

QUESTÃO 01

Qual o fator contribuinte mais provável para embolia pulmonar numa paciente de 40 anos de idade, previamente saudável, sem história de trauma recente, uso de medicação ou viagem, não fumante e sem uso de anticoncepcional. Tem história de trombose venosa profunda durante sua primeira gravidez e embolia pulmonar após histerectomia, há mais ou menos 20 e 2 anos respectivamente. Sua mãe morreu subitamente aos 57 anos de idade.

- A) Mutação do fator V Leiden.
- B) Deficiência de proteína C.
- C) Tumor maligno oculto.
- D) Síndrome do anticorpo antifosfolípido.
- E) Carcinoma broncogênico.

QUESTÃO 02

Na suspeita de doença pulmonar associada a uma colagenose, é necessária a realização de um *screening* laboratorial. É **correto** afirmar:

- A) A positividade do FAN varia de 30% no lupus eritematoso sistêmico até 95% na artrite reumatóide.
- B) O FR é patognomônico da artrite reumatóide, só estando positivo nesta entidade.
- C) A pesquisa do anticorpo anticitrulino aumenta a especificidade do diagnóstico da artrite reumatóide e é mais precoce.
- D) O anti-Jo-1 deve ser feito na suspeita de esclerose sistêmica porque é um marcador de doença pulmonar intersticial.
- E) O anticorpo anticentromero é um marcador de doença vascular na polimiosite/dermatomiosite.

QUESTÃO 03

As doenças pulmonares no hospedeiro imunocomprometido permanecem como maiores causas de morbidade e mortalidade. O termo é aplicado para uma variedade de pacientes com defeitos diferentes em suas defesas. **Não** se pode afirmar que:

- A) Atualmente, microorganismo gram positivo causa bacteriemia em pacientes neutropênicos mais freqüentemente do que os microorganismos gram negativos.
- B) A infecção por fungos, como *Aspergillus sp* ocorre tardiamente no curso da neutropenia.
- C) Pacientes com defeitos na função de linfócitos B estão predispostos à infecção pulmonar com patógenos encapsulados, principalmente *S. pneumoniae*, *H. influenzae*.
- D) A imunidade mediada por células T protege contra infecções por patógeno intracelulares.
- E) No transplante de órgão sólido a emergência de patógenos oportunistas é precoce, ocorrendo predominantemente no curso do primeiro mês.

QUESTÃO 04

Paciente de 39 anos de idade procura serviço médico referindo febre, artralgia, anorexia, perda de peso; relata também congestão nasal com drenagem de secreção pio-sanguinolenta. Ao exame, encontra-se hipocorada +/4+, hidratada, ausculta pulmonar normal. A radiografia do tórax mostra vários nódulos pulmonares, sendo um deles com cavitação. O resultado do teste de anticorpo citoplasmático antineutrófilo clássico é positivo. Apresentava alterações na prova de função renal. Outros exames de laboratoriais revelaram anemia normocrômica, trombocitose e leve leucocitose. O VSH estava muito elevado e o FR positivo em titulação baixa. RX de seios da face com velamento dos seios frontais e maxilares e a biópsia da lesão da narina direita evidenciou vasculite granulomatosa necrozante. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Púrpura de Henoch-Schönlein.
- B) Síndrome de Goodpasture.
- C) Granulomatose de Wegener.
- D) Doença de Berger.
- E) Poliangiite microscópica.

QUESTÃO 05

São drogas com potencial de causar broncoespasmo, já fartamente documentado na literatura:

- A) Amiodarona, inibidores da enzima conversora de angiotensina e nitrofurantoina.
- B) Inibidores da enzima conversora de angiotensina, captopril e morfina.
- C) Captopril, metotrexato e amiodarona.
- D) Nitrofurantoina, captopril e ciclofosfamida.
- E) Metotrexato, morfina e L-triptofan.

QUESTÃO 06

Quais das drogas abaixo são exemplos de drogas úteis e seguras no manejo anestésico de portadores de asma?

- A) Anestésicos inalatórios derivados do halotano e tio barbitúricos.
- B) Ketamina e d-tubocurarina.
- C) Propofol e anestésicos inalatórios derivados do halotano.
- D) Ketamina e propofol.
- E) D-tubocurarina e tiobarbitúrico.

QUESTÃO 07

Na avaliação do risco operatório nas ressecções do parênquima pulmonar em pacientes com câncer de pulmão não se pode afirmar que:

- A) O sexo do doente, a presença de obesidade e o tipo histológico do câncer não têm sido associados ao desenvolvimento de complicações pós-operatórias.
- B) A comprovação, na broncoscopia, da obstrução total da luz de um segmento indica que ele já não participa da ventilação e, portanto, o doente não sofrerá perda funcional com sua exérese.
- C) A hipercapnia é um preditor de complicações pulmonares isoladamente, e deve contra-indicar a exérese do parênquima mesmo que o doente seja capaz de realizar esforço físico.
- D) A pressão média da artéria pulmonar > 30 mmHg no exercício e 25 mmHg repouso reflete baixa reserva cardíaca para suportar grandes ressecções.
- E) A presença de DPOC e/ou cardiopatia, a quantidade de tecido extirpado e a reserva cardiopulmonar do candidato à ressecção são as variáveis mais importantes na avaliação da operabilidade.

QUESTÃO 08

A suspeita clínica que deve estar em mente quando estamos diante de paciente com asma grave, associado à rino-sinusite crônica e pólipos, eosinofilia persistente, infiltrados pulmonares transitórios, com ou sem cardiomegalia no RX de tórax e sinais de comprometimento multisistêmico, como dores articulares, mialgias, mal estar, neuropatia, febre e perda de peso, é:

- A) Granulomatose de Wegener.
- B) Hipereosinofilia idiopática.
- C) Pneumonia eosinofílica crônica.
- D) Síndrome de Churg-Strauss.
- E) Poliarterite nodosa.

QUESTÃO 09

Na granulomatose de células de Langerhans (granuloma eosinofílico), é correto afirmar:

- A) Só 15% dos pacientes são sintomáticos.
- B) Em 97% dos casos ocorre em pacientes não fumantes.
- C) A função pulmonar mostra padrão predominantemente restritivo.
- D) A eosinofilia tissular é vista em torno de 81% das biópsias pulmonares, enquanto a eosinofilia no lavado broncopulmonar esta em torno de 15% e a eosinofilia sanguínea não esta presente.
- E) Pneumotórax ocorre em 80% dos casos.

QUESTÃO 10

Em relação à Pneumonia eosinofílica aguda e crônica é correto afirmar

- A) A pneumonia eosinofílica aguda responde rápido ao tratamento com corticóide, mas deve-se manter o tratamento por tempo prolongado devido a recaída freqüente com a retirada do mesmo.
- B) A pneumonia eosinofílica crônica caracteriza pela ausência de eosinofilia periférica, mantendo importante eosinofilia tissular.
- C) Tanto a pneumonia eosinofílica crônica como a aguda apresenta resposta rápida ao uso de corticóide, sendo que a recaída com a retirada do corticóide ocorre só na pneumonia eosinofílica crônica.
- D) A pneumonia eosinofílica crônica apresenta a clássica imagem negativa do edema pulmonar em 90% dos casos
- E) A história de asma de longa data na pneumonia eosinofílica crônica.

QUESTÃO 11

Nas principais broncopneumonias eosinofílicas parasitárias, o comportamento da eosinofilia sanguínea é:

- A) Transitória na ascaridíase e esquistossomíase.
- B) Flutuante na estrogiloidíase e ascaridíase.
- C) Persistente na esquistossomíase e filariose.
- D) Persistente na toxocara e estrogiloidíase.
- E) Flutuante na ascaridíase e toxocara.

QUESTÃO 12

As principais características dos estágios da aspergilose broncopulmonar alérgica são:

- A) No estágio agudo, a administração do corticóide resulta na resolução das anormalidades radiológicas, controle dos sintomas da asma, mas persistência dos níveis elevados de IgE.
- B) No estágio de remissão a manutenção do corticóide resulta controle dos sintomas, ausência de alterações radiológicas, e IgE normal.
- C) No estágio de exacerbação, o paciente pode ter sintomas similares ao estágio agudo ou podem ser assintomáticos, apresentando somente elevação de IgE ou novos infiltrados pulmonares.
- D) No estágio de asma corticóide-dependente, o tratamento com corticóide visa o controle dos níveis de IgE.
- E) Estudo retrospectivo tem demonstrado que o uso prolongado de corticóide em fase precoce não altera sua evolução para o estágio de fibrose.

QUESTÃO 13

Pneumoconioses são doenças pulmonares causadas pela inalação de poeira e sua conseqüente reação tissular. São classificadas em fibrinogênica e não-fibrinogênica. Provoca Pneumoconioses fibrinogênicas a exposição a:

- A) Sílica, ferro, carvão e bário.
- B) Ferro, estanho, bário e sílica.
- C) Estanho, ferro, asbesto e poeira mista.
- D) Sílica, asbesto, carvão e poeira mista.
- E) Rocha fosfática, carvão, sílica e asbesto.

QUESTÃO 14

Em relação à fibrose pulmonar idiopática (FPI), todas as afirmativas abaixo estão corretas, exceto:

- A) As causas mais comuns, além da FPI, de doenças intersticiais fibrosantes são: pneumonia de hipersensibilidade, sarcoidose, pneumonia intersticial inespecífica.
- B) O achado histopatológico de pneumonia intersticial usual (PIU) não é patognomônico de FPI.
- C) Um dos 4 critérios maiores para o diagnóstico clínico de FPI é a presença de estertores tele inspiratório (“em velcro”).
- D) A presença de faveolamento é um importante “marcador” para FPI.
- E) Baqueteamento digital indica pior prognóstico em pacientes com FPI.

QUESTÃO 15

Qual dos seguintes testes apresenta maior probabilidade de ser positivo no momento da admissão do paciente no hospital com suspeita de pneumonia por Legionella?

- A) Cultura do escarro para Legionella em meio seletivo.
- B) Teste de fluorescência direta dos anticorpos no escarro para detecção de Legionella.
- C) Teste de antígeno urinário para Legionella.
- D) Titulação sérica aguda anticorpos da Legionella.
- E) Estudo de pesquisa de DNA no lavado broncoalveolar.

QUESTÃO 16

Paciente do sexo masculino, 22 anos de idade procura atendimento médico devido à tosse seca e dor torácica subesternal atípica que aumentou de intensidade nos últimos meses. Nega astenia e perda de peso. É fumante há 8 anos, em média 40 cigarros/dia. Exame físico normal e RX de tórax mostram massa no mediastino médio. A etiologia mais provável é:

- A) Tireóide intratorácica.
- B) Cisto pericárdico.
- C) Lipoma.
- D) Timoma.
- E) Cisto broncogênico.

QUESTÃO 17

Em relação à bronquiolite obliterante com pneumonia organizante (BOOP), todas as afirmativas abaixo estão corretas, exceto:

- A) Quadro subagudo com infiltrados migratórios e boa evolução clínica com o uso de corticóide são a variante clinico-patológica mais comum.
- B) A presença de célula gigante, no histopatológico, torna a BOOP um achado secundário.
- C) A forma radiológica nodular de BOOP seria outra manifestação muito freqüente da pneumonia de hipersensibilidade.
- D) A BOOP de evolução desfavorável pode estar associada à colagenose e drogas.
- E) A evolução da BOOP pode ser rapidamente progressiva ou fulminante, semelhante à pneumonia intersticial aguda.

QUESTÃO 18

Paciente do sexo feminino, 45 anos de idade, morena, é atendida com queixa de tosse. Nega febre e dor torácica. Refere dispnéia aos moderados esforços, e perda de 3 kg nos últimos 4 meses. Usou antibiótico, antitussígeno e corticóide inalatório sem melhora. Fumou 20 cigarros/dia por mais de 10 anos, mas deixou há 15 anos. Ao exame físico, afebril, com sinais vitais normais. Leucograma com 3.900/mm³ com eosinofilia de 9%. Teste de mantoux negativo. RX de tórax mostra adenopatia hilar bilateral e infiltrado pulmonar. O diagnóstico mais provável é:

- A) Infecção pelo Mycobacterium avium.
- B) Sarcoidose.
- C) Pneumonite por hipersensibilidade.
- D) Doença pulmonar intersticial induzido por droga.
- E) Linfoma de Hodgkin.

QUESTÃO 19

O padrão de imagem de pavimentação em mosaico vista na tomografia computadorizada do tórax de alta resolução pode ser encontrado em todas as doenças abaixo, exceto:

- A) Edema pulmonar cardiogênico.
- B) Tuberculose miliar.
- C) Carcinoma bronquíolo-alveolar.
- D) Proteinose alveolar.
- E) Pneumonia intersticial aguda.

QUESTÃO 20

Paciente do sexo masculino 27 anos de idade, sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência adquirida, apresentando febre, dispnéia progressiva, dor torácica e tosse seca. A tomografia do tórax mostra padrão de pavimentação louca (crazing-paving) que corresponde à concomitância de vidro fosco com espessamento septal. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Sarcoma de Kaposi.
- B) Tuberculose miliar.
- C) Pneumocistose.
- D) Pneumonia bacteriana.
- E) Linfoma.

QUESTÃO 21

Paciente do sexo masculino, 30 anos de idade, agricultor, foi internado referindo dispnéia aos pequenos esforços. Previamente hígido, quando apresentou quadro de dispnéia, tosse, febre e anorexia de início súbito há mais ou menos 5 meses atrás. Medicado com antibiótico com melhora parcial. Negava tabagismo. RX de tórax, hemograma, função renal e hepática, ecocardiograma normais. Sorologia para HIV negativa. Prova de função pulmonar mostrava um padrão ventilatório do tipo obstrutivo moderado com volume residual de 82%, capacidade pulmonar total de 75% e difusão de monóxido de carbono de 92%. A gasometria arterial mostrava um PaO₂ de 56 mmHg e PaCO₂ de 32 mmHg. A cintilografia pulmonar de perfusão com diversas áreas de hipoperfusão subsegmentar em ambos os pulmões e a cintilografia de ventilação com hipoventilação concomitante nas áreas de hipoperfusão. A tomografia computadorizada do tórax de alta resolução mostrou opacidades em vidro despolido na periferia de ambos os pulmões, com padrão em mosaico. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Alveolite alérgica extrínseca.
- B) Sarcoidose.
- C) Tromboembolismo.
- D) Pneumonia eosinofílica crônica.
- E) Paracoccidiodomicose.

QUESTÃO 22

Qual a melhor conduta a ser tomada no caso de uma paciente com história pregressa de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar, com ecocardiograma com pressão sistólica da artéria pulmonar de 50 mmHg, que aos 4 meses da anticoagulação oral, sem problemas, assintomática, engravidou novamente?

- A) Continuar com o cumarínico mantendo o INR em torno de 2 a 3.
- B) Interromper o anticoagulante oral e manter a paciente sob observação, usando meias elásticas de compressão graduada.
- C) Suspender o cumarínico e colocar um filtro de veia cava inferior.
- D) Substituir a medicação cumarinica por uma das formas de heparina em doses profiláticas, mantendo-a durante toda a gravidez.
- E) Substituir a medicação cumarinica em uso por uma das formas de heparina, em dosagem terapêutica, mantendo-a até o início do trabalho de parto.

QUESTÃO 23

Paciente do sexo masculino, 60 anos de idade, diabético tipo II, hipertenso, está hospitalizado há 10 dias devido à extensa pneumonia adquirida na comunidade. Vem apresentando melhora progressiva tanto clínica como radiológica. Apresentam quadro súbito de dor torácica, pleurítica, contralateral e dispnéia. Os sinais vitais estão estáveis. Esta recebendo profilaxia para trombose venosa profunda (TVP) com heparina de baixo peso. Diante da suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP), foram realizados gasometria arterial, eletrocardiograma (ECG) e dosagem de Dímero, todos normais. Cintilografia pulmonar de perfusão e ventilação concluiu por baixa probabilidade de TEP. Qual das afirmativas abaixo está incorreta?

- A) Apesar da baixa probabilidade cintilográfica, deve-se prosseguir a investigação, já que o paciente tem alta suspeita clínica e, pode haver TEP em até 40% destes casos.
- B) A gasometria arterial normal não exclui o diagnóstico de TEP.
- C) O fato de o paciente estar recebendo profilaxia para TVP torna muito improvável a possibilidade de TEP.
- D) Não havendo contra-indicação para anticoagulação, o paciente deve receber heparinização plena, enquanto se processa a investigação.
- E) O ECG é pouco sensível para o diagnóstico de TEP.

QUESTÃO 24

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o carcinoma bronquíolo-alveolar é um subtipo de adenocarcinoma, com algumas peculiaridades – melhor prognóstico, mimetizar outras patologias e evolução natural mais lenta da doença. Qual a apresentação clínico-radiológica mais comum deste tipo de câncer?

- A) Pleural.
- B) Miliar.
- C) Multifocal.
- D) Localizada/nodular.
- E) Difuso/infiltrativo.

QUESTÃO 25

A metástase a distância do câncer de pulmão acometem mais freqüentemente o cérebro, os ossos, os rins, o fígado e as supra-renais. Metástases cutâneas são raras, variando sua incidência de 1 – 12%. Qual o tipo histológico de câncer de pulmão que, com maior freqüência, apresenta metástase cutânea?

- A) Carcinoma epidermóide.
- B) Carcinoma adenocística.
- C) Carcinoma de grandes células.
- D) Adenocarcinoma.
- E) Carcinoma indiferenciado de pequenas células.

QUESTÃO 26

Quanto à abordagem de câncer de sítio primário desconhecido, qual das afirmações abaixo é **incorreta**?

- A) A presença de fator de transcrição de tireóide 1 (TTF1) aponta para sítio único primário de tireóide.
- B) A apresentação do tumor de sítio primário não conhecido geralmente acontece com sintomas referentes ao local de acometimento metastático.
- C) A biópsia geralmente revela ser um adenocarcinoma em 70% dos casos e epidermóide em 5% dos casos.
- D) Em dados de autópsias, os sítios mais freqüentes são: pâncreas, árvore hepatobiliar, pulmão e tumores gastrintestinais.
- E) A imunohistoquímica pode sugerir o sítio primário como a presença de receptores estrogênicos e/ou progesterona para câncer de mama.

QUESTÃO 27

Paciente do sexo masculino, 37 anos de idade, procura serviço médico com queixa de febre diária e emagrecimento há 2 meses, com perda de 4 kg. Refere também tosse produtiva, anorexia e suores noturnos. Tem história de herpes labial e genital de repetição. Ex-tabagista fumou 20 cigarros/dia por 10 anos e deixou há 2 anos, quando também deixou de usar maconha e cocaína. Heterossexual com múltiplas parceiras. Ao exame físico, bom estado geral, anêmico, ausculta pulmonar com estertores crepitantes na base do hemitórax direito. Exames complementares mostraram hemograma com Hb de 8.8g/l, Ht de 25.5%, leucócitos de 5.900 com 81% de segmentado, 6% de bastões, e 13% de linfócitos. Plaquetas normais. RX de tórax com opacidade heterogênea em 1/3 inferior do hemitórax direito com borramento do contorno cardíaco direito, presença de broncograma aéreo e adenopatia hilar direito. Sorologia para HIV positiva. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Criptococose.
- B) Mycobacterium avium intracelular.
- C) Tuberculose pulmonar.
- D) Pneumocistose.
- E) Bronquite crônica complicada por infecção bacteriana.

QUESTÃO 28

Em relação à linfangite carcinomatosa todas as afirmações abaixo são verdadeiras, **exceto**:

- A) Os sintomas mais freqüentes são dispnéia e tosse, mas pacientes podem apresentar subitamente sinais e sintomas de cor pulmonale, devido à hipertensão pulmonar por oclusão vascular tumoral, fibrose e edema intersticial por causa da obstrução linfática.
- B) As alterações típicas à radiografia do tórax são: densidades reticulares, linhas B de Kerley e edema subpleural.
- C) Os sítios primários mais comuns são: mama, estômago, pulmão, pâncreas e próstata.
- D) A citologia pulmonar microvascular obtida do cateter de artéria pulmonar é o principal método diagnóstico.
- E) A sarcoidose, na sua apresentação intersticial pulmonar difusa, é a que mais semelhança tem com a carcinomatose linfangítica, porém é mais central, perihilar e tem distribuição simétrica.

QUESTÃO 29

Assinale a alternativa **incorreta** em relação ao mecanismo de ação antiinflamatória dos glicocorticóides e anormalidades nos receptores de glicocorticóides na asma resistente ao corticóide tipo I e tipo II.

- A) A anormalidade de tipo I envolve redução na afinidade de ligação do receptor glicocorticóides e no tipo II existe deficiência relativa no número de receptores de glicocorticóides por célula.
- B) Os glicocorticóides inibem a transcrição de citocinas pró-inflamatórias e mediadores inflamatórios.
- C) Os glicocorticóides agem através de transrepressão inibindo as funções dos fatores de transcrição (AP-1 e NF KB), que são moléculas essenciais para o aumento na regulação da resposta inflamatória.
- D) O tipo II é a anormalidade mais comum e é reversível.
- E) Estima-se que 10 a 100 genes por células sejam diretamente regulados pelos glicocorticóides.

QUESTÃO 30

Pacientes asmáticos que não podem ser desmamados de corticóides sistêmicos e que apresentam exacerbações recorrentes devem ser avaliados para detecção de aspergilose broncopulmonar alérgica. O teste inicial mais útil para avaliação destes casos é:

- A) Medida da capacidade de difusão do monóxido de carbono.
- B) Cultura do escarro para *Aspergillus*.
- C) Contagem eosinofílica total.
- D) Teste cutâneo para *Aspergillus*.
- E) Precipitinas séricas para *Aspergillus*.

QUESTÃO 31

Em relação à tuberculose pleural é **incorreto** afirmar:

- A) Valores de gama-interferon acima de 140pg/ml são freqüentes no derrame pleural tuberculoso, sendo a sensibilidade e a especificidade acima de 90%.
- B) O diagnóstico de pleurite tuberculosa é dependente do isolamento do bacilo em amostra de escarro, líquido pleural ou espécimes de biópsia pleural ou pela demonstração de granuloma na pleura.
- C) A pesquisa direta do bacilo no líquido pleural é positiva em torno de 20% e a cultura pode ser positiva em torno de 35%.
- D) O achado de granuloma na biópsia pleural, juntamente com a clínica e epidemiologia, é suficiente para o diagnóstico de pleurite tuberculosa porque o envolvimento pleural por outras doenças granulomatosas é raro.
- E) Em muitas partes do mundo a tuberculose é a causa mais comum de derrame pleural sem doença pulmonar coexistente não demonstrável.

QUESTÃO 32

Em relação à tuberculose em paciente portador do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) é correto afirmar, **exceto**:

- A) A tuberculose e AIDS têm espectro de manifestações radiológicas, que guardam certa correlação com o grau de imunodeficiência.
- B) O uso de concomitante de abacavir (ABC) e outros inibidores da transcriptase reversa nucleosídeos (ITRN) com a rifampicina não está contra-indicado, pois não existe nenhuma interação farmacológica com tuberculostático descrita até o momento.
- C) O adocimento por tuberculose freqüentemente promove a elevação da carga viral e a redução concomitante da contagem de células T-CD4 em pacientes HIV+.
- D) Há possibilidade de reação paradoxal com piora das lesões pulmonares vistas no RX de tórax, nas linfadenopatias (aparecimento ou piora) e aumento das lesões cutâneas. Sem que signifique falência de tratamento, sem necessidade de mudança de esquema.
- E) Atualmente dá-se prioridade a introdução do esquema anti-tuberculose com rifampicina e a ele se adapta o esquema retroviral já que a introdução de um inibidor de protease não impede o tratamento com rifampicina.

QUESTÃO 33

Embora nos últimos anos exista contestação baseada em casos isolados, um nódulo estável há mais de 2 anos ou com calcificação benigna central não necessita maior investigação. Diversas características aumentam ou reduzem a probabilidade de um nódulo pulmonar indeterminado ser maligno. Assinale a alternativa **incorreta**.

- A) A probabilidade de nódulo maligno aumenta com a idade e tabagismo.
- B) História de neoplasia prévia aumenta a probabilidade em cinco vezes.
- C) A localização em lobos superiores eleva a probabilidade por um fator de 1,22.
- D) Nódulos com tempos de duplicação abaixo de 37 dias ou acima de 465 dias são quase sempre benignos.
- E) A duplicação do nódulo pulmonar refere-se ao diâmetro e não ao volume.

QUESTÃO 34

O padrão clássico dito como muito sugestivo de sarcoidose à tomografia do tórax é:

- A) A presença de lesões predominantemente nodulares, geralmente menores que 5 mm que tendem a serem confluentes ao longo dos linfáticos, nos feixes broncovasculares, septos interlobulares, nas grandes cissuras e subpleurais.
- B) A presença de múltiplos cistos disseminados bilateralmente com paredes finas, com diâmetro variável de milímetros até centímetros.
- C) A presença de um infiltrado bilateral alveolar homogêneo, com padrão confluyente e predomínio peri-hilar. Este predomínio determina um aspecto de “asas de morcego” semelhante ao padrão de congestão circulatória, mas sem outras características de insuficiência cardíaca.
- D) A presença de múltiplos micronódulos pulmonares calcificados bilateralmente, com aspecto semelhante a “grão de areia”, concentrado no terço inferior de ambos os pulmões.
- E) A presença de nódulos e cistos predominando nos lobos superiores, poupando os seios costofrênicos.

QUESTÃO 35

Paciente do sexo masculino, 50 anos de idade é atendido em serviço de emergência com queixa de febre diária há 40 dias, mal estar, tosse e hemoptise repetidas de pequeno volume. Refere ser diabético, fumante inveterado. Nega uso de bebida alcoólica, ou outras doenças e/ou cirurgias prévias. O RX de tórax inicial mostrou uma condensação com características inflamatórias no lobo superior direito. Foi feito diagnóstico de pneumonia e tratado com amoxicilina-clavulonato por 10 dias sem apresentar melhora clínica. Exames complementares posteriores só mostrou alteração da glicemia. A tomografia do tórax mostrou massa sólida, localizada no lobo superior do pulmão direito, hipodensa, de contornos irregulares, associado a infiltrado em vidro fosco perilesional e que não se impregnava pelo contraste. Havia linfadenopatia mediastinal. O fígado sugeria esteatose hepática e as adrenais estavam normais. Em qual das afirmações abaixo estão agrupadas as principais suspeitas diagnóstica:

- A) Neoplasia pulmonar, pneumonia por germe gram-negativo (*K. pneumoniae*), tuberculose.
- B) Pneumonia por germe gram-negativo (*K. pneumoniae*), pneumonia por germe anaeróbico (*B. fragilis*) tuberculose.
- C) Tuberculose pulmonar, neoplasia pulmonar, infecção fúngica.
- D) Neoplasia pulmonar, tuberculose, infecção por gram positivo (*Actinomyces israelii*).
- E) Pneumonia por germe anaeróbico (*B. fragilis*), tuberculose, neoplasia pulmonar.

QUESTÃO 36

Paciente do sexo masculino, 25 anos de idade apresenta dispnéia aos esforços. Relata história de “problemas pulmonares” de longa duração e foi hospitalizado por “pneumonia” e asma, quando criança. Os testes de função pulmonar revelaram obstrução moderada e restrição. A radiografia de tórax mostra hipertransparência a esquerda com atenuação das marcas vasculares (“pulmão hipertransparente unilateral”). Na inspiração o pulmão esquerdo mostra-se pequeno e não desinfla normalmente na expiração (retenção de ar). A cintilografia pulmonar de ventilação-perfusão revelou ventilação e perfusão reduzidas em todo o pulmão esquerdo. O diagnóstico provável para este paciente é:

- A) Enfisema lobar congênito.
- B) Síndrome de Swyer-James-MacLeod.
- C) “Pulmão evanescente”.
- D) Enfisema parasseptal.
- E) Enfisema compensador.

QUESTÃO 37

Os tumores mediastinais constituem-se em um enorme grupo de massas, tanto benignas como malignas, que ocupam a região central do tórax. Esses tumores originam-se de diversos órgãos e tecidos situados no mediastino, assim, os tumores mediastinais devem ser diagnosticados, levando-se em conta, principalmente, sua localização na topografia mediastinal. É correto afirmar:

- A) Tumores germinativos (incluindo teratoma) são tumores frequentes no mediastino médio.
- B) Em pacientes adultos, a grande maioria dos tumores do mediastino (70%) é sintomático.
- C) Os tumores neurogênicos podem ser múltiplos ou apresentarem-se com a forma de ampulheta, com alargamento do forame intervertebral.
- D) Cerca de 90% dos cistos no mediastino são “inespecíficos”, sem um revestimento conhecido identificado.
- E) Cerca de 90% dos pacientes com timoma têm miastenia gravis e cerca de 15% dos pacientes com miastenia gravis desenvolvem um timoma.

QUESTÃO 38

Os traumatismos torácicos podem ser classificados em contusões (traumatismo fechado) e ferimentos (traumatismo aberto). É **correto** afirmar que:

- A) Na fratura simples de costela, medida como o enfaixamento torácico deve ser tomada para amenizar o quadro doloroso.
- B) A causa da insuficiência respiratória nas fraturas múltiplas de costelas se deve mais a contusão pulmonar conseqüente ao trauma torácico grave do que o movimento paradoxal do tórax.
- C) A toracotomia está indicada na maioria dos casos, visto que só 20% dos casos de hemotórax pós trauma torácico são resolvidos com drenagem pleural sob selo d'água.
- D) No pneumotórax traumático, se houver fístula de parênquima pulmonar com mecanismo valvulado, o pneumotórax pode se tornar hipertensivo com desvio do mediastino para o lado homolateral.
- E) O diagnóstico do tamponamento cardíaco é basicamente através de exames complementares, visto que é clínica é discreta.

QUESTÃO 39

São critérios diagnósticos de fibrose cística:

- A) Anormalidades urogenitais resultando em azoospermia obstrutiva e cloro no suor > 60mEq/L em duas dosagens.
- B) Doença sinusal ou pulmonar crônica e cloro no suor < 60 mEq/L em duas dosagens.
- C) Crises asmáticas e cloro no suor > 60mEq/L em duas dosagens.
- D) Alterações gastrintestinais e nutricionais e cloro no suor < 60mEq/L em duas dosagens.
- E) Síndrome de perda salina e cloro no suor < 60mEq/L em duas dosagens.

QUESTÃO 40

Em relação à etiopatogenia da exacerbação na DPOC é **correto** afirmar que:

- A) Na DPOC existe um perfil inflamatório que consiste de linfócitos T CD4, macrófagos e neutrófilos e eosinófilos nas vias aéreas.
- B) A exacerbação da DPOC pode ocorrer aumento do número de eosinófilos, mediado pelo aumento da expressão de uma quimiocina conhecida com *rantes*.
- C) As exacerbações iniciadas por estímulos que podem levar à produção de altas quantidades da citocina TNF-alfa podem desencadear um fenômeno de hipercoagulabilidade, com alterações trombóticas.
- D) Os efeitos sistêmicos dos mediadores produzidos durante a exacerbação não interferem no quadro de depressão, osteopenia e retenção hídrica apresentada pelos pacientes.
- E) Os fatores de crescimento que regulam o remodelamento das vias aéreas estão bem definido sendo o fator de transformação de crescimento beta (TGF-beta) e a fibronectina específica para a DPOC.

QUESTÃO 41

Paciente do sexo feminino, 45 anos de idade com quadro de tosse produtiva com expectoração amarelada há dois dias, discreta dor torácica e temperatura de 38 C, precedida de sinais clínicos de infecção das VAS. É diabética tipo 2 controlada, fuma 5 cigarros por dia há 15 anos, não apresenta fator de risco para infecção pelo HIV. Ao exame físico, boa conservação da arcada dentária, febril com T= 38 C, PA 110x 60, FR = 100 irpm, FC = 100 bpm. Ao exame do tórax, revela maciez à percussão, broncofonia e estertores crepitantes esparsos na base esquerda. Exame cardiológico, abdominal e de extremidades normais. O leucograma mostra 11.300 leucócitos com 20% de bastões. A radiografia do tórax mostra consolidação em lobo inferior esquerdo com discreto derrame pleural homolateral. Que patógeno deve ser lembrado ao se prescrever um antibiótico para esta paciente?

- A) Bactérias anaeróbias.
- B) *Pseudomonas aeruginosa*.
- C) *Streptococcus pneumoniae*.
- D) *Aspergillus fumigatus*.
- E) *Staphylococcus aureus*.

QUESTÃO 42

Um estudo que faz parte do programa de vigilância mundial GLOBAL avaliou os padrões brasileiros de resistência *in vitro* de agentes comumente relacionados a infecções respiratórias isolados de sítios diversos, em sua maioria do trata respiratório. Para as amostras isoladas de *Streptococcus pneumoniae*, a resistência foi:

- A) Em torno de 22,2% eram resistentes à penicilina.
- B) Em torno de 7,9% apresentavam resistência intermediária.
- C) Em torno de 9,5% eram resistentes a azitromicina e claritromicina.
- D) Em torno de 8,7% eram resistentes ao trimetropim-sulfametoxazol.
- E) Em torno de 50,3% eram resistentes à cefuroxima.

QUESTÃO 43

A hipertensão arterial pulmonar (HAP) pode estar associada a diversas doenças, mas, quando presente, é sinal de maior gravidade. Antes da introdução de qualquer terapêutica, deve-se identificar a causa da HP. Em relação ao tratamento da HAP, é **correto** afirmar:

- A) A anticoagulação oral é indicada em todas as formas de HAP, desde que não haja risco aumentado de sangramento.
- B) Estudos não-controlados demonstraram que cerca de 80% dos pacientes com HAP apresentam aumento da sobrevida com o uso prolongado de bloqueadores de canais de cálcio.
- C) Os diuréticos são utilizados para o controle da insuficiência cardíaca esquerda, mas seu uso deve ser feito com cautela, a fim de evitar a diminuição excessiva da pré-carga e também o aumento da viscosidade sanguínea com conseqüente aumento do risco de trombose.
- D) O digital só está indicado no cor pulmonale secundário a DPOC, se houver insuficiência cardíaca direita associada.
- E) Só se recomenda o oxigênio contínuo ou pelo menos noturno para pacientes que apresentem $PaO_2 < 40$ mmHg, o que corresponde à saturação de $O_2 < 88\%$.

QUESTÃO 44

O D-dímero é um produto de degradação da fibrina. Por esta elevado não só na presença de trombos, mas também em várias outras situações, tem alta sensibilidade, porém sua especificidade é baixa para o diagnóstico da trombo embolia pulmonar (TEP). Podemos afirmar que:

- A) O D-dímero também está aumentado na sepsis, no câncer e na insuficiência renal.
- B) O teste quantitativo por ELISA (VIDAS) apresenta maior sensibilidade e especificidade.
- C) O D-dimero só é útil quando positivo e associado à alta probabilidade clínica de TEP.
- D) Os métodos utilizados pelos laboratórios apresentam sensibilidade e especificidade semelhantes.
- E) O teste negativo de D-dímero exclui embolia pulmonar em pacientes com baixa probabilidade clínica ou probabilidade clínica intermediária (qualquer teste).

QUESTÃO 45

Em relação à tosse crônica é **correto** afirmar:

- A) Pode-se afirmar que a doença do refluxo gastroesofágico não existe, como causa da tosse, quando a pHmetria for negativa.
- B) Na doença do refluxo, a tosse ocorre por um único mecanismo – reflexo traqueobronquicoesofágico mediado pelo nervo vago.
- C) Enzima conversora de angiotensina, captopril e L-triptofan são drogas que podem causar tosse.
- D) Síndrome pós-infecciosa é a causa mais freqüente de tosse crônica.
- E) Na bronquite eosinofílica se observa a obstrução do fluxo aéreo e hiper-responsividade das vias aéreas semelhante à asma.

QUESTÃO 46

No diagnóstico diferencial entre a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a disfunção das cordas vocais (DCV) e a asma é **correto** afirmar:

- A) Em relação aos sintomas no ciclo respiratório, a expiração é mais prolongada do que a inspiração na asma e na DCV enquanto na DPOC a inspiração é que é mais prolongada do que a expiração e, a resposta ao corticóide é boa na asma e pobre na DPOC e DCV.
- B) A resposta ao broncodilatador é boa na asma e na DCV e pobre na DPOC e, o corticóide tem boa resposta tanto na asma como na DCV e pobre na DPOC.
- C) A resposta ao corticóide é boa na asma e pobre na DPOC e DCV e a capacidade de difusão do monóxido de carbono esta elevada tanto na DPOC como na asma e normal na DCV.
- D) A capacidade de difusão do monóxido de carbono esta normal ou elevada na asma, baixa na DPOC e normal na DCV e a resposta ao broncodilatador é boa na asma, modesta na DPOC e pobre na DCV.
- E) Tanto no DPOC como na DCV a inspiração é mais prolongada do que a expiração, e a resposta na DCV tanto do corticóide como do broncodilatador é pobre.

QUESTÃO 47

Um paciente fumante com 50 anos de idade apresenta dispnéia, tosse e expectoração há vários anos. Nega história previa de tuberculose ou pneumonia. A espirometria demonstra padrão ventilatório obstrutivo moderado com importante resposta ao broncodilatador (em torno de 20% no VEF1s). Pode-se afirmar que:

- A) Paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), freqüentemente apresenta restrição no exame de função pulmonar.
- B) A resposta de 20% após o broncodilatador é um comportamento esperado no paciente com DPOC.
- C) Na presença de importante reversibilidade a obstrução após o uso de broncodilatador, pode-se dizer que existe um componente de asma associado ao quadro.
- D) Todas as doenças obstrutivas pulmonares apresentam comportamento semelhante após o broncodilatador, caso contrário não seria doença pulmonar obstrutiva.
- E) O diagnóstico mais provável é bronquiectasia.

QUESTÃO 48

Em relação às características clínicas e radiológicas da pneumonia bacteriana adquirida na comunidade, é correto afirmar:

- A) As características clínicas e radiológicas podem definir com boa margem de segurança o diagnóstico etiológico.
- B) As características clássicas da pneumonia bacteriana estão sempre presentes, principalmente em pacientes idosos e debilitados.
- C) O início abrupto com febre alta, calafrio, dor pleurítica e consolidação lobar são características freqüentemente encontradas na infecção bacteriana causada por *S. pneumoniae*, outras bactérias e *Legionella* sp, mas é rara na infecção por *Mycoplasma* ou *Clamidia*.
- D) A consolidação lobar com broncograma aéreo ocorre em torno de 80% dos casos, com maior freqüência nos lobos superiores.
- E) Freqüentemente encontra-se o padrão cavitário na pneumonia por *S. pneumoniae*, *Mycoplasma* e *Clamídea*.

QUESTÃO 49

Paciente do sexo feminino, 38 anos de idade, tem diagnóstico de asma grave, necessitando de corticóide sistêmico e tópico, beta 2 de longa duração, teofilina e beta 2 de demanda. Com a introdução de um antagonista do receptor de leucotrieno, foi suspenso gradativamente o corticóide sistêmico. Há uma semana evoluiu com febre, tosse e dispnéia. Ao exame físico apresenta estertores inspiratórios na base pulmonar esquerda e face anterior direita com raros sibilos expiratórios. O leucograma mostra leucocitose de 16.000/ul com 22% de eosinófilo, e a radiografia do tórax revela opacidades do espaço aéreo bilaterais nas bases e 1/3 superior direito. Qual o diagnóstico mais provável entre os abaixo citados:

- A) Lupus eritematoso sistêmico.
- B) Síndrome de Churg-Strauss.
- C) Poliarterite nodosa.
- D) Aspergilose invasiva.
- E) Granulomatose de Wegener.

QUESTÃO 50

Paciente do sexo feminino, 50 anos de idade, em uso de doses altas de prednisona para tratamento de artrite reumatóide, apresenta um quadro de pneumonia necrozante de curso arrastado, evoluindo para abscesso pulmonar indolente. O provável patógeno responsável pelo quadro clínico é:

- A) *Nocardia* asteróide.
- B) *Staphylococcus aureus*.
- C) *Cytomegalovirus*.
- D) *Aspergillus fumigatus*.
- E) *Streptococcus pneumoniae*.