

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM-2/SES-DF/2021, DE 5 DE OUTUBRO DE 2020.**

PROGRAMAS – GRUPO 004

Cirurgia Oncológica (520).

Data e horário da prova:

***Domingo,
13/12/2020, às 8h.***

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Encontre outra maneira de FICAR e LUTAR.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de nenhum tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

CIRURGIA GERAL**Itens de 1 a 120**

Um paciente de 21 anos de idade realizou uma cirurgia de herniorrafia inguinal bilateral. Evoluiu bem, porém, com 10 semanas de pós-operatório, apresentou ferida operatória com elevação de seus bordos, de forma desorganizada e crescimento lento e além das bordas da ferida.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

1. Esse caso trata-se de queloide, e a regressão espontânea é esperada após um ano.
2. Determinadas síndromes estão associadas à formação de queloide, por exemplo, síndrome de Rubinstein-Taybi e esclerodermia.
3. Diagnóstico diferencial pode ser de cicatriz hipertrófica, que geralmente não regride de forma espontânea e é bastante dolorosa.
4. A injeção de esteroides diretamente no queloide tem maior benefício no início do curso do queloide.
5. A excisão cirúrgica com terapia adjuvante, incluindo esteroides intralesionais, lâminas de silicone e terapias de pressão, são alternativas de tratamento razoáveis.
6. Enxertos em malha podem aumentar em até nove vezes a extensão dos enxertos de pele parcial.

Um paciente de 23 anos de idade sofreu queimadura térmica de terceiro grau em toda a extremidade superior direita. Foram realizadas medidas iniciais, debridamento de pele e posterior enxertia.

A respeito desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

7. Nesse caso, o enxerto será de pele parcial e deve ser retirado prioritariamente dos membros inferiores.
8. Os enxertos de pele total sofrem mais retração secundária do que os de pele parcial.
9. O enxerto de pele total é composto por epiderme, derme e tecido subcutâneo.
10. Enxertos em malha são utilizados para aumentar a capacidade da área dos enxertos parciais em até seis vezes.
11. As principais áreas doadoras dos enxertos de pele total são as regiões periauricular, clavicular, inguinal e cervical.
12. Quanto mais fino for o enxerto de pele parcial, maior será a sua integração na área receptora.
13. A primeira fase de integração dos enxertos é denominada revascularização.
14. Enxertos de pele levam pelo menos um ano para a completa maturação, e a extensão desse processo continua por vários anos em vítimas de queimaduras e crianças.

Área livre

Um paciente idoso caucasiano apresenta lesão enegrecida em dorso superior, de bordas irregulares e com 2 cm de diâmetro. Ele não tem histórico familiar de câncer de pele.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

15. O tratamento inicial deverá ser feito com biópsia excisional e margens de 1 mm a 2 mm de pele com aparência normal.
16. A disseminação metastática por via hematogênica do melanoma é mais comum que pela via linfática.
17. O subtipo de melanoma mais comum é o disseminativo superficial.
18. O nível de Breslow é o principal fator prognóstico e evidencia a presença ou a ausência de ulceração do epitélio sobrejacente.
19. A lactato desidrogenase sérica é utilizada no sistema de estadiamento da American Joint Committee, uma vez que ela prediz um pior prognóstico nos pacientes com doença metastática.
20. Ulceração e taxa mitótica são associadas com recorrência e sobrevida nas lesões melanocíticas.
21. A classificação de Clark baseia-se no tamanho horizontal da lesão.

Um paciente de 75 anos de idade apresenta lesão perlácea, com telangiectasias, ulcerada, localizada em asa nasal direita, com crescimento lento nos últimos meses, e que se encontra com aproximadamente 1,2 cm no maior diâmetro.

Em relação a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

22. A hipótese mais provável é de carcinoma basocelular, sendo esse o tumor maligno de pele mais comum.
23. O subtipo mais comum de carcinoma basocelular é o esclerodermiforme.
24. Ceratose actínica é a lesão pré-maligna mais comum de carcinoma basocelular.
25. A doença de Bowen é um carcinoma intraepidérmico, originário dos queratinócitos, e pode evoluir para carcinoma epidermoide invasivo.
26. Ceratose seborreica é um diagnóstico diferencial e pode ser precursor de um tumor maligno.
27. O carcinoma espinocelular é considerado mais agressivo que o basocelular, e o principal sítio de metástases é o linfático.

Área livre

Considere um paciente de 23 anos de idade, 60 kg, com queimadura por fogo, de grau 2, superficial em toda a extensão do membro superior direito e do membro inferior direito, e também com queimadura de grau 1 em toda a extensão do pescoço. Ele foi encaminhado à emergência e, ao exame físico, apresenta saturação = 99%, FC = 80 bpm e FR = 16 bpm.

Quanto a esse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

28. Pela “regra dos nove” de Wallace, esse paciente apresenta 27% da superfície corporal queimada.
29. Pela fórmula de Parkland, a reposição de volume de fluido necessária nas primeiras 24 horas será de 6.480 mL.
30. Após o cálculo da fórmula de Parkland, 50% do volume total de fluido deve ser repostado nas primeiras quatro horas e os outros 50%, nas próximas 20 horas.
31. As queimaduras de segundo grau profundo atingem toda a epiderme e estendem-se até parte da derme papilar.
32. Os enxertos de pele total são os mais utilizados para cobertura de grandes áreas expostas por queimaduras de terceiro grau.

Uma paciente de 23 anos de idade, com IMC = 37 kg/m², compareceu ao consultório, pois pretende realizar procedimento para redução de peso. Tem falha no tratamento nutricional, nega tabagismo e (ou) alcoolismo e apresenta, como comorbidades, apenas asma e hipertensão controlada com medicamentos.

Considerando esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

33. Essa paciente tem indicação de cirurgia bariátrica.
34. A derivação gástrica em Y de Roux é um procedimento estritamente disabsortivo.
35. O hormônio do apetite grelina, produzido na parte proximal do estômago, leva ao aumento da ingestão alimentar.
36. Vômitos persistentes após *bypass* gástrico levam à suspeita de encefalopatia de Wernicke, que é passível de prevenção com administração de vitamina B₁₂.
37. As complicações metabólicas mais comuns, em longo prazo, do *bypass* gástrico em Y de Roux são deficiências de ferro e de vitamina B₁₂.
38. A complicação mais significativa e específica observada depois da derivação biliopancreática é a desnutrição proteica em aproximadamente 11,9% dos pacientes.
39. O tratamento pré-operatório de *Helicobacter pylori* não altera a incidência de úlceras marginais no pós-operatório de *bypass* gástrico em Y de Roux.
40. O procedimento de derivação biliopancreática é discretamente restritivo e altamente disabsortivo.
41. Uma das principais complicações no pós-operatório é a deiscência de anastomose e, com frequência, a taquicardia, por vezes acompanhada de agitação e taquipneia, é a única manifestação desse grave problema intra-abdominal.

Um paciente de 56 anos de idade, tabagista, apresenta dor epigástrica, saciedade precoce e perda de 16 kg nos últimos quatro meses. Ao exame físico, mostra-se sem particularidades. Levou consigo uma endoscopia digestiva alta, com lesão ulcerativa em antro gástrico de 2 cm, compatível com adenocarcinoma gástrico em região da cárdia.

Com base nesse caso e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

42. Infecção por *Helicobacter pylori* não está associada com essa doença.
43. O tabagismo é um fator de proteção para essa condição.
44. A classificação patológica de Borrmann de câncer gástrico baseia-se na aparência macroscópica da lesão.
45. A forma difusa, segundo a classificação de Lauren, apresenta prognóstico mais favorável e é mais comum em jovens.
46. Com a finalidade de estadiamento de câncer gástrico, um mínimo de 21 linfonodos precisa ser avaliado para estadiamento acurado.

Uma paciente de 63 anos de idade, tabagista, com queixa de disfagia progressiva e perda de 27 kg nos últimos oito meses, compareceu ao consultório com resultado de endoscopia digestiva alta, evidenciando lesão infiltrativa compatível com diagnóstico de carcinoma de células escamosas na biópsia.

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

47. Esse tipo de tumor é mais comumente encontrado nos terços superior e médio do esôfago.
48. Ingestão cáustica, tabagismo, etilismo e ingestão de líquidos quentes por longo período de tempo são fatores de risco para esse subtipo histológico.
49. Adenocarcinoma é mais comum em homens afrodescendentes, enquanto o de células escamosas é mais frequente em homens brancos.
50. O esôfago de Barrett, ou epitélio colunar metaplásico no estômago, está associado a um aumento de risco de 40 vezes de carcinoma de células escamosas do esôfago.
51. Os tumores de células escamosas são mais sensíveis à quimiorradioterapia que os adenocarcinomas.

Área livre

Um paciente de 45 anos de idade, pedreiro, tabagista, procura atendimento em pronto-socorro em razão de dor e abaulamento em região inguinal direita há cerca de três meses, com piora nas últimas 24 horas. Nega histórico de comorbidades. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, normocorado, com sinais vitais estáveis, tais como FC = 70 bpm, FR = 16 irpm e SatO₂ = 99%. Apresenta abdome flácido, indolor e sem sinais de peritonismo. Na região inguinal direita, nota-se abaulamento, que desloca o dedo de lateral para medial, redutível.

Com relação a esse caso clínico, a hérnias inguinais e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

52. As hérnias diretas, ao exame físico, deslocam o dedo do examinador de lateral para medial, já que sua origem é a persistência do conduto peritoniovaginal.
53. O paciente descrito não apresenta sinais e sintomas de uma síndrome de obstrução intestinal. Nesse caso, o melhor tratamento é programar uma cirurgia eletiva e orientar sinais de alarme para uma possível obstrução intestinal ocasionada pela hérnia.
54. A hérnia inguinal direta é a mais comum entre homens e mulheres.
55. Os limites do triângulo de Hesselbach (área de fragilidade na parede abdominal) são: inferior com ligamento inguinal, medial com borda lateral do músculo reto do abdome e lateral com os vasos epigástricos inferiores ou borda inferior do músculo oblíquo interno.
56. A classificação de Nyhus para esse paciente é III A.
57. As hérnias femorais são as mais comuns nas mulheres.
58. Todas as hérnias encarceradas devem ser operadas em critério de urgência.
59. O tratamento de hérnia inguinal em recém-nascido deve ser cirúrgico imediatamente após o diagnóstico.

Uma paciente de 55 anos de idade foi encaminhada ao pronto-socorro com quadro de dor abdominal e em região inguinal esquerda, associada a vômitos, nas últimas 36 horas. Alega nunca ter sentido essa dor, não conseguir se alimentar e eliminar flatos há 48 horas. Ao exame físico, mostra-se em regular estado geral, normocorada, sudorética, com os seguintes sinais vitais: PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 110 bpm, FR = 20 irpm, SatO₂ = 99%, Tax = 37,8 °C, abdome distendido, doloroso durante a palpação superficial e com ruídos hidroaéreos aumentados. Na região inguinal esquerda, abaixo do ligamento inguinal, nota-se abaulamento endurecido, não redutível, com discreto aumento de temperatura e avermelhado. Nega cirurgias prévias.

No que se refere a esse caso clínico e a hérnias da região inguinal, julgue os itens a seguir.

60. Esse caso trata de uma hérnia femoral, e ela ocorre pelo canal femoral, que é limitado superiormente pelo trato iliopúbico, inferiormente pelo ligamento de Cooper, lateralmente pela veia femoral e medialmente pelo ligamento lacunar.
61. A incidência de estrangulamento de hérnias femorais é baixa.
62. Na classificação de Nyhus, a hérnia femoral é considerada III A.

63. A hérnia femoral em mulheres é raramente associada a hérnias inguinais diretas, ao contrário do que ocorre em homens, que apresentam concomitância em até 50% dos casos.
64. Nesse caso, se a hérnia for reduzida após tratamento medicamentoso, não estará mais indicado o tratamento cirúrgico.
65. O tratamento das hérnias femorais pode ser realizado com reparo do ligamento de Cooper, uma abordagem pré-peritoneal ou até mesmo laparoscópica.

Uma paciente de 38 anos de idade queixa-se de regurgitação, tosse noturna, perda de peso e dor no peito. Durante a investigação, é excluída doença cardiológica; entretanto, no exame de raios X de tórax contrastado, evidencia-se esôfago dilatado e afilado em sua porção distal. Continuando a investigação, foi solicitada uma manometria esofágica, que revelou relaxamento completo do esfíncter esofágico inferior e aperistaltismo completo do corpo do esôfago, confirmando a suspeita de acalasia.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, acerca da acalasia, julgue os itens a seguir.

66. A acalasia consiste em uma doença tanto do EEI como da musculatura lisa do corpo esofágico.
67. A tríade clássica de sintomas é disfagia, dor torácica e perda de peso.
68. A causa definitiva para acalasia permanece desconhecida, mas acredita-se que seja pela denervação da musculatura lisa; já no Brasil, está fortemente relacionada à doença causada pelo *Trypanosoma cruzi*.
69. Os achados característicos de acalasia em uma esofagomanometria são: *deficit* do relaxamento fisiológico do EEI durante a deglutição, graus variados de hipotonia do EEI e peristalse anormal, podendo chegar à aperistalse.
70. Para os pacientes com megaesôfago avançado grau III e IV, existem alternativas cirúrgicas com o objetivo de melhorar o esvaziamento gástrico, lembrando-se sempre de que a desnutrição grave é presente em muitos desses pacientes e deve ser corrigida antes do procedimento cirúrgico.
71. A acalasia é fator de risco apenas para o carcinoma escamoso de esôfago.

Área livre

Um paciente de 34 anos de idade procura atendimento médico na unidade básica de saúde da própria cidade com queixa de discreta perda de peso, sangramento intestinal e empachamento pós-prandial. Foi solicitada uma endoscopia digestiva alta, em que se observa abaulamento de 4 cm em antro gástrico, bem limitada, sem comprometer mucosa e serosa. Sugere-se que seja um tumor de células estromais (GIST).

No que tange a esse caso clínico e ao GIST, julgue os itens a seguir.

72. O local mais comum dos tumores estromais gastrointestinais é no intestino delgado.
73. A principal modalidade de tratamento para os GIST primários é sua completa ressecção cirúrgica. Raramente esses tumores mesenquimais apresentam metástases linfonodais, não sendo necessário linfadenectomia, apenas se houver comprometimento de linfonodos locorreionais.
74. O GIST responde bem à quimioterapia e à radioterapia.
75. O exame mais importante para o diagnóstico diferencial de lesões subepiteliais é o *PET-scan*.
76. A ressecção gástrica deve ter margem macroscópica e necessita de 4 cm livre de tumor.
77. Os dois principais fatores para avaliar o potencial maligno dos tumores do estroma gastrointestinal são o tamanho da lesão e a presença de linfonodos comprometidos.

Um paciente de 29 anos de idade, com síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), compareceu ao atendimento no pronto-socorro com queixa de dor em hipocôndrio esquerdo, de média intensidade, iniciada aproximadamente há duas horas, de caráter contínuo, com febre há dois dias, disúria e urina de coloração forte. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, normocorado, com FC = 110 bpm, FR = 20 irpm, Tax = 39 °C, PA = 110 mmHg x 60 mmHg, SatO₂ = 99% e icterício +++/++++. Observa-se abdome flácido, com ruídos hidroaéreos diminuídos e doloroso à palpação profunda de hipocôndrio esquerdo. Conta ter anemia falciforme. Realizou raios X de abdome simples, que não mostrou alteração. Ao realizar uma tomografia com contraste de abdome, evidenciaram-se lesões de baixa densidade com captação periférica em baço.

Em relação a esse caso clínico e a abscessos esplênicos, julgue os itens a seguir.

78. O tratamento mais aceito é a esplenectomia total com antibioticoterapia, de acordo com o micro-organismo isolado, por 10 dias a 14 dias.
79. O risco de infecção de um paciente esplenectomizado é maior durante toda a sua vida, mas principalmente nos 10 primeiros anos.
80. As vacinas para prevenção de *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* (tipo B) e *Neisseria meningitidis* devem ser realizadas 40 dias após a cirurgia de esplenectomia.
81. A sua etiologia mais comum é a via de disseminação linfática.

Uma paciente de 17 anos de idade iniciou com dor em região epigástrica, que irradia para a fossa ilíaca direita há dois dias, tipo cólica. Relata inapetência há 48 horas, associada a náuseas e a vômitos. Ao exame físico, mostra-se em bom estado geral, normocorado, anictérico, abdome levemente distendido, com ruídos adventícios aumentados e sinal de Blumberg positivo. Quanto aos sinais vitais, verificam-se PA = 120 mmHg x 70 mmHg, FC = 97 bpm, FR = 19 irpm, SatO₂ = 99% e Tax = 37,7 °C.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, tendo em vista a apendicite aguda, julgue os itens a seguir.

82. Os principais micro-organismos identificados na obstrução apendicular são *Escherichia coli* e *Enterococcus faecalis*.
83. Nesse caso clínico, a paciente tem probabilidade alta de o diagnóstico ser apendicite aguda, sendo a abordagem cirúrgica a mais indicada.
84. O sinal semiológico relatado no caso clínico é conhecido como a manobra de pressionar a fossa ilíaca esquerda e causar dor reflexa na fossa ilíaca direita.
85. Nas mulheres em faixa etária fértil, dor à mobilização do colo do útero exclui o diagnóstico de apendicite aguda.
86. É a principal causa de abdome agudo em gestantes.

Área livre

Uma paciente de 47 anos de idade, obesa, hipertensa e diabética, compareceu ao pronto atendimento de sua cidade, relatando dor em hipocôndrio direito com irradiação para as costas há cerca de dois meses, principalmente após as refeições. Conta ter perdido 10 kg por ter “medo de comer”. Atualmente procura atendimento em razão do agravamento da dor após aniversário de seu filho, durando mais de seis horas. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, normocorada, anictérica, demonstrando abdome flácido, com dor à palpação profunda difusa e sinal de Murphy positivo. Acerca dos sinais vitais, constatam-se PA = 150 mmHg x 90 mmHg, FC = 101 bpm, FR = 18 irpm, Tax = 38 °C e SatO₂ = 98%.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

87. O diagnóstico da colecistite aguda é realizado com análise de dados clínicos, laboratoriais e de imagem, sendo obrigatória a imagem para concluir o caso.
88. O sinal de Murphy é patognomônico de colecistite aguda.
89. Em alguns casos de colecistite aguda, pode haver infecção bacteriana secundária com acúmulo de bile purulenta e formação de empiema, perfuração com peritonite e sepse. Quando a cultura da bile é positiva, geralmente os germes isolados são os da flora intestinal, que incluem bacilos gram-negativos, anaeróbios e cocos gram-positivos.
90. O principal sintoma de colecistite aguda são as náuseas e os vômitos após as refeições, principalmente com alto teor de gorduras.
91. Toda vez que as bilirrubinas séricas estão elevadas durante a colecistite aguda, há comprometimento das vias biliares, gerando a coledocolitíase.
92. A cirurgia precoce (em até 72 horas) é a melhor opção no manejo da colecistite aguda.
93. A utilização de antibióticos em pacientes com colecistite leve (grau I), vindos da comunidade e operados precocemente, deve ser administrada por mais cinco dias após o procedimento.
94. Perfuração é a complicação mais comum da colecistite aguda.

Uma paciente de 45 anos de idade realiza uma ultrassonografia de abdome, na qual apresenta um nódulo hepático isoecoico, com cicatriz central em formato de estrela. Ela nega qualquer tipo de sintomas.

Considerando esse caso clínico e os nódulos hepáticos, julgue os itens a seguir.

95. Pelos achados radiológicos, provavelmente o nódulo descrito é uma hiperplasia nodular focal, o tumor hepático benigno mais comum em mulheres.
96. O diagnóstico dessa lesão é geralmente incidental, com maior predominância em mulheres da terceira à quinta década de vida. Na maioria das vezes, são lesões solitárias e totalmente assintomáticas.
97. A HNF é mais comum entre as mulheres, e o crescimento dessas lesões relaciona-se ao estímulo hormonal de anticoncepcional oral.
98. A ressecção cirúrgica deve ser considerada nos poucos casos em que o nódulo possa estar relacionado com sintomas do paciente ou em situações de dúvida diagnóstica.

Uma paciente de 25 anos de idade realizou ultrassonografia por causa de dor em quadrante superior direito. Em virtude da presença de um nódulo hepático não diagnosticado de 7 cm, optou-se por efetuar uma ressonância magnética. O nódulo apresentou sinal hiperintenso em T2, que persiste nas sequências supressoras de gordura.

A respeito desse caso clínico e dos adenomas hepáticos, julgue os itens a seguir.

99. O estímulo hormonal pelo estrogênio tem relação apenas com o desenvolvimento dos adenomas, mas não com o seu surgimento.
100. Os adenomas são tumores hepatocelulares que necessitam de maior atenção em razão do seu risco de hemorragia e transformação maligna para carcinoma hepatocelular.
101. O único estímulo hormonal que influencia os adenomas é o estrogênio, portanto está contraindicado o uso de ACO em mulheres com nódulos hepáticos compatíveis.
102. Em mulheres que apresentam tumores menores que 5 cm, o manejo inicial consiste em suspender o ACO e fazer seguimento ambulatorial com RM.
103. Em homens, a ressecção está indicada apenas em casos que mantêm crescimentos no acompanhamento ambulatorial.
104. O tratamento de adenomas complicados por hemorragia, sem instabilidade hemodinâmica, é a cirurgia.

Um paciente branco de 55 anos de idade, obeso, tabagista e em uso de inibidor da bomba de prótons de maneira irregular por doença do refluxo gastroesofágico, compareceu ao atendimento por disfagia, dor abdominal e emagrecimento de 10 kg, mesmo sem alterações de hábitos de vida.

Acerca desse caso clínico e do câncer gástrico, julgue os itens a seguir.

105. A neoplasia correspondente aos sinais e sintomas, além da epidemiologia, é de um câncer escamoso de esôfago.
106. Dispneia, disfonia, tosse e dor torácica podem significar doença avançada.
107. A endoscopia digestiva alta é o melhor exame pré-operatório para avaliar a penetração tumoral na parede do órgão.
108. As tomografias computadorizadas de crânio, tórax e abdome são realizadas de rotina para o estadiamento da neoplasia.
109. A cirurgia está indicada com intenções curativas para pacientes com ausência de metástases a distância, com o tumor sem evidências de invasão de estruturas adjacentes e adequada condição clínica.
110. A forma mais comum de disseminação de um adenocarcinoma é a hematogênica.
111. Os fatores de mau prognóstico são idade avançada, tumores grandes e emagrecimento superior a 10%.

Área livre

Uma família está à espera de seu segundo filho e sente-se apreensiva pelo histórico de fibrose cística e íleo meconial do primeiro filho.

Em relação a esse caso e a respeito de obstruções intestinais no período neonatal, julgue os itens a seguir.

- 112.** A preocupação da família é infundada, já que não há correlação de fibrose cística com a obstrução do íleo distal.
- 113.** O íleo meconial é a principal causa de obstrução intestinal no período neonatal.
- 114.** O melhor exame, nesse caso, é o enema opaco, que também pode ser terapêutico.
- 115.** O tratamento do íleo meconial é sempre cirúrgico.
- 116.** Se comparado ao mecônio usual, o mecônio do íleo meconial apresenta volume de água menor e níveis de albumina aumentados.

Um paciente de 60 anos de idade procurou atendimento por sangramento nas evacuações, com protusão de mamilos que retornavam logo após a defecação, há um ano. Nega dor, perda de peso ou alterações de hábitos intestinais e relata nunca ter realizado colonoscopia.

No que concerne a esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 117.** Trata-se de um caso de hemorroidas internas, grau II.
- 118.** Em virtude do sangramento ser explicado pelas hemorroidas, não é necessário indicar colonoscopia.
- 119.** O tratamento da constipação é a primeira etapa, independentemente da etapa hemorroidária.
- 120.** Trata-se de um quadro de hemorroidas grau III e, por causa da cronicidade do caso, a indicação é cirúrgica.

Área livre

Área livre