax pode desenvolver-se tanto por obstrução quanto por laceração do ducto torácico.
- C. () A relação entre colesterol/triglicérides é menor que 1 nos derrames quilosos.
- D. () Na maioria dos casos os sintomas são insidiosos, porém em casos de acúmulo rápido de líquido, pode haver taquipnéia, taquicardia, hipotensão e choque.

8ª QUESTÃO – Paciente 35 anos, admitida no Pronto Atendimento com dor torácica direita súbita associada a dispnéia. Radiografia de tórax evidenciou pneumotórax à direita. Segundo a paciente, encontra-se no terceiro dia do ciclo menstrual, com relato de 2 episódios prévios de mesmas características. Foi levantada a hipótese de pneumotórax catamenial. Com relação ao caso em questão, assinale a afirmativa **INCORRETA**:

(Valor: 04 pontos)

- A. () Sintomas estão ausentes entre as menstruações.
- B. () **A grande maioria dos episódios ocorre à esquerda.**
- C. () A Tomografia Computadorizada de Tórax e a CTVA (cirurgia torácica videoassistida) fazem parte do arsenal propedêutico e auxiliam na definição terapêutica.
- D. () A endometriose pélvica está presente em 20 a 60% dos casos.

9ª QUESTÃO – Paciente 45 anos, hipertenso e diabético, evoluindo há 7 dias com quadro de tosse, calafrios e dor torácica. Radiografia de tórax sugestiva de derrame pleural à direita. A revisão laboratorial apresentou dosagem sérica de Proteínas totais: 7 g/dl, e DHL: 280 UI/L (valor de referência: 240-480). Submetido a toracocentese cuja análise do líquido pleural evidenciou Proteínas totais: 4,5 g/dl, DHL: 1000 UI/L, pH: 7,1, glicose: 38 mg/dl. Considerando o caso em questão e os seus conhecimentos, responda às questões abaixo:

(Valor total: 16 pontos)

NOTA DA 9ª QUESTÃO	
Campo de preenchimento exclusivo pela comissão corretora da prova	

A) Classifique o derrame pleural em exsudato ou transudato de acordo com os critérios de Light.

(Valor: 04 pontos)



B) Cite 3 (três) diagnósticos diferenciais possíveis:

(Valor: 04 pontos)

C) Considerando-se a hipótese de derrame parapneumônico, a drenagem pleural está indicada? Cite 3 (três) parâmetros a serem considerados nesta decisão.

(Valor: 04 pontos)

D) Qual o valor da biópsia pleural no caso em questão?

(Valor: 04 pontos)

GABARITO

- a) Exsudato.
- b) Neoplasias, doenças do colágeno (artrite reumatoide, lupus, Síndrome de Sjogren, Granulomatose com poliangeite, Síndrome de Churg Strauss), pneumonia, pancreatite, tromboembolia pulmonar, quilotórax, ruptura de esôfago, tuberculose, derrame pleural induzido por drogas, derrame pleural parapneumônico.
- c) Sim.
Parâmetros: pH, glicose e LDH do líquido pleural, volume do derrame pleural, resposta insuficiente ao tratamento.
- d) Está indicada no seguimento do paciente se persistir dúvida quanto ao diagnóstico etiológico. Indicada principalmente em derrames pleurais exsudativos linfocíticos em que as principais suspeitas são neoplasias e tuberculose, além de



outras possibilidades como micoses, sarcoidose, doenças parasitárias.

10ª QUESTÃO – Paciente 65 anos, feminino, evoluindo há alguns meses com dispneia e dor torácica. TC de tórax apresentando espessamento pleural difuso à esquerda, perda de volume do hemitórax ipsilateral, calcificações pleurais em 1/3 inferior esquerdo, espessamento pleural nodular com envolvimento de pleura mediastinal, além de pequeno derrame pleural. Paciente refere ser trabalhadora do lar. História ocupacional do marido evidencia exposição a asbesto há cerca de 30 anos. Foram levantadas como hipóteses diagnósticas asbestose, mesotelioma maligno da pleura e tumor fibroso da pleura.

(Valor total: 16 pontos)

NOTA DA 10ª QUESTÃO	
Campo de preenchimento exclusivo pela comissão corretora da prova	

A) Dentre as hipóteses consideradas, qual é a mais provável?

(Valor: 04 pontos)

B) Cite 3 (três) indícios na história clínica e/ou achados tomográficos que corroboram a hipótese do item anterior.

(Valor: 04 pontos)

C) A exposição ambiental no caso em questão é relevante? Justifique.

(Valor 04 pontos)

D) Enumere 2 (dois) procedimentos adicionais ou exames de imagem que poderiam ser solicitados para definição do tratamento.

(Valor: 04 pontos)



GABARITO

- a) Mesotelioma maligno da pleura
- b) Idade, exposição prévia a asbesto, espessamento pleural difuso, espessamento nodular da pleura, acometimento da pleura mediastinal, derrame pleural, perda de volume do hemitórax acometido, calcificações pleurais, sintomatologia predominante dispneia e dor torácica.
- c) Sim. Geralmente, o período de latência entre o início da exposição e o desenvolvimento do mesotelioma de pleura é muito longo, de 30 a 40 anos, sendo descritos casos secundários a contato doméstico (contaminação passiva) com trabalhadores de indústrias de asbesto.
- d) RNM tórax, PET-CT, toracocentese associada a biópsia pleural, biópsia guiada por TC, videotoracoscopia, toracotomia, CTVA (cirurgia torácica videoassistida), mediastinoscopia, laparoscopia.

Campo de preenchimento exclusivo pela comissão corretora da prova	NOTA DA PROVA:	
	()

Assinatura do(s) Corretor(es): _____
