

002. PROVA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL

Especialidade: **Cirurgia do Trauma**

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição deste caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorrida 1 hora e 30 minutos do início da prova.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova e assine o termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato _____

RG _____ Inscrição _____ Prédio _____ Sala _____ Carteira _____

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

01. Paciente de 78 anos, com histórico de hipertensão arterial, diabetes e insuficiência cardíaca, é admitido por dor abdominal súbita e diarreia hemorrágica. A colonoscopia evidencia ulcerações e edema segmentar no cólon esquerdo, compatíveis com colite isquêmica.

Sobre essa condição, é correto afirmar que

- (A) o risco de colite isquêmica é semelhante entre pacientes submetidos a reparo endovascular e cirúrgico aberto de aneurisma da aorta abdominal.
- (B) ela é mais comum em homens do que em mulheres.
- (C) o envolvimento do cólon direito está associado a pior prognóstico devido à maior probabilidade de infarto transmural.
- (D) a maioria dos casos resulta de oclusão arterial aguda por trombose ou embolia.
- (E) o tratamento cirúrgico é necessário na maioria dos casos, independentemente da extensão.

02. Um homem de 74 anos, hipertenso e portador de doença renal crônica leve, procura atendimento devido a episódios recorrentes de hematoquezia intermitente nos últimos meses. Nega dor abdominal intensa, perda de peso ou alteração recente do hábito intestinal. A colonoscopia prévia havia mostrado lesões vasculares planas no cólon direito.

Sobre as causas de hemorragia digestiva baixa, assinale a alternativa correta.

- (A) A doença diverticular é responsável por 80% dos casos de sangramento maciço, com taxa de ressangramento superior a 75% após o primeiro episódio.
- (B) As angiodisplasias representam a segunda causa mais frequente em pessoas idosas, sendo o tratamento endoscópico efetivo na maioria dos casos.
- (C) As hemorroidas são a principal causa de hemorragia digestiva baixa volumosa em adultos jovens.
- (D) O sangramento tardio pós-polipectomia geralmente é autolimitado, com resolução espontânea em aproximadamente 70% dos casos com tratamento conservador.
- (E) A colite isquêmica cursa com sangramento profuso na maioria dos pacientes, exigindo intervenção cirúrgica imediata.

03. Paciente de 52 anos, HIV negativo, apresenta lesão ulcerada de 3 cm no canal anal, acometendo a linha pectínea. A biópsia revela carcinoma de células escamosas bem diferenciado. A ressonância magnética mostra linfonodos ilíacos internos aumentados.

Qual é a conduta inicial mais adequada?

- (A) Ressecção local ampla transanal.
- (B) Quimiorradiação combinada com 5-FU e mitomicina C.
- (C) Amputação abdominoperineal do reto.
- (D) Linfadenectomia inguinal bilateral.
- (E) Braquiterapia exclusiva.

04. Paciente de 60 anos, proveniente de área endêmica para doença de Chagas, apresenta constipação crônica severa e dilatação abdominal. O enema opaco evidencia megacólon.

Sobre o megacólon chagásico, assinale a alternativa correta.

- (A) O reflexo inibitório retoanal encontra-se ausente na maioria dos casos.
- (B) Caracteriza-se pela destruição do plexo mioentérico (Auerbach), com degeneração neuronal parasimpática.
- (C) As lesões do sistema nervoso entérico são mais graves no reto do que no cólon.
- (D) A acalasia do esfíncter anal interno está presente em todos os casos sintomáticos.
- (E) A colectomia total é o tratamento cirúrgico de escolha para a paciente.

05. Uma mulher de 62 anos, múltipara, relata episódios recorrentes de escape fecal há cerca de um ano, principalmente após evacuações. Ela nega dor, mas refere constrangimento social e impacto significativo na qualidade de vida. Ao exame proctológico, o tônus anal basal está levemente diminuído, sem lesões evidentes, e a manometria anorretal confirma comprometimento parcial do esfíncter externo. O colonograma é normal.

Com base nesse contexto, assinale a alternativa correta sobre o tratamento conservador para a condição clínica apresentada.

- (A) A fenilefrina tópica demonstra melhora significativa da pressão de contração voluntária do esfíncter anal.
- (B) O *biofeedback* é a terapia conservadora de primeira linha para incontinência leve a moderada, com taxa de sucesso de 50% a 70%.
- (C) Os agentes de preenchimento perianais são injetados predominantemente no músculo puborretal.
- (D) A neuromodulação sacral atua primariamente pela estimulação das raízes nervosas L2-L3.
- (E) A irrigação transanal contínua é contraindicada em pacientes com lesão esfíncteriana completa.

06. Sobre os tumores da região retrorretal, assinale a alternativa correta.

- (A) O cisto de duplicação retal apresenta revestimento por epitélio escamoso e está frequentemente associado a outras malformações congênitas.
- (B) Os cordomas sacrococcígeos são tumores de alto grau de malignidade, com alta taxa de metástases à distância ao diagnóstico.
- (C) Os teratomas sacrococcígeos são mais frequentes em adultos do sexo masculino e raramente apresentam degeneração maligna.
- (D) A ressonância magnética é o método de imagem de escolha para caracterização anatômica e planejamento cirúrgico dessas lesões.
- (E) A via cirúrgica abdominal perineal combinada é obrigatória para todos os tumores retrorretais, independentemente do tamanho ou da histologia.

07. Um homem de 28 anos procura atendimento por dor abdominal intermitente e episódios de suboclusão intestinal. Durante o exame físico, observam-se pequenas manchas hiperpigmentadas nos lábios e na mucosa oral. A endoscopia digestiva alta mostra pólipos gástricos e duodenais, e a enteroscopia evidencia múltiplos pólipos no jejuno. O histórico familiar revela que a mãe dele foi submetida a enterectomia por intussuscepção intestinal e tinha lesões pigmentadas semelhantes.

Com base nesse quadro, assinale a alternativa correta.

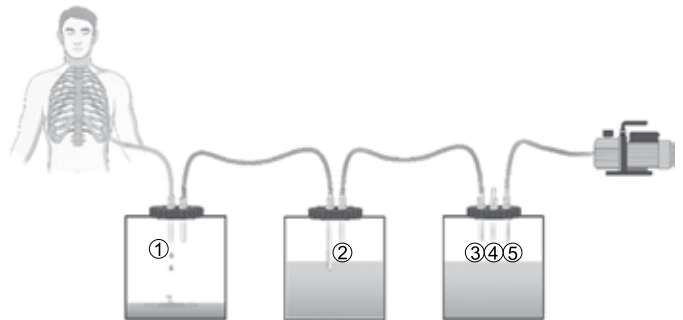
- (A) A síndrome é de herança autossômica recessiva e cursa com baixo risco de desenvolvimento de neoplasias malignas.
- (B) As manchas melanóticas típicas localizam-se predominantemente nas regiões palmo-plantares e regredem espontaneamente na adolescência.
- (C) Os pólipos hamartomatosos distribuem-se principalmente no intestino delgado e apresentam potencial de transformação maligna através da sequência hamartoma-adenoma-carcinoma.
- (D) O rastreamento para neoplasias deve iniciar-se apenas após o aparecimento de sintomas gastrointestinais, dada a baixa incidência de câncer nesses pacientes.
- (E) Mutações no gene APC são identificadas na maioria dos casos, distinguindo essa síndrome de outras poliposes intestinais.

08. A polipose adenomatosa familiar (FAP) é uma síndrome de câncer hereditário.

Sobre essa condição, assinale a alternativa correta.

- (A) A apresentação típica envolve o desenvolvimento de 10 a 50 pólipos adenomatosos no cólon, que surgem tipicamente em torno dos 30 anos de idade.
- (B) A quimioprofilaxia com AINEs ou inibidores de COX-2 pode levar à regressão dos pólipos, mas não substitui a necessidade de colectomia profilática.
- (C) Em pacientes submetidos a proctocolectomia total, a principal causa de mortalidade por câncer é o GIST de duodeno.
- (D) A maioria dos casos esporádicos de FAP é causada por mutações *de novo* no gene MSH6, que segue um padrão de herança recessivo.
- (E) O rastreamento para familiares de primeiro grau deve ser iniciado aos 40 anos, por meio de colonoscopia a cada cinco anos.

09. Homem de 32 anos, vítima de ferimento torácico por projétil de arma de fogo, chega ao pronto-socorro com dispneia intensa, hipoxemia e escape aéreo maciço após drenagem pleural. Foi então instalado um sistema de drenagem em selo d'água com aspiração contínua, conforme a figura a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Após o procedimento, o paciente evolui com piora da dispneia e aumento progressivo do pneumotórax, e identifica-se um erro no sistema de montagem ilustrado.

O tubo de que local deveria estar submerso?

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

10. Paciente de 58 anos, tabagista, com história de bronquiectasias bilaterais e hemoptises de pequeno volume há seis meses, chega ao pronto-socorro com hemoptise maciça (> 300 mL em 24 horas), taquipneico (FR: 32 irpm), taquicárdico (FC: 128 bpm) e hipotenso (PA: 90 × 60 mmHg). O sangramento ativo persiste após estabilização inicial.

Qual é a conduta imediata mais adequada para controle do sangramento?

- (A) Radioterapia hemostática emergencial.
- (B) Toracotomia exploradora bilateral imediata.
- (C) Intubação orotraqueal seletiva e embolização arterial brônquica.
- (D) Posicionamento em decúbito lateral direito.
- (E) Angiotomografia de tórax para planejamento intervencionista.

11. Paciente de 28 anos, vítima de trauma abdominal fechado com pneumoperitônio, é submetido a laparotomia exploradora. Durante o procedimento, após a manobra de Kocher, identifica-se uma lesão transversal completa da segunda porção do duodeno, acometendo aproximadamente 20% da circunferência, sem comprometimento da região ampolar. Não há outras lesões associadas, e o paciente mantém-se hemodinamicamente estável.

Qual é a conduta cirúrgica mais adequada?

- (A) Drenagem simples do espaço retroperitoneal.
- (B) Sutura primária em dois planos com omentoplastia.
- (C) Derivação gástrica com exclusão duodenal (procedimento de Berne).
- (D) Duodenojejunostomia com *loop* em Y de Roux.
- (E) Duodenorrafia primária associada a jejunostomia de alimentação.

12. Paciente de 35 anos, vítima de acidente automobilístico com compressão abdominal pelo volante, é admitido no pronto-socorro. Apresenta-se hemodinamicamente estável (PA: 110 × 70 mmHg), porém com dor epigástrica importante e amilase igual a 480 U/L. A tomografia de abdome com contraste evidencia laceração no corpo pancreático (grau II da AAST), sem extravasamento de contraste ou lesão do ducto pancreático principal, e líquido peripancreático discreto. Não há outras lesões associadas.

Qual é a conduta inicial mais adequada?

- (A) Realizar laparotomia exploradora imediata devido à presença de laceração pancreática e líquido peripancreático.
- (B) Monitorar o paciente com reposição volêmica e solicitar controle de imagem para avaliação da evolução do quadro.
- (C) Administrar antibioticoterapia profilática e indicar cirurgia se houver aumento do leucograma em 24 horas.
- (D) Implementar analgesia e liberar dieta via oral, uma vez que não há sinais de necrose pancreática.
- (E) Realizar drenagem percutânea do líquido peripancreático e manter observação.

13. Paciente do sexo feminino, de 72 anos, com história de hérnia femoral conhecida, chega ao pronto-socorro com queixa de dor em região inguinal direita há 24 horas, associada a um nódulo doloroso e endurecido. Relata náuseas, mas sem vômitos ou interrupção da eliminação de gases e fezes. Ao exame, há uma massa dolorosa e irreversível abaixo do ligamento inguinal, com discreto eritema local. O abdome é depressível, sem dor à palpação difusa. A tomografia computadorizada de abdome e pelve evidencia uma alça delgada encarcerada no anel femoral, com parede espessada e edema, mas sem dilatação das alças proximais.

Considerando a apresentação clínica e os achados de imagem, qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Hérnia inguinal indireta encarcerada.
- (B) Hérnia de Littré (hérnia de divertículo de Meckel).
- (C) Hérnia de Richter.
- (D) Hérnia obturadora.
- (E) Linfadenite inguinal aguda.

14. Homem de 32 anos chega ao pronto-socorro referindo ereção persistente e não dolorosa há horas, iniciada após trauma perineal durante acidente de moto. Ao exame, observa-se priapismo com rigidez parcial, palpação dolorosa à base do pênis e equimose perineal. Foi realizada aspiração de sangue do corpo cavernoso, que se apresentou vermelho-vivo e com gasometria compatível com sangue arterializado.

Qual é a conduta diagnóstica e terapêutica mais adequada para esse caso?

- (A) Injeção intracavernosa de fenilefrina e aspiração, tratando como priapismo isquêmico.
- (B) Angiotomografia de pelve para identificar fístula arterial e embolização seletiva.
- (C) Realização de *shunt* cavernoso-esponjoso distal imediato.
- (D) Administração de analgésicos e observação, pois é um priapismo de alta vazão com resolução espontânea frequente.
- (E) Exploração cirúrgica urgente com ligadura da artéria pudenda interna.

15. Paciente de 62 anos, assintomático, realiza tomografia de abdome para investigação de massa abdominal palpável, que revela incidentalmente nódulo adrenal esquerdo homogêneo de 2,5 cm, com densidade de 8 UH na fase sem contraste, sem outras alterações. A investigação laboratorial mostra cortisol basal, catecolaminas urinárias e atividade de renina plasmática dentro dos limites da normalidade.

Considerando os achados de imagem e laboratoriais, qual é a conduta mais adequada?

- (A) Realizar adrenalectomia laparoscópica eletiva devido ao risco de malignidade em nódulos superiores a 2 cm.
- (B) Repetir a tomografia em três meses para avaliar crescimento do nódulo.
- (C) Realizar ressonância magnética de adrenais para melhor caracterização tissular.
- (D) Solicitar cintilografia com NP-59 para confirmar natureza benigna.
- (E) Dar alta com orientação, sem necessidade de acompanhamento específico.

16. Paciente de 42 anos sofreu laceração profunda no antebraço direito por vidro, com secção completa da artéria radial. O teste de Allen demonstra preenchimento palmar adequado pela artéria ulnar em menos de cinco segundos.

Considerando o quadro apresentado, qual é a conduta mais adequada em relação à lesão arterial?

- (A) Ligadura pura e simples da artéria radial, dada a presença de circulação colateral adequada.
- (B) Reconstrução vascular obrigatória com veia safena, independentemente do teste de Allen.
- (C) Angiotomografia de membro superior para confirmar lesão antes de qualquer decisão.
- (D) Ligadura arterial apenas se houver sangramento ativo.
- (E) Reconstrução vascular com enxerto sintético de PTFE.

17. Observe, a seguir, a icônica imagem da perna que representa o procedimento pioneiro de John Hunter em 1785, relacionado à primeira abordagem cirúrgica eficaz para um aneurisma poplíteo, na qual Hunter realizou a ligadura arterial a uma distância do aneurisma, preservando a circulação colateral:



(Museu Hunteriano, Londres)

Considerando esse marco histórico e a anatomia vascular, assinale a alternativa que descreve corretamente aspectos anatômicos e fisiológicos fundamentais para o sucesso dessa técnica.

- (A) A ligadura foi realizada na artéria femoral comum, pois o aneurisma poplíteo depende exclusivamente do fluxo proveniente desse vaso.
- (B) O procedimento explorou a rica rede de circulação colateral formada pelas artérias geniculares, que se originam da artéria poplíteia distal ao ponto de ligadura.
- (C) A artéria poplíteia origina-se no anel do adutor magno, e sua ligadura no canal de Hunter permite a perfusão distal via artéria profunda da coxa.
- (D) A via de acesso utilizada por Hunter evita o canal de Hunter, pois este contém apenas estruturas venosas e nervosas.
- (E) O sucesso da técnica baseia-se na ligadura da artéria poplíteia distal ao aneurisma, impedindo seu refluxo e favorecendo a trombose.

18. Paciente de 52 anos é submetido a paratireoidectomia bilateral para tratamento de hiperparatireoidismo primário. Durante o procedimento, é utilizada monitorização intraoperatória do nervo laríngeo recorrente (NLR).

Sobre o uso dessa técnica, assinale a alternativa correta.

- (A) A monitorização contínua do NLR permite a identificação do nervo não recorrente, que cruza diretamente da artéria tireóidea superior à laringe.
- (B) A perda do sinal de monitorização após a dissecação da glândula paratireoide superior direita indica lesão irreversível do NLR ipsilateral.
- (C) O principal benefício da técnica é permitir a identificação do NLR, reduzindo o risco de sua lesão durante a dissecação do compartimento central.
- (D) A monitorização deve ser utilizada apenas em reoperações cervicais, em que o risco de lesão do NLR é elevado.
- (E) A estimulação do NLR com corrente contínua superior a 2 mA provoca abdução das pregas vocais, permitindo avaliação funcional direta.

19. Paciente de 52 anos, com histórico de intubação orotraqueal prolongada há quatro meses durante internação por pneumonia, retorna ao serviço de pneumologia com dispneia progressiva e estridor. A broncoscopia confirma estenose traqueal circunferencial no terço médio da traqueia, com redução de 60% do lúmen.

Considerando o diagnóstico de estenose traqueal pós-intubação, assinale a alternativa correta.

- (A) Os sintomas geralmente surgem apenas quando há obstrução superior a 80% do lúmen traqueal.
- (B) O tratamento cirúrgico com traqueoplastia deve ser realizado imediatamente na fase aguda da doença.
- (C) A estenose pós-intubação representa a causa mais comum de estenose traqueal adquirida em adultos.
- (D) O tubo em T de Montgomery é contraindicado tanto no pré-operatório como no pós-operatório de cirurgia de reconstrução traqueal.
- (E) As doenças autoimunes, como a granulomatose com poliangéite, são causas mais frequentes que a intubação.

20. Um paciente apresenta uma ferida crônica no dorso do pé com exposição tendinosa após desbridamento. Para o planejamento da reconstrução, é fundamental diferenciar os conceitos de enxertos e retalhos.

Assinale a alternativa que descreve corretamente a diferença fundamental entre esses dois métodos de reconstrução.

- (A) Enxertos mantêm sua vascularização original, enquanto retalhos são totalmente desconectados de sua fonte sanguínea.
- (B) Retalhos mantêm sua própria vascularização, enquanto enxertos dependem da neovascularização do leito receptor.
- (C) Enxertos são sempre compostos por múltiplos tecidos, enquanto retalhos são constituídos apenas por pele.
- (D) Retalhos são utilizados exclusivamente para cobrir defeitos ósseos, enquanto enxertos são utilizados para cobrir defeitos cutâneos.
- (E) Enxertos podem ser classificados pela distância à lesão, enquanto retalhos são classificados apenas pela espessura.

21. Um trabalhador rural derrama acidentalmente soda cáustica (hidróxido de sódio) no braço, evoluindo rapidamente com dor em queimação intensa e lesão cutânea esbranquiçada.

No atendimento pré-hospitalar, qual é a conduta inicial imediata e fundamental para esse tipo de queimadura química?

- (A) Aplicação de vinagre diluído para neutralizar o agente alcalino.
- (B) Remoção imediata de roupas e joias e irrigação copiosa do local com água corrente.
- (C) Secagem do local e aplicação de pomada com corticoide para reduzir a inflamação.
- (D) Cobertura da área com gelo para aliviar a dor e impedir a progressão da queimadura.
- (E) Fricção mecânica com gaze para remover o produto químico aderido à pele.

22. Paciente de 45 anos, vítima de traumatismo cranioencefálico grave, é admitido na UTI com monitorização multimodal. A pressão intracraniana (PIC) é de 25 mmHg. Sua pressão arterial é de 120 × 80 mmHg.

Considerando a fisiologia da circulação cerebral, qual é o valor correto da pressão de perfusão cerebral (PPC)?

- (A) 95 mmHg
- (B) 68 mmHg
- (C) 75 mmHg
- (D) 118 mmHg
- (E) 55 mmHg

23. Paciente de 35 anos, vítima de trauma múltiplo, encontra-se internado em UTI há dez dias sob ventilação mecânica. Recebe inibidor de bomba de prótons (IBP) venoso para profilaxia de úlcera de estresse. Na revisão de rotina, apresenta hipomagnesemia.

Qual mecanismo fisiopatológico relaciona o uso de IBP a essa complicação metabólica?

- (A) Diminuição da absorção de magnésio por redução da acidez luminal intestinal.
- (B) Aumento da excreção renal de magnésio por efeito tubular direto.
- (C) Quelação do magnésio por complexação com sais biliares.
- (D) Redução da liberação de magnésio dos estoques ósseos.
- (E) Sequestro intracelular de magnésio por alcalose metabólica.

24. Paciente de 58 anos, submetido à esofagectomia trans-hiatal há cinco dias devido a perfuração esofágica por síndrome de Boerhaave, evolui com drenagem de líquido leitoso, abundante (aproximadamente 500 mL/dia), pelo dreno cervical. O líquido apresenta dosagem de triglicérides > 1.000 mg/dL.

Sobre a anatomia linfática relevante para essa complicação, assinale a alternativa correta.

- (A) O ducto torácico desemboca na junção das veias jugular interna e subclávia direitas.
- (B) O ducto linfático direito drena aproximadamente 65% da linfa do corpo, incluindo o território dos membros superiores e inferiores direitos, hemitórax direito e cabeça.
- (C) O ducto torácico origina-se da cisterna do quilo, cruza para a esquerda ao nível de T5-T6 e termina na junção jugulossobclávia esquerda.
- (D) A cisterna do quilo localiza-se anteriormente ao corpo de L1 e posteriormente à aorta abdominal.
- (E) Lesões de ductos linfáticos cervicais são mais prováveis, pois o ducto torácico desemboca superiormente aos vasos subclávios e está protegido posteriormente ao esôfago torácico distal.

25. Paciente do sexo masculino, de 45 anos, foi submetido a derivação gástrica em Y de Roux há quatro anos e mantém IMC em 38 kg/m² (perda de apenas 15% do peso inicial). Apresenta dor epigástrica intensa e refratária à terapia máxima com inibidores de bomba de prótons e sucralfato. A endoscopia serial demonstra úlcera marginal recorrente na anastomose gastrojejunal, com *pouch* gástrico medindo 10 cm de comprimento e anastomose de 3,5 cm de diâmetro. Houve falha de dois ciclos de injeção endoscópica de triancinolona.

Considerando a refratariedade do quadro e os achados anatômicos, qual é a conduta definitiva de escolha correta?

- (A) Troca para antagonista dos receptores H2 em altas doses.
- (B) Infiltração endoscópica com plasma rico em plaquetas.
- (C) Derivação duodenal (procedimento de Santoro).
- (D) Revisão cirúrgica com redução do *pouch* e anastomose.
- (E) Terapia com misoprostol por via oral.

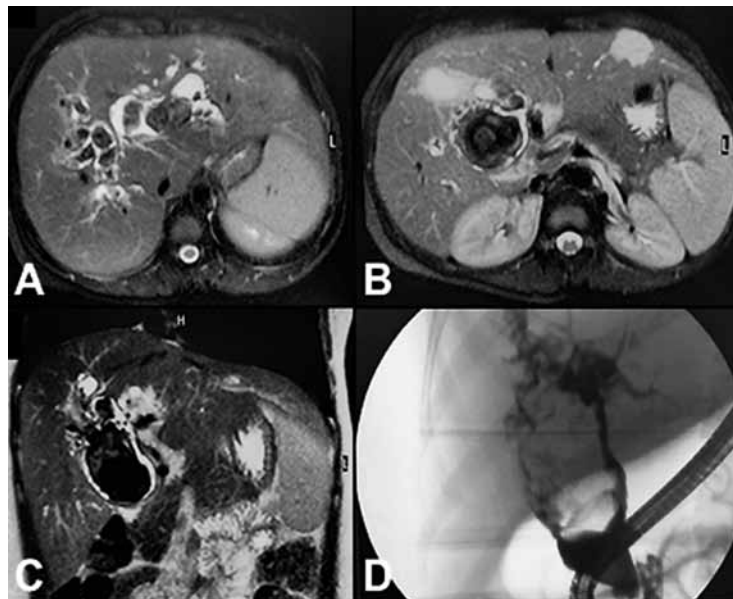
26. Paciente de 52 anos, do sexo feminino, realiza endoscopia digestiva alta para investigação de anemia ferropriva. O exame evidencia múltiplos pólipos planos no corpo e fundo gástrico, todos menores que 1 cm. A biópsia confirma tumor neuroendócrino bem diferenciado (G1). Os níveis séricos de gastrina estão elevados (800 pg/mL), e o pH gástrico é 7,2. Anticorpos anticélulas parietais positivos. Não há história de outras neoplasias endócrinas.

O tipo de tumor neuroendócrino gástrico mais provável nesse caso é o tipo

- (A) I – associado à gastrite atrófica crônica.
- (B) II – associado à síndrome de Zollinger-Ellison.
- (C) III – esporádico, sem hipergastrinemia.
- (D) IV – neuroendócrino pobremente diferenciado.
- (E) misto – componente neuroendócrino e adenocarcinomatoso.

27. Paciente do sexo feminino, de 31 anos, apresenta dor em hipocôndrio direito, icterícia, colúria e acolia fecal há duas semanas. Exames laboratoriais mostram elevação de fosfatase alcalina, GGT e bilirrubina direta. A ressonância magnética evidencia dilatação cística extensa da via biliar extra-hepática e intra-hepática, associada a múltiplas imagens sugestivas de litíase intra-hepática. Foi realizada CPRE com colocação de próteses plásticas, sem melhora significativa dos níveis de bilirrubina.

Exames de imagem apresentados a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando o quadro apresentado e as opções terapêuticas, qual é a conduta cirúrgica definitiva de escolha correta?

- (A) Cistoduodenostomia para derivação biliodigestiva.
- (B) Colectomia laparoscópica com exploração da via biliar.
- (C) Ressecção completa do cisto de colédoco com hepaticojejunostomia em Y de Roux.
- (D) CPRE repetida com esfinterotomia ampla e remoção de cálculos.
- (E) Hepaticojejunostomia em Y de Roux sem ressecção do cisto.

28. Paciente de 42 anos foi submetida a histerectomia total e retossigmoidectomia laparoscópica com anastomose mecânica por endometriose profunda. No terceiro dia de pós-operatório, apresenta descarga de conteúdo fétido pela vagina. Foi realizado estudo radiológico, apresentado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Com base nas imagens e na cronologia do caso, qual é a causa mais provável dessa complicação?

- (A) Fístula retovaginal por doença residual de endometriose.
- (B) Deiscência de sutura do fundo de saco vaginal pós-histerectomia.
- (C) Inclusão iatrogênica da parede vaginal posterior no grampeador circular durante a anastomose colorretal.
- (D) Lesão termal do reto durante a dissecação da endometriose do fundo de saco de Douglas.
- (E) Fístula colovaginal por diverticulite perfurada não relacionada ao procedimento.

29. Paciente de 45 anos, submetido à miotomia de Heller com fundoplicatura parcial (dor) por acalasia há oito meses, evoluiu com melhora inicial da disfagia, mas retornou com piora progressiva dos sintomas nos últimos dois meses. A endoscopia digestiva alta mostrou esôfago dilatado com acúmulo de conteúdo alimentar e resistência à passagem do aparelho na transição esofagogástrica. A manometria esofágica de alta resolução não pôde ser realizada, pois não foi possível o posicionamento adequado do cateter manométrico na junção esofagogástrica. Realizou o esofagograma apresentado a seguir:

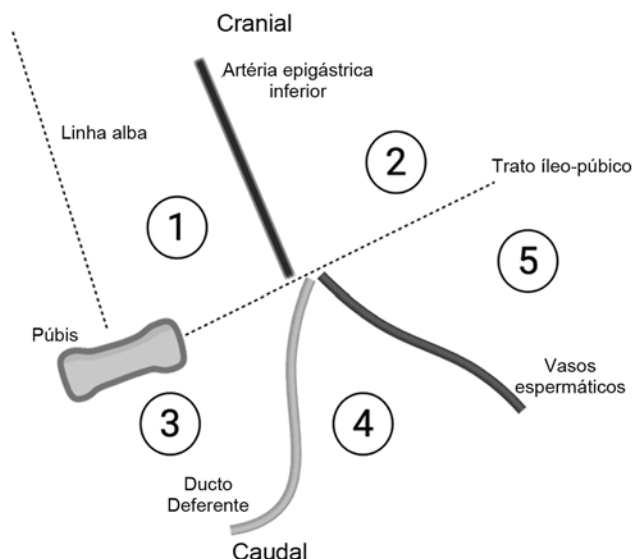


(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando a história e os achados do exame, qual é a conduta mais adequada?

- (A) Dilatação pneumática endoscópica.
- (B) POEM (*peroral endoscopic myotomy*).
- (C) Esofagectomia trans-hiatal.
- (D) Reoperação para revisão da fundoplicatura migrada.
- (E) Tratamento clínico com bloqueadores de canal de cálcio.

30. Observe a figura a seguir, que apresenta uma referência anatômica em visão laparoscópica do tratamento da hérnia inguinal:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Em qual área numerada localiza-se o triângulo da dor?

- (A) 1
 (B) 2
 (C) 3
 (D) 4
 (E) 5
31. Com relação à diverticulite aguda, assinale a alternativa correta.
- (A) O tratamento com antibioticoterapia intravenosa deve ser mantido até a completa resolução do quadro, sem alternância para via oral.
 (B) O diagnóstico definitivo de diverticulite aguda sempre requer confirmação por ultrassonografia de abdome.
 (C) Abscessos peridiverticulares menores que 2–3 cm podem ser manejados exclusivamente com antibioticoterapia e repouso intestinal.
 (D) Pacientes jovens com diverticulite aguda apresentam maior risco de complicações e recidivas quando comparados a pessoas idosas.
 (E) A colonoscopia é o exame de escolha para o diagnóstico inicial da diverticulite aguda não complicada.

32. Paciente do sexo feminino, de 62 anos, é diagnosticada com carcinoma ductal invasivo de mama esquerda. Durante o estadiamento, realiza tomografia computadorizada de abdome, que identifica cisto pancreático na cabeça do pâncreas, sugestivo de neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN), conforme imagem a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

De acordo com os critérios de Fukuoka (2017) revisados, qual das seguintes características é considerada um “critério de alto estigma” que indica necessidade de ressecção cirúrgica?

- (A) Cisto único com 2 cm de diâmetro.
 (B) Dilatação de 5 mm do ducto pancreático principal.
 (C) Presença de icterícia obstrutiva associada à lesão.
 (D) Nível de CA 19-9 sérico em 50 U/mL (valor de referência: < 37 U/mL).
 (E) Parede cística espessada.

33. Paciente do sexo masculino, de 22 anos, vítima de ferimento penetrante por arma branca em hipocôndrio direito, chega à emergência em regular estado geral, taquicárdico (FC: 118 bpm), hipotenso (PA: 90 × 60 mmHg), descorado (+/4+) e referindo dor abdominal intensa. A palpação abdominal revela dor difusa com defesa voluntária.

Assinale a alternativa que apresenta corretamente a melhor conduta inicial para esse paciente.

- (A) Realizar lavado peritoneal diagnóstico (LPD) para definir a necessidade de intervenção cirúrgica.
- (B) Solicitar tomografia computadorizada de abdome para identificar lesões específicas e planejar a abordagem.
- (C) Encaminhar para ultrassonografia abdominal (FAST) para avaliar a presença de líquido livre.
- (D) Realizar associação de FAST e LPD para aumentar a acurácia diagnóstica.
- (E) Indicar laparotomia exploradora de urgência.

34. Paciente de 45 anos chega ao pronto-socorro com dor súbita em membro inferior esquerdo, palidez e esfriamento desse membro. Refere ter realizado cirurgia para troca de válvula aórtica há seis anos.

Qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Aterosclerose obliterante periférica descompensada.
- (B) Oclusão arterial aguda trombótica.
- (C) Oclusão arterial embólica.
- (D) Tromboangite obliterante.
- (E) Trombose venosa profunda.

35. É indicação de cricotireoidostomia, **exceto**:

- (A) sangramento profuso na cavidade oral com impossibilidade de visualização das cordas vocais.
- (B) obstrução traqueal por corpo estranho.
- (C) hematoma expansivo de epiglote com obstrução glótica.
- (D) trauma facial grave com fratura de mandíbula e maxila.
- (E) edema maciço de língua e glote por reação anafilática.

36. Paciente do sexo masculino, de 25 anos, vítima de ferimento penetrante por arma branca em zona II do pescoço (entre a cartilagem cricoide e o ângulo da mandíbula), é admitido no pronto-socorro com hematoma expansivo em região cervical anterior, disfonia, enfisema subcutâneo e saturação de 88% em ar ambiente.

Diante do quadro, assinale a alternativa que apresenta corretamente o conjunto de estruturas anatômicas com maior risco de ter sido lesado.

- (A) Artérias vertebrais, veias jugulares e troncos nervosos cervicais.
- (B) Traqueia, laringe e artérias carótidas.
- (C) Esôfago, ducto torácico e parênquima pulmonar.
- (D) Faringe, medula espinhal e arco aórtico.
- (E) Veias subclávias, brônquios principais e nervo frênico.

37. Paciente foi submetido à ressecção anterior baixa do reto com anastomose colorretal e derivação temporária por ileostomia em alça.

Comparada com colostomia em alça para derivação temporária, a ileostomia em alça apresenta

- (A) menor taxa de desidratação e de readmissão hospitalar no período pós-operatório imediato.
- (B) maior taxa de hérnia incisional no sítio de fechamento da estomia.
- (C) maior taxa de obstrução intestinal após o fechamento da estomia por bridas.
- (D) maior taxa de complicações infecciosas no sítio cirúrgico após a reconstrução.
- (E) maior taxa de prolapso da estomia durante o período de derivação.

38. Com a publicação da Resolução CFM nº 2.429/2025, houve atualização nos critérios para indicação de cirurgia bariátrica e metabólica no Brasil. Um paciente de 28 anos, com IMC de 32 kg/m² e diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 há oito anos, em uso de insulina, sem outras comorbidades associadas, busca avaliação para cirurgia, após falha de tratamento clínico para obesidade por seis meses.

De acordo com as novas diretrizes, qual é a conduta mais adequada para esse caso?

- (A) Indicar cirurgia, pois se preenche critério de IMC entre 30 e 35 kg/m² associado a diabetes *mellitus* tipo 2.
- (B) Contraindicar a cirurgia, pois o paciente tem IMC abaixo de 35 kg/m² e menos de dez anos de diagnóstico de diabetes.
- (C) Contraindicar a cirurgia, pois a idade inferior a 30 anos é fator de exclusão para procedimento cirúrgico.
- (D) Indicar tratamento clínico por mais dois anos antes de reconsiderar a cirurgia, devido ao tempo insuficiente de acompanhamento endocrinológico.
- (E) Indicar a cirurgia apenas se houver associação com pelo menos mais duas comorbidades, como HAS e dislipidemia.

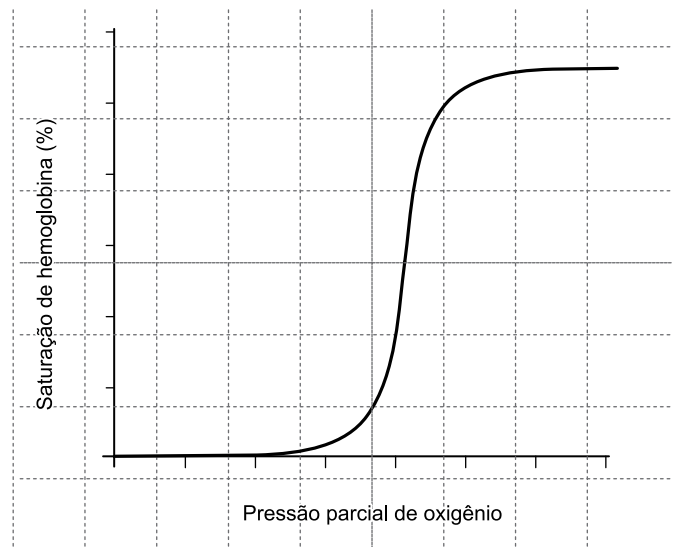
39. Paciente de 58 anos, submetido, há dez dias, a drenagem biliar transparieto-hepática (DBTP) por colangite secundária à estenose benigna da via biliar, retorna ao serviço de emergência com hematêmese e melena há seis horas. Refere dor no hipocôndrio direito e notou escurecimento da urina e icterícia progressiva. Ao exame: hipotenso (PA: 90 × 60 mmHg), taquicárdico (FC: 118 bpm), icterícia 2+/4+, abdome doloroso à palpação no hipocôndrio direito.

Qual é a hipótese diagnóstica mais provável para o quadro?

- (A) Lesão duodenal iatrogênica.
- (B) Lesão de Dieulafoy.
- (C) Síndrome de Mallory-Weiss.
- (D) Sangramento da papila duodenal.
- (E) Hemobilia.

40. Homem, de 26 anos, politraumatizado, chega em choque hemorrágico classe IV (PA: 60 × 30 mmHg; FC: 150 bpm). É levado pela equipe de resgate imobilizado em prancha rígida, com colar cervical, normotérmico. Gasometria arterial: pH: 7,05; PaCO₂: 48 mmHg; HCO₃⁻: 13 mEq/L; lactato: 9 mmol/L; T: 36,5 °C; Hb: 6 g/dL.

Com base nesse contexto, analise a curva de dissociação oxigênio-hemoglobina a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando a curva de dissociação oxigênio-hemoglobina, qual alteração predomina nesse cenário?

- (A) Deslocamento para a esquerda.
- (B) Deslocamento para a direita.
- (C) Retificação da curva, com perda da forma sigmoide.
- (D) A curva permanece inalterada.
- (E) A inclinação da porção íngreme da curva torna-se mais suave.

41. Criança de 5 anos, 15 kg, chega ao pronto-socorro com laceração de 3 cm na região frontal da testa. Para reparo da ferida, planeja-se usar lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000.

Considerando os limites de segurança para anestésicos locais em pediatria, qual é o volume máximo que pode ser administrado com segurança?

- (A) 2 mL
- (B) 5 mL
- (C) 10 mL
- (D) 15 mL
- (E) 20 mL

42. Paciente de 32 anos, com abdome e região inguinal muito pilosos, será submetido a hernioplastia inguinal aberta. A equipe discute a necessidade de tricotomia pré-operatória.

De acordo com as evidências atuais e as recomendações de boas práticas cirúrgicas, qual é a conduta mais adequada?

- (A) Realizar tricotomia completa com lâmina de barbear, 12 horas antes da cirurgia, para melhor visualização do campo cirúrgico.
- (B) Avaliar a necessidade real de tricotomia: se os pelos impedirem a incisão ou o fechamento adequado, realizar imediatamente antes da cirurgia com aparador elétrico.
- (C) Realizar tricotomia, apenas se o paciente consentir expressamente, com creme depilatório, 24 horas antes.
- (D) Não realizar tricotomia em nenhuma circunstância, pois aumenta o risco de infecção.
- (E) Realizar tricotomia rotineira em todos os pacientes, independentemente da densidade pilosa.

43. Paciente de 32 anos, vítima de acidente motociclístico há quatro dias, encontra-se internado na UTI e necessita de intubação orotraqueal urgente devido a piora do nível de consciência. Apresenta lesão por esmagamento no membro inferior direito. O intensivista considera o uso de succinilcolina para intubação de sequência rápida.

Com base nesse contexto, assinale a alternativa correta sobre a succinilcolina.

- (A) É a droga de eleição, por ter rápido início de ação e curta duração, sendo segura em pacientes com trauma recente e lesão por esmagamento.
- (B) Seu uso está associado a risco de hipercalemia potencialmente fatal em pacientes com rabdomiólise grave.
- (C) Pode ser administrada com segurança em pacientes traumatizados desde que a dosagem seja reduzida em 20%.
- (D) Sua ação é revertida prontamente pela administração de sulfato de magnésio.
- (E) É metabolizada pela acetilcolinesterase eritrocitária, com duração de ação prolongada em pacientes com politrauma.

44. Durante colecistectomia laparoscópica em paciente de 45 anos sem comorbidades cardíacas, é estabelecido pneumoperitônio com CO₂ a 14 mmHg. Após 10 minutos, observam-se discreta redução do débito cardíaco, aumento da pressão arterial média e taquicardia sinusal.

Essas alterações hemodinâmicas decorrem principalmente de

- (A) diminuição da pré-carga e aumento da resistência vascular sistêmica.
- (B) vasodilatação periférica induzida pelo CO₂, que reduz a pós-carga.
- (C) acidose respiratória aguda com queda da contratilidade miocárdica.
- (D) redistribuição do fluxo sanguíneo para o território esplâncnico com aumento do volume sistólico.
- (E) aumento da complacência cardíaca decorrente da hipercapnia.

45. Paciente de 72 anos, internado na UTI por choque séptico de origem abdominal, encontra-se em uso de noradrenalina (0,5 mcg/kg/min) para manter pressão arterial média superior a 65 mmHg. Após 48 horas de instabilidade hemodinâmica, o lactato persiste em 4,5 mmol/L. A equipe multidisciplinar discute a via de suporte nutricional.

Considerando o quadro clínico atual, qual é a conduta mais adequada em relação à nutrição parenteral (NP)?

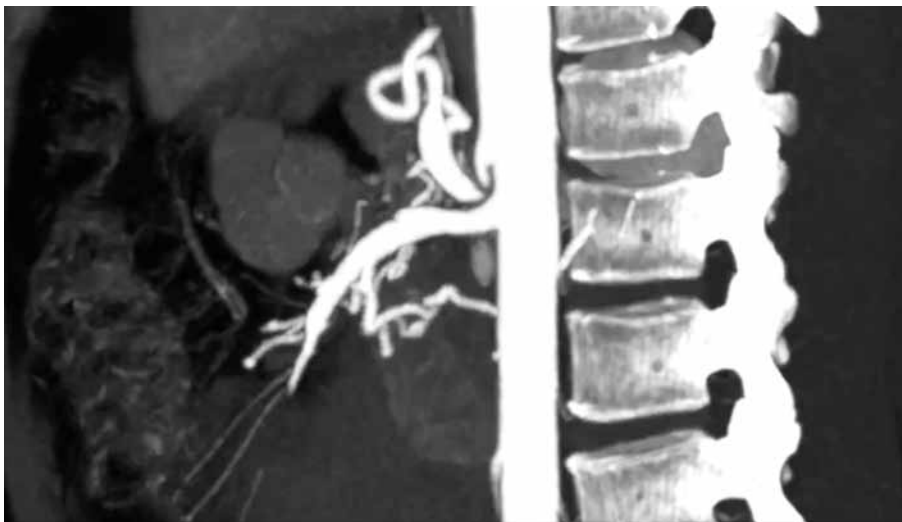
- (A) Iniciar NP total imediatamente, pois o estado hipercatólico da sepse demanda suporte nutricional agressivo.
- (B) Iniciar NP periférica com lipídios, pois é uma via de menor risco de complicações infecciosas.
- (C) Postergar o início da NP até que a instabilidade hemodinâmica e a acidose láctica sejam adequadamente controladas.
- (D) Realizar uma prova de volume com oferta de 500 kcal por NP para avaliar a tolerância hemodinâmica.
- (E) Iniciar nutrição enteral imediatamente e associar NP complementar para atingir as metas calóricas mais rapidamente.

46. Homem de 25 anos, residente em área endêmica para febre tifoide, apresenta febre contínua há três semanas, dor abdominal difusa, mal-estar, hepatoesplenomegalia e diarreia alternando com constipação. Evolui subitamente com dor abdominal intensa, defesa muscular generalizada e sinais de peritonite. A radiografia de abdome mostra pneumoperitônio.

Em relação ao quadro descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) A perfuração intestinal na febre tifoide ocorre mais comumente no cólon descendente, secundária à necrose de criptas de Lieberkühn.
- (B) O agente etiológico é *Salmonella enterica* sorovar *Typhi*, que pode causar necrose das placas de Peyer no íleo terminal, levando à perfuração.
- (C) O quadro descrito é causado por *Shigella dysenteriae* e caracterizado por invasão do intestino delgado proximal e formação de pseudomembranas ulceradas.
- (D) A complicação apresentada é rara na febre tifoide, sendo mais característica da infecção por *Yersinia enterocolitica*.
- (E) O tratamento inicial deve ser clínico, com antibioticoterapia exclusiva, pois a perfuração intestinal por febre tifoide costuma fechar espontaneamente.

47. Paciente do sexo feminino, de 35 anos, apresenta dor abdominal pós-prandial, perda de peso não intencional de 8 kg em quatro meses e náuseas após alimentação. Relata episódios de saciedade precoce e medo de se alimentar devido à dor. Foi realizada uma angiotomografia de abdome, cuja imagem é apresentada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Analisando a imagem e a apresentação clínica, qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Estenose aterosclerótica do tronco celíaco.
- (B) Compressão extrínseca do tronco celíaco pelo ligamento arqueado mediano.
- (C) Trombose da artéria mesentérica superior.
- (D) Aneurisma de artéria esplênica.
- (E) Síndrome do aprisionamento da artéria mesentérica superior.

48. Em procedimentos que utilizam enxertos, em reconstruções com retalhos livres ou mesmo transplantes hepáticos, o retalho ou o órgão transplantado com dimensões reduzidas pode sofrer injúria quando exposto a um fluxo sanguíneo desproporcional à sua capacidade. Essa condição é conhecida como síndrome *small-for-size*.

Qual é o mecanismo fisiopatológico central envolvido nessa síndrome?

- (A) Isquemia prolongada devido à anastomose vascular inadequada.
- (B) Estresse de cisalhamento endotelial por hiperfluxo sanguíneo.
- (C) Rejeição imunológica mediada por linfócitos T citotóxicos.
- (D) Toxicidade metabólica por fármacos imunossupressores.
- (E) Trombose microvascular por hipercoagulabilidade.

49. Os protocolos de recuperação aprimorada após cirurgia (ERAS) enfatizam estratégias multimodais para controle da dor pós-operatória, com o objetivo de evitar ou reduzir ao máximo o uso de opioides. Essa abordagem baseia-se nos efeitos adversos dessas drogas, que podem retardar a recuperação.

Qual mecanismo fisiopatológico ou efeito adverso dos opioides justifica sua restrição nos protocolos ERAS?

- (A) Estimulação dos receptores μ no sistema nervoso central, o que causa depressão respiratória e sedação excessiva.
- (B) Bloqueio dos canais de sódio nas terminações nervosas, o que resulta em hipotensão ortostática.
- (C) Inibição da cicloxigenase-2 (COX-2), o que aumenta o risco de sangramento gastrointestinal.
- (D) Ativação dos receptores GABA-A, o que causa predisposição a convulsões no pós-operatório.
- (E) Antagonismo dos receptores de serotonina, o que desencadeia síndrome serotoninérgica.

50. No contexto dos protocolos de recuperação aprimorada após cirurgia (ERAS), qual medida pós-operatória atua diretamente na prevenção de um dos componentes específicos da tríade de Virchow?

- (A) Uso de agentes anestésicos de curta duração.
- (B) Deambulação precoce.
- (C) Antibioticoprofilaxia pré-operatória.
- (D) Anestesia regional peridural.
- (E) Jejum abreviado.

