



T1109024N

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

PRM ÁREA DE ATUAÇÃO - ENDOSCOPIA DIGESTIVA

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.

Endoscopia

1

Um endoscopista está realizando uma endoscopia diagnóstica e acaba de terminar o procedimento. Indique a ordem dos procedimentos de limpeza do equipamento após a realização do exame e assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () Realizar o teste de vazamento.
- () Limpeza externa com gaze umedecida, aspirar água e sabão enzimático.
- () Desconectar e desmontar componentes removíveis (válvulas), banhar totalmente a parte externa e todos os canais internos em solução enzimática.
- () Injetar sabão enzimático nos canais, lavar os canais com escova, enxaguá-las e enxugá-las.
- () Desinfecção de alto nível.

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

2

Paciente do sexo feminino, 30 anos, portadora de doença celíaca, comparece ao consultório para a realização de endoscopia para seguimento da doença. Nega outras comorbidades, cirurgias ou uso de medicações contínuas. A paciente deseja realizar o procedimento sob sedação. A respeito do caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) O médico endoscopista está em um serviço de endoscopia tipo I, e por isso explica à paciente que pode realizar endoscopia com anestesia com sedação.
- (B) A paciente é ASA IV e por isso pode realizar endoscopia sob qualquer tipo de sedação.
- (C) Se a paciente estiver sem acompanhante, ela só poderá realizar sedação consciente.
- (D) Entre os sedativos para uma sedação mínima a moderada, prefere-se o diazepam ao midazolam, tendo em vista sua rápida ação, menor duração, baixo risco de tromboflebite e propriedades amnésicas.
- (E) Em caso de sedação, deve-se realizar monitorização da paciente com oximetria de pulso, monitorização cardíaca e aferição de pressão arterial intermitente.

3

Paciente do sexo masculino, 3 anos, é levado ao pronto atendimento, pois sua mãe refere que ele está salivando após ter engolido uma peça de brinquedo de montar de plástico. Consegue respirar, porém não consegue engolir sua saliva ou outros alimentos. Sua última refeição faz 1 hora e foi pão com mortadela. Qual seria a conduta apropriada?

- (A) Há indicação de realização de radiografia para a localização do objeto.
- (B) O paciente tem indicação de exame endoscópico de urgência para retirar o corpo estranho.
- (C) Deve-se aguardar mais 7 horas, para o tempo de jejum, e então realizar o exame.
- (D) O paciente tem indicação de exame endoscópico de emergência para retirar o corpo estranho.
- (E) O paciente tem indicação de realização do exame endoscópico de forma não urgente, em até 72 horas.

4

Paciente do sexo feminino, 45 anos, obesa e em uso contínuo de sinvastatina, alérgica a anti-inflamatórios não hormonais, vai à consulta encaminhada pelo cirurgião, por apresentar colelitíase sintomática e coledocolitíase. Está com planejamento cirúrgico e foi orientada a realizar CPRE antes da colecistectomia. Ao aplicar o TCLE, a paciente tem várias dúvidas, pois leu que esse procedimento tem diversas complicações. Qual seria a orientação correta a essa paciente?

- (A) Por conta da papilotomia, o maior risco de perfuração durante o procedimento é da parede duodenal, e tem risco em 18% dos casos.
- (B) Como medida preventiva de complicações, a paciente deverá realizar hidratação com Ringer lactato durante e após o procedimento.
- (C) Como medida preventiva de complicações, será aplicado diclofenaco 100mg via retal antes do procedimento.
- (D) Pelo risco de colangite, independentemente da qualidade da drenagem da via biliar, há indicação de antibioticoprofilaxia.
- (E) A paciente tem indicação de colocação de stent profilático em via biliar para prevenir pancreatite pós-procedimento.

5

Paciente do sexo masculino, 67 anos, tabagista e etilista, apresenta disfagia progressiva há 6 meses, com emagrecimento de 15kg no período. Realizou endoscopia a qual diagnosticou carcinoma de células escamosas em esôfago médio, com extensão de cerca de 5 cm e causando diminuição da luz do órgão. Foi encaminhado à equipe de oncologia, desse modo, qual seria a melhor orientação para essa equipe?

- (A) A melhor terapêutica paliativa no caso seria o bypass esofágico.
- (B) O paciente tem indicação de colocação de stent plástico expansível.
- (C) Se o paciente for realizar quimioterapia, recomenda-se implementação da nutrição por outros meios, que não a colocação de stent metálico, pelo risco de complicações.
- (D) Se houver fistulização traqueoesofágica, há recomendação de não utilizar próteses autoexpansíveis.
- (E) Radioterapia realizada após a colocação de stent metálico não aumenta o risco de eventos adversos de alto risco.

6

Sobre biópsias em endoscopia, assinale a alternativa correta.

- (A) Recomenda-se biópsias de todas as lesões esofágicas e gástricas previamente à sua ressecção.
- (B) Recomendam-se 2 biópsias de úlceras esofágicas caso haja suspeita de esofagite viral.
- (C) Recomenda-se ao menos 6 biópsias de lesões do trato gastrointestinal suspeitas para neoplasia.
- (D) Em pacientes com diagnóstico de retocolite ulcerativa, não há necessidade de biópsia nas áreas de atividade de doença.
- (E) Para diagnóstico e acompanhamento de colite microscópica, há necessidade de 2 biópsias em frascos separados de íleo, cólon direito e cólon esquerdo.

7

Paciente do sexo masculino, 67 anos, portador de uma lesão esofágica com displasia de alto grau, foi ao serviço de endoscopia para realizar uma dissecação de submucosa (ESD). Após o término do procedimento, o preceptor orienta que o médico residente verifique como está o paciente e é observado um discreto enfisema subcutâneo em região cervical alta e de tronco. Sobre o caso clínico apresentado, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Ressecção de divertículo de Zenker, dilatações endoscópicas, ressecções de mucosa e retirada de corpo estranho são outras situações com risco aumentado de perfuração.
- (B) Diagnóstico de perfuração com mais de 24 horas de ocorrência aumentam o risco de morbimortalidade.
- (C) O exame de imagem de escolha na detecção de perfurações é a tomografia computadorizada com contraste hidrossolúvel oral.
- (D) Nesse tipo de procedimento, tomografia com ar fora do lúmen esofágico é considerada como perfuração e deve ter o seu tratamento prontamente instituído.
- (E) Para perfurações menores que 10mm pode se utilizar um clip *through-the-scope*, se maiores que 10mm, pode-se optar por um clip *over-the-scope*.

8

Sobre as classificações endoscópicas, assinale a alternativa correta.

- (A) Um pólipó pediculado, segundo a classificação de Yamada, é Yamada II.
- (B) Varizes gástricas que são continuação das varizes esofágicas e se estendem para o fundo gástrico são classificadas como GOV2.
- (C) Paciente com placas esbranquiçadas puntiformes (até 2mm) envolvendo menos de 50% da mucosa esofágica, sugestivo de candidíase esofágica, pode ser classificado como Wilcox II e Kodsi I.
- (D) Paciente que após ingestão de soda cáustica realizou endoscopia, na qual encontrou-se friabilidade, enantema, erosões e exsudato inflamatório, pode ser classificado como Zargar 2B.
- (E) Paciente com uma protrusão vermelha pulsátil em duodeno, sem dilatação venosa ao redor, pode ser classificado como Yano Yamamoto tipo 2b.

9

Um endoscopista recebeu em consulta pré-endoscópica paciente do sexo masculino, de 57 anos, encaminhado para realização de mucosectomia em colonoscopia. O laudo que o paciente traz do exame anterior está descrito da seguinte forma:

Inspecção anal e toque retal: sem alterações.

Exame realizado sob as condições: Boston 9 (3+3+3).

Realizada progressão do exame até ceco, sem dificuldades.

Mucosa de ceco, cólon ascendente, transverso, descendente e reto sem alterações.

No cólon sigmoide, presença de lesão plana, de cerca de 12 mm, de superfície bocelada, com criptas de abertura luminal de forma tubular e alongada, com arranjo regular.

À retrovisão do reto sem particularidades.

Sobre o laudo apresentado, é correto afirmar que

- (A) segundo a escala de Boston, o paciente teve um preparo em condições regulares a ruins.
- (B) o pólipso descrito na colonoscopia é do tipo IV de Kudo.
- (C) o pólipso descrito, pelo seu padrão de criptas, sugere pólipso hiperplásico ou lesões serrilhadas.
- (D) o exame pode ser considerado incompleto, pois não foi realizada ileoscopia, para a qual um endoscopista deve ter um índice de intubação de 90%.
- (E) para o exame ser considerado de qualidade, espera-se que o tempo mínimo de retirada tenha sido de 6 minutos, e que o endoscopista tenha um índice de detecção de adenomas de 25%.

10

Paciente do sexo feminino, 60 anos, teve um AVE isquêmico extenso e está em processo de reabilitação. Está em uso de rivaroxabana, AAS, atorvastatina, insulina NPH e enalapril. Foi avaliada pela fonoaudióloga que orientou que a paciente não tem condições de manutenção de dieta via oral pelo risco de broncoaspiração. A equipe médica assistente solicita a realização de uma gastrostomia endoscópica. Sobre o procedimento, qual seria a melhor orientação?

- (A) Para esse procedimento, não há necessidade de antibioticoprofilaxia.
- (B) Recomenda-se reintrodução de dieta após 3-4 horas da inserção da gastrostomia endoscópica não complicada.
- (C) Mesmo após a completa cicatrização do pertuito, recomenda-se não realizar a mobilização diária da sonda de gastrostomia pelo risco de sepultamento.
- (D) Recomenda-se interromper a rivaroxabana 5 dias antes do procedimento.
- (E) Peritonite ativa, isquemia colônica e derivação ventriculoperitoneal são contraindicações absolutas à realização de gastrostomia endoscópica.

11

Paciente do sexo feminino, 45 anos, recebe a indicação de realização de sua primeira colonoscopia de rastreio. Por nunca ter realizado o exame, ela agenda-o e recebe por escrito as orientações de preparo, mas possui várias dúvidas e a secretária chama o médico responsável para resolver a situação. Qual seria a melhor orientação?

- (A) Explica-se que o médico não fornece informações sobre o preparo e chama a enfermeira.
- (B) Orienta-se que a paciente deve realizar o preparo com laxativos em dose única.
- (C) Orienta-se que não há nenhuma restrição alimentar ou necessidade de mudança da dieta sugerida antes do procedimento.
- (D) Dentre as explicações, orienta-se que a última dose do preparo deve ser iniciada 5 horas antes do procedimento e completada ao menos 2 horas antes dele.
- (E) Recomenda-se o uso de bromoprida e evita-se simeticona durante o preparo.

12

Paciente do sexo masculino, 55 anos, deu entrada no pronto atendimento com queixa de astenia e fezes enegrecidas e malcheirosas há 3 dias. Negava comorbidades ou uso de medicações contínuas, tabagista há 20 anos. Ao exame físico, o paciente apresentava-se lúcido e orientado em tempo e espaço, hidratado, hipocorado +/IV, sinais vitais com PA: 100/60; FC: 120 bpm; SpO2 99% AA.

O quadro foi encarado como melena e o paciente foi submetido a uma endoscopia digestiva alta que descreve: esofagite grau A de Los Angeles, pangastrite endoscópica enantematosa moderada, úlcera em parede anterior do bulbo duodenal, ovalada, de cerca de 10mm, com sangramento em babação realizada hemostasia com parada do sangramento.

Considerando o caso apresentado, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

- () Deveria ter sido ativamente perguntado ao paciente na anamnese sobre etilismo e uso de anti-inflamatórios não hormonais.
- () Pode-se classificar a úlcera como Sakita A1, Forrest Ib.
- () A úlcera descrita tem maior risco de perfuração, se comparada à úlcera de parede posterior.
- () O tratamento endoscópico pode ter sido realizado com injeção de adrenalina e clipe hemostático.
- () Essa úlcera deve ser biopsiada após seu tratamento pelo risco de neoplasia.

- (A) V – F – V – V – F.
- (B) V – V – F – V – F.
- (C) V – F – V – F – V.
- (D) V – F – F – V – F.
- (E) V – V – V – V – F.

13

Em relação à cromoendoscopia e seus achados, assinale a alternativa correta.

- (A) Na suspeita de neoplasia esofágica, pode-se utilizar lugol, e uma complicação possível é dor retroesternal, podendo-se utilizar tiosulfato de sódio para neutralização.
- (B) Pode-se utilizar nanquim para rastreamento de lesões neoplásicas em pacientes com doença inflamatória intestinal.
- (C) O ácido acético é considerado um corante químico ou reativo.
- (D) Cristal violeta é comumente utilizado no esôfago para identificação de lesões pré-neoplásicas.
- (E) FICE, NBI e i-SCAN são métodos de cromoscopia virtual ótica em teste e ainda não aprovados para utilização.

14

Paciente do sexo feminino, 45 anos, realiza sua primeira endoscopia digestiva alta por sintomas dispépticos. Ao exame, observa-se uma nodulação na parede posterior do antro gástrico, de cerca de 1 cm, recoberta com mucosa de aspecto normal, com uma umbilicação central. Sobre esse achado, é INCORRETO afirmar que

- (A) a lesão é benigna e não necessita de qualquer investigação adicional.
- (B) deve-se realizar biópsia sob biópsia para auxiliar no diagnóstico, pois nesse tipo de lesão há um alto rendimento diagnóstico com essa conduta.
- (C) o sinal da tenda pode ser positivo no caso descrito.
- (D) dentre a semiologia endoscópica utilizada está o sinal do travesseiro.
- (E) na ecoendoscopia é possível que a lesão se apresente como uma massa homogênea hipoecoica na terceira e quarta camada.

15

Paciente do sexo feminino, 77 anos, portadora de fibrilação atrial, hipertensão e dislipidemia. Está em uso de rivaroxabana, losartana e atorvastatina. Faz acompanhamento com hematologista por anemia ferropriva persistente, sem histórico de exteriorização, já tendo realizado endoscopia e colonoscopia duas vezes. Recebe-se a paciente com pedido de realização de cápsula endoscópica. Sobre isso, é correto afirmar que

- (A) a paciente deve primeiramente realizar uma cápsula de patência, para avaliar possibilidade de estenoses antes de realização do exame.
- (B) a paciente tem indicação de biópsia de estômago e duodeno.
- (C) a paciente pode manter todas as suas medicações, incluindo o ferro oral, para o procedimento.
- (D) a paciente deve ficar em jejum até a cápsula sair do intestino delgado e entrar no cólon, ou seja, 6-8 horas.
- (E) pela possibilidade de retenção, há indicação de radiografia seriada diária até eliminação da cápsula.

16

Sobre estenoses e dilatadores, assinale a alternativa correta.

- (A) As velas de Savary-Guillard são dilatadores termoplásticos que se utilizam de fio guia.
- (B) O procedimento de dilatação esofágica não confere risco de bacteremia.
- (C) Uma medida de segurança nas dilatações é o uso de fluoroscopia, utilizada nas dilatações com velas e Savary-Guillard. Nas dilatações com balão *through the scope*, não se utiliza esse exame por estar vendo o balão pelo aparelho.
- (D) Dilatadores do tipo balão apresentam força de expansão radial e longitudinal.
- (E) Injeção de corticoide e estenotomia podem ser métodos de tratamento de estenoses esofágicas refratárias.

Cirurgia do Aparelho Digestivo

17

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.

18

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.

19

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.

20

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.

21

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.

22

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 ingesta de alimentos com açúcar.
- (B) Fístula gastrojejunal / Realizar uma laparotomia com resutura 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.

23

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.

24

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.

25

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.

26

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 pancreatemia 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.

27

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.

28

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.

29

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.

30

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.

31

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.

32

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.

Gastroenterologia

33

Paciente do sexo masculino, 55 anos, realizou uma colonoscopia de rastreamento. O exame tinha boas condições de preparo, progressão até íleo, porém com diversos óstios diverticulares – de diferentes tamanhos e sem sinais de complicação – que, porém, dificultaram a realização do exame. Ao final do procedimento, observa-se que o paciente apresenta abdômen globoso, timpânico e queixa-se de dor. Quanto à conduta adequada para o momento, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Devido à possibilidade de perfuração colônica, recomenda-se rapidamente a realização de tomografia de abdômen.
- (B) Durante procedimentos terapêuticos, caso seja observada uma perfuração, considera-se má prática a tentativa de fechamento endoscópico, devendo-se acionar imediatamente a equipe cirúrgica.
- (C) Recomenda-se a utilização de CO₂ como gás de insuflação durante os procedimentos de colonoscopia em exames com risco de perfuração ou em caso de sua suspeita.
- (D) Na suspeita de pneumoperitônio hipertensivo, deve-se realizar uma punção abdominal para evitar a síndrome compartimental.
- (E) Tendo em vista a possibilidade de complicações nos procedimentos endoscópicos, recomenda-se o uso de termo de consentimento assinado por escrito, e o paciente deve ser informado desses riscos na indicação do exame.

34

Em qual dos seguintes procedimentos endoscópicos, há indicação de antibioticoprofilaxia?

- (A) CPRE com drenagem completa em paciente com obstrução biliar sem colangite.
- (B) CPRE com drenagem incompleta em paciente com obstrução biliar sem colangite.
- (C) Biópsia por ecoendoscopia de lesão sólida do trato gastrointestinal inferior.
- (D) Biópsia por ecoendoscopia de lesão sólida do trato gastrointestinal superior.
- (E) Colonoscopia em paciente com próteses articulares.

35

Sobre o serviço de endoscopia digestiva, é correto afirmar que

- (A) a pinça de biópsia é considerada um acessório crítico.
- (B) serviços de endoscopia tipo I são aqueles que fazem procedimentos endoscópicos sob qualquer tipo de sedação ou anestesia.
- (C) os pacientes que realizarem procedimento sob sedação (propofol, midazolam e fentanil) só podem ser liberados na presença de um acompanhante adulto ou inferior a dezoito anos emancipado.
- (D) podem ser utilizadas caixas metálicas com furo para esterilização dos materiais da endoscopia.
- (E) os endoscópios flexíveis, após serem submetidos a processamento, podem ser mantidos armazenados enrolados, sem resistência ou dobras, envoltos em uma capa cirúrgica.

36

Um residente está no setor de endoscopia e auxilia na realização de uma gastrostomia endoscópica, e seu preceptor solicita que ele oriente a equipe assistente sobre os cuidados relacionados ao pós-procedimento. Qual das seguintes alternativas o residente poderia informar e estaria correta?

- (A) Deve-se manter antibioticoprofilaxia após 7 dias da realização do procedimento.
- (B) A formação de pneumoperitônio é uma complicação grave, devendo ser acionada a equipe cirúrgica para correção.
- (C) A formação de pneumoperitônio é um evento raro e sem significado clínico.
- (D) Deve-se orientar atenção por parte da equipe na medida exteriorizada da sonda, evitando-se tração, para evitar o risco de sepultamento do bótton no tecido subcutâneo.
- (E) A sonda só pode ser utilizada após 4 semanas do procedimento, período no qual há cicatrização do pertuito e fixação da parede gástrica na pele.

37

Em relação aos corantes e contrastes em endoscopia e suas utilizações, relacione as colunas e assinale a alternativa com a sequência correta.

1. Índigo carmim.
2. Lugol.
3. Azul de metileno.
4. Ácido acético.
5. Tinta da china.

- () É utilizado para o diagnóstico de carcinoma de células escamosas esofágicas.
- () É absorvido pelas células intestinais. Desse modo, é utilizado para avaliação de metaplasia intestinal no estômago, duodeno e esôfago de Barrett.
- () Realça a superfície epitelial, sendo utilizado na doença celíaca e na identificação de lesões neoplásicas precoces.
- () Produz degeneração reversível das proteínas intracelulares, sendo utilizado na avaliação de esôfago de Barrett.
- () Corante permanente usado na tatuagem de lesões a serem ressecadas.

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

38

Estão sendo realizados os exames de endoscopia e colonoscopia de um paciente de 55 anos portador de doença arterial coronariana e fibrilação atrial. O paciente é usuário de AAS e rivaroxabana e utilizou a medicação até o dia anterior ao exame. Na endoscopia, há indicação de biópsia para pesquisa de *H. pylori* e, na colonoscopia, é encontrado um pólipó sésil de 12 mm, que pode ser ressecado com alça diatérmica. Sobre o uso de anticoagulantes e antiagregantes e os procedimentos necessários nesse caso, é correto afirmar que

- (A) podem ser realizadas a biópsia e a polipectomia.
- (B) não podem ser realizadas a biópsia e a polipectomia, devendo ser interrompida a ingestão de AAS 5 dias antes do procedimento e a rivaroxabana 3 dias antes do procedimento.
- (C) não podem ser realizadas a biópsia e a polipectomia, devendo ser interrompida a ingestão da rivaroxabana 3 dias antes do procedimento.
- (D) pode ser realizada a biópsia, mas, para a polipectomia, deve ser interrompida a rivaroxabana 3 dias antes do procedimento.
- (E) pode ser realizada a biópsia, mas, para a polipectomia, devem ser interrompidos o AAS e a rivaroxabana 3 dias antes do procedimento.

39

Paciente do sexo masculino, 63 anos, foi encaminhado ao gastro por apresentar perda de 20 kg em 2 meses. Já realizou endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Foram observadas úlceras alongadas em cólon transverso e início da segunda porção duodenal. O patologista referiu que, à histologia corada com hematoxilina-eosina, havia suspeita de linfoma, mas que ele realizaria o painel completo para a adequada classificação. Sobre os linfomas do trato gastrointestinal, é correto afirmar que

- (A) os linfomas do trato gastrointestinal são raros e estão associados à doença celíaca e doença inflamatória intestinal.
- (B) o tratamento é realizado a partir de ressecção das áreas afetadas, seguida de quimioterapia.
- (C) linfomas do trato gastrointestinal têm alta mortalidade, especialmente em decorrência de complicações como perfuração e sangramento.
- (D) o linfoma intestinal de células T monomórfico epiteliotrópico tem imunopositividade para CD2, CD6 e CD5.
- (E) o linfoma de células T associado à enteropatia tem como fator de risco pacientes do sexo masculino e HLA-DQ2 em homozigose.

40

Paciente do sexo feminino, 43 anos, vem à consulta referindo diagnóstico externo de doença celíaca. A paciente refere não fazer dieta, pois não tem qualquer sintoma. Ela traz exames com anti-transglutaminase IgA e anti-endomísio IgA positivos, endoscopia digestiva com biópsia de duodeno com atrofia total de vilosidades e 40 linfócitos intraepiteliais a cada 100 enterócitos. A paciente questiona sobre seu diagnóstico e o seu seguimento. Nesse caso, é necessário

- (A) explicar à paciente que ela tem diagnóstico de doença celíaca e que, enquanto médico, entende a dificuldade em manter a dieta. Orientar que ela deve tentar manter a dieta sem glúten, mas que, em caso de algum jantar ou na casa de amigos, pode ingeri-lo sem problemas.
- (B) explicar que, por não apresentar sintomas, ela não tem doença celíaca e que pode continuar ingerindo glúten.
- (C) explicar que ela tem doença celíaca e que, seus familiares forem assintomáticos, não necessitam ser testados.
- (D) explicar que ela tem doença celíaca e não pode ingerir glúten (trigo, centeio e cevada). Ao ser questionado, orientar que ela pode ingerir pão de queijo, tapioca, farinha de quibe e de arroz.
- (E) explicar que ela tem doença celíaca e, em se tratando de primeira consulta, orientar a paciente a realizar uma densitometria óssea para acompanhamento.

41

O gastroenterologista realiza o acompanhamento de uma senhora de 69 anos, com hepatopatia crônica de provável etiologia gordurosa, que está em seguimento há 2 anos e é Child-Pugh A. A filha da paciente, que sempre a acompanha nas consultas, questiona sobre a realização de endoscopia digestiva, pois leu que pacientes com cirrose têm risco de sangramento por varizes de esôfago. Sobre tais questionamentos, é correto afirmar que

- (A) o carvedilol é o betabloqueador de preferência para prevenção de hemorragia digestiva alta na cirrose compensada.
- (B) em casos de hemorragia varicosa refratária, sugere-se a utilização de balão da Sangstaken-Blackmore, em comparação às próteses esofágicas metálicas autoexpansíveis, como ponte até a realização de TIPS, por ser mais seguro.
- (C) no tratamento da hemorragia aguda varicosa, dá-se preferência à correção do distúrbio de coagulação do que à redução da hipertensão porta.
- (D) recomenda-se a utilização de fator VIIa na hemorragia digestiva varicosa.
- (E) o uso de pó hemostático também é uma estratégia no tratamento da hemorragia aguda varicosa.

42

Paciente do sexo masculino, 17 anos, foi encaminhado de um serviço externo por suspeita de doença de Crohn. Ele apresenta dor abdominal diária, associada a estufamento pós-alimentar, com náuseas, além de diarreia 3 vezes ao dia, com sangue ao menos uma vez por semana. Queixa-se de saída de secreção amarelada em região perianal, sendo observado uma solução de continuidade sugestiva de fístula na região durante o exame físico. Tem colonoscopia realizada sob boas condições de preparo, progressão até íleo, em que as únicas alterações foram úlceras largas salteadas por mucosa de aspecto normal em cólon ascendente, transverso e sigmoide. Sobre esse caso, assinale a conduta adequada.

- (A) A classificação endoscópica realizada no caso apresentado, considerando o diagnóstico de Doença de Crohn, é a classificação de Rutgeerts.
- (B) O paciente tem indicação de realização de terapia imunobiológica com anti-TNF e deve iniciar a medicação imediatamente.
- (C) O paciente deve realizar toda a avaliação do trato gastrointestinal e, desse modo, sugere-se também a realização de uma enterotomografia ou enterorressonância.
- (D) É necessário explicar aos familiares que a doença de Crohn trata-se de uma doença imunomediada, com transmissão não totalmente conhecida, mas que, no caso do paciente, há a possibilidade de tratamento com uma dieta específica e restrições alimentares.
- (E) Deve ser solicitada ao paciente uma ressonância de pelve para avaliação da fístula perianal, por se tratar de um exame superior ao exame proctológico sob sedação.

43

Em relação ao rastreamento de câncer colorretal, é correto afirmar que

- (A) pacientes com doença inflamatória intestinal limitada ao reto e sem sinais de macroscópicos ou microscópicos de inflamação proximal não requerem programa especial de rastreio, podendo seguir o controle da população geral.
- (B) pacientes com doença inflamatória intestinal após 8 anos de doença e menos de 50% de extensão do cólon acometido, sem outros riscos adicionais, devem realizar seguimento a cada 2-3 anos.
- (C) pacientes com colonoscopia com 4 pólipos de 6 mm, com histologia como adenoma tubular e com displasia de baixo grau requerem novo exame em 3 anos.
- (D) pacientes com colonoscopia com pólipo de 12 mm, com histologia de adenoma tubular e com displasia de baixo grau requerem novo exame em 1 ano.
- (E) pacientes com polipose adenomatosa familiar requerem colonoscopia anual a partir dos 25 anos.

44

Paciente do sexo masculino, 57 anos, com histórico de doença arterial coronariana (2 infartos agudos do miocárdio prévios), vem para a consulta por queixa de dor abdominal pós-alimentar há cerca de 6 meses. Nega alterações do hábito intestinal ou perda de peso. Tem endoscopia e colonoscopia de rastreio há 1 ano, sem alterações e apresenta uma ultrassonografia com esteatose hepática apenas. Um colega sugeriu a possibilidade de isquemia mesentérica crônica. Sobre esse quadro, deve-se considerar que

- (A) como o paciente não apresenta a tríade clássica, deve ser excluída a hipótese diagnóstica de isquemia mesentérica crônica.
- (B) a angiotomografia de abdômen é o exame de eleição no diagnóstico da sua suspeita clínica.
- (C) a síndrome de Dunbar não pode ser um diagnóstico diferencial.
- (D) em pacientes com dor abdominal inexplicada e estenose significativa da artéria mesentérica superior, não há necessidade de teste funcional para o diagnóstico de isquemia mesentérica crônica.
- (E) em pacientes assintomáticos com doença arterial mesentérica multiarterial, uma estenose de artéria mesentérica superior maior ou igual a 50% pode ser considerada relevante.

45

Paciente do sexo feminino, 62 anos, com histórico de colelitíase prévia, dá entrada no pronto atendimento com dor epigástrica de forte intensidade, com irradiação para dorso, especialmente durante a alimentação. Nega febre ou alteração do hábito intestinal no período. Aos exames laboratoriais, apresenta amilase e lipase 3 vezes acima do valor da normalidade, transaminases no limite superior da normalidade, fosfatase alcalina e gama GT elevadas, bem como hiperbilirrubinemia às custas de bilirrubina direta. Assinale a conduta adequada para esse caso.

- (A) A paciente deve ser mantida em jejum até a resolução completa do quadro.
- (B) Deve-se realizar analgesia otimizada, evitando uso de morfina pelo risco de espasmo do esfíncter de Oddi.
- (C) A paciente deve ser submetida à CPRE de urgência.
- (D) Deve-se iniciar antibioticoterapia.
- (E) São necessárias, ainda, informações de LDH, glicemia e hemograma para calcular no escore de Ranson na admissão.

46

Paciente do sexo feminino, 35 anos, queixa-se de constipação desde a adolescência, com esforço evacuatório em todas as defecações, fezes Bistol 2 e sensação de evacuação incompleta em pelo menos metade das evacuações. A paciente nega emagrecimento ou hematoquezia e refere que fez exames de rotina com seu ginecologista, os quais estavam sem alterações significativas. Sobre esse quadro e a conduta adequada, é correto afirmar que

- (A) é indicada a realização de colonoscopia.
- (B) as medidas comportamentais devem ser as primeiras a serem implementadas, com aumento de ingesta hídrica, consumo de fibras e prática de atividade física.
- (C) o uso de laxantes irritativos como bisacodil e sene é contraindicado, mesmo por curtos períodos.
- (D) prucaloprida é um secretagogo e tem como principal efeito colateral cefaleia.
- (E) históricos de abuso sexual não estão relacionados à constipação crônica.

47

Paciente do sexo feminino, 74 anos, hipertensa e diabética, está internada em UTI em ventilação mecânica por Covid grave há cerca de 4 semanas. Nas últimas 24 horas, apresenta distensão abdominal e ausência de evacuação há alguns dias. A equipe faz um exame de imagem e diagnostica síndrome de Ogilvie. Sobre esse quadro, é correto afirmar que

- (A) os eventos adversos mais sérios são perfuração e isquemia, com risco maior se o diâmetro cecal for maior que 10-12 cm e a distensão a mais de 6 dias.
- (B) o diagnóstico da condição é clínico, não sendo necessária realização de exame de imagem na ausência de sinais de peritonite.
- (C) em pacientes sem sinais de alarme, pode-se tentar a terapia conservadora, porém essa terapia apresenta boa resposta em menos de 50% dos casos.
- (D) neostigmina é a medicação de escolha no manejo, sendo contraindicada em casos de insuficiência renal, asma, úlceras colônicas e alcalose.
- (E) a colonoscopia descompressiva, quando indicada, deve ser realizada por endoscopista experiente, após administração de metade da dose de preparo ao paciente, para melhores resultados.

48

Paciente do sexo masculino, 40 anos, com histórico de doença do refluxo gastroesofágico de longa data, apresenta endoscopia com mucosa rosa salmão em terço distal ocupando toda circunferência do órgão e com extensão de cerca de 3 cm. À histologia, obteve-se o diagnóstico de esôfago de Barrett, com displasia de baixo grau em biópsias aleatórias. Sobre esse quadro, é correto afirmar que

- (A) deve ser utilizada a classificação endoscópica de Praga que, nesse caso, seria C0M3.
- (B) há indicação de revisão do laudo de patologia por um patologista especialista em trato gastrointestinal.
- (C) o paciente tem indicação de ressecção do local da lesão com mucosectomia ou ESD.
- (D) o paciente tem indicação de endoscopia de controle trimestral.
- (E) todo esôfago de Barrett é considerado displasia de baixo grau, desse modo não há necessidade de seguimento específico.

Coloproctologia

49

A respeito da endometriose, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) A intensidade dos sintomas não se correlaciona diretamente com a extensão da doença, com exceção da dispareunia encontrada em lesões infiltrativas do septo retovaginal.
- (B) O uso generalizado de estrógenos exógenos e o aumento da obesidade tornaram a endometriose mais prevalente em mulheres na pós-menopausa.
- (C) O uso de contraceptivos orais e a presença de gestações múltiplas contribuem para aumento da incidência da doença.
- (D) Embora seja uma doença progressiva, a regressão espontânea pode ocorrer.
- (E) Radiologicamente, a fusão dos ovários na linha média, secundária à presença de endometriomas, é considerada patognomônica de endometriose.

50

Sobre o preparo intestinal para colonoscopia, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

- () Os preparos intestinais atualmente disponíveis enquadram-se em três categorias: agentes isosmóticos, hiposmóticos e hiperosmóticos, sendo o Polietileno glicol um exemplo deste último.
- () Uma grande vantagem do Sulfato de sódio oral é a ausência de mudanças significativas de fluidos e eletrólitos.
- () O Picossulfato de sódio combinado com o citrato de magnésio tornou-se uma alternativa popular como preparo de baixo volume, combinando efeitos osmóticos e efeitos laxativos.
- () As preparações com fosfato de sódio necessitam de alto volume de líquidos e raramente causam distúrbios eletrolíticos e insuficiência renal aguda.

- (A) V – V – V – F.
- (B) F – F – V – V.
- (C) F – V – F – V.
- (D) F – V – V – F.
- (E) V – V – F – F.

51

A respeito dos cuidados para colonoscopia, assinale a alternativa correta.

- (A) Pacientes usando o clopidogrel, droga anti-agregante plaquetária, devem suspendê-lo 5 a 7 dias antes do procedimento.
- (B) A maioria das diretrizes sugere a descontinuação obrigatória da aspirina antes da endoscopia diagnóstica ou terapêutica, mesmo em pacientes com alto risco de doença cardiovascular.
- (C) A Varfarina, droga anti-agregante plaquetária, deve ser suspensa na véspera do procedimento.
- (D) Pacientes em diálise peritoneal ambulatorial contínua devem receber antibioticoterapia antes da colonoscopia, pelo risco de translocação bacteriana e peritonite.
- (E) Nos pacientes com constipação crônica, podem coexistir gastroparesia ou dismotilidade intestinal, dificultando a obtenção de preparo intestinal adequado. Nesses casos, a adição de agente antiemético pode ser útil.

52

Sobre a endometriose, é correto afirmar que

- (A) embora a etiologia exata seja desconhecida, a teoria da metaplasia celômica poderia explicar a presença de endometriose em homens.
- (B) as diversas apresentações da doença (peritoneal superficial, endometrioma de ovário, lesões infiltrativas de reto e septo retovaginal e extra-pélvica) comportam-se clinicamente de maneira diferente, embora respondam de maneira semelhante ao tratamento médico.
- (C) o marcador sérico CA-125, utilizado em neoplasia de ovário, pode ser considerado um marcador de triagem para pacientes assintomáticas, uma vez que o resultado negativo exclui a doença.
- (D) o tratamento da endometriose intestinal que infiltra a camada muscular é essencialmente cirúrgico, mesmo nas pacientes assintomáticas, por causa do risco de obstrução intestinal.
- (E) tipicamente, a dispareunia tende a ser de entrada, com dor no introito vaginal.

53

Em relação à vascularização colorretal, assinale a alternativa correta.

- (A) O arco de Riolan pode ser encontrado na maioria dos indivíduos e é o segmento sigmoideano da arcada marginal.
- (B) A arcada de Drummond ou artéria marginal promove a conexão entre os territórios de irrigação da artéria cólica média com a artéria cólica esquerda.
- (C) Assim como ocorre com a maioria dos grandes vasos, a veia mesentérica inferior acompanha o trajeto da artéria mesentérica inferior desde sua origem.
- (D) A ausência ou descontinuidade da artéria marginal no ângulo esplênico explica o risco potencial de isquemia nessa área (ponto crítico de Griffith).
- (E) As artérias retais inferiores são vasos pareados que se originam como ramos da artéria obturatória, que recebe seu suprimento sanguíneo da artéria íliaca interna.

54

A respeito da fissura anal aguda e crônica, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

- () O tratamento de primeira linha inclui medicamentos de uso tópico como nitratos e bloqueadores de canal de cálcio, mas efeitos colaterais como cefaleia, hipotensão e rubor facial podem dificultar a adesão ao tratamento.
- () Tratamentos mais invasivos incluem a esfínterectomia lateral externa, procedimento no qual é feita a secção das fibras mais distais do músculo esfíncter anal.
- () A grande maioria das fissuras anais está localizada na linha média anterior do canal anal, o que pode ser justificado pelo ângulo anorretal, que contribui para a maior pressão e menor perfusão sanguínea nessa localização. Já as fissuras atípicas podem ocorrer em qualquer parte do canal anal.
- () Na grande maioria das vezes, ocorre resolução completa das fissuras anais com o tratamento clínico local, associado ou não à injeção de toxina botulínica. A minoria evolui para a cronicidade.

- (A) F – V – F – V.
- (B) F – F – V – V.
- (C) V – V – V – F.
- (D) V – V – F – F.
- (E) V – F – F – V.

55

Paciente do gênero feminino, 52 anos, sem comorbidades, comparece ao pronto-socorro pela primeira vez com quadro de dor abdominal iniciada há 3 dias, localizada na fossa ilíaca direita, de intensidade moderada. A tomografia sugere densificação da gordura mesentérica no nível do sigmoide, sem sinais de pneumoperitônio ou coleções. A respeito da conduta ideal dessa paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de diverticulite Hinchey I e o tratamento primário deve ser feito com antibioticoterapia oral.
- (B) Caso haja reincidência e, considerando a idade precoce, indica-se sigmoidectomia eletiva pelo alto risco de novas recidivas.
- (C) A Mesalazina é recomendada após o tratamento inicial para reduzir o risco de recidiva.
- (D) Redução da ingestão de carne e sementes, perda de peso, abandono do cigarro e atividade física são intervenções recomendadas para potencialmente reduzir o risco de diverticulite.
- (E) O uso de rifaximina pode ser eficaz na redução dos sintomas crônicos de dor diverticular.

56

Paciente do gênero masculino, 22 anos, comparece ao pronto-socorro com queixa de “caroço no ânus com muita dor”, com cinco dias de evolução. Ao exame inicial, o plantonista identifica abscesso anal volumoso. Considerando os conhecimentos técnicos e as habilidades sobre abscesso perianal e fístula anorretal, assinale a conduta mais adequada.

- (A) Durante a drenagem do abscesso anal, caso o cirurgião identifique fístula anal associada, a localização do seu orifício interno primário pode ajudá-lo a localizar o orifício secundário externo. De acordo com a regra de GoodSall, se o orifício externo estiver às 5h, o interno estará localizado às 5h.
- (B) Ao realizar a drenagem cirúrgica, se a cavidade do abscesso anal for grande, a incisão deve ser feita sob a área mais distal da borda anal, pois, caso desenvolva fístula anal, o trajeto não será transesfínteriano.
- (C) Como mais de um terço dos abscessos persiste com fístula anal, é recomendado o manejo definitivo desse trajeto durante a drenagem na urgência.
- (D) Abscessos interesfínterianos geralmente requerem drenagem interna na linha dentada via esfínterectomia, se não houver área externa de flutuação.
- (E) O tratamento primário inicial inclui calor local e antibioticoterapia. Caso não regrida, indica-se a drenagem cirúrgica.

57

Em relação às hemorroidas, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

- () Os três coxins hemorroidários principais situam-se na porção lateral esquerda, anterolateral direita e posterolateral esquerda do canal anal.
- () Microscopicamente, o tecido hemorroidário contém estruturas vasculares, músculo liso (músculo de Treitz) e tecido conjuntivo elástico na submucosa.
- () Doenças hemorroidárias externas e internas são definidas como aquelas localizadas respectivamente abaixo e acima da borda anal.
- () Hemorroidas grau II apresentam mamilos internos que prolapsam apenas durante o esforço defecatório e não exigem manobras de redução.

- (A) F – V – F – V.
- (B) F – V – V – F.
- (C) V – V – V – V.
- (D) V – V – F – F.
- (E) V – F – F – V.

58

A respeito das neoplasias do apêndice, é correto afirmar que

- (A) a mucocele resulta da obstrução da luz do apêndice, secundária à proliferação inflamatória ou neoplásica deste. Na mucocele simples e hiperplásica, o muco é celular.
- (B) tanto a mucocele benigna quanto a maligna podem causar pseudomixoma peritoneal.
- (C) a neoplasia epitelial mais comum é o tumor carcinoide.
- (D) o tumor carcinoide está frequentemente associado à síndrome carcinoide.
- (E) na mucocele simples, embora benigna, indica-se a colectomia direita pelo risco de disseminação peritoneal.

59

Paciente do sexo feminino, 65 anos, procura o consultório com queixa de sensação de “bola” na vagina e desconforto persistente no períneo, com sensação de tampão no ânus. Refere que, em alguns momentos, ao perceber as fezes acumulando na “saída”, faz digitação para facilitar a evacuação. O diagnóstico mais provável é

- (A) intussuscepção intrarretal.
- (B) procidência retal.
- (C) retocele.
- (D) fístula retovaginal.
- (E) síndrome do elevador.

60

Paciente do sexo masculino, 55 anos, sem história familiar de câncer colorretal, foi submetido à colonoscopia com preparo do cólon excelente para rastreamento de câncer, na qual foi retirado pólipo pediculado no sigmoide com 8mm de diâmetro. Durante o retorno ao consultório, levou o resultado histopatológico compatível com adenoma tubular com displasia de baixo grau. A recomendação para seguimento por colonoscopia desse paciente é

- (A) nova colonoscopia 5 a 10 anos após a polipectomia inicial.
- (B) nova colonoscopia 1 ano após a polipectomia inicial. Se não houver mais pólipos, repetir a cada 5 anos.
- (C) nova colonoscopia 6 meses após a polipectomia inicial. Depois, repetir a colonoscopia a cada 5 anos.
- (D) nova colonoscopia 6 meses após a polipectomia inicial. Depois, repetir a colonoscopia anualmente.
- (E) nova colonoscopia em 3 anos após a polipectomia. Se não houver mais pólipos, repetir a cada 5 anos.

61

Paciente de 65 anos, com doença de Crohn ileocolônica há 15 anos, comparece ao consultório após início do biológico infliximabe. Refere melhora quase completa da diarreia e mucorreia. Para a avaliação do controle da doença, qual exame inicial o especialista deverá solicitar?

- (A) Colonoscopia com biópsias seriadas do cólon para avaliar a remissão microscópica.
- (B) Calprotectina fecal, pois, como tem alto valor preditivo negativo, um resultado baixo evitaria a indicação de exame invasivo.
- (C) Tomografia de abdome com enterografia, uma vez que avaliará de forma fidedigna a extensão do processo inflamatório colorretal.
- (D) Dosagem da Proteína C Reativa, uma vez que sua elevação se correlaciona, na grande maioria das vezes, com a atividade da doença.
- (E) Não deverá solicitar exames laboratoriais ou de imagem nesse momento, pois o exame clínico e a informação da melhora dos sintomas são suficientes para avaliar o controle da doença.

62

Paciente do sexo feminino, 52 anos, com excelente estado geral, assintomática, comparece ao consultório com exames solicitados por outro médico. Na época, foi feito o diagnóstico de adenocarcinoma de cólon direito não obstrutivo, com metástases hepáticas sincrônicas bilaterais, sendo indicada quimioterapia como abordagem inicial. Como a paciente não concordou com o tratamento, ela está em busca de uma segunda opinião. Nesse caso, a orientação é

- (A) propor cirurgia conjunta hepática e colônica por causa da idade precoce e excelente estado geral.
- (B) indicar colostomia profilática por causa do iminente risco de obstrução intestinal e seguir com quimioterapia.
- (C) propor hepatectomia como tratamento inicial, estratégia *liver-first*. A seguir, completar com colectomia segmentar oncológica.
- (D) seguir a conduta inicial do médico que a avaliou primeiramente, deixando claro os riscos e benefícios.
- (E) fazer colectomia por videolaparoscopia e, caso não tenha metástase linfonodal, indicar hepatectomia a seguir.

63

Paciente de 24 anos, hígida, em fase de intenso estudo para concurso público, inicia quadro de dor intensa e distensão abdominais há 3 meses, com piora há 48h, necessitando de consulta em pronto-socorro. Ela informa que a dor melhora após evacuar. O plantonista, após exame clínico inicial sem alterações, deve

- (A) prescrever analgésicos comuns e orientar a procurar um clínico.
- (B) explicar sobre a benignidade do problema e prescrever espasmolítico e dieta rica em fibras.
- (C) encaminhar diretamente para psiquiatria.
- (D) solicitar tomografia computadorizada de abdome total e colonoscopia, por causa da intensidade dos sintomas.
- (E) internar para acalmar a paciente e os familiares.

64

Paciente do sexo masculino, 65 anos, em estado geral preservado, assintomático, foi submetido à colonoscopia para rastreamento de câncer colorretal. Durante o exame, foi removido pólipó sésil no cólon descendente, com cerca de 15mm, em monobloco. Anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma com invasão da submucosa (900 micras). Diante disso, qual é o próximo passo?

- (A) Colectomia esquerda oncológica.
- (B) Repetir a colonoscopia precoce para ampliar a margem.
- (C) Apenas acompanhar, pois a ressecção foi curativa.
- (D) Quimioterapia adjuvante.
- (E) Dissecção endoscópica submucosa sob internação hospitalar.

Cirurgia Geral

65

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.

66

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.

67

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.

68

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.

69

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.

70

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.

71

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.

72

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.

73

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.

74

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.

75

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.

76

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.

77

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.

78

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.

79

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.

80

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 sobrevivência.
- (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.

