

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2025/2026

# Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

## ÁREA DE ATUAÇÃO

# CIRURGIA DO TRAUMA

PROVA OBJETIVA - TIPO 1



### SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



### 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 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 prova!**



## Cirurgia Geral

1

Você recebe, em seu hospital, um paciente do sexo masculino, 58 anos, previamente hígido, que é encaminhado por médico assistente de uma clínica da família, após queixas inespecíficas de desconforto abdominal e sensação de massa no flanco esquerdo.

Ao exame físico, apresenta abaulamento em flanco esquerdo, indolor, profundo e mal delimitado. Tomografia computadorizada de abdome e pelve evidencia massa retroperitoneal de grandes dimensões, heterogênea, com áreas de necrose central, deslocando estruturas adjacentes, sem sinais claros de invasão de órgãos. Não há metástases à distância identificadas.

Diante desse quadro, a conduta mais apropriada será

- (A) biópsia percutânea guiada por TC para diagnóstico histológico e posterior quimioterapia.
- (B) ressecção cirúrgica ampla com margens negativas, sem biópsia prévia.
- (C) início de radioterapia externa com controle radiológico seriado
- (D) quimioterapia neoadjuvante antes da cirurgia para reduzir o volume tumoral.
- (E) ressecção cirúrgica limitada ao tumor visível, poupando estruturas adjacentes.

2

No ambulatório de um grande hospital, dá entrada uma mulher de 37 anos. Ela apresenta hipertensão arterial resistente ao uso de três anti-hipertensivos, associada a episódios de fraqueza muscular e câimbras. Os exames laboratoriais revelam hipocalcemia e alcalose metabólica. A dosagem da atividade de renina plasmática está suprimida e a aldosterona plasmática encontra-se elevada. A tomografia computadorizada de abdome mostra nódulo de 1,5 cm na glândula adrenal esquerda.

Nesse caso, a melhor conduta para confirmação diagnóstica é

- (A) iniciar espironolactona e monitorar resposta clínica, sem necessidade de confirmação adicional.
- (B) realizar cintilografia com MIBG para avaliar atividade funcional do tumor.
- (C) proceder à amostragem venosa adrenal bilateral antes de indicar cirurgia.
- (D) realizar adrenalectomia laparoscópica esquerda baseada no achado tomográfico.
- (E) repetir dosagem hormonal após suspensão dos anti-hipertensivos por 30 dias.

3

Paciente do sexo feminino, 29 anos, apresenta quadro progressivo de irregularidade menstrual, hirsutismo acentuado, acne de difícil controle e aumento de massa muscular nos últimos 6 meses. Ao exame físico, observa-se voz grossa, alopecia frontal e clitoromegalia. Os exames laboratoriais mostram elevação importante de androgênios séricos (DHEA-S e testosterona total), além de níveis elevados de 17-hidroxiprogesterona. Tomografia computadorizada de abdome revela massa adrenal direita de 8,1 cm, heterogênea, com áreas de necrose e calcificações.

Diante desse quadro, a conduta mais apropriada será

- (A) aguardar avaliação genética para hiperplasia adrenal congênita antes de intervir.
- (B) iniciar tratamento com anticoncepcionais e antiandrogênicos e reavaliar em 6 meses.
- (C) realizar biópsia percutânea da massa para confirmar o diagnóstico histológico.
- (D) indicar ressecção cirúrgica aberta da adrenal com margem oncológica ampla.
- (E) realizar adrenalectomia laparoscópica para ressecção tumoral.

4

Uma mulher de 52 anos, apresenta nódulo sólido na região anterior do pescoço detectado em exame clínico de rotina. Ultrassonografia de tireoide revela nódulo de 2,8 cm, sólido, hipoeicoico, com bordas regulares, sem calcificações. PAAF guiada por USG foi realizada, com resultado compatível com Bethesda IV (neoplasia folicular). Os níveis de TSH são normais, e não há linfonodomegalias cervicais.

A conduta mais apropriada nesse caso será

- (A) observação clínica com repetição da PAAF em 6 a 12 meses.
- (B) tireoidectomia total com esvaziamento cervical terapêutico.
- (C) lobectomia da glândula tireoide para diagnóstico definitivo.
- (D) iodoterapia empírica seguida de monitoramento hormonal.
- (E) biópsia por agulha grossa para confirmar invasão capsular antes da cirurgia.

5

Homem de 62 anos, com história de aumento progressivo de volume em região inguinal direita há mais de dois anos, procura atendimento ambulatorial. Refere que o abaulamento desce até o escroto, é indolor, aumentava com esforço físico e se reduz espontaneamente ao deitar-se. Nega episódios de dor súbita, náuseas ou sinais de obstrução intestinal. Ao exame físico, observa-se hérnia inguinoescrotal direita, com anel inguinal interno alargado e conteúdo redutível. O restante do exame físico e os exames laboratoriais pré-operatórios são normais.

A conduta mais adequada para esse paciente será

- (A) observar clinicamente, pois não há sinais de encarceramento ou obstrução.
- (B) indicar hernioplastia eletiva, preferencialmente por via anterior com tela.
- (C) iniciar antibioticoterapia e repetir avaliação em 30 dias.
- (D) solicitar tomografia antes de indicar cirurgia, pois a clínica é inconclusiva.
- (E) realizar cirurgia de urgência por risco iminente de estrangulamento.

**6**

Mulher de 68 anos, com história prévia de hérnia crural direita não tratada, é levada ao pronto-socorro com dor em fossa ilíaca direita, náuseas e sensação de distensão abdominal há 24 horas. Nega vômitos ou parada total de eliminação de gases e fezes. Ao exame físico, apresenta massa dolorosa e pouco reduzível em região inguinal direita, com dor localizada, sem sinais francos de peritonite. Ruídos hidroaéreos presentes. Exames laboratoriais mostram leucocitose ( $14.000/\text{mm}^3$ ) e PCR elevada. A tomografia evidenciou alça intestinal com parede espessada herniando parcialmente pelo canal femoral, sem dilatação significativa de alças proximais.

Nesse caso, a conduta mais apropriada será

- (A) tratamento conservador com analgesia e vigilância clínica.
- (B) redução manual da hérnia com sedação e reavaliação ambulatorial.
- (C) cirurgia de urgência com abordagem da hérnia e avaliação de viabilidade intestinal.
- (D) antibioticoterapia de amplo espectro e dieta zero por 72 horas.
- (E) CPRE urgente para alívio da compressão mecânica intestinal.

**7**

Homem de 71 anos, com antecedentes de duas cirurgias prévias para correção de hérnia inguinal direita, apresenta novamente abaulamento em região inguinal ipsilateral, que aumenta ao esforço e reduz parcialmente ao repouso. Relata desconforto local progressivo, mas nega sintomas obstrutivos ou dor aguda. Ao exame físico, observa-se hérnia recidivada inguinal direita, que se estende parcialmente até o escroto. A tomografia de abdome confirma hérnia inguinal recorrente com componentes direto e indireto, sem sinais de encarceramento. Funções pulmonar e cardíaca estão compensadas.

Para esse paciente, a melhor abordagem terapêutica será

- (A) indicar correção cirúrgica por via posterior (pré-peritoneal), preferencialmente videolaparoscópica.
- (B) realizar nova hernioplastia anterior com tela pela técnica de Lichtenstein.
- (C) optar por tratamento conservador com suporte inguinal e vigilância semestral.
- (D) indicar ressecção intestinal profilática, dado o risco de estrangulamento.
- (E) utilizar sistema de plugue e tela pela via anterior para evitar manipulação peritoneal.

**8**

Homem de 47 anos, previamente saudável, procura o pronto-socorro com dor epigástrica intensa irradiando para dorso, associada a náuseas e vômitos. Relata episódio semelhante leve há 2 meses. Exame físico mostra dor epigástrica à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Temperatura  $37,5^\circ\text{C}$ , FC 102 bpm, PA 110/70 mmHg. Exames laboratoriais mostram: amilase 1.200 U/L (VR < 120), lipase 1.800 U/L (VR < 160), leucócitos  $13.000/\text{mm}^3$ . Ultrassonografia abdominal revela vesícula biliar com múltiplos cálculos e colédoco de 8 mm, sem sinais de dilatação intra-hepática.

Das condutas a seguir, a mais apropriada nesse momento será

- (A) realizar CPRE de urgência para desobstrução biliar.
- (B) iniciar antibiótico e programar colecistectomia eletiva em 3 meses
- (C) iniciar nutrição parenteral total e jejum prolongado até normalização das enzimas pancreáticas.
- (D) encaminhar para ressonância magnética e repetir exames laboratoriais em 72 horas.
- (E) internar para suporte clínico e programar colecistectomia laparoscópica durante a mesma internação.

**9**

Uma mulher de 52 anos apresenta-se com icterícia leve, colúria, prurido e dor em hipocôndrio direito, intermitente, com duração de cerca de 2 horas por episódio, geralmente após refeições gordurosas. Refere episódios semelhantes há mais de um ano, mas sem febre ou sinais de infecção sistêmica. Ao exame físico, há dor à palpação do quadrante superior direito, sem sinal de Murphy positivo. Exames laboratoriais mostram bilirrubina total de 3,5 mg/dL (fração direta 2,8), elevação de GGT, FA e discreto aumento de transaminases. Ultrassonografia abdominal revela vesícula biliar com paredes espessadas, múltiplos cálculos e colédoco com 10 mm.

A melhor conduta para essa paciente, nesse momento, será

- (A) realizar colecistectomia videolaparoscópica imediata e alta hospitalar precoce.
- (B) solicitar colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) para avaliação de coledocolitíase.
- (C) iniciar antibioticoterapia empírica e aguardar resolução espontânea da icterícia.
- (D) realizar CPRE imediata com retirada de cálculo, seguida de colecistectomia eletiva.
- (E) indicar drenagem percutânea da vesícula biliar para descompressão urgente.

**10**

Um paciente de 60 anos apresenta icterícia progressiva, colúria e prurido há duas semanas. Nega febre ou dor abdominal intensa. Ao exame físico, encontra-se icterico, eupneico e normotenso. A ultrassonografia mostra dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. A tomografia computadorizada de abdome evidencia massa de 2,5 cm na região ampular, sem invasão vascular, linfonodos aumentados ou metástases. A colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) e a ecoendoscopia confirmam lesão localizada na papila de Vater. Biópsia endoscópica sugere adenocarcinoma bem diferenciado.

Diante desse quadro clínico, a conduta terapêutica mais apropriada será

- (A) colocação de *stent* biliar endoscópico e acompanhamento ambulatorial.
- (B) radioterapia exclusiva com intenção curativa.
- (C) duodenopancreatectomia (procedimento de Whipple) com linfadenectomia regional.
- (D) pancreatectomia total com esplenectomia, por ser tumor de alto risco.
- (E) quimioterapia neoadjuvante antes da cirurgia para reduzir o volume tumoral.

**11**

Em sua enfermaria está um paciente de 73 anos, que tem perda ponderal de 15 kg em 4 meses, dor epigástrica persistente e vômitos pós-prandiais frequentes, é submetido à endoscopia digestiva alta, que revela lesão vegetante ulcerada no antro gástrico. A biópsia confirma adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado. A tomografia de tórax, abdome e pelve demonstra linfonodomegalia retroperitoneal, ascite e nódulos hepáticos múltiplos. A laparoscopia diagnóstica confirma carcinomatose peritoneal, impossibilitando a ressecção cirúrgica.

Na sessão clínica, a conduta a ser aplicada é discutida e concluiu-se que, nesse caso, a melhor conduta será

- (A) quimioterapia paliativa baseada em fluoropirimidina e platina, com objetivo de controle de sintomas e sobrevida.
- (B) gastrectomia total com linfadenectomia D2, seguida de quimioterapia adjuvante.
- (C) radioterapia curativa isolada com alta dose de precisão sobre o estômago e fígado.
- (D) gastrojejunostomia profilática para prevenção de obstrução futura, sem necessidade de quimioterapia.
- (E) imunoterapia com inibidores de *checkpoint* como monoterapia de primeira linha.

**12**

Homem de 63 anos apresenta perda ponderal de 10 kg, saciedade precoce e dor epigástrica nos últimos 3 meses. A endoscopia digestiva alta com biópsia revelou adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado na pequena curvatura do antro. A tomografia de abdome e pelve com contraste não evidenciou metástases. A ecoendoscopia mostrou lesão comprometendo a submucosa e parte da muscular própria, com linfonodos regionais positivos. A classificação TNM foi T2N1M0.

A conduta apropriada é

- (A) iniciar quimioterapia paliativa com fluorouracil e cisplatina.
- (B) iniciar imunoterapia com anti-PD1 seguida de gastrectomia total.
- (C) apenas vigilância clínica, pois se trata de um tumor limitado à submucosa.
- (D) indicar radioterapia isolada antes da cirurgia para reduzir o volume tumoral.
- (E) realizar gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2 e considerar quimioterapia adjuvante.

**13**

Homem de 68 anos, hipertenso, com antecedente de dispepsia crônica e uso contínuo de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), é admitido na emergência com episódio de melena volumosa e queda do nível de consciência. Ao exame, encontra-se pálido, sudorético, taicárdico (FC 112 bpm) e hipotenso (PA 85/60 mmHg). Após estabilização com reposição volêmica e transfusão de 2 concentrados de hemácias, é submetido à endoscopia digestiva alta que revela úlcera duodenal com vaso visível sem sangramento ativo (classificação de Forrest IIa).

Das condutas abaixo, a mais adequada nesse momento é

- (A) alta hospitalar com uso de IBP oral e nova endoscopia em 30 dias.
- (B) apenas observação clínica com jejum e hidratação intravenosa por 24-48h.
- (C) cirurgia de emergência com sutura da úlcera e vagotomia troncular
- (D) tratamento endoscópico com injeção de adrenalina e termo coagulação local.
- (E) embolização angiográfica profilática, mesmo sem sangramento ativo.

**14**

Paciente do sexo masculino, 64 anos, com histórico de dor epigástrica crônica e uso irregular de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), é admitido no pronto-socorro com dor abdominal súbita, intensa, difusa, acompanhada de rigidez abdominal e taquicardia. Ao exame físico, há abdome em tábua, com sinal de Blumberg positivo. Radiografia de tórax em ortostatismo evidencia ar-livre subdiafragmático. O paciente está hemodinamicamente estável após reposição volêmica inicial.

Diante desse quadro, a melhor conduta inicial a ser adotada para esse paciente será

- (A) iniciar tratamento clínico com IBP endovenoso e antibióticos, observando por 24 h antes de decidir cirurgia.
- (B) solicitar endoscopia digestiva alta imediata para confirmar a localização e gravidade da úlcera.
- (C) realizar laparotomia exploradora com fechamento da perfuração e biópsia da borda da úlcera.
- (D) realizar laparotomia exploradora com drenagem abdominal sem fechamento da perfuração.
- (E) proceder a laparoscopia diagnóstica e, caso haja perfuração, manter apenas tratamento clínico com drenagem.

**15**

Paciente, homem de 55 anos, com história de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) há mais de 10 anos, apresenta-se com pirose frequente, regurgitação e ocasional disfagia. Nega perda ponderal significativa ou sangramentos. Foi submetido a endoscopia digestiva alta, que revelou mucosa esofágica com coloração salmão, estendendo-se por 3 cm acima da junção esofagogastrica. Biópsias demonstraram metaplasia intestinal com células calciformes. O exame histológico não evidenciou displasia. Ele está hemodinamicamente estável e com função hepática e renal preservadas.

Com base nesse quadro, a conduta mais apropriada é

- (A) iniciar esofagectomia subtotal, devido ao risco de adenocarcinoma.
- (B) repetir a endoscopia com biópsias em 3 meses, para confirmar o diagnóstico antes de qualquer tratamento.
- (C) realizar terapia endoscópica de ablação com radiofrequência imediatamente, mesmo na ausência de displasia.
- (D) iniciar inibidor de bomba de prótons (IBP) e realizar vigilância endoscópica periódica com biópsias.
- (E) encaminhar para fundoplicatura laparoscópica como primeira medida curativa.

**16**

Um homem de 65 anos, tabagista e etilista crônico, apresenta disfagia progressiva para sólidos há três meses, perda de peso de 10 kg e episódios de odinofagia. A endoscopia digestiva alta revela lesão ulcerada e estenosante no terço médio do esôfago, com biópsia confirmando carcinoma espinocelular. A tomografia computadorizada de tórax e abdome mostra espessamento da parede esofágica sem evidência de metástases.

Com base no quadro clínico e nos achados de imagem, o estadiamento clínico mais provável e a melhor conduta terapêutica inicial são

- (A) estágio I; esofagectomia transhiatal sem neoadjuvância.
- (B) estágio II; quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de esofagectomia.
- (C) estágio III; quimioterapia paliativa.
- (D) estágio IV; radioterapia exclusiva.
- (E) estágio II; esofagectomia toracoabdominal imediata.

**17**

Um homem de 54 anos apresenta disfagia progressiva para sólidos e líquidos, regurgitação de alimentos não digeridos e perda de peso de 8 kg nos últimos seis meses. Nega tabagismo e etilismo. A endoscopia digestiva alta revela esôfago dilatado com acúmulo de resíduos alimentares e resistência na passagem para o estômago, sem lesões mucosas. A esofagografia baritada mostra dilatação esofágica com estreitamento distal em “bico de pássaro”. A manometria esofágica evidencia ausência de peristalse e hipertonia do esfíncter esofágico inferior.

Com base no quadro clínico e nos achados de exames, o diagnóstico mais provável e a melhor conduta terapêutica para o caso são, respectivamente,

- (A) acalasia; realizar miotomia de Heller laparoscópica com fundoplicatura parcial.
- (B) estenose péptica do esôfago; iniciar inibidores da bomba de prótons e dilatações endoscópicas seriadas.
- (C) espasmo esofágico difuso; iniciar bloqueadores de canal de cálcio e nitratos.
- (D) doença do refluxo gastroesofágico; indicar fundoplicatura de Nissen.
- (E) carcinoma de esôfago distal; agendar biópsia endoscópica e estadiamento com PET-CT.

**18**

Homem de 67 anos, com histórico de fibrilação atrial crônica, em uso irregular de anticoagulante, apresenta dor abdominal súbita e intensa há 6 horas, desproporcional ao exame físico, que revela apenas discreta distensão e dor difusa à palpação. Está taquicárdico e com sinais de hipoperfusão. Leucograma com  $18.000/\text{mm}^3$ , lactato sérico elevado (5,2 mmol/L) e gasometria com acidose metabólica. A tomografia de abdome com contraste mostra pneumatose intestinal e ausência de realce da artéria mesentérica superior. Não há sinais de perfuração ou peritonite evidente.

A conduta mais adequada nesse caso será

- (A) iniciar anticoagulação plena e manter observação clínica com jejum.
- (B) repetir tomografia em 12 horas para avaliar progressão da imagem.
- (C) encaminhar para laparotomia exploradora imediata para avaliação da viabilidade intestinal.
- (D) realizar colonoscopia urgente para confirmar o diagnóstico.
- (E) administrar antibióticos e iniciar nutrição parenteral total.

**19**

Mulher de 74 anos, com antecedente de colecistopatia não tratada, é admitida com quadro de distensão abdominal progressiva, náuseas e vômitos biliosos há 48 horas. Ao exame físico, encontra-se desidratada, com ruídos hidroaéreos aumentados e dor difusa à palpação do abdome. A radiografia de abdome mostra níveis hidroaéreos em alças delgadas e presença de ar nas vias biliares. A tomografia computadorizada revela alça ileal distendida com cálculo de 3 cm em sua luz, presença de pneumobilia e ausência de vesícula biliar.

A melhor conduta terapêutica para esse caso será

- (A) iniciar antibióticos e realizar CPRE com retirada do cálculo.
- (B) indicar laparotomia com enterolitotomia para extração do cálculo.
- (C) iniciar tratamento conservador com dieta zero e sonda nasogástrica, devido à idade da paciente.
- (D) realizar colecistectomia laparoscópica de urgência com exploração do colédoco.
- (E) colocar prótese biliar endoscópica para restabelecer o fluxo biliar.

**20**

Mulher de 56 anos, com histórico de histerectomia por via laparotômica há 3 anos, apresenta quadro de dor abdominal em cólica, distensão e episódios de vômitos nos últimos dois dias. Refere eliminação de flatos, mas sem evacuação nas últimas 36 horas. Ao exame físico, o abdome está distendido, com ruídos hidroaéreos aumentados e dor difusa sem sinais de peritonite. Radiografia de abdome em pé revela níveis hidroaéreos em alças delgadas. Tomografia com contraste oral e endovenoso mostra alças distendidas de delgado com ponto de transição único, sem sinais de isquemia ou perfuração. Paciente está hemodinamicamente estável, sem febre.

A conduta mais adequada nesse momento é

- (A) indicar laparotomia imediata, pois todo quadro obstrutivo requer cirurgia de urgência.
- (B) iniciar tratamento conservador com hidratação venosa, cateter nasogástrico e observação clínica.
- (C) realizar colonoscopia para descompressão e retirada do conteúdo fecal.
- (D) administrar anticoagulação por suspeita de trombose venosa mesentérica associada.
- (E) iniciar nutrição parenteral total imediata por risco de necrose intestinal.

**21**

Paciente masculino, 25 anos de idade, é vítima de queda de grande altura. Apresenta TCE grave com anisocoria à direita. Pressão Arterial de 100 x 60 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm e hipocorado ++/4.

Das alternativas de ressuscitação volêmica elencadas a seguir, a mais indicada é

- (A) ringer lactato.
- (B) soro glicosado 5%.
- (C) solução colóide de Dextran.
- (D) solução salina hipertônica a 3%.
- (E) ringer sem lactato com dextrose 5%.

**22**

Paciente com diagnóstico de carcinoma papilífero em lobo direito da tireoide, apresentando linfonodo de 1 cm palpável no bordo anterior do músculo esternocleidomastoideo do mesmo lado, abaixo da altura do osso hioide e acima da altura da cartilagem cricoide.

Segundo os compartimentos nodais do pescoço, esse linfonodo se encontra no nível

- (A) I.
- (B) II.
- (C) III.
- (D) IV.
- (E) V.

**23**

Tumores formados a partir de células G produtoras de gastrina, quando localizados no pâncreas, ocorrem mais comumente

- (A) no corpo e na cauda.
- (B) no colo pancreático e no corpo.
- (C) na cabeça e em processo uncinado.
- (D) no corpo e em processo uncinado.
- (E) na cauda, somente.

**24**

A correta síntese da parede abdominal é um fator importante na diminuição de ocorrência de hérnias incisionais de parede abdominal.

O estudo STITCH demonstrou diminuição de hérnias incisionais, com o fechamento da parede abdominal da seguinte forma:

- (A) pontos a 1 cm da borda, 0,5 cm entre os pontos e fio multifilamentar.
- (B) pontos a 0,5 cm da borda, 0,5 cm entre os pontos e fio monofilamentar.
- (C) pontos a 1 cm da borda, 1 cm entre os pontos e fio monofilamentar.
- (D) pontos a 0,5 cm da borda, 1 cm entre os pontos e fio monofilamentar.
- (E) pontos a 1 cm da borda, 1 cm entre os pontos e fio multifilamentar.

**25**

Os divertículos de esôfago podem estar associados a diversas condições clínicas.

O divertículo epifrênico está associado, entre outros, à(ao)

- (A) tuberculose pulmonar.
- (B) acalásia do esôfago.
- (C) doença do refluxo gastroesofágico.
- (D) hérnia de hiato tipo II.
- (E) linfoma de Hodgkin.

**26**

Paciente de 53 anos, tabagista, apresenta disfagia para sólidos. A endoscopia mostrou lesão estenosante de terço médio de esôfago, de 4 cm de extensão, ocupando 2/3 da luz do órgão. A biópsia confirmou carcinoma escamoso. O estadiamento clínico foi de um tumor T3, N1, M0.

Nesse caso, a próxima medida terapêutica a ser adotada é

- (A) radioterapia exclusiva.
- (B) gastrostomia alimentar.
- (C) esofagectomia em três campos.
- (D) esofagectomia distal (Ivor Lewis).
- (E) quimiorradioterapia neoadjuvante.

**27**

Sobre os tumores desmoides de parede abdominal, é correto afirmar que

- (A) geralmente se manifestam como massas palpáveis e dolorosas na parede abdominal.
- (B) têm associação com síndromes genéticas hamartomatosas como a síndrome de Peutz-Jeghers.
- (C) a biópsia por agulha tipo "core biopsy" é contraindicada pelo risco de disseminação tumoral.
- (D) se trata de um tumor benigno de comportamento maligno, com pouca propensão à recidiva local e a metástases.
- (E) nos casos esporádicos, há uma predominância no sexo feminino de dois para um.

**28**

Paciente chega ao pronto-socorro com quadro de obstrução intestinal alta. Apresenta dor na face anteromedial da coxa direita que alivia com a sua flexão. Ao exame físico, não são palpadas hérnias na região inguinal ou na parede anterior do abdome.

A hipótese diagnóstica mais provável, entre as listadas a seguir, é a de hérnia

- (A) obturatória.
- (B) perineal.
- (C) ciática.
- (D) de Grynfeldt.
- (E) de Petit.

**29**

Paciente submetido à correção de hérnia inguinal direita pela técnica de Liechtenstein, apresentando parestesia em face lateral do escroto do mesmo lado.

O nervo provavelmente lesado nessa situação é o

- (A) ileoinguinal.
- (B) ileohipogástrico.
- (C) ramo genital do genitofemoral.
- (D) ramo femoral do genitofemoral.
- (E) cremastérico.

**30**

Segundo a Resolução nº 2.429/2025 do Conselho Federal de Medicina, as cirurgias bariátricas em adolescentes podem ser realizadas

- (A) acima de 14 anos, respeitando os mesmos critérios que os adultos.
- (B) acima de 16 anos, respeitando os mesmos critérios que os adultos.
- (C) acima de 16 anos, somente se o IMC for acima de 40 kg/m<sup>2</sup> e houver comorbidades graves.
- (D) acima de 14 anos, somente se o IMC for acima de 35 kg/m<sup>2</sup> e houver comorbidades graves.
- (E) acima de 16 anos somente se o IMC for acima de 35 kg/m<sup>2</sup> e houver comorbidades graves.

**31**

Paciente, 20 anos, com febre baixa e dor abdominal de início há 12 horas. Ao exame, nota-se perda de sensibilidade abdominal quando os músculos da parede abdominal são contraídos.

Esse achado semiológico corresponde ao sinal de

- (A) Blumberg.
- (B) Rovsing.
- (C) Murphy.
- (D) Carnett.
- (E) Fothergill.

**32**

Em pacientes com hemorragia digestiva alta de causa varicosa, a contraindicação relativa ao uso do TIPS, entre as listadas a seguir, é

- (A) o escore de MELD acima de 10.
- (B) a classificação de Child-Pugh acima de 7 pontos.
- (C) a síndrome hepatorenal.
- (D) a ascite refratária.
- (E) o carcinoma hepatocelular.

**33**

Avalie o fragmento a seguir.

*Secretado(a) por células presentes no fundo gástrico, é também conhecido(a) como “hormônio da fome”.*

O fragmento fala sobre

- (A) grelina.
- (B) colecistoquinina.
- (C) GLP-1.
- (D) peptídeo YY.
- (E) leptina.

**34**

Paciente, 40 anos, mostra massa indolor de 7 cm em testículo direito, discreto aumento de gonadotrofina coriônica humana (hCG), desidrogenase láctea (DHL) bastante aumentada e alfa feto proteína normal.

Este tipo de tumor tem como sítio de metástase mais comum

- (A) o pulmão.
- (B) a coluna lombar.
- (C) os linfonodos retroperitoneais.
- (D) os linfonodos inguinais.
- (E) o fígado.

**35**

O subtipo de linfoma gástrico mais comum é o linfoma de

- (A) tecido linfóide associado à mucosa.
- (B) células foliculares.
- (C) grandes células B difuso.
- (D) células do manto.
- (E) Burkitt.

**36**

No pós-operatório de cirurgias em que não se utilizam próteses permanentes, as infecções de sítio cirúrgico são aquelas que ocorrem em até

- (A) cinco dias.
- (B) sete dias.
- (C) dez dias.
- (D) quinze dias.
- (E) trinta dias.

**37**

Paciente, 58 anos, iniciou tratamento com amoxicilina + clavulanato após colecistectomia de urgência devido a empiema de vesícula biliar. Após 48 horas, começou quadro de dor abdominal tipo cólica, queda do estado geral, diarreia mucosanguinolenta e febre de 39,7 °C. PA: 80 x 40 mmHg e FC: 128 bpm. Exame do abdome sem sinais de irritação peritoneal.

Além de estabilização do quadro hemodinâmico, assinale a melhor medida terapêutica a ser adotada, entre as citadas.

- (A) suspender amoxicilina + clavulanato e iniciar ceftriaxone.
- (B) suspender amoxicilina + clavulanato e aguardar coprocultura.
- (C) suspender amoxicilina + clavulanato e iniciar vancomicina.
- (D) proctocolectomia total com ileostomia e iniciar ceftriaxone.
- (E) associar vancomicina + metronidazol.

**38**

Paciente, 18 anos, sexo masculino, refere dor abdominal de início vaga em epigástrico, que migrou e se localizou em fossa ilíaca direita em 24 horas. Refere também náuseas e anorexia. A temperatura axilar é de 38 °C. Apresenta dor e defesa à palpação da fossa ilíaca direita, com descompressão dolorosa. Leucograma normal, sem desvio. Ultrassonografia com apêndice de diâmetro de 8 mm, sem líquido periapendicular.

Segundo o escore de Alvarado, esse paciente

- (A) não tem apendicite aguda.
- (B) tem probabilidade baixa de ter apendicite aguda.
- (C) tem probabilidade mediana de ter apendicite.
- (D) tem probabilidade alta de ter apendicite aguda.
- (E) precisa realizar TC para avaliar probabilidade de apendicite.

**39**

Pacientes com ileostomia podem apresentar distúrbios hidroeletrolíticos importantes, decorrentes da perda de eletrólitos pelo efluente ileal.

A concentração de sódio no efluente ileal é em torno de

- (A) 25 mEq/L.
- (B) 50 mEq/L.
- (C) 100 mEq/L.
- (D) 200 mEq/L.
- (E) 300 mEq/L.

**40**

O chamado canal anal cirúrgico diverge do canal anal anatômico. O canal anal cirúrgico possui comprimento de cerca de

- (A) 1 cm.
- (B) 2 cm.
- (C) 4 cm.
- (D) 6 cm.
- (E) 8 cm.

**41**

Paciente do sexo masculino, 83 anos, com história de constipação crônica, institucionalizado em asilo, é levado ao pronto-socorro com queixa de distensão abdominal progressiva há 48 horas, dor abdominal em cólica, e ausência de evacuações e eliminação de flatos. Ao exame, apresenta-se afebril, com importante distensão abdominal, timpanismo difuso, sem peritonismo. Radiografia de abdome mostra dilatação colônica com imagem em “grão de café” invertido.

Assim, a melhor conduta diagnóstica e a terapêutica inicial para esse paciente são, respectivamente,

- (A) colonoscopia com descompressão e ressecção eletiva do cólon em segundo tempo.
- (B) colectomia total de urgência com ileostomia em alça.
- (C) antibioticoterapia de amplo espectro e observação clínica.
- (D) retossigmoidectomia de urgência com anastomose primária imediata.
- (E) lavagem intestinal seguida de tentativa de redução manual por via retal.

**42**

Homem de 66 anos, previamente hígido, é admitido com dor abdominal difusa, distensão abdominal progressiva e parada de eliminação de fezes e flatos há 72 horas. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, com distensão abdominal, ruídos hidroaéreos ausentes e sem sinais de peritonite. Radiografia de abdome mostra dilatação colônica acentuada, predominando no cólon transverso, com ausência de gás no reto. Tomografia computadorizada evidencia uma lesão estenosante no cólon descendente, com distensão proximal do cólon e sem sinais de perfuração.

A conduta mais adequada nesse caso será

- (A) colonoscopia imediata para biópsia e tentativa de descompressão.
- (B) colectomia esquerda de urgência com anastomose primária.
- (C) lavagem colônica e preparo para ressecção eletiva posterior.
- (D) quimioterapia neoadjuvante e acompanhamento ambulatorial.
- (E) colectomia esquerda de urgência com colostomia terminal (Hartmann).

**43**

Mulher de 58 anos, assintomática, é encaminhada para avaliação após exames laboratoriais de rotina que demonstraram hipercalcemia (cálcio total: 11,2 mg/dL). A dosagem de PTH intacto está elevada, com função renal preservada e sem uso de diuréticos tiazídicos. Densitometria óssea revela T-score de -2,7 na coluna lombar. Ultrassonografia cervical mostra imagem nodular compatível com adenoma em topografia de paratireoide inferior direita.

A conduta mais apropriada para essa paciente será

- (A) iniciar tratamento com bisfosfonatos e repetir exames laboratoriais em 6 meses.
- (B) indicar paratireoidectomia, pois há critério cirúrgico mesmo na ausência de sintomas.
- (C) observar clinicamente, pois a paciente está assintomática.
- (D) iniciar vitamina D e cálcio, pois trata-se de osteopenia por deficiência nutricional.
- (E) solicitar biópsia da lesão cervical antes de indicar cirurgia.

**44**

Um paciente de 58 anos é internado após trauma abdominal grave com lesão de intestino delgado, submetido a enterectomia extensa. No pós-operatório imediato, evolui com íleo paralítico persistente, distensão abdominal importante e náuseas refratárias. Está em jejum absoluto há 6 dias, e os exames laboratoriais mostram albumina de 2,6 g/dL e linfócitos totais de 800/mm<sup>3</sup>. A equipe cirúrgica considera iniciar suporte nutricional.

A conduta nutricional mais adequada, nesse momento, para esse paciente, é

- (A) iniciar nutrição parenteral total, pois o jejum já ultrapassou 5 dias e não há perspectiva de via oral ou enteral precoce.
- (B) aguardar retorno do trânsito intestinal para iniciar dieta por sonda nasoenteral, evitando nutrição parenteral.
- (C) indicar dieta enteral por sonda nasogástrica, mesmo com íleo, para estimular o trato digestivo.
- (D) administrar apenas glicose intravenosa, pois a hipoalbuminemia é esperada no pós-operatório imediato.
- (E) nutrição parenteral está contraindicada em pacientes com distensão abdominal e linfopenia.

**45**

Paciente masculino, 42 anos, apresenta aumento indolor e progressivo na região pré-auricular direita há aproximadamente 1 ano. Ao exame físico, palpa-se nódulo firme, móvel, de aproximadamente 3 cm, na topografia da glândula parótida, sem paralisia facial e sem linfonodomegalias cervicais. A ultrassonografia mostra lesão sólida, bem delimitada, e a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) sugere adenoma pleomórfico.

A conduta terapêutica mais apropriada será

- (A) observação clínica, com repetição da PAAF em 6 meses.
- (B) radioterapia externa como tratamento definitivo.
- (C) parotidectomia total com esvaziamento cervical radical.
- (D) parotidectomia superficial com preservação do nervo facial.
- (E) biópsia excisional por agulha grossa antes da cirurgia.

**46**

Paciente masculino, 24 anos, previamente saudável, apresenta dor abdominal em quadrante inferior direito há 2 dias, com febre de 38,5 °C, náuseas e anorexia. O exame físico revela dor à palpação profunda no quadrante inferior direito com leve defesa. Leucograma com leucocitose (15.200/mm<sup>3</sup>) e desvio à esquerda. TC de abdome com contraste mostra imagem de divertículo inflamatório, com espessamento parietal e reação inflamatória peridiverticular em alça do íleo terminal, sem sinais de perfuração.

A melhor conduta para esse paciente será

- (A) antibioticoterapia e observação clínica, com alta após melhora dos sintomas.
- (B) apendicectomia com biópsia do divertículo de Meckel.
- (C) laparotomia exploradora com ressecção em cunha do divertículo.
- (D) colectomia direita com ileostomia em alça como abordagem inicial.
- (E) ressecção segmentar do íleo com anastomose primária.

**47**

Avalie o fragmento a seguir.

*A anatomia arterial hepática pode se apresentar de forma bastante variada, porém na maior parte das pessoas a artéria hepática média é ramo da artéria \_\_\_\_\_ e irriga o \_\_\_\_\_ do fígado.*

As lacunas do fragmento são corretamente preenchidas, respectivamente, por

- (A) hepática direita – segmento IV.
- (B) hepática esquerda – segmento IV.
- (C) hepática própria – segmento IV.
- (D) hepática direita – segmento I.
- (E) hepática esquerda – segmento I.

**48**

Dos tumores benignos do fígado, o que apresenta maior potencial de sangramento é

- (A) a hiperplasia nodular focal.
- (B) o hemangioma.
- (C) o hamartoma.
- (D) o adenoma.
- (E) a mielolipoma.

**49**

Paciente de 35 anos, sexo feminino, natural e residente no Rio de Janeiro, apresentando episódios de colangite de repetição. A colangiorrressonância mostrou dilatações saculares difusas das vias biliares intra-hepáticas, contendo várias imagens em seu interior compatíveis com cálculos. Vias biliares extra-hepáticas normais.

A melhor opção de tratamento definitivo, entre as listadas a seguir, é

- (A) a cirurgia de Coiunaud-Soulpault.
- (B) a cirurgia de Hepp Coiunaud.
- (C) a trisegmentectomia hepática.
- (D) a lobectomia hepática direita.
- (E) o transplante hepático.

**50**

Paciente submetida à colecistectomia videolaparoscópica difícil, com opção por deixar dreno cavitário tubular; no primeiro dia de pós-operatório, notou-se saída de cerca de 300 mL de bile. No terceiro dia de pós-operatório, foi realizada colangiorrressonância que revelou lesão de vias biliares extra-hepáticas tipo E5 de Strasberg, e moderada quantidade de líquido no espaço de Morrison, contemplada pelo dreno. O leucograma é de 14.000 leucócitos, com discreto desvio à esquerda. Bilirrubina direta pouco aumentada.

A melhor conduta a ser adotada nesse momento, além de antibioticoterapia, é

- (A) manejo conservador da fístula e reconstrução biliar eletiva.
- (B) colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com prótese biliar.
- (C) anastomose término-terminal do ducto hepático com colocação de dreno de Kehr.
- (D) hepaticojuno anastomose com implante separado dos ductos hepáticos.
- (E) cirurgia de Hepp-Couinaud com implante dos ductos hepáticos em conjunto.

**51**

Paciente, 10 meses de vida, com síndrome de Down, apresenta quadro de vômitos biliosos após amamentação. A radiografia simples de abdome mostrou sinal da “dupla bolha”.

O tratamento cirúrgico mais apropriado para esse caso, entre as opções a seguir, é a

- (A) pancreatotomia do tecido anular.
- (B) piloromiotomia.
- (C) anastomose gastrojejunal latero-lateral.
- (D) anastomose duodenojejunal latero-lateral.
- (E) piloroplastia à Heineke-Mikulicz.

**52**

Paciente apresentou quadro de pancreatite aguda moderada há cerca de 3 meses, tendo boa evolução com medidas conservadoras. No momento se queixa de náuseas e plenitude gástrica. Realizou tomografia que mostrou pâncreas de aspecto e tamanho normal com coleção de cerca de 12 cm entre o corpo pancreático e o estômago, de conteúdo homogêneo e de baixa densidade.

A melhor conduta, nesse momento, entre as elencadas a seguir, é a

- (A) drenagem transgástrica endoscópica.
- (B) drenagem percutânea com dreno *pig-tail*.
- (C) cistojejuno anastomose cirúrgica.
- (D) gastrocisto anastomose cirúrgica.
- (E) observação clínica e tomográfica.

**53**

Homem de 36 anos procura o pronto-socorro com dor abdominal no quadrante inferior direito há 5 dias, febre de 38,2 °C, inapetência e diarreia leve. Ao exame físico, apresenta dor à palpação profunda no quadrante inferior direito, com massa palpável e defesa localizada. Leucograma com 17.000 leucócitos/mm<sup>3</sup>. A tomografia de abdome revela coleções periapendiculares, sugerindo abscesso com 4,5 cm.

A melhor conduta nesse caso é

- (A) antibioticoterapia associada à drenagem percutânea do abscesso e apendicectomia de urgência.
- (B) antibioticoterapia intravenosa e drenagem percutânea, seguida de apendicectomia intervalar.
- (C) apendicectomia videolaparoscópica imediata com esvaziamento da cavidade.
- (D) apenas antibioticoterapia oral em regime ambulatorial com controle clínico.
- (E) antibioticoterapia intravenosa sem drenagem percutânea, seguida de apendicectomia intervalar.

**54**

Mulher de 26 anos, previamente hígida, chega ao pronto-socorro com dor abdominal súbita e intensa no quadrante inferior direito, associada a tontura e síncope ao se levantar. Relata atraso menstrual de 6 semanas e sangramento vaginal discreto há 2 dias. Ao exame, encontra-se pálida, sudorética, com PA 80/50 mmHg, FC 122 bpm. O teste de gravidez urinário é positivo. Ultrassonografia transvaginal mostra ausência de saco gestacional intrauterino, líquido livre em fundo de saco e imagem sugestiva de massa anexial direita.

Nesse caso, a conduta mais apropriada é

- (A) observar clinicamente com hidratação venosa e repetir beta-hCG em 48 horas.
- (B) internar para metotrexato intramuscular e acompanhamento seriado ambulatorial.
- (C) laparoscopia diagnóstica eletiva com biópsia da massa anexial.
- (D) laparotomia de urgência com salpingectomia e controle do sangramento.
- (E) coleta de beta-hCG e alta com retorno ambulatorial para ultrassonografia repetida.

**55**

Homem de 27 anos é admitido no pronto-socorro após agressão com arma branca na região do flanco esquerdo. Está consciente, com sinais vitais estáveis (PA 120/80 mmHg, FC 92 bpm), sem sinais de irritação peritoneal. Apresenta ferida penetrante de aproximadamente 3 cm com pequeno sangramento local. FAST (ultrassonografia abdominal focada no trauma) é negativo para líquido livre. Após cateterismo vesical e passagem de cateter nasogástrico, verifica-se não haver sangue em nenhuma delas.

Nesse caso, a conduta mais adequada, nesse momento, e o provável prognóstico são

- (A) laparotomia exploradora imediata, pois toda ferida penetrante abdominal deve ser abordada cirurgicamente.
- (B) tomografia computadorizada com contraste e observação em unidade de trauma.
- (C) sutura da ferida e alta hospitalar com antibiótico profilático.
- (D) lavado peritoneal diagnóstico e laparoscopia exploradora obrigatória.
- (E) exploração digital da ferida sob anestesia geral para afastar lesão diafragmática.

**56**

Homem de 23 anos é admitido no pronto-socorro após ferimento por arma de fogo na região abdominal. Chega em choque, com PA 60/40 mmHg, FC 142 bpm, extremidades frias e sudorese profusa. Está confuso e apresenta distensão abdominal importante, com dor à palpação difusa. Mesmo após infusão rápida de 2.000 mL de cristalóide aquecido, mantém-se hipotenso.

Assinale a opção que indica a conduta mais apropriada nesse caso e o que se pode esperar quanto ao prognóstico.

- (A) Encaminhamento imediato para tomografia com contraste e preparo para laparotomia eletiva.
- (B) Reposição volêmica agressiva até estabilização e observação clínica em unidade de trauma.
- (C) Laparotomia exploradora imediata com abordagem de controle de danos.
- (D) Lavado peritoneal diagnóstico para confirmar presença de sangue e decidir sobre cirurgia.
- (E) Laparoscopia exploradora para identificação da lesão e possível correção minimamente invasiva.

57

Mulher de 63 anos, menopausada há 10 anos, procura atendimento por aumento progressivo do volume abdominal, distensão e sensação de plenitude pós-prandial nos últimos 3 meses. Refere perda ponderal involuntária, episódios de náusea e alteração do hábito intestinal (alternância entre constipação e evacuações amolecidas). Nega sangramentos genitais.

Ao exame físico: abdome globoso, com ascite moderada, sinal de maciez móvel e presença de nódulos duros em flanco direito (Sinal de Blumer). Ao toque vaginal, palpa-se massa anexial esquerda de consistência pétreia.

Exames laboratoriais revelam:

CA-125: 640 U/mL (normal <35 U/mL); Hemoglobina: 10,2 g/d; Albumina: 2,8 g/Dl; Creatinina: 1,1 mg/dL.

Uma tomografia computadorizada de abdome/pelve evidencia: Massa anexial sólida e cística à esquerda (6,5 cm) e espessamento difuso do peritônio com implantes nodulares, ascite volumosa e linfonomegalia retroperitoneal.

Diante desse quadro clínico, o diagnóstico mais provável, a preparação adequada do paciente e o tratamento de escolha são, respectivamente,

- (A) câncer de ovário avançado com carcinomatose peritoneal, iniciar quimioterapia paliativa antes de qualquer abordagem cirúrgica.
- (B) tumor de Krukenberg metastático, preparo com antibiótico e laparotomia exploradora com esvaziamento pélvico.
- (C) carcinomatose peritoneal secundária a câncer de ovário, estabilização clínica, avaliação multidisciplinar e cirurgia citorrredutora com quimioterapia adjuvante.
- (D) câncer endometrial metastático, tratamento com radioterapia e bloqueio hormonal.
- (E) tumor borderline de ovário com peritonite, tratamento conservador e laparoscopia diagnóstica.

58

Um homem de 35 anos é admitido no pronto-socorro após explosão de gás em sua cozinha. Apresenta queimaduras em face anterior do tronco, em ambos os braços e na parte anterior de ambas as pernas. Está lícido, com sinais vitais estáveis, porém queixa-se de dor intensa e apresenta áreas com bolhas e epiderme desvitalizada. Peso estimado: 80 kg.

Com base no caso, a classificação da queimadura, a necessidade de reposição volêmica e a analgesia inicial mais adequada são, respectivamente,

- (A) queimadura de espessura parcial superficial, indicar hidratação oral e dipirona.
- (B) queimadura de espessura total, iniciar fentanil EV e reposição com Ringer lactato 2.000 mL em 24 h.
- (C) queimadura de espessura parcial superficial, analgesia com opioides fracos e Ringer lactato 4 mL/kg/%SCQ, sem monitorar débito urinário.
- (D) queimadura de 1º grau, analgesia com paracetamol VO e hidratação venosa com 4 mL/kg/%SCQ.
- (E) queimadura de espessura parcial profunda, indicar analgesia com morfina, cálculo volêmico com fórmula de Parkland, e monitorar diurese.

59

Um homem de 67 anos, hipertenso e obeso (IMC = 33), será submetido a uma colectomia eletiva por adenocarcinoma. Está internado há 24 horas em preparo com dieta, antibioticoprofilaxia e jejum programado. Sem antecedentes de trombose ou uso prévio de anticoagulantes. Está lícido, caminha com ajuda, apresenta sinais vitais estáveis e função renal preservada.

Com base na avaliação do risco tromboembólico, a melhor conduta para prevenção de trombose venosa profunda (TVP) no pré-operatório imediato é

- (A) suspender líquidos venosos e iniciar anticoagulação plena com heparina não fracionada.
- (B) iniciar enoxaparina 40 mg SC uma vez ao dia e associar meias de compressão graduada.
- (C) indicar aspirina 100 mg ao dia associada a mobilização precoce.
- (D) não iniciar profilaxia, pois o paciente caminha com auxílio.
- (E) usar apenas meias elásticas compressivas, pois não há história prévia de TVP.

60

Mulher, 72 anos, na UTI por sepse abdominal, apresenta hipoperfusão persistente. A equipe decide por acesso venoso central para monitorização hemodinâmica e infusão de drogas vasoativas. A veia jugular interna direita é escolhida para punção guiada por ultrassom.

A execução da técnica correta para punção da veia jugular interna com menor risco de complicação é

- (A) realizar inserção com paciente em posição sentada e cabeça fletida lateralmente.
- (B) puncionar com agulha direcionada para cima, perpendicular ao pescoço.
- (C) localizar a veia medial à artéria carótida comum.
- (D) realizar punção com cabeça levemente rodada para o lado oposto, com o paciente em Trendelenburg.
- (E) realizar a punção no ponto médio da clavícula com agulha em ângulo de 90°.

61

Paciente, 45 anos, realizou tomografia de abdome que revelou, de forma incidental, lesão cística de cerca de 5 cm em cabeça de pâncreas, com calcificação em aspecto de "casca de ovo". O aspirado do cisto apresentou CEA de 205 ng/mL e amilase de 20 U/L.

A melhor conduta, nesse caso, é

- (A) acompanhamento tomográfico anual.
- (B) acompanhamento tomográfico semestral.
- (C) colonoscopia e dosagem sérica do CEA.
- (D) enucleação cirúrgica do cisto.
- (E) gastroduodenopancreatectomia.

62

A principal indicação de esplenectomia por doença hematológica é a

- (A) anemia falciforme.
- (B) esferocitose.
- (C) talassemia major.
- (D) púrpura trombocitopênica idiopática.
- (E) leucemia linfocítica.

**63**

A presença de corpos de Howell-Jolly no esfregaço sanguíneo é um traço característico de

- (A) esferocitose.
- (B) talassemia.
- (C) asplenia.
- (D) linfoma de Hodgkin.
- (E) leucemia mieloide crônica.

**64**

Paciente submetida a esplenectomia laparoscópica com diagnóstico de PTI refratária ao uso de 70 mg de prednisona/dia, convertida para via aberta por dificuldade técnica.

No pós-operatório imediato, evolui com quadro de choque não responsivo à infusão de 1000 mL de ringer lactato. PA: 80 x 30 mmHg, FC: 100 bpm, FR: 26 irpm. Plaquetas 70.000/mm<sup>3</sup>, hematócrito: 33%, Hemoglobina 12 g/dL, lactato de 20 mg/dL, NA<sup>+</sup> 131 mEq/L, K<sup>+</sup> 5,5 mEq/L.

Entre as condutas a seguir, assinale a mais apropriada.

- (A) Concentrado de plaquetas + plasma fresco + 1000 mL de ringer lactato.
- (B) Ácido tranexâmico 2 g/dL + 1000 mL de ringer lactato.
- (C) Concentrado de hemácias + reabordagem cirúrgica.
- (D) Hidrocortisona 100 mg em bolus + 500 mL de soro fisiológico 0,9%.
- (E) Tomografia computadorizada de abdome + 500 mL de soro fisiológico 0,9%.

**65**

O estado de imunossupressão dos pacientes transplantados é um fator de risco para o desenvolvimento de neoplasias malignas.

Assinale a opção que contém o tipo de câncer mais frequente em pacientes transplantados.

- (A) Câncer de pele não melanoma.
- (B) Leucemia linfocítica aguda.
- (C) Linfoma do tipo não-Hodgkin.
- (D) Carcinoma colorretal.
- (E) Leucemia mieloide crônica.

**66**

O arco arterial pancreatoduodenal irriga a segunda porção do duodeno e a cabeça do pâncreas. Ele é formado, na grande maioria das pessoas, pela artéria pancreatoduodenal inferior, que é ramo da artéria mesentérica superior, e pela artéria pancreatoduodenal superior, que é ramo direto do(a)

- (A) tronco celiaco.
- (B) artéria hepática comum.
- (C) artéria hepática própria.
- (D) artéria gastroduodenal.
- (E) artéria supraduodenal.

**67**

Sobre a pancreatite aguda induzida por colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE), é correto afirmar que

- (A) pode ocorrer a despeito da técnica utilizada ou da indicação.
- (B) é uma complicação rara, ocorrendo em menos de 1% dos casos.
- (C) é uma complicação cuja prevenção primária é possível.
- (D) é mais comum nas situações com finalidade diagnóstica do que quando é feita com intuito terapêutico.
- (E) é mais comum em pacientes masculinos e idosos.

**68**

Paciente no primeiro dia de pós-operatório de esofagectomia videotoraco-laparoscópica por carcinoma escamoso de esôfago apresenta saída de 350 mL de líquido de aspecto leitoso pelo dreno de tórax direito. A análise revelou presença de quilomícrons e triglicerídeos de 150 mg/dL.

Além de iniciar nutrição parenteral total, a melhor conduta a ser adotada, nesse caso, é

- (A) tratar com octreotídeo.
- (B) realizar ligadura cirúrgica do ducto torácico.
- (C) executar reparo com enxerto venoso autólogo.
- (D) realizar pleurodese química.
- (E) tratar com olezarsen.

**69**

Homem de 64 anos, tabagista e hipertenso, foi submetido a colectomia esquerda eletiva por neoplasia. No 3º dia pós-operatório, desenvolve dispneia súbita, taquicardia (FC 118 bpm), taquipneia (FR 28 irpm) e leve queda na saturação de O<sub>2</sub> (SpO<sub>2</sub> 90% em ar ambiente). Está afebril e normotenso. Exame pulmonar sem ruídos adventícios. ECG com taquicardia sinusal. Gasometria: PaO<sub>2</sub> 64 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 33 mmHg.

Nesse caso, a hipótese mais provável e a conduta inicial mais apropriada são, respectivamente,

- (A) embolia pulmonar – solicitar angiotomografia de tórax e iniciar anticoagulação.
- (B) atelectasia – iniciar fisioterapia respiratória e expandir volume corrente.
- (C) pneumotórax – solicitar radiografia de tórax e punção torácica imediata
- (D) infecção pulmonar – iniciar antibiótico empírico e hemoculturas.
- (E) sobrecarga hídrica – iniciar furosemida e reavaliar em 12 horas.

**70**

Uma mulher de 70 anos, diabética e obesa, foi submetida a hemicolectomia direita por via abdominal. No 5º dia pós-operatório, apresenta febre (38,5 °C), taquicardia leve e dor abdominal difusa. O exame mostra abdome distendido, doloroso à palpação difusa, ruídos hidroaéreos diminuídos. Leucograma com 16.000/mm<sup>3</sup>.

Diante desse quadro, a hipótese diagnóstica a ser considerada e a melhor conduta inicial são, respectivamente,

- (A) íleo paralítico – prescrever procinéticos e dieta zero.
- (B) infecção urinária – iniciar antibiótico empírico e urocultura.
- (C) infecção de ferida – abrir a ferida cirúrgica e coletar secreção.
- (D) abscesso hepático – solicitar ultrassonografia de abdome.
- (E) deiscência anastomótica – solicitar tomografia com contraste oral e retal.

**71**

Homem de 68 anos, hipertenso, com hiperplasia prostática benigna conhecida, é submetido a herniorrafia inguinal com raquianestesia. Quatro horas após a cirurgia, relata desconforto abdominal progressivo e distensão. Ao exame, bexiga palpável em hipogástrio. Está afebril, hemodinamicamente estável e sem dor intensa.

Diante desse quadro clínico, a melhor conduta inicial é

- (A) solicitar ultrassonografia à beira-leito e observar por mais 2 horas.
- (B) iniciar tamsulosina 0,4 mg e reavaliar em 6 horas.
- (C) passagem de cateter vesical de demora com técnica asséptica.
- (D) realizar punção suprapúbica imediata.
- (E) prescrever diurético de alça e restrição hídrica.

**72**

Homem de 58 anos é admitido no pronto-socorro após colisão automobilística. Está consciente, mas com sonolência progressiva, fala entrecortada e frequência respiratória de 34 irpm. Gasometria arterial: pH 7,28; PaCO<sub>2</sub> 60 mmHg; PaO<sub>2</sub> 70 mmHg (em ar ambiente); SatO<sub>2</sub> 89%; Glasgow 10.

A melhor conduta respiratória imediata para esse paciente é

- (A) intubação orotraqueal imediata por rebaixamento do nível de consciência e hipercapnia.
- (B) ventilação com máscara de oxigênio a 5L/min e observação.
- (C) suporte com ventilação não invasiva (VNI) e reavaliação em 30 minutos.
- (D) oxigenoterapia com cateter nasal e sedação leve para agitação.
- (E) solicitar tomografia antes de qualquer medida invasiva.

**73**

Um homem de 42 anos será submetido a exérese de um lipoma subcutâneo em região cervical posterior. O procedimento é ambulatorial, com duração prevista de 30 minutos. O cirurgião opta por anestesia local infiltrativa.

A melhor escolha de anestésico local para esse caso, considerando início de ação rápido, segurança e duração adequada é

- (A) lidocaína a 2%, sem vasoconstritor.
- (B) bupivacaína a 0,5%, sem vasoconstritor.
- (C) ropivacaína a 1%, com adrenalina.
- (D) procaína a 1%, sem vasoconstritor.
- (E) lidocaína a 2% com adrenalina 1:200.000.

**74**

Homem de 28 anos, vítima de disparo de arma de fogo à queima-roupa no hemitórax direito. Internado estável, sem sinais de choque. RX de tórax revela hemotórax com nível hidroaéreo e colapso pulmonar parcial (~30 % volume pulmonar). Existe drenagem sanguinolenta de 300 mL no dreno/tubo torácico.

Diante desse quadro clínico, a conduta imediata mais adequada é

- (A) retirar o dreno e tratar com analgesia, aguardando reabsorção espontânea.
- (B) reposicionar o dreno + aumentar aspiração contínua; manter monitorização.
- (C) solicitar TC de tórax e aguardar 6 h antes de drenar.
- (D) encaminhar diretamente para toracotomia de emergência.
- (E) administrar apenas antibióticos e observar em UTI por 24 h.

**75**

Menino com um mês de vida apresenta icterícia de padrão colestático. Após investigação, chegou-se ao diagnóstico de atresia de vias biliares do tipo 3.

Entre as alternativas a seguir, o tratamento de escolha nesse caso é

- (A) coledocoduodeno anastomose (cirurgia de Madden).
- (B) ácido ursodesoxicólico + fenobarbital.
- (C) drenagem biliar externa percutânea.
- (D) cirurgia de Couinaud-Soupault.
- (E) hepatoportoenteroanastomose (cirurgia de Kasai).

**76**

Certas doenças esofágicas apresentam aumento de incidência e prevalência com o avançar da idade.

A única condição que é **exceção** a essa afirmativa é

- (A) o divertículo de Zencker.
- (B) a hérnia paraesofágica.
- (C) a doença do refluxo gastroesofágico.
- (D) o câncer de esôfago.
- (E) a acalasia do esôfago.

**77**

O óxido nitroso é um anestésico inalatório utilizado em conjunto com agentes inalatórios mais potentes, no intuito de minimizar os efeitos colaterais desses agentes.

Uma contraindicação ao uso de óxido nitroso é

- (A) sepse.
- (B) cirrose hepática.
- (C) pneumotórax.
- (D) feocromocitoma.
- (E) hematoma subdural.

**78**

Paciente, 45 anos, será submetida à histerectomia total abdominal por conta de miomatose uterina.

O antibiótico profilático mais indicado, entre os elencados a seguir, a ser administrado momentos antes da incisão cirúrgica é

- (A) ceftriaxone.
- (B) cefuroxima.
- (C) clindamicina.
- (D) cefazolina.
- (E) ciprofloxacino.

**79**

Paciente de 55 anos, com diagnóstico de tumor de cólon direito não obstruído, refere perda de 5 kg em dois meses (o peso na época era de 80 kg), com aceitação de ingesta alimentar via oral estimada em 50% do esperado na semana.

Em relação à avaliação nutricional pré-operatória e baseado na ferramenta de avaliação nutricional NRS 2002, este paciente

- (A) apresenta desnutrição leve, pois perdeu menos de 10% do seu peso em dois meses.
- (B) necessita da dosagem de albumina sérica para avaliar a indicação de terapia nutricional.
- (C) apresenta indicação de terapia nutricional, pois o escore NRS 2002 é maior que três.
- (D) necessita de terapia nutricional por via enteral, visto que se encontra em desnutrição grave.
- (E) tem indicação de terapia nutricional parenteral, visto que não consegue alcançar suas necessidades calóricas por via oral.

**80**

Sobre a infecção necrotizante de partes moles (INPM), assinale a afirmativa correta.

- (A) A infecção necrotizante de flora polimicrobiana apresenta prognóstico pior do que a causada por estrptococos.
- (B) A crepitação à palpação é o sinal mais frequente, presente em mais de 40% dos casos.
- (C) O tratamento padrão é conservador, com antibioticoterapia de largo espectro e irrigação diária da ferida.
- (D) Exames de imagem, como a tomografia computadorizada, têm baixa especificidade e sensibilidade no diagnóstico.
- (E) A proteína C-reativa acima de 150 mg/dL e hiponatremia são indicativos importantes de risco de INPM.

Realização

