

004. PROVA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO EM **CIRURGIA GERAL** OU **ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA**

Especialidades: **Cirurgia do Aparelho Digestivo** | **Cirurgia Oncológica** | **Cirurgia Pediátrica** | **Cirurgia Plástica** | **Cirurgia Torácica** | **Cirurgia Vascul**ar | **Coloproctologia** | **Urologia**

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- ◆ Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- ◆ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ◆ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ◆ A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- ◆ Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova, assinando termo respectivo.
- ◆ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- ◆ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

Nome do candidato _____

RG _____

Inscrição _____

Prédio _____

Sala _____

Carteira _____

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

CIRURGIA GERAL

01. Homem de 29 anos procura atendimento por quadro de diarreia mucossanguinolenta associada a tenesmo retal e urgência evacuatória. Queixa-se ainda de dor abdominal esporádica leve e relata que o início dos sintomas foi há cerca de 4 semanas. Nega febre e perda ponderal. Refere que as evacuações se tornaram urgentes e frequentes, com sensação de evacuação incompleta. Ao exame físico, apresenta dor à palpação abdominal profunda, sem sinais de peritonite ou massas palpáveis. Ao toque retal, apresenta discreta quantidade de muco e sangue em dedo de luva. Região perianal sem alterações como mamilos hemorroidários ou fissuras.

O diagnóstico mais provável é

- (A) retocolite ulcerativa idiopática.
- (B) síndrome do intestino irritável.
- (C) doença de Crohn.
- (D) gastroenterocolite infecciosa.
- (E) giardíase.

02. Quais pólipos são relacionados à síndrome de Peutz-Jeghers?

- (A) Adenomas.
- (B) Adenomas serrilhados.
- (C) Hamartomas.
- (D) Hiperplásicos.
- (E) Inflamatórios.

03. Assinale a alternativa correta sobre as manifestações clínicas da infecção pelo *H. pylori*.

- (A) A maioria dos infectados tem sintomas gastrointestinais significativos já nos primeiros meses após a infecção.
- (B) A infecção pelo *H. pylori* isoladamente já é suficiente para o desenvolvimento do carcinoma gástrico, mesmo na ausência de outros fatores de risco.
- (C) As úlceras gástricas têm menos associação com a infecção pelo *H. pylori* do que as úlceras duodenais, sendo essas últimas mais frequentemente causadas por uso de anti-inflamatórios.
- (D) Pacientes que desenvolvem úlcera duodenal após a infecção têm menor risco de desenvolvimento de câncer gástrico.
- (E) O linfoma MALT ocorre apenas nas infecções pelo *H. pylori* associadas a úlceras gástricas.

04. Assinale a alternativa correta sobre a fisiopatologia e as manifestações clínicas da cirrose hepática.

- (A) Na cirrose avançada, observa-se tipicamente uma vasoconstrição esplâncnica característica.
- (B) A encefalopatia hepática ocorre pela ação da amônia sobre o sistema nervoso central, sem a participação de outros mediadores inflamatórios.
- (C) A disfunção imunológica da cirrose hepática é decorrente de uma resposta descontrolada a infecção bacteriana, levando à síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS).
- (D) O comprometimento renal relacionado à cirrose é decorrente da ação de citocinas inflamatórias sobre a microvasculatura renal, entre outros fatores.
- (E) Na inflamação sistêmica relacionada à cirrose, secundária à disfunção hepática, não se observa aumento da permeabilidade intestinal.

05. Um homem de 40 anos, previamente hígido, é admitido na sala de emergência após atropelamento por automóvel. Encontra-se consciente e orientado, porém pálido, sudorético e agitado. Relata dor abdominal intensa. Ao exame: PA: 80 × 60mmHg; FC: 124 bpm; FR: 24 irpm. Perfusão periférica alentecida (tempo de enchimento capilar > 4 segundos), abdome doloroso e tenso, com sinais de peritonite. Está sendo submetido a laparotomia exploradora para controle de danos. Foi realizada passagem de cateter vesical de demora, que permaneceu sem débito durante toda a abordagem, apesar da reposição volêmica recebida.

Assinale a alternativa correta sobre os mecanismos compensatórios de preservação da função dos órgãos vitais observados nesse paciente.

- (A) A ativação dos barorreceptores durante o estado de choque inibe a atividade simpática e aumenta o tônus parassimpático, com conseqüente redução da contratilidade miocárdica.
- (B) A angiotensina II atua na conversão da angiotensina I no endotélio pulmonar e não tem efeitos sobre a função renal.
- (C) A aldosterona participa de forma independente na ativação do sistema renina-angiotensina.
- (D) O hormônio antidiurético (ADH) conserva a água livre através da reabsorção da água nos túbulos coletores do córtex renal. Seu principal estímulo é mediado por barorreceptores e centros hipotalâmicos.
- (E) A vasoconstrição promovida pelas catecolaminas ocorre de forma homogênea em todos os territórios vasculares para assegurar uma perfusão tecidual global adequada.

06. Os mecanismos fisiopatológicos do choque, descritos por Blalock na década de 30, permanecem ainda relevantes nos dias de hoje. Com base nessa classificação, assinale a alternativa correta.

- (A) O choque vasogênico corresponde ao quadro de hipoperfusão tecidual causada pelo aumento abrupto da resistência vascular sistêmica.
- (B) O choque neurogênico tem como causa a perda de grandes volumes de fluidos corporais extracelulares.
- (C) O choque hematogênico é decorrente da perda do volume sanguíneo circulante, como nos casos de hemorragia aguda.
- (D) O choque cardiogênico é proveniente de uma vasodilatação exacerbada associada à redistribuição do fluxo, como nos casos de sepse grave.
- (E) A perda de grandes volumes de fluidos nos casos de diarreia, vômitos ou fistulas enterais explica a fisiopatologia do choque distributivo.

07. Homem de 60 anos, em regime de internação hospitalar há duas semanas por sepse de foco abdominal por diverticulite operada, apresenta fístula entérica de alto débito (> 500 mL/24horas), impossibilitando a alimentação por via entérica. Iniciou nutrição parenteral total (NPT) há 10 dias. Nos últimos dias, iniciou quadro de febre persistente com secreção purulenta ao redor do sítio de inserção do cateter venoso central, bem como icterícia leve e elevação das enzimas hepáticas. Apresenta ainda dificuldade no desmame da ventilação mecânica.

Considerando o quadro clínico, assinale a alternativa mais adequada.

- (A) A NPT apresenta baixo risco infeccioso por ser uma solução estéril. A febre possivelmente deve estar relacionada à fístula entérica ou a coleções intra-abdominais.
- (B) Carboidratos em excesso na formulação da NPT podem levar a um aumento do CO₂ e consequente refratariedade ao desmame da ventilação mecânica.
- (C) A translocação bacteriana não é uma hipótese para este caso por ser mais comum em pacientes críticos recebendo nutrição enteral do que naqueles em NPT.
- (D) A toxicidade hepática induzida pela NPT é decorrente da hiperglicemia persistente, sem outros fatores relacionados à formulação.
- (E) Formulações parenterais com alto teor de proteínas não são associadas a complicações clínicas relevantes, devendo ser preferidas em pacientes com grande consumo metabólico.

08. Um paciente etilista crônico de 45 anos apresenta dor abdominal epigástrica súbita e intensa com irradiação em faixa para o dorso. Apresentou múltiplos episódios de vômitos intensos e náuseas. Foi admitido no pronto atendimento com hipotensão (PA: 90 × 60 mmHg), taquicardia (FC: 120 bpm) e febre (38,7 °C). Ao exame, apresenta regular estado geral, abdome doloroso difusamente, mas sem sinais de peritonite. Exames laboratoriais: amilase sérica: 1.240 mg/dL; lipase: 1.700 mg/dL; leucócitos: 16.000/mm³; proteína C reativa: 21 mg/dL e creatinina: 1,9 md/dL. A tomografia abdominal descreve edema pancreático difuso com áreas de necrose. O paciente foi internado em terapia intensiva e iniciou período de reposição volêmica vigorosa com solução cristalóide, analgesia e antibioterapia, devido à suspeita de evolução infecciosa da necrose pancreática. A equipe titular discute agora a melhor estratégia nutricional.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Manter o paciente em jejum absoluto até a completa resolução do quadro agudo. Estímulos enterais neste momento aumentam o risco de infecção.
- (B) A nutrição parenteral total precoce está indicada neste momento como estratégia de prevenção da desnutrição e profilaxia da translocação bacteriana.
- (C) Iniciar nutrição enteral com sonda pós-pilórica nas primeiras 24 horas de internação reduz o risco de complicações infecciosas, o tempo de internação e a mortalidade relacionada à pancreatite.
- (D) Iniciar uso diário de procinéticos associados à nutrição enteral, pois há indícios robustos de benefícios na redução de complicações infecciosas da pancreatite aguda grave.
- (E) Aguardar a normalização dos níveis de amilase sérica previamente ao início da dieta oral, que deve ser pobre em gorduras.

09. Uma mulher de 55 anos, com histórico de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* do tipo 2, é admitida para cirurgia eletiva videolaparoscópica (colecistectomia). Ela apresenta IMC de 42,9 kg/m². Na avaliação pré-anestésica, houve a discussão sobre os cuidados perioperatórios com essa paciente, principalmente devido a seu estado nutricional.

A esse respeito, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de paciente com obesidade grau II. Neste cenário, o excesso de peso não representa um fator de risco relevante para complicações cirúrgicas.
- (B) Há maior risco de complicações perioperatórias devido ao acúmulo de gordura abdominal. Do ponto de vista metabólico, no entanto, não são observadas diferenças significativas em comparação a pacientes eutróficos.
- (C) Há pouca comprovação de que o IMC tenha relação com morbidade e mortalidade perioperatórias. Este índice, apesar de amplamente utilizado, tem utilidade limitada na avaliação pré-operatória.
- (D) Há necessidade de ajuste do IMC de acordo com a idade e o sexo, pois, na classificação tradicional, só há validação para crianças e adultos jovens.
- (E) A associação de fatores de risco oferece significativa chance de complicações e distúrbios endócrinos, cardiovasculares e imunológicos.

10. Mulher de 30 anos, hígida, foi submetida a cirurgia para ressecção de cisto dermoide na região esternal. O procedimento transcorreu sem complicações. A paciente manifestou sua preocupação com o risco de formação de cicatrizes inestéticas, pois já apresentou uma cicatriz hipertrófica no local de uma queimadura, no membro superior, ocorrida na infância. Ao exame, a ferida cirúrgica se encontra em bom aspecto. O fechamento foi feito com pontos simples.

Quais orientações podem ser dadas à paciente como medidas de profilaxia para a cicatrização anormal?

- (A) O uso de roupas de pressão deveria ser iniciado imediatamente após o fechamento da pele, mesmo na ocorrência de uma deiscência parcial.
- (B) A aplicação de curativos à base de gel de silicone, após a cicatrização inicial, colabora com a manutenção da hidratação da ferida e ajuda na redução da espessura, do prurido e do desconforto local.
- (C) O risco de formação de cicatriz hipertrófica ou de quelóide não está relacionado com a tensão no fechamento cirúrgico da ferida, tampouco com a localização anatômica.
- (D) Uso de protetor solar sobre a ferida operatória é contraindicado devido ao risco de impregnação da ferida por agentes emulsionantes presentes nas formulações.
- (E) Loções hidratantes e curativos oclusivos devem ser evitados, pois aumentam o risco de infecção local e deiscência de ferida.

11. Homem de 30 anos e 70 kg, hígido, foi vítima de ferimento por arma branca. É admitido na sala de emergência e apresenta PA: 90 × 60 mmHg; FC: 130 bpm; FR: 30 irpm; pele fria e pálida. Exames laboratoriais: hemoglobina de 11,2 g/dL; hematócrito de 34%; gasometria arterial evidencia acidose metabólica leve. A estimativa de sangramento é de 1.600 ml. Após um período de estabilização inicial com reposição de cristaloides, a equipe médica está discutindo a necessidade de transfusão de sangue.

Com base nos critérios de decisão frente ao grau de anemia aguda, assinale a alternativa correta.

- (A) Não há necessidade de transfusão, pois a hemoglobina está acima de 11 g/dL.
- (B) O paciente apresenta choque hemorrágico de classe II, portanto a transfusão de hemácias é obrigatória.
- (C) A perda estimada classifica a hemorragia como classe III. Nesses casos, a transfusão de hemácias provavelmente será necessária e deve-se proceder com tipagem e reserva de sangue.
- (D) A perda sanguínea classifica o choque como classe IV, portanto está indicada hemotransfusão maciça com sangue do tipo O negativo.
- (E) A decisão de transfundir, neste caso, dependerá da dosagem laboratorial das plaquetas e do coagulograma.

12. Um homem de 65 anos está sendo admitido na sala cirúrgica para um procedimento de urgência. Apresentou dor abdominal em fossa ilíaca esquerda associada a náuseas e distensão abdominal com início há 12 horas. Ao exame físico, apresenta massa dolorosa, irreductível e endurecida na região da fossa ilíaca esquerda, além de ruídos hidroaéreos difusamente aumentados. A radiografia de abdome realizada na sala de emergência evidenciou níveis hidroaéreos de distensão de alças de intestino delgado na região. O paciente não apresenta comorbidades ou alergias conhecidas. O cirurgião solicita que seja realizada a profilaxia antimicrobiana perioperatória adequada, caso seja indicada para o quadro. Nesse caso,

- (A) não é necessária profilaxia antimicrobiana.
- (B) deve ser administrada cefazolina, 2 g, em dose única, previamente à incisão da pele.
- (C) deve ser administrada cefazolina, 2 g, antes da incisão da pele, e mantida por ao menos 48 horas após o procedimento.
- (D) deve ser administrada cefazolina, 2 g, antes da incisão da pele, com possível associação de metronidazol.
- (E) deve ser administrada vancomicina, 2 g, associada à clindamicina, 600 mg, em dose única, antes da incisão da pele.

13. Durante a colecistectomia videolaparoscópica eletiva de um paciente jovem, o médico residente opta pelo fechamento da parede abdominal com fio absorvível para a aproximação da aponeurose. O preceptor questiona a escolha do fio, lembrando que o fechamento dessa estrutura deve garantir uma maior e mais prolongada força tênsil, minimizando o risco de hernias e, ao mesmo tempo, tendo baixa reação tecidual, evitando a formação de granulomas.

Com base nas características dos materiais de sutura, qual dos seguintes fios absorvíveis seria o mais adequado para o fechamento da bainha anterior do músculo reto abdominal?

- (A) CatGut simples.
- (B) Monocryl (poliglecarpone 25).
- (C) Vicryl (poliglactina 910).
- (D) PDS II (polidioxanona).
- (E) Seda cirúrgica.

14. Uma mulher de 55 anos, previamente hígida, é submetida à retossigmoidectomia eletiva por doença diverticular recorrente. A cirurgia foi realizada com preparo de cólon prévio e adequado e transcorreu sem intercorrências, sendo realizada anastomose primária. No pós-operatório, evoluiu satisfatoriamente nos primeiros dias, recebendo dieta progressiva com aceitação adequada. No sexto dia do pós-operatório, iniciou quadro de febre persistente com temperaturas de até 39,3 °C. Ao exame, a ferida operatória se encontra limpa e seca, sem sinais de infecção ou coleções. A ausculta pulmonar é limpa, e o abdome é flácido, sem sinais de peritonite. Não há sintomas urinários ou secreções em cateteres.

Com base na conduta mais adequada para o caso, assinale a alternativa correta.

- (A) A febre após mais de 72 horas de pós-operatório provavelmente está relacionada à atelectasia, devendo-se aguardar melhora espontânea e administrar a febre com antitérmicos.
- (B) O uso empírico de antibióticos deve ser iniciado imediatamente, mesmo antes da coleta de exames laboratoriais devido ao risco iminente de sepse.
- (C) Hemoculturas somente devem ser coletadas se houver sinais de infecção em órgãos alvo como na suspeita de pneumonia ou infecção urinária.
- (D) A persistência de febre sem foco definido após o quinto dia de pós-operatório exige a realização de tomografia computadorizada para avaliação de focos abdominais de infecção oculta.
- (E) Uroculturas com mais de 103 UFC/mL são definidoras de infecção do trato urinário mesmo em pacientes assintomáticos.

15. Homem de 37 anos é submetido a hemorroidectomia eletiva com raquianestesia e sedação. A cirurgia não teve intercorrências, e o paciente recebeu hidratação venosa vigorosa durante o intraoperatório e no período de 2 horas em que permaneceu na sala de recuperação anestésica. Seis horas após a cirurgia, queixou-se de dor abdominal na região hipogástrica, sem vômitos, náuseas ou diarreia. Ao exame, apresenta dor à palpação suprapúbica e maciez a punho-percussão da região.

Com base no quadro clínico, assinale a alternativa mais adequada.

- (A) A retenção urinária aguda é incomum após cirurgias anorretais, especialmente em pacientes idosos.
- (B) O manejo inicial é a hidratação venosa rigorosa para estímulo ao reflexo miccional.
- (C) O uso de antiespasmódicos deve ser realizado previamente às tentativas de cateterização vesical para restauo do tônus vesical e auxílio no esvaziamento.
- (D) A cateterização vesical de alívio é preferida à sondagem prolongada, especialmente em pacientes jovens e com baixo risco de novas retenções.
- (E) A cateterização vesical de alívio deve ser realizada apenas nos pacientes com dor intensa e sinais de infecção urinária. Os demais casos devem ser estimulados à deambulação e tentativa de esvaziamento vesical espontâneo.

16. Um paciente de 85 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e osteoporose, foi hospitalizado para realização de colecistectomia videolaparoscópica por colecistite aguda. Previamente à internação, fazia uso de bengala para deambulação, apresentando marcha de pequenos passos e discreta limitação funcional para subir escadas (necessitava fazer uso do corrimão). A cirurgia transcorreu sem intercorrências, mas necessitou permanecer internado devido à antibioticoterapia que se fez necessária por alguns dias. O paciente apresentou, ao longo da semana, piora do status funcional e queixas de fraqueza. Mostra-se, agora, incapaz de deambular de forma independente, necessitando de auxílio até mesmo para levantar-se do leito. Não apresenta febre, dor ou sinais infecciosos.

Com base no quadro clínico, assinale a alternativa correta.

- (A) O descondicionamento é esperado apenas em pacientes com internação prolongada (> 15 dias). Neste caso, deve-se considerar a ocorrência de complicações como acidente vascular cerebral ou infecções ocultas.
- (B) Pacientes com limitação funcional previamente documentada, mesmo que discreta, estão em maior risco de evoluir com descondicionamento pós-operatório.
- (C) A principal medida de prevenção dessa condição é a manutenção de repouso absoluto nas primeiras 72 horas de internação para favorecimento da cicatrização.
- (D) A perda funcional nesses pacientes costuma ser irreversível e, portanto, é sugerida a adaptação do ambiente doméstico à nova realidade motora do paciente.
- (E) O descondicionamento pós-operatório está mais relacionado a doenças de base, que resultaram na internação, do que à imobilidade propriamente dita.

17. Um homem de 68 anos, com antecedentes de diabetes e hipertensão arterial, foi submetido a angioplastia de coronária com implante de *stent* farmacológico há 3 meses, após um infarto agudo do miocárdio. Faz uso atual de ácido acetilsalicílico, 100 mg ao dia, e clopidogrel, 75 mg ao dia. Está realizando consulta com cirurgião por ter diagnosticado, algumas semanas antes do evento coronariano, uma lesão neoplásica precoce, localizada no cólon sigmoide, medindo 5,0 cm de diâmetro, para a qual foi indicada ressecção endoscópica por dissecação endoscópica da submucosa (ESD). Segundo as diretrizes atuais, a conduta mais apropriada para o caso é

- (A) suspensão imediata da dupla antiagregação por 7 dias antes do procedimento, reiniciando no pós-operatório imediato.
- (B) realizar o procedimento, mantendo apenas o ácido acetilsalicílico e suspendendo o clopidogrel por 7 dias.
- (C) realizar terapia ponte com heparina não fracionada, suspendendo a dose imediatamente anterior ao procedimento.
- (D) adiar o procedimento por ao menos 6 meses após o implante do *stent* farmacológico, se possível.
- (E) adiar o procedimento por ao menos 12 meses após o implante do *stent* farmacológico, se possível.

18. Homem de 54 anos, tabagista de longa data, é admitido no pronto atendimento com dor abdominal intensa e sinais de irritação peritoneal. Tem antecedente de infarto agudo do miocárdio há 4 meses, hipertensão arterial mal controlada e insuficiência cardíaca congestiva com fração de ejeção de 25%, relatando dispnéia aos esforços. O paciente é diagnosticado com apendicite aguda complicada com perfuração.

De acordo com a classificação ASA (American Society of Anesthesiologists), qual é a categoria apropriada para este paciente?

- (A) ASA II E
- (B) ASA III E
- (C) ASA IV E
- (D) ASA V E
- (E) ASA VI

19. Um adolescente de 15 anos sofreu queimaduras de segundo grau em cerca de 15% da superfície corporal total (SCQ) após acidente doméstico com combustível líquido. As lesões concentram-se no tórax anterior e abdome. As vias aéreas estão pervias e sem sinais de inalação de fumaça. O paciente pesa 75 kg e mede 1,80 m. O hospital local possuiu equipe de cirurgia de retaguarda, mas não dispõe de unidade de queimados. De acordo com as diretrizes para encaminhamento, a conduta mais adequada é

- (A) tratar o paciente no próprio hospital, pois é um paciente com biotipo de adulto com menos de 20% da SCQ.
- (B) iniciar tratamento imediato com reposição volêmica e analgesia. Manter o paciente no hospital local para avaliação da extensão das lesões por ao menos 72 horas.
- (C) solicitar avaliação da cirurgia plástica de forma eletiva após a alta, caso haja necessidade de enxertia, não sendo indicada transferência imediata.
- (D) transferir o paciente para centro de referência em queimados, por apresentar queimaduras que envolvem o tórax superior.
- (E) transferir o paciente para centro de referência em queimados, por apresentar queimadura de espessura parcial em mais de 10% da SCQ.

20. Um paciente de 82 anos apresenta disfagia de transmissão e episódios frequentes de internação hospitalar devido a pneumonia aspirativa. Encontra-se acamado devido a seqüela de acidente vascular cerebral, após o qual teve implantado uma derivação ventriculoperitoneal (DVP), confeccionada há seis meses. Apresenta histórico prévio de duodenorrafia por laparotomia devido a úlcera perforada há cerca de 20 anos. A equipe cirúrgica discute a possibilidade de realização de uma gastrostomia endoscópica percutânea (GEP).

Assinale a alternativa correta quanto à indicação desse procedimento.

- (A) O paciente apresenta contraindicação absoluta ao procedimento devido à presença de DVP. Há risco elevado de infecção ao sistema nervoso central ou obstrução do dreno.
- (B) A realização de laparotomia prévia contraindica o procedimento de forma relativa, devendo ser preferida a via cirúrgica ou guiada por radiologia intervencionista.
- (C) O procedimento apresenta contraindicação relativa devido à presença de DVP. A laparotomia anterior não acrescenta risco ou dificuldade ao procedimento.
- (D) O procedimento está bem indicado, devendo ser realizada endoscopia para avaliação da transluminação e digitopressão abdominal. Caso seja possível, está indicada profilaxia antimicrobiana previamente.
- (E) O procedimento é contraindicado de forma absoluta por não haver prognóstico de melhoria do status neurológico do paciente. A administração de dieta nasoenteral é preferível e menos invasiva.

- 21.** Assinale a alternativa correta sobre as principais indicações de transplante hepático.
- (A) Em adultos, a principal indicação é a colangite esclerosante primária.
 - (B) Cirrose não colestática é a principal indicação nos adultos.
 - (C) A principal indicação nas crianças é a hepatite viral crônica.
 - (D) Em crianças, os erros inatos do metabolismo são responsáveis pela maioria das indicações.
 - (E) Neoplasias malignas são indicações comuns nos adultos, especialmente na doença metastática gastrointestinal.
- 22.** Um paciente de 59 anos, portador de cirrose hepática de etiologia alcoólica, está em acompanhamento ambulatorial. Apresenta um nódulo de 2,5 cm localizado no segmento VIII do fígado. Não há trombose de veia porta. A dosagem de alfa-fetoproteína (AFP) é de 480 ng/mL. Considerando a importância desse marcador tumoral no rastreamento e no diagnóstico do carcinoma hepatocelular (CHC), assinale a alternativa correta.
- (A) A dosagem isolada de AFP tem alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de CHC. Níveis superiores a 200 ng/mL confirmam o diagnóstico, mesmo na ausência de imagens suspeitas.
 - (B) A AFP pode estar elevada, mesmo em condições benignas como a hepatite viral em atividade e cirrose, o que reduz sua especificidade para o diagnóstico do CHC.
 - (C) A AFP não tem função no rastreamento de pacientes com cirrose hepática. O ultrassom de abdome ainda mostra melhores níveis de acurácia diagnóstica.
 - (D) A elevação da AFP é específica apenas nos tumores hepáticos de origem germinativa.
 - (E) A dosagem de AFP não tem utilidade no seguimento operatório do CHC, sendo indicada apenas no diagnóstico inicial.
- 23.** Um paciente de 65 anos, tabagista de longa data, apresenta um carcinoma epidermoide assoalho bucal à direita, confirmado por biópsias. O exame físico revela linfonodo palpável no nível IB da classificação dos níveis linfonodais cervicais. Quais linfonodos estão acometidos nesse paciente?
- (A) Linfonodos submentonianos.
 - (B) Linfonodos submandibulares.
 - (C) Cadeia jugular superior.
 - (D) Cadeia jugular inferior.
 - (E) Cadeia linfonodal central paratraqueal.
- 24.** Uma mulher de 32 anos, previamente hígida, procura atendimento médico por presença de nódulo único na mama direita, percebido há 3 meses. Ao exame: massa palpável de 2,5 cm, móvel, indolor e bem delimitada. Solicitada mamografia, que mostra imagem nodular densa, ovalada e com margens regulares. O laudo conclui o achado de fibroadenoma. A ultrassonografia corroborou o achado de nódulo sólido, de aspecto hipoeoico, com limites bem definidos. Não satisfeito, o médico mastologista solicitou que a biópsia fosse realizada. O laudo anatomopatológico demonstrou tratar-se de proliferação benigna de numerosos ductos compactos, formando uma lâmina de pequenas glândulas com estroma de suporte escasso. O diagnóstico mais provável é
- (A) fibroadenoma.
 - (B) hamartoma.
 - (C) adenoma tubular.
 - (D) carcinoma ductal.
 - (E) papiloma intraductal.
- 25.** Mulher de 50 anos, residente em área de população ribeirinha no norte do país, procura atendimento por nódulo tireoidiano. Ao exame físico, apresenta nódulo único em lobo direito, medindo 3,2 cm, firme e indolor. Não se percebem linfonodos palpáveis. Foi submetida há 6 meses a uma punção aspirativa com agulha fina (PAAF) devido a crescimento do nódulo, documentado com dois ultrassons realizados em um intervalo de seis meses.
- Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta.
- (A) O diagnóstico definitivo só pode ser estabelecido pela PAAF, que diferencia adenoma de carcinoma folicular.
 - (B) O carcinoma folicular está fortemente associado à exposição ocupacional à radiação cervical, assim como o carcinoma papilífero.
 - (C) O diagnóstico histopatológico do carcinoma folicular exige a documentação de invasão capsular ou vascular pelo exame histopatológico.
 - (D) O carcinoma folicular apresenta disseminação linfática preferencialmente. O acometimento das cadeias linfonodais costuma ser precoce.
 - (E) O prognóstico do carcinoma folicular é geralmente ruim, principalmente quando comparado ao anaplásico.

26. Um homem de 45 anos é admitido no pronto-socorro com queixa de diarreia aquosa importante, com início há aproximadamente 3 semanas. Neste período, apresentou importante perda de peso (cerca de 10 kg). Associam-se queixas de fadiga, câimbras frequentes inexplicáveis e tontura. A diarreia persiste mesmo durante o jejum e tem alto volume diário (superior a 4 litros). Nega febre, dor abdominal severa ou sangramento intestinal. Os exames laboratoriais realizados na emergência mostram hipocalemia severa (potássio sérico de 2,2 mEq/L), acidose metabólica hiperclorêmica com pH de 7,28, HCO₃ de 16 mEq/L e cloro de 118 mEq/L. Há ainda redução dos níveis de magnésio e fósforo séricos. A gastrina sérica se encontra normal e não há alteração nos níveis de ácido 5-hidroxi-indolacético na urina. A tomografia de abdome revela uma lesão sólida hipervascular localizada no corpo do pâncreas com 4,2 cm de diâmetro e com associação de implantes hepáticos secundários.

Qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Tumor carcinoide metastático.
- (B) Síndrome de Zollinger-Ellison associada a gastrinoma pancreático.
- (C) Pancreatite crônica com síndrome disabsortiva.
- (D) Adenocarcinoma ductal de pâncreas.
- (E) VIPoma pancreático com síndrome WDHA.

27. Um agricultor de 60 anos, proveniente do sul da Bahia, procura atendimento por queixa de disfagia há 1 ano. Refere início de dificuldade para ingerir sólidos, mas que atualmente tem regurgitação inclusive para líquidos. Refere perda ponderal de 15 kg no período. A endoscopia digestiva alta revelou grande quantidade de resíduos alimentares no esôfago (mesmo o paciente tendo recebido apenas dieta líquida no dia anterior). A manometria revelou achado de pressão de relaxamento integrada (IRP) de 20 mmHg com peristaltismo ausente em todas as deglutições e ausência de pressurização panesofágica ou contrações espásticas.

Qual é a classificação do distúrbio de motilidade apresentado pelo paciente segundo a classificação de Chicago?

- (A) Acalasia tipo I (espástica).
- (B) Acalasia tipo II (com compressão esofágica).
- (C) Acalasia tipo I (clássica).
- (D) Obstrução funcional da junção esofagogástrica.
- (E) Peristalse ineficaz com relaxamento da junção esofagogástrica.

28. Uma jovem é trazida à sala de emergência após ingestão voluntária de produto para limpeza industrial (hidróxido de sódio) em tentativa de autoexterminio. Estima-se que ela tenha ingerido 200 ml há cerca de 45 minutos. Ao exame, encontra-se agitada, com importante sialorreia, estridor e rouquidão. Relata dor retroesternal intensa. Está consciente; apresenta PA: 130 × 80 mmHg; FC: 105 bpm e saturação de oxigênio de 91% em ar ambiente.

A conduta imediata mais apropriada é

- (A) lavagem gástrica com solução salina e carvão ativado.
- (B) antibioticoterapia empírica e estudo contrastado do esôfago com contraste não baritado.
- (C) solicitar broncoscopia e preparar a equipe cirúrgica para realização de cricotireoidostomia, se necessário.
- (D) solicitar endoscopia digestiva alta e passagem de sonda nasoesofágica.
- (E) proceder com intubação orotraqueal imediata e sondagem nasogástrica para drenagem.

29. Um trabalhador rural de 60 anos, natural de Sobral (CE), procura atendimento por disfagia progressiva há 4 meses. Iniciou sintomas com disfagia para sólidos e, há 4 semanas, também para líquidos. Relata odinofagia e perda ponderal de 12 kg nesse período. É etilista crônico e tabagista de 40 maços-ano. Desconhece histórico familiar de doenças do trato digestivo. A endoscopia digestiva mostrou uma área de estreitamento do terço médio do esôfago com mucosa ulcerada e friável ao toque do aparelho. Não foi possível o acesso à câmara gástrica.

Assinale a alternativa mais adequada sobre o provável diagnóstico.

- (A) É mais comum em mulheres e fortemente relacionado à doença do refluxo.
- (B) Possui diferentes fatores de risco, como raça (afrodescendentes), anemia ferropriva e infecção pelo HPV.
- (C) Pode ser causado pela infecção pelo *Trypanosoma cruzi*, mas muitos casos são idiopáticos.
- (D) Apresenta incidência crescente nas últimas décadas, principalmente em países desenvolvidos.
- (E) Possui diferentes fatores de risco, como esôfago de Barrett, tabagismo e obesidade.

30. Com relação ao carcinoma esofágico avançado, assinale a alternativa correta.

- (A) A cirurgia é a principal modalidade para os casos paliativos, visando restaurar a capacidade de deglutir dos pacientes.
- (B) O tratamento paliativo deve ser individualizado, podendo incluir medidas clínicas, quimioterapia, nutrição enteral e *stents* esofágicos.
- (C) A esofagectomia radical é recomendada para tumores que cursam com disfagia intratável.
- (D) A nutrição parenteral total é preferível à dieta enteral na maioria dos pacientes, pois diminui o risco de broncoaspiração e complicações infecciosas.
- (E) A radioterapia deixou de ter papel na palição desses pacientes, sendo indicada apenas para controle local após recorrência.

31. Homem de 48 anos, portador de asma há 20 anos, refere piora progressiva dos sintomas respiratórios nos últimos meses, apesar do tratamento otimizado com corticoides inalatórios e medicações de resgate. Refere sintomas de pirose e regurgitação frequentes. Faz uso inibidor de bomba de prótons (IBP) em dose plena, mas refere apenas uma melhora discreta nos sintomas.

A esse respeito, assinale a alternativa correta.

- (A) A DRGE é um fator de agravamento da asma e pode contribuir para o desenvolvimento da fibrose pulmonar idiopática.
- (B) A terapia medicamentosa com IBP é suficiente para o controle da microaspiração e para prevenir lesões pulmonares em pacientes com DRGE e asma.
- (C) A cirurgia antirrefluxo não contribui para o controle de pacientes asmáticos e pode agravar o quadro pulmonar.
- (D) O refluxo gastroesofágico está presente em menos de 30% dos pacientes com doença pulmonar idiopática, não sendo associado à sua fisiopatologia.
- (E) A fundoplicatura é contraindicada nesses pacientes devido ao risco de recorrência da hernia hiatal em função da tosse crônica.

32. Um paciente de 45 anos foi submetido, há cerca de 10 dias, a fundoplicatura laparoscópica pela técnica de Nissen devido à doença de refluxo gastroesofágico. No retorno com o cirurgião, refere disfagia para sólidos, mas mantém certa ingestão de alimentos pastosos e líquidos. Está sem outros sintomas clínicos e em bom estado geral.

Assinale a alternativa correta a respeito da melhor conduta.

- (A) Manter dieta pastosa e líquida e observar a evolução clínica.
- (B) Solicitar esofagograma baritado para avaliação de falha da fundoplicatura.
- (C) Solicitar dilatação endoscópica com balão pneumático.
- (D) Indicar reabordagem cirúrgica para recalibração da fundoplicatura.
- (E) Iniciar corticosteroides para redução do edema local e alívio da disfagia.

33. Uma mulher de 40 anos, obesa, procura o ambulatório da cirurgia geral por queixa de saliência na linha média do abdome, à qual se referiu como "estômago alto". Refere abaulamento da região epigástrica ao levantar-se da cama ou durante esforço físico. Nega dor, náuseas, vômitos ou alterações do trânsito intestinal. Ao exame, apresenta protusão alongada e fusiforme da parede anterior do abdome, situada entre o apêndice xifoide e a cicatriz umbilical. É mais visível durante a elevação da cabeça e dos ombros na posição de decúbito dorsal horizontal. À palpação, não se percebe anel herniário, e não há conteúdo redutível nem sinais de encarceramento ou cicatrizes na região.

Qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Hernia epigástrica.
- (B) Hernia umbilical.
- (C) Hernia incisional subclínica.
- (D) Lipoma pré-aponeurótico da linha alba.
- (E) Diástase dos retos abdominais.

34. Um homem de 45 anos, diabético do tipo 2 de longa data, apresenta quadro clínico compatível com litíase renal. Deu entrada no pronto atendimento com dor intensa em flanco direito há uma semana, com febre diária de até 39 °C, calafrios e perda de 5 kg nos últimos dias. Refere dor intensa que irradia para a região inguinal e quadril à direita. Apresenta como antecedentes: apendicectomia há 15 anos e alergia a anti-inflamatórios. Nega traumas ou demais sintomas previamente aos descritos. Ao exame, exibe dor à palpação profunda do abdome à direita e limitação à mobilização do quadril. O cirurgião realizou uma manobra propedêutica em que o paciente foi orientado a estender a coxa contra resistência, referindo intensa dor. Os exames laboratoriais revelam leucocitose com desvio à esquerda e PCR elevado.

O diagnóstico mais provável é

- (A) abscesso retroperitoneal secundário à pielonefrite obstrutiva.
- (B) tumor retroperitoneal com necrose e encarceramento do músculo psoas maior.
- (C) hematoma retroperitoneal espontâneo infectado.
- (D) tuberculose peritoneal disseminada.
- (E) radiculopatia lombossacral.

35. Homem de 34 anos é submetido a herniorrafia inguinal pela técnica de Lichtenstein. Evoluiu sem queixas no pós-operatório imediato. No retorno em consulta após 6 meses, relata dor do tipo queimação e sensibilidade ao toque da região inguinal direita. Refere piora ao caminhar por tempo prolongado e ao realizar a extensão do quadril e melhora da dor com a flexão da coxa sobre o abdome. Ao exame, apresenta dor à palpação do trajeto inguinal. Não há abaulamento local ou alterações da coloração da pele da região inguinal. A incisão cirúrgica apresenta-se curada.

Qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Recidiva herniária.
- (B) Neuralgia crônica por lesão do nervo ilioinguinal.
- (C) Neuralgia crônica por compressão do nervo femoral.
- (D) Infecção da tela.
- (E) Dor miofascial inespecífica.

36. Homem de 60 anos apresenta icterícia progressiva há 3 semanas. Refere intenso prurido associado e colúria. Nega febre ou dor abdominal. No período, relata perda de 10 kg. Ao exame, apresenta icterícia, emagrecimento e abdome indolor à palpação. Percebe-se massa palpável no hipocôndrio direito, compatível com vesícula biliar dilatada.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) colelitíase com colecistite aguda.
- (B) colangite por coledocolitíase.
- (C) colangiocarcinoma intra-hepático.
- (D) tumor periampular.
- (E) hepatite viral aguda colestática.

37. Um homem obeso mórbido (IMC 58 kg/m²) procurou atendimento devido a mal-estar e febre baixa associada a taquicardia há cerca de 24 horas. Refere dor epigástrica inespecífica associada a episódios de soluços e diarreia. Ao exame, não se percebem sinais de defesa abdominal ou irritação peritoneal clássicos. No entanto, o examinador observa que a espessura da parede abdominal é muito exuberante e relata dificuldades com a palpação de vísceras. Os exames laboratoriais mostram leucocitose discreta e PCR elevado. A radiografia de abdome mostra-se mal penetrada e de má qualidade para avaliação. A tomografia na unidade de saúde tem limite de peso de 150 kg (paciente atualmente com 178 kg).

Qual é a conduta mais adequada?

- (A) Tratar clinicamente com antibióticos até a melhora clínica.
- (B) Solicitar ultrassonografia abdominal seriada para acompanhamento.
- (C) Indicar laparoscopia diagnóstica devido à forte suspeita clínica.
- (D) Repetir radiografias simples com diferentes incidências.
- (E) Manter jejum e analgesia, reavaliando clinicamente por 24 horas.

38. Uma mulher de 82 anos, previamente hipertensa, é admitida no pronto atendimento devido a quadro de hematêmese volumosa em casa. Relata episódios de melena nos últimos dois dias. Apresenta, à admissão, PA: 90 × 60 mmHg; FC: 112 bpm e hemoglobina: 7,2 g/dL. Após estabilização inicial com reposição volêmica e transfusão de hemácias, foi submetida a endoscopia digestiva alta de urgência. O exame, no entanto, foi inconclusivo devido à grande quantidade de resíduos hemáticos e alimentares gástricos. Nas horas subsequentes, a paciente apresentou novo quadro de hematêmese, com queda abrupta da pressão arterial (40 × 20 mmHg).

A conduta mais apropriada é

- (A) colonoscopia de urgência.
- (B) angiografia com embolização.
- (C) endoscopia digestiva alta.
- (D) cintilografia com hemácias marcadas.
- (E) enteroscopia por cápsula.

- 39.** Um paciente de 55 anos, sabidamente portador de cirrose hepática de etiologia alcoólica associada ao vírus da hepatite C (HCV), é admitido na sala de emergência por quadro de hematêmese volumosa iniciada há duas horas. Apresenta-se pálido, sudoreico e confuso. Ao exame: PA: 85 × 55 mmHg; FC: 122 bpm; saturação de 93% em ar ambiente, com presença de ascite moderada ao exame físico abdominal. Inicialmente procedeu-se com a intubação orotraqueal devido à instabilidade e ao volume do sangramento. O paciente recebeu cristaloides de forma parcimoniosa, transfusão de hemácias e octreotida. Após um período de estabilização, foi submetido a endoscopia, que mostrou varizes esofágicas de grosso calibre com sinais de sangramento recente. Durante a manipulação, houve sangramento, que foi interrompido com ligaduras elásticas de forma efetiva. O paciente apresentou melhora da estabilidade e foi transferido para a unidade de terapia intensiva.
- Qual é o próximo passo no manejo desse paciente?
- (A) TIPS de urgência devido à intensidade do sangramento.
 - (B) Suspender octreotida e iniciar desmame ventilatório precoce.
 - (C) Passagem de sonda nasogástrica para monitoramento do ressangramento.
 - (D) Endoscopia seriada em 24 horas para avaliação da erradicação das varizes.
 - (E) Antibioticoprofilaxia por 7 dias.
- 40.** Mulher de 80 anos, hipertensa e portadora de fibrilação atrial crônica, com insuficiência cardíaca (FE 38%), refere dor abdominal difusa e diarreia com presença de sangue. Os sintomas tiveram início súbito há 12 horas. Refere uso dos seguintes medicamentos: digoxina, propranolol e vitaminas. Apresenta FC de 105 bpm, mas o abdome é doloroso somente à palpação profunda, sem sinais de peritonite. O hemograma mostra leucocitose moderada, e a tomografia revela espessamento da parede do cólon esquerdo. A colonoscopia mostrou áreas de mucosa edemaciada com hemorragia espontânea e ulcerações rasas serpentiniformes com delimitação abrupta entre o tecido normal e a mucosa ulcerada na transição retossigmoide. A paciente permaneceu em bom estado geral, mas mantendo febre baixa.
- Qual é a conduta mais adequada neste momento?
- (A) Ressecção cirúrgica do segmento acometido.
 - (B) Antibióticos endovenosos e suporte clínico.
 - (C) Agentes trombolíticos (alteplase).
 - (D) Angiografia mesentérica para embolização.
 - (E) Anticoagulação plena endovenosa.
- 41.** Homem de 35 anos dá entrada na sala de trauma devido a atropelamento por automóvel. Encontra-se consciente, PA: 110 × 80 bpm; FC: 98 bpm e FR: 25 irpm. Queixa-se de dor torácica à direita associada a dispneia leve. Ao exame: murmúrio vesicular diminuído e macicez à percussão do hemitórax direito. A radiografia de tórax revela opacificação homogênea na base direita na posição supina. Foi indicada drenagem torácica em selo d'água, sendo observada saída de 1.600 mL de sangue de forma imediata.
- Assinale a alternativa correta quanto ao manejo do hemotórax.
- (A) Drenagem contínua em selo d'água e observação da evolução clínica em leito de enfermaria.
 - (B) Estudo tomográfico do tórax para avaliação posterior e melhor decisão terapêutica.
 - (C) Retirar o dreno na sala do trauma e proceder com toracotomia de emergência.
 - (D) Avaliação cirúrgica para toracotomia.
 - (E) Toracocentese diagnóstica para estudo do líquido pleural e confirmação da presença de sangue.
- 42.** Um jovem de 25 anos foi vítima de ferimento por arma branca na região torácica após um desentendimento no trânsito. Foi trazido por populares para a Unidade Básica de Saúde mais próxima. Encontra-se consciente e agitado, taquipneico, taquicárdico e saturando 85% em ar ambiente. O médico de plantão avalia a lesão, que apresenta 3,0 cm de diâmetro e localiza-se na linha axilar média à esquerda. Percebe que há ruídos e borbulhamento pela ferida com entrada e saída de ar. A unidade de saúde não conta com cirurgião de plantão ou sala de trauma.
- Com base no caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.
- (A) Tamponamento da ferida com curativo oclusivo de gaze estéril e transferência imediata.
 - (B) Exploração digital da ferida para avaliação de acometimento da pleura visceral e sutura caso esteja íntegra.
 - (C) Drenagem de tórax em selo d'água com tubo improvisado (equipo de soro e frasco de soro) e transferência imediata.
 - (D) Punção de alívio em linha hemiclavicular à esquerda e transferência imediata.
 - (E) Curativo oclusivo impermeável de três pontas e transferência imediata.

43. Um homem de 50 anos, vítima de acidente automobilístico, é admitido na sala de trauma consciente, com queixa de dor abdominal difusa e escoriações na parede anterior do abdome e tórax. Apresenta pressão arterial de 90 × 60 mmHg; FC: 130 bpm; FR: 28 irpm e saturação de 96% em ar ambiente. Ao exame, mostra sensibilidade abdominal difusa à palpação, mas sem sinais de peritonite: sem dor à descompressão brusca ou punho-percussão. Há nítida distensão abdominal, e a pelve está estável à palpação e mobilização. O paciente tem hálito etílico e encontra-se agitado e agressivo.

Assinale a alternativa mais adequada.

- (A) A ausência de crepitações à palpação e mobilização da pelve descarta a possibilidade de fraturas nessa região.
- (B) O exame físico neste caso é suficiente para afirmar que não há lesões abdominais, sendo possível a realização de tomografia para complementação diagnóstica.
- (C) É necessário adiar o exame físico até que o paciente esteja sóbrio e colaborativo.
- (D) A ausência de sinais de irritação peritoneal no exame físico, apesar da distensão abdominal, permite concluir que a fonte de sangramento oculta deve ser o tórax, sendo necessária radiografia na sala de trauma para confirmação.
- (E) A possibilidade de hemorragia intra-abdominal ou pélvica é alta devido à instabilidade hemodinâmica sem causa aparente, sendo necessária avaliação complementar com ultrassom FAST ou lavado peritoneal diagnóstico.

44. Na sala de emergência, é admitido um paciente de 34 anos, vítima de queda de motocicleta em alta velocidade. Apresenta-se consciente e lembra-se de todo o ocorrido. Os sinais vitais estão estáveis, sem sinais de choque ou instabilidade. Queixa-se de intensa dor pélvica. Ao exame, mostra escoriações na região glútea, um hematoma perineal extenso e sangue no meato uretral. A palpação retal revela que o tônus do esfíncter é preservado e não se percebe sangue em dedo de luva.

A conduta mais apropriada é

- (A) hidratação vigorosa com solução colóide, seguida de sondagem vesical de demora para quantificação de débito urinário.
- (B) tomografia pélvica com sondagem vesical para exame contrastado da bexiga.
- (C) sondagem vesical com irrigação com soro gelado para prevenção de retenção urinária por coágulo vesical.
- (D) tomografia (abdome e pelve) e uretografia retrógrada.
- (E) antibioticoterapia empírica e observação clínica.

45. Assinale a alternativa correta sobre a utilidade das radiografias na sala de trauma.

- (A) No trauma abdominal penetrante em paciente instável, a radiografia abdominal não é necessária.
- (B) A radiografia de pelve deve ser realizada em todo paciente vítima de trauma abdominal, independentemente da queixa ou da condição hemodinâmica.
- (C) A radiografia de tórax em decúbito dorsal só tem utilidade nos pacientes com trauma torácico não penetrante.
- (D) Nos pacientes com ferimentos por arma de fogo, as radiografias, mesmo com diferentes incidências, não permitem um estudo adequado do projétil, sendo preferida a tomografia assim que as condições clínicas permitirem.
- (E) A radiografia de pelve não é necessária nos pacientes com dor ou sensibilidade à palpação devido à alta incidência de iatrogenias na mobilização para o exame.

46. Um homem de 45 anos sofreu uma queda de bicicleta enquanto participava de um evento esportivo. Foi trazido para a sala de emergência pelos organizadores do evento. Apresenta múltiplas escoriações em membros superiores e inferiores, bem como equimose na região epigástrica, local de impacto contra o guidão da bicicleta. Apresenta defesa à palpação do andar superior do abdome e dor importante no local do hematoma. Ao exame, apresenta PA: 100 × 70 mmHg; FC: 105 bpm e saturação de 95% em ar ambiente. Foi submetido a tomografia de abdome, sendo evidenciada presença de líquido livre no andar superior do abdome, ausência de sinais de trauma esplênico, hepático ou pneumoperitônio e um importante hematoma na parede abdominal.

Qual é a conduta mais adequada?

- (A) Laparotomia exploradora. Na ausência de lesão hepática ou esplênica, a presença de líquido livre indica provável lesão do trato gastrointestinal.
- (B) Repetir a tomografia e solicitar revisão do laudo por um segundo médico radiologista.
- (C) Realizar ultrassom FAST na sala de trauma para quantificação do volume do líquido e melhor orientação terapêutica.
- (D) Observação clínica. O trauma contuso da parede abdominal desencadeia reação inflamatória peritoneal, resultando em exsudação estéril.
- (E) Realização de lavado peritoneal diagnóstico (LPD) para análise do aspirado. Na presença de fibras alimentares ou sangue, está indicada laparotomia exploradora.

47. Uma mulher de 32 anos dá entrada na sala de emergência após agressão física por arma branca. Apresenta ferida penetrante na região lombar à esquerda, posteriormente a linha axilar anterior. Ao exame, apresenta pressão arterial de 120 × 70 mmHg, FC de 98 bpm e saturação de 97% em ar ambiente. O abdome é indolor à palpação. A ferida apresenta-se limpa e sem sangramento ativo no momento. Optou-se pela observação clínica do caso. Após 24 horas de internação, a paciente manteve-se afebril e sem sinais de peritonite, porém com dor discreta no local do ferimento que foi submetido a sutura. Os exames laboratoriais não apresentam alterações e a conduta expectante foi mantida.

Sobre o manejo dessa paciente, assinale a alternativa mais adequada.

- (A) O manejo é inadequado, pois nos ferimentos penetrantes da região posterior do flanco, mesmo em pacientes estáveis, indica-se exploração cirúrgica.
- (B) O manejo é inadequado. A tomografia computadorizada com contraste oral, retal e endovenoso é o método preferencial de avaliação de todos os pacientes com lesão penetrante no dorso, mesmo assintomáticos.
- (C) O manejo é adequado, pois exames físicos seriados têm elevada eficácia na detecção de lesões retroperitoneais e intraperitoneais.
- (D) O manejo é inadequado, pois, na ausência de sinais de irritação peritoneal nas primeiras 6 horas de observação hospitalar, o paciente pode ser receber alta com segurança.
- (E) O manejo foi inadequado, pois, para pacientes estáveis com traumas penetrantes do flanco, o ultrassom FAST teria acurácia mais elevada.

48. Durante uma laparotomia exploradora por trauma penetrante do andar superior do abdome, o preceptor pede ao residente que avalie adequadamente a terceira e quarta porções do duodeno em busca de possíveis lesões.

Qual manobra cirúrgica o residente deve realizar?

- (A) Manobra de Pringle.
- (B) Manobra de Rutherford-Morrison.
- (C) Manobra de Cattell-Braasch.
- (D) Manobra de Mattox.
- (E) Manobra de Lortat-Jacob.

49. Um paciente de 56 anos foi vítima de colisão automobilística. Foi atendido ainda na rodovia pela equipe de resgate, que evidenciou sinais de instabilidade hemodinâmica. Durante a avaliação inicial, foram identificados sinais de fratura do anel pélvico, com dor intensa e crepitação à palpação.

Considerando o mecanismo de trauma descrito e o tipo de fratura mais comum do anel pélvico, quais são o diagnóstico mais provável e a conduta imediata antes do transporte para o hospital de referência?

- (A) Fratura por compressão lateral – imobilização imediata com cinta pélvica externa e tração dos membros inferiores.
- (B) Fratura em livro aberto – imobilização imediata com cinta pélvica externa com rotação externa dos membros inferiores.
- (C) Fratura por cisalhamento vertical – estabilização externa imediata do anel pélvico.
- (D) Fratura por compressão lateral – estabilização externa imediata do anel pélvico.
- (E) Fratura em livro aberto – imobilização imediata com cinta pélvica externa com rotação interna dos membros inferiores.

50. Paciente vítima de trauma é socorrido por populares e levado à unidade de saúde mais próxima devido a atropelamento por veículo em alta velocidade, que ocorreu no centro da cidade. Apresenta-se inconsciente (Glasgow 7), pupilas assimétricas e com frequência respiratória de 25 irpm. A unidade de saúde não dispõe de neurocirurgião de plantão, mas há suporte de imagem e equipe treinada em suporte avançado de vida (ACLS e PHTLS).

Após a estabilização inicial do trauma, qual deve ser a conduta?

- (A) Realizar tomografia de crânio sem contraste, hidratação venosa e observação clínica.
- (B) Realizar tomografia e, após, administrar manitol e dexametasona se indicado.
- (C) Transferência imediata para o centro de trauma mais próximo.
- (D) Intubação orotraqueal em sequência rápida e transferência para o centro de referência mais próximo.
- (E) Intubação orotraqueal em sequência rápida, tomografia de crânio assim que possível e transferência para o centro de referência a depender dos achados.

RASCUNHO

