

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2025/2026

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

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!

Endoscopia

1

Homem de 45 anos apresenta disfagia progressiva para sólidos há 4 meses e perda de peso de 8 kg no período. Não há sintomas respiratórios.

Nesse caso, a conduta propedêutica inicial mais apropriada é a

- (A) esofagografia.
- (B) endoscopia digestiva alta com biópsias.
- (C) tomografia computadorizada de tórax.
- (D) ressonância magnética de abdome.
- (E) esofagomanometria.

2

Homem de 65 anos, etilista e tabagista é admitido na emergência, taquicárdico, com quadro de hematêmese.

Nesse caso, a primeira abordagem recomendada é

- (A) o início de inibidor de bomba de prótons venoso.
- (B) a estabilização hemodinâmica.
- (C) a endoscopia digestiva alta imediata.
- (D) a arteriografia.
- (E) a lavagem gástrica.

3

Homem de 50 anos com cirrose hepática de etiologia alcoólica é admitido na emergência com hematêmese vultuosa. O exame de endoscopia digestiva alta evidenciou varizes esofágicas com sangramento ativo.

Além da ligadura elástica, a seguinte medida farmacológica deve ser instituída:

- (A) omeprazol venoso.
- (B) octreotida venoso.
- (C) metoclopramida venosa.
- (D) eritromicina oral em dose única.
- (E) vonoprazana oral.

4

Homem de 45 anos, ASA II, é submetido a colonoscopia sob sedação com midazolam e fentanil. Após a administração, apresenta sonolência e mantém resposta apenas aos estímulos dolorosos, mas não a comandos verbais e táteis leves.

O nível de sedação atingido foi o

- (A) mínimo (ansiólise).
- (B) consciente.
- (C) moderado.
- (D) profundo.
- (E) anestesia geral.

5

O exame endoscópico de pacientes submetidos a cirurgias gástricas se faz necessário seja pelo surgimento de sintomas, seja pela suspeita de complicações ou mesmo, mais raramente, para vigilância. É um exame que requer experiência do endoscopista e conhecimento básico das técnicas cirúrgicas disponíveis.

Entre as cirurgias gástricas elencadas a seguir, assinale a que apresenta maior dificuldade técnica de acesso à papila.

- (A) Sleeve gástrico.
- (B) Gastrectomia parcial com Bilroth I.
- (C) Gastrectomia subtotal com Y de Roux.
- (D) Píloroplastia.
- (E) Funduplicatura de Nissen.

6

O câncer colorretal vem aumentando mundialmente de incidência nas últimas décadas.

O método ideal para rastreamento populacional desta neoplasia é a colonoscopia. Segundo a recomendação atual (2025) da *American Cancer Society*, já aceita pelas Sociedades Brasileiras de Coloproctologia e Endoscopia Digestiva e pela Federação Brasileira de Gastroenterologia, no caso de populações com ausência de fatores de risco específicos pessoais ou familiares, esse rastreamento deve ser iniciado na idade de

- (A) 40 anos.
- (B) 45 anos.
- (C) 50 anos.
- (D) 55 anos.
- (E) 60 anos.

7

Durante o exame colonoscópico de rastreamento sugerido na questão anterior, uma paciente assintomática, apresentou em um exame com preparo Boston 9, dois pequenos pólipos sésseis de 4 e 5 mm nos cólons transversos e descendente, respectivamente.

As lesões foram completamente ressecadas sem intercorrências e o anatomopatológico mostrou tratar-se de adenomas tubulares com displasia de baixo grau.

A conduta mais adequada para acompanhamento dessa paciente é repetir o exame em

- (A) 3 a 6 meses.
- (B) 1 a 3 anos.
- (C) 3 a 5 anos.
- (D) 5 a 10 anos.
- (E) 10 a 15 anos.

8

Homem de 60 anos, com prótese metálica mitral, hipertenso, ASA III, em uso de varfarina, precisa ser submetido a colonoscopia para ressecção de pólipos colônicos observados em retossigmoidoscopia rígida realizada ambulatorialmente pelo proctologista após queixa de episódio isolado de hematoquezia.

A recomendação em relação ao anticoagulante é

- (A) parar a varfarina por 5 dias e fazer ponte com heparina.
- (B) manter a varfarina, sem necessidade de interrupção.
- (C) parar a varfarina 24 horas antes do exame.
- (D) parar a varfarina 5 dias antes do exame sem ponte.
- (E) parar a varfarina 5 dias antes e fazer ponte com AAS.

9

Durante exame endoscópico alto de paciente do sexo feminino, 45 anos com queixa de pirose e regurgitação de longa data, foi evidenciada presença de dois pequenos pólipos com pedículo curto, medindo menos de 5 mm no corpo gástrico.

Considerando os tipos histológicos de pólipos gástricos, os de maior frequência são os

- (A) adenomas.
- (B) pólipos de glândulas fúndicas.
- (C) pólipos hiperplásicos.
- (D) pólipos inflamatórios fibroides.
- (E) tumores neuroendócrinos.

10

Das condições elencadas a seguir, assinale a que constitui indicação de endoscopia de urgência (exame imediato) para remoção de corpo estranho.

- (A) Bolo alimentar impactado sem obstrução completa.
- (B) Objetos não pontiagudos > 6cm e acima do ângulo duodenal.
- (C) Objetos não pontiagudos impactados no esôfago.
- (D) Moedas impactadas no estômago em assintomáticos.
- (E) Baterias impactadas no esôfago.

11

Paciente de 52 anos, com quadro de dor abdominal, distensão e diarreia paradoxal, apresenta no exame de tomografia computadorizada com enterografia lesão obstrutiva em íleo terminal, com espessamento irregular de parede. Foi realizada ileocolonoscopia sem alcançar a lesão.

Para melhor avaliação da lesão, o exame recomendado é a

- (A) enteroscopia por videocápsula endoscópica.
- (B) *push* enteroscopia.
- (C) enteroscopia por duplo balão por via anterógrada.
- (D) enteroscopia por duplo balão por via retrógrada.
- (E) laparoscopia exploratória.

12

Durante o exame colonoscópico de uma paciente de 56 anos foi evidenciado pólipos com pedículo curto, medindo 12 mm no cólon descendente. A lesão foi ressecada com alça diatérmica. Após 48 horas do procedimento, a paciente retorna à emergência do hospital com dor abdominal.

A complicação mais provável para o caso é

- (A) queda de escara.
- (B) perfuração intestinal.
- (C) síndrome pós-polipectomia.
- (D) dissecação do pedículo.
- (E) obstrução intestinal por impacto de coágulo.

13

Um bom preparo do cólon é um dos indicadores de qualidade em colonoscopia, auxiliando na detecção de lesões e garantindo também maior segurança ao exame. Além da dieta sem resíduos nos dias que antecedem o exame é recomendado o uso de soluções para preparo.

Das soluções a seguir, assinale a que acaba sendo menos utilizada devido ao maior risco de insuficiência renal.

- (A) Manitol.
- (B) Polietilenoglicol.
- (C) Picossulfato de sódio.
- (D) Lactulose.
- (E) Fosfato de sódio.

14

Das condições elencadas a seguir, assinale a que é considerada contra-indicação relativa e não absoluta à realização de gastrostomia endoscópica percutânea.

- (A) Sepses.
- (B) Instabilidade hemodinâmica.
- (C) Ascite intensa.
- (D) Varizes esofagogástricas.
- (E) Coagulopatias graves não corrigíveis.

15

Sobre a indicação de biópsias na investigação da esofagite por refluxo gastroesofágico, assinale a afirmativa **incorreta**.

- (A) Está sempre indicada.
- (B) Está indicada na presença de úlceras.
- (C) Está indicada na presença de estenose.
- (D) Está indicada na distribuição proximal da esofagite.
- (E) Está indicada no diagnóstico diferencial de esofagite eosinofílica

16

A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com esfínterectomia seguida de extração do cálculo é a técnica de primeira linha no tratamento dos cálculos em via biliar.

A complicação mais frequente desse procedimento é

- (A) hemorragia.
- (B) pancreatite.
- (C) perfuração duodenal.
- (D) perfuração do ducto biliar.
- (E) infecção.

Cirurgia do Aparelho Digestivo

17

Homem de 62 anos, IMC 34 kg/m², antecedente de duas laparotomias prévias (colecistectomia e sigmoidectomia), apresenta hérnia ventral volumosa há 8 anos, que cresceu progressivamente. Refere sensação de peso abdominal, dispnéia aos esforços e dificuldade para mobilidade. Nega sintomas obstrutivos. Ao exame, há hérnia volumosa na linha média de aproximadamente 20 cm de diâmetro, com conteúdo intestinal palpável e redução parcial à posição supina. Pele íntegra, sem sinais inflamatórios.

Uma TC de abdome revela: hérnia com saco de 2.800 cm³ de conteúdo herniário, cavidade abdominal reduzida (volume intra-abdominal 3.000 cm³). Relação volume herniado/volume abdominal total = 48%. Sem perda de alça intestinal ou complicações isquêmicas.

A equipe cirúrgica discute a programação de cirurgia eletiva e conclui que a melhor estratégia inicial será

- (A) tentar redução primária com fechamento fascial sob tensão.
- (B) Usar pneumoperitônio progressivo pré-operatório (PPPP) associado à liberação de componentes.
- (C) realizar hernioplastia com tela intraperitoneal e ressecção intestinal profilática para reduzir volume.
- (D) apenas usar prótese de grande porte e realizar fechamento cutâneo por aproximação dérmica.
- (E) realizar abordagem laparoscópica direta com fechamento primário e tela intraperitoneal.

18

Paciente de 67 anos, sexo masculino, tabagista crônico e etilista, procura atendimento por notar aumento progressivo de um nódulo indolor na fossa supraclavicular esquerda há 2 meses. Ao exame físico, palpa-se linfonodo endurecido, fixo, com cerca de 2,5 cm. O paciente refere ainda perda de peso de 6 kg em 3 meses, sensação de plenitude gástrica e episódios ocasionais de disfagia.

A principal hipótese diagnóstica associada ao achado do linfonodo de Virchow, nesse contexto, é

- (A) linfoma de Hodgkin com acometimento cervical inferior.
- (B) metástase de carcinoma gástrico avançado.
- (C) tuberculose ganglionar com localização supraclavicular.
- (D) neoplasia de tireoide com disseminação linfática.
- (E) metástase de carcinoma de células escamosas de esôfago cervical.

19

Uma paciente de 67 anos, previamente saudável, relata três episódios anteriores de dor no quadrante inferior esquerdo nos últimos dois anos, sempre associados à febre e tratados com antibióticos orais em regime ambulatorial. Há 10 dias, apresenta dor abdominal contínua e cólicas, com distensão progressiva, ausência de evacuações e flatulência há 3 dias.

Ao exame físico, há abdome distendido, ruídos hidroaéreos diminuídos e dor difusa à palpação, sem sinais de peritonite. Os exames laboratoriais revelam leucocitose de $14.500/\text{mm}^3$ e PCR de 62 mg/L. Tomografia computadorizada evidencia cólon sigmoide com espessamento parietal importante, estreitamento luminal e moderada distensão colônica a montante. Não há sinais de perfuração nem de abscesso.

O diagnóstico mais provável e a melhor conduta para essa paciente são

- (A) diverticulite não complicada em crise; repetição de antibióticos orais e reavaliar em 48 horas.
- (B) diverticulite complicada com abscesso oculto; drenagem percutânea e antibióticos IV.
- (C) colite isquêmica; tratamento clínico com hidratação venosa e vigilância hemodinâmica.
- (D) neoplasia colônica obstruindo luz intestinal; realização de colonoscopia com biópsia urgente.
- (E) obstrução colônica secundária a estenose inflamatória pós-diverticulite; cirurgia eletiva com ressecção do segmento estenosado.

20

Homem de 58 anos, com história de colecistectomia por laparotomia há 8 anos, foi internado com diagnóstico de obstrução intestinal por bridas. Após 36 horas de tratamento conservador com hidratação, jejum, cateter nasogástrico e analgesia, mantém vômitos, dor abdominal e distensão. Não eliminou flatos. A ausculta revela ruídos hidroaéreos metálicos. Uma nova TC mostra persistência da distensão de alças delgadas, com mesmo ponto de transição. Sem pneumoperitônio ou sinais claros de isquemia. Lactato de 1,8 mmol/L, leucócitos $13.000/\text{mm}^3$.

Nesse caso, a melhor conduta para esse paciente será

- (A) continuar tratamento clínico por mais 48 horas, já que não há sinais de isquemia.
- (B) iniciar nutrição parenteral total e observar.
- (C) indicar laparotomia exploradora por falha do tratamento clínico.
- (D) realizar enema baritado para resolver a obstrução.
- (E) solicitar colonoscopia para elucidar o ponto de transição.

21

Um homem de 39 anos procura avaliação para cirurgia bariátrica. Refere ser obeso desde a adolescência, com múltiplas tentativas frustradas de perda de peso com dieta e atividade física. Relata histórico de refluxo gastroesofágico intenso, diagnosticado por endoscopia há 2 anos como esofagite grau C (Los Angeles). Também tem diabetes mellitus tipo 2 há 6 anos, atualmente mal controlado com metformina e insulina. Apresenta IMC de 42 kg/m^2 , sem uso de álcool ou tabagismo. Nega sintomas depressivos ou compulsão alimentar grave.

Os exames complementares:

- Endoscopia: Esofagite grau C, sem hérnia hiatal;
- HbA1c: 9,2%;
- Eletrocardiograma e avaliação cardiológica pré-operatória: sem contraindicações;
- Avaliação psicológica: apto à cirurgia;
- Ultrassonografia abdominal: fígado esteatótico, sem litíase biliar.

A melhor técnica de cirurgia bariátrica indicada, nesse caso, é

- (A) derivação gástrica em Y de Roux, por ser eficaz tanto para perda ponderal quanto para controle do diabetes e do refluxo gastroesofágico.
- (B) gastrectomia vertical (*sleeve*), por ser técnica com menor incidência de complicações e não interferir na anatomia intestinal.
- (C) banda gástrica ajustável, por ser técnica menos invasiva e reversível.
- (D) duodenal *switch*, por ser superior na resolução do diabetes e da dislipidemia em longo prazo.
- (E) Balão intragástrico, como estratégia intermediária antes da cirurgia definitiva devido à presença de esteatose hepática.

22

Paciente do sexo feminino, 52 anos, com antecedente de histerectomia total por via abdominal há 5 anos, dá entrada no pronto-socorro com dor abdominal difusa em cólica, iniciada há 24 horas, associada a náuseas, vômitos biliosos e ausência de eliminação de flatos e fezes desde então. Refere episódios semelhantes mais leves nos últimos dois anos, resolvidos espontaneamente. Ao exame físico, apresenta abdome distendido, ruídos hidroaéreos aumentados em timbre metálico, dor difusa à palpação, sem sinais de peritonite. O toque retal sem sangue ou massas.

Uma radiografia de abdome em pé mostra níveis hidroaéreos em alças de delgado com padrão em "pilha de moedas". A tomografia computadorizada (TC) confirma obstrução de delgado com ponto de transição único, presença de alças distendidas, sem pneumoperitônio ou sinais de isquemia. Exames laboratoriais com leucócitos de $11.000/\text{mm}^3$ e lactato normal.

O diagnóstico mais provável e a melhor conduta terapêutica inicial, para essa paciente, são

- (A) obstrução intestinal por hérnia interna; indicação de laparotomia exploradora de urgência.
- (B) obstrução intestinal funcional (íleo paralítico); tratamento clínico com procinéticos e hidratação.
- (C) obstrução intestinal por bridas (aderências); tratamento conservador com hidratação, jejum, cateter nasogástrico e observação clínica inicial.
- (D) obstrução intestinal por tumor de delgado; solicitação de colonoscopia e marcação de cirurgia eletiva.
- (E) obstrução intestinal por bridas; cirurgia laparoscópica de urgência imediata, independentemente de sinais de gravidade.

23

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, apresenta abdome globoso, com ascite moderada, sinal de macidez 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/m; Hemoglobina: 10,2 g/d; Albumina: 2,8 g/d; Creatinina: 1,1 mg/dL. Uma tomografia computadorizada de abdome/pelve evidencia: massa anexial sólida e cística à esquerda (6,5 cm), espessamento difuso do peritônio com implantes nodulares, ascite volumosa e linfonodomegalia retroperitoneal.

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) tumor borderline de ovário com peritonite; tratamento conservador e laparoscopia diagnóstica.
- (D) câncer endometrial metastático; tratamento com radioterapia e bloqueio hormonal.
- (E) carcinomatose peritoneal secundária a câncer de ovário; estabilização clínica, avaliação multidisciplinar e cirurgia citorrredutora com quimioterapia adjuvante.

24

Homem de 58 anos, com anemia ferropriva e fadiga, realizou endoscopia que evidenciou gastrite atrófica com três lesões polipoides pequenas (< 1 cm) em fundo gástrico. As biópsias revelaram tumores neuroendócrinos bem diferenciados, positivos para cromogranina A, Ki-67 <2%. A dosagem de gastrina sérica foi de 1200 pg/mL. Tomografia e octreoscan sem metástases.

O diagnóstico e a conduta cirúrgica mais adequadas são

- (A) GIST gástrico; ressecção gástrica total com linfadenectomia.
- (B) tumor carcinoide gástrico tipo I; gastrectomia parcial com vigilância endoscópica.
- (C) carcinoma gástrico neuroendócrino; quimioterapia com cisplatina e etoposídeo.
- (D) carcinoide gástrico tipo III; esofagogastrectomia radical.
- (E) linfoma gástrico MALT; iniciar antibiótico para erradicação de *H. pylori*.

25

Um paciente de 46 anos, realizou exame de US de próstata, que revelou pequena hérnia inguinal D. O paciente é assintomático. O exame clínico não demonstra qualquer protusão em região inguinal D.

Nesse caso, a conduta é

- (A) realizar tomografia de pelve para melhor avaliação.
- (B) realizar ressonância de pelve para melhor avaliação.
- (C) repetir a ultrassonografia.
- (D) iniciar pregabalina para evitar quadro algico.
- (E) observar.

26

No tratamento de uma hérnia femoral D, a técnica de escolha é a de

- (A) Linchtenstein.
- (B) Bassini.
- (C) Shouldice.
- (D) McVay.
- (E) Andrews.

27

Uma paciente de 25 anos, refere dor e abaulamento em região umbilical aos esforços. O diagnóstico de hérnia umbilical é feito.

Nesse caso, é correto afirmar que

- (A) o uso de tela neste tipo de hérnia não é necessário.
- (B) o uso de tela deve ser realizado rotineiramente.
- (C) o uso de tela está indicado em hérnia com defeitos acima de 1 cm.
- (D) o tratamento cirúrgico não está indicado.
- (E) o uso de técnica robótica traz melhores resultados.

28

Paciente de 70 anos, programado para colectomia por câncer de cólon, apresenta sarcopenia, sedentarismo e anemia (Hb = 9,8 g/dL).

O principal objetivo da pré-habilitação nesse paciente é

- (A) substituir a avaliação de risco cirúrgico tradicional.
- (B) diminuir a hidratação per-operatória.
- (C) melhorar a reserva fisiológica para enfrentar o estresse cirúrgico.
- (D) eliminar a necessidade de cuidados pós-operatórios.
- (E) antecipar o uso de imunoterapia pré-operatória.

29

Homem de 68 anos, fratura de fêmur que necessita de artroplastia, com descondicionamento físico e desnutrição.

O período mínimo recomendado para intervenções de pré-habilitação apresentarem benefício é de

- (A) 24 horas.
- (B) 3 dias.
- (C) 2 semanas.
- (D) 6 semanas.
- (E) 3 meses.

30

Paciente com câncer de pâncreas, programado para duodenopancreatectomia, apresenta risco elevado pelo escore ACS NSQIP.

A ferramenta mais adequada para avaliar sua capacidade funcional antes da pré-habilitação é

- (A) o escore de ASA.
- (B) o teste de caminhada de 6 minutos (TC6).
- (C) a dosagem de albumina sérica.
- (D) a Escala Visual Analógica (EVA) para dor.
- (E) o questionário SF-36.

31

Paciente com oclusão intestinal por hérnia estrangulada necessita de laparotomia emergencial. Tem histórico de IC (FE = 35%) e tabagismo ativo.

A seguinte estratégia de pré-habilitação é viável nesse cenário:

- (A) adiar a cirurgia por 4 semanas para programa de exercícios.
- (B) iniciar suplementação com Ômega-3 no pré-operatório imediato.
- (C) solicitar avaliação psiquiátrica para ansiedade.
- (D) realizar angioplastia coronariana antes da cirurgia.
- (E) realizar otimização volêmica pré-operatória.

32

Equipe cirúrgica prepara-se para herniorrafia inguinal eletiva em paciente colonizado por MRSA.

A seguinte medida é recomendada para reduzir a infecção do sítio cirúrgico.

- (A) Lavagem pré-operatória do paciente com clorexidina 4%.
- (B) Uso de máscara N95 por toda a equipe.
- (C) Descontaminação nasal com mupirocina 2 dias antes.
- (D) Antibioticoprofilaxia com vancomicina + metronidazol.
- (E) Isolamento reverso no pós-operatório.

Gastroenterologia

33

Na sala de parto de um hospital de grande porte, um pediatra presta assistência a um recém-nascido a termo com 3.100 kg, 49 cm, Apgar 4 no primeiro minuto e 3 segundos.

O profissional observa que o neonato está cianótico hiperpneico, o abdômen é escafoide, abolição do frêmito toracovocal à esquerda, desvio do *ictus cordis* para a direita. O RX de tórax revela a presença de alças intestinais no hemitórax esquerdo e desvio da silhueta cardíaca para direita.

Assinale a opção diagnóstica mais provável para o caso.

- (A) Hernia de Morgagni.
- (B) Hernia de Bochdalek.
- (C) Hérnia por rolamento.
- (D) Hérnia hiatal por deslizamento.
- (E) Síndrome da membrana hialina.

34

Paciente, 78 anos, natural do Rio de Janeiro, apresenta dificuldade de deglutição. Endoscopia digestiva alta sem alteração estruturais. Exame baritado do esôfago revela ondas terciárias, aperistalse e redução do relaxamento do EEI com as deglutições.

Esse relato indica

- (A) megaesôfago.
- (B) presbioesôfago.
- (C) anel de Schatski.
- (D) doença do refluxo.
- (E) disfagia cricofaríngea.

35

Homem, branco, 43 anos, natural de Goiás, pedreiro, atendido no ambulatório queixando-se de palpitação, dispneia aos esforços e desconforto precordial. Nos últimos seis meses, vinha apresentando dificuldade para deglutir, sintoma que se acompanhava de plenitude pós-prandial, eructações e constipação intestinal (algumas vezes passava toda semana sem evacuar). Emagreceu 10 kg nesse período.

Nas últimas quatro semanas, acordou no meio da noite duas vezes sufocado. HPP- doença febril na infância sendo hospitalizado em sua cidade natal (desconhece o diagnóstico). Pneumonia há quatro anos. HFS- nunca bebeu ou fumou. Morava em casa de madeira em Goiás, sem água encanada. Atualmente mora em São Gonçalo – RJ, em casa de tijolo com água encanada. Exame físico: fácies de doença crônica, emagrecido, hipertrofia da parótida, hipocorado +/4, eupneico, PA 110-80 mm Hg, FC 104 bpm, FC 22 irpm, TAX 37 °C, pulso irregular, tórax atípico, ictus sétimo EICE, 3 polpas digitais, linha axilar anterior, MV audível universalmente, crepitações inspiratórias iniciais nas bases pulmonares, abdômen atípico, flácido, indolor, fígado 1 dedo do RCD, hepatimetria 10 cm, traube livre, MMIIss- sem alterações.

Baseado nesses dados, o teste mais sensível para o diagnóstico etiológico do caso é

- (A) a hemocultura.
- (B) o xenodiagnóstico.
- (C) a reação de machado guerreiro.
- (D) a endoscopia digestiva alta com biópsia.
- (E) ELISA para detecção de anticorpos IgG específicos contra o *Trypanosoma cruzi*.

36

Nos portadores de cirrose hepática, independentemente da etiologia, a melhor vigilância para hepatocarcinoma é feita por intermédio dos seguintes exames seriados:

- (A) ultrassonografia abdominal e alfafetoproteína a cada 3 meses.
- (B) ultrassonografia abdominal e alfafetoproteína a cada 6 meses.
- (C) ultrassonografia abdominal e alfafetoproteína a cada 12 meses.
- (D) fosfatase alcalina, gamaglutamil transpeptidase e transaminases semelhantes.
- (E) tomografia abdominal computadorizada + CEA (antígeno carcino-embrionário) a cada seis meses.

37

Uma mulher de 48 anos procurou o ambulatório de gastroenterologia queixando-se de pirose associada a disfagia intermitente para sólidos não progressiva nos últimos 8 meses. Trazia uma endoscopia digestiva alta feita cinco anos antes, a qual revelava múltiplas erosões em mais de uma prega esofageana longitudinal.

Esse exame demonstrou ainda que a junção escamocolunar (JEC) se localizava 30 mm acima do pinçamento diafragmático. Na época, fez uso de ranitidina 300 mg duas vezes ao dia por 60 dias e elevação de cabeceira da cama com melhora sintomática. Uma nova endoscopia alta demonstrou, além dos achados anteriores, a presença de anel esofageano próximo JEC.

Baseado nos dados fornecidos, assinale a afirmativa correta.

- (A) A paciente tratou corretamente, a despeito do resultado terapêutico ruim, e sua endoscopia de cinco anos atrás era compatível com a classificação de Savary Miller modificada grau I.
- (B) A paciente tratou corretamente, a despeito do resultado terapêutico ruim, e sua endoscopia de cinco anos atrás era compatível com a classificação de Savary Miller modificada grau II.
- (C) A paciente não tratou corretamente, a despeito do resultado, e sua endoscopia de cinco anos atrás era compatível com a classificação de Savary Miller modificada grau I.
- (D) A paciente não tratou corretamente e sua endoscopia de cinco anos atrás era compatível com a classificação de Savary Miller modificada grau II.
- (E) A paciente não tratou corretamente, a despeito do resultado terapêutico ruim, e sua endoscopia de cinco anos atrás era compatível com a classificação de Savary Miller modificada grau III.

38

Uma mulher de 47 anos foi internada para investigação de vários episódios de palidez e cianose seguidos de hiperemia das mãos. Vinha queixando-se, nos últimos oito meses, de dores nos punhos, tornozelos, joelhos e cotovelos e mãos inchadas. Referia também queimação retroesternal e sensação de “parada do alimento no esôfago”.

Ao exame: paciente hipocorada +/4, eupneica, presença de telangectasias na face e discreta microstomia. Havia edema das mãos e alterações da pigmentação da pele (lesões tipo vitiligo). Uma endoscopia realizada há 3 meses demonstrou erosões confluentes a partir do 1/3 distal do esôfago com discreta redução da luz do órgão. A paciente começou a fazer uso de ranitidina com melhora temporária do seu quadro clínico.

Assinale a opção que seria mais compatível com a manometria esofageana desse paciente.

- (A) Redução gradual na pressão do EES conduzindo.
- (B) Aperistalse do corpo esofageano e pressão basal do EEI aumentada.
- (C) Aperistalse do 1/3 distal do esôfago e pressão basal do EEI reduzida.
- (D) Contrações de alta amplitude, simultâneas no corpo do esôfago em pelo menos 20% das deglutições.
- (E) Aperistalse intermitente do esôfago estriado e relaxamentos parciais do EEI.

39

Um homem de 58 anos com passado de ingesta de 200 gramas de álcool há cerca de 30 anos, portador de asma brônquica, foi admitido na emergência com sangramento digestivo alto manifestado por hematêmese. Ele já possuía um diagnóstico anterior histopatológico de cirrose feito há seis anos, época em que se internou para esclarecimento de hepatomegalia e elevação de aminotransferases.

Após as medidas iniciais de estabilização cardiorrespiratória, foi submetido a endoscopia digestiva alta que revelou a presença de varizes esofágicas azuladas, com sinal da cor vermelha presente e em grande número, de grosso calibre maior que 1/3 da luz, tortuosas, a partir de terço proximal, sem esofagite e com varizes gástricas em cárdia.

Segundo a Sociedade Japonesa de Pesquisa em hipertensão portal, a classificação mais apropriada para as varizes quanto à cor e forma seria

- (A) Cw + F1.
- (B) Cb + F2.
- (C) Cw + F3.
- (D) Cb + F1.
- (E) Cb + F3.

40

Um homem de 43 anos, pedreiro, procurou assistência médica queixando-se de dor epigástrica em queimação, plenitude pós-prandial, fadiga e episódios diarreicos. A dor muitas vezes o despertava de madrugada melhorando com a alimentação e a ingestão de alcalinos. Emagreceu cerca de 5 kg desde o início da dor, há 2 meses. Submetido a endoscopia digestiva alta que revelou duas úlceras A2 Sakita na parede anterior do bulbo duodenal de cerca de 10 mm e uma terceira úlcera no antro de cerca de 8 mm. O teste rápido da urease foi negativo e os seis fragmentos colhidos das bordas da lesão ulcerada gástrica foram negativos para malignidade. O paciente não fazia uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINE's), não bebia ou fumava. Tomografia abdominal revela massa de 2 cm na porção cefálica do pâncreas.

Baseado nos dados fornecidos e na principal hipótese diagnóstica, a melhor abordagem diagnóstica é

- (A) solicitar CA 19-9 e elastase fecal.
- (B) solicitar Cálcio, Ecoendoscopia e IgG4.
- (C) solicitar gastrina sérica e octreoscan.
- (D) solicitar RMN abdominal, CA 19-9 e CEA.
- (E) realizar teste respiratório do C14 para pesquisa do *H.pylori*.

41

Paciente masculino, 27 anos, previamente hígido, apresenta disfagia progressiva para sólidos, impactação alimentar recorrente e episódios de dor torácica não cardíaca.

Endoscopia digestiva alta mostra anéis esofágicos concêntricos e estrias longitudinais. Biópsias revelam infiltração com mais de 15 eosinófilos por campo de grande aumento.

O diagnóstico mais provável é

- (A) esofagite eosinofílica.
- (B) doença do refluxo gastroesofágico refratária.
- (C) acalasia.
- (D) esofagite infecciosa por *candida*.
- (E) neoplasia de esôfago.

42

Paciente do sexo masculino, 33 anos, previamente assintomático, relata episódios esporádicos de hematoqueia (“sangue está pingando no vaso sanitário ao final da evacuação”), sem proctalgia, sem diarreia, sem muco ou pus nas fezes. Nega perda ponderal e dores abdominais. Nega comorbidades. Nega tabagismo e etilismo. Nega história familiar de câncer colorretal.

A conduta inicial mais adequada é

- (A) solicitar pesquisa de sangue oculto nas fezes por imunocromatografia.
- (B) solicitar colonoscopia para rastreamento de câncer colorretal.
- (C) realizar exame proctológico completo.
- (D) solicitar retossigmoidoscopia flexível.
- (E) solicitar calprotectina fecal.

43

Paciente do sexo masculino, 38 anos, com história de doença de Crohn ileocecal diagnosticada há 10 anos. Evoluiu com estenoses cicatríciais e episódios de suboclusão intestinal, sendo submetido a íleo-colectomia direita com anastomose íleo-transversa há 14 meses. Retorna à consulta com dor abdominal intermitente, diarreia (> 6 episódios-dia) e perda ponderal. Está em uso de terapia imunobiológica com anti-TNF associada a imunossupressor (azatioprina). Seu médico assistente solicita colonoscopia, que mostra:

- anastomose íleo-transversa prévia, sem estenose;
- segmento de neo-íleo distal com múltiplas úlceras aftoides, algumas isoladas e outras em pequenos grupos (total estimado: 6-7); uma úlcera curta (entre 1 e 2 cm) confinada à anastomose; mucosa normal entre as ulcerações; ausência de inflamação difusa extensa.

Com base nesses achados, o escore de Rutgeerts mais adequado para classificar esse paciente é

- (A) Rutgeerts: i0.
- (B) Rutgeerts: i1.
- (C) Rutgeerts: i2.
- (D) Rutgeerts: i3.
- (E) Rutgeerts: i4.

44

Paciente feminina, 26 anos, apresenta fadiga crônica, desconforto abdominal pós-prandial e episódios esporádicos de diarreia, sem perda ponderal significativa. Tem histórico de anemia ferropriva refratária a suplementação oral.

Exames recentes mostram:

- Hemograma: anemia ferropriva.
- Sorologias: anticorpos transglutaminase tecidual IgA e anti-endomísio IgA negativos, mas paciente possui deficiência seletiva de IgA documentada.
- Endoscopia digestiva alta: mucosa duodenal levemente irregular, pregas parcialmente achatadas, sem erosões visíveis.
- Biópsia duodenal: linfocitose intraepitelial discreta, hiperplasia das criptas, atrofia vilosa parcial em algumas áreas.

Considerando o caso clínico, a conduta diagnóstica mais adequada é

- (A) iniciar dieta sem glúten empiricamente.
- (B) considerar doença de Crohn duodenal e solicitar colonoscopia.
- (C) revisar medicamentos e investigar enteropatia induzida por fármacos.
- (D) diagnosticar como Síndrome do Intestino Irritável e orientar dieta geral.
- (E) realizar dosagem de anticorpos IgG anti-transglutaminase ou antipeptídeo desaminado de gliadina e avaliar histologia para o diagnóstico de doença celíaca.

45

Um paciente de 42 anos, com histórico de obesidade e apneia obstrutiva do sono, apresenta queixas de sonolência diurna excessiva e dificuldade para controlar a ingestão alimentar, especialmente à noite. Ele relata que acorda várias vezes durante a noite e sente fome mesmo após refeições completas.

Exames laboratoriais mostram:

- leptina sérica elevada;
- grelina plasmática aumentada;
- resistência à insulina leve;
- perfil lipídico com triglicerídeos discretamente elevados.

Considerando o caso descrito, assinale a opção que melhor explica a interação entre os hormônios reguladores do apetite e a qualidade do sono do paciente.

- (A) A leptina elevada indica supressão do apetite, mas a resistência leptínica periférica impede que esse efeito ocorra, contribuindo para a hiperfagia noturna e a fragmentação do sono.
- (B) A grelina aumentada reflete adequação do apetite, melhorando a qualidade do sono, já que promove liberação de GH durante a noite.
- (C) A fragmentação do sono diminui a leptina e aumenta a grelina, criando um ciclo de hiperfagia diurna e redução do sono REM.
- (D) A resistência à insulina leva a queda da leptina, que por sua vez aumenta a grelina, melhorando a eficiência do sono e reduzindo a fome noturna.
- (E) O aumento simultâneo de leptina e grelina indica uma resposta compensatória normal ao jejum prolongado, sem impacto relevante na ingestão alimentar ou no sono.

46

Homem de 62 anos, tabagista e etilista crônico, apresenta perda ponderal de 12 kg em 3 meses, anorexia e epigastralgia. Endoscopia digestiva alta revela lesão ulcerada na pequena curvatura gástrica, com bordas elevadas e infiltradas. A biópsia confirma adenocarcinoma gástrico. O paciente é submetido a gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.

O anatomopatológico revela:

- tumor de 4,2 cm infiltrando até a subserosa (pT3);
- metástase em 4 linfonodos regionais (pN2);
- ausência de metástases à distância (pM0).

O estadiamento patológico (pTNM, AJCC 8ª edição) desse paciente é

- (A) Estádio IIB.
- (B) Estádio IIIA.
- (C) Estádio IIIB.
- (D) Estádio IIIC.
- (E) Estádio IV.

47

Paciente do sexo feminino, 27 anos, com quadro de dor abdominal epigástrica que evoluiu com migração para fossa ilíaca direita há cerca de 8 horas, associada a náuseas, vômitos e hiporexia. Nega febre.

Ao exame físico, apresenta dor à descompressão de fossa ilíaca direita, sem dor à compressão ou defesa abdominal. Exames laboratoriais mostram leucocitose sem desvio à esquerda.

Considerando a possibilidade diagnóstica de apendicite aguda, o escore de Alvarado dessa paciente é

- (A) 3.
- (B) 4.
- (C) 5.
- (D) 6.
- (E) 7.

48

Paciente do sexo masculino, 39 anos, sem comorbidades, procura atendimento com queixa de pirose 3 a 4 vezes por semana, geralmente após refeições gordurosas. Não apresenta regurgitação noturna ou disfagia. Uso intermitente de antiácido traz alívio parcial. Endoscopia digestiva alta recente é normal. pHmetria de 24 horas mostra índice de refluxo (DeMeester) = 12 (normal < 14,7), com correlação sintoma-refluxo positiva (número de sintomas associados a episódios ácidos = 75%). Manometria esofágica com esfíncter esofágico inferior (EEI) com pressão normal, peristaltismo preservado, relaxamento completo do EEI durante a deglutição.

O diagnóstico mais provável é

- (A) esofagite eosinofílica.
- (B) refluxo gastroesofágico não erosivo (DRGE não erosiva).
- (C) doença do refluxo gastroesofágico erosiva (DRGE erosiva).
- (D) refluxo fisiológico com hipersensibilidade esofágiana.
- (E) acalásia.

Coloproctologia

49

Homem de 68 anos realiza sua primeira colonoscopia para prevenção do câncer colorretal. Ela identifica um pólipó pediculado no cólon descendente de 1,8 cm. O pólipó é completamente retirado por alça diatérmica e a região tatuada por nanquim.

A análise histopatológica revela adenoma viloso com displasia de alto grau; margens livres; ausência de invasão linfática ou vascular; classificado como Haggitt nível 2.

A conduta mais apropriada neste caso é

- (A) quimioterapia adjuvante.
- (B) colectomia segmentar com linfadenectomia.
- (C) ressecção endoscópica adicional com dissecação submucosa (ESD).
- (D) nova colonoscopia em 3 meses com biópsia do leito cicatricial.
- (E) acompanhamento clínico com colonoscopia, conforme vigilância de pólipó maligno de baixo risco.

50

A doença hemorroidária é multifatorial em sua gênese, e diversos elementos anatômicos, fisiológicos e comportamentais contribuem para sua manifestação clínica. O conhecimento dos principais fatores predisponentes é essencial para orientar medidas preventivas e selecionar a abordagem terapêutica mais adequada.

Sobre os fatores predisponentes à doença hemorroidária, assinale a afirmativa correta.

- (A) A posição ortostática reduz a pressão venosa retal e previne o desenvolvimento da doença hemorroidária.
- (B) A diarreia crônica está associada à doença hemorroidária por favorecer o processo evacuatório repetido.
- (C) A gravidez protege contra a doença hemorroidária devido à maior produção de progesterona e relaxina.
- (D) A hipertrofia prostática é um fator causal direto da doença hemorroidária em homens acima dos 50 anos.
- (E) O uso crônico de laxantes irritantes apresenta fator protetor por diminuir o esforço evacuatório.

51

O tratamento cirúrgico da fissura anal crônica e da estenose anal pode demandar técnicas reconstrutivas com retalhos (*flaps*) anocutâneos ou mucocutâneos. O conhecimento das características técnicas e aplicabilidades de cada tipo de *flap* é essencial para a tomada de decisão cirúrgica adequada.

Sobre os procedimentos com retalhos (*flaps*) no tratamento dessas duas doenças, assinale a opção correta.

- (A) O *house flap* é contraindicado em fissura anal associada a hipotonia esfíncteriana.
- (B) A combinação de *flap* anocutâneo com esfínterotomia lateral está associada a piores taxas de cicatrização.
- (C) O *diamond flap* é preferencialmente utilizado em estenoses proximais e envolve mucosa retal.
- (D) A técnica em V-Y permite cobertura de até 25% da circunferência anal e pode ser feita bilateralmente.
- (E) Os *flaps* têm como objetivo o tratamento da hipertonia esfíncteriana.

52

Homem de 42 anos, HIV positivo com carga viral indetectável e CD4 > 500, praticante de sexo anal receptivo, apresentou prurido anal persistente. Citologia anal revelou HSIL (lesão intraepitelial escamosa de alto grau), e biópsia por anoscopia com magnificação confirmou displasia anal de alto grau (NIA 2/3) com margens comprometidas.

A conduta correta neste caso é

- (A) realizar ablação da área afetada guiada por anoscopia de alta resolução.
- (B) encaminhar o paciente para ressecção ampliada da lesão com controle histológico de margens.
- (C) repetir a biópsia em 6 meses para avaliar progressão, pois lesões intraepiteliais não requerem tratamento imediato.
- (D) realizar vigilância anual com citologia anal e toque retal, pois o risco de progressão é irrelevante nesse contexto.
- (E) encaminhar para quimiorradioterapia, pois lesões de alto grau com margens comprometidas devem ser tratadas como câncer anal.

53

Homem de 58 anos constipado crônico de longa data, evacuando uma vez por semana com o auxílio de laxantes e enemas, apresenta exame de imagem com dilatação importante do cólon, especialmente no sigmoide e reto, sem obstrução mecânica associada.

Considerando o diagnóstico e a fisiopatologia da colopatia chagásica, assinale a afirmativa correta.

- (A) O espasmo do esfíncter anal interno é o principal responsável pela obstrução funcional observada no megacólon chagásico.
- (B) A fisiopatologia do megacólon chagásico está relacionada à deservação do plexo de Auerbach, provocando alterações da motilidade com contrações descoordenadas e ineficazes, resultando em constipação crônica e visceromegalia.
- (C) O reflexo inibitório retoanal está invariavelmente ausente nos doentes com megacólon chagásico, sendo utilizado como critério diagnóstico.
- (D) A acalasia do esfíncter anal interno, similar ao que ocorre na doença de Hirschsprung, é responsável pelo megacólon na Doença de Chagas.
- (E) A impaction por bário (baritoma) é uma complicação típica da fase aguda da Doença de Chagas e ocorre por discinesia dos movimentos peristálticos.

54

Pacientes submetidos à ressecção anterior do reto podem apresentar um conjunto de sintomas conhecido como síndrome da ressecção anterior do reto (LARS), uma condição multifatorial que compromete significativamente a qualidade de vida.

Com relação aos fatores que contribuem para a fisiopatologia e gravidade da LARS, é correto afirmar que

- (A) a idade avançada protege contra a LARS pela redução da motilidade colônica.
- (B) a ocorrência de fístulas anastomóticas podem intensificar a LARS por ocasionar fibrose pélvica.
- (C) a ausência de sintomas de incontinência anal afasta o diagnóstico de LARS.
- (D) o risco de LARS não está relacionado ao nível da anastomose.
- (E) o uso de reservatórios colônicos reduz definitivamente os sintomas da LARS, especialmente após 18 meses da cirurgia.

55

Homem de 52 anos, com síndrome metabólica e dois episódios prévios de diverticulite aguda não complicada no período de um ano, apresenta colonoscopia recente mostrando múltiplos óstios diverticulares em sigmoide com diminuição da distensibilidade deste segmento.

Levando-se em conta que o paciente se encontra assintomático há 6 meses, a recomendação atual, com base na literatura, é

- (A) seguimento clínico.
- (B) iniciar terapia com mesalazina como profilaxia anti-inflamatória.
- (C) iniciar tratamento com rifaxina e dieta sem sementes ou caroços.
- (D) repetir a colonoscopia e realizar tomografia antes de indicar cirurgia.
- (E) colectomia eletiva para prevenir novos episódios de diverticulite aguda e suas possíveis complicações.

56

Homem 69 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma obstrutivo do sigmoide sem metástases ao exame de imagem, é submetido a colocação de *stent* metálico autoexpansível como ponte para a cirurgia eletiva.

A principal vantagem desta estratégia, de acordo com a literatura atual, é

- (A) a redução da taxa de recidiva da doença.
- (B) a redução da mortalidade oncológica a longo prazo.
- (C) o aumento da taxa de anastomose sem necessidade de ostomia.
- (D) a melhora do controle linfonodal com margens cirúrgicas mais amplas.
- (E) a eliminação da necessidade de ressecção tumoral em pacientes selecionados.

57

Homem de 35 anos com HIV relata prurido e sensação de queimação perianal há duas semanas. Ao exame observa-se eritema brilhante com áreas maceradas e presença de pústulas satélite na borda das lesões.

O agente etiológico mais provável neste caso é

- (A) *Candida albicans*.
- (B) *Trichophyton rubrum*.
- (C) *Staphylococcus aureus*.
- (D) *Enterobius vermicularis*.
- (E) *Corynebacterium minutissimum*.

58

Mulher de 28 anos, com queixa de febre, tenesmo e secreção purulenta retal, realiza swab retal que detecta *Neisseria gonorrhoeae*.

Nesse caso, o tratamento preconizado segundo as Diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde para atenção às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST), é

- (A) metronidazol 400mg (VO) – 8/8h por 7 dias.
- (B) doxiciclina 100mg (VO) – 12/12h por 14 dias.
- (C) azitromicina 500mg (VO) – 1 vez por dia – 5 dias.
- (D) ceftriaxona 500mg (IM) + azitromicina 1G (VO) – dose única.
- (E) benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI (IM) – dose única.

59

A diferenciação precisa entre o cólon sigmoide e o reto tem importantes implicações no tratamento das neoplasias malignas.

Entre os critérios utilizados, o que é considerado atualmente como o mais confiável e reprodutível para definir anatomicamente a transição entre o reto e o cólon sigmoide é

- (A) o limite proximal do mesorreto e a identificação da última valva retal, visíveis na Ultrassonografia de alta resolução.
- (B) a identificação da segunda valva de Houston na retossigmoidoscopia rígida.
- (C) a identificação do ângulo de 90 graus retossigmoidiano na retossigmoidoscopia flexível.
- (D) a identificação do rechaço do peritônio e do promontório sacral na tomografia computadorizada de pelve.
- (E) a interseção do ponto de angulação do sigmoide e o limite proximal do mesorreto observado na RNM de pelve.

60

Mulher de 64 anos, apresenta adenocarcinoma de reto médio moderadamente diferenciado, com estadiamento pré-operatório T2 N1 M0.

Nesse caso, a conduta inicial neste caso deve ser

- (A) terapia neoadjuvante total.
- (B) neoadjuvância com radioterapia.
- (C) neoadjuvância com quimioterapia.
- (D) neoadjuvância com radioquimioterapia padrão.
- (E) retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto.

61

Embora o câncer colorretal compartilhe princípios comuns de tratamento cirúrgico, os tumores localizados no reto apresentam maior risco de recidiva local quando comparados aos de cólon.

Nos tumores retais, o critério mais claramente relacionado ao risco de recorrência local é

- (A) tamanho do tumor > T4.
- (B) invasão linfonodal.
- (C) distância da fásia mesorretal < 1 mm.
- (D) invasão perineural.
- (E) acometimento da luz retal > 2/3.

62

Homem de 50 anos, assintomático, realizou colonoscopia de rotina que evidenciou uma lesão vegetante no reto, localizada a 4 cm do ânus, ocupando cerca de 1/4 da luz retal, cuja biópsia revelou tratar-se de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Os exames de estadiamento pré-operatórios demonstraram lesão T1, sem invasão linfovascular ou linfonodos comprometidos.

Nesse caso, a melhor conduta neste caso é

- (A) excisão local, pois o tumor é T1, sem critérios de risco.
- (B) quimioterapia neoadjuvante antes de qualquer terapia.
- (C) ressecção anterior baixa, com excisão total do mesorreto, devido ao risco de metástase linfonodal.
- (D) amputação abdominoperineal do reto pois a distância da borda anal não permite preservação do órgão.
- (E) terapia com FOLFOX exclusiva, pois trata-se de doente jovem com possibilidade de resposta completa com esta droga.

63

Durante a realização da técnica LIFT para o tratamento de uma fístula transesfincteriana longa, o cirurgião acessa o espaço interesfincteriano por uma incisão lateral ao esfíncter interno.

Um procedimento essencial e correto para a execução perfeita dessa técnica é a

- (A) ressecção completa do trajeto fistuloso externo, até o espaço interesfincteriano com ligadura proximal.
- (B) oclusão do orifício interno por abaixamento mucoso antes da ligadura do trajeto fistuloso no espaço intersfincteriano.
- (C) ligadura do trajeto fistuloso no espaço interesfincteriano antes da curetagem distal.
- (D) curetagem do orifício interno antes da ligadura do trajeto fistuloso no espaço interesfincteriano.
- (E) introdução de seton de drenagem no trajeto externo após a ligadura interesfincteriana do trajeto fistuloso.

64

Homem de 66 anos, hipertenso, com IMC = 30 kg/m² e varizes em membros inferiores é internado para retossigmoidectomia laparoscópica eletiva devido à adenocarcinoma de reto em um hospital com protocolo ERAS/ACERTO instalado.

De acordo com as recomendações atuais, a conduta mais adequada para a profilaxia de eventos tromboembólicos neste caso é

- (A) iniciar heparina de baixo peso molecular 12 horas após o término da cirurgia e mantê-la até a alta hospitalar.
- (B) usar meias de compressão graduada intraoperatória e iniciar deambulação precoce fisioterapia motora no pós-operatório imediato, por tratar-se de cirurgia videolaparoscópica.
- (C) iniciar heparina de baixo peso molecular no pré-operatório imediato e mantê-la até a alta hospitalar.
- (D) iniciar a profilaxia medicamentosa após 24 horas do término da cirurgia e deambulação precoce fisioterapia motora no pós-operatório imediato.
- (E) iniciar heparina de baixo peso molecular no pré-operatório imediato, mantendo-a por 28 dias, associada a deambulação precoce.

Cirurgia Geral

65

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/mm³. 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.

66

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.

67

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.

68

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.

69

Homem jovem de 22 anos com ferimento por arma de fogo no hemitórax esquerdo. Apresenta taquipneia, taquicardia e saturação 90% em ar ambiente. É realizada toracostomia de emergência, aspirando-se 1.200 mL de sangue em 15 minutos.

Nesse caso, o próximo passo será

- (A) continuar aspirando e reavaliar em 30 minutos antes de tomar decisão cirúrgica.
- (B) solicitar angiotomografia torácica antes de indicação cirúrgica.
- (C) concluir toracotomia de emergência, sem demora para exame de imagem.
- (D) transferir o paciente para UTI com dreno e prescrever anticoagulação profilática.
- (E) encaminhar para videotoracoscopia eletiva após 24 h de estabilização.

70

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 lúcido, 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.

71

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 lúcido, 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.

72

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) punccionar 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°.

73

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.

74

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.

75

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.

76

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/mm³, hematócrito: 33%, Hemoglobina 12 g/dL, lactato de 20 mg/dL, NA⁺ 131 mEq/L, K⁺ 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%.

77

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.

78

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 celíaco.
- (B) artéria hepática comum.
- (C) artéria hepática própria.
- (D) artéria gastroduodenal.
- (E) artéria supraduodenal.

79

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.

80

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

Realização

