

1 - Paciente de 23 anos é admitido no PS com queixa de enterorragia há 1 hora. Relata dois episódios de hemorragia digestiva anteriores com parada espontânea do sangramento. Ao exame apresenta-se hipotenso, taquicárdico e descorado, mas após reposição volêmica adequada fica hemodinamicamente normal. A endoscopia digestiva alta e a colonoscopia não mostram lesões, apenas restos hemáticos no cólon. Realizou mapeamento com Tecnécio que mostrou captação anômala em topografia de flanco direito. Optado pelo tratamento operatório, a cirurgia de eleição é:

- 1) Gastrectomia total por Lesão de Dieulafoy.
- 2) Gastrectomia parcial por Síndrome de Gardner.
- 3) Diverticulectomia de delgado por divertículo de Meckel.
- 4) Colectomia direita por tumor carcinóide do ceco.
- 5) Colectomia do cólon transverso por angiodisplasia de cólon.

2 - Mulher de 40 anos, com antecedente de três episódios de hematêmese por varizes esofágicas, sendo o último há 3 meses, foi submetida a investigação da etiologia da hipertensão portal sendo diagnosticada Síndrome de Budd- Chiari. Não tinha sinais de insuficiência hepática. A Tomografia de abdome mostrou grande hepatomegalia com hipertrofia do lobo caudado, obstrução da veia cava retrohepática e ausência de ascite. Qual das alternativas abaixo apresenta a provável etiologia para esse caso?

- 1) Obstrução da veia cava inferior.
- 2) Obstrução proximal da veia porta.
- 3) Obstrução das veias hepáticas.
- 4) Obstrução distal da veia porta.
- 5) Obstrução segmentar do ramo direito da veia porta.

3 - Com relação à doente anterior **(2)**, foi indicado tratamento operatório. Das alternativas abaixo, qual a melhor opção cirúrgica?

- 1) Derivação mesentérico-cava.
- 2) Derivação mesentérico-atrial.
- 3) Derivação porto-cava látero-lateral.
- 4) Derivação porto-cava término-lateral.
- 5) Derivação porto-cava calibrada.

4 - Jovem de 20 anos é admitido no Pronto Socorro referindo que há 6 dias começou a apresentar dor abdominal em epigastro e vômitos, tendo procurado serviço médico onde foi medicado e liberado. A dor abdominal tornou-se difusa e de forte intensidade, acompanhada de febre e diarreia motivo pelo qual procurou outro PS. Na admissão encontrava-se toxemiado, hipotenso e com sinais de peritonite ao exame clínico. Foi indicado tratamento operatório. O achado foi peritonite purulenta difusa por apendicite aguda em fase IV de evolução, com perfuração de terço médio do apêndice, mas com necrose que se estendia até o ceco, sendo optado por fechamento à ParkerKerr. Caso o cirurgião opte por drenagem da cavidade, essa drenagem é devida:

- 1) À peritonite difusa.
- 2) À sutura do ceco.
- 3) Ao quadro séptico.
- 4) Ao descolamento necessário para a realização da colectomia direita.
- 5) Ao fato de que toda apendicectomia deva ser drenada, pois se trata de uma cirurgia contaminada

5 - Com relação ao megacólon chagásico assinale a alternativa **ERRADA**:

- 1) O fecaloma é causa de obstrução intestinal agudo sendo o tratamento inicial clínico.
- 2) O volvulo de sigmóide pode ser diagnosticado pelo Rx simples de abdome.
- 3) O tratamento inicial do volvulo de sigmóide pode ser feito pela manobra de Bruusgaard.
- 4) O sinal de Gersuny sugere o diagnóstico de fecaloma.
- 5) O megacólon tóxico é causa de obstrução mecânica complicada.

6 - Paciente de 70 anos é admitido no PS com queixa de dor em HCD, febre não aferida e icterícia há 5 dias. Ao exame clínico apresenta-se desidratado, taquicárdico, febril com 38^o C, ictérico. Sinal de Murphy negativo. Apresentava hipocolia e colúria. Com relação a esse caso todas estão corretas, **EXCETO**:

- 1) O método inicial de investigação diagnóstica de escolha é o ultrassom de abdome.
- 2) O paciente apresenta a Tríade de Charcot que está presente em 50 a 70% dos casos de colangite aguda, sendo essa a principal hipótese diagnóstica nesse caso.
- 3) Como o paciente é idoso e já apresenta sinais de sepse deve ser submetido à colecistectomia de urgência, pois o quadro clínico é de colecistite aguda classe III de Tóquio.
- 4) A conduta terapêutica definitiva depende do diagnóstico etiológico.
- 5) A base do tratamento inicial na urgência é a hidratação, antibioticoterapia endovenosa e a descompressão da via biliar que deve ser feita preferencialmente por via endoscópica.

7 - Assinale a alternativa **ERRADA**:

- 1) A síndrome de Mallory-Weiss é caracterizada por lacerações da mucosa esofágica após episódios de vômitos incoercíveis, levando à hematêmese.
- 2) A lesão de Dieulafoy é malformação vascular, de origem arterial.
- 3) Nos aneurismas de aorta com fístula aortoentérica primária, a fístula forma-se em qualquer região do aneurisma, enquanto na fístula aortoentérica secundária, a fístula ocorre principalmente na anastomose proximal.
- 4) A hemobilia é causa de hemorragia digestiva alta e a principal etiologia é a obstrução biliar por cálculo com fístula colédoco- duodenal.
- 5) As úlceras de Cameron são lesões da mucosa gástrica no estômago herniado em doentes com hérnia hiatal.

8 - Em pós-operatório de gastroplastia redutora com derivação em Y-Roux, o parâmetro clínico mais relevante de uma eventual complicação intracavitária é:

- 1) Oligúria.
- 2) Rebaixamento do nível de consciência.
- 3) Dor abdominal com descompressão brusca dolorosa presente.
- 4) Taquicardia.
- 5) Náuseas e vômitos.

9 - São afirmações corretas para o esôfago de Barrett, **EXCETO**:

- 1) É definido como a substituição da mucosa escamosa normal do esôfago distal, de qualquer extensão, visível à endoscopia digestiva alta, por uma mucosa tipo colunar, com biópsia demonstrando metaplasia intestinal.
- 2) Pode ser considerado como o estágio final da doença do refluxo gastroesofágico, dessa forma, deve-se salientar que não há relação causal com a infecção pelo *H. pylori*.
- 3) É importante identificar a metaplasia intestinal e detectar a presença de displasia.
- 4) A displasia, também definida como neoplasia intraepitelial, é considerada como um marcador e um precursor do adenocarcinoma.
- 5) O risco de degeneração maligna (adenocarcinoma) em nosso meio, é de 50%.

10 - Paciente de 55 anos com diagnóstico de adenocarcinoma de reto a 4,0 cm da borda anal. A ressonância de pelve apresenta lesão de 2,5 cm que se estende até a submucosa com presença de quatro linfonodos altamente sugestivos de comprometimento neoplásico na região de mesorreto. A melhor conduta inicial neste caso é:

- 1) Amputação de reto abdomino-perineal com excisão total do mesorreto.
- 2) Ressecção submucosa da lesão via endoscópica.
- 3) Terapia neoadjuvante baseada em quimioterapia e radioterapia.
- 4) Ressecção da lesão por TEM (transanal endoscopic microsurgery).
- 5) Ressecção laparoscópica da lesão.

11 - Com relação ao divertículo de Zenker, assinale a alternativa correta:

- 1) A manometria esofágica é fundamental para definir a melhor opção terapêutica.
- 2) Para que o tratamento cirúrgico seja bem sucedido é de fundamental importância, além da ressecção do divertículo, também a miotomia do músculo cricofaríngeo.
- 3) Seu pico de incidência é na 2ª e 3ª década de vida.
- 4) Uma das opções terapêuticas não cirúrgicas consiste na injeção endoscópica de toxina botulínica na região do triângulo de Killian.
- 5) Correspondem ao grupo de divertículos esofágicos classificados como divertículos de tração.

12 - Correspondem aos critérios de indicação absoluta de ressecção endoscópica no adenocarcinoma gástrico, **EXCETO**:

- 1) Tipo histológico bem diferenciado.
- 2) T1a ou T1b.
- 3) Lesão sem ulceração.
- 4) Diâmetro igual ou menor do que 2,0cm.
- 5) Tipo endoscópico I, IIa ou IIb.

13 - Homem de 66 anos, no 4º dia de pós-operatório de enterectomia e enteroanastomose por tumor neuroendócrino (carcinóide) obstrutivo de íleo com 6 cm de diâmetro. Evolui com drenagem de aproximadamente 700mL/24hs de débito francamente entérico pelo dreno abdominal em flanco direito. Faz uso de corticóide por enfisema pulmonar avançado. Ao exame físico: FC: 112bpm, PA: 110X60mmHg, FR: 18 ipm; abdome doloroso difusamente, sem descompressão brusca dolorosa. A ferida operatória está limpa e seca. A conduta mais apropriada para este caso é:

- 1) Reoperação e abordagem cirúrgica da fístula.
- 2) Reoperação e cecostomia descompressiva.
- 3) Iniciar nutrição parenteral total central.
- 4) Iniciar nutrição enteral por sonda nasoenteral.
- 5) Manter conduta não cirúrgica ampliando o espectro antimicrobiano.

14 - Paciente, 32 anos, masculino, com quadro de dor anal de forte intensidade, que ocorre no momento da evacuação e perdura por aproximadamente 5 minutos, acompanhada de sangramento rutilante em pequena quantidade, com aproximadamente seis dias de evolução, sendo que nos últimos dois dias está com prurido anal moderado. No exame proctológico, é mais provável que se encontre:

- 1) Fecaloma palpável na ampola retal e hipertonia do esfíncter interno do ânus.
- 2) Prolapso mucoso retal com ulcerações e sinais de sangramento recente.
- 3) Papilite hipertrófica, lesão mucosa com exposição do esfíncter e plicoma.
- 4) Trombose de mamilos hemorroidários.
- 5) Orifício fistuloso perianal com presença de tecido de granulação e endurecimento linear que se estende do orifício fistuloso ao canal anal.

15 - Dentre os sintomas abaixo, qual o mais comum após uma funduplicatura laparoscópica?

- 1) Desconforto temporário para deglutir.
- 2) Aumento da flatulência.
- 3) Distensão abdominal.
- 4) Inabilidade para eructar.
- 5) Inabilidade para vomitar.

16 - Homem, 52 anos com história de hematêmese e melena há 1 hora chega ao PS descorado ++ / 4+, PA: 90/60 mmHg , FC: 100 bpm e melena ao toque retal. Após reposição volêmica realizou endoscopia digestiva alta que mostrou coágulos sanguíneos em moderada quantidade em câmara gástrica e úlcera duodenal com coto vascular visível sem sangramento ativo. Quanto à classificação de Forrest, essa úlcera é:

- 1) I A.
- 2) I B.
- 3) II A.
- 4) II B.
- 5) II C.

17 - Com relação à pancreatite aguda assinale a correta:

- 1) Na pancreatite aguda com amilase superior a 1000 mg/dL a antibioticoterapia deve ser iniciada precocemente, de preferência nos primeiros 10 a 14 dias.
- 2) Quando associada à colecistite aguda, o tratamento de escolha é a antibioticoterapia por 10 a 14 dias, sendo a colecistectomia contra-indicada nesse período.
- 3) O tratamento da pancreatite necrohemorrágica consiste na pancreatectomia corpo-caudal com drenagem ampla da cavidade.
- 4) O jejum oral deve ser mantido até a normalização da amilase o que ocorre em torno de sete dias de evolução.
- 5) A dieta oral pode ser iniciada em 24 a 48 horas da admissão e, ocorrendo vômitos persistentes ou dor abdominal, a melhor opção é a introdução de dieta enteral.

18 - Com relação à hiperplasia nodular focal e o adenoma hepatocelular são afirmações corretas, **EXCETO:**

- 1) Ao contrário da hiperplasia nodular focal, o adenoma hepatocelular está intimamente relacionado com o uso de anticoncepcionais orais.
- 2) Nem sempre é possível fazer o diagnóstico diferencial entre ambas as lesões, com os atuais recursos propedêuticos atualmente disponíveis.
- 3) A presença de uma cicatriz central é característica da hiperplasia nodular focal.
- 4) Em geral o tratamento do adenoma hepatocelular deve ser a ressecção cirúrgica, embora, alguns autores recomendem como conduta inicial a suspensão do contraceptivo oral e a monitorização através de tomografia ou ressonância.
- 5) Lesões acima de cinco cm com anátomo patológico confirmando hiperplasia nodular focal devem ser ressecadas cirurgicamente pelo risco de ruptura ou torção.

19 - Com relação à esplenectomia, assinale a alternativa **INCORRETA:**

- 1) Esferocitose hereditária, Eriptocitose hereditária e Anemia Hemolítica Auto-imune são indicações hematológicas clássicas.
- 2) Púrpura trombocitopênica trombótica, anemia falciforme e Talassemia Major são indicações hematológicas esporádicas.
- 3) O momento ideal para a imunização é no período pré-operatório, com ênfase na cobertura contra bactérias capsuladas tais como: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo B e *Neisseria meningitidis*.
- 4) Pacientes portadores de doenças mieloproliferativas ou esplenomegalia acentuada apresentam maiores índices de morbidade operatória podendo chegar a 40 – 60%.
- 5) A perfuração diafragmática raramente ocorre na esplenectomia aberta, porém pode ocorrer na técnica laparoscópica, sendo que o principal fator causal é a lesão térmica decorrente da dissecação do pólo superior do baço.

20 - Homem, 39 anos, submetido à apendicectomia laparoscópica sem intercorrências. Recebeu alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório. Retornou ao consultório no 10º dia de pós-operatório sem queixas digestivas ou incisionais. O laudo anátomo patológico revelou: neoplasia neuroendócrina bem diferenciada do terço distal do apêndice cecal com três cm de diâmetro e base apendicular livre de comprometimento neoplásico. Qual a melhor conduta para este paciente?

- 1) Quimioterapia.
- 2) Hemicolecotomia direita com linfadenectomia.
- 3) Observação clínico-oncológica com realização de tomografia de tórax, abdome total e pelve a cada seis meses.
- 4) Ampliação da ressecção na base do apêndice envolvendo o ceco e metade do cólon ascendente.
- 5) Radioterapia.

21- A principal indicação cirúrgica na pancreatite crônica é:

- 1) Dor refratária ao tratamento medicamentoso.
- 2) Pseudocisto de pâncreas.
- 3) Icterícia obstrutiva.
- 4) Degeneração maligna.

5) Ascite pancreática.

22 - A artéria mesentérica superior nasce na aorta, cerca de dois cm abaixo do tronco celíaco, com trajeto para baixo e para frente, emergindo no centro de um quadrilátero venoso, também denominado quadrilátero de Rogie. As seguintes veias fazem parte dessa região, **EXCETO**:

- 1) Veia mesentérica superior.
- 2) Veia esplênica.
- 3) Veia mesentérica inferior.
- 4) Veia pancreaticoduodenal póstero-inferior.
- 5) Veia renal esquerda.

23 - Com relação às anomalias congênitas do peritônio e da parede abdominal, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- 1) Na gastrosquise clássica o defeito da parede abdominal está frequentemente localizado imediatamente para o lado direito da fixação do cordão umbilical.
- 2) Não há relação entre gastrosquise e má rotação do intestino.
- 3) O divertículo de Meckel resulta de uma falha no fechamento do ducto onfalomesentérico.
- 4) A onfalocele é um defeito na região umbilical da parede abdominal, através do qual as vísceras abdominais fazem protrusão para dentro do saco herniário, formado por peritônio parietal e membrana amniótica.
- 5) Mais de 50% dos portadores de onfalocele apresentam também outros defeitos congênitos.

24 - Homem de 53 anos, cirrótico Child B, em pós-operatório de gastrectomia total por adenocarcinoma gástrico proximal T3N0M0. No 8º pós-operatório foi diagnosticada fístula da anastomose esôfago-jejunal e iniciada nutrição parenteral total. Após 10 dias de nutrição parenteral o paciente apresentou quadro de confusão e agitação psicomotora, elevação dos níveis de bilirrubina, queda da atividade de protrombina e albumina sérica de 1,9g/dL. O débito da fístula vem se mantendo em torno de 90mL/24hs sem piora clínica do exame físico abdominal em relação aos dias anteriores. A primeira hipótese para essa piora clínica é:

- 1) Desbloqueio da fístula para a cavidade abdominal, peritonite e sepse.
- 2) Encefalopatia hepática devido à presença de aminoácidos de cadeia aromática na nutrição parenteral.
- 3) Distúrbio hidroeletrólítico, provavelmente hiponatremia, decorrente da depleção de sódio pela fístula.
- 4) Distúrbio metabólico, por conta da acentuada hipoalbuminemia.
- 5) Mediastinite devido disseminação da fístula para o mediastino.

25 - Todas as alternativas abaixo são indicações de tomografia de abdome para avaliar a gravidade local no doente com pancreatite aguda, **EXCETO**:

- 1) Presença de peritonite.
- 2) Proteína C reativa maior que 150mg/L.
- 3) Não conseguir realimentação após 72 horas da admissão.
- 4) SOFA Escore < 3.
- 5) Distensão abdominal persistente. R1 media/facil (244)

26 - Paciente de 67 anos com antecedente de neoplasia de sigmóide e no pós operatório há 7 dias por abdome agudo obstrutivo no qual foi realizado cirurgia a Hartmann e colostomia está muito debilitado, pouco contactante, acamado e dependente para as atividades básicas da vida diária. Ao exame físico: PA= 100/60 mmHg, FC= 90 bpm, caquético, vigil, com úlcera de pressão sacral grau III com secreção purulenta e odor fétido. Apresenta deiscência de ferida operatória com sinais flogísticos. Laboratorialmente tem Hb 7,2 g/dL, leucócitos totais de 19.000/mm³, plaquetas de 1.100.000/mm³ e PCR 23 mg/dL. Neste caso, qual causa é **MENOS** provável para justificar a trombocitose?

- 1) Anemia ferropriva por perda crônica.
- 2) Neoplasia de cólon.
- 3) Úlcera de pressão infectada.
- 4) Status pós-cirúrgico.
- 5) Trombocitose essencial.

27 - Paciente de 23 anos vem ao consultório referindo diarreia aquosa há 5 dias associado a febre e dor abdominal em cólica. Refere em torno de 10 evacuações diárias sem restos alimentares, sangue ou muco. Foi ao PS por duas ocasiões onde recebeu sintomático e hidratação com melhora momentânea do quadro. Ao exame está com 39°C, Pulso=100 bpm, FR = 16 ipm, PA= 110/70 mmHg, com dor abdominal difusa e timpanismo na propedêutica abdominal. Mãe refere que a paciente fez uso por conta própria de amoxicilina por 5 dias há 2 semanas por quadro de dor de garganta. Sobre o caso, podemos afirmar que:

- 1) Representa uma importante causa de morbimortalidade entre idosos internados.
- 2) Paciente deve ser orientado a manter hidratação via oral e o uso de sintomáticos já que se trata de um quadro de provável etiologia viral.
- 3) A retossigmoidoscopia não tem utilidade diagnóstica.
- 4) É causado por uma bactéria aeróbio comensal do intestino.
- 5) Assim como na diarreia osmótica, ocorre presença de leucócitos nas fezes.

28 - Paciente de 79 anos, hipertensa há 20 anos, em uso de captopril 150mg/dia, hidroclorotiazida 25mg/dia e propranolol 160mg/dia. Faz revisões semestrais de rotina. Vem ao consultório médico negando qualquer queixa específica e trazendo exames solicitados na última consulta, incluindo o seguinte ECG:



Dentre as alternativas abaixo, qual a melhor conduta?

- 1) Observação clínica e repetição de exames em seis meses.
- 2) Internação para investigação de síndrome coronariana aguda.
- 3) Internação para implante de marcapasso definitivo.
- 4) Internação, suspensão do propranolol e investigação etiológica.
- 5) Internação e prescrição de amiodarona por via oral.

29 - Quais as principais etiologias desse distúrbio de condução da questão anterior, excluindo-se as causas exógenas?

- 1) Drogas e síndromes disautonômicas.
- 2) Isquemia e colagenose.
- 3) Senilidade e doença de Chagas.
- 4) Hipotireoidismo e apnéia obstrutiva do sono.
- 5) Complicações de cirurgia cardíaca.

30 - A síndrome de Trousseau é uma manifestação paraneoplásica caracterizada por tromboflebite migratória de repetição em sítios não usuais e que pode preceder por meses a anos o diagnóstico oncológico. Qual adenocarcinoma é mais comumente associado a esta síndrome?

- 1) Pâncreas.
- 2) Pulmão.
- 3) Próstata.
- 4) Estômago.
- 5) Cólon.

31 - Homem, 70 anos, hipertenso desde os 40 anos evoluiu há 8 anos com dispnéia aos esforços, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna e edema de membros inferiores. Iniciada terapia específica na ocasião com beta-bloqueadores, vasodilatadores e diuréticos com melhora dos sintomas. Com o passar dos anos, a doença progrediu e o paciente manifestava dispnéia em repouso apesar do tratamento clínico. Há 6 meses descobriu adenocarcinoma de cólon por quadro de hematoquezia. Hoje, foi levado ao hospital às pressas por quadro de edema agudo pulmonar e insuficiência respiratória seguida de óbito. Você, como médico da família, foi chamado para preencher a declaração de óbito. Qual dessas alternativas corresponderia a um preenchimento adequado da declaração de óbito.

- 1) Insuficiência respiratória - causa básica.
- 2) Insuficiência cardíaca - causa imediata.
- 3) Hipertensão arterial sistêmica - causa básica.
- 4) Adenocarcinoma de cólon - causa intermediária.
- 5) Edema agudo pulmonar - causa básica.

32 - Uma das complicações mais significativas do tratamento do câncer, responsável por considerável morbimortalidade, é a cardiotoxicidade. Em relação a esta, é **INCORRETO** afirmar:

- 1) A forma aguda ou subaguda caracteriza-se por alterações súbitas na repolarização ventricular, alterações no intervalo Q-T, arritmias supraventriculares e ventriculares, síndromes coronarianas agudas, pericardite e miocardite.
- 2) A forma aguda ou subaguda ocorre do início até 14 dias após o término da quimioterapia.
- 3) Desaparece em até 6 meses após o término da quimioterapia.
- 4) A manifestação mais típica da forma crônica é a disfunção ventricular sistólica ou diastólica que pode levar a insuficiência cardíaca congestiva até a morte cardiovascular.
- 5) Seus efeitos clássicos são cumulativos e têm relação com a dose, a velocidade de infusão, a associação de drogas e as insuficiências hepática e renal.

33 - Todas as alternativas abaixo são complicações da rhabdomiólise, com **EXCEÇÃO** de:

- 1) Hiperuricemia.
- 2) Arritmia cardíaca.
- 3) Hipercalcemia.
- 4) Hipercalemia.
- 5) Coagulação intravascular disseminada.

34 - Em países tropicais, onde é endêmica, a leptospirose é uma importante causa de Insuficiência Renal Aguda (IRA). Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- 1) Proteinúria, quando presente, geralmente é menor que 1 g/24h.
- 2) Insuficiência renal nos pacientes hiperbilirrubinêmicos representa uma forma grave, muitas vezes com oligoanúria.
- 3) A IRA devido à leptospirose geralmente se apresenta de forma não oligúrica e com hipocalemia.
- 4) O comprometimento renal é uma complicação frequente nos pacientes com a forma grave da leptospirose, caracterizado principalmente por uma associação de dano glomerular e tubular.
- 5) Os principais fatores envolvidos na patogênese da IRA na leptospirose são ação nefrotóxica direta da leptospira e ação das toxinas com indução da resposta imune.

35 - Jovem de 17 anos, moradora da região rural de São Paulo, apresenta exantema maculopapular que se iniciou nos punhos e tornozelos, evoluiu para tronco e face, seguido da região palmoplantar. Há 4 dias refere febre alta, calafrios, mialgia, dores abdominais, cefaléia, náuseas e vômitos, fotofobia e anorexia. Ao exame físico observa-se petéquias e sufusões hemorrágicas confluentes principalmente em membros. Presença de leucócitos normais, neutrofilia e plaquetopenia. Qual o tratamento endovenoso de escolha para este caso?

- 1) Aciclovir.
- 2) Doxiciclina.
- 3) Oxaciclina.
- 4) Imunoglobulina e ácido acetilsalicílico.
- 5) Cefalosporina.

36 - Qual a principal causa da trombose do seio cavernoso?

- 1) Tumores do encéfalo.
- 2) Processo infeccioso da face.
- 3) Aneurismas cerebrais.
- 4) Anemia falciforme.
- 5) Traumas cranianos.

37 - Homem de 74 anos em tratamento de insuficiência cardíaca crônica por miocardiopatia chagásica, chega ao Pronto Socorro com tonturas, fraqueza, náuseas e muitas câimbras. Não sabe informar sobre medicações de uso regular. Há quatro dias passou a sentir muita cansaço e inchaço nas pernas, motivo pelo qual aumentou por conta própria as doses dos medicamentos. Há um dia seu intestino parou de funcionar e ficou com o abdome distendido. Tomou laxante, tendo diarreia, mas não melhorou a distensão abdominal. ECG mostra traçado abaixo. Foi detectado um importante distúrbio eletrolítico, cuja reposição foi iniciada imediatamente. Assinale a alternativa **FALSA** para este desequilíbrio eletrolítico encontrado neste caso.



- 1) Trata-se de complicação decorrente de automedicação.
- 2) As câimbras e íleo paralítico são complicações deste distúrbio eletrolítico.
- 3) Há necessidade também da reposição de gluconato de cálcio.
- 4) Pode contribuir para arritmias cardíacas por intoxicação digitálica.
- 5) A hiperglicemia pode ocorrer por inibição da secreção de insulina.

38 - Paciente de 28 anos, previamente saudável, é levado por familiares ao pronto socorro por apresentar há 5 dias períodos de confusão mental, *flapping*, lentificação do raciocínio, irritabilidade, diminuição da atenção, inversão do padrão sono-vigília. Exames mostraram INR 3,5. Dentre as alternativas abaixo, qual a causa mais comum para esse caso?

- 1) Criptogênica.
- 2) Vírus da hepatite A.
- 3) Vírus da hepatite B.
- 4) Medicamentosa.
- 5) Deficiência de alfa-1-antitripsina.

39 - Homem de 58 anos com diagnóstico de cirrose hepática de etiologia alcoólica e abstinência há cinco anos vem encaminhado para avaliação de tratamento de dislipidemia. O laboratório revela:

Glicemia jejum: 96 mg/dL (VR: 75-110 mg/dL); CPK: 290 mg/dL (VR: 1900 U/L);
HDL: 38 mg/dL (Normal >35), LDL: 200 mg/dL (VR <130), Triglicerídeos: 205 mg/dL (VR <150);
TGO: 78 U/L (até 38), TGP: 55 U/L (até 41), AP 60 % e bilirrubinas totais: 2,1 mg/dL (0,2-1,2).

Sobre o caso e a respeito das dislipidemias pode-se afirmar que:

- 1) Não é contraindicado o uso de estatina nesse paciente.
- 2) A medicação ideal, neste caso, para o tratamento da dislipidemia é da classe dos fibratos.
- 3) O valor de CPK, TGO e TGP associado à hepatopatia crônica contra-indica o uso de estatina nesse paciente.
- 4) A orientação de atividade física traria grande impacto sobre a redução do LDL e pouco impacto no aumento de HDL e na redução do triglicerídeos.
- 5) Dobrar a dose de estatina duplica o efeito para redução de LDL.

40 - Paciente assintomático de 25 anos, em investigação de icterícia discreta por hiperbilirrubinemia direta apresenta os seguintes resultados de exames:

TGO 14 U/L (até 38), TGP 20 U/L (até 41), FA 90 U/l (65-300) e gamaGT 50 U/L (11-50);
Hb 15,1 g/dL (12,0-15,5) ; DHL 310 U/L(240-480) , haptoglobina 50 mg/ dL (25-190), teste de fragilidade osmótica negativo;
USG de abdome sem dilatação de vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Sobre o caso, o provável diagnóstico e sua respectiva causa é:

- 1) Esferocitose - deficiência protéica do citoesqueleto dos eritrócitos.
- 2) Traço talassêmico - redução na síntese de cadeias beta de globina.
- 3) Síndrome de Crigler-Najjar tipo 2 - redução da atividade UDP-glicuroniltransferase.
- 4) Síndrome de Gilbert - redução importante da atividade UDP-glicuroniltransferase.
- 5) Síndrome de Rotor - defeito no estoque hepático de bilirrubina.

41 - Sobre a demência é **INCORRETO** afirmar:

- 1) A demência causada por *prion* caracteriza-se por ser rapidamente progressiva, fatal e com acometimento focal do córtex, gânglios da base, cerebelo, tronco e medula.
- 2) A demência por corpúsculos de Lewy caracteriza-se por declínio cognitivo flutuante, sintomas neurológicos extrapiramidais e alucinações visuais.
- 3) O diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer é feito mediante análise anatomopatológica do tecido cerebral.
- 4) A demência de causa vascular é a mais frequente devido à alta prevalência de doença cerebrovascular na população idosa.
- 5) A doença de Huntington caracteriza-se por demência, distúrbios do movimento e sintomas psiquiátricos.

42 - Paciente de 22 anos, previamente hígido refere há 45 dias dispnéia aos esforços, edema de membros inferiores, palidez cutânea e três episódios de epistaxe com resolução espontânea. Traz hemograma que mostra Hb: 6,1 g/dL, leucócitos: 1.400/mm³ e plaquetas: 22.000/mm³. Foi complementada a investigação laboratorial com os seguintes exames: sorologias de HIV, hepatites virais, Epstein-Barr, CMV e Parvovírus B19 negativas. A biópsia de medula óssea mostra medula com tecido adiposo e menos de 30% ocupado por células. Sobre o provável diagnóstico, **NÃO** podemos afirmar:

- 1) Drogas como cloranfenicol, carbamazepina, fenitoína, salicilatos e iECA podem justificar o quadro.
- 2) Se este paciente tiver doador HLA compatível, o tratamento de escolha é o transplante de medula óssea.
- 3) A presença de hepatoesplenomegalia é um achado comum.
- 4) Outros diagnósticos diferenciais incluem deficiência de vitamina B12, deficiência de ácido fólico e hemoglobinúria paroxística noturna.
- 5) A presença de atipias celulares sugere o diagnóstico de mielodisplasia com medula hipocelular.

43 - Paciente de 50 anos, ex-tabagista 20 anos/maço, procurou o ambulatório com quadro de tosse seca associado à dispnéia aos esforços há dois anos. Ao exame clínico apresentava estertores crepitantes difusos, predominante em bases e hipocratismo digital. A radiografia torácica revelava infiltrado reticulonodular bilateral e o padrão histológico, mediante biópsia a céu aberto, uma pneumonite intersticial usual. Qual o provável diagnóstico?

- 1) Pneumonite por hipersensibilidade.
- 2) Pneumoconiose.
- 3) Fibrose pulmonar.
- 4) Sarcoidose.
- 5) Linfangioleiomiomatose.

44 - Sobre o manejo perioperatório podemos afirmar:

- 1) Pacientes em pós-operatório de prótese do quadril podem receber trombofilaxia com aspirina de forma isolada.
- 2) Pacientes com hemoglobina glicosilada acima de 7,0% deverão ter a cirurgia eletiva adiada.
- 3) A cessação do tabagismo em período pré-operatório não reduz a incidência de complicações cirúrgicas.
- 4) Pacientes com hipotireoidismo subclínico deverão ter a cirurgia eletiva adiada pelo risco elevado de hipotermia, hipotensão e depressão miocárdica.
- 5) Cirurgia ortopédica, prostática, intraperitoneal e endarterectomia de carótidas apresentam risco cardiovascular intrínseco intermediário.

45 - Considerando o preconizado pelo ATLS sobre as regiões anatômicas do abdome, podemos dizer que um ferimento em flanco esquerdo está localizado entre:

- 1) LAAE e LAPE.
- 2) LAAE e LAME.
- 3) LAME e LAPE.
- 4) LAPE e LPVE.
- 5) LAME e LPVE.

LAAE: Linha axilar anterior esquerda; LAPE: Linha axilar posterior esquerda; LAME: Linha axilar média esquerda; LPVE: Linha paravertebral esquerda

46 - Uma jovem de 18 anos foi admitida no Pronto Socorro vítima de queda de moto. Usava capacete. Ao chegar estava consciente, com 13 pontos na Escala de Coma de Glasgow, com colar cervical, hematoma periorbital E, respirando espontaneamente com máscara de O₂, braço e perna D imobilizados em prancha longa. FC: 120 bpm e perfusão periférica regular. A ausculta pulmonar e o exame do abdome eram normais, inclusive com FAST abdominal negativo. O RX de tórax foi normal e a TC de crânio e cervical aparentemente sem lesões. Foi feita reposição volêmica com cristalóide e sangue com melhora hemodinâmica. Foi operada pela ortopedia para fixação das fraturas após 10 h do trauma. Nesse período evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, insuficiência respiratória exigindo ventilação mecânica, mas hemodinamicamente normal. Estava edemaciada, com petéquias na conjuntiva e tórax que desapareceram em poucas horas. Essa evolução é melhor justificada por:

- 1) Embolia gasosa pulmonar e cerebral.
- 2) Edema pulmonar e cerebral.
- 3) Síndrome da embolia gordurosa.
- 4) Concussão cerebral e contusão pulmonar.
- 5) Síndrome da veia cava superior

47 - Paciente de 31 anos foi submetido à laparotomia exploradora por abdome agudo obstrutivo, sendo o achado operatório uma hérnia diafragmática esquerda com encarceramento do ângulo esplênico do cólon no tórax. Havia grande distensão e edema das alças intestinais dificultando a redução do conteúdo herniado e o fechamento da parede abdominal. No pós-operatório imediato o paciente que permanecia sob ventilação mecânica, evoluiu com instabilidade hemodinâmica e oligoanúrico necessitando de drogas vasoativas. A pressão intraabdominal aferida 6 e 10 horas após a operação foi respectivamente 25 e 28 mmHg. Com relação a essa evolução podemos afirmar que:

- 1) Essa evolução traduz resposta endócrino-metabólica precária ao trauma cirúrgico, podendo ser otimizada com o uso de corticóides em baixas doses.
- 2) Pode ser justificada pela Síndrome Compartimental Abdominal e dessa forma a descompressão do abdome está indicada.
- 3) Essa evolução é comum após a correção de uma hérnia diafragmática, uma vez que a acomodação do conteúdo reduzido na cavidade abdominal demora em média 48 hs.
- 4) Essa evolução não se justifica, pois o paciente apresenta uma Hipertensão Intraabdominal grau II.
- 5) A piora clínica do paciente justifica-se pela escolha da laparotomia exploradora como via de acesso ao invés da toracotomia esquerda que seria a via de acesso de escolha para esse caso.

48 - Paciente de 84 anos foi operada por colecistite aguda classe III na classificação de Tóquio. Evoluiu com fístula biliar de baixo débito sem repercussão abdominal. Encontrava-se afebril, hemodinamicamente normal e sem leucocitose. Foram colhidas culturas de controle sendo a hemocultura e o swab positivos para *Cândida*. Com relação ao caso todas estão corretas, **EXCETO**:

- 1) A hemocultura positiva para *Cândida* exige tratamento com antifúngico, mesmo estando a paciente sem manifestação clínica ou laboratorial de infecção.
- 2) Em caso de tratamento com antifúngico o tempo de tratamento é variável, mas deve ser mantido por pelo menos 14 dias após a negatização da hemocultura.
- 3) A morbidade e a mortalidade da candidemia não tratada são muito altas.
- 4) Se a hemocultura fosse negativa, mesmo com Swab positivo para *Cândida* o tratamento antifúngico não estaria indicado.
- 5) Pela alta toxicidade do antifúngico, o tratamento da candidemia nesse caso, só estaria indicado no caso específico de *Cândida albicans* sendo as demais cepas consideradas não patogênicas.

49 - Paciente de 80 anos procura atendimento por quadro de síndrome consuptiva há seis meses associada a dor abdominal e alteração do hábito intestinal. Traz exame externo evidenciando múltiplas lesões hepáticas de provável etiologia metastática. É internado para realizar colonoscopia e tomografia de abdome com contraste para diagnóstico e estadiamento. Durante preparo colônico evolui com piora da função renal com a creatinina elevando-se de 1,2 mg/ dL para 1,9 mg/dL e a uréia de 48 mg/dL para 104 mg/dL. Sobre o caso **NÃO** podemos afirmar:

- 1) Espera-se na investigação da disfunção renal um sódio urinário abaixo de 20 meq/L e densidade urinária maior do que 1020.
- 2) O uso de contraste de baixa osmolaridade reduz a chance de nefropatia contraste induzida.
- 3) Os principais focos de disseminação metastática para o fígado são: intestino, pulmão e mama.
- 4) Neste momento a tomografia do paciente deve ser suspensa.
- 5) A profilaxia para nefropatia induzida por contraste deve ser realizada com hidratação, acetilcisteína e furosemida.

50 - A infusão de fluidos isotônicos e medicamentos pela via subcutânea tem sido cada vez mais empregada em pacientes submetidos a cuidados paliativos. Qual dessas medicações **NÃO** pode ser administrada por esta via?

- 1) Ceftriaxone.
- 2) Haloperidol.
- 3) Fenobarbital.
- 4) Diazepam.
- 5) Fentanil.

Questão	Resposta	Questão	Resposta	Questão	Resposta
1	3	21	1	41	4
2	3	22	4	42	3
3	2	23	2	43	3
4	2	24	2	44	5
5	5	25	4	45	1
6	3	26	5	46	3
7	4	27	1	47	2
8	4	28	4	48	5
9	5	29	3	49	5
10	3	30	1	50	4
11	2	31	3		
12	2	32	3		
13	1	33	3		
14	3	34	4		
15	1	35	2		
16	3	36	2		
17	5	37	3		
18	5	38	4		
19	2	39	1		
20	2	40	5		