

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025

Enare
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - CIRURGIA BARIÁTRICA (ATCIRBART01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

Boa sorte!

Cirurgia do Aparelho Digestivo

1

Paciente feminina de 43 anos, obesa mórbida com índice de massa corporal (IMC) 45 é submetida a gastroplastia redutora em Y de Roux, evoluindo com fístula digestiva diagnosticada no 6º dia pós-operatório, sendo iniciado suporte nutricional por via parenteral.

A ingesta calórica diária deve ser calculada a partir do(a):

- (A) peso atual da paciente;
- (B) peso ideal da paciente;
- (C) peso ajustado da paciente;
- (D) IMC da paciente;
- (E) diferença entre o IMC atual e IMC ideal da paciente.

2

Na avaliação funcional de um paciente em pré-operatório, os níveis de atividade diária que correspondem a uma capacidade funcional moderada (entre 4-7 METS) correspondem a:

- (A) subir um lance de escada sem parar;
- (B) arrumar a cama;
- (C) caminhar lentamente no plano;
- (D) tomar banho sozinho;
- (E) pular corda por 10 minutos ininterruptos.

3

Em um paciente com trombose venosa profunda em pós-operatório imediato, deve-se considerar a utilização de filtro de veia cava:

- (A) quando o trombo se localizar proximalmente no membro inferior;
- (B) quando houver contraindicação ao uso de medicações anticoagulantes;
- (C) em associação aos antagonistas da vitamina K;
- (D) na transição do uso de heparina para antagonistas da vitamina K;
- (E) em pacientes com trombose venosa profunda.

4

Um paciente submetido a esofagectomia Ivor Lewis apresenta febre após 36 horas da cirurgia. Considerando que o paciente foi extubado e seus catéteres foram instalados no momento da operação, tem-se como causa mais provável da febre:

- (A) trombose venosa profunda;
- (B) pneumonia;
- (C) fístula de anastomose;
- (D) infecção do sítio cirúrgico;
- (E) atelectasia.

5

Em relação ao fechamento de uma laparotomia mediana eletiva em paciente de baixo risco, a técnica mais recomendada atualmente inclui:

- (A) utilização de tela sintética profilática;
- (B) uso de suturas de retenção associado à sutura de fechamento da parede;
- (C) utilização de pontos separados com fios multifilamentares absorvíveis;
- (D) fechamento em massa de todos os planos da parede abdominal;
- (E) utilização de sutura contínua com fios de absorção lenta monofilamentares englobando apenas a aponeurose da parede abdominal.

6

Um paciente de 68 anos, com história de etilismo e tabagismo prévios, se apresenta com disfagia progressiva para sólidos e perda ponderal de 5 kg nos últimos 30 dias. Tem história prévia de refluxo e uso crônico de inibidor de bomba de prótons há 12 anos. Na endoscopia, observou-se epitélio alaranjado que media 5 cm circunferencialmente e linguetas de 7 cm. Presença de hérnia de hiato por deslizamento de aproximadamente 3 cm e uma lesão parcialmente estenosante, polipoide ulcerada, que se estende proximal à junção esôfagogástrica (JEG) de 1 cm a 4 cm, sem impedir a progressão do aparelho. A biópsia mostra adenocarcinoma moderadamente diferenciado em epitélio colunar com células caliciformes.

Após o estadiamento da lesão cT3cN0, a cirurgia de escolha é:

- (A) esofagectomia McKewon;
- (B) gastrectomia total com esofagectomia distal;
- (C) esofagectomia trans-hiatal;
- (D) esofagectomia associada a linfadenectomia em 3 campos;
- (E) ressecção endoscópica associada a ablação por radiofrequência.

7

Em paciente portador de adenocarcinoma cT3N0 em esôfago distal, o tratamento associado a cirurgia que está indicado é:

- (A) tratamento quimioterápico pós-operatório com cisplatina e 5 fluoracil;
- (B) tratamento químico e radioterápico pós-operatório (carbo taxol + 41cGy);
- (C) tratamento radioterápico pré-operatório (60 cGy);
- (D) tratamento quimioterápico pré e pós-operatório (esquema FLOT);
- (E) nenhum, sendo indicada cirurgia apenas.

8

A utilização do PET CT em pacientes com neoplasia de esôfago é importante para:

- (A) estadiar a profundidade da invasão tumoral;
- (B) poupar a realização de tomografia de tórax e abdômen;
- (C) avaliar a presença de metástases a distância;
- (D) substituir a broncoscopia na avaliação da invasão de vias aéreas;
- (E) definir a indicação de quimioterapia ou radioterapia pré-operatória.

9

Paciente portador de esôfago de Barrett C3M5 pela classificação de Praga foi submetido ao protocolo de biópsias de Seattle, sendo diagnosticada displasia de alto grau em 3 biópsias, sem lesão visível.

O tratamento de escolha para esse paciente é:

- (A) observação clínica com endoscopias anuais;
- (B) esofagectomia transtorácica;
- (C) esofagectomia trans-hiatal;
- (D) ablação por radiofrequência do epitélio de Barrett seguida de acompanhamento endoscópico;
- (E) ressecção endoscópica submucosa de todo o epitélio de Barrett, seguida de acompanhamento endoscópico.

10

Um paciente de 78 anos se apresenta na emergência com quadro de dor abdominal súbita e intensa há 24 horas, com piora progressiva, associado a náuseas, vômitos e desorientação. Faz uso de diversas medicações, entre elas anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e, na última semana, anti-inflamatórios não esteroidais para tratamento de uma hérnia de disco. Ao exame, observa-se palidez cutaneomucosa, sudorese fria, pulso acelerado e filiforme. O abdômen encontra-se rígido e extremamente doloroso. O restante do exame físico é compatível com a idade do paciente. PA: 90 x 60 mmHg, SatO₂: 93% aa. Foi realizada uma rotina de abdômen agudo, que sugere pneumoperitônio. Durante a cirurgia, observou-se moderada quantidade de líquido livre e uma úlcera pré-pilórica perfurada.

A melhor opção no tratamento cirúrgico desse paciente é:

- (A) gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux;
- (B) antrectomia + vagotomia troncular com reconstrução a BI;
- (C) antrectomia + vagotomia troncular com reconstrução a BII;
- (D) rafia da úlcera + vagotomia superseletiva;
- (E) rafia da úlcera com *patch* de omento.

11

Uma paciente de 67 anos é diagnosticada com hérnia femoral em região inguinal esquerda durante ultrassonografia ginecológica. A paciente nega sintomas limitantes e nunca notou nenhum abaulamento no local. Ela tem um bom estado geral e trata apenas uma hipertensão leve.

Dado esse quadro clínico, deve-se:

- (A) observar clinicamente, uma vez que a paciente é oligossintomática;
- (B) indicar a correção cirúrgica pelo maior risco de encarceramento das hérnias femorais;
- (C) descartar cirurgia minimamente invasiva, pois é contraindicada nesse caso;
- (D) aplicar a técnica de Shouldice como conduta de escolha no caso;
- (E) indicar a utilização de tela biológica nesta correção.

12

Uma paciente de 52 anos queixa-se de plenitude pós-prandial e inapetência associadas a epigastria há 3 meses, refratária ao uso de inibidores de bomba de prótons. Na endoscopia, observa-se uma lesão em fundo gástrico de aproximadamente 6 cm, sem expressão mucosa. A tomografia demonstra que a lesão é exofítica e confinada à parede gástrica, sem invasão de órgãos adjacentes.

Com base na principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que:

- (A) está indicada a gastrectomia total com linfadenectomia a D2;
- (B) está indicada terapia neoadjuvante quimioterápica;
- (C) a doença está associada a infecção do *H. pylori*;
- (D) é indicada a pesquisa de linfonodo sentinela;
- (E) gastrectomia com margens livres, regrada ou atípica, é suficiente para o tratamento dessa patologia.

13

Um paciente de 58 anos se apresenta na emergência com quadro de dor que se iniciou há 4 dias em epigástrico e se localizou em FID. Refere, no período, febre de 38,5 °C e inapetência.

O exame de imagem de escolha para o diagnóstico da patologia é:

- (A) rotina radiológica de abdômen agudo;
- (B) ultrassonografia de abdômen;
- (C) ressonância nuclear magnética da pelve com contraste venoso;
- (D) cintilografia com leucócitos marcados;
- (E) tomografia de abdômen total com contraste venoso.

14

Um paciente de 58 anos se apresenta na emergência com quadro de dor que se iniciou há 4 dias em epigástrico e se localizou em FID. Refere no período febre de 38,5 °C e inapetência. O exame de imagem realizado demonstrou um abscesso periapendicular de aproximadamente 6cm.

Nesse caso, a conduta associada a menor morbidade é:

- (A) laparotomia exploradora para drenagem de abscesso e apendicectomia;
- (B) drenagem percutânea da coleção associada a terapia com antibiótico;
- (C) laparoscopia para drenagem de abscesso e apendicectomia;
- (D) antibioticoterapia exclusiva;
- (E) apendicectomia robótica.

15

Em um paciente submetido a apendicectomia laparoscópica não complicada, o histopatológico demonstra um tumor neuroendócrino de 1,5 cm, com invasão linfovascular e do mesoapêndice.

A conduta a ser adotada é:

- (A) indicar a colectomia direita;
- (B) observar clinicamente;
- (C) indicar quimioterapia;
- (D) indicar radioterapia;
- (E) indicar colectomia direita e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica.

16

Um paciente de 67 anos, com IMC de 29 kg/m², dá entrada na emergência com quadro de dor em QIE há 2 dias, associado a constipação intestinal, inapetência e febre. O hemograma mostra discreta leucocitose com discreto desvio à esquerda. O paciente refere que nunca realizou uma colonoscopia.

O exame de imagem de escolha para a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) rotina radiológica de abdômen agudo;
- (B) ultrassonografia de abdômen;
- (C) tomografia de abdômen e pelve com contraste venoso;
- (D) ressonância nuclear magnética com contraste venoso;
- (E) cintilografia de hemácias marcadas.

17

Um paciente de 67 anos, com IMC de 29 kg/m², dá entrada na emergência com quadro de dor em QIE há 2 dias, associado a constipação intestinal, inapetência e febre. O hemograma mostra discreta leucocitose com discreto desvio à esquerda. O paciente refere que nunca realizou uma colonoscopia. Seu exame de imagem inicial mostrou um abscesso de 5 cm pericólico, na altura da transição retossigmoideana.

Nesse cenário, a conduta mais indicada é:

- (A) retossigmoidectomia a Hartmann de urgência;
- (B) retossigmoidectomia com anastomose primária de urgência;
- (C) retossigmoidectomia com ileostomia de proteção de urgência;
- (D) lavagem de cavidade laparoscópica;
- (E) drenagem percutânea por radiointervenção.

18

Em um paciente com diverticulite aguda que se encontrava em sepse, sendo necessário uso de amina vasoativa para estabilização hemodinâmica, o exame de imagem mostrava moderada quantidade de líquido livre nos 4 quadrantes da cavidade abdominal.

Nesse caso, a conduta cirúrgica mais adequada é:

- (A) retossigmoidectomia a Hartmann de urgência;
- (B) retossigmoidectomia com anastomose primária de urgência;
- (C) retossigmoidectomia com ileostomia de proteção de urgência;
- (D) lavagem de cavidade laparoscópica;
- (E) drenagem percutânea por radiointervenção.

19

No caso de uma diverticulite Hinchey modificada 0, é correto afirmar que:

- (A) está indicada internação hospitalar;
- (B) o tratamento indicado é a antibioticoterapia;
- (C) está indicado o tratamento cirúrgico de urgência;
- (D) faz parte do tratamento inicial da crise uma dieta rica em fibras;
- (E) a colonoscopia 4 a 6 semanas após a resolução do episódio é obrigatória em todos os pacientes sem colonoscopia prévia.

20

Em uma mulher de 38 anos, com queixas típicas de cólica biliar e ultrassonografia negativa para cálculos, a hipótese de discinesia biliar pode ser confirmada por meio de:

- (A) cintilografia com ácido imidoacético;
- (B) colangiorressonância nuclear magnética;
- (C) tomografia computadorizada de abdômen;
- (D) colangiopancreatografia endoscópica retrógrada;
- (E) colangiografia trans-hepática.

21

Um paciente se apresenta com dor em hipocôndrio D há 72 horas, associada a febre de 38 °C. USG de abdômen mostra vesícula biliar distendida com paredes espessadas e imagens hiperecogênicas com sombra acústica posterior.

Dado esse quadro e considerando que o paciente está em bom estado geral, a conduta de escolha é:

- (A) antibioticoterapia associada a analgésicos;
- (B) antibioticoterapia e cirurgia entre 6 e 8 semanas;
- (C) antibioticoterapia e cirurgia imediata;
- (D) colecistostomia percutânea;
- (E) litotripsia extracorpórea.

22

Um paciente de 74 anos e diagnóstico de litíase biliar de longa data se apresenta com colecistite aguda com evolução de 7 dias. Inicialmente é tentado tratamento clínico por 48 horas. Com a piora do estado geral do paciente, é indicada a cirurgia. No ato operatório, não é possível a obtenção da visão crítica de segurança do pedículo biliar.

Nessa situação, a conduta aconselhável é:

- (A) colecistectomia subtotal com drenagem da cavidade;
- (B) hepaticojunostomia em Y de Roux;
- (C) coledocoduodenostomia;
- (D) colangiopancreatografia endoscópica retrógrada;
- (E) conversão para cirurgia aberta para prosseguimento da colecistectomia tradicional.

23

Durante uma colecistectomia, é realizada colangiografia per operatória, sendo observado um colédoco fino com cálculo distal.

Uma das opções para o tratamento da coledocolitíase nesse caso é:

- (A) coledocotomia para retirada do cálculo e drenagem a Kehr;
- (B) coledocoduodenostomia laterolateral;
- (C) colecistectomia;
- (D) colecistectomia com drenagem biliar transcística seguida de CPRE na mesma internação;
- (E) exploração biliar percutânea.

24

Durante uma colecistectomia, é realizada uma colangiografia peroperatória sendo observado um colédoco fino com cálculo distal.

Considerando que a CPRE não está disponível, a cirurgia de escolha é:

- (A) papilotomia cirúrgica transduodenal;
- (B) coledocoduodenostomia laterolateral;
- (C) colecistectomia;
- (D) hepaticojunostomia;
- (E) exploração biliar percutânea.

25

A visão crítica de segurança do pedículo biliar é composta por:

- (A) dissecação do ducto cístico e colédoco com identificação da junção cístico-coledociana;
- (B) dissecação do triângulo de Calot com identificação da artéria cística;
- (C) dissecação do pedículo hepático com identificação da tríade portal;
- (D) dissecação da placa hilar com identificação dos ductos hepáticos direito e esquerdo;
- (E) dissecação do triângulo hepatocístico com identificação do ducto cístico, artéria cística e parênquima hepático até 2 cm acima do infundíbulo.

26

Uma paciente de 32 anos, assintomática, vai ao consultório com uma ultrassonografia de abdômen realizada em check up ginecológico. O exame mostra um pólipo de 5 mm em vesícula de paredes finas. A paciente não apresenta comorbidades ou história familiar para tumores.

A conduta nesse caso é:

- (A) colecistectomia laparotômica;
- (B) colecistectomia laparoscópica;
- (C) colecistectomia aberta com hepatectomia dos segmentos IV e V;
- (D) acompanhamento clínico com USG a cada 6 meses;
- (E) realização de colangiorrressonância nuclear magnética.

27

Após uma colecistectomia eletiva, o histopatológico mostra adenocarcinoma confinado à mucosa da vesícula.

Nesse caso, está indicado(a):

- (A) hepatectomia direita;
- (B) seguimento oncológico;
- (C) linfadenectomia do hilo hepático;
- (D) hepatectomia dos segmentos IV e V;
- (E) quimioterapia associada a radioterapia.

28

Um paciente submetido a colecistectomia por doença calculosa tem no histopatológico o diagnóstico de adenocarcinoma invadindo a camada muscular.

Nesse caso, a conduta mais adequada é:

- (A) hepatectomia direita;
- (B) seguimento oncológico;
- (C) quimioterapia associada a radioterapia;
- (D) hepatectomia esquerda;
- (E) segmentectomia IV e V associada a linfadenectomia do hilo hepático e tronco celíaco.

29

Um paciente de 73 anos, PS 1, se apresenta com quadro de icterícia e perda ponderal de 4 kg em 1 mês. Nega dor abdominal. Refere DM tipo II de diagnóstico recente e hipertensão arterial controlada. Não tem história de alergias e refere cirurgia ortopédica em joelho D há 5 anos, sem intercorrências. Ao exame, encontra-se eutrófico, com IMC 22 e icterícia 1+/4+. Não há outros achados dignos de nota. Nos exames iniciais, observam-se bilirrubina total de 5 mg/dl às custas de direta, INR 1,1 e albumina normal.

O exame de imagem mais adequado nesse caso é:

- (A) tomografia de tórax, abdômen e pelve com contraste trifásico;
- (B) colangiorrressonância nuclear magnética;
- (C) PET CT;
- (D) ultrassom endoscópico;
- (E) rotina de abdômen agudo.

30

Um paciente de 73 anos, PS 1, se apresenta com quadro de icterícia e perda ponderal de 4 kg em 1 mês. Nega dor abdominal. Refere DM tipo II de diagnóstico recente e hipertensão arterial controlada. Não tem história de alergias e refere cirurgia ortopédica em joelho D há 5 anos, sem intercorrências. Ao exame, encontra-se eutrófico, com IMC 22 e icterícia 1+/4+. Não há outros achados dignos de nota. Nos exames iniciais, observam-se bilirrubina total de 5 mg/dl às custas de direta, INR 1,1 e albumina normal. No exame de imagem realizado, observou-se uma lesão hipoatenuante de 2 cm em cabeça do pâncreas, com dilatação do colédoco de 1,0 cm e dilatação do ducto Wirsung à montante.

A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) tumor neuroendócrino de pâncreas;
- (B) adenocarcinoma de papila;
- (C) neoplasia mucinosa papilar intraductal;
- (D) adenocarcinoma de pâncreas;
- (E) adenocarcinoma de colédoco.

31

Na avaliação do tumor de pâncreas, o ultrassom endoscópico é necessário em pacientes:

- (A) com TC demonstrando um tumor ressecável;
- (B) com tumores borderline ou irressecáveis à TC;
- (C) com níveis de bilirrubina acima de 20 mg/dl;
- (D) sem possibilidade de estadiamento por PET-CT;
- (E) com CA19-9 e CEA elevados.

32

Um paciente de 73 anos, PS 1, se apresenta com quadro de icterícia e perda ponderal de 4 kg em 1 mês. Nega dor abdominal. Refere DM tipo II de diagnóstico recente e hipertensão arterial controlada. Não tem história de alergias e refere cirurgia ortopédica em joelho D há 5 anos, sem intercorrências. Ao exame, encontra-se eutrófico, com IMC 22, icterícia 1+/4+. Não há outros achados dignos de nota. Nos exames iniciais, observam-se bilirrubina total de 5 mg/dl às custas de direta, INR 1,1 e albumina normal.

Em relação ao preparo pré-operatório desse paciente, deve-se recomendar:

- (A) suporte nutricional enteral por 7 dias;
- (B) suporte nutricional parenteral por 7 dias;
- (C) drenagem pré-operatória de vias biliares 30 dias antes da cirurgia;
- (D) reposição de vitamina K intramuscular;
- (E) suporte nutricional via oral contendo arginina e ômega 3 por 7 dias.

33

Em um paciente com síndrome de estenose pilórica maligna não ressecável, o principal marcador de sobrevida que orientará a escolha terapêutica é:

- (A) o índice de massa corporal;
- (B) a perda ponderal pré-tratamento;
- (C) o valor da albumina sérica;
- (D) o *performance status*;
- (E) o valor da medida da prega triциptal.

34

Em um paciente com sintomas de pirose e regurgitação, é correto afirmar que:

- (A) o diagnóstico de certeza da doença de refluxo gastroesofageano deve ser baseado na presença de sintomas;
- (B) a presença de esofagite grau A de Los Angeles confirma o diagnóstico de certeza da doença de refluxo gastroesofageano;
- (C) a pHmetria esofageana de 24 horas é necessária para confirmação diagnóstica da doença de refluxo gastroesofageano, independente dos achados endoscópicos;
- (D) a presença de um esfíncter esofageano com pressão baixa é necessária para o diagnóstico de certeza da doença de refluxo gastroesofageano;
- (E) um tempo total de exposição ácida acima de 6% é necessário para o diagnóstico de doença de refluxo gastroesofageano.

35

Um paciente de 23 anos refere regurgitação e pirose há 2 anos. Fez uso de diversos inibidores de bomba de prótons e procinéticos, sem qualquer melhora. Refere que, nos últimos 2 meses, iniciou quadro de disfagia para sólidos, com piora da regurgitação e perda ponderal de 6 quilos. Tem uma endoscopia de 10 dias atrás com laudo normal.

O próximo passo na investigação diagnóstica desse paciente, para um diagnóstico definitivo, consiste na realização de:

- (A) esofagrafia;
- (B) manometria esofageana;
- (C) nova endoscopia;
- (D) tomografia de tórax;
- (E) pHmetria esofageana de 24 horas.

36

Um paciente de 23 anos refere regurgitação e pirose há 2 anos. Fez uso de diversos inibidores de bomba de prótons e procinéticos, sem qualquer melhora. Refere que, nos últimos 2 meses, iniciou quadro de disfagia para sólidos com piora da regurgitação e perda ponderal de 6 quilos. Tem uma endoscopia de 10 dias atrás com laudo normal.

O achado esperado do exame padrão-ouro para diagnóstico do caso é:

- (A) esôfago com diâmetro de 3 cm e lentificação do esvaziamento;
- (B) aperistalse de corpo esofageano e déficit de relaxamento do esfíncter esofageano inferior;
- (C) presença de pontos brancos formando pseudomembrana em esôfago distal;
- (D) hiperaeração alveolar com infiltração peribrônquica;
- (E) presença de refluxo patológico biposicional.

37

Dentre os critérios atuais para seleção para cirurgia bariátrica, inclui-se:

- (A) obesidade há mais de 5 anos;
- (B) tentativa de perda ponderal assistida nos últimos 3 meses;
- (C) ausência de resultados ao uso de análogos do GLP-1;
- (D) peso acima de 100 kg;
- (E) IMC acima de 25 kg/m².

38

A doença do refluxo gastroesofageano é a complicação mais frequente da seguinte técnica:

- (A) *duodenal switch*;
- (B) gastroplastia redutora com *by-pass* em Y de Roux;
- (C) cirurgia de Scopinaro;
- (D) derivação jejunoileal;
- (E) gastrectomia vertical em manga.

39

Em um paciente com obesidade grau III e cirrose hepática Child B, sem outras comorbidades, a cirurgia bariátrica de escolha é:

- (A) cirurgia de Scopinaro;
- (B) gastroplastia redutora com *by-pass* em Y de Roux;
- (C) *duodenal switch*;
- (D) gastrectomia vertical em manga;
- (E) derivação jejunoileal.

40

No pré-operatório de uma paciente com IMC de 36 e diabetes moderado, é observada, na endoscopia, a presença de epitélio colunar com metaplasia intestinal de aproximadamente 2 cm. Nessa situação, a cirurgia de escolha é:

- (A) cirurgia de Scopinaro;
- (B) gastroplastia redutora com *by-pass* em Y de Roux;
- (C) *duodenal switch*;
- (D) gastrectomia vertical em manga;
- (E) derivação jejunoileal.

Cirurgia Geral

41

Sabe-se que a inflamação é uma resposta protetora para que possamos nos livrar de agentes lesivos, remover células necrosadas e reparar tecidos lesados.

A síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) está associada a um conjunto de sinais e sintomas resultantes de um complexo mecanismo de defesa imunológico, endócrino e metabólico, que é desencadeado primariamente:

- (A) pela acidose metabólica;
- (B) por interferência do cortisol;
- (C) por ação das catecolaminas;
- (D) pelas proteínas de choque térmico;
- (E) por ação da interleucina 1 e fator de necrose tumoral.

42

O estado nutricional do paciente é fundamental para o prognóstico do tratamento cirúrgico. Assim, a reposição de vitaminas faz-se necessária para o bom prognóstico.

As características funcionais de ser antioxidante, proteger contra os danos de radicais livres, atuar na ligação cruzada de colágeno, participar da hidroxilação da lisina e da prolina durante a formação de colágeno, desempenhar funções antibacterianas mediadas pelo sistema imune dos leucócitos e ser importante na replicação de DNA e RNA e na função de linfócitos, são próprias da vitamina:

- (A) A;
- (B) C;
- (C) D;
- (D) E;
- (E) K.

43

Em uma cirurgia eletiva de grande porte, faz-se necessária uma avaliação nutricional rigorosa, pois esta vai determinar um preparo pré-operatório muito importante para o prognóstico cirúrgico.

Assim, um paciente que pesa 55 kg e mede 1,78 metro é classificado pelo índice de massa corporal como:

- (A) gravemente abaixo do peso;
- (B) abaixo do peso;
- (C) peso normal;
- (D) acima do peso;
- (E) obesidade de grau 1.

44

A compreensão das fases do processo cicatricial de uma ferida cirúrgica é importante para a prática médica.

Nesse sentido, é correto afirmar que:

- (A) macrófagos e neutrófilos são predominantes na fase de maturação;
- (B) neutrófilos e linfócitos são predominantes na fase de maturação;
- (C) fibroblastos e neutrófilos são predominantes na fase de proliferação;
- (D) macrófagos e neutrófilos são predominantes na fase inflamatória;
- (E) macrófagos e linfócitos são predominantes na fase inflamatória.

45

Antibióticos profiláticos, cujo uso está bem documentado para a redução da infecção no sítio cirúrgico, devem ser ministrados sempre que a ferida for classificada como limpa-contaminada. Na prática médica, porém, observa-se que alguns pacientes são alérgicos aos antibióticos betalactâmicos.

Nesses casos, os betalactâmicos devem ser substituídos por:

- (A) cefazolina;
- (B) metronidazol;
- (C) ampicilina-sulbactam;
- (D) gentamicina;
- (E) clindamicina.

46

A perspectiva de vida aumentou significativamente nas últimas décadas, e, com isso, um maior número de cirurgias é realizado em pacientes idosos. Esses pacientes trazem um déficit orgânico e comorbidades que devem ser considerados na avaliação pré-operatória.

Nesse sentido, o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de *delirium* no pós-operatório é:

- (A) a presença prévia de um déficit cognitivo;
- (B) o comprometimento funcional;
- (C) o tipo de cirurgia a ser realizada;
- (D) a presença de doença grave;
- (E) a má nutrição.

47

Um paciente de 34 anos apresenta-se na consulta com histórico de obesidade grave há mais de 10 anos. Ele tem um índice de massa corporal (IMC) de 44 kg/m² e sofre de várias comorbidades relacionadas à obesidade, incluindo diabetes tipo 2, hipertensão arterial e apneia do sono. Ele já tentou vários tratamentos, incluindo dietas supervisionadas, programas de exercícios e medicações para perda de peso, sem sucesso. Relata que essas condições estão afetando seriamente sua qualidade de vida e capacidade de trabalho. Após uma avaliação completa, ele é considerado um bom candidato para cirurgia bariátrica.

A técnica considerada o “padrão ouro” para esse paciente é:

- (A) gastrectomia vertical (*sleeve gastrectomy*);
- (B) banda gástrica ajustável;
- (C) *duodenal switch* (DS);
- (D) balão intragástrico;
- (E) *bypass* gástrico em Y de Roux (RYGB).

48

Um paciente de 81 anos, com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca congestiva, é internado para tratamento de pneumonia. Após alguns dias de tratamento com antibióticos e repouso no leito, ele começa a apresentar distensão abdominal significativa, dor leve e náuseas, mas sem vômitos. Não apresenta sinais clínicos de peritonite aos exames físico e laboratorial. Radiografias do abdômen mostram dilatação importante dos cólons, principalmente no ceco e cólon ascendente, porém sem evidência de obstrução mecânica.

Diante desse quadro clínico, o diagnóstico mais provável e a melhor abordagem inicial para o manejo desse paciente são, respectivamente:

- (A) síndrome de Ogilvie e tratamento com neostigmina;
- (B) colite pseudomembranosa e tratamento com metronidazol;
- (C) obstrução intestinal por brida e tratamento com cirurgia exploratória;
- (D) volvo de sigmoide e tratamento com sigmoidoscopia descompressiva;
- (E) íleo paralítico e tratamento com reposição de eletrólitos e mobilização precoce.

49

Uma paciente de 54 anos se queixa de dor abdominal crônica e sensação de plenitude gástrica após as refeições. Uma endoscopia digestiva alta revela massa submucosa no corpo do estômago, e a biópsia confirma a presença de um tumor estromal gastrointestinal (GIST).

A respeito do diagnóstico, prognóstico e tratamento dos tumores GIST, é correto afirmar que:

- (A) os tumores GIST são frequentemente benignos e de baixo potencial metastático;
- (B) a mutação no gene KIT é um marcador prognóstico negativo em pacientes com tumores GIST;
- (C) a imuno-histoquímica positiva para CD117 (c-KIT) é uma característica comum dos tumores GIST;
- (D) os tumores GIST produzem metástases para linfonodos com muita frequência;
- (E) a ressecção cirúrgica radical é o único tratamento eficaz para os tumores GIST, independentemente do tamanho ou localização.

50

Uma paciente se queixa de boca seca por diminuição da saliva e olhos secos devido à diminuição da produção de lágrimas.

Esse quadro clínico é característico da:

- (A) síndrome de Williams;
- (B) síndrome de Peutz-Jeghers;
- (C) síndrome de Kleine-Levin;
- (D) síndrome Sjögren;
- (E) síndrome de Down.

51

Um paciente de 58 anos, com histórico de uso contínuo de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), queixa-se de dor abdominal intensa, principalmente após as refeições, e episódios de vômito com sangue. Relata, também, fezes escuras e pastosas, como piche, nas últimas 48 horas. Ao exame físico, o paciente está hipotenso, taquicárdico e apresenta abdômen distendido e sensível à palpação. A endoscopia digestiva alta revela úlcera gástrica com classificação de Forrest IB, que foi tratada adequadamente.

O tratamento concomitante é:

- (A) realizar angiografia para localizar o vaso sangrante;
- (B) realizar teste respiratório para detecção de *Helicobacter pylori*;
- (C) iniciar infusão de *proton pump inhibitor* (PPI) e transfusão de sangue;
- (D) iniciar antibioticoterapia empírica para erradicação de *Helicobacter pylori*;
- (E) encaminhar o paciente para cirurgia de emergência para ressecção do segmento gástrico afetado.

52

A técnica Lichtenstein tem sido associada a baixas taxas de recorrência e é considerada uma abordagem padrão para o tratamento das hérnias.

Em relação a essa técnica, é correto afirmar que:

- (A) é utilizada para o tratamento de hérnias lombares;
- (B) envolve o uso de uma malha sintética para reforçar a parede abdominal, sem tensão, após a correção da hérnia inguinal;
- (C) utiliza suturas com fio inabsorvível para fechar o defeito herniário sem o uso de uma malha;
- (D) é mais comumente utilizada para reparo de hérnias umbilicais;
- (E) requer a remoção da hérnia e a reconstrução da parede abdominal utilizando tecido do próprio paciente.

53

Um paciente de 20 anos chega ao serviço de emergência de um grande hospital com história de anorexia e náuseas que se iniciaram há 24 horas. Agora apresenta dor abdominal intensa no quadrante inferior direito, febre e vômitos. O exame físico revela rigidez abdominal localizada no quadrante inferior direito e dor à palpação profunda na fossa ilíaca direita. Os exames laboratoriais mostram leucocitose de $15.400/\text{mm}^3$ com desvio à esquerda. A tomografia computadorizada de abdômen confirma o diagnóstico de abscesso apendicular.

A próxima etapa no manejo desse paciente será:

- (A) realização de ultrassonografia abdominal para confirmar o diagnóstico;
- (B) tratamento conservador com analgésicos e observação clínica;
- (C) antibioticoterapia intravenosa empírica e observação clínica;
- (D) cirurgia laparoscópica de urgência para apendicectomia;
- (E) drenagem percutânea do abscesso apendicular.

54

Um homem de 36 anos chega ao pronto-socorro após atropelamento. Ele se queixa de dor abdominal intensa no lado direito do abdômen. Quando do exame físico, está hipotenso e taquicárdico, com dor à palpação no quadrante superior direito do abdômen. Os exames laboratoriais revelam queda da hemoglobina e elevação das enzimas hepáticas. Uma tomografia computadorizada mostra uma lesão no lobo hepático direito com hematoma subcapsular com 30% da superfície e uma laceração estimada em 4 cm de profundidade com 8 cm de comprimento.

A classificação mais provável dessa lesão hepática e a conduta inicial correta de tratamento são, respectivamente:

- (A) classificação I e tratamento conservador com monitoramento clínico e radiológico;
- (B) classificação II e intervenção cirúrgica para controle do sangramento com reparo hepático;
- (C) classificação III e esplenectomia para controle do sangramento com reparo hepático;
- (D) classificação IV e tratamento com terapia endovascular para embolização da lesão hepática;
- (E) classificação V e tratamento com transfusão sanguínea e monitoramento clínico.

55

Durante endoscopia realizada em um paciente com sangramento gastrointestinal agudo, uma úlcera é identificada.

O sistema de classificação comumente utilizado para descrever essa úlcera de acordo com a gravidade do sangramento é a classificação de:

- (A) Forrest;
- (B) Rockall;
- (C) Blatchford;
- (D) Glasgow-Blatchford;
- (E) Johnson-Lapidus.

56

Um paciente de 68 anos queixa-se de dor abdominal intermitente e perda de peso inexplicada. Apresenta anemia ferropriva. Ele relata um histórico de síndrome do intestino irritável, mas observou um aumento na frequência e na gravidade dos sintomas nos últimos quatro meses. O exame físico revela uma massa palpável, com certa mobilidade, no quadrante inferior direito do abdômen.

Diante desse quadro clínico, a hipótese diagnóstica principal é:

- (A) doença celíaca;
- (B) síndrome do intestino irritável;
- (C) tumor carcinoide do intestino delgado;
- (D) adenocarcinoma do intestino delgado;
- (E) doença de Crohn.

57

Uma mulher jovem, 19 anos, chega ao serviço de emergência com dor abdominal intensa e súbita. O exame físico mostra sinais de choque hipovolêmico, como taquicardia e hipotensão. Revela ainda rigidez abdominal difusa, sensibilidade e dor à palpação.

A hipótese mais provável para esse quadro clínico é:

- (A) apendicite aguda;
- (B) prenhez tubária rota;
- (C) diverticulite perfurada;
- (D) diverticulite de Meckel;
- (E) cisto ovariano hemorrágico roto.

58

No consultório, dá entrada um paciente de 38 anos, com suspeita clínica de síndrome de Lynch, que precisa de confirmação do diagnóstico.

O método que pode confirmar a hipótese é:

- (A) teste genético para mutações no gene BRCA1;
- (B) colonoscopia de rotina a cada 10 anos;
- (C) colonoscopia com exérese do pólipó e estudo histopatológico;
- (D) tomografia computadorizada (TC) abdominal anual;
- (E) teste genético para mutações nos genes MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2.

59

O conhecimento da embriologia, histologia, anatomia e patologia é importante para a compreensão do divertículo de Meckel e para o diagnóstico diferencial da apendicite.

Em relação ao divertículo de Meckel, é correto afirmar que:

- (A) caracteriza-se por múltiplos divertículos no cólon descendente;
- (B) localiza-se preferencialmente na segunda porção do duodeno;
- (C) geralmente afeta pacientes idosos e é mais comum no sexo masculino, que apresenta pior prognóstico;
- (D) é uma complicação da diverticulose do cólon e pode causar sintomas como dor abdominal, febre e leucocitose;
- (E) resulta de uma persistência do ducto onfalomesentérico e pode levar à inflamação e complicações como sangramento intestinal.

60

Uma paciente de 45 anos, com histórico de dor abdominal no quadrante superior direito, icterícia intermitente e elevação moderada das enzimas hepáticas, é diagnosticada com coledocolitíase.

A melhor abordagem para o diagnóstico e tratamento dessa paciente é:

- (A) endoscopia digestiva alta, seguida de cirurgia aberta de vias biliares;
- (B) ressonância magnética de abdômen, seguida de drenagem biliar percutânea;
- (C) tomografia computadorizada do abdômen, seguida de ressonância magnética;
- (D) colangiografia por ressonância magnética, seguida de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica;
- (E) ultrassonografia das vias biliares, seguida de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com papilotomia e litotripsia.

61

Um paciente de 52 anos tem diagnóstico de úlcera gástrica, classificada com Johnson III e complicada por sangramento persistente com classificação Forrest 1A, apresentando sucessivas recidivas do sangramento. Após estabilização hemodinâmica do paciente, o cirurgião planeja realizar uma antrectomia. Para isso, ele reflete sobre as principais diferenças entre as técnicas de Billroth I e Billroth II.

Em relação a essas técnicas, é correto afirmar que:

- (A) Billroth I envolve anastomose do estômago com o jejuno, enquanto Billroth II envolve anastomose do estômago com o duodeno. Billroth I é preferível em casos de úlcera gástrica complicada;
- (B) Billroth I envolve anastomose do estômago com o duodeno, enquanto Billroth II envolve anastomose do estômago com o jejuno. Billroth I é preferível, em casos de úlcera gástrica complicada;
- (C) Billroth I envolve ressecção do estômago e anastomose com o duodeno, enquanto Billroth II envolve ressecção do estômago e anastomose com o íleo. Billroth II é preferível em casos de úlcera gástrica complicada;
- (D) Billroth I e Billroth II não diferem na técnica de anastomose, sendo ambas apropriadas para úlcera gástrica complicada;
- (E) Billroth I envolve ressecção do estômago e anastomose com o duodeno, enquanto Billroth II envolve ressecção do estômago e anastomose com o jejuno. Billroth II é preferível em casos de úlcera gástrica complicada.

62

Um homem de 54 anos apresenta-se no consultório com história de disfagia progressiva para sólidos e líquidos, regurgitação noturna de alimentos não digeridos e perda de peso significativa nos últimos oito meses. Ele não relata dor torácica, mas menciona uma sensação de "comida parada" no meio do peito. Não há história de doenças crônicas ou cirurgias prévias. O exame físico revela um paciente emagrecido, sem outras alterações significativas. A endoscopia digestiva alta mostra retenção de alimentos no esôfago sem lesões obstrutivas evidentes. Uma esofagografia com contraste revela um esôfago dilatado com afilamento distal, que sugere um "bico de pássaro". A manometria esofágica confirma aperistalse do corpo esofágico e ausência de relaxamento adequado do esfíncter esofágico inferior.

O tratamento cirúrgico mais indicado para esse paciente é:

- (A) fundoplicatura a Nissen;
- (B) dilatação pneumática;
- (C) miotomia de Heller;
- (D) esofagectomia;
- (E) injeção de toxina botulínica.

63

Durante o pneumoperitônio para realização de cirurgias por acesso videolaparoscópico, algumas alterações hemodinâmicas podem ocorrer no paciente.

Em relação a essas alterações, é correto afirmar que:

- (A) há diminuição do débito cardíaco, com aumento do retorno venoso;
- (B) ocorre hipotensão por compressão mecânica da aorta abdominal;
- (C) a oligúria ocorre devido à hipercapnia e retenção de bicarbonato pelos rins;
- (D) a bradicardia ocorre por estímulo vasovagal pela distensão abdominal;
- (E) arritmias cardíacas e outros distúrbios de ritmo cardíaco são raros.

64

Em relação à anatomia das vias biliares extra-hepáticas, bem como à vascularização do pedículo biliar, é correto afirmar que:

- (A) em cerca de 50% da população, os ductos biliar e pancreático desembocam no duodeno por orifícios distintos;
- (B) anomalias da artéria hepática e da artéria cística são extremamente raras, ocorrendo em menos de 10% da população;
- (C) a artéria cística normalmente se origina da artéria hepática direita, cruzando o ducto hepático anteriormente;
- (D) em cerca de 20% dos pacientes, a artéria hepática direita se origina da artéria mesentérica superior;
- (E) na maioria das pessoas, o ducto biliar e o ducto pancreático se unem no interior da parede duodenal.

65

Um paciente de 52 anos, com sintomas dispépticos, realizou endoscopia digestiva alta, que mostrou lesão ulcerada de 3 cm em grande curvatura na transição do fundo para o corpo gástrico. A gastrina sérica estava normal. A biópsia revelou se tratar de tumor neuroendócrino G2, índice mitótico de 15 e índice Ki-67 de 25%. O estadiamento por USG endoscópico e a TC de abdômen mostraram invasão até a muscular própria, sem evidências de metástases linfonodais e à distância.

A conduta mais apropriada é:

- (A) quimioterapia exclusiva;
- (B) ressecção endoscópica;
- (C) gastrectomia total com linfadenectomia a D1;
- (D) gastrectomia total com linfadenectomia a D2;
- (E) bioterapia com octreotida.

66

Uma paciente de 48 anos, IMC = 35 kg/m², foi submetida a colecistectomia eletiva por colecistolitíase crônica. Após o procedimento, a vesícula biliar foi aberta, evidenciando cálculo único de 3 cm e mucosa de aspecto macroscópico de "vesícula biliar em morango".

O provável diagnóstico anatomopatológico macroscópico é de:

- (A) adenomiomatose de vesícula biliar;
- (B) pólipos granulomatosos;
- (C) colesterose de vesícula biliar;
- (D) carcinoma de vesícula biliar;
- (E) linfoma MALT.

67

Uma paciente de 60 anos apresentou lesão de 1,5 cm em pele perianal, cuja biópsia mostrou carcinoma epidermoide. A ultrassonografia endoanal e a ressonância magnética não mostraram metástases linfonodais e/ou à distância. Também não há evidências de invasão do complexo esfinteriano, bem como de estruturas adjacentes.

Nesse caso, a conduta mais apropriada é:

- (A) excisão local com margens negativas;
- (B) radioterapia exclusiva;
- (C) quimiorradioterapia exclusiva;
- (D) amputação abdominoperineal;
- (E) quimiorradioterapia neoadjuvante.

68

Sobre as afecções cirúrgicas do baço, é correto afirmar que:

- (A) o tamanho do baço deve estar aumentado no mínimo em quatro vezes para que seja palpável abaixo do rebordo costal;
- (B) o tumor maligno que mais comumente envia metástases para o baço é o carcinoma colorretal;
- (C) baços acessórios podem estar presentes em até 20% da população em geral;
- (D) a principal indicação de esplenectomia eletiva é a leucemia mieloide aguda;
- (E) os principais germes envolvidos na infecção fulminante pós-esplenectomia são *Staphylococcus aureus* e *H. influenzae* tipo B.

69

Um paciente de 35 anos com IMC = 26 kg/m² apresenta lesão por arma branca em região anterior do abdômen, 7 cm acima e à esquerda da cicatriz umbilical, de cerca de 2 cm de diâmetro. Apresenta-se hemodinamicamente estável, e o exame físico do abdômen é normal.

A próxima conduta a ser tomada nesse caso é:

- (A) lavado peritoneal diagnóstico;
- (B) exploração local da ferida;
- (C) alta domiciliar;
- (D) reavaliação clínica após 24 horas;
- (E) laparotomia exploradora.

70

Existem importantes marcos anatômicos durante a correção cirúrgica de uma hérnia da região da virilha pelo acesso minimamente invasivo por via transperitoneal (TAPP).

Sobre esses marcos, é correto afirmar que:

- (A) o “triângulo da dor” se localiza lateralmente e abaixo do trato iliopúbico;
- (B) as hérnias indiretas se localizam entre os vasos epigástricos e o ligamento umbilical;
- (C) o trato iliopúbico divide os compartimentos inguinais anterior e posterior;
- (D) o “triângulo da desgraça” (*triangle of doom*) fica lateralmente aos vasos espermáticos;
- (E) as hérnias femorais se originam lateralmente ao ducto deferente e abaixo do trato iliopúbico.

71

Um paciente de 40 anos está internado em unidade de terapia intensiva, em estado grave, há 15 dias devido a sepse de origem pulmonar. A despeito de doses altas de aminas vasoativas, mantém PAM de 60 mmHg e FC de 112 bpm (ritmo regular). Há 24 horas evoluiu com piora significativa do quadro clínico, com distensão abdominal e hipertimpanismo. Ao toque retal, evidenciou-se presença de moderada quantidade de muco e sangue.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é:

- (A) trombose arterial mesentérica;
- (B) trombose venosa mesentérica;
- (C) embolia da artéria mesentérica superior;
- (D) isquemia intestinal não oclusiva;
- (E) intussuscepção de intestino delgado.

72

Um paciente de 17 anos chega ao pronto-socorro com dor em hipocôndrio esquerdo após queda de bicicleta há cerca de 6 horas. Ao exame, está hipocorado +/4, com PA: 120 x 80 mmHg e FC: 88 bpm. Realiza tomografia computadorizada de abdômen, que mostra presença de pouca a moderada quantidade de líquido em hipocôndrio esquerdo com laceração grau III, em baço, sem extravasamento (*blush*) de contraste arterial. Apresenta hematócrito de 30% e hemoglobina de 9,5 mg/dL.

A melhor conduta nesse caso é:

- (A) observação por 12 horas na sala de emergência;
- (B) cristaloides intravenosos e observação clínica em UTI;
- (C) transfusão de concentrado de hemácias e embolização arterial por arteriografia;
- (D) cristaloides intravenosos e embolização arterial por arteriografia;
- (E) transfusão de concentrado de hemácias e laparotomia exploradora.

73

Uma paciente de 59 anos, diabética, hipertensa e dislipidêmica, em uso de metformina, rosuvastatina e captopril, relata também uso de escitalopram e clonazepam para tratamento de transtorno de ansiedade. Encontra-se em pré-operatório de colecistectomia eletiva.

A medicação de uso regular da paciente que deve ser suspensa em até 48 horas do procedimento é:

- (A) metformina;
- (B) rosuvastatina;
- (C) captopril;
- (D) escitalopram;
- (E) clonazepam.

74

Um paciente de 47 anos, etilista, apresenta emagrecimento, esteatorreia e diabetes mellitus e dor tipo barra de forte intensidade de difícil controle com opioides. Realizou tomografia de abdômen, que mostrou pâncreas atrofico, com calcificações, e ducto de Wirsung dilatado (1,5 cm) e tortuoso em toda a sua extensão, com estenoses e saculações.

A melhor conduta terapêutica nesse caso é:

- (A) alcoolização do plexo mesentérico;
- (B) papilotomia endoscópica com drenagem do Wirsung;
- (C) Wirsung-jejuno anastomose (Partington-Rochelle);
- (D) pancreatectomia cefálica com preservação duodenal (Beger);
- (E) pancreatectomia corpo-caudal.

75

A técnica de Sistrunk é utilizada no tratamento do(a):

- (A) tumor de parótida;
- (B) síndrome do desfiladeiro torácico;
- (C) tumor de Warthin;
- (D) cisto branquial;
- (E) cisto tireoglosso.

76

No que diz respeito às fístulas anorretais, é correto afirmar que:

- (A) cerca de 50% dos pacientes que tiveram abscessos anorretais drenados irão desenvolver uma fístula;
- (B) as fístulas anteriores, segundo a regra de Goodsall, têm um trajeto curvado, enquanto as posteriores têm trajeto retilíneo;
- (C) as fístulas extraesfincterianas são as mais comuns, e são tratadas com esfínterectomia lateral;
- (D) fístulas transesfinctéricas altas, que envolvem uma grande quantidade de músculo, são mais bem tratadas com fistulotomia;
- (E) o uso de fio (seton) só está indicado em fístulas interesfinctéricas simples.

77

Um paciente de 30 anos, portador de síndrome de Down, chega ao ambulatório de cirurgia para avaliação cirúrgica de hérnia umbilical. Embora possua visível déficit cognitivo e mental, o paciente compreende de forma parcial as informações acerca da cirurgia.

Em relação ao termo de consentimento livre e esclarecido, é correto afirmar que:

- (A) deve ser assinado apenas pela mãe e lido em voz alta para o paciente;
- (B) deve ser assinado pela mãe e pelo paciente, visto que ele é maior de idade;
- (C) deve ser assinado apenas pelo paciente, visto que ele é maior de idade;
- (D) deve ser assinado pela mãe e deve ser apresentado termo de assentimento livre e esclarecido ao paciente;
- (E) não é necessário, pois se trata de procedimento de baixa complexidade.

78

Em relação à cicatrização de feridas, é correto afirmar que:

- (A) a principal célula envolvida no processo cicatricial é o linfócito *T-helper*, pois ele orchestra todas as fases de cicatrização;
- (B) o colágeno tipo I constitui a matriz inicial, dando lugar ao colágeno tipo III posteriormente;
- (C) a fase de maturação dura até cerca de 3 semanas após o início do processo cicatricial;
- (D) a angiogênese é o marco principal da fase inflamatória, ocorrendo nas primeiras 72 horas após a lesão;
- (E) a taxa de síntese de colágeno declina após 4 semanas, sendo equilibrada por sua degradação.

79

Em relação aos sarcomas de retroperitônio, é correto afirmar que:

- (A) o tipo histológico mais comum é o rabdomiossarcoma;
- (B) dois terços dos tumores são sarcomas de baixo grau;
- (C) o linfoma e a metástase de tumores testiculares são diagnósticos diferenciais possíveis;
- (D) a invasão de grandes vasos do retroperitônio é contraindicação para a ressecção cirúrgica;
- (E) a ressecção cirúrgica com linfadenectomia intercavaoártica e de ilíacas é o tratamento de escolha.

80

Um paciente de 35 anos foi submetido a apendicectomia videolaparoscópica por diagnóstico de apendicite aguda. Durante o intraoperatório, foi visto tumor de ponta de apêndice, cujo resultado histopatológico foi tumor carcinoide de 1,5 cm com margens livres de doença neoplásica.

A melhor conduta nesse caso é:

- (A) observação clínica e radiológica;
- (B) hemicolectomia direita;
- (C) ileotiflectomia;
- (D) ressecção do trajeto dos trocartes;
- (E) quimioterapia adjuvante.

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

