



ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA
PROCESSO SELETIVO 2025

004. PROVA ESCRITA OBJETIVA (TEÓRICA)

PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL OU EM ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA

Programas: Cirurgia Vasculiar | Urologia

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 2 horas e 30 minutos, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorrida 1 hora do início da prova.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova e assine o termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato _____

RG _____ Inscrição _____ Prédio _____ Sala _____ Carteira _____

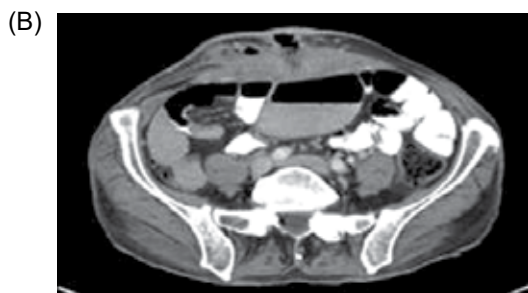
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

01. São exemplificadas imagens de 4 diferentes pacientes com diagnóstico de diverticulite aguda.

Assinale a alternativa que apresenta a imagem do paciente com o menor potencial de indicação cirúrgica.



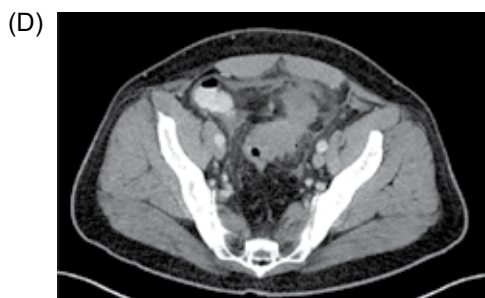
(Arquivo pessoal; imagem utilizada com autorização)



(Arquivo pessoal; imagem utilizada com autorização)



(Arquivo pessoal; imagem utilizada com autorização)



(Arquivo pessoal; imagem utilizada com autorização)

02. É característica da cirurgia robótica:

- (A) não ter o efeito fulcro característico da cirurgia laparoscópica.
- (B) não ter o potencial de corrigir tremores finos das mãos do cirurgião.
- (C) necessitar de pneumoperitônio em baixas pressões devido ao efeito de tração provisionado pelos braços robóticos.
- (D) possuir *feedback* tátil semelhante ao da cirurgia laparoscópica.

03. Mulher, 62 anos, previamente hígida, assintomática. Realizou endoscopia digestiva alta de rastreamento que evidenciou em transição esôfago gástrica lesão tumoral plana com 30 mm de extensão no seu maior eixo, associada à esofagite erosiva distal (grau A de Los Angeles) e hérnia hiatal. A biópsia revelou adenocarcinoma invasivo, de padrão tubular. Realizou ecoendoscopia que evidenciou uma lesão uT1N0Mx (M3) e PET-CT sem evidências de doença à distância. Foi indicada dissecação endoscópica submucosa que revelou denocarcinoma bem diferenciado de 20 mm em área de displasia de alto grau, com invasão angiolinfática e margens livres.

A conduta indicada nesse momento é:

- (A) radioterapia.
- (B) seguimento endoscópico anual.
- (C) esofagectomia trans-hiatal com linfadenectomia.
- (D) hiatoplastia com funduplicatura.

04. Homem, 19 anos, foi vítima de ferimento por arma branca há 10 minutos, após tentativa de assalto. Chega ao pronto-socorro trazido por familiares, sendo encaminhado para sala de emergência. A avaliação inicial está descrita a seguir:

A: Vias aéreas pérvias, sem collar cervical.

B: Murmúrio vesicular presente bilateralmente, saturação 96% ar ambiente.

C: PA = 140 x 90 mmHg, FC = 90 bpm, FAST +.

D: Glasgow 15, pupilas isocóricas, fotorreagentes.

E: Pelve estável, presença de ferimento cortante com 3 cm de extensão em linha axilar anterior à altura do 6º espaço intercostal direito. Abdome flácido, indolor, sem sinais de peritonite. Diurese clara. Toque retal com presença de fezes em dedo de luva, sem sangue.

Realizou tomografia de tórax e abdome com triplo contraste que não demonstrou alterações.

A conduta imediata mais adequada a partir do resultado da tomografia é:

- (A) arteriografia com embolização hepática.
- (B) laparoscopia diagnóstica.
- (C) internação com exame físico seriado.
- (D) toracoscopia diagnóstica.

05. Em relação às particularidades das fraturas em idosos, assinale a alternativa correta.

- (A) As fraturas pélvicas por compressão anteroposterior são mais comuns que por compressão lateral.
- (B) As fraturas devido à trauma de alto impacto são mais comuns nessa população do que as fraturas de baixo impacto.
- (C) As fraturas pélvicas em idosos são marcadores de severidade do trauma.
- (D) As fraturas por compressão vertebral, rádio distal e quadril são relacionadas à osteoporose.

06. Homem, 22 anos, foi vítima de colisão moto *versus* poste em alta velocidade há 15 minutos. Estava de capacete e nega perda de consciência. Trazido ao serviço de emergência pelos bombeiros, em prancha rígida e colar cervical. A avaliação inicial está descrita a seguir:

- A: Via aérea pérvia, com colar cervical.
- B: Murmúrio vesicular presente bilateralmente, saturação 96% ar ambiente.
- C: PA = 70 x 40 mmHg, FC = 130 bpm, FAST +.
- D: Glasgow 15, PIFR, sem déficit motor ou sensitivo.
- E: Pelve instável, toque retal com fezes em dedo de luva, sem sangue.

Realizada expansão volêmica com 1 litro de cristalóide aquecido e fixação da pelve com lençol, com manutenção dos parâmetros hemodinâmicos de entrada.

A conduta imediata a ser realizada é:

- (A) laparotomia exploradora supraumbilical e tamponamento pélvico pré-peritoneal sem comunicação entre os dois acessos.
- (B) laparotomia exploradora xifo-púbica com tamponamento da pelve com compressas e controle de sangramento intra-abdominal.
- (C) arteriografia com embolização do sangramento pélvico e abdominal.
- (D) abertura de protocolo de transfusão maciça e monitorização em UTI.

07. Homem, 44 anos, operário de construção civil, estava em obra quando, após desabamento de muro, apresentou lesão por esmagamento de seu membro inferior direito. Devido à dificuldade ao acesso local, bombeiros levaram 3 horas para resgatá-lo. No atendimento inicial, paciente encontrava-se com PA = 70 x 40 e FC = 120 bpm em decorrência da perda sanguínea em membro inferior. Foi colocado torniquete em coxa direita e realizada expansão com 2 litros de ringer lactato, sendo transportado em prancha rígida e colar cervical ao serviço de emergência.

A avaliação hospitalar inicial revelou:

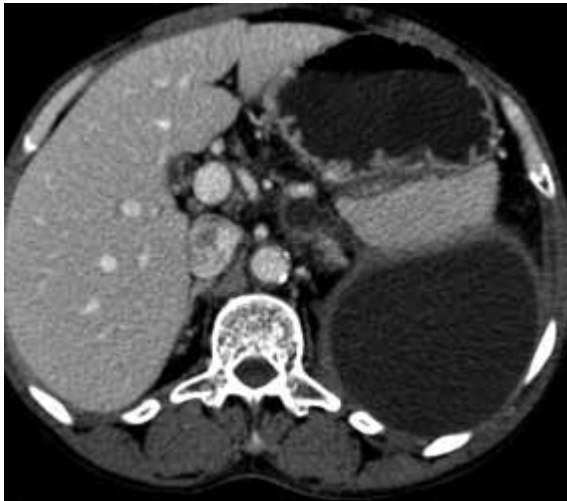
- A: Vias aéreas pérvias, com colar cervical.
- B: Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. Saturação 96% com cateter de oxigênio 2 litros por minuto.
- C: PA = 90 x 40 mmHg, FC = 100 bpm, torniquete em coxa direita, sem sangramento ativo.
- D: Glasgow 15, pupilas isocóricas e foto reagentes.
- E: Pelve estável, toque retal sem alterações. Lesão por esmagamento com deformidade evidente em perna direita, com fratura exposta de tíbia e fíbula Gustillo IIIB, com perda significativa de tecidos moles. Presença de pulsos finos distais à lesão.

A melhor conduta frente à lesão do membro inferior é:

- (A) amputação primária transtibial direita.
- (B) fixação externa e desbridamento agressivo de partes moles.
- (C) fixação interna e rotação de retalho muscular.
- (D) amputação primária transfemoral direita.

08. Homem, 49 anos, etilista crônico em seguimento por pancreatite crônica, vem ao pronto-socorro por quadro de dispneia progressiva há 5 dias. Ao exame físico, FC = 95 bpm, PA = 115 x 80 mmHg, saturação 93% ar ambiente, taquipneico. Ausculta pulmonar revela redução acentuada dos murmúrios vesiculares em tórax esquerdo. A análise do líquido pleural revelou pH = 7,7, DHL = 918, amilase = 38.500 U/L e lipase = 33.000 U/L.

Seguem imagens do paciente:



(Arquivo pessoal; imagens usadas com autorização)

Foi realizada drenagem de tórax à esquerda, jejum, e iniciado octreotida. Na falha do tratamento descrito, a melhor opção terapêutica é:

- (A) passagem de prótese pancreática via endoscópica.
- (B) antibioticoterapia de amplo espectro.
- (C) duodenopancreatectomia.
- (D) cistogastroanastomose.

09. Mulher, 73 anos, apresenta quadro de prostração e adinamia há 2 semanas, acompanhada de melena. Refere anemia crônica, com necessidade de reposição parenteral de ferro nos últimos 2 anos.

Antecedentes Pessoais:

- Diabetes; histerectomia há 30 anos; em uso de metformina 1.000 mg/dia há 15 anos, pantoprazol 40 mg/dia há 2 anos.

Exame físico:

- Descorada, PA = 110 x 70 mmHg, FC = 90 bpm, saturação de O₂ 97% em ar ambiente, IMC 27 kg/m². Abdome globoso, flácido, indolor, sem sinais de peritonite.

Exames laboratoriais:

- Hb = 6,5 g/dL, plaquetas = 150.000, INR 1,1.

Foi solicitada endoscopia digestiva alta que revelou 4 úlceras mucosas lineares ao nível do hiato esofágico, uma delas com sangramento em babação, além de hérnia de hiato de 6 cm. Foi realizada hemostasia da lesão. Um familiar trouxe endoscopias previamente realizadas, todas apresentando achados semelhantes. Uma endoscopia eletiva feita há 2 anos demonstrou pesquisa de *H. pylori* positiva, que não foi tratada. Realizou colonoscopia há 1 ano com achados de moléstia diverticular não complicada.

Qual é o tratamento mais recomendado para a regressão das lesões, o controle da anemia e a prevenção de ressangramentos?

- (A) Gastrectomia vertical laparoscópica.
- (B) Terapia combinada com IBPs e antibióticos para erradicação de *H. pylori*.
- (C) Reposição ambulatorial parenteral de ferro e endoscopia de 6/6 meses.
- (D) Hiatoplastia laparoscópica.

10. Homem, 58 anos, com diagnóstico de cirrose hepática devido à hepatite C crônica, vem ao pronto-socorro com hematêmese volumosa.

Exame físico:

- Sinais vitais: PA = 90 x 60 mmHg, FC = 110 bpm, saturação de oxigênio 95% em ar ambiente.
- Exame abdominal: ascite moderada, fígado não palpável, sem sinais de peritonite.
- Exame neurológico: sem sinais de encefalopatia hepática no momento.

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina: 7.5 g/dL.
- Plaquetas: 70.000/mm³.
- INR: 1.8.
- Bilirrubina total: 3.2 mg/dL.
- Albumina: 2.8 g/dL.
- Creatinina: 1.2 mg/dL.

Foi realizada reposição volêmica, iniciada terlipressina e antibiótico profilático com ceftriaxone. Após 6 horas, realizou endoscopia digestiva alta que identificou varizes esofágicas de grande calibre com sangramento ativo. Foi realizada ligadura elástica das varizes. Após o procedimento, evolui com estabilização dos parâmetros hemodinâmicos e laboratoriais.

A medida mais indicada para prevenção de novos sangramentos é:

- (A) shunt portossistêmico transjugular intra-hepático em até 72 horas.
- (B) endoscopia digestiva alta controle em 24 horas.
- (C) beta-bloqueador por 5 dias.
- (D) manutenção da terlipressina por 24 horas.

11. Pacientes com histórico de cirurgia bariátrica podem ter risco aumentado para colelitíase. Pode-se afirmar que

- (A) a gastroplastia endoscópica está associada a maior risco de desenvolvimento de colelitíase do que os procedimentos cirúrgicos.
- (B) no paciente bariátrico, o risco para desenvolvimento de cálculos biliares pigmentados é maior, mas o risco para desenvolvimento de cálculos de colesterol não é maior que da população geral.
- (C) se paciente com antecedente de *bypass* gástrico desenvolver coledocolitíase, deve-se realizar derivação biliodigestiva, uma vez que não é possível realizar colangiopancreatografia retrógrada convencional.
- (D) a maioria dos pacientes que realiza cirurgia bariátrica é do sexo feminino, o que contribui para a incidência aumentada de colelitíase em pacientes bariátricos.

12. Mulher, 42 anos, vem ao pronto atendimento com quadro de dor em epigástrio, icterícia e colúria há 3 semanas, com piora progressiva. Relata calafrios. Há 4 dias, encontra-se com quadro de sonolência e há 2 dias iniciou quadro de confusão mental.

Antecedentes pessoais:

- Tabagismo e etilismo social.
- Lombalgia crônica em uso irregular de AINES e dipirona.
- História de “ansiedade” em tratamento com sertralina e clonazepam.

Exames laboratoriais demonstram os seguintes achados:

- Hemoglobina (Hb): 13,1 g/dL (12,0 – 16,0 g/dL).
- Albumina (Alb): 3,3 g/dL (3,5 – 5,0 g/dL).
- Leucócitos (Leuc): 13.200 células/ μ L (4.000 – 10.000 células/ μ L).
- Amônia: 53 μ mol/L (11 – 32 μ mol/L).
- Plaquetas: 159.000 células/ μ L (150.000 – 450.000 células/ μ L).
- Ureia (Ur): 40 mg/dL (10 – 50 mg/dL).
- Creatinina (Cr): 0,9 mg/dL (0,6 – 1,2 mg/dL).
- Bilirrubina total (BT): 27,3 mg/dL (0,1 – 1,2 mg/dL).
- Bilirrubina direta (BD): 20,2 mg/dL (0 – 0,5 mg/dL).
- Potássio (K): 3,7 mEq/L (3,5 – 5,0 mEq/L).
- Sódio (Na): 139 mEq/L (135 – 145 mEq/L).
- AST: 920 U/L (5 – 40 U/L).
- ALT: 511 U/L (5 – 40 U/L).
- GGT: 31 U/L (8 – 38 U/L).
- Fosfatase alcalina (FA): 110 U/L (30 – 120 U/L).
- Proteína C-Reativa (PCR): 8,0 mg/L (0 – 5,0 mg/L).

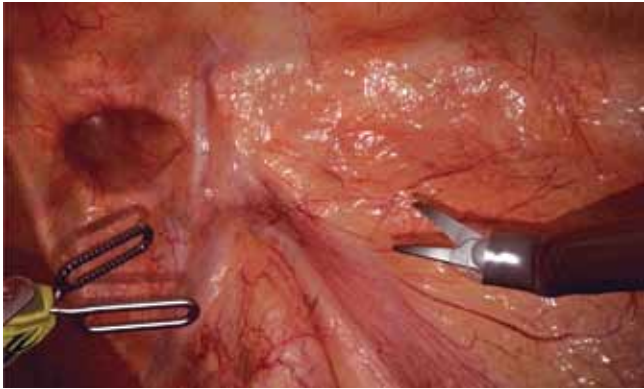
Ultrassonografia:

- Vesícula biliar repleta. Sem cálculos. Sem dilatação de vias biliares. Fígado com dimensões reduzidas, sem sinais de hepatopatia crônica. Presença de líquido livre em pelve em moderada quantidade.

Em relação ao caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se encaminhar paciente à UTI, iniciar medidas para suporte e avaliar indicação para transplante hepático.
- (B) Mesmo que ultrassonografia não identifique cálculos, principal hipótese é coledocolitíase, pois microcálculos dificilmente são identificados no exame.
- (C) Pode se tratar de icterícia transinfeciosa e, portanto, a melhor alternativa é a laparoscopia diagnóstica para investigação do líquido livre intraperitoneal.
- (D) Deve-se suspeitar de pêntrade de Reynolds e solicitar drenagem biliar na urgência.

13. Analise a imagem a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

A hérnia representada na figura é hérnia

- (A) inguinal direta.
- (B) inguinal indireta.
- (C) inguinal mista.
- (D) femoral.

14. Qual é o tratamento inicial mais indicado para a atresia biliar?

- (A) Transplante hepático.
- (B) Procedimento de Kasai (hepatopertoenterostomia).
- (C) Terapia medicamentosa com antibióticos e corticosteroides.
- (D) Inibidor de tirosina kinase.

15. Homem, 25 anos de idade, vítima de facada na região do tórax, foi submetido à drenagem pleural, com dreno tubular em selo de água. Após 3 dias, paciente mantém escape. Observam-se bolhas somente quando paciente tosse. Radiografia não evidencia cavidade residual.

Diante do caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de classificação Cerfolio grau IV.
- (B) Deve-se propor tratamento com dreno torácico em aspiração contínua por 14-21 dias, antes de considerar falha de tratamento conservador.
- (C) O uso da válvula de Heimlich permite manejo fora do ambiente hospitalar.
- (D) Deve-se associar um segundo dreno torácico, antes de considerar falha de tratamento conservador.

16. A respeito da queimadura de segundo grau superficial, assinale a alternativa correta.

- (A) Caracteriza-se por eritemas sem bolhas.
- (B) Apenas células do tecido conjuntivo permanecem intactas.
- (C) Caracteriza-se por queimadura > 5% da superfície corpórea total.
- (D) Folículos pilosos, glândulas sebáceas e sudoríparas permanecem intactos.

17. Mulher, 22 anos, soropositiva para HIV, em seguimento regular com uso adequado de medicações e com exames laboratoriais dentro da normalidade. Relata dor anal intensa após evacuações nas últimas duas semanas associada à obstipação. Descreve a sensação de evacuar “vidro”, e observa traços de sangue no papel higiênico ao se limpar. Anuscopia revela uma lesão ulcerada superficial de 2 cm na linha média anterior do ânus.

Qual é a provável fisiopatologia da condição apresentada pela paciente?

- (A) Hipertonia esfíncter anal interno.
- (B) Displasia devido a papilomavírus humano.
- (C) Inflamação transmural devido à colite.
- (D) Infecção oportunista por citomegalovírus.

18. Mulher, 70 anos de idade, vem com quadro de distensão abdominal e náuseas. Há 2 dias sem evacuar. Nega febre ou calafrios.

Antecedentes:

- Mastectomia esquerda com linfadenectomia axilar há 6 anos por neoplasia de mama (pT2N3M0; HER2-). Perdeu seguimento. Sem outros antecedentes mórbi-dos ou cirúrgicos.

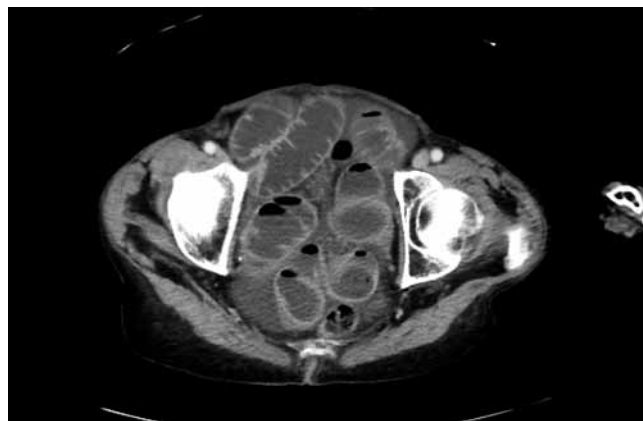
Exame físico:

- Abdome distendido, sem sinais de irritação peritoneal.

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina 11.1 g/dL.
- Leucócitos: 6.200/mm³.
- Plaquetas: 160/mm³.
- Albumina: 3.8 g/dL.
- INR: 1.1.
- Glicose: 82 mg/dL.

Tomografia:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Sobre o caso, é correto afirmar que

- (A) se trata de um provável caso de brida, uma vez que não há possibilidade de recidiva após 5 anos de seguimento.
- (B) se trata de um provável caso de enterite actínica, complicação mais comum em pacientes que recebem altas doses de radiação.
- (C) HER 2 é um biomarcador específico do câncer de mama e indica pior prognóstico.
- (D) neoplasia de mama é o câncer extra-abdominal mais comumente associado à obstrução intestinal maligna.

19. Homem, 62 anos de idade, vem com quadro de dor e distensão abdominal, associadas a vômitos. Nega febre ou calafrios. Sem comorbidades e sem cirurgias prévias.

Exame físico:

- Abdome distendido, sem irritação peritoneal. Toque retal com tumoração palpável a 6 cm da borda anal.

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina: 10.9 g/dL (Referência: 12.0 – 16.0 g/dL).
- Leucócitos: 5.900/mm³ (Referência: 4.000 – 11.000/mm³).
- Plaquetas: 159 mil/mm³ (Referência: 150 – 450 mil/mm³).
- Albumina: 4.2 g/dL (Referência: 3.5 – 5.0 g/dL).
- Tempo de protrombina: 1.1 INR (Referência: 0.8 – 1.2 INR).
- Glicose: 90 mg/dL (Referência: 70 – 99 mg/dL).

Tomografia:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Sobre o caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se indicar retossigmoidectomia com excisão completa do mesocólon e colostomia terminal.
- (B) Deve-se iniciar tratamento com sonda nasogástrica e jejum e não indicar cirurgia nesse momento.
- (C) Deve-se indicar ostomia derivativa.
- (D) Deve-se indicar tratamento endoscópico com aspiração do conteúdo em sigmoide.

20. Mulher, 52 anos de idade, foi submetida à colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) para tratamento de coledocolitíase. Tem como antecedente cirúrgico a realização de colecistectomia 3 meses atrás. Após CPRE, paciente relatou dor epigástrica. Sem febre ou calafrios.

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina: 12.9 g/dL.
- Leucócitos: 9.900/mm³.
- Plaquetas 210/mm³.
- Glicose: 89 mg/dL.
- Tomografia evidencia pequenas bolhas de gás próximas ao duodeno, no retroperitônio.

Nesse caso, qual é a melhor conduta?

- (A) Indicar laparotomia exploradora para rafia de lesão.
- (B) Indicar laparotomia com exclusão duodenal.
- (C) Indicar prótese duodenal endoscópica.
- (D) Indicar controle dos sintomas e observação.

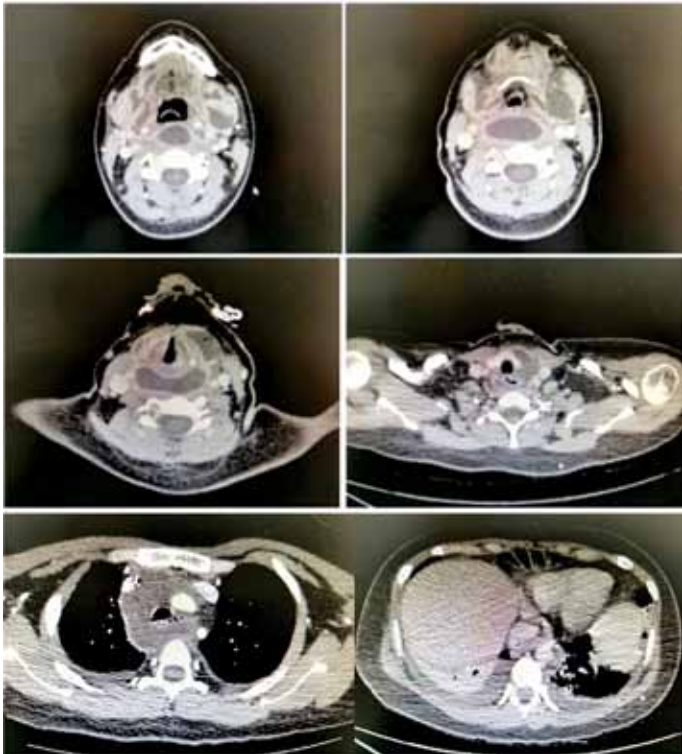
21. Homem, 35 anos, foi submetido a tireoidectomia total com esvaziamento cervical nível VI bilateral e níveis II a V à direita. Após a extubação, apresentou cornagem e sinais de insuficiência respiratória, sem abaulamento cervical.

Assinale a alternativa que descreve, respectivamente, a conduta imediata mais indicada e a causa mais provável.

- (A) Tentativa de reintubação e, se falhar, realizar traqueostomia; provável lesão do nervo laríngeo inferior bilateral.
- (B) Oferta de O₂ e inalação com adrenalina; provável laringoespasmo por manipulação local.
- (C) Cricotireoidostomia; provável lesão de nervo laríngeo inferior unilateral.
- (D) Abertura da incisão, drenagem e traqueostomia; provável hematoma cervical.

22. Mulher, 23 anos, realizou extração do terceiro molar esquerdo há uma semana. Estava em uso de amoxicilina e cetoprofeno. Queixa-se de dor local com piora progressiva, aumento do volume em face e febre há 1 dia, evoluindo hoje com trismo. Realizou o exame de imagem a seguir.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais indicada nesse momento.



(Arquivo pessoal: imagens usadas com autorização)

- (A) Drenagem percutânea guiada por tomografia.
- (B) Tratamento conservador com antibioticoterapia de amplo espectro.
- (C) Cervicotomia esquerda e drenagem pleural bilateral.
- (D) Cervicotomia ampla bilateral e toracoscopia bilateral para drenagem.

23. Homem, 32 anos, previamente hígido, não tabagista, vem com queixa de lesão em língua, inicialmente indolor, no momento com dor local leve. Ao exame físico, apresenta a lesão representada a seguir, em que a palpação apresenta porção central pouco endurecida em área de aproximadamente 0,5 cm. A área total da lesão é 2,5 x 1,5 cm, e a área esbranquiçada não sai com atrito da espátula. Na palpação do pescoço, não há linfonodomegalias.



(Arquivo pessoal: imagem usada com autorização)

Assinale a alternativa com a conduta mais indicada nesse momento.

- (A) Estadiamento completo com tomografia computadorizada de face, pescoço e tórax.
- (B) Biópsia excisional em centro cirúrgico da lesão toda.
- (C) Biópsia incisional da porção central.
- (D) Tratamento local com nistatina por 2 semanas e reavaliação.

24. Homem, 64 anos, procura atendimento médico por queixa de emagrecimento progressivo nos últimos 2 meses (perda de 6 kg). Associada a essa queixa, refere dificuldade para engolir, com sensação de dificuldade de progressão do alimento na garganta, e episódios de engasgo. Refere antecedente de tratamento para “bactéria no estômago” após endoscopia digestiva alta há 3 anos; não fez acompanhamento após. Antecedente de infarto agudo do miocárdio há 5 anos e tabagismo 40 anos/maço. No exame físico, não há alterações na palpação cervical ou oroscopia.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais correta para investigação diagnóstica nesse momento.

- (A) Tomografia computadorizada de pescoço e tórax.
- (B) Endoscopia digestiva alta.
- (C) Laringoscopia.
- (D) Ressonância magnética de face e pescoço.

25. Homem, 45 anos, com queixa de nódulo cervical indolor que notou há 1 ano, vem para avaliação. Assintomático. Tabagista 10 anos/maço. No exame físico, apresenta nódulo em nível II esquerdo, com 5 cm, móvel no sentido horizontal, mas não no sentido vertical. Não há outros nódulos palpáveis. Oroscoopia e laringoscopia sem alterações. Realizou tomografia computadorizada ilustrada a seguir.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais indicada para o caso nesse momento.



(Arquivo pessoal: imagem usada com autorização)

- (A) Punção aspirativa por agulha fina de nódulo cervical.
- (B) Embolização seguida de ressecção cirúrgica.
- (C) Biópsia incisional sob anestesia geral.
- (D) Investigação com PET-CT.

26. Homem, 39 anos, procura atendimento por nódulos palpáveis cervicais há 1 mês. Queixa de astenia e sudorese noturna. Nega comorbidades, nega tabagismo ou etilismo. Oroscoopia e laringoscopia normais.

Traz ultrassonografia cervical: tireoide tópica, com forma preservada. Parênquima com textura homogênea. Ao estudo Doppler, o parênquima tiroidiano apresenta vascularização habitual. Volume tiroidiano global: 9,1 cm³ (normal de 6 a 15 cm³). Glândulas submandibulares com volume, morfologia e textura normais. Não se evidencia dilatação ductal. Glândulas parótidas com volume, morfologia e textura normais, apresentando linfonodos intraparotídeos de aspecto habitual. Não se evidencia dilatação ductal. Linfonodos proeminentes na região cervical esquerda, aumentados em número e tamanho, arredondados, hipocogênicos, alguns deles com perda do hilo gorduroso e vascularizações predominantemente periféricas, o maior localizado no nível IV, medindo 2,5 cm.

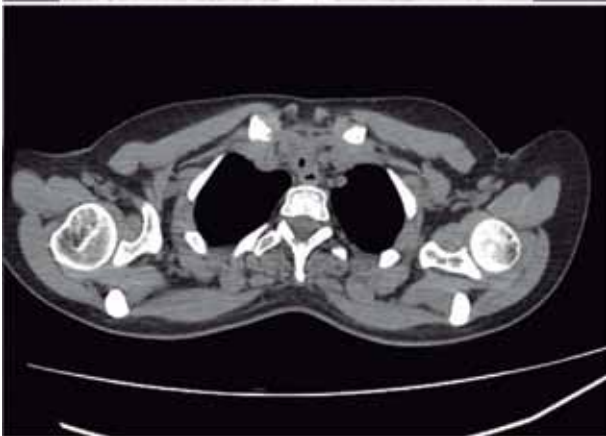
Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais indicada nesse momento.

- (A) PET-CT.
- (B) Biópsia excisional de linfonodo.
- (C) Punção aspirativa por agulha fina guiada por ultrassonografia.
- (D) Sorologias e observação por enquanto.

27. Mulher, 55 anos, tem queixa de dispneia aos esforços associada a crises de “chiado”. Foi prescrito salbutamol inalatório sem melhora.

Tem antecedente de infecção grave por Sars-Cov2 com internação prolongada em UTI. Recebeu alta há 2 meses e estava em melhora progressiva do padrão respiratório e cansaço, mas notou piora significativa nas últimas 2 semanas.

Realizou os exames de imagem a seguir.

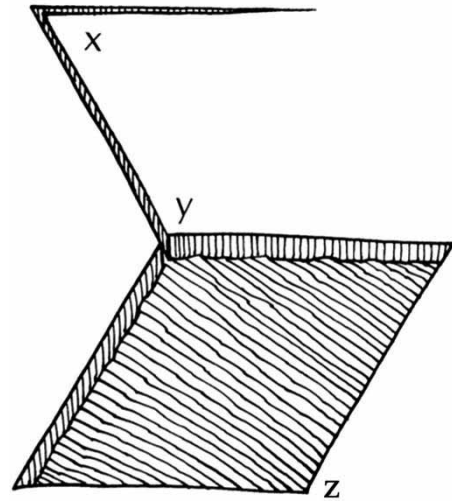


(Arquivo pessoal: imagens usadas com autorização)

Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais indicada nesse momento.

- (A) Tratamento cirúrgico.
- (B) Broncoscopia.
- (C) Colocação de tubo de Montgomery.
- (D) Fisioterapia respiratória.

28. Sobre o retalho ilustrado na imagem a seguir, assinale a alternativa correta.



(Ian Jackson, *Retalhos locais em reconstrução*, Dilivros, 2015)

- (A) Tem seu uso limitado pela dificuldade de fechamento primário da área doadora.
 - (B) É um retalho seguro, que pode ser aplicado em defeitos de diversos tamanhos em diferentes locais do corpo.
 - (C) É um tipo de retalho de avanço que é frequentemente utilizado para cobrir grandes áreas.
 - (D) A distância entre os pontos x-y deve ser 20% maior do que a distância entre os pontos y-z.
29. Sobre os princípios gerais dos retalhos, assinale a alternativa correta.
- (A) O plexo subdérmico é o principal responsável pela vascularização de retalhos fasciocutâneos.
 - (B) Nos retalhos randômicos, a vascularização da ponta do retalho é fornecida por perfurantes músculo-cutâneas.
 - (C) Os retalhos axiais são sempre miocutâneos.
 - (D) A técnica de autonomização permite aumentar a área viável de um retalho axial.

30. Menino, 5 anos, iniciou tratamento para balanopostite há 4 dias. Retorna com piora do estado geral e febre há 1 dia. Pais negam comorbidades e episódios prévios. Exames laboratoriais: Hb 13,2 mg/dL, leucócitos 15346/uL (70% neutrófilos e 2% bastonetes), Cr 0,52 mg/dL, PCR 30,4 mg/dL, urocultura com *E. coli* sensível a todos os antibióticos. Ultrassonografia com hidronefrose à esquerda, sem dilatação ureteral. Prosseguiu investigação com uretrocistografia retrógrada e miccional.

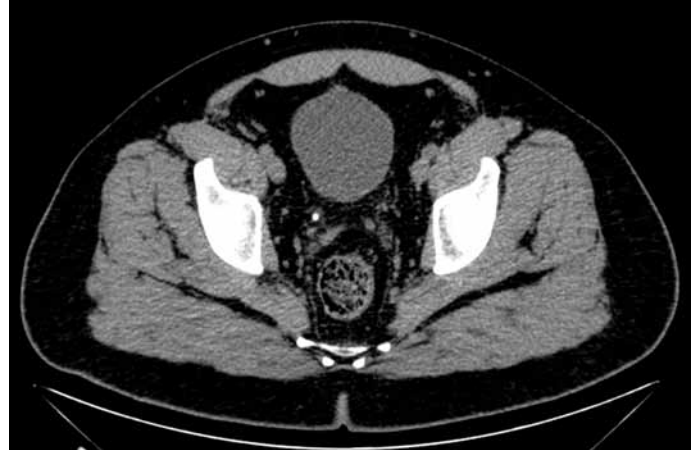


(Arquivo pessoal: imagem usada com autorização)

Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável em relação à hidronefrose identificada no ultrassom.

- (A) Refluxo vesicoureteral esquerda.
- (B) Estenose de junção ureteropielica esquerda.
- (C) Válvula de uretra posterior.
- (D) Estenose de junção ureterovesical esquerda.

31. Mulher, 35 anos, sem comorbidades, refere dor lombar direita há 7 dias, hoje com piora da intensidade da dor e calafrios. Ao exame físico: T 37,8 °C, PA 100 x 60, FC 98 bpm, FR 12 ipm, abdome flácido, dor lombar direita a punho percussão, sem alterações no exame ginecológico. Exames laboratoriais: Hb 13,2 g/dL, leucócitos 15253/uL (15% bastonetes), Cr 1,32 mg/dL, PCR 24,2 mg/dL, lactato 18 mg/dL. Solicitado o exame a seguir.



(Arquivo pessoal: imagens usadas com autorização)

Além de realizar expansão volêmica com cristalóide e de iniciar antibiótico de amplo espectro, qual é a conduta recomendada para esta paciente?

- (A) Internação hospitalar para ureterolitotripsia e duplo J de urgência.
- (B) Internação hospitalar para observação por 24 horas.
- (C) Internação hospitalar para desobstrução urinária de urgência.
- (D) Se houver resposta ao tratamento inicial, alta para tratamento subsequente.

32. Homem, 65 anos, queixa-se de hematúria recorrente há 2 meses. Nega disúria e polaciúria. Tem como comorbidade hipertensão arterial sistêmica. Tabagista de 50 maços/ano. Solicitada tomografia de abdome total com contraste a seguir.



(Arquivo pessoal: imagens usadas com autorização)

O diagnóstico e a conduta frente aos achados do exame são:

- (A) tumor de próstata, e deve ser realizada biópsia de próstata.
- (B) tumor de bexiga, e deve ser realizada ressecção transuretral de bexiga.
- (C) tumor de bexiga, e deve ser iniciada quimioterapia neoadjuvante.
- (D) coágulo vesical, e deve ser realizada cistoscopia para evacuação dos coágulos.

33. Mulher, 42 anos, sem comorbidades. Sangramento genital há 3 meses, evoluindo com perda urinária insensível há 1 mês com necessidade de uso de 4 fraldas por dia. Chega ao pronto-socorro em regular estado geral e confusa. Ao exame físico: descorada, fralda está com sangue e coágulos, sem urina. Exames laboratoriais: Hb 10,8 g/dL, Cr 5,6 mg/dL, ureia 138 mg/dL, K 6,2 mmol/mL, Na 124 mmol/mL, Bic 13 mmol/mL. Tomografia computadorizada de abdome com ureterohidronefrose bilateral até o nível do ureter distal, massa pélvica centrada em colo uterino de 8 cm com invasão de bexiga, ureteres e vagina. Após estabilização clínica e correção dos distúrbios metabólicos, a equipe de urologia foi acionada.

A conduta urológica para esta paciente é:

- (A) ureterostomia cutânea.
- (B) confecção de conduto ileal.
- (C) cistostomia suprapúbica.
- (D) nefrostomia bilateral.

34. Homem, 72 anos, hipertenso, sem cirurgias prévias. Indicada ressecção transuretral da próstata devido a hiperplasia da próstata sintomática. Ultrassonografia com próstata de 70 g. Paciente sob sedação leve e raquianestesia. Após 1 hora de ressecção utilizando eletrodo monopolar, o paciente ficou agitado e confuso. PA 170 x 100 mmHg, FC 51 bpm, SatO₂ 96%.

O provável diagnóstico e o distúrbio metabólico esperado são:

- (A) tromboembolismo pulmonar e coagulação intravascular disseminada.
- (B) acidente vascular cerebral isquêmico e acidose metabólica.
- (C) intoxicação hídrica e hiponatremia.
- (D) encefalopatia urêmica e uremia.

35. Homem, 68 anos, apresentou elevação de PSA em exame de rotina. Nega comorbidades e cirurgias prévias. Toque retal próstata de 50 g, com nódulo sólido de 2 cm comprometendo lobos direito e esquerdo. Submetido a biópsia de próstata, cujo diagnóstico foi adenocarcinoma usual de próstata, ISUP 3, com 14 fragmentos comprometidos de 18, invasão microvascular e perineural presente. PSA 11,2 ng/mL.

A conduta neste momento é:

- (A) ressonância magnética de pelve, tomografia de tórax e abdome e cintilografia óssea.
- (B) radioterapia pélvica exclusiva contemplando linfonodos pélvicos.
- (C) não há necessidade de estadiamento, e a prostatectomia radical com linfadenectomia pélvica deve ser realizada.
- (D) cintilografia óssea e prosseguir com prostatectomia radical com linfadenectomia pélvica, se o exame for negativo para metástase óssea.

36. Homem, 32 anos, vítima de atropelamento por automóvel há 20 minutos, trazido pelo resgate em prancha rígida e com colar cervical. Queixas de dor abdominal e pélvica. PA 90 x 60, FC 120 bpm, FR 22 ipm e SatO₂ 93%. FAST negativo e pelve instável. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, escala de coma de Glasgow AO 4 RV 5 RM 6. Hematoma perineal e uretrorragia. Uretrografia com extravasamento de contraste caracterizando lesão traumática de uretra.

A lesão, provavelmente, ocorreu em qual segmento uretral?

- (A) Uretra membranosa.
- (B) Uretra bulbar.
- (C) Uretra prostática.
- (D) Uretra peniana.

37. Mulher, 78 anos, sofreu queda da própria altura há 1 hora enquanto caminhava na rua; sofreu trauma em região lateral da cabeça com presença de ferimento cortocotuso com sangramento controlado com curativo. Trazida pelo resgate com colar cervical e prancha rígida. Na avaliação inicial, está com via aérea pérvia, máscara de oxigênio a 15 L/min, hemodinamicamente estável, recebendo cristalóide endovenoso, sem alteração do exame pulmonar e cardíaco. Apresenta midríase à direita, abertura ocular a estímulo doloroso, balbúcia sons incompreensíveis e localiza estímulo doloroso, otorreia e hematoma retroauricular.

Qual é a conduta imediata?

- (A) Avaliação neurocirúrgica.
- (B) Intubação nasotraqueal.
- (C) Tomografia de crânio.
- (D) Intubação orotraqueal.

38. Homem, 43 anos, vítima de atropelamento por motocicleta, sofreu trauma direto em dorso à esquerda. Permaneceu estável desde a admissão hospitalar. Durante as avaliações primária e secundária, foi identificado trauma renal grau 3 à esquerda, e optou-se por conduta não operatória. No terceiro dia pós-trauma, houve queda de hemoglobina e hematócrito. Paciente continua estável. Tomografia computadorizada revelou sangramento arterial ativo em polo inferior do rim esquerdo com hematoma adjacente e sem lesão de via urinária.

Qual é a conduta neste momento?

- (A) Laparotomia exploradora para nefrectomia total.
- (B) Laparotomia exploradora para rafia renal.
- (C) Arteriografia com embolização seletiva.
- (D) Repetir exame laboratorial e tomografia em 24 horas.

39. Homem, 82 anos, sofreu queda da própria altura há 30 minutos. Tropeçou e sofreu queda frontal com colisão do rosto contra o chão. Familiares trouxeram para o hospital. Colocado colar cervical na admissão. Apresenta via aérea pérvia apesar da perda de dentes incisivos e diversas escoriações em face, está com máscara de oxigênio, estável hemodinamicamente, pupilas isocóricas e fotorreagentes, escala de coma de Glasgow de 15, sem outras lesões. Na avaliação secundária, apresenta força muscular grau 2 em membros superiores e grau 4 em membros inferiores, além de redução de sensibilidade em membros superiores e inferiores.

O diagnóstico é:

- (A) síndrome anterior da medula.
- (B) síndrome central da medula.
- (C) acidente vascular encefálico.
- (D) síndrome da cauda equina.

40. Um recém-nascido de 3 dias, masculino, nascido a termo, com trissomia do cromossomo 21 (síndrome de Down), sem complicações durante a gravidez ou o parto, apresenta distensão abdominal progressiva e episódios de vômitos biliosos. No exame físico, observa-se a presença de um ânus patente, mas o bebê ainda não eliminou mecônio desde o nascimento. A mãe relatou que o bebê está se alimentando mal e teve episódios de choro inconsolável. A radiografia abdominal revela distensão de alças intestinais e ausência de ar no reto. Os sinais vitais estão dentro dos limites normais, e não há história familiar de doenças congênitas.

Sobre as hipóteses diagnósticas pertinentes e condutas adequadas, escolha a alternativa correta.

- (A) Doença de Hirschsprung; lavagem intestinal com solução salina morna e preparo para biópsia retal.
- (B) Doença de Hirschsprung; administração de laxantes orais para estimular a evacuação e alta hospitalar.
- (C) Íleo meconial; dieta oral aumentada para estimular o trânsito intestinal.
- (D) Ânus imperfurado sem fístula; colostomia de urgência e estudo de imagem complementar.

41. Homem, 58 anos, tabagista com história de 30 maços/ano, apresenta dor torácica e dispneia progressiva há duas semanas. Ele também relata febre alta e produção de escarro purulento. A radiografia de tórax revela um derrame pleural à direita. No exame físico, notam-se estertores na base pulmonar direita e baqueteamento digital. Seguem dados da análise do líquido obtido pela torcacentese diagnóstica: pH de 6,9, glicose de 30 mg/dL e bacterioscopia revelando cocos Gram-positivos. Não há células neoplásicas identificadas.

Assinale a alternativa que apresenta a abordagem terapêutica inicial mais apropriada para esse paciente.

- (A) Pleurodese química.
- (B) Inserção de dreno pleural e administração de antibióticos intravenosos.
- (C) Realização de toracotomia de emergência.
- (D) Uso de antibióticos por via oral e corticosteroides sistêmicos.

42. Homem, 50 anos, com história de hipertensão (tratado com betabloqueador) e obesidade (sem tratamento específico), foi submetido a uma cirurgia de artroplastia total de joelho direito há 5 dias. Relata dor e inchaço na perna direita desde ontem, associados a leve dificuldade respiratória. Ele nega antecedentes de eventos tromboembólicos. Durante o exame físico, observam-se edema na perna direita, empastamento da panturrilha e pulsos arteriais palpáveis. O curativo da cirurgia do joelho está limpo. Ao exame pulmonar, murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios. O paciente está utilizando meias elásticas de suave compressão até a coxa e mobilização precoce foi incentivada, porém não foi seguida. Está em uso de enoxaparina 40 mg por via subcutânea por dia. Saturação de oxigênio está em 94% em ar ambiente, frequência cardíaca é de 64 bpm e a respiratória é de 19 inspirações por minuto.

Considerando o exposto, assinale a alternativa que indica a melhor conduta para esse paciente.

- (A) Aumentar o grau de compressão de meias elásticas (para moderada compressão) e observar.
- (B) Solicitar mensuração do D-dímero no sangue.
- (C) Solicitar ultrassonografia com Doppler do sistema venoso do membro inferior direito.
- (D) Implantar filtro de veia cava inferior, por acesso femoral ou jugular.

43. Mulher, 30 anos, com histórico de lúpus eritematoso sistêmico, está em tratamento crônico com azatioprina (100 mg/dia). Ela apresenta uma ferida pós-traumática na perna direita após um acidente doméstico de pequena energia, sem outros traumas associados. A lesão é pequena, com aproximadamente 2 cm de diâmetro, com base eritematosa e ausência de sinais infecciosos. Paciente também utiliza anticoncepcional oral combinado para controle de endometriose e relata uso ocasional (duas a três vezes por mês) de AINEs (diclofenaco) para controle de dores articulares.

Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que indica o fator que, provavelmente, contribuiu para a cicatrização retardada dessa ferida.

- (A) Uso de anticoncepcionais orais, pois interferem na fase da remodelagem.
- (B) Uso de imunossupressor, pois interfere na fase inflamatória.
- (C) Uso ocasional de AINEs, pois interfere na fase inflamatória.
- (D) Pequeno tamanho da ferida, pois interfere na fase da proliferação.

44. Mulher, 45 anos, com histórico de diabetes tipo 2 mal controlado, apresenta uma úlcera no pé direito há 2 semanas, decorrente de um trauma (acidente doméstico de baixa energia). A lesão tem bordas irregulares e exsudato purulento. O paciente relata dor moderada e vermelhidão ao redor da úlcera. Além disso, ele mencionou febre nas últimas 24 horas (38,3 °C). O exame físico revela boa perfusão e os pulsos distais são palpáveis. Não há edema. Observa-se redução da sensibilidade ao toque leve e ao monofilamento de 10 g no pé afetado, além de diminuição do reflexo aquileu, indicando a presença de neuropatia periférica.

Considerando o caso clínico apresentado, assinale a alternativa que apresenta o principal fator contribuinte para a dificuldade de cicatrização dessa úlcera.

- (A) Neuropatia periférica.
- (B) Imobilidade prolongada.
- (C) Hiperglicemia persistente.
- (D) Presença de edema.

45. Homem, de 30 anos, foi atropelado por um veículo e apresenta fratura exposta no fêmur esquerdo, com ausência de pulsos distais. O membro inferior esquerdo está pálido e frio ao toque, além de ter várias escoriações. Não há edema considerável no membro. A pressão arterial medida nos membros superiores é de 90 x 60 mmHg. O trauma ocorreu há menos de uma hora. No membro inferior direito, os pulsos distais são palpáveis e não há sinais de fratura nesse membro. O paciente também apresenta escoriação no tórax e membros superiores, sem outras lesões aparentes.

A partir dos dados disponíveis no enunciado, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico provável para o quadro clínico de perfusão ruim e ausência de pulsos distais e, também, a(s) abordagem(ns) inicial(is) mais adequada(s).

- (A) Diagnóstico de síndrome compartimental no membro inferior esquerdo; abordagem inicial com fasciotomia dos quatro compartimentos da perna, através de duas incisões na perna.
- (B) Diagnóstico de lesão arterial no membro inferior esquerdo; abordagem inicial com tratamento da fratura e posterior restabelecimento do fluxo arterial com enxerto de veia safena magna contralateral.
- (C) Diagnóstico de síndrome compartimental no membro inferior esquerdo; abordagem inicial com fasciotomia dos quatro compartimentos da perna, através de quatro incisões na perna.
- (D) Diagnóstico de lesão arterial no membro inferior esquerdo; abordagem inicial com restabelecimento imediato do fluxo arterial, seguido de tratamento da fratura.

46. Homem, 70 anos, ex-fumante, com histórico de doença arterial coronariana e doença pulmonar obstrutiva crônica, apresenta dor abdominal pós-prandial há 3 meses, perda de peso não intencional de 7 kg e evacuações normais. A dor é descrita como cólica e piora após as refeições, sendo totalmente aliviada algumas horas após terminá-las. No exame físico, está emagrecido, com abdome sem sinais de peritonite e ausculta normal. A angiogramografia revela estenose significativa (maior que 90%) do tronco celíaco e da artéria mesentérica superior, com a artéria mesentérica inferior vicariante.

De acordo com as diretrizes mais atuais e considerando as informações contidas no enunciado, assinale a alternativa correta com relação à abordagem terapêutica mais indicada para esse paciente.

- (A) Dieta hipercalórica e fracionada.
- (B) Tratamento endovascular da estenose da artéria mesentérica superior.
- (C) Revascularização aberta (por exemplo, endarterectomia ou enxerto) para restabelecer fluxo habitual para tronco celíaco e/ou artéria mesentérica superior.
- (D) Uso de varfarina, objetivando anticoagulação plena e INR dentro do intervalo entre 2,0 e 3,0.

47. Homem, 67 anos, diabético e ex-fumante, é admitido com dor torácica aguda irradiando para as costas, iniciada há 4 horas. A pressão arterial é de 190/120 mmHg, em ambos membros superiores, com pulsos palpáveis em todos os membros. Não há déficits neurológicos. Foi decidido que o paciente será submetido a uma angiotomografia de aorta e ramos.

Com base no exposto, assinale a alternativa que apresenta a correlação correta entre o potencial achado tomográfico e o provável diagnóstico patológico.

- (A) Um eventual achado de espessamento da parede aórtica e a ausência de uma luz falsa são mais indicativos de uma dissecção de aorta, na qual o sangue separa as camadas da parede aórtica.
- (B) Um eventual achado de espessamento da parede aórtica sem formação de luz falsa em área densamente calcificada sugere um hematoma intramural, cuja fisiopatologia é uma fratura de placa aterosclerótica, levando a lesão da lâmina elástica.
- (C) Um eventual achado de espessamento da parede aórtica sem formação de luz falsa sugere um hematoma intramural, caracterizado por ruptura dos *vasa vasorum*.
- (D) Uma eventual ausência de luz falsa e ausência de espessamento da parede aórtica em área sem calcificações sugerem uma úlcera penetrante da aorta, cuja fisiopatologia é a ruptura dos *vasa vasorum*.

48. Homem, 73 anos, aposentado, diabético, tabagista, hipertenso e obeso (IMC = 42kg/m²), procura o ambulatório por queixa de claudicação intermitente, há alguns meses, na perna esquerda. Ele consegue deambular por uma distância de 400 metros e nega outros sintomas recentes. Na perna esquerda, só há pulso femoral palpável, estão ausentes pulsos poplíteo, pedioso e tibial posterior. Nota-se uma hiperpulsatibilidade na fossa poplíteo direita, e os pulsos são todos presentes no membro inferior direito.

Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa que indica qual(uais) é(são) o(s) próximo(s) passo(s) mais adequado(s) na avaliação diagnóstica desse paciente.

- (A) Solicitar tomografia computadorizada da aorta (considerando o biotipo do paciente) e ultrassom (incluindo Doppler arterial) do membro inferior direito.
- (B) Solicitar tomografia computadorizada da aorta abdominal (considerando o biotipo do paciente).
- (C) Solicitar tomografia computadorizada da aorta (considerando o biotipo do paciente) e ultrassom (incluindo Doppler arterial) arterial do membro inferior esquerdo.
- (D) Solicitar ultrassom (incluindo Doppler arterial) do membro inferior esquerdo.

49. Homem, 68 anos, hipertenso e tabagista, com histórico de claudicação intermitente na panturrilha esquerda para 150 metros, de longa data, veio encaminhado ao cirurgia vascular e foi atendido como encaixe. O paciente relata que há três semanas tem apresentado dor persistente no pé esquerdo, mesmo em repouso. Tem dormido com o pé pendente para baixo na cama. O exame físico revela ausência de pulsos tibial posterior e pedioso no membro inferior esquerdo (pressão medida no tornozelo esquerdo foi 35 mmHg). O médico da atenção básica, que tinha visto o paciente há 15 dias (e o encaminhou para a consulta atual), prescreveu medicações analgésicas que não surtiram efeito e solicitou um exame de ultrassom arterial, em que foi identificado fluxo monofásico na artéria poplítea esquerda e também monofásico nas artérias infrapatelares.

Considerando o quadro clínico, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Treinamento físico, preferencialmente supervisionado por educador físico, além de mudança de estilo de vida (cessação tabagismo), além de uso de antiagregante.
- (B) Solicitação de exame contrastado para planejamento de revascularização.
- (C) Terapia farmacológica com anticoagulante oral.
- (D) Prescrição de meia elástica de média compressão e orientação de elevação do membro acima do nível do coração.

50. Homem, 58 anos, com histórico de etilismo crônico e diabetes tipo 2 descompensado, foi admitido no hospital com dor intensa na região perineal, febre alta e secreção purulenta com odor fétido. O exame físico revela necrose em múltiplas áreas do escroto e períneo, com crepitação e sinais de infecção grave. A glicemia capilar é de 350 mg/dL, o paciente está hipotenso (PA: 90 x 60 mmHg) e taquicárdico (FC: 120 bpm). Após o primeiro debridamento cirúrgico, discute-se com as equipes envolvidas a realização de uma colostomia de proteção e o uso de oxigenoterapia hiperbárica como parte do tratamento adjuvante.

Com base nesse cenário, assinale a alternativa que apresenta a principal justificativa para a combinação da colostomia de proteção com o uso de oxigenioterapia hiperbárica no manejo desse paciente.

- (A) A colostomia melhora o controle glicêmico e facilita a administração de antibióticos, enquanto a oxigenioterapia hiperbárica reduz a necessidade de internação prolongada.
- (B) A colostomia facilita a cicatrização das áreas necróticas ao minimizar a contaminação fecal, enquanto a oxigenioterapia hiperbárica, ao melhorar a oxigenação tecidual, garante controle total da infecção, eliminando a necessidade de novos desbridamentos.
- (C) A colostomia facilita a cicatrização das áreas necróticas ao minimizar a contaminação fecal, enquanto a oxigenioterapia hiperbárica pode melhorar a oxigenação tecidual, ajudando na recuperação global, podendo estar associada a redução de mortalidade.
- (D) A colostomia melhora o controle glicêmico e facilita a administração de antibióticos, enquanto a oxigenioterapia hiperbárica previne a progressão da infecção, eliminando a necessidade de novas intervenções cirúrgicas.

