

NOME

INSCRIÇÃO

SALA

LUGAR

DOCUMENTO

DATA DE NASC

ESPECIALIDADE

PROVA DE MÚLTIPLA ESCOLHA – ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

ASSINATURA DO CANDIDATO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

Tipo de Prova

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

Concurso de Admissão - 2015
Prova de Múltipla Escolha (16/11/2014)

ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS



UNICAMP

COREME / FCM / COMVEST

INSTRUÇÕES AOS CANDIDATOS

- Verifique se este caderno contém um total de 50 questões, numeradas de 1 a 50. Caso contrário solicite ao fiscal da sala outro caderno completo.
- As duas provas terão a duração total de **4 horas e 30 minutos**, incluindo o tempo para preenchimento da folha de resposta.
- Cada candidato receberá uma folha de respostas, que deverá ser devidamente assinada e preenchida com **caneta esferográfica preta**.
- As folhas de respostas deverão permanecer sem qualquer sinal de dobra ou amassado.
- Não deixe questões sem resposta. Não será permitido o uso de calculadoras.
- **Preencha apenas uma letra (alternativa) para cada questão. Mais de uma resposta anulará a questão.**
- Observe que todas as respostas devem estar marcadas em **preto**, não cinza.
- O candidato só poderá sair após 2 horas do início da prova.
- Somente será permitida a saída de um candidato da sala de exames quando acompanhado por um fiscal.
- As folhas de respostas que não forem entregues após **4 horas e 30 minutos** do início da prova serão recolhidas.
- O caderno de prova **deverá ser entregue** ao final da prova, sugerimos que reserve alguns minutos da prova para copiar o gabarito na folha recebida, para posterior conferência com o gabarito oficial.
- A prova e o gabarito oficial serão divulgados a partir das 19 horas de 16/11/2014 pela *internet* nos sites: ***<http://www.fcm.unicamp.br/residências-em-saude>***

BOA PROVA!

01. Jovem é admitido no pronto socorro de um Hospital Referenciado em Trauma, apresentando ferimento por projétil de arma de fogo transfixante látero-lateral no pescoço (zona II), com pequeno hematoma à esquerda, estável hemodinamicamente e sem insuficiência respiratória. **APÓS ATENDIMENTO INICIAL PRECONIZADO PELO ATLS[®], DEVE-SE INDICAR:**

- a) Tomografia computadorizada.
- b) Arteriografia e endoscopia digestiva alta.
- c) Broncoscopia e doppler dos vasos cervicais.
- d) Cervicotomia exploradora.

02. EM RELAÇÃO AO USO DO ÁCIDO TRANEXÂMICO EM TRAUMATIZADOS COM HEMORRAGIA GRAVE, É CORRETO AFIRMAR:

- a) Deve ser administrado em todo paciente com choque hipovolêmico grau II.
- b) A dose é 1 g em bolus e outro 1 g nas primeiras 8 horas para doentes que serão hemotransfundidos, e admitidos após 3 horas do trauma.
- c) Deve ser administrado em pacientes com indicação de protocolo de transfusão maciça.
- d) Está indicado em todo paciente com trauma penetrante em conjunto com hipotensão permissiva.

03. NO TOCANTE À MENSURAÇÃO DA PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL (PIA) DEVE-SE:

- a) Instilar 50 ml de soro fisiológico na bexiga e zerar o transdutor na altura da sínfise púbica.
- b) Instilar 25 ml de soro fisiológico na bexiga e zerar o transdutor na altura da sínfise púbica.
- c) Instilar 50 ml de soro fisiológico na bexiga e zerar o transdutor na altura das cristas ilíacas.
- d) Instilar 25 ml de soro fisiológico na bexiga e zerar o transdutor na altura das cristas ilíacas.

04. OS DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS MAIS FREQUENTES NO PÓS-OPERATÓRIO EM UM PACIENTE COM VÔMITOS SÃO:

- a) Desidratação e hipocalcemia.
- b) Hipernatremia e hipocalcemia.
- c) Hiperidratação e hipomagnesemia.
- d) Desidratação e hiponatremia.

05. NO TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO NO ADULTO, QUAL DAS SITUAÇÕES ABAIXO INDICA TRATAMENTO OPERATÓRIO?

- a) Trauma esplênico grau III, com hematoma subcapsular maior que 50%.
- b) Trauma hepático grau IV, com fratura de parênquima envolvendo 50% do lobo direito.
- c) Trauma renal grau IV, com envolvimento do sistema coletor.
- d) Trauma de pâncreas grau II, com lesão de parênquima e ausência de lesão do ducto pancreático principal.

06. Paciente é submetido à laparotomia devido ferimento por arma branca, sendo identificadas extensa lesão de jejuno (tratada com enterectomia e anastomose primária), estômago (sutura) e baço (esplenectomia). No 2º pós-operatório apresentou 2 picos febris de 38,5°C. **A CAUSA MAIS PROVÁVEL DA FEBRE E A CONDUTA SÃO, RESPECTIVAMENTE:**

- a) Peritonite; ultrassonografia de abdome.
- b) Atelectasia; radiograma de tórax.
- c) Sepses; vacina anti-encapsulados.
- d) Trombose venosa profunda; uso de heparina de baixo peso.

07. EM RELAÇÃO AOS ÍNDICES DE TRAUMA, O ESCORE DE TRAUMA REVISADO (*TRAUMA REVISED SCORE* OU *RTS*), CALCULADO NA ADMISSÃO DO DOENTE, UTILIZA COMO PARÂMETROS:

- a) Escala de coma de Glasgow, frequência cardíaca e pressão arterial média.
- b) Pressão arterial, frequência cardíaca e idade do doente (< ou ≥ à 54 anos).
- c) Mecanismo de trauma (penetrante ou fechado), idade do doente (< ou ≥ à 54 anos) e Índice de Gravidade da Lesão (ISS).
- d) Frequência respiratória, pressão arterial sistólica e escala de coma de Glasgow.

08. Paciente foi submetido à angioplastia transluminal percutânea (PTA) com recanalização e colocação de um stent (prótese metálica) em artéria femoral superficial. **A CLASSE DE MEDICAMENTOS QUE DEVE SER PRESCRITA NO PÓS-OPERATÓRIO É:**

- a) Beta-bloqueadores.
- b) Bloqueadores de canal de cálcio.
- c) Antiagregantes plaquetários.
- d) Anticoagulantes (rivaroxabana, enoxaparina, warfarina)

09. Homem, 35a, dá entrada no pronto socorro com quadro de febre alta, acompanhada de calafrios e seguida de sudorese intensa, mialgias e queda do estado geral há 36 horas. Percebeu dor e inchaço na perna direita. Exame físico: área avermelhada em face interna do membro inferior direito, apresentando trajeto hiperemiado até a região alta da coxa. Linfonodos inguinais aumentados. Presença de tinha pedis interdigital. **QUAL É O PROVÁVEL DIAGNÓSTICO, O EXAME COMPLEMENTAR A SER SOLICITADO E A CONDUTA?**

- a) Tromboflebite superficial; ultrassonografia dúplex; anticoagulação oral.
- b) Trombose venosa profunda; angiogramografia; anticoagulação parenteral.
- c) Crise aguda de gota; dosagem do ácido úrico; colchicina oral.
- d) Erisipela; hemograma; antibioticoterapia com penicilina.

10. Paciente com lesão trófica em artelhos e obstrução arterial do segmento fêmoro-poplíteo é internado para tratamento cirúrgico. **O MELHOR SUBSTITUTO ARTERIAL A SER UTILIZADO NA CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DESTE PACIENTE É:**

- a) Safena interna.
- b) Safena externa.
- c) Prótese de poliéster (Dacron).
- d) Prótese de politetrafluoroetileno expandido (PTFE).

11. Homem, 67a, dá entrada no pronto socorro com queixa de dor abdominal irradiada para as costas há 2 horas. No momento do início da dor, sentiu-se mal, chegando a perder os sentidos rapidamente. Agora, a dor é intensa e acompanhada de sensação de morte iminente. Exame físico: PA= 70x40mmHg, FC= 120bpm. Apresenta-se com agitação psicomotora, descorado +3/+4, todos os pulsos periféricos presentes. Abdome: doloroso, tenso e distendido, com massa pulsátil mal delimitada em mesogastro. **FRENTE A ESTE QUADRO CLÍNICO, QUAL A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA MAIS PROVÁVEL E A CONDUTA DEFINITIVA?**

- a) Aneurisma roto de aorta abdominal; laparotomia exploradora.
- b) Dissecção aguda de aorta; colocação de endoprótese em aorta.
- c) Isquemia mesentérica aguda; desobstrução por cateterismo.
- d) Ruptura e hemorragia de cisto renal; nefrectomia por lombotomia.

12. COM RELAÇÃO AOS TUMORES CORTICAIS ADRENAIS (TCA), ASSINALE A ALTERNATIVA QUE MELHOR DEFINE O COMPORTAMENTO BIOLÓGICO DESTAS NEOPLASIAS.

- a) São tumores benignos e assintomáticos.
- b) São produtores de catecolaminas que causam picos hipertensivos.
- c) São tumores endocrinologicamente ativos, geralmente causando Síndrome de Cushing ou virilização na criança.
- d) A ressecção cirúrgica não deve ser indicada devido ao risco de ocorrer Síndrome de Addison agudo.

13. A integridade anatômica e funcional da junção ureteropélvica (JUP) é essencial para a condução da urina da pelve para o ureter. Lesões desta região prejudicam o esvaziamento renal, determinam o aumento da pressão intrapélvica e intrarrenal e dilatam o sistema pielocalicial, levando à hidronefrose e atrofia renal. COM RELACÃO À ESTENOSE DE JUP, ASSINALE A ALTERNATIVA INCORRETA.

- a) Quando há suspeita de estenose de JUP no período pré-natal, poucos dias após o nascimento, um exame ultrassonográfico deve ser repetido, pois muitos casos de hidronefrose intrauterina são resolvidos espontaneamente sem nenhuma medida terapêutica específica.
- b) A urografia excretora é um exame importante na investigação do lactente e deve ser realizada sempre que possível para mostrar a anatomia da pelve renal e se há outras malformações associadas.
- c) A cintilografia renal estática com DMSA é fundamental, pois irá quantificar a função renal e muitas vezes definir a conduta cirúrgica.
- d) A conduta cirúrgica de eleição é a pieloplastia desmembrada.

14. Menino, 6a, portador de paralisia cerebral espástica, apresenta desnutrição grau III, distúrbio de deglutição, vômitos e pneumonias de repetição, que persistem mesmo após a colocação de uma sonda nasoenteral para alimentação. Endoscopia digestiva realizada há 15 dias demonstrou esofagite grau C de Los Angeles. Devido a dificuldades de alimentação, foi indicada a realização de gastrostomia. A MELHOR PROPOSTA CIRÚRGICA PARA ESTA CRIANÇA É:

- a) Gastrostomia endoscópica.
- b) Gastrostomia convencional.
- c) Gastrostomia associada à válvula anti-refluxo.
- d) Gastrostomia associada à piloroplastia.

15. Criança com dor escrotal aguda apresenta um dilema diagnóstico urgente, onde os achados patognomônicos são infrequentes e dano espermato gênico ocorre entre 6 horas e 24 horas de início dos sintomas, quando se tratar de torção testicular. **COM RELAÇÃO AO ESCROTO AGUDO, ASSINALE A ALTERNATIVA INCORRETA.**

- a) A torção intravaginal é a mais comum, sendo responsável por mais de 90% dos casos de torção de testículo em crianças e quase 100% ocorre após os 2 primeiros anos de vida.
- b) Ao exame físico, o testículo pode estar horizontalizado e retraído.
- c) Todos os casos com menos de 24 horas de história e que não apresentarem sinais claros de torção de apêndice testicular ou de orquiepididimite devem ser operados imediatamente, sem necessidade de exames complementares.
- d) A presença de nódulo azul na bolsa e nódulo preto à transluminação são sugestivos de torção testicular.

16. EM RELAÇÃO À CIRURGIA DA VALVA MITRAL, É CORRETO AFIRMAR:

- a) Anuloplastias, transferência de cordoalhas e encurtamento de cordoalhas são técnicas cirúrgicas aplicáveis apenas em pacientes com insuficiência mitral associada à coronariopatia.
- b) Indivíduos com doença mitral de etiologia reumática devem ser submetidos à troca valvar porque o reparo valvar não é factível nestes pacientes.
- c) A dupla agregação plaquetária com clopidogrel e ácido acetilssalicílico é alternativa para substituir o uso de dicumarínicos em gestantes submetidas à troca de valva mitral por prótese mecânica.
- d) Pacientes submetidos à troca valvar mitral e que apresentam fibrilação atrial crônica, se beneficiam da exclusão cirúrgica da aurícula esquerda para profilaxia de fenômenos tromboembólicos.

17. Homem, 62a, está internado há 2 dias com infarto agudo do miocárdio (IAM) em parede anterior. Apresenta no 4º dia pós-IAM, piora hemodinâmica, tendência à hipotensão, congestão pulmonar, ausculta de novo sopro cardíaco rude em borda esternal. Evolui com choque cardiogênico. **O PROVÁVEL DIAGNÓSTICO É:**

- a) Aneurisma de ventrículo esquerdo em parede anterior.
- b) Comunicação interventricular pós-infarto agudo do miocárdio.
- c) Insuficiência aórtica aguda por rotura de cúspide não coronariana.
- d) Insuficiência do músculo papilar.

18. SOBRE PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO, ASSINALE A AFIRMATIVA CORRETA:

- a) A fibrilação atrial na primeira semana de pós-operatório é uma ocorrência rara e quando ocorre, o paciente deve ser submetido rapidamente a novo estudo coronariográfico.
- b) O início precoce de antiagregação plaquetária no pós-operatório se relaciona com maior índice de perviedade dos enxertos venosos.
- c) No pós-operatório imediato, por sua baixa especificidade, o eletrocardiograma (ECG) não deve ser levado em consideração para o diagnóstico de infarto perioperatório.
- d) O tamponamento cardíaco deve ser suspeitado em pacientes que se mantêm taquicárdicos e hipertensos apesar do uso de anti-hipertensivos.

19. Homem, 48a, é submetido à troca de valva aórtica por estenose grave, com importante calcificação de valva aórtica bicúspide. No pós-operatório imediato, evolui com bloqueio átrio-ventricular (BAV) de segundo grau tipo 2:1. **É CORRETO AFIRMAR:**

- a) Deve ser estimulado com marcapasso provisório e caso não haja resolução em uma ou duas semanas, deve ser programado implante de marcapasso definitivo.
- b) A troca de valva aórtica bicúspide apresenta maior risco de ocorrência de bloqueios átrio-ventriculares no pós-operatório imediato.
- c) O paciente deve receber 1 mg de atropina até atingir dose máxima para seu peso antes de fazer uso de estimulação com marcapasso.
- d) Deve ser implantado marcapasso definitivo o quanto antes, devido à alta correlação da estenose aórtica calcífica com bloqueios átrio-ventriculares.

20. Mulher, 55a, é vítima de agressão familiar e comparece a um pronto socorro onde só há aparelho de radiografia. Exame físico: edema de região malar direita, hipoestesia da asa nasal e hemilabial superior direita e acuidade visual normal. **VOCÊ SUSPEITARIA DE QUE FRATURA DOS OSSOS DA FACE? QUAL A POSIÇÃO RADIOGRÁFICA A SER SOLICITADA?**

- a) Arco zigomático; Posição de Hirtz.
- b) Assoalho de órbita; Posição de Hirtz.
- c) Osso malar; Posição pósterio-anterior de crânio.
- d) Rebordo orbitário; Posição de Waters.

21. O TUMOR MALIGNO MAIS COMUMENTE ENCONTRADO EM CICATRIZES DE TRAUMA E QUEIMADURAS É:

- a) Carcinoma basocelular.
- b) Carcinoma espinocelular.
- c) Melanoma.
- d) Sarcoma.

22. QUANTO À IMPORTÂNCIA DA FIBRINA NA CICATRIZAÇÃO DAS FERIDAS, PODEMOS AFIRMAR:

- a) Promovem a integração entre as colagenases.
- b) Servem de suporte para as fibras colágenas.
- c) Aumentam a síntese de enzimas facilitadoras da cicatrização.
- d) Induzem a ação dos fibroblastos em reparações pela degradação da vitamina C.

23. Com relação à hiponatremia. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA.

- a) A correção da hiponatremia deve ser realizada de forma rápida, evitando-se o risco de complicações neurológicas graves como convulsões e coma.
- b) É um distúrbio eletrolítico muito frequente e a principal causa nos pacientes neurológicos é o *Diabetes insipidus*.
- c) Solução salina isotônica (SF0,9%) é o tratamento mais adequado para as hiponatremias hipovolêmicas.
- d) A hiponatremia causada pela Secreção Inapropriada do Hormônio Antidiurético (SIADH) deve ser tratada com reposição hormonal através da administração intranasal de desmopressina.

24. EM RELAÇÃO AOS ÍNDICES DE GRAVIDADE DE PACIENTES CIRÚRGICOS, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- a) São definidos como uma classificação numérica relacionada a determinadas características apresentadas pelos pacientes e não proporcionam meios para avaliar as probabilidades de mortalidade.
- b) Os índices de gravidade *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE) e o *Simplified Acute Physiological Score* (SAPS) devem ser utilizados após 48 horas de internação.
- c) Em pacientes submetidos à cirurgia eletiva o melhor índice de gravidade é o *Injury Severity Score* (ISS).
- d) Para descrever a disfunção orgânica dos pacientes cirúrgicos é indicado o uso do *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA).

25. QUAL DOS ITENS ABAIXO INCLUI FATORES DE RISCO PARA CANDIDEMIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:

- a) Cateter venoso central e perfuração do trato gastrointestinal.
- b) Nutrição enteral prolongada e procedimentos cirúrgicos abdominais.
- c) Uso de vancomicina e deiscências de ferida abdominal.
- d) Alta pontuação no APACHE II e cultura positiva para Enterococos Resistentes a Vancomicina (VRE).

26. EM RELAÇÃO AO *DELIRIUM* EM PACIENTES INTERNADOS, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA.

- a) Durante a hospitalização a incidência diminui, sendo bastante incomum em pacientes cirúrgicos e mais frequentes em pacientes clínicos.
- b) São fatores de risco: idade, demência, depressão, etilismo, tabagismo, comprometimento visual e comprometimento auditivo.
- c) Para o diagnóstico é necessário exame de neuroimagem (tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética) e um eletroencefalograma.
- d) Dexmedetomidina é a primeira opção no tratamento.

27. SÃO CONTRAINDICAÇÕES PARA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA:

- a) Instabilidade hemodinâmica com RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) = 0 e pós-operatório de toracotomia.
- b) Via aérea difícil com classificação Cormack-Lehane III e obesidade mórbida.
- c) Volumosa quantidade de secreção em via aérea e rebaixamento do nível de consciência.
- d) Ascite volumosa e pós-operatório de transplante de fígado.

28. QUANTO AO DERRAME PLEURAL PARAPNEUMÔNICO, É CORRETO AFIRMAR:

- a) Em derrames pequenos não há necessidade de drenagem, mesmo que este apresente critérios de complicação.
- b) Internação, antibioticoterapia e drenagem pleural em selo d'água são a terapia inicial na fase exsudativa do empiema.
- c) São considerados critérios de complicação do derrame: $\text{pH} < 7,2$; glicose $> 60\text{mg/dl}$ e $\text{LDH} < 1000\text{ui/l}$.
- d) Tomografia computadorizada de tórax e pleuroscopia são sempre necessárias na avaliação e tratamento na fase exsudativa do empiema.

29. EM RELAÇÃO ÀS LESÕES DO MEDIASTINO É CORRETO AFIRMAR:

- a) Linfoma e timoma são encontrados preferencialmente no mediastino médio.
- b) Os timomas podem invadir estruturas adjacentes e frequentemente geram metástases hematogênicas.
- c) O mediastino médio é o local mais frequente de localização dos tumores do mediastino.
- d) Metade dos pacientes com timoma podem apresentar síndromes paratímicas como miastenia gravis e hipogamablobulinemia.

30. A RESPEITO DA NEOPLASIA PULMONAR É INCORRETO AFIRMAR:

- a) A suspeita radiológica de acometimento linfonodal mediastinal (N2) contra-indica o tratamento cirúrgico.
- b) Até 10% dos pacientes apresentam metástases em sistema nervoso central no momento do diagnóstico.
- c) Broncoscopia é necessária na avaliação de todos os casos e é utilizada para diagnóstico, estadiamento endoscópico e planejamento cirúrgico.
- d) Além do estadiamento clínico e radiológico para se considerar o tratamento cirúrgico, devem ser realizados espirometria, teste da caminhada e gasometria arterial.

31. Mulher, 65a, apresenta massa cervical esquerda, medindo 4 cm de diâmetro, semi-fixa, pulsátil e de evolução lenta. QUAL A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E O EXAME COMPLEMENTAR PARA DIAGNÓSTICO?

- a) Hemangioma cavernoso; tomografia com contraste.
- b) Quimiodectoma; tomografia sem contraste.
- c) Hemangioma cavernoso; angiorressonância.
- d) Quimiodectoma; angiorressonância.

32. Mulher, 32a, realizou ultrassonografia cervical para investigar obesidade. Achado de nódulo tireoideano de lobo esquerdo, medindo 9 mm. A punção aspirativa mostrou citologia Bethesda IV. Optado por lobectomia. Laudo anatomopatológico confirmou carcinoma papilífero variante clássica, encapsulado. A CONDUTA É:

- a) Totalização da tireoidectomia.
- b) Totalização e iodoablação.
- c) Supressão do TSH com l-tiroxina exógena.
- d) Seguimento com ultrassonografia.

33. Mulher, 42a, é portadora de lesão enegrecida em dorso, sem adenomegalias palpáveis, cujo laudo do patologista revelou melanoma Breslow 0,69 mm, Clark III, sem ulceração, com 2 mitoses/ campo de maior aumento. **A CONDUTA É:**

- a) Ampliação de margens em 2 cm e pesquisa de linfonodo sentinela.
- b) Ampliação de margens em 2 cm.
- c) Ampliação de margens em 1 cm e pesquisa de linfonodo sentinela.
- d) Ampliação de margens em 1 cm.

34. Mulher, 69a, foi submetida a “sling” pubovaginal sintético retropúbico há 1 ano para tratamento de incontinência urinária aos esforços, típica. Evoluiu com continência, porém queixando-se de disúria e polaciúria progressivas que persistem até o momento. Já foi avaliada com 3 uroculturas que se mostraram negativas e urinálises nas quais foi identificada hematúria microscópica persistente. **QUAL A CONDUTA INICIAL?**

- a) Iniciar reposição estrogênica tópica para tratamento dos sintomas irritativos urinários e da hematuria, que decorrem, provavelmente, da hipostrogonia pós-menopausa.
- b) Solicitar ultrassonografia pélvica transvaginal para avaliar doenças uterinas que poderiam justificar as queixas.
- c) Solicitar estudo urodinâmico com a finalidade de se verificar a hipótese de obstrução infravesical e/ou hiperatividade detrusora secundária ao sling.
- d) Realizar uretrocistoscopia a fim de avaliar a presença de erosão uretral/vesical da prótese.

35. Mulher, 25a, recupera-se sem complicações após a doação de um rim para sua irmã. **O TEMPO EM QUE ELA DEVE EVITAR UMA GESTAÇÃO É:**

- a) 6 meses.
- b) 12 meses.
- c) 24 meses.
- d) Não precisa fazer restrição quanto à gestação.

36. A NEFRECTOMIA PRÉ-TRANSPLANTE RENAL É INDICADA PARA:

- a) Hipertensão controlada com medicação.
- b) Infecção urinária prévia.
- c) Cálculos renais não tratáveis por procedimentos minimamente invasivos.
- d) Refluxo vésico-ureteral grau II.

37. Homem, 45a, comparece ao pronto socorro apresentando febre, pneumatúria e fecalúria há 48 horas. Refere que nos últimos 3 anos, apresentou episódios de dor abdominal em flanco esquerdo, acompanhados por febre e 2 internações hospitalares.

EM RELAÇÃO A ESTE CASO, PODE-SE AFIRMAR QUE:

- a) Deve-se realizar ultrassonografia de vias urinárias e passagem de sonda vesical de demora.
- b) O fator etiológico mais comum é o adenocarcinoma colorretal.
- c) Medidas conservadoras e antibioticoterapia de largo espectro são resolutivas.
- d) A investigação diagnóstica deve incluir tomografia computadorizada e colonoscopia.

38. NA DOENÇA DE CROHN COM ACOMETIMENTO ILEAL, PODE-SE AFIRMAR QUE:

- a) A dosagem de calprotectina fecal é útil para o acompanhamento terapêutico.
- b) Apresenta maior incidência em mulheres.
- c) A associação de mesalazina e prednisona é a melhor opção terapêutica de manutenção.
- d) O tratamento cirúrgico evolui com baixas taxas de recidiva, devendo ser o tratamento de escolha.

39. COM RELAÇÃO À DOENÇA HEMORROIDÁRIA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- a) A ligadura elástica é procedimento indicado nas hemorróidas graus III e IV.
- b) A cirurgia de Milligan Morgan apresenta menor recidiva do que as técnicas não excisionais.
- c) A anopexia mecânica com uso de grampeador circular apresenta baixa taxa de recidiva em longo prazo.
- d) A desarterização hemorroidária transanal (THD) consiste no selamento de vasos hemorroidários utilizando bisturi harmônico.

40. A PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES NO ADULTO:

- a) Apresenta alta sensibilidade.
- b) Deve ser empregada como exame inicial em pacientes sintomáticos.
- c) Apresenta como indicação o rastreamento de câncer colorretal.
- d) Não tem indicação de ser realizada na triagem, pois a colonoscopia é o exame mais utilizado.

41. Homem, 55a, portador de adenocarcinoma de antro gástrico, foi submetido à gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux. No 5º pós-operatório foi diagnosticado fístula do fechamento do duodeno. **A CONDUTA É:**

- a) Cuidados com a fístula e manutenção de alimentação via oral.
- b) Reoperação e sutura do duodeno.
- c) Jejum via oral e nutrição parenteral total.
- d) Duodenoscopia e injeção de cola de fibrina na fístula.

42. NA LINFADENECTOMIA D2, INDICADA NO ADENOCARCINOMA DE ANTRO GÁSTRICO, QUAIS SÃO OS LINFONODOS JUNTO DA PEQUENA E GRANDE CURVATURA GÁSTRICA E DUODENO QUE OBRIGATORIAMENTE DEVEM SER REMOVIDOS?

- a) 1, 2, 3 e 4.
- b) 3, 4, 5 e 6.
- c) 1, 2, 7, 8 e 9.
- d) 3, 4, 10 e 11.

43. EM RELAÇÃO ÀS ALTERNATIVAS ABAIXO, ASSINALE A AFIRMATIVA INCORRETA:

- a) A cirurgia de Jaboulay está indicada nas estenoses pilóricas e duodenais.
- b) A cirurgia de Serra-Dória está indicada no megaesôfago recidivado.
- c) As cirurgias de Finney e Heineke-Mikulicz são semelhantes, apenas foram descritas em países e épocas diferentes.
- d) As cirurgias de Nissen, Lind e Toupet estão indicadas no tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico.

44. EM RELAÇÃO À INSUFICIÊNCIA PRIMÁRIA DE ENXERTO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DO TRANSPLANTE DE FÍGADO, QUAL DAS ALTERNATIVAS ABAIXO USUALMENTE NÃO ESTÁ PRESENTE NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO :

- a) Hiperglicemia.
- b) Coagulopatia.
- c) Acidose Metabólica.
- d) Encefalopatia.

45. Homem, 24a, vem encaminhado ao ambulatório por achado de lesão hepática (hipoecogênica, 90 mm, nos segmentos VII e VIII) na ultrassonografia de abdome. Refere emagrecimento de 12 kg em 3 meses, sem outras queixas. Nega etilismo ou drogadição. Traz exames de sorologia para hepatite B e C negativas. Realizada Tomografia de Abdome Multislice: lesão com hipercaptação de contraste na fase arterial, lavagem rápida de contraste nas demais fases, bordos pouco definidos, áreas de necrose, sem invasão vascular. **FRENTE A ESTES ACHADOS, A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Hemangioma hepático.
- b) Adenoma hepático.
- c) Carcinoma hepatocelular variante fibrolamelar.
- d) Hiperplasia nodular focal.

46. Paciente se encontra no 7º dia de pós-operatório de artrodese de joelho e orientado para analgesia sempre que dor. Voltou ao serviço de origem com quadro de adinamia, leve dor abdominal, icterícia e sonolência. Negava febre. Ferida cirúrgica apresentava bom aspecto. Exames laboratoriais: AST= 3.500U/L, ALT= 5.600U/L, BT= 18,5mg/dl, RNI= 4,5. Ultrassonografia de abdome: dentro da normalidade. Foi feita a hipótese diagnóstica de hepatite fulminante. **EM RELAÇÃO AO DIAGNÓSTICO DE HEPATITE FULMINANTE, QUAL DAS ALTERNATIVAS ABAIXO NÃO FAZ PARTE DOS CRITÉRIOS QUE AUXILIAM NA DEFINIÇÃO DE HEPATITE FULMINANTE?**

- a) RNI > 3,5.
- b) BT > 17,5mg/dl.
- c) Encefalopatia acima de 7 dias do início da icterícia.
- d) Ascite.

47. Mulher, 34a, submetida ao *bypass* gástrico em Y de Roux devido obesidade mórbida há 9 meses, comparece ao pronto socorro com queixa de dor abdominal em quadrante superior direito, acompanhadas de náuseas, vômitos, icterícia, colúria e acolia fecal. Realizada colangiorressonância de abdome que mostrou colecistolítase e coledocolítase, com via biliar comum medindo 3,5 cm de diâmetro e cálculo impactado na papila duodenal. **A CONDUTA PARA ESTE CASO É:**

- a) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) e colecistectomia.
- b) Colecistectomia e derivação biliodigestiva colédoco-duodenal.
- c) Colecistectomia e papiloesfincteroplastia transduodenal.
- d) Drenagem biliar externa guiada por ultrassonografia e colecistectomia.

48. SOBRE AS ALTERAÇÕES PRECOSES NO METABOLISMO GLICÊMICO E REGULAÇÃO DA SACIEDADE QUE OCORREM APÓS O *BYPASS* GÁSTRICO EM Y DE ROUX, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- a) Ocorre elevação nos níveis de grelina, levando a efeito hiporexígeno.
- b) Os níveis de PYY se reduzem, levando a aumento da resistência insulínica.
- c) Os níveis de GLP-1 se elevam, levando a aumento da sensibilidade insulínica.
- d) Ocorre redução nos níveis de GIP, levando a efeito hiperorexígeno.

49. DENTRE OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ABAIXO, QUAL ESTÁ ASSOCIADO A MAIORES ÍNDICES DE REVERSÃO DO *DIABETES MELLITUS* TIPO 2?

- a) Banda gástrica ajustável.
- b) *Bypass* gástrico em Y de Roux.
- c) Gastrectomia vertical.
- d) Derivação biliopancreática.

50. EM RELAÇÃO À NEOPLASIA INTRADUCTAL PAPILAR MUCINOSA DO PÂNCREAS (IPMN), ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- a) A linhagem gástrica é a mais frequente e está associada ao carcinoma tubular.
- b) A variante colóide do carcinoma invasivo associado ao IPMN tem pior prognóstico.
- c) O tratamento do IPMN de ducto principal é a punção percutânea e esvaziamento.
- d) O risco de malignização no IPMN de ductos secundários é inferior a 10%.

