

## CIRURGIA GERAL

### QUESTÃO 1

Uma paciente de trinta anos de idade, sem antecedentes mórbidos, chegou ao pronto-socorro queixando-se de dor no baixo ventre há cerca de cinco dias, sendo que hoje passou a apresentar febre. Ao exame físico, sem sinais de sepse e com abdome plano, flácido e doloroso no andar inferior. Foi realizado exame ginecológico, sendo constatada dor à mobilização do colo uterino. Os exames laboratoriais mostravam uma leucometria normal e um aumento de PCR (duas vezes o valor normal). A tomografia computadorizada de abdome mostrou um apêndice sem sinais inflamatórios e pequena quantidade de líquido livre na pelve.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) apendicectomia por incisão de McBurney
- (B) laparotomia mediana
- (C) videolaparoscopia diagnóstica
- (D) antibioticoterapia com ceftriaxone e doxiciclina
- (E) antibioticoterapia com ciprofloxacino e doxiciclina

### QUESTÃO 2

Um paciente de cinquenta anos de idade, com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes, foi submetido à colecistectomia videolaparoscópica para tratamento de colecistite aguda há dois dias. Hoje passou a apresentar dor abdominal difusa, frequência cardíaca de 120 bpm e saída de bile pelo dreno localizado no flanco direito. A equipe assistente indicou a realização de uma videolaparoscopia diagnóstica, que encontrou um coleperitônio e uma lesão parcial da via biliar principal logo abaixo da inserção do ducto cístico.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) lavagem da cavidade, drenagem e estudo endoscópico da via biliar no pós-operatório
- (B) lavagem da cavidade, sutura primária da lesão e drenagem da cavidade
- (C) lavagem da cavidade, colocação de dreno de Kehr na lesão e drenagem da cavidade
- (D) lavagem da cavidade, sutura da lesão, colocação de dreno de Kehr por contra-abertura na via biliar e drenagem da cavidade
- (E) derivação biliodigestiva hepaticojejunal em Y de Roux

### QUESTÃO 3

Um paciente de sessenta anos de idade, sem antecedentes mórbidos, chegou ao pronto-socorro com mal-estar e icterícia. Apresentava-se em bom estado geral, eupneico, desidratado +/4+, corado, icterico 2+/4, com frequência cardíaca de 92 bpm, pulso amplo e cheio, boa perfusão periférica e pressão arterial de 110 x 70 mmHg. Seu abdome era flácido, doloroso no hipocôndrio direito, sem sinais de peritonite. Realizou uma ultrassonografia de abdome, que evidenciou colelitíase e dilatação das vias biliares, sem caracterização do ponto obstrutivo. Seus exames laboratoriais apontavam uma bilirrubina total de 10 mg/dL (normal até 1,2 mg/dL), às custas de bilirrubina direta (8 mg/dL), 10 mil leucócitos (normal até 12 mil/mm<sup>3</sup>), 250 mil plaquetas (normal: 150 mil – 400 mil/uL de sangue), creatinina de 1,2 mg/dL (normal até 1,2 mg/dL), INR de 1, além de gasometria e lactato arteriais normais (colhidos com o paciente respirando ar ambiente).

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de uma colangite Tóquio 1 e deve-se iniciar antibioticoterapia e indicar drenagem endoscópica da via biliar na mesma internação caso o paciente não apresente melhora clínica e laboratorial.
- (B) Trata-se de uma colangite Tóquio 1 e deve-se iniciar antibioticoterapia e indicar drenagem endoscópica na mesma internação.
- (C) Trata-se de uma colangite Tóquio 2 e deve-se iniciar antibioticoterapia e indicar drenagem endoscópica precoce na mesma internação.
- (D) Trata-se de uma colangite Tóquio 3 e deve-se iniciar antibioticoterapia e indicar drenagem imediata da via biliar.
- (E) Deve-se solicitar uma tomografia de abdome para se definir a causa da obstrução da via biliar.

#### QUESTÃO 4

Um paciente de vinte anos de idade, sem comorbidades, foi levado ao pronto-socorro após queda de bicicleta. À admissão, apresentava-se com a via aérea pérvia, eupneico, com expansão torácica preservada bilateralmente, ausculta pulmonar normal, sem alterações hemodinâmicas e com 15 pontos na escala de coma de Glasgow. Foi submetido a uma tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso, que evidenciou uma grande laceração esplênica, levando à desvascularização de cerca de 50% da víscera, sem extravasamento de contraste na fase arterial e com moderada quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. O paciente continuava normal do ponto de vista hemodinâmico e não apresentava sinais de peritonite.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) Esse paciente não é candidato a tratamento não operatório da lesão esplênica, devendo ser indicada prontamente a esplenectomia.
- (B) Esse paciente é candidato a tratamento não operatório da lesão esplênica e a arteriografia só deve ser solicitada se houver piora do *status* hemodinâmico.
- (C) Esse paciente é candidato a tratamento não operatório da lesão esplênica e a arteriografia não deve ser solicitada, uma vez que não há extravasamento de contraste na fase arterial.
- (D) A indicação de tratamento não operatório nesse paciente depende dos achados da arteriografia.
- (E) A arteriografia com embolização da artéria esplênica deve ser indicada mesmo se sabendo que a esplenectomia é mandatória, pois o primeiro procedimento reduz muito o sangramento intraoperatório.

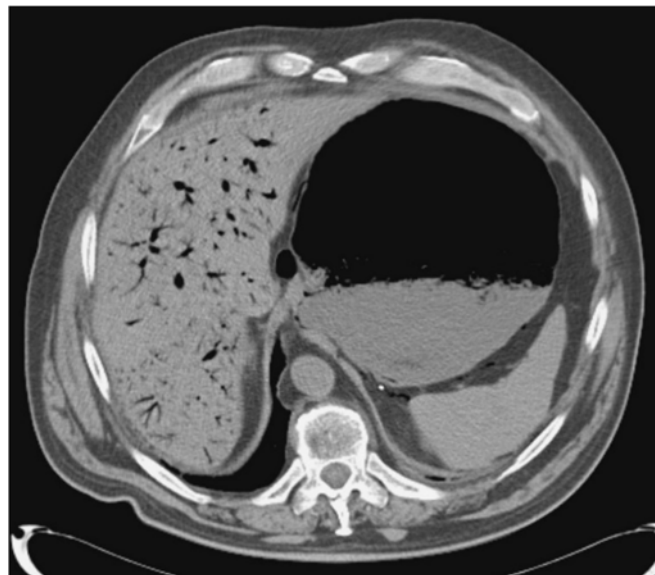
#### QUESTÃO 5

Uma paciente de 65 anos de idade, com antecedente de hipertensão arterial sistêmica e angioplastia coronariana há dois anos (em uso de AAS), foi admitida no pronto-socorro com melena há doze horas, normal hemodinamicamente. Realizou endoscopia digestiva alta e colonoscopia, que não evidenciaram sangramento. A dosagem inicial de hemoglobina sérica era de 8 g/dL (normal: 12-18 g/dL) e o toque retal confirmava a presença de melena.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o próximo passo na investigação diagnóstica.

- (A) repetir a endoscopia digestiva alta nessa mesma internação
- (B) repetir a colonoscopia nessa mesma internação
- (C) repetir a colonoscopia após alta hospitalar caso a paciente não apresente mais queda de hemoglobina nem instabilidade hemodinâmica
- (D) cápsula endoscópica nessa mesma internação
- (E) enteroscopia com duplo balão nessa mesma internação

#### QUESTÃO 6



Assinale a alternativa que apresenta o achado da tomografia computadorizada acima.

- (A) colangite
- (B) cirrose
- (C) aerobilia
- (D) aeroportograma
- (E) múltiplos abscessos hepáticos

#### QUESTÃO 7

Um paciente de quarenta anos de idade, portador de encefalopatia crônica não evolutiva, foi levado ao pronto-socorro pelos genitores, pois estava vomitando e com fácies de dor há cerca de quatro dias. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, taquipneico, desidratado, corado, 100 bpm, com pulso fino e rápido, perfusão periférica de 3 segundos, abdome plano, flácido, com aparente dor à palpação superficial do epigastro e sem sinais de peritonite. Foi passada uma sonda nasogástrica com saída de cerca de 1.000 mL de líquido de estase. Após as medidas iniciais de hidratação e correção de distúrbios metabólicos, o paciente se mostrou estável, sendo encaminhado para a tomografia de abdome, cujo achado mais relevante foi uma hérnia hiatal de grandes proporções, sendo que o estômago se encontrava no mediastino. Optou-se pela realização de uma endoscopia, que determinou que a transição esofagogástrica estava situada a 15 cm do pinçamento diafragmático.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o provável diagnóstico do paciente.

- (A) hérnia de hiato por deslizamento, com esôfago encurtado
- (B) hérnia de hiato paraesofágica, com encarceramento do fundo gástrico
- (C) hérnia de Morgani
- (D) hérnia de Bochdalek
- (E) volvo gástrico

**QUESTÃO 8**

Uma paciente de 63 anos de idade, vítima de atropelamento por automóvel, foi levada ao pronto-socorro em prancha rígida e com colar cervical, GCS 15, eupneica, com FC de 120 bpm, PA de 100 x 60 mmHg, A e B sem alterações, dor na região suprapúbica, membro inferior direito com rotação interna, equimose inguinal e sinal de Destot positivo. Após estabilização com lençol e expansão volêmica, a paciente teve melhora transitória da taquicardia, sendo possível a realização da tomografia de crânio, tórax, abdômen e pelve, que descartaram focos de hemorragia nesses segmentos e evidenciaram uma lesão em compressão lateral à direita.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada nesse momento.

- (A) fixação externa da pelve na urgência e reavaliação clínica
- (B) fixação externa da pelve e arteriografia
- (C) fixação externa da pelve e *packing*
- (D) arteriografia
- (E) laparotomia exploratória

**QUESTÃO 9**

Uma paciente de quarenta anos de idade, usuária de anticoncepcional oral e tabagista, chegou ao pronto-socorro com dor abdominal. Foi realizada uma angiotomografia, que evidenciou uma trombose da artéria mesentérica superior. Por apresentar sinais de peritonite, optou-se pelo tratamento operatório, com posterior anticoagulação. Durante a cirurgia, foi encontrada necrose extensa do intestino delgado, desde 50 cm do ângulo de Treitz até cerca de 20 cm da válvula ileocecal (não havia necrose no cólon).

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- (A) A ressecção intestinal extensa acaba por aumentar o tempo de esvaziamento gástrico e o pH duodenal. Dessa maneira, há piora na função das enzimas pancreáticas e dos sais biliares na digestão, mas a preservação da válvula ileocecal no trânsito, quando possível, é um fator que favorece a absorção de nutrientes.
- (B) A ressecção intestinal extensa acaba por diminuir o tempo de esvaziamento gástrico e o pH duodenal. Dessa maneira, há piora na função das enzimas pancreáticas e dos sais biliares na digestão, mas a preservação da válvula ileocecal no trânsito, quando possível, é um fator que favorece na absorção de nutrientes.
- (C) A ressecção intestinal extensa acaba por aumentar o tempo de esvaziamento gástrico e o pH duodenal. Dessa maneira, há piora na função das enzimas pancreáticas e dos sais biliares na digestão, sendo que a preservação da válvula ileocecal no trânsito, quando possível, é um fator que não favorece a absorção de nutrientes.
- (D) A ressecção intestinal extensa acaba por diminuir o tempo de esvaziamento gástrico e o pH duodenal. Dessa maneira, há piora na função das enzimas pancreáticas e dos sais biliares na digestão; a preservação da válvula ileocecal no trânsito, quando possível, é um fator que não favorece a absorção de nutrientes.
- (E) A ressecção intestinal extensa não interfere no tempo de esvaziamento gástrico nem no pH duodenal; a preservação da válvula ileocecal no trânsito, quando possível, é um fator que favorece a absorção de nutrientes.

**QUESTÃO 10**

Um paciente de trinta anos de idade foi levado ao pronto-socorro por amigos após ter um traumatismo craniano em uma disputa de cabeça em um jogo de futebol. No local, não houve nenhum episódio de vômito nem perda de consciência, mas, como o impacto foi de alta energia, seus colegas de time preferiram levá-lo para avaliação médica. Ao exame físico inicial, ganhava 15 pontos na escala de coma de Glasgow e estava completamente estável, reclamando somente de cefaleia. Foi solicitada uma tomografia computadorizada de crânio e, antes de realizar o exame, a enfermagem acionou a equipe médica, pois o paciente apresentou rebaixamento súbito do nível de consciência. Na nova avaliação, o paciente estava arresposivo e com respiração ruidosa.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o próximo passo no atendimento do paciente.

- (A) manobra Jaw-Thrust, colocação de cânula orofaríngea, ventilação com sistema bolsa-máscara e solicitar etomidato e succinilcolina para intubação orotraqueal
- (B) manobra Jaw-Thrust, colocação de cânula orofaríngea, ventilação com sistema bolsa-máscara e solicitar midazolam e fentanil para intubação orotraqueal
- (C) manobra Jaw-Thrust, colocação de cânula orofaríngea, adaptação de máscara de oxigênio com fluxo de 10 L/min. e solicitar etomidato e succinilcolina para intubação orotraqueal
- (D) manobra Jaw-Thrust, colocação de cânula orofaríngea, adaptação de máscara de oxigênio com fluxo de 10 L/min. e solicitar midazolam e fentanil para intubação orotraqueal
- (E) manobra Jaw-Thrust, colocação de cânula orofaríngea, adaptação de máscara de oxigênio com fluxo de 10 L/min. e via aérea cirúrgica

**QUESTÃO 11**

Um paciente de 72 anos de idade, em acompanhamento no ambulatório da hepatologia por esquistossomose, apresentou dois episódios de hematêmese franca. Após estabilização inicial, optou-se pela endoscopia digestiva alta, com tentativa de ligadura.

Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que a melhor conduta para o paciente será um(a)

- (A) nova endoscopia em 72 horas, para nova tentativa de ligadura.
- (B) *transjugular intrahepatic portosystemic shunt*.
- (C) transecção esofágica com grampeadores.
- (D) derivação porto-cava calibrada.
- (E) desconexão ázigo-portal com esplenectomia.

**QUESTÃO 12**

Um paciente de 29 anos de idade, vítima de ferimento por arma branca em linha paraesternal esquerda, apresenta dreno de tórax, à direita, com borbulhamento intenso.

Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que, se se tratar de uma lesão de brônquio, a melhor conduta será a

- (A) toracotomia direita.
- (B) toracotomia esquerda.
- (C) traqueostomia.
- (D) cervicotomia.
- (E) colocação de segundo dreno de tórax à direita e conexão com aspiração a vácuo.

**QUESTÃO 13**

Um paciente de 33 anos de idade, vítima de ferimento por arma branca em dorso, à direita, realizou uma laparotomia exploradora, que mostrou hematoma em expansão, em zona 2, à direita.

Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que a manobra a ser realizada é a manobra de

- (A) Pringle.
- (B) Kocher.
- (C) Mattox.
- (D) Cattell.
- (E) Warren.

**QUESTÃO 14**

Um paciente de 29 anos de idade procurou o serviço de emergência por ferimento de arma branca exclusivo em coxa esquerda. Ao exame: ferimento cortocontuso com hematoma pulsátil e frêmito.

Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que a melhor conduta a ser adotada para o paciente após o atendimento inicial ao trauma é o(a)

- (A) arteriografia.
- (B) Doppler.
- (C) angiotomografia.
- (D) exploração cirúrgica.
- (E) observação clínica.

**QUESTÃO 15**

Um paciente de 35 anos de idade, sem comorbidades e com antecedente de pancreatite aguda há três semanas, foi à emergência com quadro de febre baixa há dois dias, sem dor abdominal e sem outras queixas. Realizou os seguintes exames: amilase 400 U/L (valor de referência: 76 U/L); leucócitos 13.000/microl; e tomografia com coleção líquida peripancreática, com múltiplas loculações de 5 x 3 cm, sem focos gasosos e com debris, em seu interior, com limites pouco definidos.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta, correta e respectivamente, o diagnóstico e a conduta a ser adotada.

- (A) pancreatite aguda, jejum, hidratação e dosagem de proteína C-reativa, uma vez que o paciente já tem 48 h de sintomas, sem abordagem da coleção
- (B) pancreatite aguda, jejum, hidratação e punção da coleção líquida
- (C) pseudocisto pancreático infectado, sem pancreatite aguda, e antibioticoterapia com punção da coleção
- (D) necrose encapsulada infectada, antibioticoterapia e não realizar punção
- (E) coleção necrótica aguda infectada, antibioticoterapia e realizar punção

**QUESTÃO 16**

Um homem de 42 anos de idade, sem comorbidades, foi ao pronto-socorro com dor em fossa ilíaca direita há dez dias. Em uso de antibiótico há cinco dias, não apresentou melhora total da dor, indo, por isso, ao serviço de emergência de um hospital terciário, onde realizou uma tomografia, que evidenciou abscesso (10 cm) e presença de fecalito, ambos em fossa ilíaca direita, sendo, então, submetido à laparoscopia com lise de aderências inflamatórias e aspiração de conteúdo purulento, porém o apêndice cecal não foi encontrado mesmo após a dissecação do ceco.

Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que a melhor conduta intraoperatória é a

- (A) ressecção da base do apêndice, com sutura e lavagem exaustiva da cavidade.
- (B) drenagem da cavidade abdominal, com aspiração do conteúdo e sem irrigação com soro.
- (C) colectomia direita e, por se tratar de contaminação da cavidade abdominal, a confecção de ileostomia e de colostomia exteriorizadas pelo mesmo orifício na parede abdominal (Mikulicz).
- (D) colectomia direita e anastomose ileotransversa.
- (E) ileotiflectomia mínima, com anastomose ileocecal.

### QUESTÃO 17

Uma paciente de 72 anos de idade, sem comorbidades, totalmente independente para atividades da vida diária, foi ao pronto-socorro de um hospital terciário com quadro de dor abdominal difusa há algumas horas. Refere início da dor em fossa ilíaca esquerda há dois dias, porém, nas últimas horas, houve piora importante da dor, que passou a ser difusa no abdome. Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose e aumento de PCR. À tomografia, apresentava sinais de diverticulite em sigmoide e líquido difuso pela cavidade abdominal. Foi submetida à laparoscopia, que confirmou os achados tomográficos. Durante todo o tratamento, a paciente permaneceu estável hemodinamicamente e afebril.

Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que, após a aspiração do conteúdo purulento, a melhor opção será a

- (A) transversostomia.
- (B) cirurgia de Hartman.
- (C) sigmoidectomia, seguida de colostomia do descendente e fístula mucosa.
- (D) retossigmoidectomia e a reconstrução primária, sendo que, se o teste de vazamento for negativo, a confecção de desvio do trânsito para proteção será desnecessária.
- (E) exteriorização do segmento do doente.

### QUESTÃO 18

Uma mulher de 65 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e doença do refluxo gastroesofágico foi ao pronto-socorro de um hospital universitário, referindo início abrupto de dor epigástrica, associada a náuseas e a vômitos, com volume pequeno, e estável hemodinamicamente. Houve uma tentativa de passagem de sonda nasogástrica sem sucesso. Realizou uma radiografia, que evidenciou nível hidroaéreo retrocardíaco.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta a ser adotada.

- (A) Trata-se de paciente com tríade de Borchardt (dor epigástrica súbita, vômito de baixo volume e impossibilidade de passagem de sonda nasogástrica), que indica rotura esofágica, e a conduta é toracotomia à direita, de emergência, para reparo do esôfago.
- (B) Está indicada a endoscopia digestiva alta para retirar a paciente do quadro agudo e, em segundo tempo, deve-se realizar uma cirurgia, preferencialmente por laparoscopia, com funduplicatura e gastrostomia.
- (C) Não se deve realizar endoscopia e a paciente deve, obrigatoriamente, ser submetida à gastrectomia total de emergência, pois existem sinais de necrose gástrica.
- (D) Apenas a realização de endoscopia é suficiente e, se estiver presente hérnia hiatal, a indicação cirúrgica para tratamento da doença do refluxo gastroesofágico deve ser considerada, independentemente do quadro agudo.
- (E) Está indicada a manobra de Bruusgaard para a retirada da paciente do quadro agudo, seguida de gastrectomia total.

### QUESTÃO 19

Um paciente de trinta anos de idade deu entrada na sala de trauma, vítima de colisão moto X automóvel em alta velocidade. A colisão foi frontal e o motorista da moto foi ejetado, com queda ao solo com a região glútea e dorsal. Apresentava-se estável hemodinamicamente na cena e negava perda da consciência, com queixa apenas de dor em membro inferior esquerdo e região glútea/perineal. A avaliação inicial na sala de trauma mostrou: via aérea pérvia, com collar cervical e prancha longa; ofertada a máscara de O<sub>2</sub> 10 L/min., foram observados murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios; frequência respiratória de 18 ipm; saturação de oxigênio de 98%; boa perfusão periférica, sem sangramentos ativos aparentes; sínfise púbica fechada; frequência cardíaca de 100 bpm; pressão arterial de 130 x 80 mmHg; pupilas isofotorreagentes; ECG 15, sem *deficits* motores em membros superiores ou inferiores; escoriações em dorso; ferimento cortocotuso extenso na região glútea esquerda, que se estende para a região perineal e para a porção interna da coxa esquerda; membro inferior esquerdo com deformidade em porção proximal; toque retal sem alterações. À avaliação secundária: cabeça e pescoço – ausência de lesões, sem dor à palpação de coluna cervical; tórax – murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios e com som claro pulmonar à percussão; frequência respiratória de 18 ipm; saturação de O<sub>2</sub> de 98% em uso de máscara de O<sub>2</sub>; BRNF em dois tempos, sem sopros; FC de 100 bpm; PA de 120 x 80 mmHg; abdome – plano, flácido, indolor à palpação, DB-; dorso – coluna torácica e lombar indolor à palpação, presença de escoriações associadas ao ferimento cortocotuso extenso na região glútea esquerda, que se estende para a região perineal e para a porção interna da coxa esquerda; membros superiores – presença de leves escoriações em palmas das mãos, ausência de deformidades, alterações sensitivas e motoras, força muscular presente bilateralmente, pulsos presentes e simétricos; membros inferiores – encurtamento de membro inferior esquerdo, associado à deformidade em região proximal deste membro, com importante perda de pele, e subcutâneo em região interna da coxa, na região glútea e na região perineal; pulsos presentes e simétricos; e ausência de alterações sensitivas e motoras. Realizadas as primeiras medidas de suporte ao paciente e exames complementares, diagnosticou-se fratura de fêmur à esquerda.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a conduta cirúrgica mais adequada para o paciente.

- (A) redução aberta e fixação interna com haste intramedular do fêmur e sutura primária das lacerações perineais
- (B) alinhamento e fixação externa do fêmur à esquerda, com suturas das lacerações perineais
- (C) redução aberta e fixação interna com haste intramedular do fêmur à esquerda + confecção de colostomia em alça e sutura primária das lesões perineais
- (D) alinhamento e fixação externa do fêmur à esquerda + confecção de colostomia em alça e desbridamento de tecidos desvitalizados, sem fechamento primário das lesões perineais
- (E) alinhamento e fixação externa do fêmur à esquerda + confecção de colostomia em alça, desbridamento de tecidos desvitalizados e sutura primária das lesões perineais

### QUESTÃO 20

Um paciente de 35 anos de idade foi vítima de ferimento por arma de fogo em região cervical, próximo à cartilagem tireóidea. Foi levado ao serviço de emergência por amigos que presenciaram o ocorrido e referiram que aquele fora o único ferimento sofrido pelo paciente. Ele se encontrava calmo e contactuante, com um ferimento puntiforme em região cervical, sem sangramento ativo ou escape aéreo.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a sequência de atendimento a que o paciente deverá ser submetido.

- (A) posicionamento em maca com colar cervical e prancha longa, oxigênio suplementar 10 L/min., avaliação da parte pulmonar, obtenção de acesso periférico com coleta de tipagem sanguínea, hemograma e coagulograma, avaliação neurológica, busca por outras lesões e cervicotomia exploradora
- (B) posicionamento do paciente em maca, oxigênio suplementar 10 L/min., avaliação pulmonar, obtenção de acesso periférico com coleta de tipagem sanguínea, hemograma e coagulograma, avaliação neurológica, busca por outras lesões, broncoscopia, endoscopia e angiotomografia cervical
- (C) posicionamento do paciente em maca com colar cervical, oxigênio suplementar 10 L/min., avaliação pulmonar, obtenção de acesso periférico com coleta de tipagem sanguínea, hemograma e coagulograma, avaliação neurológica, busca por outras lesões, broncoscopia, endoscopia e angiotomografia cervical
- (D) posicionamento do paciente em maca, oxigênio suplementar 10 L/min., avaliação pulmonar, obtenção de acesso periférico com coleta de tipagem sanguínea, hemograma e coagulograma, avaliação neurológica e cervicotomia exploradora
- (E) posicionamento do paciente em maca, intubação orotraqueal imediata, avaliação pulmonar, obtenção de acesso periférico com coleta de tipagem sanguínea, hemograma e coagulograma, avaliação neurológica, broncoscopia, endoscopia e angiotomografia cervical

### QUESTÃO 21

Um paciente de 21 anos de idade fora vítima de ferimento por arma branca no 6.º espaço intercostal à direita, próximo à linha axilar média. Deu entrada no serviço de emergência de um hospital terciário em prancha longa e utilizando colar cervical. Foi atendido conforme os preceitos recomendados pelo ATLS. Durante a investigação, realizou-se um RX de tórax, que evidenciou hemopneumotórax. Prosseguiu-se com a drenagem torácica no 5.º EIC, com saída de moderada quantidade de ar e aproximadamente 300 mL de sangue. RX de controle mostrou o dreno bem posicionado e o paciente foi internado em leito de observação. Após 48 horas de internação, o paciente evoluiu com saída de bile pelo dreno de tórax, mantendo-se sem dor abdominal. Sinais vitais: PA de 120 x 70 mmHg; FC de 85 bpm; e FR de 12 ipm. Exames laboratoriais: Hb 12,5; leucócitos 9,5 mil; plaquetas 350 mil; INR 1,2; Bt 7,5; e Bd 6,5.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta a ser adotada.

- (A) laparotomia exploradora, com sutura hepática e diafragmática
- (B) TC de abdome, seguida de CPRE com papilotomia e passagem de prótese biliar
- (C) TC de abdome, seguida de CPRE com papilotomia e passagem de prótese biliar, com posterior laparotomia exploradora para sutura do diafragma e limpeza da cavidade
- (D) TC de abdome, seguida de CPRE com papilotomia e passagem de prótese biliar, com posterior laparoscopia exploradora para sutura do diafragma e limpeza da cavidade
- (E) TC de abdome, seguida de CPRE com papilotomia e passagem de prótese biliar, com posterior videotoracoscopia

**QUESTÃO 22**

Um homem de sessenta anos de idade, portador de hérnia incisional complexa e com perda de domicílio, procurou atendimento no pronto-socorro de um hospital terciário com dor abdominal em cólica com início há um dia, associada a vômitos e à distensão abdominal importante. A gasometria mostra pH de 7,30 e bicarbonato de 15. O hemograma apresenta hemoglobina de 15 e 20 mil leucócitos, com 4% de bastões. A tomografia de abdome mostra diâmetro herniário de 13 cm, sinais de hérnia incisional encarcerada, presença de dilatação de alças de intestino delgado, com transição de calibre na região da hérnia, sem sinais de sofrimento de alças ou outras complicações. A somatória dos diâmetros dos ventres dos músculos retos abdominais bilateralmente é menor que duas vezes o diâmetro do maior eixo transversal da hérnia e a relação entre o volume do saco herniário e o volume da cavidade abdominal é maior de 30%.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- (A) A melhor opção terapêutica é a laparotomia exploradora, pois a síntese primária da linha média é factível.
- (B) A melhor opção terapêutica é a laparotomia exploradora, pois a técnica de Rives-Stoppa é suficiente para a síntese da linha média.
- (C) A melhor opção terapêutica é a laparotomia exploradora, pois a realização de viscerorredução auxilia na síntese da linha média.
- (D) A melhor opção terapêutica é a laparotomia exploradora, pois a técnica de separação posterior de componentes é contraindicada nesse caso.
- (E) A melhor opção terapêutica é a sonda nasogástrica e o tratamento clínico da obstrução, sendo que a aplicação de toxina botulínica tipo A em 24 horas poderá auxiliar na síntese da linha média.

**QUESTÃO 23**

Uma mulher de 35 anos de idade, com diagnóstico de coledocolitíase, foi submetida à colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), eletivamente, com papilotomia pela técnica de pré-corte, com saída de cálculo único e bile clara. Após seis horas do procedimento, a paciente iniciou dor abdominal, taquicardia e febre, procurando então o pronto-socorro.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta, correta e respectivamente, o diagnóstico mais provável e a conduta mais plausível para a paciente.

- (A) pancreatite aguda após CPRE, que poderá ser diagnosticada após coleta de amilase e lipase, devendo-se iniciar jejum e antibioticoterapia
- (B) hemorragia digestiva alta secundária à manipulação, devendo-se prescrever hidratação e inibidor de bomba de prótons e solicitar endoscopia digestiva alta
- (C) pneumoretroperitônio, devendo-se solicitar tomografia de abdome para pesquisa de sinais de janela posterior e iniciar tratamento clínico com antibioticoterapia e sonda nasointestinal
- (D) hemoretroperitônio, devendo-se realizar tomografia de abdome para pesquisa de síndrome de Wunderlich, além de reposição volêmica
- (E) pneumoretroperitônio, devendo-se solicitar RX de abdome e indicar laparotomia exploradora caso haja presença de gás abaixo da cúpula diafragmática

**QUESTÃO 24**

Um paciente de cinquenta anos de idade deu entrada, taquicárdico, no pronto-socorro de um hospital terciário, com sinais de hemorragia digestiva exteriorizada por melena. Recebeu inibidor de bomba de prótons e apresentou adequada resposta hemodinâmica após hidratação e dois concentrados de hemácias. Durante a endoscopia digestiva alta, foi evidenciada uma úlcera de 2 cm na parede posterior da primeira porção duodenal, com sangramento em jato e que não foi passível de tratamento endoscópico. A equipe de cirurgia foi então acionada e indicou uma laparotomia exploradora.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta as decisões intraoperatórias corretas para o paciente.

- (A) duodenotomia longitudinal, seguida de hemostasia direta da úlcera e duodenorrafia transversal
- (B) duodenotomia transversal, seguida de hemostasia direta da úlcera, gastrectomia subtotal e fechamento do coto duodenal tipo Doyen
- (C) duodenotomia transversal, seguida de hemostasia direta da úlcera, gastrectomia parcial e fechamento do coto duodenal tipo Nissen
- (D) duodenotomia longitudinal, seguida de hemostasia direta da úlcera, gastrectomia parcial e fechamento do coto duodenal tipo Nissen
- (E) gastrotomia longitudinal, seguida de hemostasia direta da úlcera e gastrorrafia

**QUESTÃO 25**

Um paciente de vinte anos de idade deu entrada no pronto-socorro, com dor de início súbito há duas horas, em região escrotal esquerda, sem melhora com uso de dipirona. Nega traumatismos locais ou febre. Ao exame físico, apresentava dor à palpação do testículo esquerdo, um pouco mais elevado que o direito, sem sinais flogísticos locais e com reflexo cremastérico abolido.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de uma torção testicular extravaginal, devido à fixação distal do testículo.
- (B) Entre os diagnósticos diferenciais da dor testicular aguda, podem ser citados: púrpura de Henoch-Schoenlein; molusco e herpes; gangrena de Fournier; hidrocele; e orquiepididimite.
- (C) A alteração congênita chamada de “testículo em badalo de sino” está relacionada ao principal mecanismo de torção, o extravaginal.
- (D) A torção de cordão espermático deve sempre ser confirmada com exame de ultrassonografia com Doppler, independentemente do tempo de início dos sintomas de dor, sendo mandatória a exploração cirúrgica em todos os casos.
- (E) A taxa de orquiectomia na torção testicular é relativamente baixa ao redor do mundo e pode variar de 1 a 5% em algumas séries.

**QUESTÃO 26**

Um paciente de 44 anos de idade, pós-operatório de dois anos e oito meses de *bypass* gástrico em Y de Roux laparoscópico (perdeu 70 kg em um ano e fez abdominoplastia), relata episódios agudos de dor abdominal pós-prandial, às vezes difusa, outras vezes localizada, em hipocôndrio direito, há quinze dias, com melhora parcial. Nega febre. Refere ter, nos episódios de dor, um pouco de distensão abdominal, acompanhada de náuseas e vômitos. Hábito intestinal sem alterações. Ao exame físico, apresenta-se com frequência cardíaca de 100 bpm, abdome flácido, doloroso difusamente à palpação, sem visceromegalias e sem sinais de peritonite. Ruídos hidroaéreos pouco aumentados. Exames laboratoriais: 9.500 leucócitos; 280.000 plaquetas; PCR de 2,5; e amilase sérica de 30 U/L. Realizou tomografia de abdome sem alterações.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de uma hérnia interna e indica-se um tratamento conservador, com jejum e hidratação endovenosa.
- (B) Trata-se de hérnia interna, de indicação cirúrgica para a correção do defeito herniário e avaliação de vitalidade de alça intestinal, preferencialmente por via laparoscópica.
- (C) Nas hérnias internas após *bypass* gástrico em Y de Roux, os sinais e sintomas são classicamente de obstrução intestinal aguda, não havendo quadro clínico intermitente persistente ou crônico.
- (D) Nas hérnias internas após *bypass* gástrico em Y de Roux, existem somente dois locais onde podem se desenvolver: no defeito do mesocólon transverso e no espaço entre o mesentério da alça alimentar do Y de Roux e o colón transverso (espaço de Petersen).
- (E) A tomografia computadorizada do abdome com contraste permite o diagnóstico de confirmação de hérnia interna para a indicação cirúrgica.

**QUESTÃO 27**

Um paciente de cinquenta anos de idade, com quadro de dor abdominal em fossa ilíaca direita há quatro meses, acompanhada de emagrecimento, sintomas de empachamento pós-prandial e dispepsia, realizou uma endoscopia digestiva alta, que revelou lesão ulcerada de 4 cm na grande curvatura do antro gástrico, cujo anatomopatológico confirmou se tratar de um adenocarcinoma com expressão de HER2 (3+). Apresentava hemograma, função hepática e enzimas pancreáticas normais. CEA de 70 ng/mL. Tomografia de abdome sem evidência de metástases, mas havia nitidamente contato sem limite definido do tumor com a cabeça do pâncreas. O estadiamento laparoscópico mostrou que não havia disseminação peritoneal ou metástase hepática. O estadiamento clínico foi classificado em IVA.

Com base nesse caso hipotético e considerando as possibilidades de tratamento do câncer gástrico avançado atuais, assinale a alternativa correta quanto à terapia de conversão.

- (A) Por definição, consiste no tratamento com radioterapia exclusiva, seguida de cirurgia com intenção curativa.
- (B) Consiste na cirurgia citorredutora, seguida de quimioterapia e de radioterapia, principalmente nos casos de sangramento e obstrução.
- (C) Está indicada nos casos de sangramento e obstrução, em que se realiza a cirurgia de derivação, seguida de quimioterapia paliativa.
- (D) Consiste na realização de quimioterapia associada ou não à imunoterapia, no intuito de reduzir o tumor primário avançado para torná-lo ressecável.
- (E) A terapia de conversão tem sua principal indicação nos doentes com disseminação peritoneal, com melhora significativa do prognóstico.



**QUESTÃO 28**

Um paciente de 65 anos de idade, com histórico de demência e Alzheimer há dois anos, de grau leve, há quatro meses, tornou-se mais prostrado, apático, queixando-se de uma fraqueza muscular. Deu entrada no pronto-socorro, apresentando *delirium* e oscilando entre agressividade e sintomas depressivos. Tem histórico de osteoporose e fraturas espontâneas de costelas e coluna vertebral há dois anos. No exame físico inicial, o paciente estava apático, com *delirium*, conforme os critérios do DSM-IV, e apresentava discreta rigidez muscular, desidratação e taquicardia. As análises da urina revelaram glicosúria e leucocitúria, sendo que a urocultura demonstrou *E. coli*. Glicemia de 180 mg/dl, hemoglobina de 11,8 g/dl, cálcio ionizado de 1,51 mmol/l (1,14-1,30 mmol/l) e cálcio total de 11,8 mg/dl (8,5-10,5 mg/dl). Realizou antibioticoterapia e hidratação, com melhora parcial do quadro de *delirium*. Iniciou a investigação da hipercalcemia, que revelou PTH intacto de 150 pg/mL (10-65 pg/mL).

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se do diagnóstico síndrome de hiperparatireoidismo primário, pois apresenta PTH e cálcio sérico elevados.
- (B) Trata-se do diagnóstico síndrome de hiperparatireoidismo primário, sendo seu diagnóstico de confirmação o PTH intacto elevado, independentemente do valor sérico de cálcio.
- (C) Trata-se de hipercalcemia da malignidade, confirmada pela presença de fraturas patológicas e pela piora do estado mental do paciente.
- (D) Por se tratar de hiperparatireoidismo primário, deve-se indicar a paratireoidectomia total, por ser decorrente de hiperplasia das paratireoides.
- (E) Há indicação cirúrgica de ressecção de pelo menos dois paratireoides inferiores, por se tratar de adenoma duplo, visto que apresenta dosagem de PTH de 150 pg/mL.

**QUESTÃO 29**

Um homem de sessenta anos de idade, diabético mal controlado e com hipertensão arterial sistêmica, sem instrumentação urológica prévia, queixa-se de disúria e urgência há muito tempo, mas sem seguimento. Chegou ao pronto-socorro com queixa de dores na região pélvica e disúria intensa, sem febre. O exame físico revelou edema e hiperemia de escroto e região inguinal direita. No exame retal, notou-se uma próstata aumentada de tamanho, amolecida e dolorida ao toque. O hemograma mostrou 18.300 leucócitos, a análise de urina mostrou padrão infeccioso e a cultura de urina foi positiva para *Escherichia coli*. O valor do PSA foi de 23 ng/mL. A ultrassonografia de partes moles da região inguinal e escrotal revelou adensamento da pele, do tecido subcutâneo da região inguinal direita e da bolsa testicular, hidrocele septada à direita, coleção no canal inguinal direito, orquiepididimite à direita e linfonodomegalia inguinal.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se da síndrome de Fournier, de tratamento cirúrgico, com drenagem da bolsa escrotal.
- (B) Trata-se da síndrome de Fournier, com suspeita de prostatite ou abscesso prostático, devendo ser confirmada por tomografia computadorizada ou ressonância magnética da pelve.
- (C) Na confirmação de abscesso prostático associado, o tratamento completo deve ser a drenagem cirúrgica do abscesso por meio da ressecção transuretral.
- (D) A suspeita clínica de prostatite ou abscesso prostático associado deve ser aventada pela cultura de urina positiva para *E. coli* e pelo PSA elevado.
- (E) O tratamento para o caso envolve o uso de antibioticoterapia e drenagem por punção.

**QUESTÃO 30**

Um paciente de 56 anos de idade, tabagista há vinte anos, com quadro de disfonia há três meses, há cinco dias, com piora da rouquidão e queixando-se de falta de ar há dois dias, não consegue dormir, sendo encaminhado para o pronto-socorro. Nega disfagia ou odinofagia. Ao exame físico, apresenta-se com dispneia e cornagem, pescoço com linfonodos cervicais palpáveis bilateralmente, sendo o maior de 3 cm, endurecidos, coalescentes e pouco móveis. Foi realizada uma endoscopia digestiva, que revelou lesão ulceroinfiltrativa de prega vocal direita, que se encontra sem mobilidade, estendendo-se para a epiglote e reduzindo a luz glótica em 80%.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de tumor maligno da laringe, devendo-se indicar, de início, a biópsia por endoscopia para a confirmação diagnóstica e o estadiamento clínico por meio de exames de tomografia computadorizada.
- (B) Por se tratar de tumor maligno da laringe e o paciente se encontrar dispneico, deve-se investigar a presença de metástases pulmonares por meio de tomografia computadorizada de tórax com contraste.
- (C) Trata-se de tumor maligno da laringe, associado a quadro obstrutivo, sendo de indicação inicial a realização de traqueostomia de urgência.
- (D) Trata-se de tumor maligno da laringe, associado a metástases cervicais, cuja confirmação diagnóstica é firmada por tomografia computadorizada associada ao PET (PET-CT).
- (E) O diagnóstico diferencial envolve doenças granulomatosas, como tuberculose, blastomicose e Epstein-Barr, confirmadas por estudo de sorologia específica.

**QUESTÃO 31**

Uma gestante de 25 anos de idade, G2P1A0, com quinze semanas de gestação, deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor abdominal em flanco direito há três dias, em aperto, de forte intensidade, acompanhada de falta de apetite e vômitos. Nega febre. Ao exame físico, revelou-se uma gestante obesa, com dor à palpação em flanco direito e com descompressão brusca positiva. Frequência cardíaca de 95 bpm. Frequência respiratória de 15 ipm. Exames laboratoriais, incluindo leucograma e exame de urina, encontravam-se normais. O estudo de ultrassom mostrou uma pequena quantidade de líquido livre no quadrante inferior direito e uma estrutura não compressível sobre os vasos ilíacos, sugestiva, mas não conclusiva, de apêndice.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se suspeitar de colecistite aguda devido aos achados do ultrassom – estrutura não compressível compatível com vesícula biliar.
- (B) O quadro clínico é sugestivo de apendicite aguda, com indicação cirúrgica precoce, preferencialmente pela via laparoscópica.
- (C) A indicação cirúrgica favorece a via de acesso por laparotomia, devido à dificuldade técnica em decorrência do útero aumentado.
- (D) A tomografia computadorizada do abdome sem contraste pode ser realizada tanto no primeiro quanto no segundo trimestre de gestação, para confirmação diagnóstica.
- (E) A incidência de perfuração do apêndice, em decorrência de apendicite no terceiro trimestre, é significativamente menor, em razão do retardo diagnóstico.

**QUESTÃO 32**

Um paciente de 45 anos de idade deu entrada no pronto-socorro com queixa de tontura, após uma colisão de seu carro na traseira de outro veículo, em que somente teve a frente de seu veículo amassada, não havendo trauma da cabeça ou de qualquer outra parte do corpo. Ele descreve os sintomas como uma sensação de rotação associada à náusea leve, que ocorre ao virar a cabeça para o lado esquerdo quando está deitado na cama ou quando se levanta rapidamente. Mais recentemente, ele apresentou um episódio semelhante quando inclinou sua cabeça para trás ao subir uma escada para trocar uma lâmpada. Os sintomas geralmente duram menos de um minuto e melhoram se ele permanecer parado. Nega qualquer perda auditiva associada, zumbido ou plenitude auricular. Não tem histórico de infecção local recente e nunca foi exposto a qualquer agente ototóxico. Refere ser portador de hipertensão arterial controlada com uso de losartana 50 mg/dia. Ao exame físico, não apresenta nistagmo espontâneo. Nervos cranianos sem anormalidades. O teste de Weber é normal em ambos os lados e o Rinne é positivo bilateralmente. Otoscopia: condutos auditivos externos e membranas timpânicas normais. Testes de Romberg e de Fukuda são negativos. Na manobra de Dix-Hallpike, o paciente apresenta vertigem severa na posição da orelha esquerda para baixo, com nistagmo, que dura cerca de 20 segundos.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico clínico correto.

- (A) vertigem posicional paroxística benigna
- (B) neurite vestibular
- (C) doença de Meniere
- (D) neuroma do acústico
- (E) acidente vascular do sistema vértebro-basilar

**QUESTÃO 33**

Um paciente de 25 anos de idade, vítima de ferimento por arma de fogo com orifício de entrada 2 cm abaixo da cicatriz umbilical há uma hora, deu entrada no pronto-socorro sudoreico, agitado, com FC de 130 bpm e PA de 70 x 50 mmHg. Iniciou-se reposição volêmica com 2.000 mL de cristaloides e duas unidades de sangue O negativo e indicou-se laparotomia exploradora imediata. Achado intraoperatório: grande quantidade de sangue em cavidade, com perfurações em alça de delgado; laceração no segmento IV do fígado; lesão de colón transverso; e lesão de estômago e aorta abdominal infrarrenal. No ato operatório, foram observados os seguintes parâmetros: PA de 80 x 50 mmHg; FC de 110 bpm; sat. de O<sub>2</sub> de 94%; pH 7,1; BE -10; e lactato 7,2.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) cirurgia de controle de danos, devendo-se eviscerar o intestino delgado, exploração rápida do sangramento maciço, com tratamento das lesões vasculares e do fígado, sutura rápida das lesões de vísceras ocas, empacotamento do abdome e fechamento temporário e encaminhar para a UTI
- (B) cirurgia de controle de danos, devendo-se eviscerar o intestino delgado, colectomia com colostomia, solicitar cirurgião vascular para tratar a lesão de aorta, fechamento de todas as lesões de vísceras ocas e encaminhar para a UTI
- (C) cirurgia de controle de danos, devendo-se esvaziar todo o grande volume de sangue, fazer o empacotamento e o fechamento temporário do abdome e encaminhar para a UTI
- (D) cirurgia abreviada, com empacotamento abdominal, encaminhar para a hemodinâmica para a realização de arteriografia e embolização da lesão de aorta e encaminhar para a UTI, mantendo a reposição de sangue, associada à de plasma e à de plaquetas
- (E) cirurgia de controle de danos se houver a presença da tríade letal (acidose, hipotermia e coagulopatia), que tem melhor resultado e boa evolução, com baixa morbimortalidade (menos de 5%)

**QUESTÃO 34**

Acerca das complicações da tireoidectomia, assinale a alternativa correta.

- (A) O hipoparatiroidismo é a complicação mais frequente da tireoidectomia total, sendo transitório na grande maioria das vezes.
- (B) O hematoma pode ser evitado com o uso de dreno de aspiração contínua.
- (C) A lesão do nervo laríngeo inferior não ocorre se for realizada a tireoidectomia parcial.
- (D) Na presença do hematoma cervical, deve-se realizar a sua drenagem por meio de punção com agulha calibrosa.
- (E) A monitorização neurofisiológica intraoperatória dos nervos laríngeos inferiores e vagos previne lesões definitivas nestes nervos em mais de 90% dos pacientes.

**QUESTÃO 35**

A respeito do câncer de mama, assinale a alternativa correta.

- (A) O risco de câncer de mama é inversamente proporcional à duração da fase reprodutiva da mulher.
- (B) História de menarca precoce e história de menopausa tardia são fatores de risco bem estabelecidos para o câncer de mama.
- (C) No rastreamento do câncer de mama, o exame de mamografia que revela categoria 4 do sistema de BI-RADS, indica achado provavelmente benigno, devendo ser repetido em seis meses.
- (D) A presença de nódulo espiculado identificado em mamografia é indicativo de malignidade, tendo indicação de quadrantectomia.
- (E) O ultrassom é um método diagnóstico que pode substituir a mamografia no rastreamento do câncer de mama.

**QUESTÃO 36**

Quanto às doenças arteriais, assinale a alternativa correta.

- (A) Os aneurismas abdominais, quando se rompem, apresentam como quadro clínico a tríade de massa abdominal pulsátil, dor abdominal ou lombar e hipertensão.
- (B) 85% dos casos de ruptura de aneurismas abdominais ocorre no espaço intraperitoneal.
- (C) Na oclusão arterial aguda, pode ser utilizada a classificação de Fontaine, que indica a gravidade das lesões vasculares.
- (D) Aneurismas com crescimento maior que 0,5 cm em seis meses devem ser acompanhados com ultrassom a cada seis meses.
- (E) Nas oclusões arteriais agudas, quando há perda de sensibilidade, paralisia muscular do pé e ausência de sinal Doppler arterial e venoso, há indicação cirúrgica imediata.

**QUESTÃO 37**

No que se refere aos tumores pré-sacrais, julgue os itens a seguir.

- I As lesões congênitas são as mais frequentes, podendo ser císticas ou sólidas, benignas ou malignas. São, também, mais comuns nas mulheres.
- II A ressonância magnética é superior à tomografia para o diagnóstico, porém falha em determinar se a lesão é sólida ou cística.
- III Nunca devem ser submetidos à biópsia, devido ao risco de disseminação local.
- IV São classificados em lesões congênitas, neurogênicas e ósseas.
- V O tumor de até 2 cm localizado em nível de S1-S2 é mais facilmente abordado na posição de canivete que na posição de litotomia.

Assinale a alternativa correta.

- (A) Apenas os itens I e IV estão certos.
- (B) Apenas os itens I, III e IV estão certos.
- (C) Apenas os itens I, II, IV e V estão certos.
- (D) Apenas os itens II, III, IV e V estão certos.
- (E) Todos os itens estão certos.

**QUESTÃO 38**

Após oito semanas do término da radioterapia e da quimioterapia neoadjuvante para o adenocarcinoma cT3N0M0 do reto baixo, localizado previamente 1 cm acima da linha pectínea, foram realizados o toque retal e uma retossigmoidoscopia, que não identificou a presença do tumor.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- (A) Pode-se considerar que apresentou resposta clínica completa, sendo a amputação abdominoperineal com colostomia definitiva o padrão de tratamento oncológico.
- (B) Não há mais o tumor e o paciente está curado, devendo ser acompanhado com toque retal, colonoscopia, CEA e ressonância magnética de pelve para avaliar possível recidiva local.
- (C) Apresentou resposta clínica completa, devendo ser acompanhado com toque retal, colonoscopia, CEA e PET/CT para avaliar possível recidiva local.
- (D) Pode-se considerar que apresentou resposta clínica completa, mas não patológica, devendo ser submetido à excisão transanal, sem necessidade de colostomia definitiva, com grande possibilidade de evoluir com pouca dor e boa cicatrização.
- (E) A definição da conduta só será possível após dezesseis semanas do término da neoadjuvância e a melhor conduta no momento é a expectante.

**QUESTÃO 39**

Com relação à doença diverticular, julgue os itens que se seguem.

- I Não há diverticulite no cólon transversos.
- II Os divertículos de ceco podem ser divertículos verdadeiros ou falsos.
- III O principal diagnóstico diferencial da diverticulite cecal é a apendicite aguda.
- IV O divertículo gigante do cólon deve ser tratado com diverticulectomia.
- V O divertículo do reto é habitualmente único e verdadeiro.

Assinale a alternativa correta.

- (A) Apenas os itens I, II e IV estão certos.
- (B) Apenas os itens I, III e V estão certos.
- (C) Apenas os itens II, III e V estão certos.
- (D) Apenas os itens III, IV e V estão certos.
- (E) Todos os itens estão certos.

**QUESTÃO 40**

Assinale a alternativa que apresenta uma complicação da doença diverticular pancolônica que **não** tem indicação de retossigmoidectomia eletiva em um paciente hígido e oligossintomático.

- (A) recorrência de hemorragia digestiva baixa, com necessidade de transfusão sanguínea em um curto intervalo de tempo (seis meses)
- (B) estenose do sigmoide após episódio único de diverticulite aguda Hinchey IB tratado clinicamente
- (C) fístula sigmoide-vesical
- (D) tumoração palpável após episódio de diverticulite aguda Hinchey II tratado com punção guiada
- (E) dor crônica persistente após dois episódios de diverticulite aguda Hinchey II tratado com antibioticoterapia

**QUESTÃO 41**

Uma paciente de setenta anos de idade, em bom estado geral, com queixa de engasgos e disfagia para sólidos, hipertensa controlada, realizou endoscopia digestiva alta, que evidenciou divertículo a 30 cm da arcada dental superior, enema baritado compatível com saculação no esôfago distal de 36 x 31 mm e manometria esofágica com obstrução ao fluxo da junção esofagogastrica, com padrão hipercontrátil.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para a paciente.

- (A) diverticulectomia + miotomia + funduplicatura à dor
- (B) miomectomia sem diverticulectomia
- (C) diverticulectomia
- (D) apesar de baixa mortalidade, tratamento clínico, devido à alta incidência de fístula e recidiva dos sintomas, independentemente da técnica utilizada
- (E) miotomia + funduplicatura à dor

**QUESTÃO 42**

Um paciente de 28 anos de idade, natural de Espinosa (MG), com disfagia progressiva para sólidos há dez anos, acompanhada por perda ponderal de 20 kg, doença de Chagas, diagnosticada aos seis anos de idade, e duas intervenções prévias sobre o esfíncter inferior do esôfago, para tratamento de megaesôfago, obteve a confirmação do diagnóstico de dólco megaesôfago avançado. Optou-se, então, pela realização de esofagectomia trans-hiatal, pela reconstrução com esofagogastroplastia transmediastinal posterior, pela confecção de tubo gástrico e por anastomose cervical, piloroplastia e jejunostomia. O paciente evoluiu com fístula da anastomose cervical no quinto pós-operatório.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa **incorreta**.

- (A) O paciente deveria ter sido submetido à esofagectomia pela técnica tipo Serra-Dória ou mucosectomia esofágica, pois ambas apresentam menor incidência de fístula que a trans-hiatal.
- (B) O paciente apresentou fístula precoce, provavelmente devido à isquemia.
- (C) Esse tipo de fístula normalmente não sofre bloqueio, apresentando alto risco de evoluir para mediastinite.
- (D) As complicações mais frequentes dessa técnica são as pleuropulmonares, podendo a mediastinite apresentar alta mortalidade.
- (E) Outra opção nutricional no pós-operatório é a nutrição parenteral total.

**QUESTÃO 43**

No que se refere à terapia de conversão no câncer gástrico, assinale a alternativa correta.

- (A) É definida como a quimioterapia, seguida de ressecção cirúrgica com intenção curativa de um tumor que era considerado como irresssecável ou oncológicamente incurável.
- (B) Consiste na administração de quimioterapia antes da cirurgia, indicada para tumores que são ressecáveis a princípio, com o objetivo de reduzir a lesão e a possibilidade de metástase linfonodal e de micrometástases, melhorando a sobrevida.
- (C) Objetiva melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevida, não tendo intenção curativa.
- (D) Nos casos de disseminação peritoneal, a quimioterapia peritoneal e a HIPEC têm de ser usadas como terapia de conversão.
- (E) Consiste na gastrectomia com linfadenectomia D2, seguida de quimioterapia paliativa.

**QUESTÃO 44**

Quanto à hérnia interna após cirurgia bariátrica, assinale a alternativa correta.

- (A) São três os locais em que ela pode ocorrer na gastroplastia com reconstrução em Y de Roux: espaço de Petersen; brecha do mesocólon transverso (casos de alça transmesocólica); e brecha do mesentério.
- (B) O local mais frequente de ocorrência dessa hérnia, independentemente de a reconstrução ser antecólica ou transmesocólica, é o espaço de Petersen.
- (C) Em caso de dor crônica pós-prandial persistente, radiografia simples de abdômen com “presença de ar em delgado em topografia de hipocôndrio esquerdo”, porém com tomografia de abdome normal, a laparoscopia não deve ser indicada.
- (D) A abordagem laparoscópica, o fechamento das brechas e a gestação estão relacionados à menor incidência de hérnia interna.
- (E) É a terceira causa mais comum de obstrução intestinal após cirurgia bariátrica, sendo a aderência intestinal e a hérnia incisional as mais comuns.

**QUESTÃO 45**

Com relação à fístula pós-cirurgia bariátrica, julgue os próximos itens.

- I O uso de próteses recobertas, *plugs* absorvíveis, cola biológica e clipagem com grampos metálicos são tratamentos endoscópicos utilizados no tratamento das fístulas pós-Sleeve com resultados semelhantes.
- II Nos casos de fístulas pós-Sleeve que não fecharam com tratamentos clínicos e(ou) endoscópicos, faz-se necessário o tratamento cirúrgico com gastrectomia total e esofagojejunoanastomose em Y de Roux, sempre que possível após seis meses do aparecimento da fístula.
- III A localização das fístulas na técnica de Sleeve é mais comum no nível do ângulo de Hiss e na derivação gástrica em Y de Roux e é frequente na anastomose gastrojejunal e na linha de grampeamento do *pouch* gástrico.
- IV O diagnóstico da fístula pós-operatória nem sempre é fácil, pois a propedêutica, os exames laboratoriais e os exames de imagem têm limitações importantes no paciente obeso, devendo a drenagem da cavidade ser feita de rotina.
- V Em primeiro lugar, quando do diagnóstico ou da suspeita de fístula, a primeira medida será a abordagem cirúrgica com limpeza da cavidade, seguida de ampla drenagem, antibioticoterapia de amplo espectro e nutrição enteral ou parenteral.

Assinale a alternativa correta.

- (A) Apenas os itens I, II e IV estão certos.
- (B) Apenas os itens II, III e V estão certos.
- (C) Apenas os itens I, II, III e V estão certos.
- (D) Apenas os itens II, III, IV e V estão certos.
- (E) Todos os itens estão certos.

### QUESTÃO 46

Em um paciente de cinquenta anos de idade, que pesa 80 kg, não é diabético e encontra-se nutrido e imunocompetente, a cirurgia de cólon está relacionada à seguinte antibioticoprofilaxia:

- (A) cefoxitina 2 g.
- (B) ceftriaxona 1 g.
- (C) metronidazol 500 mg.
- (D) clindamicina SMX + TMP.
- (E) cefazolina 1 g.

### QUESTÃO 47

A respeito do pré e do pós-operatório, assinale a alternativa correta.

- (A) Em operações de grande porte para pacientes com câncer, mesmo não havendo desnutrição grave, a terapia nutricional pré-operatória com suplementos que contenham imunonutrientes, durante cinco a sete dias, está indicada e deve continuar no pós-operatório.
- (B) A hidratação endovenosa deve ser prescrita em herniorrafias e cirurgias ano-orificiais, no pós-operatório imediato, para diminuir o estresse metabólico perioperatório.
- (C) A administração de líquidos claros sem resíduos (carboidrato) até duas horas antes da operação não mostrou benefício no sentido de reverter a resistência à insulina relacionada com o trauma cirúrgico, que está relacionado ao risco de broncoaspiração.
- (D) A analgesia pós-operatória de cirurgia abdominal deve ser realizada de forma preventiva, dando preferência aos analgésicos opiáceos ao invés dos anti-inflamatórios não esteroidais, como, por exemplo, a dipirona e o paracetamol.
- (E) Deve ser administrada a antibioticoterapia em pacientes acima de setenta anos de idade desnutridos, diabéticos ou obesos e em pacientes portadores de doenças reumatológicas que serão submetidos a cirurgias limpas.

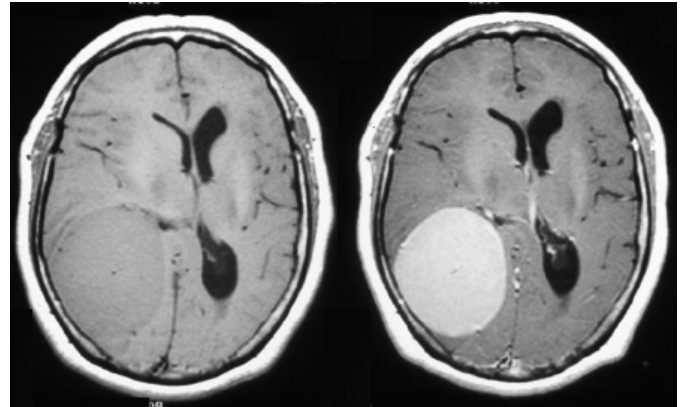
### QUESTÃO 48

Acerca da hérnia paracolostômica, assinale a alternativa correta.

- (A) A hérnia paracolostômica pode ser abordada utilizando-se um reparo local, transabdominal (aberta, laparoscópica ou robótica), ou reposicionando-se a colostomia.
- (B) O reparo local da hérnia paracolostômica pela técnica de Sugarbaker está contraindicado, pois apresenta alta taxa de recorrência.
- (C) A colocação de uma tela de polipropileno posteriormente ao músculo reto abdominal, no momento da confecção da colostomia terminal definitiva, elimina o risco de formação de hérnia paracolostômica.
- (D) A hérnia paracolostômica sempre deve ser abordada para evitar possíveis complicações, tais como: desconforto local; problemas com a manipulação da bolsa; e obstrução intestinal.
- (E) A isquemia, o desabamento e a estenose do cólon estão relacionados ao aparecimento da hérnia paracolostômica.

### QUESTÃO 49

Uma paciente de 57 anos de idade, proveniente do interior de São Paulo, refere cefaleia holocraniana há cerca de quatro anos. Há três meses, houve uma piora da cefaleia, acompanhada de episódios de vômitos e dificuldade para caminhar. Ao exame físico, apresentava fundo de olho com edema de papila bilateral e hemiparesia no hemisfério esquerdo. Realizou investigação complementar com exames de ressonância magnética sem e com contraste, que evidenciaram as imagens abaixo.



RM T1 sem contraste

RM T1 com contraste

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- (A) A evolução, o exame clínico e o exame de imagem sugerem o diagnóstico de uma neoplasia de natureza maligna.
- (B) Trata-se de lesão cística compatível com neurocisticercose.
- (C) O foco primário mais provável é a mama.
- (D) O tratamento baseia-se primariamente apenas na ressecção cirúrgica.
- (E) Trata-se de um tumor benigno localizado na fossa posterior.

### QUESTÃO 50

Um paciente de 55 anos de idade, tabagista, com antecedente de hipertensão arterial controlada, ao final da primeira semana após a rotura de um aneurisma cerebral congênito, com hemorragia subaracnóidea espontânea, apresentou nítida piora das condições neurológicas.

Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que a evolução é mais provavelmente justificada pela ocorrência de

- (A) vasoespasmo cerebral.
- (B) hidrocefalia oculta.
- (C) ressangramento do aneurisma.
- (D) embolia cerebral.
- (E) trombose cerebral.