

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal Fundação Universidade de Brasília

PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Caderno de Prova Objetiva

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

1 Ao receber este caderno de prova, confira inicialmente se os seus dados pessoais e os dados do programa em que você se inscreveu, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado em sua folha de respostas. Confira, também, o seu nome e os dados do programa em que você se inscreveu em cada página numerada do seu caderno de prova. Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes à prova objetiva. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais, ou ao programa em que você se inscreveu, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.

2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado da sua folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Conforme previsto em edital, o descumprimento dessa instrução implicará a anulação da sua prova e a sua eliminação do processo seletivo.

- 3 Durante a realização da prova, não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal de sala.
- 4 Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer da prova — e ao preenchimento da folha de respostas.
- 5 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.
- 6 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno ou na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

OBSERVAÇÕES

- Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br — sac@cebraspe.org.br
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

Aplicação: 2016



GDF
Secretaria de
Estado de Saúde



Universidade de Brasília

cespe

Cebraspe

Centro Brasileiro de Pesquisa em Avaliação
e Seleção e de Promoção de Eventos

- Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.
- Em sua prova, caso haja item(ns) constituído(s) pela estrutura **Situação Hipotética: ... seguida de Assertiva: ...**, os dados apresentados como situação hipotética deverão ser considerados como premissa(s) para o julgamento da assertiva proposta.
- Eventuais espaços livres — identificados ou não pela expressão “Espaço livre” — que constarem deste caderno de prova poderão ser utilizados para anotações, rascunhos etc.

PROVA OBJETIVA

Com relação a tumores do mediastino em pacientes jovens (com idade entre vinte e trinta anos) do sexo masculino, julgue os itens seguintes.

- 1 Entre os tumores de células germinativas que acometem o mediastino, os mais comuns são os do tipo não seminomatosos.
- 2 A doença de Castleman, também chamada de hiperplasia linfonodal, é uma enfermidade rara cuja variante mais comum é a forma hialinovascular.
- 3 Em caso de tumores benignos da goteira paravertebral esquerda, um possível complicador para a ressecção é a lesão medular.
- 4 A tomografia de tórax com contraste é o exame mais indicado para avaliação do quadro clínico de pacientes com suspeita de tumor do mediastino.
- 5 A avaliação dos níveis de alfa-feto-proteína, beta-HCG e DHL serve de parâmetro para diagnóstico, e, caso os resultados sejam positivos, eles serão indicativos de presença de tumores de células germinativas.
- 6 De todas as lesões císticas mediastinais, os cistos enterógenos são os que geralmente exibem calcificação e situam-se à esquerda no tórax.

Uma mulher com quarenta e cinco anos de idade, vítima de acidente automobilístico com colisão frontal, foi admitida no pronto-socorro com enfisema subcutâneo importante e dispneia moderada. Na drenagem de tórax, apresentou e manteve fuga aérea importante pelo dreno, e o resultado da radiografia de tórax não mostrou reexpansão pulmonar.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 7 Se não houver expansão pulmonar, a avaliação endoscópica da via aérea deve ser indicada para a paciente do caso clínico em questão.
- 8 Em caso de laceração traqueobrônquica intratorácica, o tratamento com colocação de endoprótese na referida paciente é a opção menos invasiva e a que apresenta melhores resultados.
- 9 O procedimento mais adequado para essa paciente é a entubação simples para expandir o pulmão com pressão positiva.
- 10 A colocação de dreno em aspiração contínua pode agravar os sintomas dessa paciente.

Um paciente de quarenta anos de idade foi admitido no pronto socorro com dispneia importante e estridor de início recente. O médico constatou que ele já havia sido internado por cinquenta dias em UTI, devido ao quadro de asma de difícil controle, o qual demandou processo de entubação por dez dias. O paciente relatou ainda que havia usado medicações inalatórias sem sucesso.

Acerca do caso clínico apresentado, julgue os itens subsequentes.

- 11 Caso seja constatada estenose no referido paciente, o tratamento cirúrgico com ressecção e anastomose nessa fase é o mais indicado, por ter resolução definitiva.
- 12 As entubações de até dez dias a que o paciente fora submetido não provocam lesão de via aérea.
- 13 O estridor manifestado por esse paciente pode sugerir quadro de estenose traqueal e deve ser investigado com exames de imagem tomográfica e(ou) endoscopia respiratória.

Um paciente do sexo masculino com vinte e sete anos de idade compareceu ao atendimento médico apresentando quadro de pneumonia de repetição, tosse crônica e hemoptoico, e portando exame de tomografia de tórax que evidenciava área de bronquiectasia em segmento posterior de lobo inferior esquerdo. O paciente não relatou outras queixas.

Com relação a esse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 14 A pneumonia de repetição manifestada pelo paciente pode ser decorrente de um tumor carcinoide, o qual pode liberar serotonina e causar síndrome carcinoide.
- 15 Nessa situação, para se preservar o parênquima pulmonar do paciente, deve-se evitar a lobectomia com esvaziamento linfonodal hilar e(ou) mediastinal, caso seja detectado um tumor carcinoide.
- 16 Entre os diagnósticos diferenciais para esse paciente, o sequestro pulmonar é o mais comum.
- 17 O referido paciente deve ser submetido a avaliação por endoscopia respiratória que, nesse caso, é mandatória.
- 18 Independentemente de os tumores traqueais ou brônquicos serem benignos ou malignos, sua ressecção e(ou) desobstrução devem ser sempre indicadas, principalmente nos casos clínicos como o do paciente em tela.

Um paciente em estadiamento de neoplasia de pulmão apresentou aumento dos gânglios mediastinais ipsilaterais à lesão de 4 cm em lobo superior esquerdo nas cadeias subcarinal e janela aortopulmonar. Não houve evidência tomográfica de metástases à distância.

No que se refere a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 19 Caso seja indicada a mediastinoscopia cervical, a biópsia do gânglio subcarinal negativa deverá ser suficiente para indicar cirurgia curativa a esse paciente.
- 20 Nesse caso a avaliação por EBUS-ultrassom endobrônquico constitui a técnica mais moderna, menos invasiva e suficiente para o estadiamento desse paciente.

Uma paciente com setenta e oito anos de idade, ex-tabagista há vinte anos, hipertensa, com obesidade leve e DPOC compareceu ao hospital para avaliação de nódulo pulmonar indeterminado de 14 mm em lobo superior direito de bordas lobuladas, periférico e semissólido. Exames de imagem realizados dez meses antes dessa avaliação identificaram nódulo com 13 mm e aumento de 50% do componente sólido.

Com relação a esse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 21 O crescimento da parte sólida do nódulo descrito nesse caso clínico, mesmo com baixa captação no PET – TC, indica investigação por biópsia.
- 22 A realização de PET – TC não captante ou captação menor que 2,5 SUV nessa paciente é um indicativo de benignidade sem indicação de biópsia.
- 23 Caso seja constatada malignidade, e considerando a faixa etária e as comorbidades apresentadas pela paciente, o tratamento mais indicado é a radioterapia.
- 24 Se a biópsia percutânea evidenciar áreas de metaplasia e pneumonite inespecífica, exclui-se a necessidade de intervenção cirúrgica nessa paciente.
- 25 A melhor opção de cirurgia para essa paciente, devido à sua idade avançada, é a segmentectomia em cunha.

Paciente pós-operatório tardio de lobectomia pulmonar superior direita por arpergilose pulmonar consequente à seqüela de tuberculose evoluiu com tosse, hemoptoico e vômito. Exames de imagem mostraram nível hidroaéreo no tórax com septações.

Acerca desse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 26 O tratamento prévio com radioterapia na região do brônquio desse paciente não aumenta a incidência de fistula.
- 27 Nesse caso, a principal suspeita é de empiema tuberculoso.
- 28 Caso seja constatado empiema pleural com fistula broncopleural, esse paciente deverá ser submetido a tratamento de drenagem da cavidade pleural para controle de infecção.
- 29 A realização de broncoscopia nesse paciente serve de parâmetro para a elaboração do diagnóstico de fistula broncopleural, e o primeiro passo para o tratamento é abordagem com rafia da fistula.
- 30 A presença de coto brônquico longo no pós-operatório de lobectomias é um importante fator na incidência de fistula broncopleural.

Um paciente tabagista de sessenta e cinco anos de idade foi submetido a exame de tomografia de tórax para se investigar dor torácica. Os achados no exame mostraram presença de um nódulo pulmonar sólido e não calcificado, de 2 cm, no lobo superior do pulmão direito.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 31 Nódulos sólidos com diâmetro maior do que 8 mm, como o detectado nos exames do referido paciente, devem ser submetidos a PET – CT ou a biópsia.
- 32 O diagnóstico de câncer nesse paciente não depende de biópsia caso o resultado do PET – CT apresente hipermetabolismo no nódulo e o valor do SUV esteja acima de 3,5.
- 33 Caso o resultado da espirometria mostre VEF 1 de 80% do previsto, esse paciente poderá ser submetido à lobectomia sem a necessidade de outros exames de função pulmonar.
- 34 Os achados nesse paciente podem representar um câncer de pulmão em estágio inicial.

Paciente de dezoito anos de idade foi admitido no serviço de emergência em decorrência de dor torácica súbita e de dispnéia. Ao exame físico, estava lúcido, orientado e com murmúrio vesicular e frêmito toracovocal diminuídos à direita; traqueia desviada para a esquerda; PA = 80 mmHg × 50 mmHg; FC = 110 bpm; e SpO₂ em repouso = 82%.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens seguintes.

- 35 Em pacientes do sexo feminino, a linfangioleiomiomatose pode manifestar-se como pneumotórax espontâneo.
- 36 Pneumotórax catamenial poderia ser o diagnóstico deste paciente, caso fosse homem.
- 37 A principal hipótese para o diagnóstico desse paciente é pneumotórax espontâneo.
- 38 O paciente do referido caso clínico deve ser submetido à drenagem torácica, mesmo sem prévia confirmação radiológica, visto que apresenta instabilidade hemodinâmica e hipoxemia.
- 39 Caso a drenagem torácica evolua com dreno borbulhante por tempo superior a sete dias, não há risco adicional de desenvolvimento de empiema pleural.

No que se refere à pneumonia com derrame pleural, julgue os itens subsequentes.

- 40 Pacientes com abscesso pulmonar que não apresentem melhora confirmada nos exames radiológicos após quatro semanas de tratamento com antibióticos, ou com hemoptise, são candidatos à cirurgia de ressecção pulmonar.
- 41 A tuberculose pleural é geralmente detectada devido à presença de *baar* no líquido pleural.
- 42 A confirmação da presença de uma lâmina de derrame pleural maior que 1 cm nos raios X do tórax em decúbito lateral (*laurell*) exige a realização de toracocentese diagnóstica.
- 43 A presença de quilomícrons isoladamente no líquido pleural determina a existência de um quilotórax.
- 44 A cirurgia é desnecessária em pacientes cuja tomografia do tórax evidencie a presença de derrame parapneumônico multiloculado e de encarceramento pulmonar.

Acerca das doenças que acometem a traqueia, julgue os itens que se seguem.

- 45 A traqueomalácia e a estenose traqueal têm como causa comum o uso indiscriminado de tubos orotraqueais sem o controle da pressão do balonete.
- 46 A atresia de esôfago raramente está relacionada a defeitos traqueais congênitos como, por exemplo, a fístula traqueoesofágica.
- 47 O tratamento inicial da estenose traqueal adquirida, após uma traqueostomia, consiste na realização de sucessivas dilatações por meio de broncoscopia.
- 48 O carcinoma escamoso é o tumor maligno mais comum da traqueia.

Acerca da miastenia, julgue os itens a seguir.

- 49 A presença de invasão do pericárdio pelo timoma justifica o uso de radioterapia pós-operatória.
- 50 O diagnóstico de miastenia grave pode ser confirmado pela eletroneuromiografia e pela dosagem de anticorpos anti-*Ach*.
- 51 Pacientes com miastenia relacionada à timoma devem ser submetidos à timectomia.
- 52 Pacientes com timoma podem desenvolver síndromes paraneoplásicas, como a aplasia pura da série vermelha.
- 53 É raro encontrar tecido tímico ectópico na gordura mediastinal.

Com relação às doenças que ocorrem no esôfago, julgue os itens subsequentes.

- 54 O adenocarcinoma é um tipo de tumor maligno de esôfago predominantemente detectado em pacientes com sobrepeso e refluxo gastroesofágico.
- 55 A cardioplastia a *Thal-hatafuku* é uma das opções cirúrgicas para pacientes com megaesôfago chagásico de grau III.
- 56 A ocorrência do divertículo de Zencker é comum em pacientes jovens.

Um homem vítima de politraumatismo após acidente automobilístico foi levado pelos bombeiros ao serviço de emergência de um hospital apresentando insuficiência respiratória. No exame físico inicial, observou-se um provável hemotórax à direita.

Com relação a esse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 57 A cricotireoidostomia deve ser utilizada quando houver dificuldades para intubação orotraqueal. Caso seja necessário manter o paciente sob ventilação mecânica, a cricotireoidostomia deve ser convertida para traqueostomia.
- 58 A primeira intervenção a ser realizada nesse paciente é a drenagem torácica à direita seguida de controle da via aérea.
- 59 Se após a drenagem torácica desse paciente for constatada a saída de 2 litros de sangue, ele deverá ser conduzido ao centro cirúrgico para a realização de toracotomia.
- 60 Para o primeiro atendimento do referido paciente, é fundamental a obtenção de um acesso venoso central.

Acerca da avaliação pré-operatória em cirurgia torácica, julgue os itens que se seguem.

- 61 O melhor indicador da ventilação alveolar é a pressão parcial de oxigênio no sangue arterial (PaO_2).
- 62 Diferentemente do que ocorre na espirometria, o estudo radiológico do tórax acrescenta informações que não são detectadas na história clínica e no exame físico dos pacientes.
- 63 O principal fator determinante para complicações pulmonares pós-operatórias é a presença prévia de disfunção pulmonar.
- 64 Na espirometria, os parâmetros mais relevantes para a avaliação pré-operatória são o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), a capacidade vital forçada (CVF) e a relação VEF1/CVF.
- 65 Do ponto de vista de função pulmonar, pacientes que apresentem VEF1 de um litro podem ser considerados aptos a qualquer tipo de ressecção pulmonar, até mesmo a uma pneumonectomia.

Com relação às complicações pleurais da cirurgia pulmonar, julgue os itens subsequentes.

- 66 A fístula broncopleural, definida como comunicação entre o espaço endobrônquico e a cavidade pleural, pode ocorrer em qualquer etapa após a ressecção pulmonar, porém é mais frequente nas primeiras duas semanas após a cirurgia.
- 67 Pacientes que apresentem caso agudo de fístula broncopleural e tosse com expectoração volumosa devem ser submetidos imediatamente a uma toracostomia com drenagem fechada e, após a cirurgia, colocados em decúbito lateral sobre o lado oposto da cirurgia.
- 68 O quadro clínico de empiema pleural pós-operatório sem fístula broncopleural é, geralmente, insidioso e acompanhado por sinais e sintomas inespecíficos.
- 69 O período de maior risco para o desenvolvimento da atelectasia, complicação respiratória mais frequente nas cirurgias pulmonares, é a partir do terceiro dia pós-operatório.
- 70 Detectada a atelectasia, não deve ser postergada a broncoscopia flexível em casos de pacientes hipoxêmicos, com precária reserva funcional, nem naqueles que não respondem de maneira satisfatória ao tratamento conservador, nos quais haja suspeita de “rolha” brônquica.

No que se refere às complicações pulmonares relacionadas à cirurgia torácica, julgue os seguintes itens.

- 71 O aumento da permeabilidade capilar, a diminuição da reabsorção linfática do fluido intersticial e a sobrecarga hídrica perioperatória são os principais fatores da fisiopatologia do edema pulmonar.
- 72 O sinal mais precoce de barotrauma é a presença de enfisema mediastinal causado pela ruptura dos alvéolos pulmonares distais com escape aéreo para o interstício.
- 73 O edema pulmonar de reexpansão, caracterizado clinicamente pela saída de secreção serosa pelas vias aéreas, acompanhada de hipoxemia e taquiarritmias, pode se manifestar imediatamente depois da reexpansão pulmonar ou em até três dias subsequentes à drenagem torácica.
- 74 A laceração da traqueia ou do brônquio principal pela intubação seletiva é rara, mas, quando ocorre, a lesão geralmente se localiza na parede anterior ou lateral, acarretando enfisema mediastinal ou fistula esofagotraqueal.
- 75 Nas toracotomias, a hipoxemia pode ocorrer devido ao *shunt* arteriovenoso que se estabelece no pulmão ou no lobo contralateral, que está em posição mais dependente, no momento que se interrompe a ventilação no pulmão que está sendo operado.

No que concerne às estenoses traqueais benignas, julgue os próximos itens.

- 76 A obstrução do ramo distal do tubo em T por “rolha” de secreção é a principal e a mais grave complicação do tubo em T.
- 77 A maneira correta de se evitar a obstrução do ramo distal do tubo em T, por “rolha” de secreção, é a manutenção do ramo horizontal (externo) aberto o máximo possível.
- 78 Na maioria dos pacientes, as estenoses traqueais são ressecadas por meio da incisão cervical associada à esternotomia mediana parcial.
- 79 A dissecação da área estenosada deve ser realizada rente à parede traqueal, o que afasta os nervos laríngeos superiores e diminui acentuadamente o risco de lesá-los.
- 80 A complicação tardia — maior ou igual a trinta dias — mais frequente da traqueoplastia é a reestenose traqueal, que resulta de falhas técnicas na execução do procedimento.
- 81 O exame de imagem mais indicado para a avaliação da estenose traqueal é a tomografia computadorizada helicoidal do pescoço e do tórax, com reconstrução da laringe e da traqueia.

Acerca da anatomia cirúrgica do esôfago, julgue os itens a seguir.

- 82 O esôfago apresenta três estreitamentos anatômicos: o cricofaríngeo, em nível de C4; o aorticobrônquico, em nível de T2 e T3; e o diafragmático, em nível de T7 ou T8.
- 83 O esôfago de uma pessoa adulta mede de 35 cm a 40 cm e descreve um trajeto pouco sinuoso, atravessando sucessivamente a região cervical profunda, o mediastino posterior e a região celíaca.
- 84 No plano sagital, o esôfago descreve curva de concavidade posterior, menos marcada que a curva da coluna vertebral dorsal.

Com relação às estenoses corrosivas, julgue os itens subsecutivos.

- 85 O tratamento da esofagite corrosiva é, a princípio, conservador, devendo incluir dilatações endoscópicas seriadas com o objetivo de manter a integridade do trânsito na via digestiva natural.
- 86 Os procedimentos cirúrgicos de substituição do esôfago devem ser reservados aos casos de insucessos no tratamento clínico conservador.
- 87 As lesões decorrentes da ingestão de cáustico podem comprometer a boca, faringe, laringe, o esôfago, estômago, duodeno, jejuno, ou a combinação desses órgãos ou dessas vísceras.
- 88 Bases fortes tendem a ser mais fluidas e com menor viscosidade quando comparadas com os ácidos fortes.
- 89 Ácidos fortes tendem a produzir queimaduras mais profundas — que envolvem potencialmente todas as camadas de tecido visceral — do que bases fortes.
- 90 Ao contrário do que ocorre na esofagite cáustica, na qual a esofagectomia é opcional, a ressecção do segmento gástrico afetado nos casos de gastrite corrosiva é mandatória.

No que se refere à anatomia do tórax, julgue os seguintes itens.

- 91 O nervo frênico à direita tem posição lateral à veia cava superior e passa posteriormente ao hilo pulmonar antes de atingir o diafragma.
- 92 O segmento ausente no pulmão esquerdo é o segmento medial 7.
- 93 O brônquio fonte esquerdo é mais longo que o direito, e a artéria pulmonar esquerda é mais longa que a direita.
- 94 O ducto torácico cruza da direita para a esquerda na altura da quinta vértebra torácica e ascende à esquerda sendo tributário da veia subclávia esquerda.

Acerca do estadiamento do câncer de pulmão, julgue os itens a seguir.

- 95 A presença de nódulo em lobo diferente do lobo do tumor primário é um indicativo para a classificação da lesão como T4 quando do mesmo lado.
- 96 Tumor de 5,5 cm é classificado como T2.
- 97 O estágio I é subdividido em Ia (mi), Ia, Ib e Ic.
- 98 Na classificação T3, a invasão mediastinal não mais existe como descritor.

Paciente de cinquenta e cinco anos de idade, fumante de 45 anos/maço, procurou um pneumologista para avaliação e tentativa de interromper o hábito do tabagismo. O paciente apresentava o seguinte quadro clínico: tosse eventual — ora seca, ora com expectoração clara — e ausência de dor torácica, dispnéia ou hemoptise.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 99 Para o paciente desse caso clínico, deve ser indicada tomografia computadorizada de tórax de baixa dose.
- 100 A radiografia simples de tórax, exame válido para *screening* de carcinoma broncogênico, deve ser indicada para o paciente do referido caso clínico.
- 101 A ressonância magnética do tórax substitui o PET, quando houver indicação destes exames, por ter menor custo.
- 102 Para iniciar a avaliação desse paciente, o primeiro procedimento do médico é solicitar o exame PET – CT.

A respeito de afecções pleurais, julgue os itens subsequentes.

- 103** São critérios de *Light*: proteína acima de 3,0 g%; DHL acima de 350 UI/L; e relação DHL pleura/DHL plasma > 0,6.
- 104** O pH do líquido pleural $\leq 7,1$ indica formalmente drenagem no derrame parapneumônico complicado.
- 105** A dosagem de ADA é mandatória na avaliação do derrame pleural em pacientes com suspeita de tuberculose e câncer.
- 106** Todo paciente com derrame pleural deve ser submetido à toracocentese, se não para diagnóstico, ao menos para aferir o derrame na dispneia do paciente.
- 107** Pancreatite aguda, artrite reumatoide e atelectasia lobar são causas de exsudato pleural.

Acerca das lesões expansivas mediastinais, julgue os seguintes itens.

- 108** Existem tumores primários de células germinativas de mediastino que representam 10% a 15% do total dessas lesões.
- 109** 15% dos linfomas são exclusivos do mediastino anterior e, nessa condição clínica, é indicada a ressecção cirúrgica.
- 110** A maioria dos tumores de bainha de nervo periférico no mediastino posterior é maligna, e o fato de estarem esses tumores associados à doença de von Recklinghausen significa bom prognóstico.
- 111** A doença de Castleman, ou hiperplasia angiofolicular, é uma afecção que comumente ocorre no mediastino, podendo aparecer tanto no compartimento anterior quanto em áreas de linfonodos.
- 112** Os timomas são comuns no compartimento anterior e, em 70% das vezes, cursam associados à miastenia grave.

Paciente de setenta e cinco anos de idade, fumante de 40 anos/maço, apresentou nódulo em lobo superior de pulmão direito, na medular, espiculado, com 2 cm em seu maior eixo e com resultado do PET mostrando linfadenomegalia com captação em hilo direito e na lesão. O SUV da lesão foi de 5,5.

Com relação a esse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 113** Um VEF1 de 80% do previsto permite a lobectomia superior direita no referido paciente.
- 114** Nesse caso, a punção guiada por tomografia é mandatória para a decisão terapêutica.
- 115** A mediastinoscopia nesse paciente não é mandatória, pois não há linfonodos mediastinais evidenciados ao exame de PET.

Considerando os critérios para a retirada do dreno de tórax, julgue os itens que se seguem.

- 116** Um dos critérios para a retirada do dreno de tórax é a drenagem inferior a 100 mL em vinte e quatro horas.
- 117** Ausência de fuga aérea e pulmão expandido à radiografia de tórax, com exceção de derrame loculado e dreno não funcionante (sem oscilação), são critérios para a retirada do dreno de tórax.

A toracotomia no trauma de tórax é indicada caso haja

- 118** diagnóstico de hérnia diafragmática aguda.
- 119** drenagem igual ou maior que 1.500 mL e instabilidade hemodinâmica.
- 120** drenagem maior que 200 mL nas primeiras duas a três horas após a drenagem inicial por hemotórax traumático.

Espaço livre

RASCUNHO



 **cespe**

 **Cebraspe**
Centro Brasileiro de Pesquisa em Avaliação
e Seleção e de Promoção de Eventos

