

CADERNO DE QUESTÕES DOS PROGRAMAS:

**CIRURGIA VASCULAR PERIFÉRICA,
CIRURGIA PEDIÁTRICA, CIRURGIA PLÁSTICA,
COLOPROCTOLOGIA E UROLOGIA**

ATENÇÃO!



- Este caderno contém 100 (cem) questões objetivas de múltipla escolha, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C,D).
- A duração da prova é de 5 (cinco) horas, considerando, inclusive, a marcação do **cartão-resposta**.

1. Ao receber o material para realizar sua prova, verifique, imediatamente, no **cartão-resposta**: seu nome, seu número de inscrição e o número de seu documento de identidade.
Qualquer irregularidade comunique, imediatamente, ao fiscal de sala. **Não** serão aceitas reclamações posteriores.
2. Leia atentamente cada questão e assinale no **cartão-resposta** a alternativa correspondente à resposta julgada correta. O **cartão-resposta** será o único documento válido para correção eletrônica. O preenchimento do **cartão-resposta** e a respectiva assinatura serão de sua inteira responsabilidade. Não haverá substituição de **cartão-resposta** por erro do candidato.
3. Observe as seguintes recomendações relativas ao **cartão-resposta**:
 - a maneira correta de marcação das respostas é cobrir, fortemente, com esferográfica de tinta azul ou preta, o espaço correspondente à letra a ser assinalada;
 - outras formas de marcação diferentes da que foi determinada acima implicarão a rejeição do **cartão-resposta**;
 - será atribuída nota zero às questões:
 - não assinaladas;
 - com falta de nitidez;
 - com mais de uma alternativa assinalada;
 - emendadas, rasuradas ou com marcação incorreta.
4. O fiscal não está autorizado a alterar quaisquer dessas instruções.
5. O candidato será automaticamente **excluído** do certame se:
 - utilizar-se no decorrer da prova, de qualquer tipo de consulta a materiais impressos, anotações ou similares, ou for surpreendido em comunicação verbal, escrita ou gestual, com outro candidato;
 - for surpreendido dando e/ou recebendo auxílio para a execução da prova;
 - utilizar ou manter ligado, no local da prova: telefone celular, bip, *walkman*, rádio, receptor/transmissor, gravador, agenda eletrônica, *notebook*, calculadora, *palmtop*, relógio digital com receptor ou qualquer outro meio de comunicação ativa ou passiva;
 - o **telefone celular** deverá permanecer **desligado**, desde o momento da entrada no local de prova, até a retirada do candidato do respectivo local.
6. **Somente** após decorrida 1 (uma) hora do início da prova, o candidato, ainda que tenha desistido do concurso, poderá entregar o **cartão-resposta** devidamente assinado, e retirar-se do recinto de realização da prova, levando o caderno de questões.
7. **Será terminantemente vedado ao candidato copiar os assinalamentos feitos no cartão-resposta, sob pena de exclusão do certame.**
8. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados **somente** quando **todos** tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado e tenham sido entregues todos os **cartões-resposta**, sendo obrigatório o registro dos seus nomes na ata de aplicação de prova.
9. Ao término da prova, o candidato entregará **obrigatoriamente**, ao fiscal de sala, o seu **cartão-resposta**.
10. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro no segundo dia útil seguinte ao de realização da prova, estando disponível também, no site www.rio.rj.gov.br/concursos.

Boa Prova.

CIRURGIA GERAL

CASO CLÍNICO PARA AS QUESTÕES 1 A 6: Mulher de 34 anos procura centro especializado no tratamento de obesidade mórbida com desejo de ser submetida à cirurgia bariátrica. Já passou por vários regimes dietéticos prévios sem sucesso e refere pesar acima dos 90 kg desde seus 18 anos. Nunca foi submetida a nenhuma cirurgia abdominal e refere hipertensão arterial sistêmica controlada com anti-hipertensivos orais, refluxo gastro-esofágico intenso e asma brônquica. No seu exame físico, anota-se um peso de 102 kg e altura de 156 cm, PA 135/90 mmHg, circunferência abdominal de 90 cm. Seus exames pré-operatórios revelam: Ht 42%, 7600 leucócitos, colesterol total de 203, triglicerídios 164 e glicemia 115.

01. Em relação a sua apresentação clínica, pode-se afirmar que:
- (A) a paciente pode ser considerada uma superobesa face ao índice de massa corpórea que apresenta
 - (B) ao contrário do *Diabetes mellitus* e da hipertensão arterial, a asma só melhora em um percentual mínimo dos pacientes submetidos a uma cirurgia bariátrica (< 20%)
 - (C) a paciente pode ser diagnosticada como portadora de uma síndrome metabólica mesmo sem as dosagens de marcadores pró-inflamatórios e de estado hipertrombótico
 - (D) uma vez que a paciente apresenta refluxo gastro-esofágico, deve-se optar pela banda gástrica ajustável pela sua menor morbidade operatória
02. A cirurgia bariátrica leva a uma resolução rápida do *Diabetes mellitus* em até 80% dos pacientes. Existem vários mecanismos para explicar esta melhora, dentre os quais pode-se citar:
- (A) ingestão calórica limitada
 - (B) balanço energético positivo
 - (C) estímulo à grelina
 - (D) produção diminuída de encretinas como o GLP-1 e GIP
03. A equipe cirúrgica optou pela realização de um *by-pass* gástrico tipo Fobi-Capella, com anel de silicone calibrando o reservatório gástrico, por uma incisão transversa alta. Em relação às possíveis complicações deste tipo de cirurgia, pode-se afirmar que:
- (A) hemorragia digestiva é rara (<1%) e tipicamente ocorre na entero-entero anastomose
 - (B) úlceras marginais na gastro-jejuno anastomose ocorrem após 2 anos de cirurgia e estão relacionadas a alimentação inadequada
 - (C) fístulas anastomóticas, apesar de potencialmente fatais, são raras e ocorrem em somente entre 1 a 5% dos casos
 - (D) a infecção por *Helicobacter pylori* protege contra o aparecimento de úlceras marginais em pacientes com *by-pass* gástrico, diferentemente do que ocorre na população não operada
04. No quinto dia pós-operatório, a paciente retornou ao ambulatório com saída de secreção amarelada pelo dreno de cavidade, sem febre ou outro sintoma associado. A administração de corante azul de metileno via oral mostrou imediata mudança da coloração da secreção do dreno para esta tonalidade. Face a esta complicação, pode-se afirmar que:
- (A) a reintervenção cirúrgica precoce nesse caso, nas primeiras duas semanas, melhora as chances de cura
 - (B) débito diário acima de 500 ml diminui a chance de abscessos intraperitoneais, aumentando assim as chances de resolução sem cirurgia
 - (C) a presença do anel de silicone junto a anastomose melhora as chances de resolução espontânea, uma vez que obstrui a saída de secreção entérica
 - (D) se o trajeto de saída desta secreção epitelizar, são menores as chances de resolução sem uma intervenção cirúrgica
05. Após 6 meses da resolução do caso, a paciente retornou ao ambulatório de cirurgia com queixa de abaulamento na cicatriz cirúrgica, principalmente aos esforços. No exame físico, palpa-se uma falha na parede abdominal com 5 cm de diâmetro. Em relação especificamente a esta complicação pós-operatória tardia, pode-se afirmar que:
- (A) sendo uma complicação limitada à parede abdominal, o passado de infecção pós-operatória não pode ser considerado como um fator de risco para o seu aparecimento
 - (B) deve-se evitar o uso de prótese na sua correção pelo passado recente de infecção pós-operatória
 - (C) se tratada agora por videolaparoscopia, a incidência de infecção de prótese é menor do que se tratada por via convencional
 - (D) a incisão transversa inicial foi um fator de risco para o seu aparecimento

06. Um ano após a cirurgia bariátrica, a paciente, com 75 kg, dá entrada no serviço de emergência icterica +/-++++ com dor em região subcostal direita, onde palpa-se plastrão doloroso. Seu exame laboratorial evidencia discreta leucocitose sem desvios, bilirrubinas totais de 2,2 com predomínio do componente direto e uma ultrassonografia de abdômen revela vesícula biliar com paredes bilaminadas e imagem de 1,5 cm fixa em região infundibular com sombra acústica, além de pouco líquido livre no recesso hepato-renal direito e imagem semelhante de 0,6 cm na via biliar comum. Em relação a este quadro clínico, pode-se afirmar que:
- (A) sua ocorrência justifica a colecistectomia profilática em todos os pacientes submetidos a *by-pass* gástrico
 - (B) poderia ter sido evitado com a administração de ursodiol 600 mg por dia VO, nestes meses após cirurgia bariátrica
 - (C) o acesso endoscópico à via biliar pode ser feito através da gastrojejunoanastomose
 - (D) devido à cirurgia prévia, o tratamento cirúrgico fica impossibilitado, sendo a administração de antibióticos e sintomáticos a única conduta possível

CASO CLÍNICO PARA AS QUESTÕES 7 A 10: Homem de 34 anos procura o ambulatório de cirurgia com queixa de dor e abaulamento na região inguinal esquerda. Refere nictúria e afilamento do jato urinário. Nega tabagismo ou uso crônico de medicamentos ou drogas. Ao exame físico, apresenta hérnia umbilical e inguinal esquerda, além de abaulamento sugestivo de hérnia inguinal direita.

07. Hoje em dia se refere a alterações do metabolismo do colágeno como causa de aparecimento de hérnias inguinais em adultos. Em relação a estas alterações, pode-se afirmar que:
- (A) existe associação com doenças de erros inatos de metabolismo como a síndrome de Hunter e a síndrome de Hurler
 - (B) o tabagismo é fator protetor para doença herniária, uma vez que faz um estímulo crônico ao metabolismo do colágeno
 - (C) doença aneurismática arterial e doença diverticular dos cólons afetam colágeno tipo III, diferentemente do colágeno tipo V, afetado na doença herniária, não se correlacionando entre si
 - (D) no adulto jovem o risco de doença herniária eleva-se, uma vez que existe um acúmulo de fibras imaturas de colágeno, ao contrário do que acontece na idade avançada

08. O canal inguinal neste paciente é delimitado:
- (A) pelo ligamento inguinal posteriormente
 - (B) pelo ligamento de Cooper inferiormente
 - (C) pelo músculo cremáster superiormente
 - (D) pela aponeurose do músculo oblíquo externo anteriormente
09. Anatomicamente, as hérnias da região inguinal podem ser classificadas em indiretas, diretas e crurais. Em relação a estas apresentações, pode-se afirmar que:
- (A) a hérnia indireta é mais comum à direita pelo desenvolvimento e descida fetal mais tardia desta gônada no sexo masculino
 - (B) a hérnia direta tem relação clara e exata com levantamento de pesos e exercícios repetitivos ao longo da vida de trabalhadores braçais
 - (C) apesar de mais raras, as hérnias crurais são maioria esmagadora (> 70%) nas apresentações de emergência, com encarceramento e estrangulamento
 - (D) as hérnias crurais são mais comuns do que as inguinais no sexo feminino
10. A neuralgia pós-operatória é uma complicação que pode ser evitada pela identificação dos nervos que transitam pela região inguinal durante uma hemioplastia. Dentre esses nervos, **NÃO** se inclui o:
- (A) ílio-inguinal
 - (B) cutâneo lateral
 - (C) ílio-hipogástrico
 - (D) ramo genital do genitofemural
11. A hérnia obturatória é rara e caracteriza-se por:
- (A) incidência maior entre a segunda e quarta década de vida, pela ocorrência dos trabalhos de parto
 - (B) herniação visceral mais comum da bexiga, pela sua proximidade com o forâmen obturatório
 - (C) relação de 6:1, com predominância do sexo feminino, pelo formato da pelve
 - (D) ocorrência do sinal de Howship-Romberg (dor medial na coxa irradiada para o joelho ou quadril), que aparece em quase todos os casos, quando adequadamente pesquisados

CASO CLÍNICO PARA AS QUESTÕES 12 E 13: Uma paciente de 32 anos apresenta uma massa palpável em baixo ventre, indolor e com crescimento importante nos últimos 3 meses, dobrando de tamanho. Nega emagrecimento, vômitos ou alteração de hábito intestinal. Refere duas cesarianas e uso de anticoncepcionais orais e polivitamínicos nos últimos 8 anos. Uma ressonância nuclear magnética revela uma massa de parede abdominal de 6 cm de diâmetro, na musculatura superficial, homogênea e isodensa à musculatura em T1, sem invasão de vísceras intraperitoneais.

12. Em relação ao diagnóstico do caso, pode-se afirmar que:
- (A) o uso de anticoncepcionais deveria ser um agente protetor contra o seu aparecimento
 - (B) à semelhança dos sarcomas, sua histopatologia revela fibroblastos pouco diferenciados e com alto índice mitótico
 - (C) diferentemente das neoplasias malignas, não tende a ser difusamente infiltrativo
 - (D) é conhecido como fibromatose de Dupuytren
13. Em relação ao seu tratamento, pode-se afirmar que:
- (A) a incidência de metástases sistêmicas é alta, em torno dos 10 a 15%
 - (B) a recorrência é ao redor de 40%, mesmo com ressecções com margens livres
 - (C) a radioterapia pode substituir a ressecção cirúrgica em lesões únicas, menores do que 3 cm
 - (D) a quimioterapia possui baixa toxicidade, desde que feita com associação entre doxorubicina, dactinomicina e carboplatina
14. **NÃO** se constitui um mecanismo para o aparecimento de ascite em pacientes com neoplasia:
- (A) estenose ou oclusão de ramos portais com hipertensão portal em casos de metástases hepáticas
 - (B) liberação de fluidos proteicos por múltiplos focos metastáticos peritoneais
 - (C) obstrução de vasos linfáticos retroperitoneais, com ruptura de canais de drenagem e vazamento de quimo para o peritônio
 - (D) vasodilatação por óxido nítrico de vasos peritoneais com extravazamento de fluidos

15. Em relação a um mesotelioma peritoneal maligno, pode-se afirmar que:
- (A) apesar das numerosas lesões serosas, o omento é geralmente preservado
 - (B) ao contrário do que no pseudomixoma peritoneal, a invasão de órgãos é rara
 - (C) como na carcinomatose peritoneal, metástases extra-abdominais são comuns
 - (D) está relacionado à exposição ao asbesto em mais da metade dos casos
16. Dentre as condições necessárias para a entubação nasotraqueal em politraumatizados, pode-se citar:
- (A) apneia
 - (B) fio-guia adequado
 - (C) reflexo do vômito intacto
 - (D) ausência de fraturas de mandíbula
17. O acesso intraósseo para infusão de fluidos em crianças traumatizadas é válido e útil em várias situações, porém possui algumas desvantagens. Dentre essas, pode-se citar:
- (A) não permite a infusão de hemoderivados
 - (B) só pode ser feito em crianças menores do que 6 anos
 - (C) é de demorada execução, mesmo por equipe treinada
 - (D) só pode ser efetuado na região anterior da tíbia

CASO CLÍNICO PARA AS QUESTÕES 18 E 19: Paciente masculino de 28 anos dá entrada vítima de acidente automobilístico, no qual era o motorista e não fazia uso de cinto de segurança. Apresenta pulso filiforme, turgência de jugulares e sua ausculta cardíaca mostra bulhas abafadas.

18. A conduta terapêutica inicial, neste caso, deve ser:
- (A) pericardiocentese imediata com cateter calibroso
 - (B) toracotomia na sala de emergência
 - (C) toracostomia bilateral em selo d'água e observação do débito dos drenos
 - (D) encaminhamento imediato ao centro cirúrgico para toracofrenotomia exploradora
19. Sendo a conduta de escolha uma toracotomia na sala de emergência, o acesso deveria ser:
- (A) toracotomia direita
 - (B) esternotomia
 - (C) toracotomia bilateral
 - (D) toracotomia esquerda

CASO CLÍNICO PARA AS QUESTÕES 20 E 21: Paciente de 21 anos, grávida com aproximadamente 36 semanas, é vítima de projétil de arma de fogo (PAF) em região abdominal.

20. A importância do conhecimento do tipo de arma responsável pelo PAF é grande, pois:
- (A) se for uma cartucheira, caracteriza um PAF de alta velocidade com grande poder de destruição pela sua elevada energia cinética
 - (B) sendo um fuzil, o risco de infecção carregada diminui uma vez que a elevada temperatura do disparo esteriliza o projétil
 - (C) se for uma pistola, caracteriza um PAF de média velocidade, com uma cavitação de cerca de 5 vezes o seu diâmetro
 - (D) se for de pequeno calibre, terá um peso menor e maior penetração pela sua energia cinética elevada
21. No caso descrito, pode-se afirmar que:
- (A) a mortalidade materna pode estar diminuída graças ao menor número de lesões abdominais pelo efeito protetor da musculatura uterina, líquido amniótico e próprio conceito
 - (B) mesmo no caso de acometimento uterino, a quantidade de líquido amniótico protege o feto nesta idade gestacional, estando esse afetado em menos de um terço dos casos
 - (C) na abordagem secundária, a palpação uterina e o toque vaginal devem ser evitados para diminuir a chance de trabalho de parto prematuro
 - (D) a realização de exames radiológicos do abdômen como radiografias simples e tomografia computadorizada deve ser proibida face a chance de teratogenicidade
22. O atendimento médico em desastres ou catástrofes, caracterizado pela inadequação entre os recursos disponíveis e os necessários para fazer frente ao evento, possui crucial importância para a sobrevivência da população acometida e se inicia por uma triagem de prioridade de atendimento ainda no local do ocorrido. Para proceder a esta triagem, é necessário considerar que:
- (A) vítimas que não andam e não têm movimentos respiratórios devem ser priorizadas pelo risco iminente de óbito
 - (B) rotular com cores e prioridades as vítimas deve ser evitado, pois não é possível assegurar uma adequada avaliação para tal na cena do evento
 - (C) o uso da escala de gravidade APACHE é rápido e facilita esta triagem inicial das vítimas
 - (D) pacientes que simplesmente andam devem esperar o atendimento dos demais
23. A escala de coma de Glasgow é uma útil ferramenta na avaliação de pacientes vítimas de traumatismo craniano (TCE). Em relação a essa escala, pode-se afirmar que:
- (A) apesar de um bom indicador de prognóstico, não consegue prever a chance de uma intervenção neurocirúrgica
 - (B) foi desenvolvida inicialmente para avaliação de estados de coma crônico e não no trauma
 - (C) uma grande vantagem é sua boa avaliação do TCE mesmo na vigência de uso de álcool ou drogas
 - (D) seu resultado final consiste na média aritmética dos valores atribuídos a melhor resposta motora, melhor resposta verbal e abertura ocular
24. Uma senhora, submetida a uma retossigmoidectomia a Hartman há 3 anos por um adenocarcinoma de reto, apresenta-se com abaulamento peri-estomal sem queixas diretas. Uma tomografia computadorizada mostra conteúdo visceral ao redor do estoma. Em relação a esta situação, pode-se afirmar que:
- (A) esta situação é bastante frequente, ocorrendo em mais de 50% dos submetidos a uma operação de Hartman após 2 anos
 - (B) independentemente de sintomas, estes casos devem ser submetidos à correção cirúrgica
 - (C) o uso de prótese no reparo cirúrgico é proibido, devido à chance de infecção
 - (D) uma vez indicado o reparo cirúrgico, a primeira opção é o reposicionamento da ostomia em outro ponto da parede abdominal
25. A identificação precoce da síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) no pós-operatório é de fundamental importância para a instalação adequada de medidas de suporte clínico a fim de diminuir a morbimortalidade. Entre os critérios diagnósticos desta síndrome, **NÃO** se inclui:
- (A) FC de 95 bpm
 - (B) leucometria de 12500/mm³
 - (C) PaCO₂ de 35 mmHg
 - (D) temperatura corporal de 35,5 graus Celsius
26. A principal arritmia cardíaca decorrente da insuflação do pneumoperitônio com CO₂ na colecistectomia videolaparoscópica é:
- (A) taquicardia supraventricular
 - (B) bradicardia
 - (C) fibrilação atrial
 - (D) fibrilação ventricular sem pulso

27. A colocação do paciente em posição de Durant (decúbito lateral esquerdo, cabeça para baixo e pés elevados), associada à aspiração sanguínea pelo cateter venoso profundo localizado na veia subclávia é utilizada para o tratamento da seguinte patologia:
- (A) embolia gasosa
 - (B) trombose venosa profunda
 - (C) hemotórax
 - (D) tamponamento cardíaco
28. Paciente de 20 anos vítima de queimadura de 1º e 2º grau com comprometimento de aproximadamente 55% da superfície corporal, em decorrência de acidente com líquido inflamável (álcool), foi encaminhado ao setor de emergência onde recebeu o primeiro atendimento (ressuscitação volêmica) e posteriormente encaminhado ao centro cirúrgico para desbridamento das lesões. Com o objetivo de diminuir a resposta metabólica ao trauma sofrido, deve-se no per e pós operatório:
- (A) manter o paciente hipotérmico
 - (B) não iniciar alimentação mesmo após o restabelecimento da peristalse
 - (C) realizar apenas o desbridamento parcial das queimaduras (extremidades)
 - (D) usar analgésicos potentes por via venosa
29. O agente etiológico responsável pela febre tifoide que provoca ulcerações no íleo distal e ceco e conseqüentemente sangramento digestivo de difícil controle é:
- (A) *Escherichia coli*
 - (B) *Yersinia enterocolitica*
 - (C) *Salmonella typhi*
 - (D) *Campylobacter jejuni*
30. Paciente jovem sem comorbidades, submetido a apendicectomia videolaparoscópica, evolui no pós-operatório imediato com dor em fossa ilíaca esquerda, queda do hematócrito e massa palpável ao exame físico na mesma localização. Tomografia computadorizada abdominal evidenciou presença de importante hematoma na musculatura retal em topografia do trocarte inserido no procedimento. Conclui-se que foi lesionada a seguinte estrutura vascular no procedimento:
- (A) artéria apendicular
 - (B) vasos epigástricos inferiores
 - (C) vasos ilíacos comuns
 - (D) aorta infrarrenal
31. Paciente de 48 anos deu entrada no setor de emergência com quadro de dor abdominal tipo cólica, distensão abdominal e vômitos de aspecto fecaloide. O exame físico evidenciou presença de cicatriz cirúrgica abdominal mediana em decorrência de trauma abdominal fechado há aproximadamente 2 anos, quando, segundo o paciente, foi retirado um segmento intestinal. A principal etiologia do quadro obstrutivo será:
- (A) aderencial
 - (B) neoplásica
 - (C) estenose anastomótica
 - (D) vascular
32. Paciente de 80 anos é internado com pneumoperitônio em decorrência de úlcera perforada com provável agente etiológico o uso de AINES. Faz uso crônico de ácido acetil salicílico. O componente sanguíneo que deve ser administrado previamente ao procedimento cirúrgico é:
- (A) plasma fresco
 - (B) sangue total
 - (C) fator VIII
 - (D) plaquetas
33. Em um paciente portador de icterícia obstrutiva em decorrência de neoplasia da cabeça do pâncreas, a substância que deve ser administrada no pré-operatório para correção de possíveis distúrbios de coagulação é:
- (A) plasma fresco
 - (B) vitamina K
 - (C) vitamina B6
 - (D) fator VIII
34. Na cirurgia de Whipple, deve ser cuidadosamente dissecada e liberada do corpo pancreático a seguinte estrutura vascular:
- (A) vasos mesentéricos superiores
 - (B) veia cava inferior
 - (C) aorta infra renal
 - (D) artéria gastroduodenal
35. Paciente de 77 anos apresenta quadro de dor abdominal intensa, refratária ao uso de sintomáticos, com aproximadamente 48 horas de evolução e instabilidade hemodinâmica associada. Portador de fibrilação atrial crônica controlada. Tomografia computadorizada abdominal evidenciou a presença de pileflebite. A melhor opção terapêutica no caso será:
- (A) hidratação e analgesia venosa
 - (B) endoscopia digestiva alta com papilotomia
 - (C) laparotomia exploradora
 - (D) sonda nasogástrica e antibioticoterapia enteral

36. Na hemorragia digestiva baixa, após a estabilização hemodinâmica, com persistência do sangramento e queda progressiva do hematócrito, o exame complementar com maior resultado diagnóstico e terapêutico é:
- (A) endoscopia digestiva alta
 - (B) clister opaco com bário
 - (C) angiotomografia computadorizada abdominal
 - (D) arteriografia mesentérica
37. Paciente com quadro de obstrução intestinal sem instabilidade hemodinâmica por Volvo de sigmoide. Após início da reposição hidroeletrólita, está indicada:
- (A) colocação de cateter nasogástrico
 - (B) laparotomia exploradora para fixação do sigmoide
 - (C) retossigmoidoscopia
 - (D) descompressão colônica por agulha transcutânea
38. Em uma colonoscopia de rotina em um paciente de 58 anos, evidenciou-se a presença de uma neoplasia (adenocarcinoma) localizada aos 5 cm da margem anal, sem evidências de lesões sincrônicas colônicas e de metástases a distância na tomografia computadorizada de abdômen. O tratamento inicial deve ser realizado com:
- (A) mucosectomia trans-retal
 - (B) quimioterapia e radioterapia neoadjuvante
 - (C) cirurgia de Milles
 - (D) retossigmoidectomia a Hartmann
39. Mulher jovem com quadro de constipação apresenta dor lacerante em região anal ao evacuar, acompanhada de sangramento vermelho vivo. O principal diagnóstico baseado na história clínica será:
- (A) fissura anal
 - (B) trombose hemorroidária
 - (C) fístula retal
 - (D) abscesso perianal
40. O tumor carcinoide do 1/3 distal do apêndice cecal com tamanho menor que 1 cm tem indicação de tratamento com:
- (A) colectomia direita com linfadenectomia
 - (B) colectomia direita sem linfadenectomia
 - (C) apendicectomia
 - (D) quimioterapia pré-operatória
41. A complicação aguda mais precoce após a realização de uma colostomia é:
- (A) hérnia paracolostômica
 - (B) dermatite pericolostômica
 - (C) isquemia de mucosa
 - (D) prolapso mucoso
42. Paciente de 60 anos submetido a retossigmoidectomia por adenocarcinoma. O laudo anatomopatológico evidenciou invasão de todas as paredes do cólon com preservação do peritônio visceral, metástase para 02 linfonodos e biópsia hepática positiva para carcinoma metastático. Sua classificação TNM é:
- (A) T2N1M1
 - (B) T4N1M1
 - (C) T2N2M1
 - (D) T3N1M1
43. A causa mais comum de fistula colo-vesical é:
- (A) neoplásica
 - (B) traumática
 - (C) inflamatória
 - (D) iatrogênica
44. Paciente de 45 anos com quadro de diverticulite aguda complicada (Hinchey I) deve ser submetido ao seguinte tratamento inicial:
- (A) colostomia tipo Hartmann
 - (B) ressecção do segmento afetado com anastomose primária sem colostomia
 - (C) nutrição parenteral total
 - (D) antibioticoterapia venosa
45. A principal apresentação associada à presença de divertículo de Meckel em pacientes com mais de 30 anos é:
- (A) sangramento
 - (B) obstrução
 - (C) perfuração
 - (D) inflamação
46. Paciente de 25 anos vítima de agressão por PAF deu entrada na sala de emergência apresentando traumatismo abdominal penetrante. Submetido a laparotomia exploradora, foi evidenciada presença de perfuração de 1,5cm em cólon transverso sem peritonite ou instabilidade hemodinâmica. A melhor conduta terapêutica para o paciente é:
- (A) sutura primária
 - (B) colostomia em alça
 - (C) colostomia tipo Hartmann
 - (D) colectomia sem colostomia
47. A hérnia da parede abdominal que contém um divertículo de Meckel no seu interior denomina-se hérnia de:
- (A) Richter
 - (B) Littre
 - (C) Spigel
 - (D) Morgani

48. A síndrome da artéria mesentérica superior ocorre em geral após grandes traumatismos, como decorrência de uma perda ponderal importante em um curto período de tempo, e se caracteriza por:
- (A) hemorragia digestiva alta sem hipercloridria
 - (B) isquemia do íleo proximal
 - (C) compressão duodenal com obstrução intestinal
 - (D) trombose do sistema porta
49. A técnica cirúrgica clássica para hemorroidectomia aberta foi idealizada por:
- (A) Whitehead
 - (B) Ferguson
 - (C) Kocher
 - (D) Milligan Morgan
50. Paciente de 76 anos é internado com quadro de obstrução intestinal, acompanhada de instabilidade hemodinâmica. Após ressuscitação volêmica foi submetido a laparotomia exploradora em que se observou a presença de tumoração em junção retossigmoideana tipo anel de guardanapo com válvula ileocecal competente e ceco com diâmetro de 7 cm. A melhor opção terapêutica no caso será:
- (A) transversostomia descompressiva
 - (B) colectomia total com ileostomia terminal
 - (C) retossigmoidectomia com anastomose primária
 - (D) retossigmoidectomia a Hartmann
51. Está relacionada ao uso de antibióticos a seguinte doença:
- (A) megacólon tóxico
 - (B) colite pseudomembranosa
 - (C) retocolite ulcerativa
 - (D) doença de Crohn

CASO CLÍNICO PARA AS QUESTÕES 52 E 53: Paciente vítima de trauma penetrante por arma branca, na face lateral esquerda do pescoço, 2 cm abaixo do ângulo da mandíbula. Apresenta-se hipotenso, taquicárdico, dispneico e com estridor. Presença de hematoma cervical e sangramento ativo pela ferida.

52. A zona anatômica do pescoço comprometida é:
- (A) I
 - (B) II
 - (C) III
 - (D) IV
53. A conduta imediata deve ser:
- (A) compressão manual da ferida
 - (B) realização de arteriografia
 - (C) entubação orotraqueal
 - (D) controle cirúrgico do sangramento

54. Em relação ao trauma cervical penetrante, pode-se afirmar que:
- (A) arteriografia, broncoscopia e esofagografia devem ser realizadas em todos os pacientes
 - (B) a traqueostomia é o procedimento de escolha para abordagem das vias aéreas
 - (C) a esofagografia tem sensibilidade de 100% para o diagnóstico das lesões esofagianas
 - (D) as lesões da zona II são mais fáceis de diagnosticar e explorar
55. Em relação ao carcinoma de laringe, é correto afirmar que:
- (A) o estridor e a rouquidão são achados precoces no tumor supraglótico
 - (B) o tumor glótico é o que acomete as pregas focais verdadeiras
 - (C) a localização mais frequente é na laringe subglótica
 - (D) metástases cervicais são raras no tumor supra-glótico

CASO CLÍNICO PARA AS QUESTÕES 56 E 57. Paciente de 45 anos com história prévia de pancreatite aguda, apresentou quadro de hemorragia digestiva alta. Endoscopia digestiva mostrou presença de varizes de fundo gástrico. Provas de função hepática foram normais.

56. O diagnóstico etiológico pode ser feito com:
- (A) angiografia por tomografia computadorizada do sistema porta
 - (B) ultrassonografia abdominal
 - (C) biópsia hepática percutânea
 - (D) estudo contrastado do tubo digestivo alto
57. O tratamento cirúrgico indicado é:
- (A) gastrotomia e ligadura de varizes
 - (B) derivação porto-cava calibrada
 - (C) esplenectomia
 - (D) colocação de TIPS
58. A ausência de hemácias com corpos de Howell-Jolly, no pós-operatório de esplenectomia, sugere:
- (A) ausência de tecido esplênico funcional
 - (B) presença de baço acessório
 - (C) insuficiência hepática
 - (D) leucemia

59. Paciente de 20 anos, submetida a esplenectomia por trauma há cinco anos, apresenta quadro de infecção respiratória, febre com calafrios. Em 24 horas evoluiu com cefaleia, hipotensão, confusão mental, coagulação intravascular disseminada, coma e óbito. O micro-organismo mais frequentemente envolvido é:
- (A) *Streptococcus pneumoniae*
 (B) *Haemophilus Influenza*
 (C) *Escherichia Coli*
 (D) *Neisseria meningitidis*

CASO CLÍNICO PARA AS QUESTÕES 60 E 61. Paciente com quadro de obesidade central, hipertensão, pletora, hirsutismo, fraqueza muscular e estrias purpúricas. Apresenta também osteopenia e *Diabetes mellitus*.

60. O principal responsável por esta síndrome, entre as opções abaixo, é:
- (A) o carcinoma de pequenas células do pulmão
 (B) o adenoma adrenal
 (C) o adenoma hipofisário
 (D) a hiperplasia adrenal primária
61. O tratamento indicado é:
- (A) ressecção transesfenoidal do adenoma
 (B) ressecção da lesão pulmonar
 (C) adrenalectomia
 (D) tratamento clínico com controle da hipertensão e diabetes
62. Paciente apresenta um achado incidental de uma massa adrenal direita de 2,0 cm de diâmetro, com aspecto pela tomografia computadorizada de uma lesão homogênea com margens encapsuladas lisas. Avaliação laboratorial mostrou que a massa adrenal não é funcionante. A conduta adequada é:
- (A) tratamento cirúrgico imediato
 (B) punção biópsia por agulha fina
 (C) não é necessário acompanhamento, por se tratar de um adenoma não funcionante
 (D) repetir tomografia computadorizada com 3 meses
63. O teste bioquímico de maior sensibilidade para o diagnóstico do feocromocitoma é o nível de:
- (A) ácido vanilmandélico (VMA) urinário
 (B) metanefrina no plasma
 (C) metanefrina urinário
 (D) catecolaminas no plasma
64. A principal causa do hiperaldosteronismo primário é:
- (A) adenoma adrenal
 (B) hiperplasia adrenal bilateral
 (C) carcinoma adrenal
 (D) estenose da artéria renal

65. Paciente de 40 anos, com nódulo tireoideano sólido de 2,5 cm foi submetido a punção biópsia por agulha fina (PBAF) que revelou presença de células foliculares. Nessa situação é correto considerar que:
- (A) a presença de células foliculares é diagnóstica de adenoma folicular
 (B) a incidência de carcinoma folicular neste caso é de 80%
 (C) a diferença de adenoma e carcinoma folicular não pode ser estabelecida pela PBAF
 (D) é necessária uma cintilografia para diferenciar entre adenoma e carcinoma folicular
66. O encontro de grumos de células calcificadas, conhecidas como corpos psamoma, é diagnóstico do carcinoma tireoideano:
- (A) folicular
 (B) papilar
 (C) anaplásico
 (D) medular
67. É afirmação correta em relação ao Paratormônio (PTH):
- (A) PTH inibe o funcionamento dos osteoclastos
 (B) PTH estimula os osteoblastos a aumentar sua atividade
 (C) no rim, o PTH estimula a depuração de cálcio e a retenção de fosfato
 (D) a secreção de PTH é inversamente relacionada aos níveis de cálcio ionizado no soro

CASO CLÍNICO PARA AS QUESTÕES 68 E 69. Paciente no segundo dia de pós operatório de tireoidectomia total, apresentado quadro de dormência peri-oral e nos dedos. Encontra-se ansioso, confuso e com tetania.

68. O distúrbio eletrolítico encontrado é:
- (A) hipocalcemia
 (B) hipocalcemia
 (C) hipernatremia
 (D) hiperfosfatemia
69. Na avaliação deste paciente foi realizada percussão leve do nervo facial, que provocou contração dos músculos faciais. Essa manobra é chamada de sinal de:
- (A) Chvostek
 (B) Trousseau
 (C) Courvoisier
 (D) Lasegue

O texto é referente às perguntas 70 e 71. As síndromes de neoplasia endócrina múltipla (NEM) familiares são caracterizadas pela predisposição à transformação neoplásica em tecidos endócrinos alvo. Em relação a NEM tipo 1:

70. A anormalidade endócrina mais comum é:
- (A) hipergastrinemia
 - (B) hiperprolactinemia
 - (C) hiperparatireoidismo
 - (D) secreção elevada de corticotropina
71. A principal causa desta anormalidade é:
- (A) gastrinoma duodenal
 - (B) hiperplasia paratireoidea
 - (C) adenoma hipofisário
 - (D) carcinóide brônquico
72. É derivação portossistêmica seletiva:
- (A) portocava término-lateral
 - (B) mesocava
 - (C) esplenorrenal convencional
 - (D) esplenorrenal distal
73. É contraindicação absoluta a derivação portossistêmica transjugular intra-hepática (TIPS), em caso de:
- (A) insuficiência cardíaca direita
 - (B) trombose da veia porta
 - (C) tumores hepáticos hipervascularizados
 - (D) encefalopatia
74. É a afirmação correta em relação ao tratamento da hemorragia aguda por varizes esofagogástricas:
- (A) O tamponamento por balão Sengstaken-Blakemore é contraindicado pela alta incidência de complicações graves.
 - (B) A derivação portossistêmica transjugular intra-hepática (TIPS) é o tratamento inicial de escolha.
 - (C) O tratamento endoscópico (escleroterapia e ligadura elástica) para o sangramento em 80%-90% dos pacientes.
 - (D) A vassopressina controla a hemorragia em 70% dos pacientes.
75. Entre as alterações fisiológicas citadas, **NÃO** é encontrada no jejum por período curto:
- (A) ativação da gliconeogênese hepática
 - (B) aumento da proteólise hepática
 - (C) aumento da liberação de aminoácidos a partir do músculo esquelético
 - (D) diminuição da lipólise
76. No jejum prolongado, observamos redução da proteólise principalmente devido a:
- (A) falência dos mecanismos de gliconeogênese
 - (B) diminuição da necessidade de glicose pelo cérebro
 - (C) aumento da resistência periférica à insulina
 - (D) elevação do status tireoideano durante jejum
77. Em um paciente com queixa de disfagia e queimação retroesternal, é realizada endoscopia digestiva alta que mostra esôfago encurtado e com grave refluxo gastroesofageano causando esofagite erosiva grave. A biopsia mostra epitélio de Barret e acentuada atrofia muscular submucosa. A esofagomanometria mostra diminuição da amplitude da peristalse esofageana, além de redução da pressão do esfíncter inferior. A hipótese diagnóstica principal que deve ser pesquisada é:
- (A) a esclerodermia
 - (B) a doença de Chagas
 - (C) o espasmo esofageano difuso
 - (D) a amiloidose
78. A queixa de diarreia inexplicável em pacientes portadores de úlcera péptica levanta a suspeita diagnóstica da seguinte doença:
- (A) glucagonoma
 - (B) vipoma
 - (C) colite ulcerativa
 - (D) síndrome de Zollinger-Ellison
79. A classificação da gravidade da pancreatite aguda desenvolvida por Balthazar é baseada nas alterações encontradas na tomografia computadorizada realizada com contraste venoso. Um paciente que apresenta, ao exame tomográfico do abdômen, um pâncreas heterogêneo e aumentado de volume, com borramento e densificação da gordura peripancreática é classificado como grau:
- (A) A
 - (B) B
 - (C) C
 - (D) D
80. O tratamento da pancreatite aguda é complexo, tendo em vista a grande diversidade de gravidade com que a doença se apresenta. É medida fundamental desde o início da terapêutica destes pacientes:
- (A) a supressão da dieta oral
 - (B) descompressão nasogástrica
 - (C) infusão contínua de inibidores de bomba de prótons
 - (D) uso de análogo da somatostatina – octreotida

81. A colangite aguda deve ser tratada, inicialmente, de maneira específica, através do uso de antibióticos escolhidos de acordo com as bactérias que são mais frequentemente encontradas na bile destes pacientes. Quando a terapia antibiótica não resulta em resultados adequados, deve-se optar pela drenagem urgente das vias biliares, e o método de escolha é a:
- (A) drenagem laparoscópica
 - (B) drenagem laparotômica
 - (C) esfincterotomia endoscópica
 - (D) drenagem percutânea
82. O conhecimento da drenagem linfática dos pulmões é de suma importância para o diagnóstico, estadiamento e tratamento das doenças malignas pulmonares. A drenagem linfática dos lobos pulmonares se faz em sua quase totalidade de forma:
- (A) cefálica e contralateral
 - (B) caudal e em direção à linha média
 - (C) hilar e contralateral
 - (D) cefálica e ipsilateral
83. A pseudo-obstrução colônica, chamada de síndrome de Ogilvie, pode ser caracterizada em pacientes com sinais e sintomas de obstrução colônica sem que haja causa mecânica aparente. Atualmente o tratamento de escolha para esta condição clínica é a:
- (A) colonoscopia descompressiva
 - (B) administração venosa de neostigmine
 - (C) colocação de cateter retal de grosso calibre
 - (D) remoção manual das fezes sob anestesia peri-dural
84. Os pacientes imunossuprimidos representam um desafio diagnóstico e terapêutico quando desenvolvem um quadro abdominal agudo. Em pacientes portadores de SIDA, pode ocorrer perfuração intestinal relacionada a infecções incomuns, dentre elas a mais frequente é:
- (A) a infecção pelo citomegalovirus
 - (B) a tuberculose intestinal
 - (C) a infecção pelo criptosporidium
 - (D) o sarcoma de Kaposi intestinal
85. Pacientes submetidos a terapia anti-neoplásica quimioterápica podem desenvolver a chamada síndrome da lise tumoral, um conjunto de anormalidades eletrolíticas que incluem:
- (A) hipermagnesemia e hipouricemia
 - (B) hipocalemia e hipematremia
 - (C) acidose hipoclorêmica e creatinina sérica baixa
 - (D) hipocalcemia e hiperfosfatemia
86. Pacientes portadores de fistulas gastrintestinais altas e pancreáticas, de alto débito, podem desenvolver acidose hipocalêmica que deve ser corrigida inicialmente através de:
- (A) injeção intravenosa de bicarbonato de sódio em doses elevadas
 - (B) reposição intravenosa de potássio com restrição salina
 - (C) infusão de solução salina a 0,9% para restaurar o volume extracelular
 - (D) reposição de solução de glicose e insulino terapia
87. Em pacientes cirróticos que necessitem de tratamento cirúrgico, como a ressecção de um carcinoma hepatocelular, é muito utilizada a classificação de Child-Pugh para avaliação prognóstica pré-operatória. Um paciente com dosagem sérica de bilirrubina de 5,5 mg/dl, albumina sérica de 3,0 g/dl, TAP aumentado em 4 segundos, ascite leve e encefalopatia mínima, recebe o seguinte escore de Child-Pugh:
- (A) A
 - (B) B
 - (C) C
 - (D) D
88. Em pacientes portadores de metástases hepáticas decorrentes de tumores colorretais, a única terapêutica capaz de resultar em sobrevida a longo prazo é a:
- (A) quimioterapia com oxaliplatina
 - (B) ressecção completa das metástases
 - (C) braquiterapia
 - (D) crioblacção
89. Em pacientes portadores de colecistite aguda litiasica, vários micro-organismos têm sido isolados na bile da vesícula, e este conhecimento é de fundamental importância para o uso de antibióticos nestes casos. Dentre estes germes, destacam-se as infecções:
- (A) aeróbicas gram-negativas
 - (B) aeróbicas gram-positivas
 - (C) anaeróbicas
 - (D) fúngicas
90. Os tumores estromais gastrintestinais são encontrados em sua maioria no estômago, são originados das células de Cajal e podem ser diferenciados dos tumores musculares verdadeiros apenas através da análise imuno-histoquímica do tumor. A seguinte característica imuno-histoquímica é típica dos tumores estromais gastrintestinais:
- (A) S 100 +
 - (B) Desmina +
 - (C) CD 117 +
 - (D) Actina +

91. Os tumores malignos do esôfago muitas vezes são diagnosticados tardiamente, quando a doença já é bastante avançada e o tratamento possível é apenas o paliativo. Em pacientes com fistula traqueo-esofágica causada por invasão tumoral, a terapia de escolha é a:
- (A) terapia fotodinâmica
 - (B) colocação de prótese luminal
 - (C) radioterapia
 - (D) interposição gástrica
92. Em lactente de 8 semanas suspeita-se de estenose hipertrófica do piloro. Um achado considerado patognomônico desta anormalidade e que indica o tratamento cirúrgico é:
- (A) a palpação da oliva pilórica no quadrante superior direito
 - (B) a demonstração da estenose “em funil” em uma seriografia
 - (C) a ultrassonografia mostrando espessamento intermitente do piloro
 - (D) o espessamento concêntrico – “em alvo” - do piloro em tomografia computadorizada
93. Para a avaliação dos derrames pleurais é fundamental, em um primeiro momento, determinar se trata-se de um derrame exsudativo ou um transudato, para orientação inicial diagnóstica. Um derrame deve ser considerado exsudativo quando satisfizer **um** dos seguintes critérios:
- (A) glicose no líquido pleural menor que a glicemia
 - (B) proteína do líquido pleural / proteína sérica menor que 0,5
 - (C) LDH do líquido pleural / LDH sérico maior que 0,6
 - (D) citologia do líquido pleural rica em leucócitos
94. A síndrome endócrina associada geneticamente a um defeito do cromossomo 11, que inclui tumores múltiplos das ilhotas pancreáticas, é caracterizada ainda por tumores ou acometimento dos seguintes órgãos:
- (A) tireoide, pele e mucosas
 - (B) paratireoide e hipófise
 - (C) ossos e suprarenal
 - (D) cólon e timo
95. Com relação à síndrome de secreção inapropriada de hormônio anti-diurético, é correto afirmar:
- (A) a correção rápida da hiponatremia pode levar à quadriparesia espástica
 - (B) a correção da hiponatremia tem como objetivo atingir o limite de 120mEq/l
 - (C) a hipercalemia associada deve ser tratada com glicocorticoides
 - (D) os sintomas neurológicos decorrentes da hiponatremia são comuns
96. A classificação de Hinchey, em pacientes portadores de diverticulite aguda, baseada em achados tomográficos, fornece uma organização da gravidade da doença e indica o melhor tratamento no momento inicial do diagnóstico. Em um paciente classificado como Hinchey 2, o tratamento de escolha será:
- (A) antibioticoterapia ambulatorial
 - (B) laparotomia exploradora imediata
 - (C) colocação de prótese endoscópica
 - (D) hospitalização e antibioticoterapia intravenosa
97. O conhecimento dos distúrbios ácido-básicos associados a doenças de tratamento cirúrgico é de suma importância para a preparação pré-operatória, tendo em vista a necessidade de correção destas anormalidades antes da realização da operação. Em pacientes portadores de estenose pilórica, a alteração ácido-básica correspondente deve ser corrigida com infusão de:
- (A) solução fisiológica a 0,9%
 - (B) solução hipertônica de cloreto de sódio
 - (C) solução isotônica acrescida de cloreto de potássio
 - (D) bicarbonato de sódio
98. A síndrome de Boerhaave é uma doença grave e incomum que pode passar despercebida em seu início. Se não existir alto índice de suspeita durante a avaliação clínica inicial, pode levar a alta taxa de mortalidade, causada pelo diagnóstico tardio de sua principal consequência, que é a:
- (A) hemorragia digestiva alta
 - (B) mediastinite bacteriana aguda
 - (C) pneumonia por broncoaspiração
 - (D) pneumotórax hipertensivo
99. Uma paciente de 30 anos queixa-se de desconforto e aumento do volume abdominal e, à palpação, percebe-se grande massa no epigástrico e hipocôndrio esquerdo. Tomografia computadorizada de abdômen mostra volumoso cisto hepático no lobo esquerdo, com paredes levemente espessadas e múltiplos septos em seu interior. A suspeita diagnóstica principal, que indica a terapêutica correta, é:
- (A) cisto hepático simples gigante
 - (B) abscesso amebiano crônico
 - (C) doença policística do fígado
 - (D) cistoadenoma hepático
100. Um câncer gástrico pode ser classificado de acordo com suas características endoscópicas, histológicas, morfológicas assim como de acordo com seu estadiamento. A classificação que distingue dois tipos de tumores: difuso ou intestinal, denomina-se:
- (A) Lauren
 - (B) Borrmann
 - (C) TNM
 - (D) Borders