

EINSTEIN

Hospital Israelita

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA
PROCESSO SELETIVO 2026

004. PROVA ESCRITA OBJETIVA (TEÓRICA)

PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL OU EM ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA

Programa: 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 2 horas e 30 minutos, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorrida 1 hora 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 e assine o 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.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato

RG

Inscrição

Prédio

Sala

Carteira

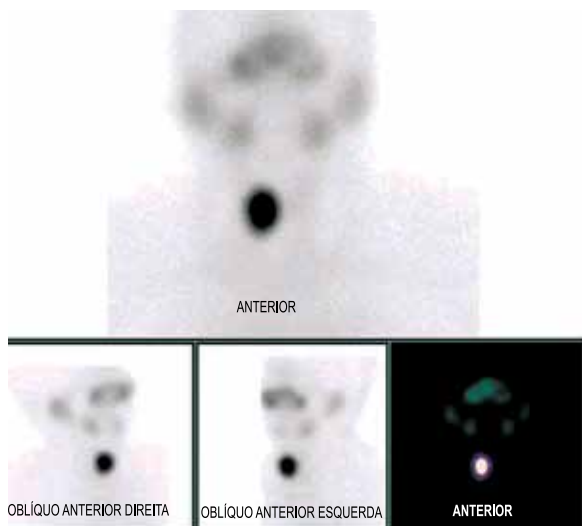
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

01. Homem de 52 anos vem ao pronto-socorro com queixa de dor em região cervical há 2 dias. Refere dor intensa em região cervical à esquerda, associada ao aumento de volume local, hiperemia e calor. Nega febre ou episódios prévios semelhantes. Refere piora da dor à alimentação. Ao exame físico, há aumento importante de volume de partes moles em nível IB à esquerda, com intensa hiperemia e calor locais. Palpação profunda impedida por dor. À oroscopia, há saída de secreção purulenta na papila sublingual.

Sobre a condução do caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve ser realizada tomografia computadorizada com prioridade, pois a principal hipótese diagnóstica é Angina de Ludwig.
- (B) O tratamento mais indicado é antibiótico de amplo espectro e cervicotomia esquerda para drenagem de abscesso.
- (C) A etiologia da doença em questão é provavelmente litiásica, e o tratamento inicial é hidratação, anti-inflamatórios e amoxicilina-clavulanato.
- (D) Se disponível, está indicada a drenagem percutânea do abscesso.

02. Mulher de 28 anos com queixa de perda de peso e insônia. Ao exame físico, tem FC 100 bpm, tireoide palpável com nódulo 2 cm em lobo direito, bem delimitado, fibroelástico e móvel. Apresenta os exames a seguir: hemoglobina 12,2 g/dL; ureia 45 mg/dL; creatinina 0,7 mg/dL; sódio 140 mg/dL; potássio 4,0 mg/dL, TSH < 0,005 mU/L, T4L 2,1 ng/dL, anti-TPO 25 U/mL (ref. < 35 U/mL), TRAB 1 U/L (< 1,75), além da cintilografia de tireoide ilustrada a seguir.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Com esses dados, assinale a alternativa correta em relação à conduta mais indicada.

- (A) Metimazol, propranolol e posterior lobectomia direita.
- (B) Tireoidectomia total nesse momento.
- (C) Propiltiouracil e investigação com punção aspirativa por agulha fina para posterior programação terapêutica.
- (D) Radioiodoterapia para tratamento definitivo.

03. Homem de 22 anos, previamente hígido, procura atendimento ambulatorial por aumento doloroso na linha média do pescoço há 4 dias, associado a febre baixa e odinofagia. Ao exame, apresenta massa de aproximadamente 3 cm na região submentoniana média, dolorosa à palpação, sem sinais de flutuação, mas com hiperemia e calor local. Realizada ultrassonografia cervical, que evidenciou lesão cística 3,2 cm nesta topografia com conteúdo espesso, cranial à chanfradura laríngea.

Com base no quadro clínico e nos achados do exame de imagem, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada nesse momento.

- (A) Cefalexina por 7 dias e encaminhamento ambulatorial para programação cirúrgica com excisão completa do cisto.
- (B) Drenagem imediata da lesão no pronto-socorro, seguida de clindamicina por 7 dias.
- (C) Amoxicilina-clavulanato por 10 dias e posterior programação cirúrgica eletiva de cirurgia de Sistrunk.
- (D) Realização de punção aspirativa guiada por imagem associada à clindamicina por 7 dias.

04. Mulher de 68 anos, com antecedente de tabagismo e etilismo, vem para avaliação com queixa de disфонia há 4 meses. Nega disfagia e está eupneica.

Assinale a alternativa que apresenta uma descrição de exame físico compatível com o quadro dessa paciente.

- (A) Lesão vegetante e infiltrativa, de bordas irregulares, localizada na face laríngea da epiglote, medindo cerca de 1 cm.
- (B) Lesão irregular e infiltrativa acometendo terço médio da prega vocal direita com mobilidade preservada.
- (C) Lesão ulcerada de 3 cm acometendo parede lateral do seio piriforme esquerdo.
- (D) Lesão vegetante e ulcerada acometendo a região subglótica e limitada a ela, sem redução significativa da coluna aérea.

05. Homem de 65 anos assintomático, sem comorbidades, com antecedente de tabagismo de 40 anos/maço, teve achado incidental de um nódulo pulmonar. Realizou tomografia com achado de nódulo sólido localizado na periferia do lobo superior direito, medindo aproximadamente 2,5 x 1,5 cm. No PET-TC, o nódulo demonstra SUV máximo 6,0. Não se observam linfonodomegalias hipermetabólicas no mediastino ou no hilo pulmonar, nem focos de hiper captação à distância sugestivos de doença metastática. O paciente tem boa função pulmonar.

Qual a conduta mais indicada para esse paciente nesse momento?

- (A) Lobectomia anatômica com linfadenectomia sistêmica, sem necessidade de biópsia prévia.
- (B) Biópsia transbrônquica para confirmação diagnóstica e programação terapêutica adequada.
- (C) Ressecção em cunha e exame de congelação para confirmação diagnóstica e de margens.
- (D) Pneumectomia com linfadenectomia sistêmica.

06. Mulher de 42 anos, previamente hígida, foi submetida a procedimento estético em consultório odontológico há 8 horas. Há 1 hora, notou aumento do volume cervical e veio ao pronto-socorro para avaliação. No momento, está estável hemodinamicamente, eupneica em ar ambiente. A imagem a seguir demonstra o aspecto do pescoço.



(Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço)

Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais indicada no manejo do caso.

- (A) Há alto risco de ter havido lesão da artéria carótida comum, e a reabordagem deve ser feita em conjunto com o cirurgião vascular.
- (B) Pela característica superficial e alta do procedimento, não há risco de comprometimento de via aérea, e deve ser realizada tomografia computadorizada com contraste para planejamento terapêutico.
- (C) Há risco de ter havido lesão da artéria facial, e o manejo envolve preocupação com garantia de via aérea.
- (D) Provavelmente, houve lesão da veia jugular externa, e o manejo pode ser conservador, desde que não haja crescimento progressivo.

07. Homem de 23 anos com linfonodomegalia de 2 cm, conforme demonstrada na imagem a seguir, com suspeita de doença linfoproliferativa.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Assinale a alternativa que apresenta os cuidados cirúrgicos necessários durante a biópsia excisional.

- (A) Durante o procedimento, existe risco de lesão da veia jugular interna, sendo necessária sua dissecação cuidadosa para prevenção de complicações.
 - (B) A incisão deve incluir secção do músculo platisma, e é fundamental atenção para a preservação do nervo acessório espinal.
 - (C) Por se tratar de linfonodo em região cervical posterior, não há risco relevante de lesão de estruturas nobres durante a biópsia.
 - (D) A biópsia excisional não deve ser realizada devido ao risco elevado de fístula linfática nessa topografia.
08. Homem de 65 anos, com antecedente de DPOC grave, foi submetido há 10 dias a uma traqueostomia eletiva por intubação prolongada. Apresenta episódio de hemoptise volumosa pela cânula associada à hipotensão arterial.
- Assinale a alternativa que apresenta a conduta imediata mais indicada.
- (A) Retirada da cânula e ventilação orotraqueal imediata.
 - (B) Compressão manual externa e ácido tranexâmico.
 - (C) Desinsuflação do cuff e broncoscopia de urgência.
 - (D) Hiperinsuflação do cuff.

09. Homem acamado de 70 anos, com histórico de AVC isquêmico há 3 anos, evoluiu com úlcera de pressão em região sacral, estágio IV, com 10 cm de diâmetro, exposição de osso sacro, presença de tecido necrótico e secreção purulenta. Não há sinais de sepse.

Qual a conduta mais adequada nesse momento?

- (A) Desbridamento químico e curativos diários com alginate de cálcio.
- (B) Desbridamento cirúrgico de urgência na enfermaria e curativos com hidrogel.
- (C) Desbridamento cirúrgico em centro cirúrgico, seguido de uso de curativo a vácuo.
- (D) Desbridamento cirúrgico em centro cirúrgico e fechamento primário com retalho miocutâneo do músculo glúteo máximo.

10. Homem de 34 anos, previamente hígido, há 2 meses com quadro de tosse seca, edema em face e pletora facial moderada, que melhoram ao sentar-se. Realizou extração dentária há 3 semanas. Ao exame físico: saturação de 95% em ar ambiente; hemodinamicamente estável. Massa palpável em testículo direito, que o paciente não havia notado antes. Foi então submetido à angiotomografia de tórax, com os seguintes achados relevantes: massa heterogênea de 10 cm no mediastino anterior com áreas necróticas; compressão moderada da veia cava superior e traqueia pérvia. Marcadores sanguíneos relevantes: β -hCG 1.200 mUI/mL, AFP 2.500 ng/mL, DHL elevada.

Diante desse quadro, assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial mais indicada.

- (A) Iniciar antibioticoterapia para provável mediastinite, associada à corticoterapia em altas doses e aguardar queda dos marcadores para decidir tratamento.
- (B) Implantar stent em veia cava superior de forma imediata para reduzir risco anestésico e posteriormente realizar orquiectomia radical inguinal para confirmar diagnóstico suspeito.
- (C) Realizar orquiectomia radical inguinal imediata sob anestesia regional/leve para confirmação histológica e, em seguida, iniciar tratamento sistêmico oncológico; suporte clínico para síndrome de veia cava superior, sem tratamento sobre a veia cava neste primeiro momento.
- (D) Esternotomia para resseção primária do tumor, com exame de congelação intraoperatório e resolução cirúrgica da compressão extrínseca da veia cava superior.

11. Homem de 56 anos, CEAP C6, apresenta úlcera maleolar medial direita de 5 x 6 cm, exsudativa, com halo eritematoso discreto, sem febre e sem dor intensa. No exame de ultrassonografia doppler do sistema venoso do membro inferior direito, está descrito refluxo contínuo na safena magna, em toda a sua extensão, incluindo a croça. O diâmetro relatado no exame é de 9 mm na região da croça. O sistema venoso profundo é pérvio e compressível, e não há relato de qualquer alteração no sistema venoso profundo. O índice tornozelo-braquial (ITB) foi medido, e o resultado foi 1,0. Ainda, o paciente tem hipertensão e dislipidemia controladas, além de antecedente de varicocele operada na juventude.

Qual estratégia levará a cicatrização mais rápida da úlcera e terá maior durabilidade no cenário do paciente descrito?

- (A) Ablação térmica endovenosa da safena magna, associada à terapia compressiva e ao manejo local, com reavaliação ambulatorial em curto prazo para ajuste dos curativos.
- (B) Escleroterapia da safena magna com espuma associada à terapia compressiva e ao manejo local ambulatorial dos curativos.
- (C) Aguardar cicatrização completa com terapia compressiva de alta pressão (30–40 mmHg) e, então, realizar safenectomia com ligadura da croça para reduzir risco infeccioso perioperatório.
- (D) Bota de Unna com trocas semanais, por 8 semanas, desbridamentos e curativos, mantendo repouso relativo, e reavaliação de tratamento diferente da bota de Unna somente após essas 8 semanas.

12. Homem de 62 anos, hipertenso e obeso (IMC = 32 kg/m²), atualmente em tratamento atual para câncer pancreático em quimioterapia sistêmica (última sessão há 23 dias). Procura atendimento em pronto-socorro, com dor na perna direita há dois dias. Associados à dor, tem edema, vermelhidão e sensação de calor local. Não há trauma recente percebido. Febre não aferida, mas relata calafrios. Ao exame físico na admissão, são dados relevantes: temperatura axilar de 38,5 °C, pele quente ao toque, eritema bem delimitado, brilhante, com bordas elevadas na região anterior da perna direita. Frequência cardíaca de 106 bpm e PA de 88 x 60 mmHg.

Com base nesse caso, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável e os próximos passos adequados.

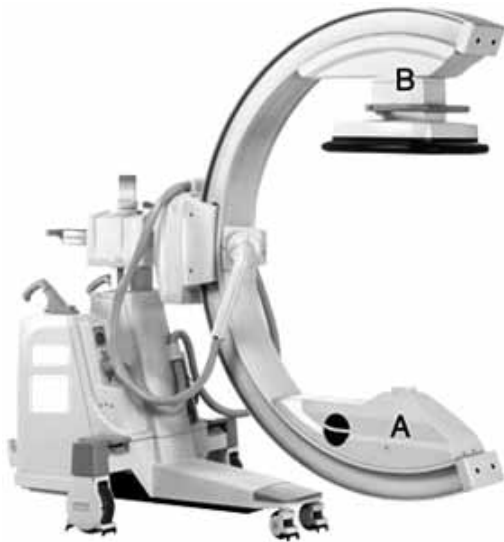
- (A) Celulite, swab da região, antibióticos com espectro que cubram estreptococos.
- (B) Erisipela, swab da região, antibióticos com espectro que cubram estreptococos.
- (C) Celulite, antibióticos que cubram estafilococos resistentes à metilina e cobertura antipseudomonas, hemograma e hemocultura.
- (D) Erisipela, antibióticos que cubram estafilococos resistentes à metilina e cobertura antipseudomonas, hemograma e hemocultura.

13. Homem de 72 anos, tabagista de longa data, foi diagnosticado com um câncer de pulmão em estágio inicial e será submetido à ressecção cirúrgica pulmonar com intento curativo. Tem diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica, não sendo usuário de oxigênio domiciliar. Não tem outros antecedentes dignos de nota.

Sobre a avaliação pré-operatória para esse paciente, assinale a alternativa que apresenta a melhor predição para complicações pós-operatórias pulmonares.

- (A) Prova de função pulmonar no repouso.
- (B) Gasometria arterial.
- (C) Tomografia de tórax.
- (D) Eletrocardiograma de repouso.

14. Uma mulher de 72 anos será submetida a um tratamento endovascular por estenose de artéria femoral superficial por doença aterosclerótica. O procedimento será realizado em sala do centro cirúrgico com arco em C como aparelho de radioscopia.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Assinale a alternativa que apresenta corretamente a relação entre a exposição de radiação para a equipe de saúde (profissionais médicos e enfermeiros), a distância do aparelho e também a fonte de emissão da radiação pelo equipamento demonstrado na imagem.

- (A) A radiação se reduz em 50% a cada metro de distância entre o emissor de radiação e o profissional de saúde; a radiação é emitida pelo que está representado na imagem pela letra A.
- (B) A radiação se reduz em 50% a cada metro de distância entre o emissor de radiação e o profissional de saúde; a radiação é emitida pelo que está representado na imagem pela letra B.
- (C) A radiação se reduz ao quadrado da distância entre o emissor de radiação e o profissional de saúde; a radiação é emitida pelo que está representado na imagem pela letra A.
- (D) A radiação se reduz ao quadrado da distância entre o emissor de radiação e o profissional de saúde; a radiação é emitida pelo que está representado na imagem pela letra B.

15. Mulher de 72 anos foi trazida ao pronto-socorro por perda visual súbita no olho direito. O episódio durou 3 horas e reverteu-se totalmente ainda no pronto-socorro. Não houve trauma ocular, trauma craniano ou qualquer outro traumatismo relevante. Foi submetida à investigação com eletrocardiograma (sem alterações), ecocardiograma transtorácico (sem alterações detectáveis pelo método) e ultrassonografia doppler das artérias carótidas e vertebrais. O exame de ultrassonografia doppler mostrou estenose maior que 70% nas duas carótidas bilateralmente e artérias vertebrais normais. A angiotomografia confirmou o grau de estenose que foi identificado pelo exame de ultrassom em relação à estenose nas bifurcações carótídeas.

Assinale a alternativa que apresenta a melhor proposta para ser realizada como primeira intervenção à redução de novos eventos como o que a paciente apresentou.

- (A) Endarterectomia de carótida à esquerda.
- (B) Endarterectomia de carótida à direita.
- (C) Angioplastia com implante de stent na carótida esquerda.
- (D) Angioplastia com implante de stent na carótida direita.

16. Mulher de 25 anos, vítima de politraumatismo (atropelada por ônibus), após avaliação inicial e estabilização, foi diagnosticada com uma alteração intracraniana: sangramento pequeno (sem indicação neurocirúrgica) e também com lesão hepática grau II pela AAST (American Association for the Surgery of Trauma). Os exames foram repetidos 48 horas após o trauma, e não houve progressão do sangramento craniano nem hepático. Não foram identificadas outras complicações. Não há outros traumas relevantes. Ao exame físico, a paciente não tem edema dos membros inferiores. A equipe médica está preocupada com a profilaxia para trombose venosa profunda.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais indicada para a paciente nesse momento, ponderando os riscos e benefícios.

- (A) Compressão pneumática intermitente em membros inferiores.
- (B) Compressão pneumática intermitente em membros inferiores e implante de filtro de veia cava inferior.
- (C) Implante de filtro de veia cava inferior sem outras medidas adicionais.
- (D) Compressão pneumática intermitente em membros inferiores e heparina subcutânea não fracionada na dose de 5.000 UI a cada 8 horas.

17. Homem de 63 anos, hipertenso e tabagista, foi diagnosticado durante um check-up com um aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, com maior diâmetro de 3,7 cm. Foram investigados outros aneurismas, e a busca não identificou mais nenhum outro aneurisma arterial, em qualquer topografia.

Além das alterações de estilo de vida e cessação de tabagismo, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o seguimento do aneurisma de aorta abdominal.

- (A) Novo exame de ultrassonografia em um ano.
- (B) Novo exame de ultrassonografia em três anos.
- (C) Novo exame de tomografia computadorizada de abdome e pelve em um ano.
- (D) Novo exame de tomografia computadorizada de abdome e pelve em três anos.

18. Homem de 37 anos é trazido ao pronto-socorro com queixa de dor e palidez no membro inferior esquerdo, que começou há 6 horas. Está com dor agora, ao repouso. Relata antecedente de claudicação intermitente para 400 metros, que não sabe bem quando começou, mas acha que por volta de 6 meses. Relata que a claudicação não ocorre sempre que caminha. Nega antecedente de tabagismo, de diabetes, ou de dislipidemia. Não faz esportes de maneira rotineira. Pai e mãe vivos, saudáveis. Ao exame físico (dados relevantes): IMC = 28 kg/m², FC = 85 bpm rítmico, PA = 132 x 80 mmHg. No membro inferior direito, não acometido, todos os pulsos são presentes, e não há nenhuma alteração neurológica. No membro inferior esquerdo, só há pulso femoral presente. Notam-se ainda frialdade e palidez no pé e perna esquerda do paciente, fraqueza leve na musculatura do pé e sensibilidade do terço distal da perna em diante está diminuída. Não há edema em nenhum dos membros inferiores.

Assinale a alternativa que apresenta, correta e respectivamente, o quadro clínico e a etiologia mais provável do paciente.

- (A) Oclusão arterial aguda com risco iminente de perda do membro; persistência da artéria ciática.
- (B) Oclusão arterial aguda com risco iminente de perda do membro; tromboangíte obliterante.
- (C) Oclusão arterial aguda com risco iminente de perda do membro; doença cística adventicial da artéria poplítea.
- (D) Oclusão arterial aguda sem risco iminente de perda do membro; aprisionamento da artéria poplítea.

19. Criança de 3 anos, sem comorbidades, encaminhada pelo pediatra para avaliação urológica. As imagens a seguir mostram o exame físico da região genital:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Qual a conduta correta para esse caso?

- (A) Uretrocistografia retrógrada e miccional.
- (B) Investigar síndromes de diferenciação sexual.
- (C) Ultrassonografia de rins e vias urinárias.
- (D) Neourethroplastia com mucosa oral.

20. Durante a cirurgia de postectomia, qual fásia deve ser preservada, com objetivo de evitar lesões na artéria dorsal, na veia dorsal profunda e nos ramos do nervo dorsal do pênis?

- (A) Subcutânea superficial.
- (B) Subcutânea profunda.
- (C) Superficial do pênis.
- (D) Profunda do pênis.

21. Mulher de 42 anos, submetida a ureterorrenolitotripsia flexível com colocação de duplo J à direita por cálculo calcinal superior de 10 mm. No primeiro dia pós-operatório, refere hematúria, disúria e urgência miccional sem perdas urinárias.

Esses sintomas estão relacionados a qual condição e qual o tratamento indicado, respectivamente?

- (A) uso de duplo J e prescrição de tansulosina e solifenacina.
- (B) Cálculo ureteral proximal residual e tomografia de abdome sem contraste.
- (C) Uso de duplo J e a retirada do duplo J deve ser antecipada.
- (D) Lesão ureteral pela bainha de acesso e manter duplo J por 30 dias.

22. Mulher de 62 anos, submetida a histerectomia total videolaparoscópica, sem intercorrências, há 7 dias. Chega ao pronto-socorro referindo dor abdominal difusa há 3 dias, inicialmente leve, mas com piora progressiva, e que melhora com dipirona. Sem queixas miccionais. Ao exame físico, as feridas operatórias estão com bom aspecto, abdome distendido, mas compressível e dor difusa à palpação. Exames relevantes: Hb: 12,5 g/dL, Cr: 1,3 mg/dL, Ur: 25 mg/dL, PCR: 5,3 mg/dL. A ultrassonografia demonstra líquido livre abdominal em moderada quantidade.

Qual estrutura está comprometida e qual a sua provável causa, respectivamente?

- (A) Uretra, por lesão térmica na dissecação do colo uterino.
- (B) Bexiga, no momento da sutura da cúpula vaginal.
- (C) Ureter, por lesão térmica pelo uso do bisturi elétrico.
- (D) Alça de delgado, por lesão na introdução de um dos trocateres.

23. Observe a imagem da tomografia a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Qual diagnóstico deve ser considerado com base nos achados da tomografia e qual diagnóstico concomitante está associado à sua hipótese?

- (A) Síndrome de von Hippel-Lindau e hemangioblastomas de sistema nervoso central.
- (B) Esclerose tuberosa e tumores gastrointestinais.
- (C) Neurofibromatose tipo 1 e gliomas de sistema nervoso central.
- (D) Síndrome de Li-Fraumeni e tumores de adrenal.

24. Homem de 67 anos, com queixa de piora progressiva do jato miccional associada a aumento do esforço miccional e hesitação, além de urgência miccional esporádica sem perdas urinárias. Paciente com hipertensão arterial sistêmica, com controle adequado e em programação cirúrgica para correção de catarata bilateral. O PSA é de 1,8 ng/dL, e a ultrassonografia demonstra próstata com 45 g, bexiga normal e resíduo pós-miccional de 60 mL.

Dentre os medicamentos utilizados para tratar esse paciente, qual deve ser evitado nesse momento?

- (A) Tadalafil.
- (B) Finasterida.
- (C) Mirabegrona.
- (D) Tansulosina.

25. Homem de 65 anos refere hematúria macroscópica há 1 mês. Nega comorbidades ou cirurgias prévias e tem antecedente de cálculos urinários. É tabagista há 40 anos, de um maço por dia. Foi solicitada a tomografia de abdome e pelve, demonstrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Com essas informações, qual o diagnóstico, uma possível complicação pós-operatória e a medida necessária para reduzir o risco dessa complicação, respectivamente?

- (A) Tumor de bexiga, perfuração vesical intraperitoneal e evitar repleção vesical completa durante o procedimento.
- (B) Cálculo ureteral distal esquerda, estenose de ureter e utilizar basket para a retirada do cálculo.
- (C) Coágulo vesical, perfuração vesical e utilizar evacuator vesical para retirar o coágulo.
- (D) Tumor de bexiga, estenose de ureter esquerdo e evitar uso da alça de ressecção no modo de coagulação próximo ao meato ureteral.

26. Homem de 46 anos, trabalhador da construção civil, sofreu queda ao escorregar, caindo sentado sobre um vergalhão. Não houve perfuração da parede abdominal. A imagem a seguir mostra o exame físico da região genital:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Durante a exploração cirúrgica para retirada do vergalhão, quais estruturas devem ser avaliadas?

- (A) Uretra esponjosa, cordão espermático, corpo cavernoso e túnica albugínea.
- (B) Uretra membranosa, cordão espermático, corpo esponjoso e túnica albugínea.
- (C) Uretra prostática, próstata, corpo cavernoso e túnica vaginal.
- (D) Uretra esponjosa, próstata, corpo cavernoso e túnica albugínea.

27. Homem de 22 anos, vítima de colisão de motocicleta versus automóvel, ocupante da motocicleta, sem capacete, a 50 km/h. Colidiu com a face contra o para-brisa traseiro do veículo. Levado ao pronto-socorro em prancha rígida, com colar cervical e máscara não reinalante com oxigênio 100% a 15 L/min. Há múltiplas fraturas de face, fratura de mandíbula e sangramento em grande quantidade em cavidade oral. Realizada aspiração de via aérea e tentativa de laringoscopia, sem sucesso devido a sangramento contínuo em orofaringe.

Qual a complicação tardia mais frequente do procedimento necessário para assegurar a via aérea do paciente?

- (A) Hipotireoidismo.
- (B) Disfonia.
- (C) Estenose subglótica.
- (D) Fístula aérea subglótica.

28. Homem de 30 anos, condutor do automóvel que sofreu colisão lateral no lado do motorista por veículo que transitava a 80 km/h. Extricação em 30 minutos, FC: 90 bpm, PA: 110 x 70 mmHg, FR: 18 ipm e Sat O₂ 94%. Chega ao serviço médico com colar cervical, prancha rígida e máscara de O₂ a 15 L/min. Sua unidade não possui tomografia e equipe cirúrgica. Os dados da admissão são os seguintes:

- Conversa com equipe, respiração sem ruídos;
- Murmúrios vesiculares e expansibilidade reduzidos a esquerda, Sat. O₂: 92%;
- Sem sangramentos externos, dor abdominal difusa, pelve estável, PA: 100 x 70 mmHg, FC: 100 bpm, FR: 18 ipm, TEC: 4s;
- AO: 4, RV: 5, RM: 6, pupilas isocóricas e fotorreagentes;
- Escoriações toracoabdominais à esquerda, sem lesões em dorso.

Qual exame adjunto confirmaria os prováveis diagnósticos e quais as condutas necessárias, respectivamente?

- (A) FAST estendido, drenagem de tórax e transferência para avaliação cirúrgica.
- (B) FAST estendido, drenagem de tórax e transfusão de concentrado de hemácias O negativo.
- (C) Radiografia toracoabdominal, drenagem de tórax e transferência para avaliação cirúrgica.
- (D) Exame físico seriado, drenagem de tórax e observação hemodinâmica.

29. Homem de 25 anos, ocupante da motocicleta que colidiu contra um carro que atravessava na transversal, há 30 minutos, velocidade de 40 km/h, sem capacete. Lateral do veículo com deformidades significativas na porta e no vidro. Sinais vitais no local: Sat O₂: 95%, FR: 16 ipm, FC: 100bpm, PA: 110 x 70mmHg, GCS: (AO:3RV:4RM:6). O médico recebe o paciente em um hospital com total capacidade diagnóstica e cirúrgica, e os dados da admissão são os seguintes:

- A: via aérea pérvia, Sat O₂: 94%, com colar cervical;
- B: MV+ bilateral, escoriações em tórax anterior bilateral, FR: 16 ipm;
- C: FC: 110 bpm, PA: 110 x 70 mmHg, FAST negativo, pelve estável, sem sangramentos externos;
- D: pupilas anisocóricas, midríase à direita, GCS: (AO: 2 RV: 2 RM: 3);
- E: laceração em crânio à direita, sem lesões em dorso.

Qual achado do exame físico seria esperado nessa condição e quais condutas devem ser instituídas nesse momento?

- (A) Hemiplegia ipsilateral à midríase, oxigênio em máscara não reinalante, tomografia de crânio e elevar cabeça a 30°.
- (B) Hemiplegia contralateral à midríase, intubação orotraqueal, acionar equipe de neurocirurgia e iniciar manitol ou solução salina hipertônica.
- (C) Tetraplegia, intubação orotraqueal, tomografia de crânio e cervical e acionar equipe de neurocirurgia e ortopedia.
- (D) Hemiplegia contralateral à midríase, intubação orotraqueal, acionar a equipe de neurocirurgia e hiperventilação.

30. Homem de 54 anos com cirrose alcoólica (Child-Pugh B8, MELD 15) chega ao pronto-socorro com hematêmese volumosa há 6 horas. Apresenta frequência cardíaca de 110 bpm, pressão arterial de 95 x 60 mmHg, Sat O₂ de 94% em ar ambiente. Recebeu reposição volêmica inicial, antibioticoterapia profilática e foi iniciado terlipressina. A endoscopia digestiva alta mostra varizes esofágicas de grosso calibre com coágulo aderido instável, que sangra após manipulação com o endoscópio, sendo realizada ligadura elástica.

Dessa forma, qual a conduta mais adequada segundo as diretrizes atuais?

- (A) Repetir endoscopia controle em 24 e 48 horas.
- (B) Indicar derivação esplenorrenal cirúrgica.
- (C) Manter apenas octreotídeo contínuo por 7 dias.
- (D) Indicar TIPS precoce em até 72 horas.

31. Homem de 53 anos, etilista crônico, com história de pancreatite crônica, apresenta agudização do quadro, e é internado para tratamento clínico. Algumas semanas após a alta, retorna ao pronto-socorro com episódio de hematêmese volumosa. A endoscopia digestiva alta evidencia varizes gástricas isoladas.

A complicação relacionada ao quadro pancreático que originou essa manifestação e a conduta definitiva para o quadro são, respectivamente:

- (A) trombose de veia esplênica e esplenectomia.
- (B) trombose de veia porta e anticoagulação plena.
- (C) pseudocisto pancreático retrogástrico e drenagem endoscópica transparietal.
- (D) síndrome de Mallory-Weiss e tratamento conservador.

32. Homem de 22 anos, vítima de ferimento penetrante por arma branca em região cervical, zona II, ocorrido há cerca de 20 minutos. Evolui com sangramento volumoso pelo orifício do trauma, sem controle com compressão manual externa. Encontra-se consciente, verbalizando estar com muita tontura, descorado, taquicárdico (FC: 120 bpm) e hipotenso (PA: 80 x 40 mmHg).

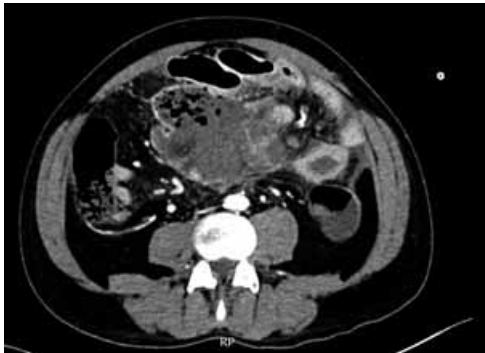
Qual deve ser a conduta imediata mais adequada nesse caso?

- (A) Intubação orotraqueal imediata antes de qualquer medida, para garantir via aérea segura.
- (B) Reanimação volêmica agressiva com Ringer Lactato e concentrado de hemácias, visando manter pressão arterial sistólica superior a 120 mmHg.
- (C) Curativo compressivo no ferimento e encaminhamento para angiogramia cervical.
- (D) Passagem de sonda de Foley no trajeto da lesão para tamponamento provisório, seguida de encaminhamento imediato ao centro cirúrgico.

33. Sobre o manejo cirúrgico do câncer de cólon, assinale a alternativa correta.

- (A) O clister opaco com contraste hidrossolúvel é útil para determinar o nível da obstrução, e, em casos de tumores do cólon esquerdo, a colectomia seguida do preparo intraoperatório do cólon remanescente com solução salina pela cicatriz apendicular pode viabilizar a anastomose primária.
- (B) A biópsia por colonoscopia é exame necessário para a ressecção oncológica. Dessa forma, nos casos obstrutivos, deve-se primeiramente realizar o procedimento desobstrutivo (colostomia) e programar a colectomia, além da adequada linfadenectomia, em segundo tempo.
- (C) Os tumores obstrutivos são mais frequentes no cólon direito, e, nesses casos, o paciente deve ser tratado com uma hemicolectomia direita, território da artéria cólica direita, e ileostomia terminal ou fístula mucosa, principalmente na presença de edema de alças de delgado.
- (D) Uma transversectomia alargada é o procedimento de escolha para a maioria das lesões no cólon transverso e envolve a secção da artéria cólica média na sua origem, com a remoção do segmento do cólon transverso irrigado por este vaso e manutenção dos cólons direito e esquerdo.

34. Homem de 53 anos, com quadro de linfoma difuso de grandes células B com grande conglomerado linfonodal no mesentério. Iniciou esquema quimioterápico (CHOP) e, após 1 semana da primeira infusão, apresenta quadro de dor abdominal intensa, procurando o pronto-socorro. Apresenta-se com abdome distendido, doloroso à palpação de mesogastro, ruídos hidroaéreos ausentes. FC: 113 bpm e PA: 107 x 74 mmHg. Exames relevantes: hemoglobina: 12 g/dL; hematócrito: 36%; leucócitos: 18.500/mm³; neutrófilos segmentados: 85%; bastonetes: 10%; plaquetas: 420.000/mm³; PCR: 220 mg/L. Realizou ainda a tomografia de abdome demonstrada a seguir:



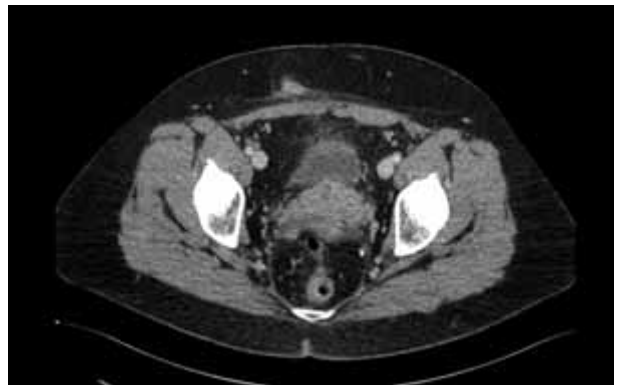
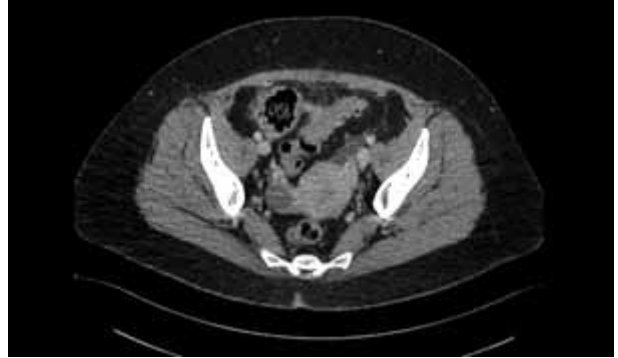
(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Durante a abordagem, no intraoperatório, encontra-se extensa infiltração mesentérica.

Dessa forma, qual conduta deve ser priorizada?

- (A) Ressecção em monobloco completa com reconstrução vascular.
- (B) Ressecção limitada ao segmento perfurado, mesmo com margem no mesentério comprometida.
- (C) Rafia em dois planos do local perfurado e drenagem da cavidade.
- (D) Lavagem da cavidade e drenagem externa da área perfurada para nortear fístula enterocutânea.

35. Mulher de 41 anos apresentou quadro de diverticulite aguda perfurada e bloqueada, sendo submetida à laparoscopia com limpeza e drenagem da cavidade. Evoluiu bem no pós-operatório, com dreno progressivamente menos produtivo e retirado no 10º PO. Retorna 2 meses após a cirurgia, assintomática, afebril, sem dor abdominal, mas com secreção purulenta diária por orifício cutâneo no local do dreno, em pequena quantidade, suficiente para sujar uma gaze por dia. Foi realizada uma tomografia de abdome, demonstrada nas imagens a seguir:

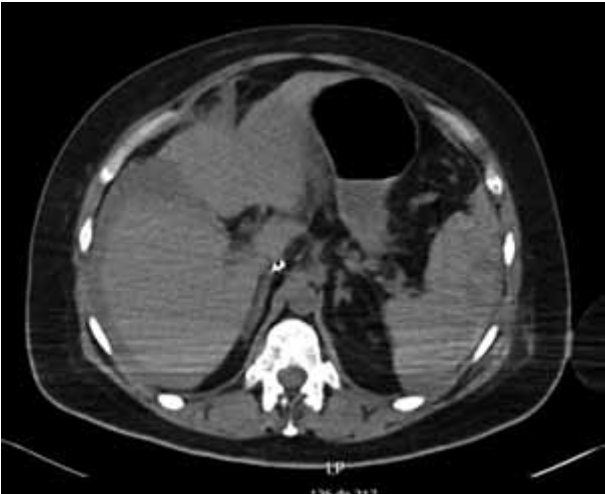
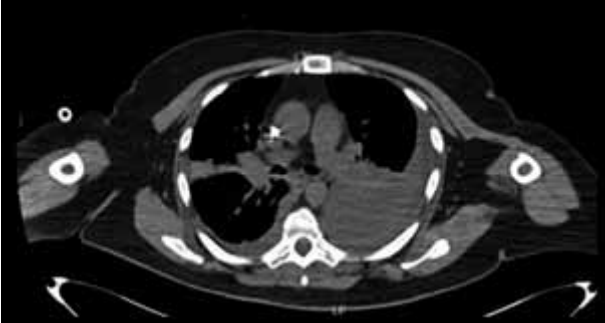


(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Sobre a evolução deste quadro, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de evolução pós-operatória esperada, considerando a gravidade inicial do quadro, sem necessidade de conduta adicional além de cuidados locais.
- (B) Trata-se de abscesso subcutâneo sem complicação intra-abdominal vigente, com necessidade de drenagem e antibioticoterapia.
- (C) O achado representa abscesso intra-abdominal residual, sendo indicada drenagem percutânea guiada por imagem.
- (D) O quadro é compatível com fístula colônica, devendo ser realizadas colonoscopia e programação de tratamento cirúrgico.

36. Mulher de 65 anos, com necessidade de toracocentese de alívio por extenso derrame pleural à esquerda, que causava dispneia. Realizada punção no 8º espaço intercostal, linha axilar média, com saída de 20 mL de líquido serossanguinolento, sem saída adicional de líquidos. Trinta minutos após o procedimento, a paciente evolui descorada, com frequência cardíaca de 100 bpm e PA de 85 x 60 mmHg, queixando-se de dispneia e dor abdominal. Realizou a tomografia demonstrada nas imagens a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

No retorno da tomografia, a paciente evolui com queda do nível de consciência, sendo realizada intubação orotraqueal.

Assim, qual conduta mais adequada para resolução do caso?

- (A) Toracotomia esquerda de urgência.
- (B) Laparotomia exploradora.
- (C) Ácido tranexâmico e protocolo de transfusão maciça.
- (D) Drenagem pleural esquerda no 5º espaço intercostal.

37. Homem de 20 anos, admitido em hospital terciário após colisão automobilística (carro x carro). Permaneceu retido nas ferragens do veículo por aproximadamente 2 horas. Na admissão, foi realizada a avaliação inicial conforme a sequência primária do atendimento ao trauma (ABCDE). Apresentava pressão arterial de 120 x 75 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm e lesão evidenciada na imagem a seguir. Pulsos distais palpáveis, porém filiformes e sensibilidade distal preservada.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Diante do quadro apresentado, qual seria a conduta inicial mais adequada?

- (A) Amputação primária transfemoral.
- (B) Amputação primária transtibial.
- (C) Limpeza e desbridamento cirúrgico, fixação externa, arteriografia e fasciotomia profilática.
- (D) Limpeza e desbridamento cirúrgico, fixação interna e rotação de retalho.

38. Mulher de 29 anos, submetida a bypass gástrico em Y de Roux há 3 anos, evoluiu com boa perda ponderal e seguimento regular. Após 2 anos de cirurgia, iniciou reganho de peso, recorrendo a um regime alimentar hipocalórico. Iniciou episódios recorrentes de dor abdominal em andar superior, náuseas e vômitos pós-prandiais há 2 semanas, com piora importante nas últimas 24 horas, quando buscou o pronto-socorro. Ao exame físico, apresenta dor em andar superior do abdome, sem sinais de peritonite. Realizou a tomografia computadorizada demonstrada na imagem a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

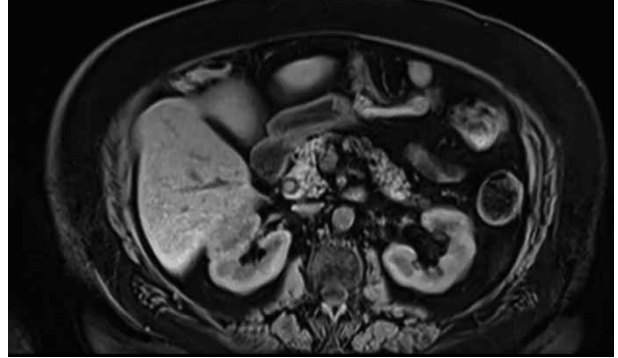
Diante do quadro, qual a principal hipótese diagnóstica e a conduta indicada, respectivamente?

- (A) Íleo biliar; tratamento cirúrgico.
- (B) Hérnia interna; laparotomia/laparoscopia exploradora.
- (C) Estenose de anastomose gastrojejunal; dilatação endoscópica.
- (D) Bezoar; tratamento cirúrgico.

39. Mulher de 55 anos, com antecedente de gastroplastia em Y de Roux, com colecistectomia há 1 ano por obesidade, evoluiu com dor em hipocôndrio direito, colúria e icterícia.

Exames laboratoriais mostram bilirrubina total de 5,8 mg/dL (direta 4,4), fosfatase alcalina de 690 U/L e leucocitose discreta.

Realizou-se uma ressonância, conforme mostra a imagem a seguir.

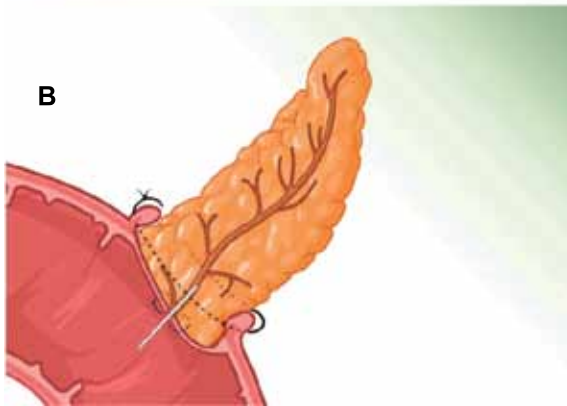
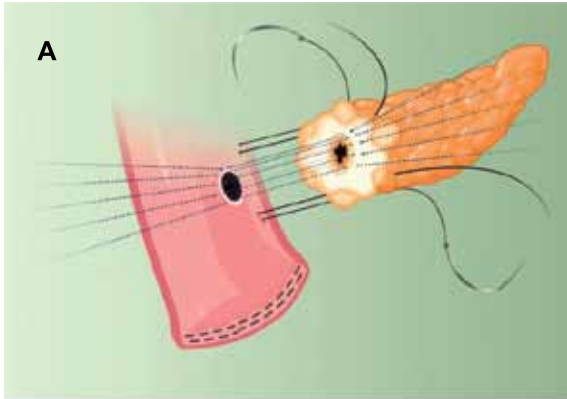


(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Em face do exposto, assinale a alternativa correta.

- (A) A CPRE por via oral com duodenoscópio pediátrico é a melhor alternativa, permitindo alcance transjejunal da papila em cerca de 90% dos casos, conforme técnica descrita por Goto *et al.*
- (B) A CPRE assistida por laparoscopia com acesso transgástrico ao estômago excluído é uma alternativa plausível, embora a posição supina do paciente dificulte o procedimento.
- (C) Em casos de episódios recorrentes, a anastomose coledocoduodenal não é uma alternativa segura devido ao alto risco de síndrome Sump.
- (D) A coleta de citologia por escovado biliar deve preceder qualquer intervenção terapêutica.

40. A imagem a seguir apresenta dois tipos de anastomose pancreatojejunal comumente utilizadas após duodeno-pancreatectomia, procedimento padrão no tratamento de tumores periampulares.



(Arquivo pessoal; imagens usadas com autorização)

Com base nas imagens e nos conhecimentos atuais, é correto afirmar que

- (A) a imagem **A** representa uma anastomose do tipo invaginação (*dunking*), mais indicada para adenocarcinomas com ducto pancreático dilatado, por permitir drenagem efetiva dos ductos secundários.
- (B) a imagem **B** representa a técnica de Blumgart modificada, que utiliza plano único contínuo e é favorecida na presença de parênquima macio e ducto invisível, especialmente em doenças benignas.
- (C) a imagem **A** representa a anastomose ducto-mucosa, indicada em pacientes com ducto visível e parênquima mais fibroso.
- (D) o estudo LEOPARD-2 demonstrou superioridade da técnica **A** em relação à **B** quanto à segurança no que se refere a fístulas pancreáticas.

41. Homem de 67 anos, com IMC 35 kg/m², procura o pronto-socorro com quadro de dor em região inguinoescrotal direita, aumento de volume local há 24 horas e episódios de náuseas. Ao exame físico, observa-se hérnia inguinoescrotal volumosa à direita, dolorosa, sem sinais de isquemia cutânea, irredutível. Exames laboratoriais são normais, e a tomografia abdominal evidencia alça delgada herniada com sinais de compressão, sem pneumoperitônio. O paciente é encaminhado para cirurgia de urgência com diagnóstico de hérnia inguinoescrotal volumosa encarcerada.

Com relação ao manejo intraoperatório e aos aspectos técnicos dessa condição, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de toxina botulínica ventrolateral no intraoperatório pode ser considerado em cirurgias de urgência, pois seu pico de ação é imediato; entretanto, deve-se ter cautela pelo risco de paralisia diafragmática e instabilidade ventilatória.
 - (B) A via extraperitoneal total (TEP) é contraindicada em casos de hérnia inguinal encarcerada, devido à limitação de acesso à cavidade abdominal para avaliação da viabilidade das vísceras herniadas.
 - (C) Em pacientes com contaminação ou fístula entérica, o uso de telas sintéticas é considerado contraindicação absoluta.
 - (D) Em hérnias inguinoescrotais volumosas com grande perda de domicílio, pode-se empregar a técnica de separação de componentes associada à colocação de tela em posição *sublay*, permitindo o aumento da cavidade abdominal e cobertura efetiva do defeito.
42. Recém-nascido a termo, com diagnóstico pré-natal de defeito da parede abdominal, nasce com alças intestinais exteriorizadas, edemaciadas e sem membrana de cobertura. Apgar 8/9, sem outras malformações aparentes.

Com base nesse quadro clínico e nos conhecimentos atuais, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de onfalocele, malformação frequentemente associada a anomalias cromossômicas, como a trissomia 18, e risco aumentado de hipoglicemia neonatal por hiperinsulinismo.
- (B) A presença de alças espessadas e sem membrana de cobertura indica gastrosquise, cuja principal complicação pós-operatória é hipertensão portal.
- (C) A gastrosquise geralmente ocorre como defeito isolado, com maior comprometimento funcional intestinal, enquanto a onfalocele apresenta alta associação com anomalias cromossômicas e cardíacas.
- (D) Em casos de gastrosquise, a conduta ideal é o fechamento primário imediato da parede abdominal, independentemente do grau de edema ou distensão das alças.

43. Homem de 55 anos, previamente hígido, sofre acidente automobilístico com trauma torácico fechado. É internado com diagnóstico de hemotórax moderado à direita, sendo submetido à drenagem torácica com melhora do quadro. Após 3 semanas, evolui com dor torácica persistente, dispneia aos esforços e febre baixa. Nova radiografia mostra velamento parcial do hemitórax direito e desvio contralateral da traqueia. Tomografia computadorizada evidencia espessamento pleural e líquido loculado no hemitórax direito, com colapso parcial pulmonar.

Considerando o quadro apresentado, a conduta adequada é:

- (A) antibioticoterapia de amplo espectro, com cobertura para germes hospitalares, por 4 semanas.
- (B) toracocentese diagnóstica, seguida de drenagem pleural fechada.
- (C) toracoscopia para desbridamento e decorticação pulmonar.
- (D) fisioterapia respiratória intensiva para reexpansão pulmonar espontânea.

44. Homem de 32 anos, previamente hígido, vítima de queimadura elétrica por alta tensão (10.000 V), chega em sala de emergência apresentando lesão de entrada (mão direita carbonizada) e saída (pé esquerdo com necrose). Hemodinamicamente estável.

Com relação a esse caso, assinale a alternativa correta.

- (A) O cálculo volêmico inicial deve basear-se na superfície queimada pela fórmula de Parkland.
- (B) A reposição volêmica deve basear-se na diurese e em parâmetros como creatinofosfoquinase e mioglobínúria.
- (C) Recomenda-se hidratação agressiva com Ringer Lactato para atingir 10-15 mL/kg/h, ajustando conforme resposta renal.
- (D) Diuréticos osmóticos devem ser administrados juntamente com a reposição volêmica.

45. A terapia por pressão negativa (TPN) é amplamente empregada no tratamento de feridas complexas.

Quanto aos seus mecanismos de ação e indicações clínicas, assinale a alternativa correta.

- (A) A microdeformação induzida pela pressão negativa promove reorganização da matriz extracelular e ativa vias de mecanotransdução no citoesqueleto, favorecendo proliferação celular e angiogênese.
- (B) A aplicação de pressão negativa contínua de alta intensidade (entre -1.500 e -2.000 mmHg) é indicada em feridas contaminadas, pois maximiza a eliminação bacteriana sem risco de dano tecidual.
- (C) O uso de TPN é uma boa alternativa em feridas tumorais infectadas, pois estimula angiogênese e formação de tecido de granulação.
- (D) A pressão negativa intermitente é contraindicada em feridas com tecido de granulação, já que as variações pressóricas comprometem a perfusão local e dificultam a migração celular.

46. A escolha do fio e da técnica de fechamento aponeurótico é fundamental na prevenção de evisceração e hérnia incisional.

Em face do exposto, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de toxina botulínica do tipo A 4 semanas antes de cirurgias eletivas aumenta a capacitância intra-abdominal e é uma estratégia válida em pacientes com alto risco de deiscência fascial.
- (B) Fios de poliglactina são monofilamentares, absorvíveis lentos, com tempo de absorção em torno de 180 dias, sendo indicados para fechamento da aponeurose em pacientes de risco elevado para deiscência fascial.
- (C) Polipropileno é um material multifilamentar e absorvível lentamente, sendo útil como malha para reforço temporário da parede abdominal em pacientes com risco aumentado para deiscência fascial.
- (D) A técnica de Smead-Jones consiste em pontos contínuos em alça ancorada, aplicada para fechamento de laparotomias e reduz o risco de deiscência fascial em pacientes de alto risco.

47. O transplante hepático pode ser uma estratégia curativa em casos selecionados de tumores primários do fígado.

No que se refere a critérios e estratégias relacionados ao transplante hepático, assinale a alternativa correta.

- (A) Pacientes com carcinoma hepatocelular que atendem aos critérios de Milão podem ser incluídos na fila de transplante hepático, com prioridade via escore MELD determinado por exames laboratoriais.
- (B) Paciente com colangiocarcinomas peri-hilares não são candidatos a transplante hepático.
- (C) A quimioembolização transarterial (TACE) pode ser utilizada como terapia de *downstaging* em pacientes com carcinoma hepatocelular fora dos critérios de Milão.
- (D) Em pacientes com carcinoma hepatocelular fora dos critérios de Milão e função hepática *Child-Pugh* B ou C, o transplante hepático está contraindicado, e a ressecção com preservação de parênquima deve ser a alternativa de escolha.

48. Homem de 45 anos, com antecedente de colectomia segmentar por diverticulite complicada, refere, há vários meses, episódios recorrentes de estufamento, distensão abdominal e pirose, com melhora parcial ao uso de omeprazol.

Foi submetido à seguinte investigação ambulatorial:

- Endoscopia digestiva alta: esofagite erosiva grau D segundo a classificação de Los Angeles. Observado conteúdo de estase no estômago. Ausência de hérnia hiatal.
- pHmetria esofágica de 24 horas: índice de DeMeester = 66,2 (valor de referência < 14,7). Tempo total de exposição ácida: 18,4%. Número total de episódios de refluxo: 87, sendo 14 com duração superior a 5 minutos.
- Tomografia computadorizada de abdome com contraste oral e endovenoso: alças delgadas de fino calibre proximal ao quadrante inferior esquerdo apresentam distensão significativa, com níveis hidroaéreos e redução do calibre em segmento de íleo distal. Progressão parcial do contraste até esse ponto.

Na última semana, procurou o pronto-socorro devido à piora dos sintomas, com aumento da distensão abdominal e parada da eliminação de fezes e gases. Encontra-se afebril, em bom estado geral, sem sinais de peritonite.

Diante desse quadro, qual deve ser a conduta imediata?

- (A) Realizar laparotomia imediata com lise de aderências e funduplicatura.
- (B) Indicar funduplicatura laparoscópica.
- (C) Solicitar colonoscopia diagnóstica para afastar neoplasia obstrutiva.
- (D) Iniciar tratamento clínico com hidratação venosa e sonda nasogástrica para descompressão gástrica.

49. Homem de 44 anos, previamente hígido, é admitido com distensão abdominal, vômitos e parada de eliminação de fezes e flatos há 36 horas. A tomografia computadorizada evidencia obstrução intestinal com distensão de delgado e cólon, associada a espessamento parietal no ceco, compatível com neoplasia obstrutiva de cólon direito. Adicionalmente, observa-se espessamento focal no sigmoide, sem sinais de perfuração, sugestivo de lesão sincrônica. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável e sem sinais de peritonite.

Com base nesse cenário, assinale a alternativa correta.

- (A) A colectomia total é uma opção adequada em tumores sincrônicos de cólon. Devem ser ligados os vasos ileocólicos e mesentéricos inferiores em suas origens; a ligadura da cólica média em sua origem pode ser considerada, mas não é obrigatória.
- (B) Em casos de obstrução de cólon direito, a perfuração pode ocorrer no sigmoide devido à Lei de LaPlace, que relaciona maior pressão transmural ao menor raio luminal.
- (C) A colectomia segmentar do cólon direito e do sigmoide, com preservação do transversal e realização de duas anastomoses primárias, é preferível em casos de lesões sincrônicas, por manter maior extensão colônica e reduzir complicações.
- (D) Frente à suspeita de tumor sincrônico, a melhor conduta é realizar uma transversostomia em alça para descompressão e posterior avaliação colônica completa com colonoscopia e biópsias antes de indicar ressecção definitiva.

50. Homem de 52 anos, em investigação para cólicas abdominais, realizou tomografia computadorizada, evidenciando lesões hepáticas, associadas a espessamento no íleo terminal e linfonodos aumentados no mesentério, hipercaptantes na fase arterial. Realizou biópsia de nódulo hepático, com imuno-histoquímica positiva para sinaptofisina e cromogranina A, e foi então encaminhado para uma instituição oncológica. Antes de iniciar tratamento oncológico, evoluiu com piora de dor abdominal nos últimos dias, associada a episódios de calafrio e febre. Repetiu a tomografia, que evidenciou bolhas gasosas junto a espessamento ileal, com líquido livre entre alças e coleção mal delimitada de volume estimado de 100 mL.

Nesse caso, a alternativa correta é:

- (A) indicar tratamento com antibioticoterapia e drenagem guiada por radiointervenção.
- (B) indicar radioembolização com lipiodol.
- (C) iniciar cuidados paliativos exclusivos, por se tratar de paciente não candidato a tratamento curativo.
- (D) indicar laparotomia com enterectomia.

