

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025



TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - ENDOSCOPIA DIGESTIVA (ATENDDIGT01)

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!

Endoscopia

1

Um paciente de 48 anos, com história de etilismo crônico, apresenta-se ao pronto socorro com queixa de cansaço, febre, sonolência, perda do apetite. Relata ter notado que sua pele e olhos estavam com coloração amarelada. Relata ainda urina escura e fezes claras nos últimos dias, além de aumento do volume abdominal. Ao exame físico, apresenta icterícia +3/4+, dor à palpação do hipocôndrio direito e presença de macicez móvel com a mudança de decúbito. Pressão arterial de 90 por 60 mmHg. Exames laboratoriais com leucócitos de 18.000 céls/mm³, hematócrito de 29%, aumento das enzimas hepáticas ALT e AST acima de 15 vezes o valor normal, bilirrubina total de 15mg/dl (bilirrubina direta de 12mg/dl e bilirrubina indireta de 3 mg/dl), ureia – 115mg/dl, creatinina de 3,0 mg/dl, INR de 1,8 e albumina 2,9 g/dl, amilase 120 U/L. Exame de ultrassom de abdome mostra fígado com volume pouco aumentado, ecotextura heterogênea, ascite e vesícula contendo múltiplos cálculos no seu interior.

Diante do quadro descrito, o diagnóstico mais provável é:

- (A) coledocolitíase;
- (B) hepatite viral;
- (C) anemia hemolítica;
- (D) insuficiência hepática;
- (E) doença hepática gordurosa não alcoólica.

2

Uma paciente de 49 anos, diabética, em acompanhamento no ambulatório de hepatologia, apresenta IMC (Índice de Massa Corporal) de 40 kg/m² e um resultado de exame de elastografia hepática de 15kPa. Chega ao hospital com relato de vômitos tipo borra de café. Ao exame físico, apresenta-se hipocorada 2+/4+, com pressão arterial de 100 por 60mmHg em decúbito dorsal e frequência cardíaca de 120 batimentos por minuto. Em posição ortostática, tem pressão arterial de 80 por 50 mmHg. Exames laboratoriais mostram uma hemoglobina de 9g/dl, ureia de 95 mg/dl e creatinina de 1,9 mg/dl. Durante atendimento, a paciente apresenta novo episódio de vômitos tipo borra de café e evolui com rebaixamento do nível de consciência, sinais de choque com PA inaudível e pulso periférico não palpável. É encaminhada para unidade de terapia intensiva.

A conduta inicial mais correta diante do quadro acima é:

- (A) endoscopia digestiva alta;
- (B) administração de plasma fresco intravenoso;
- (C) injeção de terlipressina em bolus intravenoso;
- (D) administração de amins vasopressoras intravenosa em bomba infusora;
- (E) ressuscitação volêmica com cristalóide e intubação orotraqueal.

3

Um paciente de 77 anos, procura serviço de emergência com queixa de dor em fossa ilíaca esquerda de início há cerca de 3 dias com piora da intensidade. Teve 1 episódio de febre e relata dificuldade para evacuar. Ao exame físico, apresenta dor à palpação da fossa ilíaca esquerda, pressão arterial de 120 por 80mmHg e frequência cardíaca de 100 batimentos por minuto. Exames laboratoriais com leucócitos de 21.000 céls/mm³ e hemoglobina de 12g/dl. AST, ALT, amilase e lipase normais. Proteína C reativa de 13mg/dl. É solicitada tomografia computadorizada de abdome e pelve, que mostra espessamento de alça de sigmoide, presença de numerosos divertículos e abscesso peridiverticular medindo cerca de 2cm.

A melhor opção de tratamento nesse momento é:

- (A) mesalazina oral;
- (B) dieta zero e repouso;
- (C) drenagem percutânea do abscesso;
- (D) antibiótico oral e dieta sem resíduos;
- (E) cirurgia para drenagem do abscesso.

4

Uma paciente de 27 anos, chega à emergência com queixa de dor no quadrante inferior direito do abdome, náuseas e anorexia. Ao exame físico, apresenta dor à palpação da fossa ilíaca direita com sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais com leucócitos de 15.000 de céls/mm³ e proteína C reativa de 9mg/dl.

De acordo com o “escore” de Alvarado, a soma dos pontos da paciente acima é de:

- (A) 3 pontos – diagnóstico improvável de apendicite;
- (B) 4 pontos – diagnóstico improvável de apendicite;
- (C) 6 pontos – diagnóstico compatível com apendicite;
- (D) 8 pontos – diagnóstico de provável apendicite;
- (E) 10 pontos – diagnóstico muito provável de apendicite.

5

Uma paciente de 33 anos, procura seu médico com queixa de cansaço e anemia. Ao exame físico, paciente apresenta-se hipocorada 2+/4+ e exibe vitiligo em ambos os cotovelos. Exames laboratoriais trazidos pela paciente mostram hematócrito de 30% hemoglobina de 9g/dl e volume corpuscular médio de 110. Dosagem de vitamina B12 em torno de 100pg/dl. Diante dos achados, seu médico solicita exame de endoscopia digestiva alta, que encontra uma pangastrite atrófica acentuada. São realizadas biópsias gástricas e de duodeno. Análise histopatológica mostra atrofia acentuada da mucosa gástrica e as biópsias de duodeno mostram a relação entre cripta e vilosidade normal.

Diante da possibilidade do diagnóstico, os exames laboratoriais a serem solicitados são:

- (A) anticorpos IgA anti gliadina e IgG antiendomísio;
- (B) anticorpo IG antitransglutaminase tecidual e FAN;
- (C) anticorpos anticélula parietal e antifator intrínseco;
- (D) anticorpos antimúsculo liso e IgG antitransglutaminase tecidual;
- (E) anticorpos IgG antiendomísio e IgG antitransglutaminase tecidual.

6

Paciente de 67 anos, do sexo feminino, procura seu médico levando exames de rotina que mostram um aumento discreto da amilase 154U/L e um CA 19-9- 25 U/ml. É solicitado um exame de ressonância magnética de abdome e pelve com colangiressonância, com achado de três lesões císticas de origem no ducto pancreático secundário medindo entre 6-8mm e uma lesão cística, no ducto pancreático principal, medindo 2cm de paredes finas não captantes de contraste. Também foi encontrada uma atrofia da parte distal do pâncreas com ducto pancreático principal de 4,5mm de diâmetro.

Com esses achados da ressonância, identifica-se o seguinte critério de preocupação:

- (A) CA 19-9 de 25U/ml;
- (B) elevação dos níveis de amilase;
- (C) atrofia da parte distal do pâncreas;
- (D) ducto pancreático principal medindo 4,5mm;
- (E) lesão cística de ducto principal medindo 2cm.

7

Paciente de 55 anos, do sexo feminino, procurou hospital com queixas de dor abdominal em quadrante superior direito há 3 dias e febre associada a náuseas e vômitos. Seu histórico médico mostrava colelitíase, mas ela nunca havia sido submetida a colecistectomia. Ao exame físico, apresentava temperatura axilar de 38 °C, icterícia 4+/4+. A palpação do abdome mostrava dor sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais mostraram leucocitose e aumento das enzimas hepáticas e de bilirrubina total às custas da bilirrubina direta. Ultrassonografia de abdome mostrou múltiplos cálculos na vesícula e dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Foi solicitado colangiressonância com achado de cálculo medindo cerca de 25 mm impactado no ducto hepático comum, uma aparente fistula que comunicava a vesícula biliar e ducto biliar comum, envolvendo todo o ducto hepático comum, e grande dilatação das vias biliares intra-hepáticas e o ducto biliar comum.

Com base nesses achados, o diagnóstico e a melhor abordagem são, respectivamente:

- (A) síndrome de Mirizzi tipo IV, CPRE com prótese biliar;
- (B) síndrome de Mirizzi tipo II, CPRE com extração de cálculo;
- (C) síndrome de Mirizzi tipo IV, colecistectomia aberta e coledocojejunostomia;
- (D) fistula biliar, drenagem biliar externa guiada por radiologia intervencionista;
- (E) síndrome de Mirizzi tipo II, tratamento da sepse com antibióticos.

8

Paciente de 43 anos, do sexo masculino, com quadro de diarreia há 2 anos com 3-4 evacuações diárias, consistência das fezes líquida/pastosa, sem muco ou sangue. Nega febre e episódios de diarreia noturna. Refere distensão abdominal e flatulência. Em seu histórico relata cirurgia por úlcera gástrica. Boletim operatório com relato gastrectomia subtotal e reconstrução a Billroth II. Exames laboratoriais com anemia macrocítica e deficiência de vitamina B12.

Dentre as hipóteses diagnósticas para a causa da diarreia, a mais provável é:

- (A) sprue tropical;
- (B) doença de Crohn;
- (C) doença de Ménétrier;
- (D) síndrome de Zollinger- Ellison;
- (E) supercrescimento bacteriano no intestino delgado.

9

Sobre o rastreamento do câncer colorretal, é correto afirmar que:

- (A) indivíduos acima dos 45 anos, assintomáticos, sem história familiar, devem fazer colonoscopia a cada 3 anos;
- (B) pacientes submetidos a colonoscopia com retirada de 5 adenomas devem repetir a colonoscopia em 1 ano;
- (C) pacientes submetidos a colonoscopia, com retirada de 1 adenoma serrilhado menor que 10 mm, sem displasia devem repetir a colonoscopia em 5 anos;
- (D) pacientes com colite ulcerativa tipo pancolite, com diagnóstico da doença há mais de 15 anos devem repetir a colonoscopia a cada 3 anos;
- (E) pacientes com história familiar de câncer hereditário sem polipose devem fazer a colonoscopia a cada 3 anos até os 40 anos e depois aumentar o intervalo para a cada 5 anos.

10

Um paciente relata que, em média 30 minutos após a refeição, apresenta taquicardia, dor abdominal, náuseas, sudorese e por vezes diarreia. Notou que o início dos sintomas começou após a realização de procedimento para tratamento de obesidade.

O procedimento realizado no paciente que pode evoluir esses sintomas no pós-operatório é a(o):

- (A) gastrectomia vertical;
- (B) *bypass* gástrico em Y de Roux;
- (C) colocação de balão intragástrico;
- (D) colocação de banda gástrica ajustável;
- (E) *switch duodenal* com derivação bilio-pancreática.

11

Um paciente, com 62 anos, apresentava queixa de dor epigástrica e plenitude pós-prandial. Foi submetido a endoscopia digestiva alta, sendo encontrada uma lesão ulcerada medindo cerca de 3 cm tipo Borrmann 2. Ultrassom endoscópico demonstra que a lesão invade a muscular própria e 1 linfonodo perigástrico aumentado próximo à grande curvatura do corpo gástrico.

De acordo com o "American Joint Committee on Cancer", esse paciente tem o seguinte estadiamento:

- (A) T1a, N1, M0;
- (B) T2, N1, M0;
- (C) T3, N1, M0;
- (D) T1b, N0, M0;
- (E) T4, N1, M0.

12

Um paciente de 60 anos apresenta queixa de dor abdominal no andar superior do abdome, diarreia e perda de peso. Nega febre. Tem história de etilismo e tabagismo. Exames laboratoriais: hemoglobina de 11g/dl, hematócrito de 36%, glicose de 130mg/dl, hemoglobina glicada de 7,2%. Coprocultura negativa; elementos anormais nas fezes, com presença de gordura nas fezes e elastase fecal <100µg/dl. Tomografia computadorizada de abdome mostra calcificações no parênquima pancreático, ducto *Wirsung* tortuoso e dilatado, vesícula com paredes finas contendo cálculos e colédoco com diâmetro normal.

Considerando-se a história do paciente e os resultados dos exames, o diagnóstico mais provável é:

- (A) colecistite;
- (B) colite infecciosa;
- (C) pancreatite crônica;
- (D) isquemia mesentérica;
- (E) pseudocisto de pâncreas.

13

Um paciente de 70 anos encontra-se internada na unidade de terapia intensiva (UTI) no pós-operatório de colecistectomia com sepse biliar. Durante a internação, evolui com dor e distensão abdominal, vômitos e constipação. Exames laboratoriais: hemoglobina de 9g/dl; hematócrito de 33% e leucócitos de 10.000 céls/mm³, sódio de 130mEq/L. Tomografia computadorizada mostra distensão de alças colônicas, ceco com diâmetro de 10 cm e presença de gás na ampola retal. Não há sinais de isquemia. O plantonista da UTI pensa na possibilidade de síndrome de Ogilvie e inicia tratamento de suporte com dieta zero e passagem de sonda nasogástrica, deixando-a em sifonagem, além de corrigir a hiponatremia.

No manejo desse paciente, o próximo passo é:

- (A) cirurgia;
- (B) enema via retal;
- (C) laxantes osmóticos;
- (D) neostigmine venoso;
- (E) colonoscopia para descompressão colônica.

14

Paciente 57 anos, masculino, procura o proctologista com queixa de desconforto em região anal, principalmente para evacuar e ao sentar-se. Na inspeção anal, foram observadas duas hemorroidas. Anuscopia com presença de duas hemorroidas proximais à linha pectínea que podem ser reduzidas somente com manobras.

A melhor opção de tratamento para esse caso é:

- (A) escleroterapia;
- (B) ligadura elástica;
- (C) coagulação com raio infravermelho;
- (D) hemorroidectomia fechada (Ferguson);
- (E) hemorroidectomia aberta (Milligan-Morgan).

15

Paciente com 47 anos, do sexo masculino, procurou seu médico com queixa de disfagia progressiva inicialmente para sólidos e depois para líquidos, dor retroesternal, regurgitação e perda de peso. Relata também um episódio recente de pneumonia por broncoaspiração. Endoscopia digestiva alta mostrou esôfago com calibre pouco alargado. Esse achado foi confirmado pela esofagografia, que mostrou esôfago com diâmetro de 6 cm e com retardo no esvaziamento. Foi submetido a manometria do esôfago, que mostrou que o esfíncter esofágico inferior do esôfago apresentava relaxamento incompleto, pressão de repouso aumentada e ondas sincrônicas do corpo do esôfago (aperistalse).

Dentre os achados acima, aquele que fecha critério diagnóstico para acalasia é:

- (A) esofagografia mostrando diâmetro do esôfago de 6 cm;
- (B) endoscopia digestiva alta com aumento no calibre do esôfago;
- (C) esofagografia com diâmetro do esôfago de 6 cm e retardo do esvaziamento;
- (D) manometria do esôfago com relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior e aperistalse do corpo;
- (E) manometria do esôfago com aperistalse do corpo do esôfago e pressão de repouso do esfíncter esofágico inferior aumentada.

16

Paciente com 39 anos, do sexo masculino, procurou seu médico com queixa de dor abdominal e diarreia líquida com cerca de 3-4 episódios por dia e iniciada há 6 meses. Relatou perda ponderal de 10 quilos. História de investigação de artrite há 4 anos. Exames laboratoriais com evidência de síndrome disabsortiva com hipoalbuminemia e deficiência de vitamina D. Foi solicitada colonoscopia, que apresentou resultado normal. O endoscopista fez biópsias seriadas. Enquanto aguardava resultado do histopatológico o paciente foi internado e diagnosticado com pericardite.

Dentre as opções abaixo, o melhor exame para fechar o diagnóstico desse paciente é:

- (A) coprocultura positiva para *Tropheryma whipplei*;
- (B) histopatológico com achados de macrófagos PAS positivos;
- (C) exame de PCR ("polimerase chain reaction") no sangue para pesquisa de *Tropheryma whipplei*;
- (D) exame de PCR no tecido colhido nas biópsias para pesquisa de *Tropheryma whipplei*;
- (E) histopatológico com infiltrado inflamatório com aumento na contagem de eosinófilos.

Cirurgia do Aparelho Digestivo

17

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.

18

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.

19

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

- (A) quando o otrombo se localizar proximalmente no membro inferior;
- (B) quando houver contra-indicação 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.

20

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.

21

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.

22

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 esôfagogastrica (JEG) de 1 cm a 4 cm, sem impedir a progressão do aparelho. A biópsia mostra adenocarcinoma moderadamente diferenciado em epitélio colunar com células calciformes.

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.

23

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.

24

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.

25

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.

26

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) ráfia da úlcera + vagotomia superseletiva;
- (E) ráfia da úlcera com *patch* de omento.

27

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.

28

Uma paciente de 52 anos queixa-se de plenitude pós-prandial e inapetência associadas a epigastralgia 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.

29

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.

30

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.

31

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.

32

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.

Gastroenterologia

33

Paciente de 25 anos, proveniente de Pernambuco, procura o gastroenterologista devido a hemorragia digestiva alta (HDA). Na EDA, verifica-se a presença de varizes de esôfago de médio e grosso calibres; no exame físico, constata-se a presença de esplenomegalia e plaquetopenia. No caso de diagnóstico de hipertensão porta por esquistossomose mansônica, está será classificada como:

(A) sinusoidal;
 (B) pós-sinusoidal;
 (C) pré-sinusoidal;
 (D) supra-hepática;
 (E) perissinusoidal.

34

Mulher de 30 anos apresenta quadro de dor em QSD, com sinal de Murphy positivo, febre e leucocitose. A ultrassonografia mostrou a presença de litíase biliar e parede biliar espessada. A litogênese biliar é favorecida pelas condições abaixo citadas, EXCETO:

(A) uso de anticoncepcionais;
 (B) cirrose hepática;
 (C) microesferocitose;
 (D) policitemia vera;
 (E) obesidade.

35

Mulher obesa, de 30 anos, múltipara, procura a emergência com quadro de dor em QSD. Ultrassonografia de abdômen revela a presença de colelitíase e dilatação da via biliar extra-hepática com colédoco medindo 15 mm. A melhor conduta terapêutica é:

(A) colecistectomia laparoscópica;
 (B) ecoendoscopia;
 (C) colecistectomia por laparotomia;
 (D) ecoendoscopia seguida de CPER e papilotomia;
 (E) colangioprofilaxia magnética.

36

Paciente jovem soropositivo para os vírus HBV (HBsAg reativo, HBeAg) e HIV apresenta manifestações extra-hepáticas do vírus da hepatite B.

NÃO é considerada manifestação extra-hepática do HBV a seguinte condição:

- (A) poliarterite nodosa;
- (B) síndrome do tipo soro-like;
- (C) glomerulonefrite membranosa;
- (D) artralguas e artrite;
- (E) gastrite crônica.

37

Mulher jovem em uso de anticoncepcional oral procura a ginecologista para a realização de exames periódicos. Na ultrassonografia de abdômen, percebe-se a presença de lesão hiperecogênica, de 2,5 cm em segmento VI. Na ressonância magnética de abdômen, verifica-se aspecto globuliforme e realce periférico de contraste. A alfafetoproteína é normal, assim como as enzimas hepáticas TGO e TGP.

A lesão nodular hepática descrita nesse caso é o(a):

- (A) hiperplasia nodular focal;
- (B) adenoma hepático;
- (C) carcinoma hepatocelular;
- (D) hemangioma hepático;
- (E) lipoma.

38

Mulher de 55 anos, com história de fadiga, prurido e elevação das enzimas canaliculares, apresenta hipotireoidismo e osteopenia.

O marcador laboratorial mais característico da colangite biliar primária é a presença de:

- (A) FAN (fator antinuclear);
- (B) antimúsculo liso;
- (C) antimicrosossomial;
- (D) antiactina;
- (E) antimitocôndria.

39

Paciente jovem de 30 anos com histórico de uso de drogas ilícitas injetáveis procura a unidade básica de saúde e realiza teste rápido que revela positividade para o HBsAg. É encaminhado pelo Sisreg para serviço especializado em hepatologia.

O melhor marcador de replicação viral na infecção pelo vírus B da hepatite é:

- (A) HBsAg;
- (B) HBeAg;
- (C) Anti-HBc (total);
- (D) Anti-HBc (IGM);
- (E) Anti-HBe.

40

Jovem de 17 anos procura a unidade básica de saúde por causa de icterícia, colúria e fadiga. Apresenta transaminases superiores a 2000, bilirrubina total de 10 mg/dl e história epidemiológica de contato sexual não protegido recente, embora em uso de PREP com o emprego de lamivudina e emtricitabine.

O tipo de hepatite de que se suspeita e seu período de incubação são, respectivamente:

- (A) hepatite B, 2 a 4 semanas;
- (B) hepatite A, 2 a 4 semanas;
- (C) hepatite C, 12 a 15 semanas;
- (D) hepatite delta, 4 a 6 semanas;
- (E) hepatite E, 14 a 16 semanas.

41

Paciente com histórico de hemotransfusão no passado procura a unidade básica de saúde e realiza teste rápido para HBV e HCV, sendo o anti-HCV reativo. Encaminhado para serviço especializado em hepatologia, realiza pesquisa de carga viral para o HCV-RNA e genotipagem, com títulos elevados superiores a 1.000.000 UI/ml e genótipo 1. O estadiamento da doença confirma a presença de fibrose avançada com grau 3 (fibrose F3).

No tratamento atual da hepatite crônica pelo vírus C da hepatite, recomenda-se:

- (A) gamaglobulina hiperimune (HBIG);
- (B) lamivudina;
- (C) tenofovir + lamivudina;
- (D) interferon + ribavirina;
- (E) sofosbuvir + velpatasvir.

42

Paciente com história de síndrome dispéptica com queixas de azia, plenitude prandial e náuseas. Na EDA percebe-se a presença de gastrite erosiva plana enantematosa em antro. A endoscopista realiza a coleta de fragmentos de biópsia.

O método padrão-ouro para o diagnóstico da infecção pelo *Helicobacter pylori* é:

- (A) teste respiratório "(breath test)";
- (B) sorologia para *Helicobacter pylori*;
- (C) teste da urease;
- (D) cultura;
- (E) exame histopatológico.

43

A causa mais frequente de hemorragia digestiva alta é:

- (A) varizes de esôfago;
- (B) angiodisplasia;
- (C) síndrome de Mallory-Weiss;
- (D) doença ulcerosa péptica;
- (E) gastrite aguda erosiva.

44

Paciente jovem, do sexo feminino, procura a unidade de gastroenterologia com quadro de dor na fossa ilíaca esquerda (FID), emagrecimento e alternância do ritmo intestinal. Colonoscopia revela a presença de ileíte erosiva com diagnóstico histológico e radiológico de doença de Crohn.

Nesse caso de ileíte, pode haver dificuldade de reabsorção de:

- (A) cobre;
- (B) ferro;
- (C) zinco;
- (D) sais biliares;
- (E) magnésio

45

Há cerca de 6 meses, Sandra, 50 anos, procurou atendimento médico trazendo os seguintes exames:

- EDA: varizes esofágicas de grosso calibre, sem sinais de cor vermelha;
- USG de abdômen total: hepatopatia crônica e hipertensão portal.

A conduta mais adequada para o tratamento dessa paciente é:

- (A) lactulona + espironolactona;
- (B) propranolol + espironolactona;
- (C) lactulona + furosemide;
- (D) lactulona + propranolol;
- (E) carvedilol + ligadura elástica de varizes de esôfago.

46

Paciente com quadro clínico sugestivo de pancreatite aguda grave necro-hemorrágica apresenta-se na emergência com presença de manchas equimóticas em região de flancos.

Esse sinal, indicativo de hemorragia retroperitoneal, é denominado:

- (A) Laffont;
- (B) Gray-Turner;
- (C) Fox;
- (D) Courvoisier-Terrier;
- (E) Blumberg.

47

Homem de 65 anos realizou revascularização do miocárdio há mais de 35 anos, com necessidade de hemotransfusão. Cerca de 20 anos depois, foi diagnosticado com hepatite C crônica, que evoluiu para cirrose hepática, com ascite discreta e albumina < 3.0 gr/dl, sendo classificado como Child-Pugh B8. Procura o hepatologista, desejoso de tratar a hepatite crônica C.

Considerando o estágio atual da sua doença hepática, a opção terapêutica mais adequada é:

- (A) pibrenstavis + glecaprevir por 12 semanas;
- (B) boceprevir + peg-interferon e ribavirina por 24 semanas;
- (C) telaprevir + peg-interferon e ribavirina por 24 semanas;
- (D) sofosbuvir + velpatasvir por 12 semanas;
- (E) faldaprevir + peg-interferon e ribavirina por 24 semanas.

48

Paciente de 50 anos, sexo masculino, dá entrada na emergência do pronto-socorro com queixa de dor epigástrica de forte intensidade e melena há 24 horas. Submetido a endoscopia digestiva alta, que revelou úlcera bulbar ativa com sangramento em babação, referia uso recente de anti-inflamatório não esteroideal para tratamento de dor salgueira.

Com relação ao aspecto endoscópico, a classificação da lesão segundo os critérios de Forrest e seu risco de sangramento são, respectivamente:

- (A) 1a e 20-30%;
- (B) 1b e 10-30%;
- (C) 1a e 100%;
- (D) 2a e 8-35%;
- (E) 3 e < 3%.

Coloproctologia

49

Mulher de 25 anos queixa-se de dor anal lancinante ao evacuar. Refere início dos sintomas há 2 meses, após trabalho de parto natural laborioso. Usou pomadas analgésicas e antiespasmódicas sem sucesso. O esfíncter encontra-se normotônico ao toque retal e a anoscopia evidencia a presença de fissura no canal anal, em linha média anterior, de bordos regulares e com exposição de fibras do músculo esfíncter interno.

O tratamento indicado nesse caso deve ser:

- (A) fissurectomia;
- (B) biópsia dos bordos da lesão;
- (C) esfíncterotomia interna no leito fissurário;
- (D) esfíncterotomia interna em posição lateral;
- (E) fechamento da ferida por avanço de retalho cutâneo.

50

Entendendo-se o mecanismo da continência anal como complexo e multifatorial, o componente mais comumente envolvido na incontinência idiopática é:

- (A) neuropatia pudenda;
- (B) diminuição da sensação anal;
- (C) diminuição da complacência retal;
- (D) lesão muscular do esfíncter interno;
- (E) ausência do reflexo inibitório reto-anal.

51

A ligadura transesfincteriana do trajeto fistuloso (LIFT) é um procedimento poupador de esfíncter para o tratamento das fístulas anais.

Podem ser entendidos como contraindicação para este procedimento os trajetos fistulosos:

- (A) agudos;
- (B) múltiplos;
- (C) recorrentes;
- (D) transesfincterianos baixos;
- (E) associados à incontinência.

52

O procedimento de Altemeier (retossigmoidectomia perineal) é indicado para o tratamento da prociência do reto.

Para o sucesso do procedimento é indispensável a realização de:

- (A) sutura manual;
- (B) abertura da flexura peritoneal;
- (C) plicatura do músculo elevador do ânus;
- (D) incisão proximal envolvendo a linha denteada;
- (E) ligadura proximal da artéria mesentérica inferior.

53

Mulher de 57 anos apresenta lesão retal sólida, nodular, com cerca de 2 cm, extramucosa, localizada no canal inferior, distando 1,5 cm da musculatura elevadora do ânus. A biópsia profunda mostrou tratar-se de tumor estromal com índice mitótico de 5/50 campo de grande aumento.

A conduta nesse caso deve ser:

- (A) amputação abdominoperineal do reto;
- (B) ressecção transanal da lesão com sutura primária;
- (C) retossigmoidectomia com linfadenectomia;
- (D) acompanhamento seriado por ressonância magnética;
- (E) ressecção com margem proximal de 5 cm e anatomose coloanal.

54

Homem de 20 anos é submetido a apendicectomia por apendicite aguda sem perfuração, abscesso ou peritonite.

O uso correto do antibiótico nesse caso deve ser a cobertura para germes gram negativos e anaeróbios iniciados na indução anestésica e mantidos:

- (A) por até 24 horas;
- (B) por até 48 horas;
- (C) por 5 a 7 dias;
- (D) até a alta hospitalar;
- (E) até o término da cirurgia.

55

O tratamento cirúrgico da doença hemorroidária apresenta ampla variação ou adaptação de técnicas, posicionamento do paciente na mesa operatória e tipos de anestesia, fios e instrumentos de corte utilizados.

A técnica de Sokol é caracterizada por:

- (A) fechamento da ferida por sutura contínua;
- (B) cicatrização por segunda intenção da ferida;
- (C) ligadura escalonada dos mamilos hemorroidários;
- (D) fechamento da ferida por retalho mucocutâneo;
- (E) sutura mucosa e fechamento cutâneo por segunda intenção.

56

Ao realizar o tempo de trânsito colônico com cápsula única de 24 marcadores, a radiografia de abdome realizada no terceiro dia mostrou a presença de 4 marcadores no cólon distal.

Das hipóteses diagnósticas abaixo, aquela compatível com o resultado do exame é:

- (A) anismo;
- (B) encoprese;
- (C) trânsito normal;
- (D) constipação funcional;
- (E) inércia colônica esquerda.

57

Homem de 63 anos, em investigação para diarreia crônica, dor abdominal, palpitações e rubor em face, realiza colonoscopia que mostra lesão subepitelial estenosante de sigmoide, de coloração amarelada com regiões de ulceração mucosa. A CgA sérica encontra-se elevada e a tomografia mostra espessamento com adenomegalias próximo à raiz do mesocólon.

O tratamento indicado nesse caso é:

- (A) terapia com octreotida;
- (B) quimioterapia bevacizumabe;
- (C) colostomia de derivação + 5-FU;
- (D) colectomia esquerda + linfadenectomia;
- (E) neoadjuvância com imatinib + colectomia esquerda com linfadenectomia.

58

Mulher de 65 anos apresenta ferida de bordos irregulares em quadrante posterior direito do canal anal, cuja biópsia mostrou tratar-se de carcinoma espinocelular pouco diferenciado e infiltrante. O estadiamento inicial mostra T2 N0 M0.

O tratamento indicado nesse caso é:

- (A) excisão local;
- (B) radioterapia exclusiva;
- (C) cetuximab/radioterapia;
- (D) excisão local + radioterapia;
- (E) 5-FU/mitomicina + radioterapia.

59

Mulher de 27 anos, diagnosticada com Síndrome da Polipose Adenomatosa Familiar, mostra-se preocupada com a doença em relação aos seus filhos de 5 e 7 anos de idade.

A recomendação para as crianças nesse caso é a realização de:

- (A) mapeamento genético do Gene APC;
- (B) colonoscopia anual iniciada aos 15 anos de idade;
- (C) retossigmoidoscopia flexível anual com início imediato;
- (D) retossigmoidoscopia flexível anual ao início dos sintomas ou a partir dos 10 anos de idade;
- (E) testagem genética do gene APC + retossigmoidoscopia flexível de 5 em 5 anos com início a partir dos 10 anos de idade.

60

Mulher de 57 anos apresenta doença diverticular do cólon sigmoide, complicada com coleção purulenta em FIE de 4 cm. A paciente encontra-se em boas condições clínicas e hemodinâmicas.

A terapia mais indicada para esse caso é:

- (A) o uso de probióticos e prebióticos;
- (B) antibioticoterapia exclusiva;
- (C) cirurgia de Hartmann + lavagem da cavidade;
- (D) antibioticoterapia + drenagem videolaparoscópica;
- (E) antibioticoterapia + sigmoidectomia com anastomose primária.

61

A doença pilonidal é uma condição comum que pode resultar em dor e sepsis com longos períodos de afastamento laborativo e social.

Todas as alternativas abaixo indicam condições indispensáveis à diminuição da morbidade e recorrência no tratamento cirúrgico dessa doença, com EXCEÇÃO de:

- (A) exérese da pseudo-cápsula;
- (B) curetagem dos trajetos fistulosos;
- (C) eliminação dos tecidos de granulação;
- (D) exérese dos pits (fossas) da linha média;
- (E) realização de suturas fora da linha mediana.

62

Atualmente, o melhor exame para diagnóstico do megarreto é o(a):

- (A) clister opaco;
- (B) manometria anorretal;
- (C) colonoscopia com biópsia retal;
- (D) ressonância magnética da pelve;
- (E) tomografia computadorizada da pelve com contraste retal.

63

Mulher de 49 anos com diagnóstico de pancolite ulcerativa de difícil controle apresenta febre, taquicardia, leucocitose e anemia. A tomografia de abdome mostra distensão do cólon (> 8 cm) com ausência de pneumoperitônio.

O tratamento cirúrgico indicado nesse caso é:

- (A) ileostomia em alça;
- (B) cecostomia descompressiva;
- (C) colectomia total com ileostomia terminal;
- (D) proctocolectomia total com ileostomia terminal;
- (E) proctocolectomia total com anastomose íleo-anal em bolsa ileal + ileostomia de proteção.

64

O músculo esfíncter interno (MEI) é o principal responsável pela continência anal.

Em relação ao MEI, é correto afirmar que:

- (A) seu limite caudal corresponde à linha pectínea;
- (B) trata-se de prolongamento caudal da musculatura circular do reto;
- (C) faz parte da musculatura elevadora do ânus, contribuindo na manutenção do ângulo anorretal;
- (D) apresenta conformação elíptica no canal anal, sendo mais espesso em suas porções mediais;
- (E) é composto por fibras musculares mistas, sendo a maioria do tipo liso.

Cirurgia Geral

65

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.

66

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.

67

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.

68

Um paciente de 59 anos apresenta fadiga progressiva, anemia ferropriva e perda de peso não intencional. Uma colonoscopia revelou uma lesão no cólon ascendente macroscopicamente compatível com tumor maligno.

Assim, a combinação correta de sintomas, métodos de diagnóstico e opções de tratamento para esse caso é:

- (A) sintomas: sangramento retal evidente; diagnóstico: enema opaco; tratamento: hemicolectomia esquerda;
- (B) sintomas: dor abdominal em cólica; diagnóstico: tomografia computadorizada; tratamento: ressecção endoscópica da lesão;
- (C) sintomas: fadiga e anemia ferropriva; diagnóstico: colonoscopia com biópsia; tratamento: hemicolectomia direita;
- (D) sintomas: diarreia crônica; diagnóstico: ultrassom abdominal; tratamento: quimioterapia exclusiva;
- (E) sintomas: dor abdominal em cólica; diagnóstico: tomografia computadorizada; tratamento: colectomia total.

69

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.

70

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.

71

Uma mulher de 39 anos chega ao ambulatório com queixa de dificuldade para engolir, inicialmente apenas para sólidos, mas agora também para líquidos, que vem se agravando progressivamente nos últimos 8 meses. Ela também relata perda de peso significativa de mais de 10 kg e episódios de regurgitação de alimentos não digeridos. Não há histórico de doenças crônicas ou cirurgia prévia. No exame físico, o estado geral é bom, mas com perda ponderal evidente. A endoscopia digestiva alta revela retenção de alimentos no esôfago, sem evidências de estenose ou massa. A manometria esofágica mostra aperistalse no corpo do esôfago e ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior durante a deglutição.

Diante desse quadro clínico, o diagnóstico mais provável para essa paciente é:

- (A) esofagite eosinofílica;
- (B) carcinoma esofágico;
- (C) doença do refluxo gastroesofágico;
- (D) acalasia;
- (E) estenose esofágica.

72

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

73

Um homem de 60 anos apresenta-se ao consultório com queixas de dor abdominal epigástrica persistente há seis meses, perda de peso não intencional de 10 kg e sensação de plenitude pós-prandial precoce. Ele também relata episódios de náusea e vômito, ocasionalmente com sangue. O paciente tem histórico de tabagismo e consumo regular de álcool, além de uma dieta rica em alimentos processados e salgados. No exame físico, nota-se palidez e linfonodos supraclaviculares aumentados. A endoscopia digestiva alta revela uma lesão ulcerada no antro gástrico, e a biópsia confirma a presença de adenocarcinoma gástrico.

O fator de risco mais significativo associado ao desenvolvimento do câncer de estômago no caso desse paciente é:

- (A) histórico familiar de câncer;
- (B) infecção por *Helicobacter pylori*;
- (C) consumo regular de álcool;
- (D) tabagismo;
- (E) dieta rica em alimentos processados e salgados.

74

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.

75

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.

76

Um paciente 47 anos realizou endoscopia digestiva alta, que mostrou lesão ulcerada e antro de cerca de 2 cm, com bordos elevados. A biópsia mostrou se tratar de um linfoma do tipo MALT de baixo grau e presença de *H. pylori*. A tomografia de abdômen não evidenciou metástases a distância nem linfonodos acometidos.

A próxima conduta terapêutica é:

- (A) erradicação do *H. pylori* exclusiva;
- (B) erradicação do *H. pylori* + quimiorradioterapia;
- (C) quimiorradioterapia exclusiva;
- (D) gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1;
- (E) gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.

77

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.

78

Um paciente de 57 anos, apresentando disfagia e desnutrição, realizou exame contrastado que evidenciou esôfago dilatado (5 cm) com afilamento na junção esôfago-gástrica tipo "bico de pássaro".

A conduta mais indicada nesse caso é:

- (A) inibidores de canais de cálcio via oral;
- (B) funduplicatura a Nissen;
- (C) esofagectomia trans-hiatal;
- (D) cirurgia de Serra-Dória;
- (E) esofagomiectomia a Heller.

79

Um paciente de 35 anos foi submetido a cirurgia bariátrica há aproximadamente 6 meses, com perda de cerca de 30 kg. No momento apresenta ataxia, sonolência e confusão mental. Ao exame físico apresentava nistagmo horizontal e tetraparesia de membros. A albumina sérica era de 2,3 g/dL.

A provável complicação envolvida nesse caso é a deficiência de:

- (A) zinco;
- (B) cobre;
- (C) folato;
- (D) tiamina;
- (E) vitamina A.

80

A chamada disfagia lusória é causada por:

- (A) denervação do esôfago;
- (B) leiomioma esofágico;
- (C) compressão por tumor extraesofágico;
- (D) artéria subclávia direita aberrante;
- (E) isquemia do esôfago.

Realização

