

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2024/2025



TARDE

# PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA PLÁSTICA (PRCIRPLAT01)

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 Geral e Área Cirúrgica Básica

1

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.

2

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/m<sup>2</sup> 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).

3

A profilaxia e o controle da infecção em cirurgia são de fundamental importância para a prática cirúrgica. Por isso, o conhecimento dos métodos e substâncias usados para a esterilização de materiais, equipamentos e do ambiente cirúrgico é obrigatório.

Nesse contexto, os processos de assepsia e antisepsia são corretamente definidos, respectivamente, como:

- (A) esterilização de instrumentos cirúrgicos e uso de antibióticos no pós-operatório;
- (B) processo de remoção de todas as formas de vida microbiana de uma superfície e aplicação de substâncias químicas para eliminar ou inibir microrganismos em tecidos vivos;
- (C) técnica utilizada para remover detritos visíveis de uma superfície e uso de calor para esterilizar instrumentos;
- (D) o uso de soluções salinas para limpar feridas e utilização de radiação para desinfetar superfícies;
- (E) prática de usar luvas estéreis durante procedimentos cirúrgicos e prática de usar campos cirúrgicos estéreis.

4

O conhecimento sobre os anestésicos locais é de fundamental importância, dado que eles são usados constantemente em pequenas cirurgias e procedimentos que necessitam de anestesia.

Nesse contexto, é correto afirmar que:

- (A) a mepivacaína é indicada como anestésico local em pacientes com insuficiência hepática;
- (B) a bupivacaína é indicada para procedimentos de pequena duração devido à sua curta meia-vida;
- (C) a lidocaína tem um início de ação lento e é frequentemente usada em bloqueios nervosos de longa duração;
- (D) a prilocaína é contraindicada em pacientes com histórico de doenças hepáticas devido ao risco elevado de toxicidade;
- (E) a ropivacaína tem menor cardiotoxicidade em comparação com a bupivacaína e é adequada para bloqueios nervosos periféricos de longa duração.

5

Um homem de 28 anos, admitido no pronto-socorro após um acidente automobilístico, apresenta ectoscopicamente sinais evidentes de trauma abdominal. Na avaliação neurológica inicial, está consciente, mas confuso. Seus sinais vitais são: pressão arterial de 85/60 mmHg, frequência cardíaca de 130 bpm, frequência respiratória de 28 ipm, saturação de oxigênio de 94% em ar ambiente. Sua pele está fria e pegajosa, com enchimento capilar prolongado. Refere dor intensa no abdômen. O abdômen está tenso e distendido, com dor à palpação e sem peristaltismo audível.

Os exames complementares mostram hemoglobina 8 g/dL com hematócrito de 24%. Foi realizado um FAST (*Focused Assessment with Sonography for Trauma*), que mostrou líquido livre na cavidade peritoneal. Radiografia de tórax e pelve não mostrou fraturas.

Nesse momento, seu diagnóstico é de choque hipovolêmico grau III por hemorragia intra-abdominal.

A conduta adotada deverá ser:

- (A) administração de solução salina isotônica e monitoramento em observação;
- (B) transfusão sanguínea de hemoderivados na relação 1/1/1 e intervenção cirúrgica imediata;
- (C) administração de medicamentos vasopressores para aumentar a pressão arterial;
- (D) administração de diuréticos para reduzir a pressão intra-abdominal;
- (E) realização de tomografia computadorizada (TC) de abdômen para avaliação adicional antes de qualquer intervenção.

6

No ambulatório, dá entrada uma mulher de 26 anos que se apresenta com sinais de masculinização, incluindo aumento de pelos faciais, voz mais grave e aumento da massa muscular. Exames laboratoriais revelam níveis elevados de testosterona e DHEA-S (dehidroepiandrosterona).

Diante desse quadro clínico, a hipótese diagnóstica principal é:

- (A) síndrome de Cushing;
- (B) hiperplasia adrenal congênita;
- (C) adenoma adrenal não funcionante;
- (D) carcinoma adrenocortical;
- (E) feocromocitoma.

**7**

Um homem de 26 anos foi admitido na emergência após um acidente de motocicleta. Ao exame físico, apresenta dor torácica intensa e dificuldade respiratória com saturação de 84%. Observa-se tórax flácido, com segmento da parede torácica que se move paradoxalmente. Há crepitação quando da palpação do gradil costal.

Diante desse quadro, a melhor abordagem inicial para o manejo do paciente é:

- (A) intubação orotraqueal e ventilação mecânica;
- (B) colocação de dreno torácico em selo d'água no lado afetado;
- (C) administração imediata de analgésicos potentes para controle da dor;
- (D) observação e monitoramento em unidade de terapia intensiva (UTI);
- (E) realização de toracocentese de emergência, no quinto espaço intercostal.

**8**

Um jovem de 15 anos sofreu um trauma abdominal contuso em acidente automobilístico. Ao exame físico, apresenta dor abdominal epigástrica e tem os seguintes resultados de exames: hemograma com leucocitose de 10.200, níveis elevados de amilase sérica e uma tomografia computadorizada que mostra uma lesão no pâncreas com envolvimento do ducto pancreático principal.

Diante desse quadro clínico, a abordagem mais apropriada para o diagnóstico e tratamento do paciente é:

- (A) realização de ultrassonografia abdominal seguida de observação clínica;
- (B) repetição da tomografia computadorizada em 24 horas para avaliar a progressão da lesão;
- (C) laparotomia exploratória com possível pancreatemia parcial;
- (D) tratamento conservador com monitoramento em unidade de terapia intensiva (UTI) e analgesia;
- (E) colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com colocação de *stent* pancreático.

**9**

Uma paciente de 72 anos apresenta dor abdominal localizada e uma massa palpável na região inguinal direita. Durante a exploração cirúrgica, observa-se uma hérnia de Richter.

Na descrição cirúrgica, a característica anatômica dessa hérnia e o tratamento realizado devem ser descritos do seguinte modo:

- (A) protrusão do saco herniário contendo omento; tratamento com omentectomia e reparo da hérnia;
- (B) protrusão do saco herniário contendo o intestino grosso; tratamento com redução e hernioplastia;
- (C) protrusão do saco herniário contendo 40 cm do intestino delgado; tratamento com redução manual e reparo cirúrgico;
- (D) protrusão do saco herniário contendo o intestino delgado com encarceramento; tratamento com descompressão e reparo laparoscópico;
- (E) protrusão do saco herniário contendo apenas uma parte da parede do intestino delgado; tratamento com ressecção do segmento comprometido com anastomose e reparo da hérnia.

**10**

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.

**11**

No hospital, dá entrada um homem de 58 anos, hígido, que se queixa de dor abdominal no quadrante inferior esquerdo e refere náuseas há dois dias e febre de mais de 38 °C. O exame físico revela dor à palpação e sinal de Blumberg no quadrante inferior esquerdo. Uma tomografia computadorizada do abdômen mostra um abscesso pericólico com mais de 6 cm, pneumoperitônio e sinais de peritonite.

Diante desse quadro clínico, o diagnóstico e o tratamento mais apropriados são, respectivamente:

- (A) diverticulite não complicada e tratamento com antibióticos orais e alta hospitalar;
- (B) diverticulite não complicada, tratamento com nutrição parenteral, antibióticos e observação;
- (C) diverticulite complicada com abscesso e tratamento com ressecção cirúrgica de emergência à Hartmann;
- (D) diverticulite complicada com abscesso e tratamento com drenagem percutânea guiada por TC e antibióticos intravenosos;
- (E) diverticulite complicada com perfuração; tratamento com cirurgia laparoscópica de emergência com anastomose primária.

**12**

Um paciente de 47 anos chega ao serviço de emergência após ter sido baleado no abdômen. Ele está consciente, mas apresenta sinais de choque hipovolêmico com pressão arterial de 85/50 mmHg e frequência cardíaca de 130 bpm. Está taquipneico, com 20 ipm, apresenta pulsos finos e confusão mental. O exame físico revela uma ferida de entrada no quadrante inferior direito do abdômen, sem orifício de saída visível. O paciente tem dor abdominal generalizada com rigidez muscular e sinais de peritonite.

A conduta cirúrgica mais apropriada para esse paciente é:

- (A) reposição volêmica e lavagem peritoneal diagnóstica seguida de observação se negativa;
- (B) administração de fluidos intravenosos e transfusão sanguínea com posterior reavaliação;
- (C) tomografia computadorizada do abdômen para avaliar a trajetória do projétil e determinação da necessidade de cirurgia;
- (D) exploração cirúrgica imediata por laparotomia para controle de hemorragia e reparo de lesões intra-abdominais;
- (E) realização de ultrassonografia abdominal focada no trauma (FAST) e observação na unidade de terapia intensiva.

**13**

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.

**14**

Uma mulher de 38 anos queixa-se da presença de um nódulo tireoidiano, detectado em uma ultrassonografia de rotina. Quando da anamnese e exame físico, não apresenta sintomas relacionados à hiperfunção ou hipofunção da tireoide. Não há dor, dificuldade para engolir ou alterações na voz. A palpação da tireoide não revela nenhuma anormalidade. A ultrassonografia confirma a presença de um nódulo tireoidiano solitário de 2 cm de diâmetro, com classificação TI-RADS IV.

Diante desse quadro, a conduta propedêutica mais apropriada é:

- (A) solicitar cintilografia da tireoide com iodo 131;
- (B) encaminhar para tireoidectomia total devido ao risco de malignidade do nódulo;
- (C) monitorar com ultrassonografia seriada a cada 6 meses para avaliar o crescimento do nódulo;
- (D) realizar tratamento com levotiroxina para suprimir o crescimento do nódulo e reduzir o risco de malignidade;
- (E) realizar biópsia por punção aspirativa com agulha fina (PAAF) para avaliar a citologia do nódulo e orientar o tratamento subsequente.

**15**

Uma paciente de 27 anos queixa-se de sudorese noturna, perda de peso não intencional, febre baixa e prurido generalizado há cerca de três meses. Quando do exame físico, são palpáveis linfonodos cervicais aumentados nos níveis III, IV Va e VI bilaterais. Uma radiografia do tórax mostra massas no mediastino. O material de uma biópsia excisional, de um linfonodo cervical, mostra células de Reed-Sternberg característicos.

Esses dados confirmam que o diagnóstico para esse paciente é:

- (A) linfoma de Burkitt;
- (B) linfoma de células do manto;
- (C) doença pelo vírus Epstein-Barr;
- (D) linfoma difuso de grandes células B;
- (E) linfoma de Hodgkin esclerose nodular.

**16**

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.

**17**

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.

**18**

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.

**19**

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.

**20**

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.

**21**

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.

**22**

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 carcinóide do intestino delgado;
- (D) adenocarcinoma do intestino delgado;
- (E) doença de Crohn.

**23**

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 perforada;
- (D) diverticulite de Meckel;
- (E) cisto ovariano hemorrágico roto.

**24**

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.

**25**

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.

**26**

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.

**27**

Um paciente de 64 anos apresenta uma massa abdominal palpável, perda de peso não intencional e desconforto abdominal vago que persiste há alguns meses. A tomografia computadorizada do abdômen revela uma grande massa retroperitoneal.

Diante desse quadro, a combinação mais apropriada de diagnóstico e tratamento para esse caso é:

- (A) ultrassonografia abdominal e quimioterapia neoadjuvante seguida de ressecção cirúrgica;
- (B) biópsia guiada por TC e ressecção cirúrgica com padrão oncológico;
- (C) radiografia abdominal e radioterapia exclusiva;
- (D) endoscopia digestiva alta e terapia hormonal;
- (E) ressonância nuclear magnética, radioterapia e quimioterapia.

**28**

Um paciente de 65 anos apresenta icterícia progressiva, perda de peso significativa e dor abdominal. Uma tomografia computadorizada revela uma massa na cabeça do pâncreas de 3 cm, sem evidência de metástases à distância. A colangiopancreatografia por ressonância magnética mostra dilatação do ducto biliar comum e do ducto pancreático. Os exames laboratoriais indicam elevação das bilirrubinas. Os marcadores tumorais (CA 19-9) estão elevados.

A melhor opção de tratamento para esse paciente é:

- (A) procedimento de Whipple;
- (B) quimioterapia neoadjuvante seguida de ressecção pancreática;
- (C) terapia de suporte com *stent* biliar e manejo clínico dos sintomas;
- (D) radioterapia exclusiva;
- (E) procedimento de Puestow.

**29**

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.

**30**

Um paciente de 55 anos apresenta-se no consultório com queixa de uma protuberância na região inguinal direita que se estende até o escroto. Ele relata que a protuberância aparece principalmente quando faz esforço físico, como levantar pesos, e desaparece quando está deitado. Não há sinais de dor intensa, febre ou outros sintomas sistêmicos. Ao exame físico, observa-se uma massa inguinoescrotal redutível ao repouso e com manobras de redução manual. Não há sinais de estrangulamento ou obstrução.

A melhor técnica cirúrgica para tratar a hérnia inguinoescrotal redutível desse paciente será:

- (A) herniorrafia convencional pela técnica de Shouldice;
- (B) redução digital, observação clínica sem intervenção cirúrgica e uso de funda;
- (C) herniorrafia laparoscópica transabdominal pré-peritoneal (TAPP);
- (D) herniorrafia convencional pela técnica de Lichtenstein;
- (E) herniorrafia convencional sem reforço de tecido à Bassini.

**31**

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.

**32**

Um homem de 49 anos se apresenta no consultório com queixa de dor no flanco esquerdo e hematúria macroscópica intermitente. Ele relata que os sintomas começaram há cerca de dois meses. Não tem antecedentes pessoais de doenças relevantes, mas é fumante há 30 anos. Quando do exame físico, há dor à palpação do flanco esquerdo com sinal de Giordano positivo, mas sem outras alterações significativas. Os exames laboratoriais mostram hematúria e leve anemia. Uma ultrassonografia abdominal revela uma massa sólida de 8 centímetros no rim esquerdo. A tomografia computadorizada confirma a presença de uma massa renal com características suspeitas de malignidade, sem evidência de metástases.

Esse quadro clínico tem como diagnóstico mais provável:

- (A) feocromocitoma na adrenal;
- (B) adenoma renal;
- (C) carcinoma de células renais;
- (D) angiomiolipoma;
- (E) hidronefrose.

**33**

Um jovem de 14 anos apresenta-se no consultório com queixa de dor no joelho esquerdo há cerca de três meses. Ele refere que a dor piora à noite e não alivia com analgésicos comuns. Além disso, ele nota um leve inchaço no local e dificuldade para caminhar. Não há história de trauma. O exame físico revela uma sensibilidade localizada sobre a metáfise distal do fêmur esquerdo com leve edema, mas sem sinais de infecção. Uma radiografia do joelho esquerdo mostra uma lesão lítica na metáfise distal do fêmur com elevação do periósteo, conhecida como reação em "casca de cebola".

Essas características são próprias do:

- (A) osteossarcoma;
- (B) osteocondroma;
- (C) cisto ósseo aneurismático;
- (D) sarcoma de Ewing;
- (E) metástase óssea.

**34**

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.

**35**

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.

**36**

Uma mulher de 52 anos apresenta-se no consultório com queixas de fraqueza muscular progressiva, especialmente nos membros superiores, bem como dificuldade para subir escadas e levantar-se de uma cadeira, que começaram há três meses. Relata perda de peso involuntária de aproximadamente 8 quilos nos últimos oito meses, tosse crônica e episódios de pequena hemoptise. Não tem história prévia de doenças. O exame físico revela fraqueza muscular proximal simétrica, sem atrofia muscular. Os reflexos tendinosos profundos são normais. A tomografia computadorizada de tórax mostra uma massa no lobo superior do pulmão direito, sugestiva de neoplasia pulmonar. Os exames laboratoriais mostram elevação de enzimas musculares (CK) e anticorpos anti-Hu positivos.

O diagnóstico mais provável para essa paciente é:

- (A) síndrome de Cushing;
- (B) síndrome miastênica de Lambert-Eaton;
- (C) dermatomiosite;
- (D) síndrome paraneoplásica neuromiopática;
- (E) hipercalemia paraneoplásica.

**37**

Um homem de 23 anos, estudante de música, saudável e sem história patológica de doenças respiratórias, chega ao pronto-socorro com dor torácica súbita e intensa do lado direito, com dispneia. Ele relata que estava estudando com seu saxofone quando os sintomas começaram. No exame físico, observa-se diminuição do murmúrio respiratório no hemitórax direito, com hipertimpanismo à percussão e diminuição da expansão torácica nesse lado. O paciente está consciente, orientado, com frequência respiratória de 24 incursões por minuto e saturação de oxigênio de 93% em ar ambiente. Uma telerradiografia de tórax confirma a presença de um pneumotórax no hemitórax direito, ocupando aproximadamente 30%.

Diante desse quadro clínico, a conduta terapêutica mais adequada é:

- (A) observação com suplementação de oxigênio;
- (B) punção aspirativa com agulha;
- (C) toracoscopia por VATS, com pleurodese;
- (D) assistência respiratória, terapia com antibióticos e corticosteroides;
- (E) inserção de tubo torácico com drenagem pleural em selo d'água.

**38**

A Sra. Maria Lúcia, uma mulher de 75 anos, chegou à emergência após uma queda em sua casa. Ela relata que tropeçou em um tapete e caiu de lado no chão da sala. Desde então, ela sente uma dor intensa no quadril esquerdo, não consegue levantar e não consegue andar. Quando do exame físico, nota-se que sua perna esquerda está encurtada e rodada externamente. Ela tem histórico de osteoporose e faz uso regular de anti-inflamatórios não esteroides para dor causada pela osteoartrite do joelho esquerdo. Além disso, tem hipertensão arterial essencial controlada com medicamentos. Está lúcida com sinais vitais estáveis, dor intensa à palpação do quadril esquerdo, pulsos distais presentes e simétricos. A radiografia de quadril mostra uma fratura transtrocanteriana do fêmur.

Diante desse quadro clínico, a melhor abordagem terapêutica para o caso da Sra. Maria Lúcia é:

- (A) tratamento conservador com imobilização com tração esquelética;
- (B) tratamento conservador com analgésicos e repouso no leito;
- (C) fixação interna com parafuso deslizante e placa lateral (*DHS - Dynamic Hip Screw*);
- (D) fixação interna com haste intramedular proximal;
- (E) substituição total do quadril com prótese total.

**39**

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.

**40**

Uma mulher de 86 anos apresenta úlcera sacra de cerca de 5 cm no maior diâmetro, com exposição do tecido celular subcutâneo, porém sem sinais de infecção e/ou necrose. Apresenta bastante secreção serosa e está sem odor.

O tratamento mais indicado neste momento é:

- (A) filme transparente;
- (B) placa de hidrocoloide;
- (C) alginato de cálcio;
- (D) collagenase;
- (E) desbridamento cirúrgico.

41

Um homem de 72 anos chega ao pronto-socorro com quadro de dor de início súbito em membro inferior direito, associado a parestesia, palidez e dificuldade de mobilização do membro há cerca de 3 horas. Ao exame físico, constatam-se frequência cardíaca de 114 bpm (pulso irregular) e frequência respiratória de 20 irpm. O exame dos membros revela membro inferior direito sem pulso desde a região femoral e pulso normal no membro inferior esquerdo.

A conduta mais apropriada neste momento é:

- (A) anticoagulação plena e tromboembolotomia de emergência;
- (B) anticoagulação plena e programar *by-pass* arterial após 7 dias;
- (C) arteriografia e passagem de *stent* endovascular de emergência;
- (D) trombólise sistêmica e angiotomografia após 7 dias;
- (E) trombólise sistêmica e passagem de *stent* endovascular de emergência.

42

Um paciente de 18 anos, vítima de perfuração por arma de fogo em hipocôndrio direito, apresenta, durante a laparotomia, laceração profunda, estrelada, de cerca de 10 cm, em lobo direito do fígado, com sangramento profuso que pouco diminuiu com a manobra de Pringle. Desde a chegada do paciente, foram feitos 2 concentrados de hemácias, 1 de plaqueta e 1 plasma fresco. A pressão arterial é de 80 x 40 mmHg e a FC é de 120 bpm. A gasometria arterial de momento revela pH: 7,12; déficit de base: 18 mmol/L; pCO<sub>2</sub>: 45 mmHg; HCO<sub>3</sub>: 16 mEq/L; INR: 2,2.

A melhor conduta nesse caso é:

- (A) reduzir a pressão venosa central, infundir plasma fresco e concentrado de hemácias e realizar hepatectomia direita;
- (B) infundir solução de bicarbonato de sódio e de plasma fresco e realizar sutura em massa do parênquima hepático;
- (C) infundir plasma fresco com concentrado de hemácias e realizar sutura seletiva dos vasos hepáticos em sangramento;
- (D) infundir plasma fresco com concentrado de hemácias, reduzir a pressão venosa central e realizar *shunt* atriocaval;
- (E) realizar tamponamento hepático com compressas e programação de relaparotomia em 48 horas após estabilização hemodinâmica.

43

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.

44

O conhecimento da biologia molecular tumoral tem trazido diversos avanços diagnósticos e terapêuticos em oncologia. Sobre a biologia do câncer colorretal, é correto afirmar que:

- (A) o DCC é um oncogene, presente em 70% dos tumores colorretais;
- (B) o gene MYH é um gene de supressão tumoral envolvido na síndrome de Lynch;
- (C) o APC é um gene de supressão, cuja mutação ocorre em 80% dos cânceres colorretais;
- (D) o KRAS é um oncogene de expressão na transformação do epitélio colônico normal em displasia;
- (E) o p53 é um proto-oncogene de expressão na transformação do epitélio displásico em adenoma.

45

Um paciente de 73 anos, assintomática, realizou tomografia de abdômen com contraste que mostrou lesão de 2 cm em cabeça do pâncreas de aspecto “em favo de mel”. Foi solicitada ultrassonografia endoscópica com punção por agulha fina, cuja análise do aspirado mostrou CEA: 100 ng/mL e amilase de 90 UI/L.

A melhor conduta neste momento é:

- (A) repetição da TC em 3-6 meses;
- (B) drenagem transgástrica do cisto;
- (C) enucleação cirúrgica do cisto;
- (D) gastroduodenopancreatectomia;
- (E) pancreatectomia total.

46

Um paciente de 62 anos, queixando-se de dor em andar superior do abdômen, realizou tomografia com contraste que mostrou lesão de 3 cm entre o corpo e a cabeça do pâncreas, com envolvimento de segmento (1 cm) da veia mesentérica superior (90° anterolateral). O exame não mostrou metástases nodais e à distância. Foi realizada ultrassonografia endoscópica com punção da lesão pancreática via transgástrica, cuja citologia foi de adenocarcinoma ductal, com presença de células em “anel de sinete”.

A próxima conduta nesse caso é:

- (A) quimiorradioterapia paliativa;
- (B) quimiorradioterapia neoadjuvante;
- (C) gastroenteroanastomose paliativa;
- (D) mesopancreatectomia;
- (E) gastroduodenopancreatectomia.

47

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.

**48**

Um paciente de 55 anos, em pré-operatório de retossigmoidectomia, com diagnóstico de adenocarcinoma de junção retossigmoide, relata perda de 7 kg nos últimos 3 meses (peso habitual 85 kg), referindo também perda de apetite nas últimas duas semanas. A ferritina sérica é de 280 ng/dL e a albumina sérica é de 4,2 g/dL.

A terapia nutricional ideal para esse paciente é:

- (A) nutrição enteral e imunonutrição parenteral por 14 dias;
- (B) suplementação proteico-calórica e imunonutrição via oral por 5 a 7 dias;
- (C) dieta livre oral normal, pois ele não se encontra em risco nutricional;
- (D) nutrição enteral por 5 a 7 dias e nutrição parenteral total por 5 a 7 dias;
- (E) nutrição parenteral total e imunonutrição parenteral por 5 a 7 dias.

**49**

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.

**50**

Uma paciente de 35 anos submeteu-se a ultrassonografia de rotina, que encontrou nódulo em suprarrenal esquerda. Realizou tomografia computadorizada de abdômen com contraste que mostrou nódulo sólido de 5 cm em adrenal esquerda, com densidade de 20 UH e *washout* de 30%. Dosagem de metanefrinas, teste de supressão de cortisol e aldosterona/atividade plasmática de renina estavam todas normais.

A melhor conduta nesse caso é:

- (A) acompanhamento tomográfico de 3 em 3 meses por dois anos;
- (B) punção aspirativa com agulha fina guiada por radiointervenção;
- (C) adrenalectomia esquerda videolaparoscópica;
- (D) adrenalectomia esquerda aberta por via laparotômica;
- (E) adrenalectomia esquerda por via posterior (lombal).

**51**

Uma paciente de 48 anos, IMC = 35 kg/m<sup>2</sup>, 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.

**52**

Uma paciente de 56 anos foi submetida a colecistectomia eletiva por doença calculosa biliar. Após 15 dias, saiu o resultado do exame histopatológico mostrando adenocarcinoma de vesícula, com extensão até o tecido conectivo perimuscular, sem invasão da camada serosa.

Não havendo, no estadiamento clínico, evidência de metástases à distância, a melhor proposta terapêutica é:

- (A) observação clínica, pois a colecistectomia é o suficiente;
- (B) ressecção do leito hepático somente (cirurgia de Fain);
- (C) ressecção dos segmentos IVB e V, com linfadenectomia;
- (D) hepatectomia direita alargada com linfadenectomia;
- (E) quimioterapia e radioterapia adjuvantes somente.

**53**

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.

**54**

Um paciente de 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.

55

Uma paciente de 60 anos com IMC = 45 kg/m<sup>2</sup> chega ao pronto-socorro com abaulamento na região da virilha e clínica de obstrução intestinal alta. É realizada inguinotomia exploradora, que evidencia hérnia femoral encarcerada, não sendo possível a sua redução.

A estrutura que deve ser seccionada para a redução do conteúdo herniário através do canal femoral é o(a):

- (A) trato iliopúbico;
- (B) tendão conjunto;
- (C) veia femoral;
- (D) ligamento lacunar;
- (E) ligamento de Cooper.

56

Um paciente de 35 anos com IMC = 26 kg/m<sup>2</sup> 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.

57

Um paciente de 38 anos, submetido a laparotomia xifopubiana por trauma penetrante há cerca de 8 anos, apresenta hérnia incisional mediana suprapúbica de cerca de 15 cm (longitudinal) por 5 cm (transverso).

Dentre as técnicas de reparo herniário, a mais indicada é:

- (A) técnica de Rives-Stopppa (tela submuscular);
- (B) colocação de tela supra-aponeurótica (*onlay*);
- (C) colocação de tela “em ponte” (*inlay*);
- (D) separação anterior de componentes;
- (E) técnica de Chevrel e Rath (tela supramuscular).

58

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.

59

Um paciente de 70 anos apresenta quadro de pancreatite aguda grave. Nota-se, além de distensão abdominal, a presença de equimose na região periumbilical.

O nome desse sinal semiológico é sinal de:

- (A) Cullen;
- (B) Grey-Turner;
- (C) Rovsing;
- (D) Lenander;
- (E) Jobert.

60

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.

61

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) esofagotomia a Heller.

62

Um paciente, vítima de queda de laje, chega ao pronto-socorro com agitação psicomotora, taquipneia, cianose e turgência de veias jugulares. A PA está inaudível. Ao exame do tórax, verifica-se hipertimpanismo e murmúrio vesicular abolido em hemitórax direito.

Após a avaliação das vias aéreas e proteção da coluna cervical, a próxima conduta a ser tomada nesse caso é:

- (A) raio X de tórax AP na sala de emergência;
- (B) toracocentese no 2º espaço intercostal direito;
- (C) drenagem em selo d’água no 5º espaço intercostal direito;
- (D) toracotomia anterior direita na sala de emergência;
- (E) punção pericárdica no espaço subxifoide.

**63**

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.

**64**

A obstrução de vias aéreas em politraumatizados pode ter curso fatal em questão de minutos, e, por esse motivo, sua avaliação é primordial segundo o Suporte Avançado de Vida no Trauma.

Sobre o manejo das vias aéreas no trauma, é correto afirmar que:

- (A) o uso de cânulas orofaríngeas (Guedel) é contraindicado na suspeita de fratura de base de crânio;
- (B) o colar cervical deve ser retirado e a coluna deve estar hiperestendida em pacientes politraumatizados que necessitam de intubação orotraqueal;
- (C) a traqueostomia é a via cirúrgica mais indicada em pacientes com impossibilidade de intubação orotraqueal;
- (D) a elevação do queixo e a tração da mandíbula são suficientes para desobstruir as vias aéreas na maioria dos casos;
- (E) a intubação nasotraqueal é a preferível em pacientes graves e em apneia, por ser um acesso à via aérea mais rápido.

**65**

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.

**66**

Um paciente de 23 anos, vítima de lesão penetrante por arma de fogo em hemitórax esquerdo, ao nível da linha axilar anterior, no 3º espaço intercostal, apresenta pressão arterial de 80 x 30 mmHg, FC: 126 bpm e FR: 28 irpm. É feita drenagem torácica em selo d'água no 5º espaço intercostal esquerdo com saída imediata de 1600 mL de sangue.

A próxima conduta a ser adotada é:

- (A) realizar pericardiocentese de alívio (punção de Marfan);
- (B) iniciar protocolo de transfusão maciça e encaminhar para o centro cirúrgico;
- (C) proceder a toracotomia posterolateral na sala de emergência;
- (D) infundir concentrado de hemácias e observar o débito do dreno nas próximas 4 horas;
- (E) posicionar segundo dreno de tórax em 4º espaço intercostal esquerdo.

**67**

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 atrófico, 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.

**68**

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.

**69**

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.

**70**

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.

**71**

- 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 esfinterotomia 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.

**72**

- Dos antifúngicos abaixo, o único que é administrado apenas por via intravenosa é:
- (A) anfotericina B;
  - (B) fluconazol;
  - (C) itraconazol;
  - (D) posaconazol;
  - (E) voriconazol.

**73**

- 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.

**74**

- 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.

**75**

- 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.

**76**

- 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 carcinóide 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.

**77**

- Um paciente de 45 anos, com 70 kg, foi submetido a esofagectomia toracolaparoscópica sem intercorrências e mantido em dieta zero no primeiro dia de pós-operatório.
- O aporte hidroeletrólítico mais adequado para esse paciente em 24 horas é de:
- (A) 2.200 mL de soro fisiológico a 0,9%;
  - (B) 2.500 mL de soro glicosado a 5%;
  - (C) 4.000 mL de ringer lactato;
  - (D) 1.200 mL de soro fisiológico a 0,9%;
  - (E) 2.100 mL de ringer lactato.

**78**

- Um paciente 50 anos, cirrótico, dá entrada no pronto-socorro por restrição ventilatória por ascite volumosa, sendo indicada paracentese de alívio.
- Nesse caso, é correto afirmar que:
- (A) por se tratar de ascite por hipertensão portal, o uso de diuréticos está contraindicado;
  - (B) provavelmente o gradiente de albumina sérica/ascite (GASA) se encontra baixo;
  - (C) o sítio preferencial de punção é 5 cm acima da espinha ilíaca anterossuperior direita;
  - (D) quando foram retirados mais que 5 litros de ascite, é desejável repor albumina na dose de 6-8 g/kg;
  - (E) a complicação mais comum é a perfuração de intestino delgado, e, quando isso ocorre, há indicação de laparotomia.

**79**

Um paciente de 60 anos, portador de cirrose hepática por vírus C (Child B), evoluiu com nódulo de 2,5 cm em segmento V do fígado e outro de 2 cm em segmento II, ambos com características radiológicas de hepatocarcinoma. A alfa-fetoproteína sérica estava em 840 ng/mL.

A melhor terapêutica nesse caso é:

- (A) bissegmentectomia hepática;
- (B) hepatectomia direita;
- (C) ablação com radiofrequência;
- (D) transplante hepático;
- (E) quimioembolização.

**80**

Sobre a anatomia da região inguinocrural e a ocorrência de hérnias nesse local, é correto afirmar que:

- (A) as hérnias inguinais indiretas ocorrem através do triângulo de Hasselbach;
- (B) as hérnias femorais ocorrem lateralmente aos vasos de mesmo nome;
- (C) o ligamento lacunar se fixa à fáscia pectínea próximo ao tubérculo púbico;
- (D) o trato iliopúbico é formado pelo perióstio e pela fáscia ao longo do ramo superior do púbis;
- (E) o ramo genital do nervo genitofemoral passa acima do funículo espermático e perfura a aponeurose do músculo oblíquo externo.

Realização

