

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025



TARDE

PRÉ-REQUISITO - ENDOSCOPIA (PRENDOSCT01)

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!

Clínica Médica

1

Um homem de meia-idade retornou ao ambulatório de clínica médica em cadeira de rodas, trazido pela esposa, relatando estar a maior parte do tempo acamado. O início das dores lombares foi há 4 meses. A dor situa-se principalmente na transição toracolombar, permanece durante a noite e já está refratária a uso de opioides fracos. A constipação piorou (última evacuação há 5 dias) e o paciente não urina com tanta frequência. Quando sente vontade de urinar, não consegue segurar completamente. A esposa relata que o marido perdeu pelo menos uns 8 kg nos 4 meses desde o início do quadro, havendo febre vespertina ocasional não aferida. A esposa também atualiza o quadro dizendo que a dor parece já estar presente há mais tempo (uns 6 meses). Há aproximadamente 1 mês, ele havia sentido uma fraqueza mais proeminente nas pernas, que o levou a cair sentado. Desde então, não conseguiu se levantar.

Exame físico: paraplegia espástica e hiperreflexia de membros inferiores, com redução de sensibilidade para tato, temperatura e pressão e dor com nível sensitivo na altura dos mamilos. Havia redução da sensibilidade profunda caracterizada por perda completa da propriocepção e sensibilidade vibratória. O restante do exame físico revela paciente hipocorado, um pouco desidratado, com distensão abdominal e redução dos ruídos intestinais. Massa palpável em hipogástrico, indolor, sugerindo bexigoma.

Nos exames solicitados, revelaram-se anemia normocítica, normocrômica, VHS 88 mmHg, PCR: 95 (N: até 10 mg/L), creatinina: 1,6 mg/dl; outros exames estavam normais, incluindo hepatograma, Na, K, Ureia, PSA. Na radiografia de coluna lombar, não se evidenciou fratura, mas havia alterações degenerativas comuns para a idade em região sacroilíaca e acetabular. O radiologista sugeriu redução da densidade óssea, mas não havia lesões líticas ou blásticas. Havia achados de fecalitos em região retosigmoideana e provável bexigoma pela análise da radiografia. O médico decidiu interná-lo imediatamente para investigação e tratamento.

Em relação a esse caso, é correto afirmar que:

- (A) a principal hipótese é de mielite transversa, e os exames complementares mais importantes a serem realizados nesse caso são ressonância de coluna lombar e punção lombar;
- (B) dado que a probabilidade de osteomielite e abscesso epidural é baixa, como é possível concluir pela radiografia de coluna, pode-se iniciar corticoide 1 mg/kg para síndrome de compressão medular;
- (C) como a fosfatase alcalina, gama glutamiltransferase (GGT) e transaminases estão normais, não é necessário investigar os níveis séricos de cálcio e fósforo;
- (D) as alterações degenerativas e provável osteopenia na radiografia de coluna lombar, somadas ao quadro de claudicação neurogênica, sugerem fratura osteoporótica compressiva. Nesse caso, o médico deve optar pela realização de tomografia de coluna lombar para visualização da fratura e rápido encaminhamento ao serviço de neurocirurgia ou ortopedia;
- (E) o paciente possui vários sinais de alarme: febre, perda ponderal inexplicada, dor noturna e refratária e manifestações neurológicas graves. Essas últimas motivam a realização de ressonância de coluna torácica e lombar de urgência para investigação de síndrome de compressão medular.

2

Ao atender uma paciente pós-menopausa com câncer de mama já em estado de disseminação para fígado e osso, a médica residente teve acesso aos exames laboratoriais: hemoglobina: 8,0 mg/dl; hematócrito: 24 mg/dl; ferritina: 200 mg/dl; albumina: 3,5 mg/dl (normal: 3 a 5); globulina: 6,0 mg/dl (normal: 2 a 4 mg/dl); creatinina: 2,0 mg/dl; cálcio: 14,5 mg/dl (normal: 8 a 10 mg/dl); fósforo: 3,5 mg/dl; 25 OH vitamina D: 25 mg/dl (normal: 30 a 50); PTH: 20 pg/ml (normal: 30 a 65); e PCR: 115 mg/L (normal: até 10 mg/L). A queixa da paciente era dor, mas pela confusão mental optou-se por olhar os exames antes de completar a anamnese.

Sobre a investigação do quadro da paciente, é correto afirmar que:

- (A) nas hipercalcemias moderadas a graves, não precisamos confirmar ou corrigir pela albumina, pois o valor é muito alto para haver um erro analítico;
- (B) o nível de cálcio sérico não tem correspondência com os sintomas e a velocidade de instalação;
- (C) a equipe médica pensou em hipercalcemia não mediada pelo PTH e solicitou, corretamente, peptídeo relacionado ao PTH (PTHrp) e 1,25 dihidroxivitamina D;
- (D) a paciente, pós-menopausa, ambulatorial, com hipercalcemia moderada a grave, deve ter hiperparatireoidismo primário;
- (E) como a maioria dos casos de hipercalcemia estão relacionados a hiperparatireoidismo e malignidade, não há necessidade de revisão da anamnese em busca de medicações, suplementos e produtos herbários.

3

Um paciente sem doença hepática prévia, e em tratamento para tuberculose pulmonar com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, inicia quadro de sintomas dispépticos e elevação de transaminases (TGO e TGP).

A conduta acertada em relação a esse caso clínico é:

- (A) suspender imediatamente todas as medicações e reintroduzi-las quando as transaminases estiverem normalizadas;
- (B) manter as medicações para tuberculose tolerando até 5 vezes o limite superior da normalidade;
- (C) trocar imediatamente para capreomicina, etambutol e levofloxacina (esquema para hepatotoxicidade) e prolongar a terapia por 12 meses;
- (D) suspender imediatamente todas as medicações quando as transaminases ultrapassarem 3 vezes o limite superior da normalidade e monitorar a função hepática a cada 3 a 7 dias até a normalização;
- (E) suspender apenas a isoniazida e a pirazinamida, pois deve-se iniciar a recontagem a partir da rifampicina e etambutol, e monitorar a função hepática a cada 3 a 7 dias para reintrodução ordenada dos outros dois medicamentos.

4

Em uma investigação de quadro de osteomielite, surgiram dúvidas no caso concreto. O paciente de 68 anos era paraplégico e já apresentava uma lesão por pressão crônica em região sacral. No entanto, relatou saída de secreção nos últimos meses e aprofundamento da úlcera, com exposição óssea. O local no entorno da úlcera não demonstrava sinais flogísticos ou necrose. Não havia febre ou sinais sistêmicos de gravidade, e exames laboratoriais também não tinham alterações significativas como leucocitose e marcadores inflamatórios em elevação. Diante da estabilidade do quadro, foram feitas algumas considerações.

É correto afirmar que:

- (A) o diagnóstico pode ser sugerido pela ressonância nuclear magnética da região sacral, mas pode considerar também a biópsia óssea aberta para confirmar o diagnóstico de osteomielite;
- (B) está indicada a realização de ressonância nuclear magnética ou cintilografia, bem como coleta da secreção para análise de Gram e cultura guiando a terapia antibiótica empírica até os resultados;
- (C) está indicado o início de terapia antimicrobiana com cobertura para germes aeróbios e anaeróbios por 2 semanas, pela via parenteral; caso se confirme lesão cortical óssea com edema, deve-se prolongar a terapia por 6 semanas;
- (D) o início do antibiótico não atrapalha a cultura de material ósseo retirado por agulha grossa da ferida, desde que tenha sido suspenso 24 horas antes do procedimento;
- (E) apesar de medidas de fisioterapia, nutrição e cuidados para com a cicatrização da ferida, somente a descolonização de tecidos moles e pele com antibióticos locais e sistêmicos pode ajudar o paciente do quadro descrito.

5

Na investigação de ascite, a paracentese diagnóstica foi realizada. O gradiente soro ascite de albumina foi calculado com valor de 1,5 g/dl. No entanto, o paciente apresentou proteína do líquido ascítico em valores baixos (1,8 g/dl), ou seja, menores que 2,5 g/dl.

Uma causa para essa ascite é:

- (A) cirrose hepática;
- (B) insuficiência cardíaca congestiva;
- (C) pancreatite aguda;
- (D) síndrome nefrótica;
- (E) trombose de veia porta.

6

Pacientes com síndrome nefrótica apresentam edema, proteinúria acima de 3,5 g em 24 horas e predisposição a trombose. A forma membranosa, presente em aproximadamente 30% das formas idiopáticas em adultos, pode ser diagnosticada por positividade de um anticorpo.

O anticorpo associado à forma membranosa idiopática de síndrome nefrótica em adultos é:

- (A) anticorpo contra a fosfolipase A2 do tipo M;
- (B) anticorpo anticitosol fígado e rim;
- (C) anticorpo antimúsculo liso;
- (D) fator antinuclear;
- (E) anti-Jo-1.

7

Uma paciente de 70 anos foi internada por sintomas de astenia, hiporexia, náuseas e redução do débito urinário. Estava lúcida, mas um pouco lentificada. O exame clínico demonstrou *flapping* e hiperreflexia difusa. Estava estável hemodinamicamente, com membros aquecidos, porém com cianose bilateral na planta dos pés. O exame laboratorial revelava disfunção renal aguda com leucocitose sem desvio à esquerda. Eosinófilos: 990 células/mm³. A urina apresentava coloração avermelhada, sugerindo hematúria franca justificada pelo uso de anticoagulante profilático devido a alto risco trombótico. A paciente era portadora de câncer de estômago em atividade, ficando acamada a maior parte do tempo, com investigação para carcinomatose peritoneal.

Sobre o quadro descrito, é correto afirmar que:

- (A) o diagnóstico pode ser sugerido com fissuras preenchidas por colesterol em arteríolas da biópsia de pele;
- (B) biópsia renal deve ser feita mesmo sem proteinúria significativa, preferencialmente antes da introdução de terapia substitutiva renal;
- (C) eosinofilia com tumor pode sugerir doença metastática avançada, motivando a pesquisa de trombose de veia renal bilateral (principal hipótese);
- (D) a nefrite intersticial aguda pelo uso do anticoagulante pode ser diagnosticada com a presença de hematúria, proteinúria franca (acima de 1 g/dia) e eosinofília;
- (E) o uso do corticoide é indicado por mitigar os sintomas e dar tempo para a investigação do quadro atual e da carcinomatose peritoneal.

8

Uma paciente de 58 anos foi internada por confusão mental e dor em ombro direito. É portadora de neoplasia de mama em estágio avançado com metástases ósseas. Havia relato, pela anamnese dirigida, de constipação e distensão abdominal. O marido confirmou que, nos últimos dias, ela já não conseguia levantar-se e tomar adequadamente seus medicamentos. Durante a internação confirmou-se a fratura patológica de cabeça do úmero e hipercalcemia da malignidade (PTH suprimido). Houve redução dos níveis séricos de cálcio (Ca: 15 mg/dl para 12 mg/dl em 2 dias), e a creatinina sérica, que na entrada era de 3,8 mg/dl, caiu para 2,0 mg/dl em 48 horas. Os medicamentos reintroduzidos com a melhora clínica da paciente após 3 dias de hidratação e pamidronato foram: metadona, amitriptilina, duloxetina e gabapentina – os últimos por dor radicular. Infelizmente, os sintomas de distensão abdominal, náuseas, vômitos e constipação se evidenciaram, levando à realização de exame tomográfico do abdômen e pelve. Observou-se distensão de ceco (9,0 cm em maior diâmetro), cólon ascendente, transverso e cólon descendente com presença de fecaloma em sigmoide.

Diante da principal hipótese diagnóstica, a melhor conduta imediata é:

- (A) fazer extração manual do fecaloma associada a administração de clister em gravidade com lactulona e óleo mineral por via oral;
- (B) chamar a cirurgia geral para avaliação pelo risco de rotura de cólon e ceco;
- (C) realizar colonoscopia de urgência para retirada de fecaloma e descompressão gasosa;
- (D) prescrever eritromicina, ondansetrona, lactulona, óleo mineral e passar sonda nasogástrica em sifonagem;
- (E) suspender dieta, antidepressivos e opioides; continuar correção de cálcio sérico e avaliar administração de neostigmina.

9

Em segunda quimioterapia para linfoma não Hodgkin (15 dias após a 1ª quimioterapia), uma paciente jovem apresentou cefaleia, rinite, tosse e febre oito horas após a infusão do medicamento, já no domicílio. Foi internada devido ao risco de infecção secundária à imunossupressão. Seu esquema era o R-CHOP, a saber: rituximabe, ciclofosfamida, doxorrobucina, vincristina e prednisona. Apesar de coleta de hemocultura, início de antibiótico empírico e oseltamivir, não houve qualquer outro sintoma na sequência de sua internação em 24 horas. Exames laboratoriais e de imagem foram normais.

O trabalho de investigação levou à possibilidade mais confiável nesse caso por:

- (A) infusão rápida de rituximabe (450 mg/hora) sem a administração de paracetamol e anti-histamínico 30 minutos antes da medicação;
- (B) síndrome de hiperestimulação ovariana por possível tentativa de evitar insuficiência ovariana pela ciclofosfamida;
- (C) pneumocistose, cujo tratamento não fora contemplado no esquema da enfermagem e não realizada profilaxia com bactrim;
- (D) reação de hipersensibilidade aguda à vincristina;
- (E) sepse por bacilo Gram negativo em nadir de quimioterapia.

10

Uma paciente de 54 anos foi internada por tosse, desconforto respiratório e aumento do volume abdominal. Está em acompanhamento conjunto com a equipe de cuidados paliativos realizando paracentese de alívio devido à ascite. É portadora de câncer de ovário com metástases para peritônio. Após a realização de tomografia de tórax e abdômen com contraste para avaliar trombose de veias abdominais, observou-se trombo em tronco da artéria pulmonar esquerda de aspecto recente. A equipe médica não teve dúvida quanto à melhor condução do caso, após a análise do exame laboratorial: anemia: Hb 8,5 g/dl, leucócitos e coagulograma normais, plaquetas: 85 mil e função renal normal. A paciente estava estável e era eutrófica, não havendo histórico de sangramento recente.

Prontamente, a equipe realizou:

- (A) aplicação de heparina de baixo peso molecular (enoxaparina) 1 mg/kg de 12/12h por 5 dias e, posteriormente, início de warfarina;
- (B) parecer à cirurgia vascular para colocação de filtro de veia cava;
- (C) início de apixabana 10 mg (2 vezes ao dia) durante 7 dias seguido de 5 mg (2 vezes ao dia) enquanto atividade de neoplasia ou até aumento do risco de sangramento;
- (D) dabigatrana 150 mg (2 vezes ao dia) indefinidamente devido à neoplasia metastática em atividade;
- (E) enoxaparina 1 mg/kg de peso (1 vez ao dia) corrigido pela plaquetopenia por 5 dias. O tratamento seguirá ambulatorialmente com rivaroxabana 20 mg por dia nas três primeiras semanas; posteriormente, rivaroxaban 15 mg (1 vez ao dia) por pelo menos 6 meses ou até cessar fator provocador da trombose.

11

Uma jovem de 24 anos apresentou odinofagia associada a fadiga e uma cervicalgia mais pronunciada à esquerda, identificando ser um caroço de aproximadamente 1 cm. O quadro progrediu durante os três dias com piora dos sintomas, além de febrícula – de até 37,8 °C – constante. A seguir, ocorreu dor em hipocôndrio direito. No quinto dia de sintomas, foram prescritos amoxicilina e anti-inflamatório não esteroideal devido a hiperemia de orofaringe com placas brancacentas – a paciente teve diagnóstico de amigdalite bacteriana, apresentando náuseas e anorexia. Com aproximadamente 1 semana de sintomas e 3 dias do uso do antibiótico, a jovem decidiu procurar novo atendimento médico, que revelou: sinais vitais estáveis, porém com taquicardia (FC 110 bpm), eutrófica, sem evidência de emagrecimento, eupneica. *Rash* eritematoso maculopaular difuso estava visível em tronco, abdômen e porção próxima de membros superiores e inferiores. Havia presença de edema periorbitário bilateral. Linfonodos posteriores aos músculos esternocleidomastoideos estavam aumentados e pouco dolorosos (1,5 e 1,2 cm), fibroelásticos, móveis. Havia também micropolíadenopatia em outras cadeias cervicais superficiais. Orofaringe apresentava hipertrofia amigdaliana, petéquias em palato e exsudato membranoso. Ao exame ginecológico com ectopia em colo uterino, foi detectado corrimento fisiológico, sem presença de outras alterações como úlceras. O abdômen era doloroso em andar superior à palpação profunda com hepatimetria de 14 cm e borda romba e dolorosa e espaço de Traube ocupado.

Sobre as hipóteses diagnósticas e complementação da investigação, é correto afirmar que:

- (A) resultado negativo para vírus Epstein-Barr elimina a necessidade de repetição do exame, pois se trata de teste muito sensível e específico. Deve-se prosseguir na investigação de outros quadros com a biópsia excisional de linfonodo cervical;
- (B) anticorpos IgG para antígeno antiviral do capsídeo (VCA) e antígeno nuclear de Epstein-Barr (EBNA) estão presentes por toda a vida em pacientes com exposição prévia ao vírus Epstein-Barr (EBV) e não são marcadores de um processo ativo sugerindo verdadeira infecção;
- (C) a síndrome descrita pode ser decorrente de processos neoplásicos, infecciosos ou autoimunes. A investigação deve começar pela punção aspirativa do linfonodo maior e sorologias para os seguintes vírus: Epstein-Barr, citomegalovírus, herpes vírus, sífilis e HIV;
- (D) a presença de linfocitose com linfócitos atípicos associada a hipogamaglobulinemia reforça os diagnósticos de lúpus eritematoso sistêmico ou linfomas;
- (E) amigdalite resistente a antibiótico associada a petéquias em palato pode sugerir a doença de Lemierre causada pelo *Fusobacterium necrophorum*, motivando a troca do esquema antibiótico para ceftriaxona no caso clínico descrito.

12

O residente de clínica médica foi chamado para responder um pedido de parecer da equipe cirúrgica referente a uma senhora de 70 anos com novo episódio de diarreia há 7 dias. Ela foi internada com diverticulite aguda complicada por abscesso, o qual não respondeu ao primeiro ciclo de antibiótico (ciprofloxacina e metronidazol) e ao segundo ciclo (piperacilina com tazobactam), ambos por 14 dias. Apresentou nova infecção peritoneal com deiscência da anastomose primária, sendo necessária abordagem cirúrgica para drenagem do abscesso. A paciente apresentou o segundo episódio de diarreia na internação (60 dias) intervalado com 7 dias de constipação. A idosa se queixou de cólicas, distensão abdominal e tenesmo há pelo menos 2 semanas. Estava febril (38,0 °C), mas estável hemodinamicamente. As morbidades eram apenas uma doença renal crônica (Cr 1,5 mg/dl). Os episódios eram frequentes (em torno de 5 por dia) e mais aquosos. A calprotectina fecal era de 1500 mg/kg, mas os exames parasitológicos de fezes, colhidos dessa vez e no outro episódio, foram negativos. O residente pensou na possibilidade de infecção por *Clostridioides difficile*. Para confirmação do quadro em ambiente hospitalar e proposição de um tratamento ideal, o residente deve:

- (A) iniciar um novo tratamento com metronidazol oral 500 mg de 8/8h por 14 dias, enquanto se aguarda o resultado da pesquisa nas fezes de toxinas A e B para clostridioides;
- (B) iniciar o tratamento com fidaxomicina 200 mg duas vezes ao dia por 10 dias sem a necessidade de coleta de exames para diagnóstico, uma vez que as fezes são líquidas e reduzem o valor preditivo positivo dos testes;
- (C) prescrever probióticos, rifaximina por 14 dias para *Clostridium*; não há necessidade de colocar a paciente em precaução de contato;
- (D) realizar teste de antígeno glutamato desidrogenase (GDH) em conjunto com a pesquisa das toxinas A e B para *Clostridium*, ambos nas fezes. Devido à gravidade e fatores de risco, pode ser iniciado tratamento com vancomicina oral;
- (E) pesquisar no sangue, conforme disponibilidade, o teste de antígeno glutamato desidrogenase (GDH) ou o teste de amplificação de ácido nucléico (PCR), associado a pesquisa nas fezes das toxinas A e B de *Clostridium*. Devido ao quadro moderado a grave, realizar o tratamento com vancomicina oral 125 mg, 4 vezes por dia, por 10 dias.

13

Um paciente idoso atendido em consulta ambulatorial com perda ponderal significativa não intencional poderia ser classificado com síndrome consumptiva na dependência de outros sinais e sintomas.

As principais possibilidades para síndrome consumptiva em idosos ambulatoriais são:

- (A) doença do refluxo gastroesofágico, úlcera péptica e tumores do estômago;
- (B) transtorno depressivo, alterações benignas do trato digestivo e doenças malignas;
- (C) tuberculose pulmonar, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica;
- (D) anorexia nervosa, doenças degenerativas neurológicas e medicamentos;
- (E) doença de Parkinson, doença de Alzheimer e efeitos medicamentosos adversos.

14

Um paciente de 35 anos, em estado de imunossupressão grave por não adesão medicamentosa contra o HIV (CD4: 85 células), apresentou quadro de diarreia crônica, síndrome consumptiva e odinofagia. Em avaliação endoscópica, havia a presença de exulcerações e ulcerações longitudinais em esôfago e reto, sugerindo invasão por citomegalovírus (CMV). O paciente estava com pancitopenia em investigação e com neutrófilos totais em 600 células/mm³.

A maneira custo-efetiva de tentar o diagnóstico e iniciar o tratamento é:

- (A) dosagem de sorologias para CMV IgM e IgG, considerando a positividade ao menos da IgM;
- (B) cultura viral convencional pareando os espécimes e unidades no sangue e nas fezes;
- (C) antigenemia (pp65) em sangue total negativa, que excluiria a citomegalovirose;
- (D) PCR qualitativo negativo no plasma, que excluiria doença invasiva por CMV;
- (E) histopatologia com corpos de inclusão intranucleares basofílicos, que sugere doença ativa por CMV.

15

Uma senhora de 65 anos, após anos de acompanhamento na clínica médica por diabetes e hipertensão, retornou com queixa de distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes há uma semana. Há histórico de constipação crônica por volta dos 30 anos, incluindo atendimentos de emergência para clister glicerinado e extração manual das fezes. Só consegue evacuar com medicações laxativas como polietilenoglicol e laxativos salinos de uso regular. O exame físico e ultrassom à beira leito evidenciaram muita distensão abdominal e dor à palpação profunda. Ao toque retal, há hemorroidas, dor e espasmo da ampola retal – apesar de toque gentil – e sangramento discreto em luva devido ao uso de clister glicerinado nos últimos 3 dias. Optou-se por internação para manuseio do quadro de obstipação intestinal. Com a tomografia de abdômen, pode-se perceber grande impactação fecal em reto e extensão para sigmoide baixo, com fezes em todo o cólon.

Sem outras alterações clínicas, laboratoriais e radiológicas, a equipe médica optou corretamente por:

- (A) iniciar neostigmina, pois trata-se de pseudobstrução intestinal crônica;
- (B) manter os laxativos, incluindo lactulose, enemas glicerinos e clister em gravidade, com perspectiva de colectomia distal, caso não haja melhora em 3 dias;
- (C) suspender os laxativos e iniciar terapia com supositórios de glicerina seguidos de extração manual 3 vezes ao dia, pois, sem a retirada do fecaloma, não haverá trânsito intestinal normal;
- (D) extração por retossigmoidoscopia rígida com infusão local de óleo mineral e associação de neostigmina mitigando dores abdominais após a liberação do fecaloma endurecido;
- (E) suspender lactulose pela distensão, manter laxativos estimulantes como bisacodil (incluindo na forma de supositórios), estimular medidas comportamentais e associar prucaloprida, acompanhando o quadro clínico da paciente.

16

Uma mulher de 43 anos procurou atendimento médico com história de episódios recorrentes de vertigem. Esses episódios duravam várias horas e eram acompanhados por náuseas, vômitos e frequentemente associados à sensação de redução da acuidade auditiva unilateral. Além disso, vinha ocorrendo uma sensação de zumbido. Foram solicitados exames complementares, que sugeriram o diagnóstico de síndrome de Ménière.

A médica que acompanha essa paciente, além de solicitar a avaliação de um especialista (otorrinolaringologista), já adiantou, corretamente, a seguinte orientação:

- (A) aumento de alimentos ricos em ômega 3;
- (B) uso de dimenidrinato e piridoxina à noite;
- (C) dieta com alimentos de baixo índice glicêmico;
- (D) dieta com baixo teor de sódio e uso de diurético;
- (E) uso de dose baixa e diária de corticoide sistêmico.

17

Uma estudante universitária de 23 anos marcou avaliação clínica pois vinha apresentando episódios recorrentes de perda de consciência desde a adolescência, geralmente em situações de estresse emocional intenso ou durante prolongada permanência em pé em ambientes quentes. Ela descreveu que, momentos antes de perder a consciência, sentia tontura, visão turva, suor frio e náuseas. Em um dos episódios mais recentes, enquanto estava em pé em uma fila, começou a sentir esses sintomas e desmaiou, recuperando a consciência em menos de 2 minutos. Negou doenças prévias e afirmou que se sentia saudável. Durante a consulta médica, não foram encontradas alterações ao exame físico. A paciente levou Holter de 24 horas, eletrocardiograma e ecocardiograma, que estavam dentro da normalidade. A paciente queria saber o que fazer ao ter a sensação de desmaio.

Nesse contexto de um quadro sugestivo de síncope vasovagal, além de sugerir que ela deite no chão ou outro tipo de superfície quando sentir os pródromos de síncope, o médico deve orientá-la a:

- (A) balançar-se alternando o peso de um pé para o outro;
- (B) ficar o máximo de tempo com os braços cruzados, respirando fundo e soltando o ar;
- (C) ingerir rapidamente uma bebida energética ou um alimento que seja fonte de carboidrato;
- (D) elevar os braços acima da cabeça e mantê-los nessa posição até que os sintomas melhorem;
- (E) fazer manobras de contração isométricas, como apertar as mãos e cruzar as pernas fazendo contração bilateralmente.

18

Um paciente de 34 anos procurou ambulatório para realização de um *check up* médico. Negou quaisquer sintomas ou doenças prévias. Ao exame, a pressão arterial era de 132 por 82 mmHg e a frequência cardíaca, de 68 batimentos por minutos. Foi observada uma irregularidade no ritmo cardíaco, sugerindo a presença de aproximadamente 4 extrasístoles por minuto. O restante do exame físico foi sem alterações. Foi solicitado eletrocardiograma, em que foi evidenciada a presença de algumas extrasístoles ventriculares. Essas alterações foram confirmadas em Holter de 24 horas, em que foi observada uma baixa incidência de extrasístoles ventriculares, sem arritmia supraventricular. O paciente realizou, também, um ecocardiograma, que estava dentro da normalidade, mas ficou preocupado ao terem sido detectadas essas alterações no ritmo cardíaco, apesar de estar assintomático.

A orientação mais adequada nesse caso é:

- (A) indicar uma avaliação especializada, visando à realização de um estudo eletrofisiológico;
- (B) tranquilizar o paciente e sugerir que evite um consumo elevado de estimulantes como cafeína;
- (C) solicitar ressonância magnética cardíaca para investigação de causas para arritmia ventricular;
- (D) solicitar cintilografia miocárdica visando a afastar isquemia miocárdica como causadora do quadro do paciente;
- (E) iniciar verapamil em dose plena e solicitar novo Holter de 24 horas após dois meses de tratamento com essa medicação.

19

Um paciente de 59 anos, diabético, tabagista, com diagnóstico de doença arterial periférica em membros inferiores, foi atendido no ambulatório para acompanhamento de rotina. Nos exames laboratoriais realizados dentro do último mês, foram observados colesterol total de 270 mg/dL, HDL de 38 mg/dL, LDL de 198 mg/dL e triglicerídeos de 170 mg/dL.

Nesse caso, a terapia hipolipemiante mais indicada é:

- (A) pitavastatina de 1 a 2 mg ao dia;
- (B) ezetimiba de 5 a 10 mg ao dia;
- (C) bezafibrato de 200 mg a 400 mg ao dia;
- (D) sinvastatina de 10 mg a 20 mg ao dia;
- (E) atorvastatina de 40 mg a 80 mg ao dia.

20

Uma paciente de 26 anos procurou atendimento médico pois tem apresentado febre baixa há aproximadamente uma semana. Além disso, observou a presença de nódulos dolorosos e avermelhados na região anterior das pernas que surgiram nesse período. Negou outros sintomas ou doenças prévias. Há aproximadamente um mês, iniciou um contraceptivo oral prescrito por sua ginecologista. Em exame clínico, verificaram-se apenas nódulos de aproximadamente 3 cm de diâmetro, eritematosos, dolorosos à palpação e localizados na região anterior das pernas bilateralmente. A médica que atendeu essa paciente suspeitou de que o quadro estivesse relacionado ao uso de contraceptivo oral.

Nesse sentido, a principal hipótese para o caso é:

- (A) eritema nodoso;
- (B) paniculite lupoide;
- (C) ectima gangrenoso;
- (D) vasculite urticariforme;
- (E) granuloma anular subcutâneo.

21

Um paciente em pós-operatório iniciou um quadro de pseudo-obstrução colônica com distensão abdominal, vômitos e dor intensa em todo o abdômen. Após avaliação dos exames complementares e evolução clínica, a equipe médica decidiu iniciar tratamento com neostigmina venosa.

Nesse contexto, está recomendada a seguinte conduta durante a infusão venosa da neostigmina:

- (A) glicemia capilar, pelo risco de hipoglicemia grave e sintomática;
- (B) monitorização invasiva da pressão arterial, pelo risco de hipotensão;
- (C) monitorização cardíaca contínua, pelo risco de bradicardia acentuada;
- (D) dosagem de hemograma após a infusão, pela possibilidade de neutropenia grave;
- (E) monitorização clínica relacionada ao alto risco de síndrome de Stevens-Johnson.

22

Uma paciente de 59 anos procurou atendimento médico pois vinha apresentando insônia há pelo menos 6 meses, além de redução progressiva no apetite e perda de peso. Relatou ansiedade, tristeza, desânimo, fadiga, alteração da concentração, baixa autoestima e episódios de náuseas. Negou pensamentos de morte, mas alegou que o quadro estava causando significativo impacto social e profissional. Negou doenças prévias ou uso de medicações. Dentro do último mês, havia sido realizada uma investigação extensa para afastar doenças que pudessem causar esses sintomas. Como todos os exames vieram dentro da normalidade, a paciente procurou nova avaliação clínica. Não foram encontradas alterações ao exame clínico. O médico explicou para a paciente que ela estava com um quadro compatível com depressão.

Para essa paciente, a medicação que poderia trazer maior benefício, especialmente para os sintomas de insônia, ansiedade, redução do apetite, perda de peso e náuseas, é:

- (A) fluoxetina;
- (B) duloxetina;
- (C) mirtazapina;
- (D) topiramato;
- (E) bupropiona.

23

Um paciente de 34 anos é levado ao pronto-socorro por sua esposa, pois vem apresentando cefaleia intensa e convulsões sugestivas de crises parciais complexas. Há presença de leve paresia braquiocrural à direita. É realizada uma tomografia computadorizada de urgência. Diante da história epidemiológica, sintomas, exame físico e achados na tomografia computadorizada de crânio, há a suspeita de neurocisticercose. O próximo exame complementar para avaliação dessa hipótese diagnóstica é:

- (A) exame parasitológico de fezes;
- (B) ressonância nuclear magnética de crânio;
- (C) ultrassonografia com Doppler transcraniano;
- (D) eletroencefalograma com mapeamento cerebral;
- (E) PET SCAN cerebral com radiotraçador 18F-Fluorodeoxiglicose.

24

Uma paciente de 43 anos apresenta-se com um quadro de febre, mal-estar e erupção cutânea de início há 1 semana. Nega alterações na coloração da urina. Há aproximadamente 3 semanas, fez uso de nimesulida e amoxicilina pelo período de 1 semana por uma provável sinusite. Ao exame, a pressão arterial é de 162 por 90 mmHg e há presença de edema periorbital e em membros inferiores. Registra-se a ausência de dor a punho-percussão bilateralmente. Os exames laboratoriais identificam uréia de 62 mg/dL e creatinina de 2,1 mg/dL, além da presença de eosinofilia no hemograma. EAS indica hematúria microscópica, aumento dos leucócitos e cilindros leucocitários. Não há crescimento bacteriano na cultura de urina. A proteinúria em urina de 24 horas registra 1,8 g de proteínas. Ultrassonografia indica rins de tamanho normal, ecogenicidade preservada e ausência de hidronefrose.

A causa mais provável de acometimento renal nessa paciente é:

- (A) nefropatia membranosa;
- (B) pielonefrite aguda;
- (C) nefrite intersticial;
- (D) nefropatia por IgA;
- (E) amiloidose renal.

25

Um paciente de 69 anos foi admitido no hospital com síndrome de insuficiência cardíaca, aumento significativo do volume abdominal e edema de membros inferiores. Vinha em uso irregular de carvedilol e valsartan. Negou história de consumo de bebida alcoólica e hemotransfusão. O exame clínico indicava turgência jugular patológica, discretos estertores crepitantes bibasais e ritmo cardíaco regular. O abdômen se encontrava ascítico, tenso e com presença do sinal de piparote.

Além da abordagem relacionada à insuficiência cardíaca, optou-se pela realização de paracentese.

Diante da hipótese de ascite provocada por hepatopatia congestiva, são esperados os seguintes resultados:

- (A) gradiente de albumina soro-ascite (GASA) de 0,9 g/dL e proteína total do líquido ascítico de 1,8 g/dL;
- (B) gradiente de albumina soro-ascite (GASA) de 1,3 g/dL e proteína total do líquido ascítico de 1,5 g/dL;
- (C) gradiente de albumina soro-ascite (GASA) de 1,5 g/dL e proteína total do líquido ascítico de 2,7 g/dL;
- (D) gradiente de albumina soro-ascite (GASA) de 0,8 g/dL e proteína total do líquido ascítico de 2,8 g/dL;
- (E) gradiente de albumina soro-ascite (GASA) de 1,0 g/dL e proteína total do líquido ascítico de 1,9 g/dL.

26

Uma paciente de 74 anos foi atendida no ambulatório com queixa de dispneia aos esforços, edema em tornozelos bilateralmente e episódios prévios sugestivos de dispneia paroxística noturna. O exame físico identificou ritmo cardíaco regular e presença da quarta bulha cardíaca, pressão arterial de 138 por 80 mmHg e frequência cardíaca de 72 batimentos por minuto. Tem 162 cm de altura e pesa 82 kg. O exame laboratorial realizado no último mês registrou creatinina de 1,2 mg/dL, glicose de 94 mg/dL e dosagem de peptídeo natriurético cerebral (BNP) de 480 pg/mL. A paciente levou ecocardiograma recente, em que a cavidade ventricular esquerda era de tamanho normal e a função sistólica global do ventrículo esquerdo estava dentro da normalidade (fração de ejeção preservada). Foi, então, elaborado um plano terapêutico.

Entre as medicações a serem prescritas para uma paciente como ela, com insuficiência cardíaca e fração de ejeção preservada, aquela que tem maior benefício de redução de morte cardiovascular e hospitalização por insuficiência cardíaca é:

- (A) ramipril 10 mg ao dia;
- (B) bisoprolol 5 mg ao dia;
- (C) irbesartana 150 mg ao dia;
- (D) dapaglifozina 10 mg ao dia;
- (E) espironolactona 25 mg ao dia.

27

Um médico foi avaliar uma mulher de 68 anos que havia sido internada para realização de colecistectomia eletiva. Essa paciente estava em uso de varfarina há 1 mês em decorrência de um diagnóstico de trombose venosa poplítea e femoral no membro inferior esquerdo. Ao exame físico, havia discreto edema nesse membro, sem quaisquer outras alterações significativas detectáveis ao exame. Os sinais vitais estavam dentro da normalidade. O exame laboratorial do dia anterior havia registrado INR de 2,4, creatinina de 1,0 mg/dL e glicose de 88 mg/dL.

A conduta mais indicada nesse caso é:

- (A) suspender a varfarina 3 dias antes da cirurgia, sem fazer uso de enoxaparina até a cirurgia ser realizada. Reavaliar o INR no dia anterior à cirurgia;
- (B) suspender a varfarina 7 dias antes da cirurgia e iniciar clopidogrel, que poderá ser mantido durante o procedimento cirúrgico. Nesse caso, não há necessidade da nova avaliação do INR antes da cirurgia;
- (C) administrar vitamina K para reversão da anticoagulação da varfarina. Em seguida, liberar a cirurgia para o dia seguinte dessa intervenção, após reavaliação do INR;
- (D) suspender a varfarina 5 dias antes da cirurgia e, 2 dias após essa suspensão, iniciar enoxaparina em dose terapêutica. Em seguida, suspender a enoxaparina 24 horas antes da cirurgia. Reavaliar o INR no dia anterior à cirurgia;
- (E) suspender a varfarina 6 dias antes da cirurgia e, após 2 dias dessa suspensão, iniciar rivaroxabana 20 mg ao dia. Em seguida, suspender o rivaroxabana 2 dias antes da cirurgia, sem necessidade de reavaliar o INR no dia anterior à cirurgia.

28

Um homem de 42 anos, previamente hígido, foi levado por seu irmão ao pronto-socorro com um quadro de cefaleia intensa de início súbito, acompanhada de náuseas, vômitos, alterações da acuidade visual e dor nos olhos. Esses sintomas haviam se iniciado nas últimas 24 horas, com piora progressiva. Tinha história de possível sinusite recente, com o uso apenas de sintomáticos. Ao exame, a pressão arterial foi de 116 por 70 mmHg, frequência cardíaca de 108 batimentos por minutos e temperatura axilar de 38,6 °C. Estava sonolento, com edema periorbital e proptose do olho direito. Apresentava quemose conjuntival, dor acentuada à movimentação dos olhos e acometimento do III, IV e VI pares cranianos.

Diante desse quadro, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) abscessos cerebrais em lobos frontais;
- (B) neuropatia óptica isquêmica anterior;
- (C) trombose séptica do seio cavernoso;
- (D) hemorragia subaracnóideia;
- (E) meningite bacteriana.

29

Um paciente de 42 anos, em tratamento quimioterápico de leucemia mieloide aguda, foi levado para o pronto-socorro com dor abdominal intensa, náuseas, vômitos e febre. Relatou que esses sintomas se iniciaram nas últimas 24 horas, com piora significativa. Ao exame, o abdômen se encontrava distendido e doloroso à palpação, principalmente no quadrante inferior direito, em que ocorria piora da dor à descompressão. A pressão arterial era de 94 por 58 mmHg; a frequência cardíaca de 109 batimentos por minuto; e a temperatura axilar, de 39 °C. O exame laboratorial registrou creatinina de 1,7 mg/dL e 410 neutrófilos/mm³. A tomografia de abdômen demonstrou espessamento da parede intestinal (especialmente do ceco) e imagem compatível com pneumatose intestinal.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é de:

- (A) enterocolite neutropênica com isquemia intestinal;
- (B) diverticulite aguda complicada com abscesso;
- (C) apendicite aguda perfurada com peritonite;
- (D) colite pseudomembranosa;
- (E) colite ulcerativa.

30

Por solicitação de uma amiga, um médico compareceu à casa de uma paciente de 43 anos que apresentava perda do nível de consciência. Foi relatado que essa paciente tinha diabetes mellitus tipo 1 e fazia uso regular de insulina. Encontrava-se com sudorese profusa e com marcado rebaixamento do nível de consciência. Os sinais vitais estavam preservados. A glicemia capilar era de 30 mg/dL.

Nesse caso, a conduta mais adequada é:

- (A) inserir um alimento rico em carboidrato na cavidade oral para correção da hipoglicemia;
- (B) levar a paciente para um pronto-socorro para ser ministrada glicose hipertônica venosa;
- (C) administrar glucagon por via intramuscular para reversão rápida dos sintomas de hipoglicemia;
- (D) fazer nebulização de adrenalina diluída para resolução mais rápida dos sintomas neuroglicopênicos;
- (E) colocar um líquido com açúcar por via sublingual de forma lenta até o restabelecimento do nível de consciência.

31

Um paciente de 62 anos, hipertenso, compareceu a consulta ambulatorial regular. Apesar da implementação adequada de medidas de estilo de vida, relatou que seus níveis pressóricos se mantiveram elevados nas aferições de pressão em sua residência. Estava em uso de doses plenas de enalapril, indapamida e amlodipina. Em investigação recente, foram afastadas causas secundárias de hipertensão arterial. Ao exame, apresentava ritmo cardíaco regular e presença de quarta bulha cardíaca na ausculta cardíaca. A pressão arterial era de 155 por 96 mmHg e a frequência cardíaca era de 71 batimentos por minuto. Em exames laboratoriais recentes, a glicemia foi de 92 mg/dL, creatinina de 1,0 mg/dL, ureia de 32 mg/dL, sódio de 140 mg/dL e potássio de 3,9 mg/dL.

No caso desse paciente, a medicação que deve ser associada para um melhor controle pressórico é:

- (A) espironolactona;
- (B) hidralazina;
- (C) furosemida;
- (D) verapamil;
- (E) losartana.

32

Um homem de 61 anos, diabético, em uso de linezolida por grave infecção cutânea, iniciou um quadro de confusão mental, sudorese, agitação e tremor. Ao exame, apresentava mioclonia e rigidez muscular. A pressão arterial era de 178 por 104 mmHg, a frequência cardíaca era de 112 batimentos por minuto e a temperatura axilar era de 38,2 °C. Entre as medicações, estava fazendo uso de citalopram 40 mg ao dia. Após a realização de exames complementares para afastar outras doenças, foi levantada a hipótese de síndrome serotoninérgica. Foi suspensa a fluoxetina e foram implementadas medidas de suporte clínico.

Na síndrome serotoninérgica, o tratamento dependerá da sua gravidade.

Entre as medicações que estão indicadas para uso pela equipe médica, é correto apontar:

- (A) buspirona e metadona;
- (B) ibuprofeno e tramadol;
- (C) naltrexona e flumazenil;
- (D) diazepam e ciproheptadina;
- (E) carbamazepina e naloxona.

33

Uma mulher de 50 anos, que vinha em acompanhamento oncológico por câncer de mama, é internada com dor óssea refratária às medicações orais. Foram detectadas metástases ósseas, hepáticas e pulmonares. A dor foi bem controlada e foram realizados todos os exames pertinentes ao quadro clínico apresentado. Além disso, a equipe médica discutiu sobre a importância da avaliação da espiritualidade da paciente.

Em relação à avaliação da espiritualidade em pacientes que estão em cuidados paliativos, é correto afirmar que:

- (A) o rastreio da espiritualidade não está recomendado para pacientes em cuidados paliativos;
- (B) a avaliação da espiritualidade deve ser realizada apenas nos pacientes que se consideram religiosos;
- (C) o rastreamento breve da espiritualidade deve ser realizado apenas pelo serviço de capelania ou líderes religiosos;
- (D) angústia ou sofrimento espiritual pode amplificar outros tipos de sofrimento dos pacientes, como a dor física ou emocional;
- (E) os pacientes e cuidadores geralmente não querem que sua espiritualidade seja abordada pelo profissional de saúde.

34

Uma mulher de 38 anos é atendida no ambulatório com queixa de aproximadamente 4 a 5 episódios de cistite sintomáticas por ano nos últimos 3 anos, com significativo impacto na sua qualidade de vida. Relata ter sido submetida, nesse período, a investigação com ultrassonografia, tomografia e múltiplos exames de urina. Não há alterações nos exames ginecológicos. No momento da consulta, encontra-se assintomática e com exame de urina recente sem alterações.

Visando à prevenção de infecções urinárias de repetição nessa paciente, entre as alternativas abaixo, o esquema mais recomendado é:

- (A) doxiciclina 100 mg 2 vezes ao dia por 5 meses;
- (B) cefuroxima 250 mg 2 vezes ao dia por 4 meses;
- (C) levofloxacina 750 mg 1 vez ao dia por 3 meses;
- (D) macrodantina 100 mg 1 vez ao dia por 6 meses;
- (E) ciprofloxacina 500 mg 2 vezes ao dia por 2 meses.

35

Um paciente de 31 anos tem história de tratamento antimicrobiano para “inflamação no testículo” há 3 semanas. Apesar de o desconforto ter melhorado, ele sentiu “algo estranho” no testículo esquerdo. Por tal motivo, procurou atendimento médico para nova avaliação. Ao exame, verifica-se uma massa testicular à esquerda, indolor à palpação. Não há outras alterações. O médico solicita, então, uma ultrassonografia da bolsa escrotal.

Diante da suspeita de câncer testicular, estão indicados os seguintes exames laboratoriais:

- (A) aspartato aminotransferase (TGO), calcitonina e CA 19-9;
- (B) antígeno carcinoembrionário (CEA), cromogranina A e CA 125;
- (C) alanina aminotransferase (TGP), CA 15-3 e fosfatase ácida total;
- (D) fosfatase alcalina, CA 72-4 e antígeno mucoide associado a carcinoma (MCA);
- (E) lactato desidrogenase (LDH), alfafetoproteína e beta gonadotrofina coriônica humana (Beta hCG).

36

Uma paciente de 78 anos procurou o ambulatório de uma clínica médica pois vinha apresentando dispneia aos esforços. Estava em uso de olmesartana 40 mg ao dia e hidroclorotiazida 12,5 mg ao dia. Negava outros sintomas. Ela levou para consulta os exames laboratoriais realizados no último mês. Os resultados de glicemia, sódio, potássio, ureia, creatinina e hemograma estavam dentro da normalidade. O ecocardiograma recente estava sem alterações significativas. O exame físico constatou ritmo cardíaco regular e bulhas normofonéticas. O restante do exame não apresentava alterações. A pressão arterial era de 162 x 80 mmHg e a frequência cardíaca, de 41 batimentos por minuto. A paciente levou um eletrocardiograma realizado 4 semanas antes da consulta, em que foi evidenciado um bloqueio atrioventricular do 2º grau Mobitz II. Esse exame foi repetido no dia do atendimento, quando o bloqueio atrioventricular foi confirmado.

Nesse caso, a conduta mais indicada é:

- (A) associar clonidina visando a um melhor controle da pressão arterial sistólica;
- (B) solicitar Holter de 24 horas para investigar a presença de outras arritmias cardíacas;
- (C) indicar a realização de cintilografia miocárdica com dipiridamol para afastar isquemia miocárdica;
- (D) encaminhar a paciente para uma pronta avaliação por uma equipe especializada diante da indicação de implante de marcapasso definitivo;
- (E) administrar atropina venosa para reversão do bloqueio atrioventricular, visando a seguir monitorando ambulatorialmente a frequência cardíaca e a pressão arterial.

37

Um paciente de 46 anos é levado ao pronto-socorro por seus familiares por ter apresentado crise convulsiva em sua residência. Segundo o relato, ele iniciara, há 4 dias, um quadro de cefaleia de forte intensidade, com alterações comportamentais e febre alta. Ao exame, encontrava-se desorientado, sonolento e com hemiparesia à esquerda. A pressão arterial era de 110 x 88 mmHg e a frequência cardíaca, de 98 batimentos por minuto. Foi realizada uma ressonância nuclear magnética, em que foram evidenciadas áreas de hiperintensidade nos lobos temporais bilateralmente. Em seguida, foi realizada uma punção líquórica. No líquido, foi encontrado um aumento de proteínas e leucócitos (com predomínio de linfócitos). Os demais exames solicitados no líquido ainda estavam pendentes.

Diante dessa apresentação clínica e da possibilidade de encefalite herpética, além da terapia de suporte clínico, a conduta mais adequada é:

- (A) aguardar todos os resultados do líquido para iniciar o tratamento;
- (B) coletar sorologia para herpes simplex no soro e aguardar o resultado para iniciar o tratamento;
- (C) programar biópsia cerebral com urgência visando a estabelecer o diagnóstico definitivo;
- (D) iniciar corticoide venoso em dose alta para evitar a formação de edema em torno das lesões cerebrais e prevenir sequelas de uma possível meningite;
- (E) iniciar aciclovir pela via venosa, enquanto se aguarda a confirmação do diagnóstico de encefalite herpética ou até que outro diagnóstico seja feito.

38

Um paciente com 63 anos de idade apresenta hepatite B crônica sem tratamento antiviral específico. Mantém valores anormais de AST e ALT, anti-HBs (-) e HBsAg (+), HBeAg (-).

Em relação às manifestações extra-hepáticas pela infecção crônica pelo HBV, a mais prevalente é:

- (A) lúpus eritematoso sistêmico;
- (B) amiloidose;
- (C) linfoma de Burkitt;
- (D) poliarterite nodosa;
- (E) histiocitose.

39

Um paciente, com diagnóstico de HIV/aids devido a quadro de diarreia crônica aos 42 anos de idade, apresentava dermatite seborreica facial grave e perda ponderal > 10%. A contagem de linfócitos TCD4+ era 75 células/mm³, e a carga viral do HIV era de 915.862 cópias/mm³. A terapia antirretroviral foi prontamente iniciada, além das profilaxias das infecções oportunistas com sulfametoxazol/trimetoprima e azitromicina.

Após 8 semanas do início do tratamento, o paciente apresentou herpes zóster torácico grave, além de três pequenas lesões violáceas em planta do pé direito.

A hipótese diagnóstica que explica o presente quadro é:

- (A) queda da contagem de linfócitos T CD4;
- (B) resistência viral à terapia;
- (C) síndrome inflamatória da reconstituição imune;
- (D) má adesão ao tratamento;
- (E) desnutrição proteico-calórica.

40

Uma paciente do sexo feminino, 34 anos, com relato de dor epigástrica crônica, teve piora significativa nos últimos 3 meses. Foi aventada a hipótese de síndrome de Zollinger-Ellison. Assim, a endoscopia digestiva alta detectou úlcera péptica grave.

Esse achado é secundário a hipersecreção de ácido gástrico devido a um tumor neuroendócrino não-β, geralmente bem diferenciado que libera o seguinte hormônio:

- (A) colecistocinina;
- (B) somatostatina;
- (C) gastrina;
- (D) secretina;
- (E) peptídeo YY.

Cirurgia Geral e Área Cirúrgica Básica

41

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

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

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

42

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

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

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

43

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

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

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

44

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

Nesse sentido, é correto afirmar que:

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

45

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

Nesses casos, os betalactâmicos devem ser substituídos por:

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

46

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

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

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

47

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

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

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

48

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

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

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

49

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

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

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

50

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

Esse quadro clínico é característico da:

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

51

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

O tratamento concomitante é:

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

52

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

Em relação a essa técnica, é correto afirmar que:

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

53

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

A próxima etapa no manejo desse paciente será:

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

54

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

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

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

55

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

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

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

56

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

Diante desse quadro clínico, a hipótese diagnóstica principal é:

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

57

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

A hipótese mais provável para esse quadro clínico é:

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

58

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

O método que pode confirmar a hipótese é:

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

59

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

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

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

60

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.

61

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.

62

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.

63

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.

64

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.

65

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

A conduta mais apropriada é:

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

66

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

O provável diagnóstico anatomopatológico macroscópico é de:

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

67

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

Nesse caso, a conduta mais apropriada é:

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

68

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

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

69

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

A próxima conduta a ser tomada nesse caso é:

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

70

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

Sobre esses marcos, é correto afirmar que:

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

71

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

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é:

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

72

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

A melhor conduta nesse caso é:

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

73

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

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

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

74

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

A melhor conduta terapêutica nesse caso é:

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

75

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

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

76

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

- (A) cerca de 50% dos pacientes que tiveram abscessos anorretais drenados irão desenvolver uma fístula;
- (B) as fístulas anteriores, segundo a regra de Goodsall, têm um trajeto curvado, enquanto as posteriores têm trajeto retilíneo;
- (C) as fístulas extraesfincterianas são as mais comuns, e são tratadas com esfincterotomia lateral;
- (D) fístulas transesfincterianas 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 interesfincterianas simples.

77

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

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

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

78

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

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

79

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

- (A) o tipo histológico mais comum é o rhabdomyosarcoma;
- (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 intercavaoárterica e de ilíacas é o tratamento de escolha.

80

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

A melhor conduta nesse caso é:

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

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

