



T1100020N

4ª EDIÇÃO DO EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA (2023/2024)
EDITAL Nº 03/2023 - RESIDÊNCIA MÉDICA

PRM ÁREA DE ATUAÇÃO - CIRURGIA BARIÁTRICA - CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

NOME DO CANDIDATO

INSCRIÇÃO

Nível

SUPERIOR

PROVA

01

**Lembre-se de marcar o
número acima na folha
de respostas!**

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

**Fraudar ou tentar fraudar
Concursos Públicos é Crime!**
Previsto no art. 311 - A do
Código Penal

Sobre o material recebido pelo candidato

- ✓ Além deste Caderno de Questões com **oitenta questões objetivas**, você receberá do fiscal de sala a Folha de Respostas.
- ✓ Confira seu nome, o número do seu documento e o número de sua inscrição em todos os documentos entregues pelo fiscal. Além disso, não se esqueça de conferir seu Caderno de Questões quanto a falhas de impressão e de numeração e se o programa corresponde àquele para o qual você se inscreveu.
- ✓ O não cumprimento a qualquer uma das determinações constantes em Edital, no presente Caderno e na Folha de Respostas incorrerá na eliminação do candidato.

Sobre o material a ser devolvido pelo candidato

- ✓ O único documento válido para avaliação é a Folha de Respostas.
- ✓ Na Folha de Respostas, preencha o campo destinado à assinatura. As respostas das questões objetivas devem ser preenchidas da seguinte maneira: ●
- ✓ Na Folha de Respostas, só é permitido o uso de caneta esferográfica transparente de cor azul ou preta. Esse documento deve ser devolvido ao fiscal na saída, devidamente preenchido e assinado.

Sobre a duração da prova e a permanência na sala

- ✓ O prazo de realização da prova é de 04 (quatro) horas, incluindo a marcação da Folha de Respostas.
- ✓ Após 60 (sessenta) minutos do início da prova, o candidato estará liberado para utilizar o sanitário ou deixar definitivamente o local de aplicação, não podendo, no entanto, levar o Caderno de Questões e nenhum tipo de anotação de suas respostas.
- ✓ O candidato poderá levar consigo o Caderno de Questões somente se aguardar em sala até o término do prazo de realização da prova estabelecido em Edital.
- ✓ Os três últimos candidatos só poderão retirar-se da sala juntos, após assinatura do Termo de Fechamento do Envelope de Retorno.

Sobre a divulgação das provas e dos gabaritos

- ✓ O Caderno de Questões e o Gabarito Preliminar estarão disponíveis no site do **Enare** no endereço eletrônico <https://enare.ebserh.gov.br>, conforme previsto em Edital.

Cirurgia do Aparelho Digestivo

1

Um paciente de 72 anos possui divertículo de Zenker e necessita de tratamento. Nesse sentido, em relação às características e ao tratamento dessa patologia, é correto afirmar que

- (A) é encontrado entre as fibras do músculo tireofaríngeo e as fibras circulares do esôfago / Uma das opções de tratamento é a diverticulectomia ou a diverticulopexia mediante uma incisão no lado esquerdo do pescoço.
- (B) é encontrado entre as fibras do músculo tireofaríngeo e cricofaríngeo / Uma das opções de tratamento é o procedimento de Dohlman, no qual se realiza a divisão endoscópica da parede comum entre o esôfago e o divertículo.
- (C) é encontrado entre as fibras do músculo tireofaríngeo e cricofaríngeo / Uma das opções de tratamento é o procedimento de Dohlman, no qual se realiza diverticulectomia mediante uma incisão no lado esquerdo do pescoço.
- (D) é encontrado entre as fibras do músculo tireofaríngeo e cricofaríngeo / Uma das opções de tratamento é o procedimento de Delorme, no qual se realiza a divisão endoscópica da parede comum entre o esôfago e o divertículo.
- (E) é encontrado entre as fibras do músculo estilofaríngeo e cricofaríngeo / Uma das opções de tratamento é o procedimento de Dohlman, no qual se realiza a divisão endoscópica da parede comum entre o esôfago e o divertículo.

2

Um paciente de 62 anos, sem comorbidades, é atendido no pronto atendimento com hematêmese. Na admissão apresenta-se com taquicardia (FC = 110 bpm) e pressão arterial de 110x70 mmHg. Foi realizada endoscopia digestiva alta, na qual encontrou-se sangue no esôfago e lesão compatível com esofagite erosiva. Segundo o escore prognóstico de Rockall, qual é a classificação de risco para esse paciente?

- (A) Risco muito baixo.
- (B) Risco baixo.
- (C) Risco intermediário.
- (D) Risco alto.
- (E) Risco muito alto.

3

Um cirurgião realizará uma cirurgia de Switch duodenal em um paciente obeso com IMC de 42 kg/m². Quais são os principais passos para se alcançar o objetivo dessa técnica?

- (A) Realizar hemigastrectomia distal, anastomose proximal do íleo distal com o estômago e anastomose distal ileoileal.
- (B) Criar uma pequena bolsa gástrica proximal da pequena curvatura, realizar uma gastrojejunostomia com grampeador circular e anastomose jejunoileal distal.
- (C) Realizar gastrectomia vertical da grande curvatura, secção do duodeno, anastomose proximal do íleo distal com o duodeno e anastomose distal ileoileal.
- (D) Criar uma bolsa gástrica vertical da pequena curvatura, realizar uma gastrojejunostomia proximal e anastomose distal ileoileal.
- (E) Realizar hemigastrectomia distal, com secção do duodeno, anastomose proximal do jejuno com o duodeno e anastomose distal ileoileal.

4

Assinale a alternativa que apresenta corretamente o número da estação linfonodal e a região correspondente aos linfonodos relacionados ao câncer gástrico e sua disseminação linfática.

- (A) 4d-gastroepiploica esquerda / 6-infrapilórica / 8p-artéria hepática comum posterior / 10-hilo esplênico.
- (B) 2-paracárdico esquerdo / 4sa-vasos curtos / 8a-artéria hepática comum anterior / 15-artéria cólica média.
- (C) 3-pequena curvatura / 5-infrapilórica / 9-tronco celíaco / 13-retropancreático.
- (D) 1-paracárdico direito / 4d-gastroepiploica direita / 13-ligamento hepatoduodenal / 14a-artéria mesentérica superior.
- (E) 5-suprapilórica / 7-artéria hepática comum / 10-hilo esplênico / 12a-ligamento hepatoduodenal esquerdo.

5

Assinale a alternativa INCORRETA sobre as manifestações extraintestinais da retocolite ulcerativa.

- (A) A espondilite anquilosante ocorre em 3% a 5% dos pacientes e é mais prevalente em pacientes positivos para HLA-B27 ou que têm histórico familiar de espondilite anquilosante
- (B) Surge eritema nodoso em 10% a 15% dos pacientes com colite ulcerativa e, com frequência, ocorre associado à artropatia periférica.
- (C) A artrite, a espondilite anquilosante, o eritema nodoso e o pioderma gangrenoso melhoram ou têm resolução completa após colectomia.
- (D) O pioderma gangrenoso pode estar relacionado à colite ulcerativa subjacente e manifesta-se, em geral, nos membros superiores e com placa eritematosa que evolui para uma ferida ulcerada e dolorosa.
- (E) A colangite esclerosante primária (CEP) ocorre em 5% a 8% dos pacientes com colite ulcerativa, sendo que a maior parte dos pacientes tem menos de 40 anos e a maioria é de homens.

6

Um paciente, submetido a uma cirurgia de bypass gástrico em Y-de-Roux há 4 semanas, apresenta intolerância progressiva a sólidos e, agora, a líquidos. Assinale a alternativa que apresenta corretamente a provável complicação relacionada e como se deve fazer o manejo desse paciente.

- (A) Síndrome de dumping precoce / Diminuir ingestão de alimentos com açúcar.
- (B) Fístula gastrojejunal / Realizar uma laparotomia com ressutura da anastomose.
- (C) Estenose da gastrojejunostomia / Realizar laparotomia ou laparoscopia e refazer a anastomose de maneira mais ampla, com sutura manual.
- (D) Hérnia interna / Realizar laparoscopia, desfazer a hérnia e suturar a brecha do mesentério.
- (E) Estenose da gastrojejunostomia / Realizar dilatação com balão por via endoscópica.

7

Um paciente, com uma obstrução do colédoco distal e dilatação da árvore biliar, durante uma colecistectomia, foi submetido a uma coledocoduodenostomia. Após 5 anos da cirurgia, começou a apresentar dor abdominal e febre, tendo sido diagnosticado com *Sump Syndrome*. Assinale a alternativa que caracteriza corretamente essa complicação.

- (A) Ocorre devido à estenose progressiva da anastomose coledocoduodenal ao longo do tempo, podendo gerar estase e infecção associada.
- (B) Ocorre devido à formação de pequenos cálculos e/ou ao acúmulo de material alimentar no colédoco distal à anastomose, desfuncionalizado, podendo gerar também infecção associada.
- (C) Ocorre devido à obstrução da via biliar por cálculos residuais que se juntam e impactam na anastomose prévia.
- (D) Ocorre devido ao refluxo das secreções gastrointestinais para o fígado, já que a anastomose não possui esfíncter que o impeça, podendo gerar infecção hepática ou das vias biliares ascendentes.
- (E) Ocorre devido à formação de novos cálculos na região da anastomose, processo reacional ao fio usado na anastomose, podendo gerar impactação na via biliar, estase e infecção associada.

8

Um paciente de 67 anos possui uma massa hepática única, de 5 cm e sugestiva de hepatocarcinoma, apresenta alfafetoproteína de 276 ng/dL, com trombose de veia porta e classe C de *Child-Pugh*. A pontuação desse paciente, conforme o sistema de estadiamento do Câncer de Fígado do Grupo Italiano (CLIP), é

- (A) 1 ponto.
- (B) 2 pontos.
- (C) 3 pontos.
- (D) 4 pontos.
- (E) 5 pontos.

9

Um paciente de 81 anos, com múltiplas comorbidades e instabilidade hemodinâmica, apresenta um quadro compatível com íleo biliar. Assinale a alternativa que melhor descreve o que fazer durante o procedimento cirúrgico para resolução do problema desse paciente.

- (A) Realizar uma incisão longitudinal na borda antimesentérica do íleo, ordenhar e retirar o cálculo impactado, deixando a fístula bilioentérica para ser resolvida em um segundo tempo.
- (B) Realizar duodenotomia na região da fístula bilioentérica, ordenha e retirada do cálculo, seguido de colecistectomia e reparo da fístula/duodeno.
- (C) Realizar uma incisão transversa na borda antimesentérica do íleo, retirar o cálculo impactado, realizar enterectomia se o segmento ileal não estiver viável e fazer o reparo da fístula bilioentérica no mesmo tempo cirúrgico.
- (D) Realizar colecistectomia e separação da fístula bilioentérica, com retirada do cálculo pelo mesmo local após ordenha, realizando duodenorrafia e derivação biliodigestiva em Y-de-Roux.
- (E) Realizar enterectomia da região ileal, ressecando o segmento intestinal junto com o cálculo devido à contaminação local (mesmo que a alça esteja viável), e anastomose ileoileal término-terminal deixando para resolver a fístula bilioentérica em um segundo tempo.

10

Um paciente de 78 anos fez uma tomografia de abdome e teve como achado um cisto de 1,2 cm aparentemente compatível com neoplasia papilar intraductal de ramo lateral, com parede fina, ducto pancreático principal de aproximadamente 3 mm, sem outras características significativas. Assinale a alternativa que apresenta o manejo prático desse paciente para essa patologia.

- (A) Realizar vigilância alternando ressonância (RNM) com ultrassom endoscópico (USE) a cada 3-6 meses e considerar cirurgia se não houver redução das dimensões do cisto.
- (B) Realizar vigilância com ultrassonografia (USG) de abdome anualmente por 3 anos e espaçar o intervalo se a estabilidade da lesão for mantida.
- (C) Realizar ressecção cirúrgica com pancreatectomia parcial e rafia do ducto.
- (D) Realizar tomografia (TC) ou RNM anualmente por 2 anos e depois aumentar o intervalo se não houver alterações.
- (E) Realizar vigilância com USE em 3-6 meses e ir aumentando o intervalo, alternando com RNM.

11

Um paciente de 52 anos foi submetido à ressecção completa de um pólipó de reto médio durante uma colonoscopia, e o resultado do anatomopatológico foi compatível com um adenocarcinoma moderadamente diferenciado, sem invasão angiolinfática, nível 2 de Haggitt, com margens livres. Qual é a orientação/indicação de manejo prático para esse paciente a partir de então?

- (A) Devido à profundidade da lesão, nível 2 de Haggitt, o paciente pode ser considerado como não completamente tratado, tendo indicação de retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto devido ao alto risco de disseminação linfonodal.
- (B) Indicar neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia e, a seguir, retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto.
- (C) Já que a lesão compatível com adenocarcinoma possui margens livres, é indicado realizar uma retossigmoidectomia simples, sem excisão mesorretal total, para garantir margens mais amplas.
- (D) Esse paciente pode ser considerado tratado do ponto de vista local, com margens livres, porém tem grandes chances de disseminação linfonodal devido à profundidade da lesão, nível 2 de Haggitt, sendo indicada a linfadenectomia pélvica complementar.
- (E) Esse paciente pode ser considerado tratado, portanto não tem indicação de abordagem cirúrgica.

12

Um paciente de 35 anos com PAF (Polipose Adenomatosa Familiar) e uma lesão de reto alto compatível com adenocarcinoma (biópsia) é orientado sobre a indicação de proctocolectomia total devido ao risco iminente de câncer em outros locais do cólon, porém refere que seu desejo é de não realizar essa cirurgia por medo das possíveis sequelas, como diarreia e impotência sexual. Deseja apenas realizar a retossigmoidectomia para ressecção da lesão. Qual deve ser a conduta para esse paciente?

- (A) Realizar a retossigmoidectomia e seguir o restante das lesões/pólipos com colonoscopia, respeitando o desejo do paciente.
- (B) Realizar ao menos uma retossigmoidectomia, com colectomia esquerda ampliada e transversectomia, para diminuir o risco de câncer em pelo menos metade do cólon, trazendo benefícios ao paciente.
- (C) Não abordar o paciente cirurgicamente, já que ele não deseja o tratamento completo recomendado.
- (D) Não realizar proctocolectomia total, mas uma colectomia total com anastomose ileorretal, com menores chances de complicações como a impotência sexual.
- (E) Realizar a proctocolectomia total alegando ao paciente que encontrou tumor no cólon direito no intraoperatório, com a finalidade de facilitar a aceitação da cirurgia que tem um grande benefício ao paciente.

13

Um paciente de 82 anos, lúcido, orientado, ex-tabagista, hipertenso e diabético, com câncer de reto médio/baixo, foi submetido à quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes. Ao chegar à consulta pré-operatória, avisa o cirurgião que não quer ficar, de forma alguma, com colostomia nessa cirurgia eletiva. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta médica diante desse caso.

- (A) Não realizar a cirurgia, tendo em vista que é inviável o tratamento cirúrgico desse paciente sem a confecção de uma colostomia.
- (B) Orientar o paciente sobre seus vários fatores de risco para fístula e que a decisão sobre a colostomia será determinada no momento da cirurgia, realizando a colostomia se a anastomose for muito baixa, já que se deve fornecer o melhor tratamento a ele.
- (C) Orientar o paciente sobre seu risco mais elevado de fístula e que a colostomia pode ser importante em seu tratamento, porém, se o paciente ainda não concordar, realizar a cirurgia sem colostomia.
- (D) Orientar o paciente sobre seu risco elevado de fístula e tentar contato com um acompanhante para que assine um termo de consentimento autorizando a realização de uma colostomia caso a anastomose seja muito baixa, confeccionando-a se necessário.
- (E) Realizar uma retossigmoidectomia com anastomose primária e colostomia em alça para melhor aceitação do paciente (por não ser um estoma definitivo), seguindo o dever médico de realizar o tratamento que julgar necessário em casos de risco de complicações.

14

Um paciente de 67 anos é admitido no hospital com sinais de sepse e instabilidade hemodinâmica apresentando um quadro de dor abdominal em fossa ilíaca esquerda com descompressão brusca positiva. Realizou exames, dentre eles tomografia abdominal que mostrou pneumoperitônio moderado, tendo sido indicada laparotomia exploradora. Durante a cirurgia, foi encontrada perfuração do retossigmoide, com presença de fezes na cavidade e grande processo inflamatório proximal e distal, de aproximadamente 20 cm de extensão. A melhor maneira de tratar esse paciente é realizar

- (A) lavagem inicial da cavidade, ressecção do local da perfuração/parede anterior, sutura com pontos separados de Vicryl 3.0 e drenar a cavidade com dreno túbulo-laminar.
- (B) secção e sutura manual, ou com grampeamento do reto distal, secção do reto proximal, com retirada da peça e confecção de colostomia terminal.
- (C) secção e sutura manual do reto distal com pontos contínuos de Vicryl 3.0, secção do reto proximal, com retirada da peça, e confecção de anastomose término-terminal do cólon esquerdo com o reto usando grampeador circular.
- (D) ressecção de 2 cm proximal e distal da perfuração com secção manual do reto e anastomose primária com sutura em pontos contínuos de Vicryl 3.0.
- (E) um desbridamento e ampliação dos bordos da perfuração, utilizando para confecção de uma colostomia em fossa ilíaca esquerda.

15

Um paciente de 78 anos é atendido em um pronto atendimento com queixa de dor e abaulamento repentino, há 1 hora, em região inguinal direita, sem episódios prévios. O médico examina o paciente, diagnostica uma hérnia encarcerada e consegue reduzi-la. Esse mesmo paciente apresenta a mesma queixa 2 dias depois, no começo da manhã, procura novamente o pronto atendimento e é atendido por outro médico que, após a anamnese, solicita uma ultrassonografia de abdome, a qual será realizada no dia seguinte, e dá alta ao paciente. Ainda com dor e com o abaulamento mantido, o paciente retorna logo após o almoço ao pronto atendimento para nova avaliação. Qual deve ser a conduta do médico que o atender?

- (A) Orientar o paciente que deve aguardar o resultado da ultrassonografia para só então ser atendido e reavaliado de maneira mais precisa.
- (B) Realizar nova analgesia e aguardar a ultrassonografia para não contrariar a conduta médica anterior.
- (C) Realizar nova anamnese, analgesia e encaminhamento ambulatorial para cirurgia.
- (D) Fazer a anamnese e examinar o paciente novamente para avaliar se a hérnia está encarcerada, com risco de estrangulamento, sendo a ultrassonografia prescindível para esse diagnóstico.
- (E) Realizar nova anamnese e poupar o paciente de novo exame físico, já que se supõe que o médico anterior o tenha realizado, prescrevendo nova analgesia antes de liberá-lo para casa.

16

Um paciente com hemorroidas grau IV será submetido a uma hemorroidectomia a Ferguson e deseja saber como é realizado esse procedimento. Nesse caso, o médico deve responder que

- (A) é realizada a identificação da hemorroida interna a qual é pinçada e trazida ao laqueador com uso de um dispositivo de sucção.
- (B) é realizado pinçamento do mamilo hemorroidário e uma sutura ao redor dele, que sofrerá necrose e cicatrização em pouco tempo.
- (C) é realizada uma incisão englobando todo o mamilo hemorroidário que é ressecado, e o local da excisão é mantido aberto.
- (D) é realizada a infiltração de soro fisiológico na mucosa anal para levantar os mamilos hemorroidários que são dissecados e ressecados, e o local é hemostasiado com eletrocautério.
- (E) é realizada uma incisão elíptica englobando o mamilo hemorroidário que é excisado, e o local é fechado com sutura absorvível contínua.

17

Paciente do sexo feminino, 66 anos, é encaminhada ao serviço de cirurgia bariátrica e metabólica de um hospital secundário, proveniente do PSF de sua cidade, no interior do estado, para avaliação do tratamento de obesidade. A paciente não apresenta comorbidades e seu IMC é de 41 kg/m². Realiza caminhada 3x/semana e dieta prescrita por nutricionista. Informa, também, tratamento prévio com endocrinologista por 3 anos, porém sem sucesso quanto à perda ponderal. Em relação à indicação de cirurgia bariátrica, qual seria a conduta nesse caso?

- (A) A cirurgia está contraindicada, pois a paciente apresenta mais de 65 anos.
- (B) A cirurgia está indicada, pois a paciente apresenta IMC > 40 kg/m² e tempo de tratamento clínico superior a 2 anos.
- (C) A cirurgia está contraindicada, pois a paciente não apresenta comorbidades associadas ao quadro de obesidade.
- (D) A cirurgia está indicada, pois a paciente apresenta obesidade grau III, porém necessitará comprovar o tratamento clínico mínimo de 5 anos sem sucesso.
- (E) A cirurgia está contraindicada, pois a paciente não possui o tempo de tratamento clínico mínimo de 5 anos.

18

Através da resolução nº 2.172/2017, o Conselho Federal de Medicina reconheceu a cirurgia metabólica como opção terapêutica para pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2. Considerando os critérios para indicação desse tipo de cirurgia, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Ter diabetes mellitus tipo 2 há menos de 10 anos.
- (B) Idade mínima de 30 anos e máxima de 70 anos.
- (C) Apresentar IMC entre 30 kg/m² e 39,9 kg/m².
- (D) Refratariedade ao tratamento clínico através do acompanhamento regular com endocrinologista por no mínimo 2 anos, abrangendo mudanças no estilo de vida, dieta, exercícios físicos e uso de antidiabéticos orais e/ou injetáveis.
- (E) A indicação cirúrgica do paciente deve ser feita, obrigatoriamente, por 2 médicos especialistas em endocrinologia.

19

As técnicas de cirurgia bariátrica podem ser classificadas como: restritivas, disabsortivas e mistas. Assinale a alternativa que apresenta apenas técnicas mistas.

- (A) Sleeve e Bypass Gástrico.
- (B) Banda Gástrica Ajustável e Scopinaro.
- (C) Bypass Gástrico e Banda Gástrica Ajustável.
- (D) Duodenal Switch e Sleeve.
- (E) Bypass Gástrico e Duodenal Switch.

20

Paciente, em consulta de pré-operatório para cirurgia bariátrica, apresenta diagnóstico de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), com sintomas dispépticos recorrentes e EDA com achado de esofagite erosiva Los Angeles grau D, e refere desejo de realizar a gastrectomia vertical. Qual seria a melhor conduta frente ao caso?

- (A) Concordar com o paciente e prosseguir com a indicação de gastrectomia vertical.
- (B) Explicar ao paciente que a cirurgia bariátrica está contraindicada em pacientes com DRGE.
- (C) Concordar com o paciente, mas, antes, realizar o tratamento da DRGE por no mínimo 2 meses.
- (D) Explicar ao paciente que a realização da gastrectomia vertical poderia piorar os sintomas dispépticos no pós-operatório.
- (E) Explicar ao paciente que, devido ao quadro de dispepsia, a melhor técnica para o caso seria a passagem de Balão Intragástrico.

21

Paciente do sexo feminino, 40 anos, apresenta IMC de 35,5 kg/m² e hipertensão arterial sistêmica. Nos exames pré-operatórios para a realização de cirurgia bariátrica, a EDA demonstrou a presença de pólipos em estômago, sendo ressecado o maior que se encontrava em antro gástrico, cujo anatomopatológico demonstrou ser um pólipo adenomatoso. Qual é a técnica cirúrgica mais indicada para o caso e a justificativa correta?

- (A) Sleeve, pois a paciente necessitará de reavaliação e controle endoscópico dos pólipos gástricos.
- (B) Bypass Gástrico, pois a paciente apresenta comorbidade associada ao quadro de obesidade.
- (C) Bypass Gástrico, pois a paciente apresenta IMC > 35 kg/m².
- (D) Sleeve, pois a paciente apresenta IMC < 40 kg/m².
- (E) Bypass Gástrico, pois, por tratar-se de pólipos benignos, não há necessidade de seguimento endoscópico.

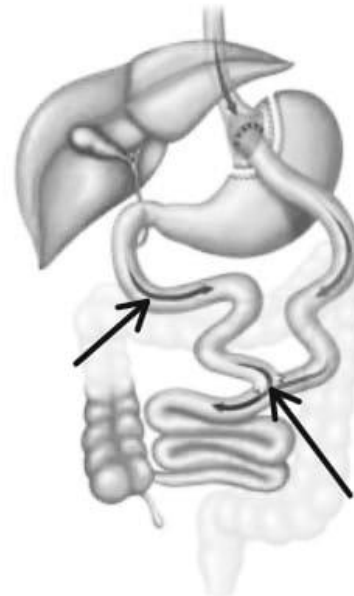
22

Durante a realização da gastrectomia vertical, secciona-se grande parte do estômago, especialmente o fundo gástrico, no qual há produção de um hormônio orexígeno. Assim, além de ser uma cirurgia restritiva, o paciente terá saciedade mais precocemente no pós-operatório. O hormônio orexígeno mencionado é o(a)

- (A) leptina.
- (B) glucagon.
- (C) GLP-1.
- (D) colecistocinina.
- (E) grelina.

23

Assinale a alternativa que apresenta a cirurgia representada na imagem a seguir e o que indica as setas externas.



- (A) Scopinaro / Alça alimentar.
- (B) Bypass Gástrico / Alça biliopancreática.
- (C) Sleeve / Alça alimentar.
- (D) Scopinaro / Alça biliopancreática.
- (E) Bypass Gástrico / Alça comum.

24

Paciente de 40 anos foi submetido à gastrectomia vertical há 7 anos. Naquela época, no pré-operatório, apresentava IMC de 39 kg/m² e, atualmente, apresenta IMC de 22 kg/m². Esse paciente vem à consulta médica, pois perdeu seu seguimento pós-operatório há 5 anos e queixa-se de fraqueza, fadiga e parestesia em membros inferiores ao realizar caminhadas há cerca de 3 meses. Qual deficiência vitamínica estaria mais associada à cirurgia realizada e ao quadro clínico desse paciente?

- (A) Deficiência de ácido fólico.
- (B) Anemia ferropriva.
- (C) Deficiência de vitamina D.
- (D) Deficiência de vitamina A.
- (E) Anemia megaloblástica.

25

Paciente de 33 anos, sexo masculino, procura por atendimento em Unidade Básica de Saúde. Ele possui antecedente de realização de Cirurgia Bariátrica (Bypass Gástrico) há 2 anos, com perda ponderal de 30 kg no período, e refere perda do seguimento clínico há 1 ano. Queixa-se de dor e distensão abdominal, náuseas, vômitos e parada da eliminação de fezes há 3 dias e flatos há 1 dia. Ao exame físico, encontra-se com PA: 92 x 60 mmHg, desidratado 1+/4+, hipocorado 1+/4+, com abdome distendido, doloroso à palpação profunda difusamente, apresentando ruídos hidraéreos hipoativos e descompressão brusca negativa. Diante desse caso, a conduta médica é

- (A) fornecer orientações dietéticas e prescrever o uso domiciliar de pró-cinéticos.
- (B) solicitar de TC de abdome ambulatorial e orientar hidratação via oral.
- (C) encaminhar ao pronto-socorro para avaliação de urgência.
- (D) prescrever o uso domiciliar de sintomáticos e orientar sinais e sintomas de alarme.
- (E) prescrever o uso domiciliar de pró-cinéticos e solicitar retorno em 24 horas para reavaliação.

26

Paciente do sexo masculino, 50 anos, IMC de 45 kg/m², portador de diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia, está no 5º dia de pós-operatório de Bypass Gástrico e apresenta-se com queixa de dor em epigástrico e mesogástrico de forma persistente, com pouca aceitação da dieta. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, corado, hidratado, temperatura axilar de 37,8°C, eupneico, FC: 112 bpm, PA: 106x58 mmHg, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, abdome distendido, com ruídos hidroaéreos presentes, dor à palpação profunda difusamente e descompressão brusca negativa. Diante do exposto, qual é a principal suspeita diagnóstica?

- (A) Pancreatite aguda.
- (B) Colecistite aguda.
- (C) Tromboembolismo pulmonar.
- (D) Deiscência de anastomose intestinal (fístula).
- (E) Hérnia interna.

27

Mulher, 33 anos, comparece à consulta de retorno, após 6 semanas da realização de cirurgia bariátrica (técnica realizada: Bypass Gástrico), queixando-se de episódios de dor abdominal em cólicas, náuseas, rubor facial, palpitações e diarreia explosiva alguns minutos após as refeições. Qual é a hipótese diagnóstica e a conduta terapêutica frente a esse caso?

- (A) Síndrome de Dumping Tardia / Orientar a paciente à ingestão de carboidratos nas refeições.
- (B) Úlcera marginal / Fornecer orientações dietéticas e prescrever inibidor de bomba de prótons.
- (C) Síndrome de Dumping Precoce / Fornecer orientações dietéticas, solicitar que evite a ingestão de carboidratos e realize as refeições de forma mais lenta e fracionadas.
- (D) Síndrome da alça aferente / Providenciar reabordagem cirúrgica.
- (E) Estenose da anastomose gastrojejunal, / Providenciar dilatação endoscópica com balão.

28

Homem, 58 anos, em pós-operatório de Bypass Gástrico há 5 anos, procura o pronto atendimento de sua cidade por queixa de disfagia progressiva nos últimos 3 meses, com piora no último mês, associada a regurgitações frequentes de alimentos sólidos. Refere maior facilidade para ingestão de alimentos líquidos e pastosos e nega distensão abdominal ou parada da eliminação de flatos ou fezes. Ao exame físico, o abdome é normotenso e indolor. Qual é a principal hipótese diagnóstica e qual exame deve ser solicitado para investigação do caso?

- (A) Colecistolitíase / Ultrassonografia de abdome.
- (B) Bridas / TC de abdome.
- (C) Hérnia interna / TC de abdome.
- (D) Intussuscepção intestinal / TC de abdome.
- (E) Estenose da gastroenteroanastomose / Endoscopia digestiva alta.

29

Paciente obeso será submetido à gastrectomia vertical por videolaparoscopia, e o cirurgião opta por confeccionar o pneumoperitônio com a agulha de Veress através de técnica fechada no ponto de Palmer, devido à segurança desse local. Assinale a alternativa que apresenta a localização desse ponto.

- (A) Região supraumbilical.
- (B) Junção da linha hemiclavicular esquerda com o rebordo costal esquerdo.
- (C) Região epigástrica.
- (D) Pararretal à direita.
- (E) Região infraumbilical.

30

Sobre as técnicas de acesso de punção para confecção do pneumoperitônio em cirurgias videolaparoscópicas, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Em pacientes obesos, recomenda-se a confecção da técnica aberta para punção.
- (B) Devem ser realizadas com cautela e seguir a técnica correta, pois é um dos principais momentos de complicações.
- (C) As complicações da punção podem envolver sangramentos e perfuração de vísceras.
- (D) As técnicas de punção podem ser aberta (técnica de Hasson) ou fechada (utilização da agulha de Veress).
- (E) Na grande maioria das cirurgias videolaparoscópicas, realiza-se a primeira punção com agulha de Veress na linha média do abdome junto à cicatriz umbilical. Nessa região, há riscos de lesão de grandes vasos devido à proximidade da parede anterior do abdome com as estruturas vasculares retroperitoneais.

31

Durante as cirurgias videolaparoscópicas, ocorrem alterações sistêmicas e metabólicas no organismo com a insuflação do pneumoperitônio. Em relação às alterações pulmonares, é correto afirmar que

- (A) ocorre elevação do diafragma e aumento da complacência pulmonar.
- (B) há um aumento da capacidade vital e do volume respiratório.
- (C) há uma diminuição da pressão necessária para a ventilação.
- (D) no pós-operatório, a cirurgia laparoscópica acarreta uma maior morbidade do ponto de vista pulmonar do que a cirurgia aberta.
- (E) as alterações pulmonares causam hipóxia e/ou hipercarbica.

32

Em relação às alterações cardiovasculares secundárias à insuflação do pneumoperitônio, assinale a alternativa correta.

- (A) No início da insuflação peritoneal, as alterações hemodinâmicas instalam-se de modo menos intenso.
- (B) A realização do pneumoperitônio com CO₂ leva a um aumento da pressão intra-abdominal, o que resulta em um aumento do retorno venoso.
- (C) Podem ocorrer arritmias, geralmente sinusais benignas, que desaparecem com a desinsuflação do peritônio.
- (D) A taquicardia é, usualmente, uma resposta simpática compensatória ao aumento do retorno venoso.
- (E) A resistência vascular periférica permanece inalterada independentemente da pressão do pneumoperitônio.

33

Para a confecção do pneumoperitônio em cirurgias videolaparoscópicas, utiliza-se o gás carbônico (CO₂). São características desse gás:

- (A) não ser inflamável e ser de baixo custo.
- (B) não ser inflamável e ser de alto custo.
- (C) estar facilmente disponível e ser de alto custo.
- (D) ser pouco absorvível e facilmente eliminado pela respiração.
- (E) ser inflamável e rapidamente absorvível.

34

Paciente do sexo feminino, 19 anos, é atendida por médico cirurgião. Ela apresenta IMC de 31,5 kg/m² e esteatose hepática que leva à ultrassonografia de abdome. Realizou tratamento clínico da obesidade por 3 anos, com perda ponderal durante o tratamento, porém apresentou ganho de peso nos últimos 6 meses e, por esse motivo, deseja realizar cirurgia bariátrica. Qual é a melhor conduta do médico em relação a esse caso?

- (A) Explicar à paciente que a cirurgia bariátrica está indicada apenas para pacientes acima de 20 anos.
- (B) Explicar à paciente que o seu caso não possui indicação para realização de cirurgia bariátrica, visto que seu IMC é menor do que 35 kg/m².
- (C) Prosseguir com a indicação cirúrgica, mas, antes, solicitar que a paciente retorne ao tratamento clínico para perda ponderal antes da cirurgia.
- (D) A cirurgia está contraindicada, pois a paciente não possui tempo de tratamento clínico suficiente para a indicação do tratamento cirúrgico.
- (E) Prosseguir com a indicação cirúrgica, pois a paciente possui critérios clínicos para a realização de cirurgia bariátrica.

35

Paciente do sexo masculino, 57 anos, foi submetido a Bypass Gástrico com colocação de anel gástrico há 8 anos. Procura atendimento médico por queixa de ganho ponderal progressivo no último ano. Trouxe à consulta resultado de endoscopia digestiva alta, que havia realizado há cerca de 3 meses, com identificação de úlcera marginal na vertente gástrica da anastomose gastrojejunal. Para complementação diagnóstica, o médico solicita um Trânsito Intestinal, que demonstrou o achado da figura a seguir.



Qual é a hipótese diagnóstica?

- (A) Migração do anel gástrico.
- (B) Hérnia interna.
- (C) Deslizamento do anel gástrico.
- (D) Fístula gastrogástrica.
- (E) Estenose da anastomose gastrojejunal.

36

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução nº 2.131/15, adicionou outras comorbidades para a indicação de cirurgia bariátrica em pacientes com IMC entre 35 e 39,9 kg/m². Assinale a alternativa que apresenta comorbidades, as quais associadas à obesidade grau II, são indicativas de cirurgia bariátrica.

- (A) Hipertensão arterial sistêmica e hipotireoidismo.
- (B) Acidente vascular cerebral e infertilidade masculina.
- (C) Dislipidemia e transtorno da compulsão alimentar.
- (D) Diabetes mellitus tipo 2 e transtorno afetivo bipolar.
- (E) Osteoartroses e proteinúria persistente.

37

Durante uma cirurgia bariátrica revisional videolaparoscópica, o cirurgião depara-se com a presença de grande quantidade de aderências entre alças de intestino delgado e destas com a parede abdominal. Qual atitude o cirurgião poderia tomar nesse momento para lidar com tais aderências abdominais e prosseguir com a cirurgia?

- (A) Suspensão imediata da cirurgia pelo risco de lesões de alças de intestino delgado.
- (B) Conversão para cirurgia aberta, pois a videolaparoscopia é contraindicada nos pacientes que possuem aderências abdominais.
- (C) Nos locais com maior quantidade de aderências, realizar ressecções intestinais.
- (D) Aplicar substâncias tóxicas na cavidade abdominal, que irão dissolver as aderências.
- (E) Realizar a dissecação cuidadosa das aderências através do uso de eletrocautério ou pinças ultrassônicas para desfazer as aderências, criar espaço de trabalho e melhor entendimento anatômico.

38

A respeito do uso do balão intragástrico, assinale a alternativa correta.

- (A) Dentre as complicações de seu uso, é possível citar a impactação no antro e a colonização fúngica.
- (B) Está indicado apenas para pacientes com IMC superior a 40 kg/m².
- (C) Após a colocação do balão intragástrico, não há necessidade de seguimento com equipe multidisciplinar, visto que o paciente permanecerá um curto período de tempo com o balão.
- (D) Espera-se uma perda ponderal superior a 30% do peso inicial com o uso do balão intragástrico.
- (E) O tempo máximo de permanência do balão intragástrico é de 3 meses.

39

Em relação à hérnia interna no Espaço de Petersen, após a realização da cirurgia bariátrica, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de complicação rara após a realização da gastrectomia vertical.
- (B) O Espaço de Petersen corresponde à brecha formada entre o mesentério de alça jejunal com o mesocólon do cólon transverso durante a realização do Bypass Gástrico.
- (C) O tratamento primário da hérnia interna no Espaço de Petersen é endoscópico.
- (D) O Espaço de Petersen localiza-se entre o reservatório gástrico e o fígado.
- (E) Por ser um espaço grande, a hérnia nesse local não causa isquemia de alças intestinais.

40

Preencha a lacuna e assinale a alternativa correta.

A deficiência de _____ ocorre em cerca de 10% dos pacientes submetidos a Bypass Gástrico e relaciona-se com a má absorção de gorduras. Os sintomas são raros, mas o paciente pode queixar-se de pele seca, queda de cabelos e visão noturna comprometida.

- (A) vitamina C
- (B) ferro
- (C) vitamina A
- (D) vitamina D
- (E) ácido fólico

Cirurgia Geral

41

A dissecação aórtica ocorre quando um defeito na camada íntima do vaso permite que o sangue crie um falso canal na parede aórtica, normalmente entre as camadas média e adventícia. Assinale a alternativa que NÃO representa um fator de risco para o desenvolvimento da dissecação aórtica.

- (A) Hipertensão.
- (B) Diabetes.
- (C) Gravidez.
- (D) Síndrome de Marfan.
- (E) Abuso de cocaína.

42

Um paciente com sequela de um tumor cerebral está com a capacidade de deglutição comprometida há alguns dias e foi, então, indicada uma gastrostomia endoscópica. O procedimento foi realizado há 5 dias, e o paciente realizou uma tomografia de corpo inteiro para fins de avaliação de controle da doença, sendo detectado pneumoperitônio de pequeno volume. Em relação a esse caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Como o paciente realizou o procedimento de forma endoscópica, não é esperado o achado de pneumoperitônio, portanto é necessária uma laparoscopia diagnóstica para excluir a existência de complicações.
- (B) Deve-se considerar a situação como uma emergência cirúrgica, pois, provavelmente, há conteúdo gástrico vazando para a cavidade abdominal, e o fechamento cirúrgico da gastrostomia será necessário.
- (C) Ar livre intraperitoneal (pneumoperitônio) após gastrostomia endoscópica é comum e pode persistir por até quatro semanas, portanto o caso pode ser mantido com conduta expectante.
- (D) O achado de pneumoperitônio indica que, provavelmente, houve perfuração de uma das alças intestinais, com indicação de reabordagem cirúrgica da gastrostomia.
- (E) É comum o achado de pneumoperitônio após o procedimento, porém, após o segundo dia de pós-operatório, é indicativo de complicação que deve ser abordada cirurgicamente e imediatamente.

43

Um paciente de 52 anos, etilista, apresentou vários episódios de vômitos intensos e, a seguir, hematêmese. Foi levado ao hospital, onde realizou endoscopia digestiva alta que descartou a hipótese de varizes esofágicas sangrantes. Assinale a alternativa correta em relação a esse caso.

- (A) Pela história de vômitos, pode-se suspeitar de lacerações de Mallory-Weiss, responsáveis por 30-40% dos casos de sangramento gastrointestinal e que devem ser tratadas com endoscopia e colocação de cliques metálicos para fechamento das lacerações.
- (B) Pela história de vômitos, pode-se suspeitar de lacerações de Mallory-Weiss, em que aproximadamente 90% dos casos são resolvidos com endoscopia e eletrocoagulação local.
- (C) Pela história de vômitos, pode-se suspeitar de lacerações de Mallory-Weiss, que são tratadas, na maioria dos casos, com uma gastrotomia alta e a sutura da laceração da mucosa.
- (D) Pela história de vômitos, pode-se suspeitar de lacerações de Mallory-Weiss, que são tratadas, em sua maioria, por meio de jejunostomia e repouso gástrico por 4 semanas.
- (E) Pela história de vômitos, pode-se suspeitar de lacerações de Mallory-Weiss, em que a terapia de suporte com frequência é suficiente, pois 90% dos episódios de sangramento são autolimitados.

44

Um paciente descobriu uma massa em adrenal direita incidentalmente em uma tomografia. O médico decide investigar essa massa para saber se o tumor é um feocromocitoma ou não. Assinale a alternativa que apresenta corretamente os exames que podem ser solicitados pelo médico, os quais contribuem para a elucidação desse diagnóstico, e quais os cuidados perioperatório com o paciente com esse diagnóstico.

- (A) Pesquisa de metanefrinas livres plasmáticas, pesquisa de metanefrinas e catecolaminas em urina de 24h, teste de supressão de clonidina / Realizar bloqueio alfa-adrenérgico seguido de betabloqueadores para pacientes com taquicardia persistente.
- (B) Pesquisa de proteínas em urina de 24h, teste de insulina e cortisol plasmáticos, teste de dopamina plasmática / Administrar agonistas beta-adrenérgicos seguidos de alfabloqueadores.
- (C) Pesquisa de renina e aldosterona plasmáticas, teste de supressão de insulina / Administrar agonistas alfa-adrenérgicos seguidos de betabloqueadores.
- (D) Teste de supressão de clonidina, pesquisa de metanefrinas livres plasmáticas e em urina de 24h, pesquisa de catecolaminas em urina de 24h / Administrar betabloqueadores seguidos de bloqueio alfa-adrenérgico para pacientes com taquicardia persistente expansão volêmica.
- (E) Pesquisa de catecolaminas plasmáticas, prova do laço e teste de insulina em urina de 24h / Realizar bloqueio alfa e beta-adrenérgicos associado à expansão volêmica agressiva.

45

Um paciente e sua esposa chegam ao pronto atendimento após um acidente automobilístico. Os dois são questionados sobre doenças prévias e respondem que não possuem comorbidades. O esposo revela, em particular ao médico, que possui hepatite B e está em vias de começar o tratamento, porém sua esposa não sabe. Nesse caso, qual é a melhor conduta?

- (A) Dar a oportunidade ao esposo de contar sobre a doença à esposa e, caso ele não conte, o médico pode revelar o diagnóstico, tendo em vista o risco a um terceiro – no caso, a esposa – de estar com a doença sem ter tal conhecimento.
- (B) Solicitar o exame de hepatite B para a esposa, juntamente com os outros exames, e revelar a ela o resultado somente caso seja positivo, pelo risco de transmissão esposo-esposa.
- (C) Não contar à esposa o diagnóstico do marido, pois o médico deve respeitar o sigilo profissional quanto a essa informação.
- (D) Orientar à esposa que será realizada uma triagem sorológica padrão do hospital e orientar a entregar os resultados ao seu médico de confiança quando for à consulta de rotina, para que ele possa orientar os resultados.
- (E) Orientar e dar a oportunidade ao esposo que conte à esposa sobre o diagnóstico após a alta, quando estiverem em casa.

46

Assinale a alternativa que apresenta apenas critérios de Ranson para pancreatite aguda utilizados após 48h da admissão do paciente.

- (A) Idade, leucócitos, hematócrito e PaO₂.
- (B) Nível de desidrogenase láctica, nível de ureia sanguínea, necessidade de líquidos e leucócitos.
- (C) Déficit de base, PaO₂, nível de cálcio sérico e hematócrito.
- (D) Nível de cálcio sérico, nível de aspartato aminotransferase, hematócrito e PaO₂.
- (E) Nível de ureia sanguínea, nível de glicose sérica, nível de cálcio sérico e déficit de base.

47

Um paciente de 48 anos procura atendimento médico devido à icterícia de início há 2 dias. Nega dor, febre ou outras queixas. Nunca teve episódios semelhantes a esses ou relacionados. Fez ultrassonografia que mostrou cálculo em via biliar principal com dilatação do ducto colédoco, sem outros cálculos em vesícula biliar. Assinale a alternativa compatível com a conduta mais adequada para esse caso.

- (A) Realizar colecistectomia aberta com exploração das vias biliares para extração do cálculo.
- (B) Realizar laparotomia exploradora com coledocotomia e extração do cálculo.
- (C) Realizar CPRE (colangiopancreatografia endoscópica retrógrada) com esfínterectomia e extração do cálculo, seguida de nova exploração da via biliar por via laparotômica.
- (D) Realizar colecistectomia videolaparoscópica com colangiografia intraoperatória e drenagem da via biliar, seguida de CPRE em outro tempo cirúrgico.
- (E) Realizar CPRE com esfínterectomia e extração do cálculo, seguida ou não de colecistectomia em segundo tempo.

48

Assinale a alternativa que descreve corretamente os locais de câncer e características associadas mais comumente em relação à mutação do gene RET na Neoplasia endócrina múltipla tipo 2.

- (A) Câncer de mama, de endométrio e da tireoide.
- (B) Câncer medular de tireoide, feocromocitoma e hiperplasia da paratireoide.
- (C) Paraganglioma e feocromocitoma.
- (D) Tumores de células das ilhotas pancreáticas, hiperplasia da paratireoide e adenomas da hipófise.
- (E) Neuromas acústicos, meningiomas, gliomas e ependimomas.

49

Um paciente desenvolveu ascite quilosa após uma abordagem cirúrgica com dissecação de linfonodos retroperitoneais. Ele não queixa de dor ou dispneia. Qual é a melhor conduta inicial para esses casos?

- (A) Medidas dietéticas com alto teor de proteína e baixo teor de triglicerídeos de cadeia média e sal.
- (B) Paracentese a cada 2 dias até melhora do quadro.
- (C) Exploração cirúrgica do abdome com shunt portossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS).
- (D) Medidas dietéticas com baixo teor de gordura, alto teor de proteínas e triglicerídeos de cadeia média combinadas com diuréticos.
- (E) Diminuição da ingestão de água e restrição de sal e triglicerídeos de cadeia média associada à somatostatina.

50

Um paciente foi diagnosticado com doença de Crohn e apresenta sintomas como fístulas anais, dor abdominal e diarreia frequente. Assinale a alternativa correta quanto à orientação que deve ser dada a esse paciente.

- (A) Agentes imunossupressores, como a azatioprina, são drogas efetivas na terapia de manutenção e no tratamento da doença de Crohn moderada a grave.
- (B) O Crohn é uma doença que tem cura, porém devem ser encontradas e ressecadas todas as lesões relacionadas à doença, incluindo fistulectomias.
- (C) Os corticoides orais não devem ser usados na doença de Crohn devido ao alto risco de infecções oportunistas.
- (D) Certos antibióticos são efetivos na terapia primária para doença de Crohn, geralmente usados na manutenção ou para induzir remissão.
- (E) A prednisona é uma das medicações ideais para terapia de manutenção em pacientes com doença de Crohn moderada a grave.

51

Um paciente engoliu uma lâmina de barbear há 6h. Procurou o pronto atendimento, pois, no momento, apresenta dor abdominal. Ao exame, apresenta dor intensa à palpação, com descompressão brusca positiva que não melhora aos analgésicos comuns. Qual é a melhor conduta para esse caso?

- (A) Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro, potencializar a analgesia e observar o paciente com radiografias seriadas.
- (B) Administrar um agente catártico para facilitar a eliminação do corpo estranho e realizar radiografias seriadas para acompanhar o trajeto e momento de saída.
- (C) Indicar laparotomia imediata para remoção do corpo estranho.
- (D) Indicar endoscopia digestiva alta para remoção do corpo estranho que, em 6 horas, ainda deve estar no trato digestivo alto.
- (E) Indicar colonoscopia para retirada do corpo estranho, pois, com 6 horas, ele deve estar no cólon.

52

Um médico descreve a outro médico o caso de um paciente internado que possui hemorroidas de quarto grau. Nesse caso, é correto afirmar que

- (A) o paciente possui hemorroidas prolapsadas que necessitam de redução manual, e a ligadura elástica pode ter resultados bastante favoráveis.
- (B) o paciente possui hemorroidas internas que não reduzem, e a hemorroidectomia deve ser considerada.
- (C) o paciente possui hemorroidas internas que apresentam apenas hemorragia, sem prolapso, portanto apenas medidas clínicas devem ser consideradas.
- (D) o paciente possui hemorroidas internas prolapsadas que reduzem espontaneamente, e a hemorroidectomia deve ser considerada.
- (E) o paciente possui hemorroidas internas que não reduzem e a hemorroidectomia deve ser considerada, além da ligadura elástica que pode ter resultados bastante favoráveis.

53

Após uma esplenectomia, os pacientes ficam significativamente sujeitos a risco de infecções. Assinale a alternativa INCORRETA quanto à esplenectomia e aos fatores relacionados.

- (A) A sequele mais grave, após a cirurgia, é a superinfecção pós-esplenectomia (IAPE).
- (B) O risco de IAPE é maior em pacientes com talassemia e doença falciforme.
- (C) A IAPE é causada por organismos encapsulados de polissacarídeos, como *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* e *Haemophilus influenzae*.
- (D) O risco de IAPE geralmente é maior nos primeiros dois anos após a esplenectomia.
- (E) A properdina e a tuftsina, proteínas inflamatórias produzidas no baço, encontram-se com níveis séricos aumentados após a esplenectomia.

54

O esôfago em quebra-nozes ou britadeira é um distúrbio caracterizado por contratilidade excessiva do órgão. Assinale a alternativa correta quanto ao tratamento geralmente recomendado para essa afecção.

- (A) Intervenção endoscópica com aplicação de botox em várias áreas do esôfago.
- (B) Esofagomiectomia de Heller modificada laparoscópica.
- (C) Aumentar o consumo de castanhas, alimentos frios e quentes.
- (D) Tratamento clínico com bloqueadores dos canais de cálcio, nitratos e antiespasmódicos pode fornecer alívio temporário durante os espasmos agudos.
- (E) Dilatação com balão apresenta o benefício de ser um tratamento definitivo e com alívio dos desconfortos graves.

55

Um paciente cirrótico procura atendimento médico por queixa de hematêmese volumosa. Qual é a melhor conduta para esse caso?

- (A) Estabilizar o paciente, iniciar vasopressina ou octreotida, realizar endoscopia digestiva alta e, se confirmado quadro de varizes esofágicas, será indicada escleroterapia ou ligadura elástica.
- (B) Estabilizar o paciente para prepará-lo para o *shunt* transjugular intra-hepático portossistêmico (TIPS), já que possui indicação.
- (C) Estabilizar o paciente, realizar endoscopia digestiva alta e, a seguir, introduzir o balão de Sengstaken-Blakemore.
- (D) Estabilizar o paciente e manter sob observação com exames seriados de hemoglobina para avaliar necessidade de transfusão.
- (E) Estabilizar o paciente e indicar abordagem cirúrgica para identificar e tratar o sangramento, provavelmente vindo do esôfago.

56

Um paciente de 41 anos, com câncer de esôfago metastático, está internado para cuidados paliativos exclusivos, com essa decisão já documentada em prontuário quanto ao desejo do paciente e da família. Em certo momento, o paciente tem uma parada cardiorrespiratória e o médico é chamado. Um cuidador está acompanhando o paciente e, quando o médico chega, assustado com a situação, solicita que o médico faça algo para reanimar o paciente. Diante dessa situação, qual é a conduta mais correta?

- (A) Iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar, já que o paciente é jovem e pode ter uma chance a mais de aumentar sua sobrevida.
- (B) Realizar o manejo do paciente, incluindo manobras de ressuscitação cardiopulmonar, a pedido do acompanhante, já que, legalmente, ele é o responsável pelo paciente no momento.
- (C) Não realizar intubação ou manobras de ressuscitação cardiopulmonar, orientando o acompanhante que o paciente se encontra em tratamento paliativo exclusivo e que se deve respeitar a vontade dele e da família.
- (D) Examinar o paciente, iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar, porém, não realizar intubação, já que essa conduta é invasiva e não está contemplada dentro do tratamento paliativo.
- (E) Não realizar manobras de ressuscitação cardiopulmonar, a menos que o acompanhante insista muito, para evitar complicações judiciais ao médico quanto a não prestar socorro ao paciente.

57

Um paciente de 27 anos chega ao pronto atendimento após queda de nível elevado enquanto trabalhava. Apresenta frequência cardíaca de 125 bpm, frequência respiratória de 35 ipm e pressão arterial reduzida. Qual deve ser a perda estimada de sangue desse paciente e o tratamento/reposição mais adequado para ele?

- (A) 30-40% do seu volume de sangue / Reposição de cristalóide e coloide.
- (B) 15-20% do seu volume de sangue / Reposição de cristalóide e coloide.
- (C) 40-50% do seu volume de sangue / Reposição de cristalóide e sangue.
- (D) 20-30% do seu volume de sangue / Reposição de cristalóide e sangue.
- (E) 30-40% do seu volume de sangue / Reposição de cristalóide e sangue.

58

Um paciente de 48 anos possui duas lesões pigmentadas: uma de 1 cm em antebraço e outra de 2,5 cm em dorso. Elas foram biopsiadas de maneira excisional e são compatíveis com melanoma – antebraço – Breslow 0,9 mm, sem ulceração, e – dorso – Breslow 0,5 mm sem ulceração. Qual informação a seguir é correta e deve ser transmitida a esse paciente?

- (A) A lesão do dorso é mais agressiva por ser mais extensa e deve ser tratada mais rapidamente.
- (B) A lesão de antebraço é mais agressiva por ter um Breslow maior. Ambas as lesões devem ser tratadas com ampliação de margens.
- (C) A lesão de antebraço é mais agressiva por ter um Breslow maior e deve ser tratada com ampliação de margens de 3 cm.
- (D) A lesão do dorso é mais agressiva por ser mais extensa e deve ser tratada com ampliação de margem de 1 cm.
- (E) A lesão do dorso é menos agressiva por ter um Breslow menor e deve ser considerada tratada com a excisão.

59

Um paciente obeso de 37 anos fará uma gastrectomia vertical laparoscópica para perda de peso. Assinale a seguir a alternativa que apresenta uma das vantagens desse tipo de cirurgia bariátrica.

- (A) Aumento da disabsorção em relação ao bypass gástrico em Y-de-Roux.
- (B) Possibilidade de realizar ajustes seriados do volume gástrico.
- (C) Aumento dos níveis de grelina.
- (D) Preservação do piloro (evita dumping).
- (E) Menor chance de fístula e é mais fácil de tratar.

60

Um paciente do sexo masculino está sendo operado para reparo de uma hérnia inguinal utilizando-se a técnica de Lichtheinstein. Quais são os cuidados que o cirurgião deve ter no momento desse procedimento?

- (A) Incisar a fáscia do músculo oblíquo externo para expor o canal inguinal, isolar o cordão espermático, tratar o saco herniário e suturar o trato iliopúbico no arco aponeurótico do transversos do abdome com o uso de suturas interrompidas.
- (B) Incisar a fáscia do músculo transversos do abdome para expor o canal inguinal, isolar o cordão espermático, tratar o saco herniário e suturar uma tela inabsorvível por cima do cordão espermático, na fáscia do músculo oblíquo externo.
- (C) Incisar a fáscia do músculo oblíquo externo para expor o canal inguinal, isolar o cordão espermático, tratar o saco herniário e suturar uma tela inabsorvível no músculo transversos do abdome e na borda do trato iliopúbico/ligamento inguinal.
- (D) Incisar as fáscias de Camper e Scarpa para expor o canal inguinal, isolar o cordão espermático, tratar o saco herniário e suturar uma tela inabsorvível nas bordas do cordão espermático e da fáscia do músculo oblíquo externo.
- (E) Incisar a fáscia do músculo oblíquo interno para expor o canal inguinal, isolar o cordão espermático, tratar o saco herniário e suturar uma tela inabsorvível na aponeurose do músculo oblíquo externo.

61

Um paciente tabagista de 62 anos possui uma lesão neoplásica maligna de região de orofaringe à direita, tendo sido indicada ressecção do tumor com linfadenectomia. Nesse caso, quais níveis do pescoço devem ser incluídos na linfadenectomia por terem maiores chances de acometimento linfonodal?

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

62

Para uma abordagem cirúrgica cervical, é importante conhecer a anatomia dessa região, principalmente durante uma linfadenectomia, sendo necessário o conhecimento dos níveis linfonodais e quais estruturas são encontradas em cada região. Em relação ao tema, assinale a alternativa correta.

- (A) O osso hioide é encontrado, geralmente, no nível IV.
- (B) O nível IA contém a glândula submandibular.
- (C) A artéria carótida é predominantemente encontrada no nível V.
- (D) O nível II é dividido em regiões A e B pelo nervo acessório espinal.
- (E) O nível V contém poucos linfonodos que estão principalmente nas regiões paratraqueais, perto da glândula tireoide.

63

Uma paciente de 52 anos apresenta uma lesão de aparência eczematosa que iniciou em região de mamilo direito e que se estendeu, em seguida, para a aréola. Apresenta, ainda, uma massa endurecida e palpável em axila direita. Qual é o provável diagnóstico dessa paciente e qual patologia normalmente está associada?

- (A) Doença de Cooper / Dermatite eczematosa.
- (B) Doença de Paget / Carcinoma mamário.
- (C) Doença de Carnet / Mastite granulomatosa.
- (D) Doença de Paget / Dermatite eczematosa.
- (E) Dermatite eczematosa / Mastite granulomatosa.

64

Uma paciente de 22 anos, nuligesta, possui histórico familiar importante de câncer de mama – avó, mãe e tia tiveram câncer de mama, a tia com diagnóstico aos 33 anos e avó e mãe acima dos 50 anos. Assinale a alternativa que apresenta apenas informações corretas quanto às orientações que devem ser fornecidas a essa paciente.

- (A) Orientar que os exames de imagem da mama, de rastreo, devem ser realizados antecipadamente aos 40 anos.
- (B) Orientar que o aconselhamento genético é recomendado para avaliar se há mutação de algum dos genes BRCA 1 ou BRCA 2 e indicar mastectomia e ooforectomia profilática assim que possível.
- (C) Orientar a paciente a iniciar seu rastreo para câncer de mama, com exames de imagem, a partir do próximo ano, já que a tia teve câncer de mama aos 33 anos.
- (D) Orientar que, caso descubra que tenha mutação dos genes BRCA1 e BRCA2, deve fazer mamografia anual a partir dos 30 anos, associada à ultrassonografia de mamas.
- (E) Orientar que a paciente deve realizar exames de imagem da mama, de rastreo, a partir dos 25 anos, devido ao histórico familiar, e que o aconselhamento genético é recomendado, pois há chances de haver mutações dos genes BRCA 1 e BRCA 2.

65

Um paciente de 83 anos possui uma lesão elevada, polipoide, de aproximadamente 2 cm, em região de sigmoide, vista na colonoscopia. Foi realizada biópsia da lesão que resultou em adenocarcinoma com invasão de submucosa, porém restrito à cabeça do pólip. Qual é a classificação de Haggitt para essa lesão?

- (A) Haggitt 0.
- (B) Haggitt 1.
- (C) Haggitt 2.
- (D) Haggitt 3.
- (E) Haggitt 4.

66

Um paciente de 37 anos possui o diagnóstico de colite ulcerativa e está em controle da doença com tratamento clínico. Passou por consulta com um médico que indicou tratamento cirúrgico para ele, porém esse paciente vai em busca de uma segunda opinião. Nesse caso, qual deve ser a melhor orientação a esse paciente?

- (A) Concordar com o tratamento cirúrgico e reencaminhar ao médico que fez a indicação.
- (B) Concordar com o tratamento cirúrgico e solicitar exames pré-operatórios para, a seguir, programar a cirurgia.
- (C) Discordar da indicação de tratamento cirúrgico e orientar o paciente que a cirurgia é reservada somente para casos de complicações, como fístula e obstrução intestinal.
- (D) Discordar da indicação do tratamento cirúrgico e orientar que a cirurgia está indicada, geralmente, para alguns casos como: megacólon tóxico, sangramento maciço, carcinoma ou doença intratável.
- (E) Concordar com o tratamento cirúrgico devido à idade do paciente e o potencial aumento do risco de câncer de intestino.

67

Nas cirurgias do pâncreas, é importante ter conhecimento da anatomia regional do órgão. Próximo à sua porção cefálica, está presente a artéria gastroduodenal, que é ramo da artéria

- (A) hepática comum.
- (B) gástrica esquerda.
- (C) gástrica direita.
- (D) hepática própria.
- (E) mesentérica superior.

68

Um paciente de 92 anos apresenta um prolapso retal de aproximadamente 3 cm. O cardiologista avaliou e o classificou com risco cirúrgico Goldman 3. Qual é a melhor opção de tratamento cirúrgico para esse paciente?

- (A) Ressecção retal de espessura total, começando logo acima da linha pectínea, juntamente com o intestino e mesentério associados (cirurgia de Altemeir).
- (B) Retopexia abdominal por vídeo com ou sem ressecção e fixação de tela cirúrgica.
- (C) Ressecção mucosa do reto em sleeve com plicatura da muscular (procedimento de Delorme).
- (D) Retopexia com fixação da tela anterior ou posteriormente, sem ressecção retal e por via abdominal aberta.
- (E) Retossigmoidectomia perineal com ressecção retal de espessura total (procedimento de Delorme).

69

Assinale a alternativa correta quanto às características de um tumor GIST (Tumor Estromal Gastrointestinal).

- (A) Originado das células de Paneth / Mais prevalente no íleo e jejuno / Marcador CD4.
- (B) Originado das células de Paneth / Mais prevalente no cólon e apêndice cecal / Marcador gene KIT.
- (C) Originado das células de Cajal / Mais prevalente no esôfago e cólon / Marcador c-kit.
- (D) Originado das células calciformes / Mais prevalente no cólon / Marcador CD114.
- (E) Originado das células de Cajal / Mais prevalente no estômago, intestino delgado e reto / Marcador CD117.

70

A colangite aguda ocorre por uma infecção bacteriana aguda e ascendente da árvore biliar causada por uma obstrução. Assinale a alternativa que apresenta os patógenos mais comuns envolvidos com essa patologia.

- (A) Klebsiella, E.coli, Enterobacter, Pseudomonas e Citrobacter spp.
- (B) Streptococcus aureus, E.coli, Acinetobacter baumannii e Pseudomonas.
- (C) Clostridium difficile, Acinetobacter baumannii e Streptococcus pyogenes.
- (D) Neisseria gonorrhoeae, Enterobacter, Pseudomonas e E.coli.
- (E) Streptococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Pseudomonas e Citrobacter spp.

71

Um paciente de 68 anos foi diagnosticado com um adenocarcinoma de reto a 6 cm da borda anal, com invasão da subserosa, visto em exame de imagem e sem doença à distância. Qual tratamento seria indicado para esse paciente?

- (A) Ressecção do tumor com excisão total do mesorreto e radioterapia adjuvante.
- (B) Quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes, seguidas de ressecção do tumor com ressecção mesorretal total.
- (C) Ressecção da lesão com preservação do mesorreto associada a linfadenectomia pélvica e quimioterapia adjuvante.
- (D) Quimioterapia neoadjuvante, seguida de ressecção do tumor com excisão total do mesorreto e radioterapia adjuvante.
- (E) Radioterapia neoadjuvante e, se o tumor tiver remissão completa, realizar tratamento expectante/seguimento.

72

Um paciente de 70 anos teve um achado de lesão polipoide de 8 mm na vesícula, associada a cálculos biliares. Em um ultrassom de controle, após 6 meses, a lesão teve crescimento para 9 mm. Assinale a alternativa correta para esse caso.

- (A) O paciente não tem indicação de colecistectomia e deve apenas fazer seguimento, já que a lesão não é maior que 1,2 cm.
- (B) O paciente tem indicação de colecistectomia devido à colelitíase que, isoladamente, já indica tratamento cirúrgico.
- (C) O paciente tem indicação de colecistectomia devido ao risco de adenocarcinoma, já que possui um pólipó de vesícula associado à sua idade (>60 anos), cálculos biliares e crescimento da lesão, apesar de ser menor que 1 cm.
- (D) O paciente não possui indicação cirúrgica, já que possui uma colelitíase assintomática.
- (E) O paciente tem indicação de colecistectomia pelo tamanho do pólipó, já que lesões maiores que 5 mm já têm indicação de colecistectomia.

73

Uma paciente do sexo feminino de 62 anos, assintomática, possui um aneurisma de 4,8 cm e está em acompanhamento há alguns anos. No último ano, o aneurisma cresceu para 5,6 cm. Assinale a alternativa correta para esse caso.

- (A) Como a paciente é relativamente jovem, ainda é possível seguir fazendo acompanhamento anual.
- (B) Como o aneurisma ainda é menor que 6 cm, é possível manter acompanhamento clínico a cada 12 meses.
- (C) A indicação de abordagem cirúrgica desse aneurisma justifica-se pelo crescimento maior que 5 mm em 1 ano.
- (D) Há indicação de abordagem cirúrgica desse aneurisma devido ao seu tamanho, maior que 5,5 cm, pelo risco elevado de ruptura.
- (E) Como a paciente é assintomática, apesar do tamanho ser maior que 5 cm, é recomendada conduta expectante por hora.

74

Um paciente de 48 anos e 84kg foi internado e diagnosticado com TVP (Trombose Venosa Profunda) de veia femoral, tendo sido indicadas anticoagulação plena com heparina e manutenção com varfarina. Como deve ser feito o manejo desse paciente?

- (A) Administrar bolus inicial de 80 UI/kg ou 5000 UI, seguido de infusão de aproximadamente 12-18 UI/kg de heparina endovenosa, repetir TTPa (Tempo de Tromboplastina Parcialmente Ativada) em 6h, com o objetivo de manter o TTPa entre 50-80 segundos e iniciar a varfarina no mesmo dia.
- (B) Administrar bolus inicial de 50 UI/kg ou 5000 UI, seguido de infusão de aproximadamente 10-12 UI/kg de heparina endovenosa, repetir TAP (Tempo de Atividade de Protrombina) em 6h, com o objetivo de manter o TAP entre 2,5-3,5 e iniciar a varfarina no mesmo dia.
- (C) Administrar 5000 UI de heparina subcutânea seguido de infusão de aproximadamente 12-18 UI/kg de heparina endovenosa, repetir TTPa (Tempo de Tromboplastina Parcialmente Ativada) em 12h, com o objetivo de manter o TTPa entre 30-60 segundos e iniciar a varfarina após 24h.
- (D) Administrar bolus inicial de 40 UI/kg ou 5000 UI, seguido de infusão de aproximadamente 10-12 UI/kg de heparina endovenosa, repetir TTPa (Tempo de Tromboplastina Parcialmente Ativada) em 8h, com o objetivo de manter o TTPa entre 30-60 segundos e iniciar a varfarina no dia seguinte.
- (E) Administrar bolus inicial de 60 UI/kg ou 10000 UI, seguido de infusão de aproximadamente 12 UI/kg de heparina endovenosa, repetir TTPa (Tempo de Tromboplastina Parcialmente Ativada) em 6h, com o objetivo de manter o TTPa entre 70-80 segundos e iniciar a varfarina no mesmo dia.

75

Um paciente sofreu trauma contuso em região abdominal e se queixa de dor em região de hipocôndrio esquerdo. Realizou uma tomografia que mostrou uma laceração capsular do baço de aproximadamente 2 cm de profundidade parenquimatosa que não envolve vaso trabecular. O paciente possui hemoglobina (Hb) atual de 10 g/dL. Qual é o grau da lesão esplênica desse paciente e a melhor conduta?

- (A) Lesão grau I / Indicar esplenectomia pela queda de Hb.
- (B) Lesão grau II / Indicar esplenectomia pela queda de Hb.
- (C) Lesão grau III / Conduta expectante, acompanhar Hb.
- (D) Lesão grau III / Indicar esplenectomia.
- (E) Lesão grau II / Conduta expectante, acompanhar Hb.

76

Um paciente de 81 anos, com sequelas de AVC, encontra-se acamado há 1 ano e apresenta, no momento, uma úlcera de pressão com perda de tecido de espessura total e gordura subcutânea visível, mas sem osso, tendão ou músculo exposto. Qual é o estágio dessa úlcera segundo o National Pressure Ulcer Advisory Panel?

- (A) Estágio 1.
- (B) Estágio 2.
- (C) Estágio 3.
- (D) Estágio 4.
- (E) Estágio 5.

77

Uma paciente gestante de 21 semanas apresenta dor em região paraumbilical/flanco direito há 1 dia. Apresenta também vômitos e dor à descompressão brusca em flanco direito. Realizou exame de ultrassonografia que mostrou o apêndice espessado e com apendicolito. O médico que a atendeu indicou abordagem cirúrgica, referindo que se tratava de apendicite aguda e não forneceu maiores informações. A paciente, assustada, pede uma segunda opinião durante a internação e diz que não deseja operar, pois tem medo de cirurgia. Qual é a melhor atitude diante dessa situação?

- (A) Orientar que seu desejo poderá ser respeitado sem maiores complicações e mantê-la sob observação clínica.
- (B) Orientar a paciente que, apesar do medo, a possível ruptura do apêndice pode aumentar a mortalidade, a morbidade perinatal e o risco de parto prematuro, portanto é prudente que ela seja submetida imediatamente à intervenção cirúrgica, porém cabe a ela decidir sobre fazer ou não a cirurgia.
- (C) Orientar que seu desejo poderá ser respeitado sem maiores complicações, e que a cirurgia apenas se tornará urgente em caso de pneumoperitônio.
- (D) Orientar a paciente que ela poderá ser submetida ao procedimento quando se sentir mais confortável, não havendo maiores riscos, podendo aguardar em casa e retornar para operar.
- (E) Diante da ausência de riscos imediatos, respeitar o desejo da paciente, dar alta e orientá-la a retornar caso a dor piore.

78

Assinale a alternativa que apresenta os critérios de Milão para transplante hepático em casos de hepatocarcinoma.

- (A) Nódulo único < 5 cm ou menos de três nódulos, o maior deles sendo < 3 cm.
- (B) Nódulo único > 5 cm ou menos de quatro nódulos, o maior deles sendo < 2 cm.
- (C) Nódulo único < 5 cm ou menos de cinco nódulos, o maior deles sendo < 5 cm.
- (D) Nódulo único > 3 cm ou menos de cinco nódulos, o maior deles sendo < 3 cm.
- (E) Nódulo único < 5 cm ou mais de três nódulos, o maior deles sendo < 3 cm.

79

Uma paciente de 27 anos tem indicação de colecistectomia eletiva por colelitíase sintomática. Procura um cirurgião geral e relata seu desejo de que a cirurgia seja por vídeo, porém esse cirurgião só realiza esse procedimento por técnica aberta. Qual deve ser a orientação que esse médico deve fornecer à paciente?

- (A) Orientar que a técnica aberta e a videolaparoscópica possuem o mesmo risco de complicação e os mesmos benefícios e, dessa forma, tentar convencê-la a operar com ele com a técnica aberta.
- (B) Orientar que a técnica aberta e a videolaparoscópica fornecem o mesmo tratamento adequado da patologia em questão, porém a videolaparoscopia possui maiores riscos de complicações por ser realizada por incisões menores, com menor campo visual.
- (C) Orientar que a técnica aberta é melhor que a videolaparoscópica, pois o paciente apresenta menos dor no pós-operatório, já que a via aberta apresenta incisão única.
- (D) Orientar que a videolaparoscopia tem benefícios como recuperação pós-operatória mais rápida e menos dor em relação à técnica aberta e deixar a paciente livre para escolher operar com ele ou procurar outro médico que realize a técnica videolaparoscópica.
- (E) Orientar que a técnica videolaparoscópica tem sua vantagem restrita à questão estética, devido às menores incisões, tentando convencer a paciente a realizar a cirurgia por técnica aberta com ele.

80

Um paciente de 35 anos, do sexo masculino e casado, foi submetido a uma cirurgia para retirada de um corpo estranho que foi introduzido por via retal por ele próprio. A esposa, depois da alta do marido, que não informou detalhes a ela sobre o motivo da internação, solicita o prontuário médico do paciente. Diante dessa situação, é correto afirmar que

- (A) o prontuário deve ser fornecido, já que ela é esposa e é considerada parente próximo.
- (B) o prontuário não deve ser fornecido, porém o médico poderá fornecer as informações solicitadas pela esposa referentes ao paciente.
- (C) o prontuário não deve ser fornecido, e o médico não deve informar os detalhes do diagnóstico do paciente, já que aparentemente o paciente não deseja que a esposa os saiba, sendo dever do médico guardar sigilo das informações.
- (D) o prontuário deve ser fornecido, já que o paciente não se encontra mais internado no hospital e é direito da esposa ter acesso.
- (E) o prontuário deve ser fornecido à esposa já que o marido se encontra em recuperação domiciliar.

