



RESIDÊNCIA MÉDICA - 2018

Nome do Candidato:

ASSINATURA

SALA:

CARTEIRA:

ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

INSTRUÇÕES

- Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES contém 100 questões de múltipla escolha e 5 casos com questões dissertativas.
- Caso não esteja completo, informe imediatamente o fiscal da sala. Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Escreva seu nome completo, sala, carteira e assine no campo indicado.
- Utilize caneta de tinta **preta**.
- Responda as questões de múltipla escolha na FOLHA OBJETIVA e os casos dissertativos no CADERNO DE RESPOSTAS, no espaço indicado.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta nem o uso de aparelhos eletrônicos.

Leia atentamente as instruções contidas no CADERNO DE RESPOSTAS

As imagens de pacientes e de exames complementares exibidos têm prévia autorização para apresentação.

"Direitos autorais reservados. Proibida a reprodução, ainda que parcial, sem autorização prévia".

Boa prova!

19/Novembro/2017

Prova Objetiva de Múltipla Escolha

QUESTÃO 01.

Homem de 41 anos, vítima de soterramento, chega ao Serviço de Emergência lúcido, orientado e estável do ponto de vista hemodinâmico. A tomografia de corpo inteiro não evidencia alterações relevantes. Nas primeiras 6 horas de evolução apresentou 200 mL de diurese escura. Mantém-se estável hemodinamicamente, sem necessidade de droga vasoativa. Membros superiores e inferiores sem edemas; pulsos presentes. Exames laboratoriais de admissão: K: 5,8 mEq/L; pH: 7,20; HCO₃⁻: 15 mmol/L; lactato arterial: 35 mg/dL; hemoglobina: 12,1 g/dL; creatinina: 0,9 mg/dL; CPK: 10.300 U/L. Indique a principal hipótese diagnóstica e a conduta recomendada:

- (A) Síndrome do esmagamento. Hidratação endovenosa vigorosa, controle dos distúrbios eletrolíticos e do equilíbrio acidobásico.
- (B) Síndrome do esmagamento. Avaliação da nefrologia para possível diálise.
- (C) Insuficiência renal aguda. Hidratação vigorosa e avaliação da nefrologia para considerar diálise.
- (D) Insuficiência renal aguda. Diuréticos e hidratação endovenosa vigorosa.

QUESTÃO 02.

Homem de 47 anos encontra-se com hipertensão intracraniana decorrente de lesão cerebral traumática, sendo submetido a monitorização invasiva da pressão intracraniana. Indique a alternativa em que todas as medidas citadas são recomendadas.

- (A) Solução hiperosmolar, pulsoterapia com corticoide, cabeceira elevada com cabeça centrada e pressão arterial média acima de 100 mmHg.
- (B) Hemoglobina acima de 10 g/dL, sedação com midazolam, hiperventilação profilática e pressão arterial média acima de 100 mmHg.
- (C) Craniectomia descompressiva, anticonvulsivantes, hiperventilação profilática e pulsoterapia com corticoide.
- (D) Sedação com propofol, solução hiperosmolar, cabeceira elevada com a cabeça centrada e hipotermia.

QUESTÃO 03.

Homem de 36 anos vítima de colisão de motocicleta versus automóvel. Teve trauma de crânio moderado, fratura de bacia com necessidade de fixação externa, além de contusão pulmonar bilateral. Foi extubado no 3º dia de pós-operatório de craniotomia, porém no 5º pós-operatório apresentou piora do quadro clínico. Na investigação clínica observou-se que: não abre os olhos aos estímulos dolorosos, emite sons incompreensíveis e tem flexão anormal. Saturação de oxigênio de 89% com nebulização por máscara do tipo Venturi com fração inspirada de O₂ de 50%; gasometria sem retenção de gás carbônico; frequência respiratória de 38 incursões por minuto, com uso de musculatura acessória; pressão arterial de 90 x 40 mmHg, frequência cardíaca de 130 bpm, tempo de enchimento capilar de 3 segundos; temperatura axilar de 37,9°C. Função renal preservada. Radiografia de tórax com infiltrado parenquimatoso bilateral difuso e sem derrame pleural.

Indique a sequência de condutas recomendadas:

- (A) Ventilação com pressão positiva não invasiva, coleta de culturas e administração de diuréticos, para balanço hídrico negativo.
- (B) Intubação traqueal, coleta de culturas e antibioticoterapia.
- (C) Intubação traqueal, ultrassom Doppler de membros inferiores e tomografia computadorizada, para avaliar a possibilidade de tromboembolismo pulmonar.
- (D) Fisioterapia respiratória, ventilação com pressão positiva não invasiva e antibioticoterapia.

QUESTÃO 04.

Homem de 44 anos foi vítima de colisão automóvel x automóvel. Chegou ao pronto-socorro imobilizado em prancha rígida, com colar cervical. Realizada drenagem torácica à direita por pneumotórax. Na avaliação clínica detectou-se tórax instável com contusão pulmonar, sem outras lesões. Foi encaminhado para a UTI onde chegou lúcido, ainda com dor em hemitórax direito, SatO₂ de 94% com máscara de Venturi a 40%, frequência respiratória de 30 incursões por minuto; frequência cardíaca de 115 bpm, pressão arterial de 120 x 70 mmHg e Glasgow 15.

Indique 3 medidas de suporte recomendadas para o trauma torácico deste paciente:

- (A) Intubação traqueal, sedação e ventilação mecânica protetora.
- (B) Melhora da analgesia, pressão positiva não invasiva e antibioticoterapia profilática.
- (C) Melhora da analgesia, pressão positiva não invasiva e evitar sobrecarga hídrica.
- (D) Intubação traqueal, fixação cirúrgica das costelas e evitar sobrecarga hídrica.

QUESTÃO 05.

Em relação ao paciente com trauma de crânio grave, pode-se afirmar que:

- (A) Na maior parte das vezes, no momento da chegada do paciente, não é possível prever com segurança o prognóstico neurológico a longo prazo.
- (B) O uso de propofol para sedação profunda e a hiperventilação profilática para neuroproteção estão indicados rotineiramente em pacientes com trauma de crânio grave.
- (C) O uso de corticosteroides é indicado nos casos de edema cerebral após trauma de crânio.
- (D) O uso de tiopental e a hipotermia são terapias iniciais ("1ª linha") para os pacientes com trauma de crânio e hipertensão intracraniana.

QUESTÃO 06.

Qual das alternativas abaixo é verdadeira, em relação à dor abdominal no idoso?

- (A) O idoso com dor abdominal tem a mesma necessidade de hospitalização que o paciente mais jovem.
- (B) As diferenças neuroanômicas, fisiológicas e bioquímicas das vias nociceptivas do idoso justificam as alterações na percepção da dor.
- (C) A dor abdominal por isquemia mesentérica tende a manifestar-se mais precocemente no idoso, em relação ao adulto mais jovem, devido à presença de menor circulação colateral.
- (D) Pacientes idosos com suspeita de peritonite manifestam geralmente exacerbação da descompressão brusca e da defesa abdominal.

QUESTÃO 07.

Homem de 91 anos com hipertensão arterial, em uso de clopidogrel devido a angioplastia com colocação de stent há 20 dias, apresentou perda momentânea do equilíbrio e queda da própria altura, com trauma em região parieto-occipital direita. Chega à sala de emergência 15 minutos após a queda, com pressão arterial de 170 x 60 mmHg, pulso de 87 bpm e saturação de O₂ de 95%, em ar ambiente. Está em Glasgow 15, com pupilas isocóricas e fotorreagentes bilateralmente. Melhor conduta:

- (A) Tomografia de crânio.
- (B) Suspender o clopidogrel e solicitar a passagem de cateter de pressão intracraniana.
- (C) Eletroencefalograma.
- (D) Internação para observação clínica por 24 horas.

QUESTÃO 08.

Qual é a principal causa de trauma no idoso?

- (A) Atropelamento.
- (B) Acidente de automóvel.
- (C) Queimadura.
- (D) Queda da própria altura.

QUESTÃO 09.

Qual é o músculo mais frequentemente utilizado para avaliar a sarcopenia no idoso pela tomografia?

- (A) Bíceps.
- (B) Tríceps.
- (C) Psoas.
- (D) Glúteo.

QUESTÃO 10.

Homem de 20 anos, vítima de ferimento por projétil de arma de fogo com orifício de entrada no quinto espaço intercostal esquerdo, na linha axilar anterior e com projétil palpável em região infraescapular esquerda. Frequência respiratória: 12 irpm; SatO₂: 95%; frequência cardíaca: 100 bpm; pressão arterial: 130x90 mmHg. Pulmões: murmúrio vesicular diminuído em base esquerda. Coração: bulhas rítmicas normofonéticas. Abdome: doloroso à palpação, sem sinais de peritonite. Exame proctológico: mamilos hemorroidários e sangue no toque digital. Melhor conduta:

- (A) Tomografia computadorizada de tórax e abdome.
- (B) Laparotomia exploradora.
- (C) Drenagem torácica à esquerda e observação.
- (D) Toracoscopia.

QUESTÃO 11.

Homem de 32 anos vítima de queda de moto, dá entrada no serviço de emergência consciente, hipotenso e descorado 2/4+. Não tem achados significativos no exame físico, a não ser uretrorragia e extensa lesão no períneo (foto). Não foi realizado toque retal nem sondagem vesical. Após reanimação volêmica, ficou estável hemodinamicamente. A tomografia computadorizada de corpo inteiro não evidenciou lesões em outros segmentos corpóreos. Na pelve, mostrou fratura do osso sacro e hematoma de pequeno volume; sem imagens sugestivas de sangramento ativo ou blush. Recebeu vacinação antitetânica e antibioticoterapia profilática. Foi encaminhado ao centro cirúrgico.



Indique o conjunto de medidas que contempla o tratamento recomendado para este paciente:

- (A) Toque retal seguido de sondagem vesical, limpeza e desbridamento do ferimento perineal, reconstrução dos planos lesados e drenagem com dreno fechado.
- (B) Cistostomia guiada por ultrassonografia, desbridamento e tamponamento do ferimento perineal com compressas e colostomia à Hartmann no sigmoide.
- (C) Uretrocistografia retrógrada para avaliar a necessidade de derivação vesical, hemostasia, desbridamento, limpeza do ferimento, curativo e colostomia em ângulo hepático.
- (D) Cistostomia por técnica aberta, avaliação da integridade do esfíncter anal e da musculatura perineal, para indicar possível amputação de reto, desbridamento e curativo com técnica a vácuo.

QUESTÃO 12.

Motorista usando cinto de segurança é vítima de colisão de auto X anteparo fixo. Tem dor abdominal à palpação. A tomografia de abdome está representada abaixo. Indique o principal achado observado neste corte tomográfico:



- (A) Lesão de músculos da parede abdominal.
- (B) *Blush* no mesentério.
- (C) Pneumoperitônio.
- (D) Dissecção de artéria ílica direita.

QUESTÃO 13.

Em que situação a hipotensão permissiva não é adequada para o paciente traumatizado?

- (A) Ferimento precordial.
- (B) Trauma abdominal fechado associado a tórax instável (respiração paradoxal).
- (C) Pneumocrânio.
- (D) Trauma pélvico aberto.

QUESTÃO 14.

Qual das alternativas abaixo está correta, em relação aos procedimentos cirúrgicos realizados em ambulatório?

- (A) As biópsias excisionais podem não respeitar as linhas de força da pele, em se tratando de lesões com suspeita de malignidade.
- (B) Devem ser usados anestésicos locais com vasoconstritor em procedimentos como cantoplastias, para redução do sangramento.
- (C) Pequenas lesões cutâneas suspeitas de malignidade devem ser submetidas inicialmente a biópsia, sem se preocupar com a remoção completa da lesão.
- (D) Sintomas neurológicos como convulsões e até parada respiratória são decorrentes de reações alérgicas do paciente aos anestésicos locais.

QUESTÃO 15.

Mulher de 67 anos com IMC = 19,9 kg/m² deu entrada no Serviço de Cirurgia de Emergência referindo dor em região inguinocrural direita há 6 horas, associada a abaulamento não redutível, no mesmo local, e distensão abdominal com desconforto difuso. Exame físico: ausência de cicatrizes; presença de abaulamento com origem abaixo do ligamento inguinal direito, associado a distensão abdominal, com abdome timpânico e ruídos hidroaéreos aumentados, com timbre metálico; dor discreta à palpação profunda do abdome.

Com base nessas informações indique a alternativa correta:

- (A) O diagnóstico mais provável é abdome agudo obstrutivo, por hérnia de Spiegel encarcerada.
- (B) A ausência de hiperemia na pele descarta a presença de hérnia estrangulada.
- (C) A região inguinocrural faz parte do orifício miopectíneo de Fruchaud.
- (D) A laparotomia mediana é a primeira opção de via de acesso para abordagem cirúrgica.

QUESTÃO 16.

Mulher de 59 anos com IMC= 36,6 kg/m² foi encaminhada ao ambulatório com queixa de abaulamento na parede abdominal, associado a dores e desconforto aos esforços. Ao exame físico, nota-se abaulamento bilateral em linha semilunar, maior à direita, parcialmente redutível, conforme ilustrado na tomografia. A paciente não tem cicatrizes no abdome.

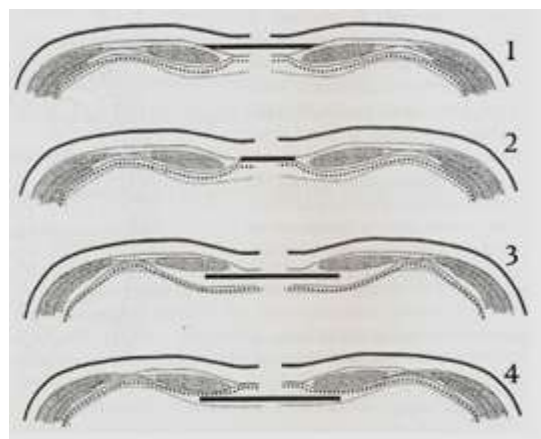


Com base nessas informações assinale a alternativa correta:

- (A) Os defeitos da linha semilunar são mais frequentes junto à área de transição com a linha arqueada.
- (B) Trata-se de hérnia femoral bilateral.
- (C) A tomografia não mostra defeitos da linha semilunar, e sim da linha arqueada de Douglas.
- (D) O tratamento de escolha preconizado é o reforço da parede abdominal com tela de polipropileno em posição pré-aponeurótica.

QUESTÃO 17.

No tratamento dos defeitos herniários incisionais da parede abdominal deve-se dar especial atenção ao tipo e posicionamento das próteses. Com relação a este último item, pode-se correlacionar o desenho esquemático abaixo da seguinte forma:



- (A) (1) - Sublay (pré-peritoneal); (2) - Inlay; (3) - Onlay (pré-aponeurótica); (4) - Sublay (retromuscular).
- (B) (1) - Inlay; (2) - Onlay (pré-aponeurótica); (3) - Sublay (retromuscular); (4) - Pré-peritoneal.
- (C) (1) - Sublay (retromuscular); (2) Onlay (pré-aponeurótico); (3) - Inlay; (4) - IPOM (Intraperitoneal).
- (D) (1) - Onlay (pré-aponeurótica); (2) Inlay; (3) Sublay (retromuscular); (4) Pré-peritoneal.

QUESTÃO 18.

Homem de 35 anos, portador de hérnia inguinal esquerda, será submetido a tratamento cirúrgico. É correto afirmar que:

- (A) A técnica de Lichtenstein é caracterizada pelo fechamento sem tensão e colocação de tela pré-peritoneal, sendo a técnica mais comumente utilizada.
- (B) A recidiva pós-cirúrgica de Lichtenstein ocorre mais comumente junto ao púbis.
- (C) A técnica de Stoppa consiste no uso de tela gigante no espaço pré-aponeurótico, abrangendo os dois lados.
- (D) As técnicas com uso de telas sempre requerem o uso de drenos para a prevenção de seroma.

QUESTÃO 19.

Homem, 55 anos, portador de hérnia incisional volumosa há 10 anos, sem comorbidades. O volume da hérnia representa 40% do conteúdo abdominal. Foi submetido a hernioplastia incisional, com realização de fechamento primário das aponeuroses sob grande tensão e colocação de tela pré-aponeurótica. A cirurgia teve duração de 4 horas e durante o ato operatório foram infundidos 5 litros de solução cristalóide e 1 unidade de concentrado de hemácias. Foi encaminhado para recuperação pós-anestésica extubado, com frequência cardíaca de 80 bpm, pressão arterial de 130x80 mmHg, sem uso de drogas vasoativas. No primeiro dia de pós-operatório, evoluiu com dispneia, sendo necessária intubação e ventilação mecânica. Necessitou de ventilação com pressão positiva e PEEP com valores crescentes, sendo difícil manter o volume corrente. O abdome estava tenso, frequência cardíaca de 120 bpm, pressão arterial de 90x60 mmHg, diurese de 100 mL em 6 horas. É correto afirmar:

- (A) Deve fazer angiotomografia de tórax com urgência, para investigar tromboembolia pulmonar.
- (B) A insuficiência renal que parece estar-se instalando deve-se ao pouco volume recebido durante a cirurgia.
- (C) A taquicardia, a hipotensão e a distensão abdominal sugerem fortemente sangramento abdominal agudo.
- (D) Devem ser iniciadas com urgência medidas para baixar a pressão intra-abdominal.

QUESTÃO 20.

Homem de 59 anos vem ao pronto-socorro queixando-se de cólicas abdominais difusas de forte intensidade há 3 dias. Refere náuseas e vômitos desde então. O quadro é acompanhado de parada de eliminação de gases e fezes. Refere alteração do hábito intestinal há 6 meses, tendo tratado com fitoterápicos. Nega emagrecimento ou doenças associadas. Não faz uso de medicamentos. Nega cirurgias anteriores. Está em regular estado geral, desidratado +, descorado ++, anictérico, eupneico e afebril. Não tem anormalidades no exame cardiorrespiratório. O abdome é distendido, flácido e doloroso difusamente. Não tem sinais de irritação peritoneal nem massas palpáveis ou visceromegalias. Os ruídos hidroaéreos estão um pouco aumentados, mas sem timbre metálico. Toque retal: fezes na ampola retal, sem lesões tocáveis. Os exames laboratoriais iniciais mostram discreta anemia e função renal normal, sem distúrbios hidroeletrólíticos ou acidobásicos. Inicia-se hidratação com solução isotônica e é passada sonda nasogástrica.

Imagens da tomografia realizada na oportunidade.



Indique a terapêutica recomendada.

- (A) Laparotomia com proposta de colostomia em alça em ângulo hepático do cólon.
- (B) Tratamento clínico por 48 horas, pois a maioria dos casos de obstrução intestinal não complicada por bridas responde favoravelmente.
- (C) Colonoscopia para tentativa de desfazer provável volvo de sigmoide.
- (D) Hemicolectomia direita com ileotransverso anastomose.

QUESTÃO 21.

Homem de 24 anos, com IMC= 20 kg/m², vem ao pronto-socorro queixando-se de dor abdominal em pontada, na fossa ilíaca direita, há cerca de oito dias. Refere que nunca havia tido quadro semelhante e que sentiu fortes dores no epigástrio antes que a dor se localizasse em quadrante inferior direito do abdome. Nega doenças ou cirurgias prévias. Não tem antecedentes epidemiológicos infectocontagiosos, mas convive com vários cães em sua residência. Nega náuseas, vômitos, diarreia, anorexia, disúria ou emagrecimento. Nega sangramentos digestivos. Conta que no dia anterior foi atendido em outro serviço, onde foi realizada tomografia de abdômen.

Está em bom estado geral, com sinais vitais normais, anictérico, eupneico, hidratado, sem adenomegalias. Temperatura axilar: 37,8°C, retal: 38,5°C. O exame cardiopulmonar é normal. No exame abdominal, nota-se abaulamento à inspeção estática, em fossa ilíaca direita. O abdômen é flácido, palpando-se tumoração pouco dolorosa em fossa ilíaca direita, de cerca de 8 cm. Não tem sinais de irritação peritoneal. Os ruídos hidroaéreos estão presentes e normais.

O toque retal é normal. Apresenta leucocitose com desvio à esquerda, sem eosinofilia, com monócitos normais, sem linfocitose. O valor da PCR é elevado. A tomografia está ilustrada abaixo.



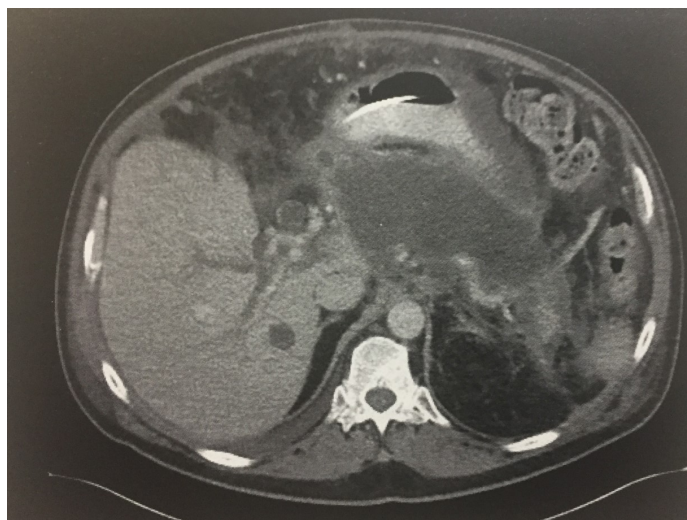
Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Doença de Crohn.
- (B) Neoplasia de ceco.
- (C) Toxocaríase (infestação por *Toxocara canis*).
- (D) Apendicite aguda.

QUESTÃO 22.

Há 14 semanas, homem de 51 anos teve diagnóstico de pancreatite aguda idiopática. Ficou internado por uma semana e recebeu alta, mas desde então, vem apresentando anorexia, vômitos e intolerância à ingestão de qualquer dieta, o que motivou o retorno ao pronto-socorro. Está hemodinamicamente estável e sem leucocitose. Foi passada sonda em posição pós-pilórica para nutrição enteral.

A tomografia encontra-se ilustrada abaixo.



Qual o tratamento recomendado neste caso?

- (A) Observação clínica.
- (B) Drenagem percutânea.
- (C) Cistogastroanatomose.
- (D) Debridamento retroperitoneal.

QUESTÃO 23.

Mulher de 56 anos vem ao pronto-socorro com dor abdominal, náuseas e vômitos há 3 dias. O abdome não tem sinais de irritação peritoneal ou cirurgias anteriores, mas apresenta distensão e timpanismo acentuados. A radiografia de abdome sugere obstrução de delgado. Inicialmente, foi submetida a sondagem nasogástrica e hidratação intravenosa. Os exames laboratoriais após este tratamento estão dentro na normalidade. Qual deve ser o próximo passo na condução do caso?

- (A) Videolaparoscopia diagnóstica.
- (B) Tomografia de abdome com contraste endovenoso.
- (C) Trânsito intestinal.
- (D) Ultrassonografia de abdome.

QUESTÃO 24.

Mulher de 24 anos, grávida de 31 semanas, apresenta quadro típico de colecistite aguda. É correto afirmar:

- (A) Trabalho de parto prematuro nesta idade gestacional é menos comum do que no segundo trimestre da gravidez.
- (B) Colangiografia intraoperatória está associada a maior risco de óbito fetal.
- (C) Colecistectomia aberta deve ser a abordagem preferencial na gestante.
- (D) A gravidez como fator isolado não aumenta a morbidade da colecistectomia.

QUESTÃO 25.

Homem de 35 anos com diabetes melito dá entrada no serviço de emergência referindo que há 10 dias vem apresentando vermelhidão e dor na coxa direita (vide foto abaixo), associados a mal-estar geral e febre de 38,5°C. Foram colhidas amostras de sangue para exames laboratoriais e hemocultura. Com a chegada dos resultados dos exames, foram corrigidos os distúrbios hidroeletrólíticos.



Qual é o tratamento recomendado neste caso?

- (A) Drenagem de abscesso de coxa e oxigenioterapia hiperbárica.
- (B) Antibioticoterapia específica para estreptococo piogênico e seguimento por 48 a 72 horas, para ver se a área demarcada na foto regride.
- (C) Antibioticoterapia empírica e desbridamento cirúrgico.
- (D) Tomografia da coxa para orientar drenagem percutânea de abscesso profundo.

QUESTÃO 26.

Homem de 22 anos foi vítima de agressão por arma branca em hemitórax direito. Foi intubado na cena e sedado para transporte aéreo.

Sinais vitais na sala de emergência: pressão arterial de 100x70 mmHg; frequência cardíaca de 95 bpm, pulso rítmico; SatO₂ de 100%; frequência respiratória de 16 ipm com auxílio de ventilação mecânica; e Glasgow Coma Score 6T.

Está descorado (+); enchimento capilar: < 3 segundos.

Tórax: ferimento é mostrado na foto abaixo; expansibilidade e murmúrio vesicular diminuídos na base direita.

Abdome: plano, flácido, ruídos hidroaéreos presentes; avaliação da dor prejudicada pela sedação.

Radiografia de tórax (AP na maca): discreto velamento difuso do hemitórax direito, sem pneumotórax. Demais estruturas sem anormalidades.



Qual a conduta recomendada neste caso?

- (A) Limpeza e sutura do ferimento; manter em observação.
- (B) Drenagem pleural à direita, seguida de videotoracoscopia.
- (C) Drenagem pleural à direita, seguida de videolaparoscopia.
- (D) Limpeza e sutura do ferimento, drenagem pleural à direita e nova radiografia de tórax.

QUESTÃO 27.

Mulher de 35 anos é levada ao serviço de emergência com histórico de tentativa de suicídio, pulando do 3º andar de um edifício. Apresenta hematoma em região plantar do pé direito.

Que outra lesão traumática está frequentemente associada ao tipo de fratura ilustrada na radiografia abaixo?



- (A) Fratura de ossos da mão.
- (B) Fratura de coluna vertebral.
- (C) Ruptura de bexiga.
- (D) Trauma hepático.

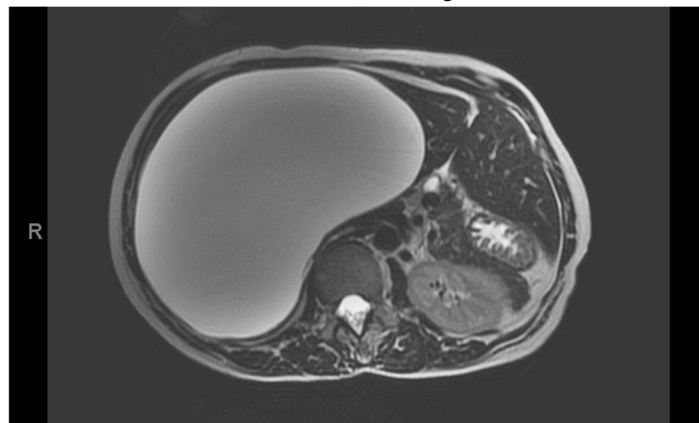
QUESTÃO 28.

Considerando-se o tratamento do melanoma cutâneo, qual das seguintes características possui maior relevância no prognóstico?

- (A) Ulceração.
- (B) Posição acral.
- (C) Mitoses.
- (D) Linfonodo sentinela positivo.

QUESTÃO 29.

Mulher de 46 anos refere massa abdominal em flanco e hipocôndrio direito há 1 ano e 6 meses, de crescimento progressivo, acompanhada de desconforto abdominal, principalmente pós-prandial e empachamento. Nega febre, perda de peso, náuseas, vômitos ou alteração do hábito intestinal. CA19-9: 230 U/mL. Fez a ressonância magnética de abdômen ilustrada a seguir (T2).



Qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Cisto hidático do fígado.
- (B) Cisto hepático simples.
- (C) Cisto adenocarcinoma hepático.
- (D) Cisto hemorrágico traumático.

QUESTÃO 30.

Sobre a apendicectomia laparoscópica, é correto afirmar:

- (A) Não está indicada em obesos com IMC > 55 kg/m², devido ao aumento do risco de abscessos na cavidade abdominal.
- (B) Apendicites com gangrena ou perfuração com pneumoperitônio são consideradas situações mandatórias para conversão.
- (C) O coto apendicular pode ser tratado com cliques de titânio ou de polímero.
- (D) A lavagem peritoneal deve ser evitada, pelo aumento do risco de infecção.

QUESTÃO 31.

Homem de 50 anos com diagnóstico de melanoma extensivo superficial em dorso, Breslow = 1,8 mm, Clark IV, diagnosticado por biópsia excisional, foi submetido a ampliação das margens e pesquisa de linfonodo sentinela, sem intercorrências. O exame anatomopatológico demonstrou:

1. Ampliação de margens: ausência de neoplasia residual; fibrose cicatricial.
2. Linfonodo sentinela axilar direito: metástase em 1 linfonodo ressecado.

Foi então submetido a linfadenectomia axilar direita, com o seguinte achado anatomopatológico:

1. Produto de linfadenectomia axilar: metástase em 3 linfonodos de 14 analisados.
2. Tamanho da maior metástase: 8 mm; extensão extracapsular: presente.

Qual deverá ser o próximo passo no tratamento recomendado deste paciente?

- (A) Linfadenectomia axilar esquerda.
- (B) Quimioterapia adjuvante.
- (C) Radioterapia adjuvante.
- (D) Seguimento clínico com exames de imagem.

QUESTÃO 32.

Mulher de 48 anos apresenta a seguinte lesão melanocítica:



Qual é a melhor maneira de realizar o diagnóstico histopatológico?

- (A) Biópsia incisional com punch.
- (B) Biópsia por punção aspirativa com agulha fina (PAAF).
- (C) Biópsia excisional sem margens.
- (D) Não há indicação de biópsia, mas sim de cirurgia radical, com margens de 2 cm.

QUESTÃO 33.

Homem de 61 anos procura o serviço de urgência com história de vômitos com sangue vivo e evacuações com fezes escurecidas há 3 horas. Refere episódio semelhante há 2 anos, quando foi feito diagnóstico de doença varicosa de esôfago, secundária a hipertensão portal por esquistossomose. Não fez seguimento médico desde então.

Está em regular estado geral, descorado 2+/4, afebril, acianótico e anictérico. Abdome globoso, com sinais de ascite e circulação colateral em parede abdominal.

Endoscopia: cordões varicosos esofágicos de médio calibre, com sangramento ativo em um cordão, e gastropatia congestiva intensa, com sinais de sangramento. Feita ligadura elástica do cordão sangrante.

É correto afirmar:

- (A) Em caso de ressangramento, este paciente tem indicação de repetir a endoscopia, para ligadura elástica das varizes e tratamento da gastropatia com argônio.
- (B) TIPS é uma boa opção terapêutica, no caso de sangramento refratário a terapêutica medicamentosa e endoscópica.
- (C) Está indicada profilaxia secundária com carvedilol, após estabilização clínica.
- (D) Para melhor visualização, o paciente deve receber eritromicina antes da endoscopia.

QUESTÃO 34.

Mulher de 75 anos, usuária de antiagregante plaquetário por insuficiência coronariana e vascular periférica, procura o pronto-socorro com queixa de fraqueza e adinamia, associadas a evacuações escurecidas, há quatro dias. Refere que há um dia apresentou evacuação com sangue vivo misturado nas fezes. Estava usando de anti-inflamatório havia duas semanas, por dor em membro inferior direito.

No momento, está em regular estado geral, descorada 3+/4, afebril, acianótica e anictérica. Frequência cardíaca de 120 bpm; Pressão arterial de 80x50 mmHg; enchimento capilar: > 3 segundos. Toque retal: sangue vivo.

É correto afirmar:

- (A) Se o sangramento for por doença péptica, deve ser feita pesquisa de *H. pylori*.
- (B) Deve ser administrado omeprazol, 40 mg por via endovenosa, após a definição de se tratar de provável úlcera péptica.
- (C) A escleroterapia com adrenalina é o tratamento de escolha para as úlceras classificadas como Forrest IA, IB e IIA.
- (D) Em caso de ressangramento após a terapêutica endoscópica inicial, o procedimento cirúrgico é o tratamento de eleição.

QUESTÃO 35.

No trauma esplênico a angioembolização é a conduta recomendada em que tipo de paciente?

- (A) Paciente hemodinamicamente normal com lesão esplênica grau III, com extravasamento de contraste para a cavidade peritoneal e instabilidade hemodinâmica ao retornar da tomografia.
- (B) Paciente hemodinamicamente normal com lesão esplênica grau IV, com extravasamento intraparenquimatoso de contraste.
- (C) Paciente hemodinamicamente normal com lesão esplênica grau II, sem extravasamento intraparenquimatoso de contraste.
- (D) Paciente hemodinamicamente normal com lesão esplênica grau III, sem extravasamento de contraste e com ruptura intraperitoneal de bexiga.

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões 36 e 37:

Homem de 48 anos apresenta hematoquezia há 3 meses. Ao exame proctológico apresenta lesão vegetante, friável ao toque em parede anterior do reto. Retossigmoidoscopia rígida mostra lesão vegetante a 6cm da borda anal, não estenosante. Relatório anatomopatológico confirmou adeonocarcinoma bem diferenciado.

QUESTÃO 36.

Quais exames de estadiamento devem ser solicitados nesse momento?

- (A) Tomografia de tórax, abdome e pelve, colonoscopia completa.
- (B) Tomografia de tórax, abdome e pelve, enema opaco e dosagem de CEA.
- (C) Tomografia de tórax e abdome, colonoscopia completa e ressonância magnética de pelve.
- (D) Tomografia de tórax, abdome e pelve, colonoscopia completa e laparoscopia.

QUESTÃO 37.

Os exames de estadiamento não evidenciam metástases. A seqüência de tratamento recomendado é:

- (A) Retossigmoidectomia com colostomia terminal
- (B) Retossigmoidectomia com anastomose primária seguida de quimio e radioterapia
- (C) Quimioterapia e radioterapia seguidos de retossigmoidectomia com anastomose primária
- (D) Retossigmoidectomia com anastomose primária

QUESTÃO 38.

O megacólon chagásico ainda é uma afecção comum no nosso meio. Sobre essa doença, assinale a alternativa correta:

- (A) O tratamento inicial do volvo no megacólon é a sua distorção com auxílio de retossigmoidoscópio ou colonoscopia.
- (B) O tratamento cirúrgico deve ser prontamente proposto no momento do seu diagnóstico.
- (C) Neste caso não há necessidade de investigação de acometimento em outros órgãos devido à doença de Chagas.
- (D) A incontinência anal é manifestação frequentemente associada nessa afecção

QUESTÃO 39.

O condiloma causado pelo HPV (*human papiloma vírus*) é uma doença sexualmente transmissível bastante frequente. Sobre essa afecção, assinale a alternativa correta:

- (A) A região anal é raramente acometida.
- (B) O tratamento sistêmico é a primeira etapa do tratamento do condiloma anal.
- (C) Os sorotipos 16 e 18 representam a causa mais comum de carcinoma espinocelular do canal anal.
- (D) O seguimento após ressecção somente é necessário quando há associação de lesão genital e anal.

QUESTÃO 40.

Mulher de 47 anos obesa há 22 anos com muitas tentativas de tratamento medicamentoso e dieta para redução do peso sem sucesso. Apresenta diabetes mellitus medicada com insulina há 8 anos. Atingiu o IMC de 39 kg/m², sendo indicado o tratamento cirúrgico. Durante o preparo pré-operatório com orientação nutricional perdeu peso e chegou ao IMC atual de 34 kg/m². A conduta recomendada neste caso é:

- (A) Manter a indicação do tratamento cirúrgico com o desvio gástrico em Y de Roux.
- (B) Suspender o tratamento clínico com insulina e quando recuperar o peso inicial indicar a gastrectomia vertical.
- (C) Aconselhar ganho de peso para atingir IMC elegível ao tratamento cirúrgico.
- (D) Paciente sem indicação de cirurgia bariátrica nesse momento, orientada para tratamento endoscópico com balão intragástrico.

QUESTÃO 41.

Paciente submetido a gastroplastia redutora há 2 anos apresenta reganho de 80% do excesso de peso perdido. A conduta pertinente nesse momento é:

- (A) Investigação de alterações anatômicas do procedimento anterior.
- (B) Abordagem multidisciplinar para tentativa de perda de peso, sem necessidade de maiores investigações.
- (C) Deve-se propor cirurgia revisional sem necessidade de qualquer investigação complementar.
- (D) Não se pode afirmar que há reganho de peso, uma vez que para isso deve-se reganhar 100% do excesso de peso perdido.

QUESTÃO 42.

Paciente de 38 anos em 7º pós-operatório de gastrectomia vertical por laparoscopia vem ao pronto socorro com queixa de alteração no aspecto do dreno abdominal colocado durante o procedimento cirúrgico. Ao exame físico apresenta-se em bom estado geral, com frequência cardíaca = 80bpm, PA: 120x80mmHg, sem dor abdominal, e secreção amarelada no dreno. Foi realizado teste de azul de metileno que corou a bolsa coletora do dreno. Qual a melhor conduta para o caso nesse momento?

- (A) Indicar reoperação para conversão para *by-pass* gástrico em Y-de-Roux.
- (B) Indicar tomografia de abdome para auxiliar na definição da conduta
- (C) Indicar reoperação imediata para limpeza de cavidade abdominal e rafia de fístula.
- (D) Indicar tomografia de abdome e reoperação para limpeza de cavidade abdominal com drenagem com dreno mais calibroso.

QUESTÃO 43.

Mulher de 38 anos com queixa de pirose intensa que melhora parcialmente após uso de inibidor de bomba de prótons em dose plena. Refere alguns episódios de dificuldade para ingestão de alimentos sólidos. Realizou endoscopia digestiva alta na Unidade Básica de Saúde que revelou esofagite Grau C na classificação de Los Angeles. Realizou radiografia contrastada do esôfago, estômago e duodeno que mostrou hérnia de hiato por deslizamento de 4 cm de extensão. Proposto tratamento cirúrgico pela insuficiência do tratamento clínico. Qual a conduta recomendada?

- (A) Hiatoplastia com funduplicatura laparoscópica sem necessidade de outros exames subsidiários, já que paciente foi investigada com endoscopia digestiva alta.
- (B) Deve-se solicitar manometria esofágica e em função do resultado do exame, hiatoplastia com funduplicatura laparoscópica na sequência.
- (C) O tratamento cirúrgico não está indicado, pois houve resposta clínica satisfatória com uso de medicação oral.
- (D) Deve-se solicitar estudo do esvaziamento esofágico por cintilografia com refeição marcada para se afastar diagnóstico de megaesôfago

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões **44 e 45**:

Homem de 60 anos tabagista 30 maços/ano, etilista social e disfagia realizou endoscopia digestiva alta que mostra lesão ulcerada à 20cm de arcada dentária superior, acometendo 2/3 da circunferência do órgão. Apresenta-se em bom estado geral.

QUESTÃO 44.

Quais exames de estadiamento devem ser realizados para o caso em questão?

- (A) Tomografia de tórax, abdome e pelve e PET- CT de corpo inteiro.
- (B) Tomografia de pescoço, tórax, abdome e pelve e laparoscopia.
- (C) Tomografia de pescoço, tórax, abdome e pelve e PET-CT de corpo inteiro.
- (D) Tomografia de pescoço, tórax, abdome e pelve, PET-CT de corpo inteiro e laringotraqueobroncoscopia.

QUESTÃO 45.

Após exames de estadiamento, foi indicado tratamento com neoadjuvância. Ao restadiamento foi constatada resposta clínica completa, mantendo-se em bom estado nutricional. A conduta recomendada agora neste caso é:

- (A) Seguimento ambulatorial rigoroso com exames de restadiamento a cada 6 meses nos 2 primeiros anos de acompanhamento.
- (B) Ressecção endoscópica do local acometido para confirmação patológica da resposta clínica completa.
- (C) Esofagectomia por toracoscopia com linfadenectomia e reconstrução com tubo gástrico.
- (D) Esofagectomia trans-hiatal e reconstrução com tubo gástrico e anastomose intratorácica.

QUESTÃO 46.

Homem de 47 anos, natural e procedente do interior do estado de Minas Gerais, com queixa de disfagia progressiva há 7 anos, com piora importante há 1 ano. O exame contrastado do esôfago revelou megaesôfago grau III e a manometria esofágica revelou aperistalse do corpo do esôfago com ausência do relaxamento do esfínter esofágico inferior. A endoscopia digestiva com cromoscopia mostrou pequenas áreas lugol negativas, cujo estudo anatomopatológico revelou esofagite inespecífica. A conduta recomenda para o caso em questão é:

- (A) Dilatação endoscópica, uma vez que a capacidade motora esofágica está preservada.
- (B) Esofagocardiomiectomia com funduplicatura videolaparoscópica
- (C) Esofagectomia transhiatal devido a presença de alterações na mucosa esofágica
- (D) Esofagectomia por toracoscopia pelo grau avançado de dilatação do esôfago

QUESTÃO 47.

Mulher de 47 anos com quadro de epigastralgia há 2 anos, a endoscopia digestiva alta mostra lesão ulcerada em antro gástrico de 1,9 cm de diâmetro. O laudo anatomopatológico confirmou diagnóstico de adenocarcinoma pouco diferenciado do tipo difuso de Lauren. Sobre esse caso, assinale a alternativa correta:

- (A) Caso não é elegível para ressecção endoscópica.
- (B) Deve ser realizado ecoendoscopia para avaliar se a lesão é precoce, e assim realizar a ressecção endoscópica.
- (C) Realizar estadiamento completo com tomografia de tórax, abdome e pelve para somente então definir se a lesão é passível de ressecção endoscópica.
- (D) O caso é cirúrgico, indicando-se diretamente a gastrectomia total com linfadenectomia D1 + linfadenectomia da cadeia 8.

QUESTÃO 48.

Mulher de 53 anos com vômitos de repetição e diagnóstico endoscópico de lesão obstrutiva em antro gástrico. Realizou tomografia de tórax, abdome e pelve que mostrou nódulos hepáticos em ambos os lobos sugestivos de metástases. A conduta recomendada neste caso é:

- (A) Deve-se fazer jejunostomia para alimentação enteral.
- (B) Como paciente é jovem e sem comorbidades, deve-se propor neoadjuvância por quimio-embolização hepática seguida de hepatectomia com gastrectomia.
- (C) Como paciente é jovem e sem comorbidades, deve-se proceder com gastrectomia subtotal paliativa.
- (D) Como paciente é jovem e sem comorbidades, deve-se propor gastro-duodeno anastomose para derivação alimentar.

QUESTÃO 49.

Paciente no 6º dia de pós-operatório de gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2 e com reconstrução em Y de Roux, volta no ambulatório para retirada de dreno abdominal. Não apresenta nenhuma queixa abdominal, sem febre ou outros sintomas, porém o dreno apresenta secreção de aspecto bilioso. A principal hipótese diagnóstica e a conduta recomendada neste momento são:

- (A) Fístula de coto duodenal e indicar reoperação imediatamente.
- (B) Fístula de coto duodenal e indicar tomografia de abdome para auxiliar na definição da conduta.
- (C) Fístula da gastroentero anastomose e indicar reoperação imediatamente.
- (D) Fístula da gastroentero anastomose e indicar endoscopia digestiva para passagem de sonda nasointestinal

QUESTÃO 50.

Homem de 49 anos vem ao ambulatório com queixa de "amarelamento" nos olhos há 3 meses. Nega perda de peso no período. Refere colecistectomia videolaparoscópica eletiva há 5 anos. Realizou exame de colangiografia por ressonância magnética que evidenciou ducto colédoco com diâmetro de 4 cm com 4 cálculos no seu interior, o maior deles com 2,5 cm de diâmetro. Qual a conduta recomendada neste caso?

- (A) Colangiografia transparietal com drenagem externa da via biliar para auxílio na exploração cirúrgica a ser realizada em seguida.
- (B) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica para remoção dos cálculos.
- (C) Exploração cirúrgica das vias biliares para remoção dos cálculos e derivação bilio-digestiva em Y de Roux.
- (D) litotripsia extra-corpórea e remoção dos cálculos por via endoscópica.

QUESTÃO 51.

Paciente de 61 anos vêm ao ambulatório com quadro de icterícia obstrutiva (bilirrubina direta de 7,1mg/dL). Realizou tomografia de abdome com contraste que evidenciou lesão de 2 cm de diâmetro em cabeça de pâncreas sugestiva de adenocarcinoma, sem invasão vascular arterial ou venosa; não há sinais de metástases a distância. Qual a conduta recomendada para o caso em questão?

- (A) Duodenopancreatectomia.
- (B) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com passagem de prótese plástica para posterior duodenopancreatectomia.
- (C) Biopsia guiada por ecoendoscopia para início de neoadjuvância.
- (D) Derivação biliodigestiva, uma vez que o caso não é elegível para cirurgia de ressecção oncológica.

QUESTÃO 52.

Mulher de 52 anos realizou ultrassonografia de abdome total solicitado em avaliação clínica de rotina. O exame mostrou lesão de 2 cm em cauda de pâncreas de natureza desconhecida. Passou em consulta ambulatorial quando foi solicitada colangiopancreatografia por ressonância magnética que revelou lesão de 2,1 cm sugestiva de tumor neuroendócrino em região distal da cauda do pâncreas. A conduta recomendada neste caso é:

- (A) Manter seguimento clínico com realização de exames de imagem a cada 6 meses para acompanhar evolução da lesão.
- (B) Uma vez que a paciente não apresenta sintomas sugestivos de tumor neuroendócrino não há necessidade de indicar-se a ressecção cirúrgica.
- (C) Pancreatectomia distal.
- (D) Duodenopancreatectomia.

QUESTÃO 53.

Homem de 43 anos com retossigmoidectomia há 4 anos por adenocarcinoma de cólon sigmoide. Vem ao ambulatório após 6 meses de tratamento quimioterápico sem sinais de progressão da doença. O exame de imagem de controle mostra múltiplas lesões metastáticas no lobo hepático direito (9 lesões) e 1 lesão no segmento II com 3 cm de diâmetro e uma lesão no segmento III com 3,2 cm de diâmetro. Volumetria hepática: lobo direito 76%. Assinale a alternativa cirúrgica recomendada:

- (A) Nodulectomias não regradas das lesões metastáticas.
- (B) Hepatectomia em dois tempos.
- (C) Hepatectomia direita clássica e nodulectomias das lesões dos segmentos II e III.
- (D) Hepatectomia esquerda clássica com nodulectomias do lobo direito.

QUESTÃO 54.

Mulher de 28 anos com uso de anticoncepcional oral durante 8 anos, vem encaminhada pelo ginecologista por achado de lesão hepática em exame de rotina de ultrassom de abdome. O laudo do exame mostra que a lesão está localizada em segmento II, com 3,7 cm de diâmetro. O exame de imagem de maior acurácia para o caso é:

- (A) Colangiografia por ressonância magnética.
- (B) Ressonância magnética com contraste hepato-específico.
- (C) Tomografia computadorizada com contraste endovenoso.
- (D) Ultrassom de abdome superior com doppler.

QUESTÃO 55.

Homem de 74 anos vem ao pronto socorro com quadro de icterícia obstrutiva (BD=17,2mg/dL). Refere episódios frequentes de febre de até 38,2°C e dor em flanco direito. Realizada ressonância magnética de abdome com contraste que revelou lesão sugestiva de colangiocarcinoma da junção da via biliar com comprometimento da veia porta e seus ramos direito e esquerdo, sem sinais de ascite. O procedimento recomendado neste momento para o caso em questão é:

- (A) Laparotomia exploradora para drenagem de vias biliares com dreno de Kehr.
- (B) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica para confirmação do diagnóstico.
- (C) Drenagem transparieto-hepática bilateral das vias biliares.
- (D) Laparotomia exploradora com derivação biliodigestiva através de anastomose colecistojejunal.

QUESTÃO 56.

Mulher de 34 anos apresentou perda progressiva da função renal por hipertensão arterial sistêmica mal controlada. Há 5 anos encontra-se em hemodiálise, com três sessões semanais. Há um ano apresenta dores ósseas intensas. No acompanhamento em seu centro de diálise, os exames laboratoriais mostravam Paratormônio de 1.530 pg/mL (normal 10-65), Cálcio Total 10,1 mg/dL (normal 8,6-10,2) e Fósforo 6,7 mg/dL (normal 2,7 a 4,5).

Assinale a alternativa correta:

- (A) O diagnóstico de adenoma de paratireoide é o mais provável
- (B) A dosagem de Paratormônio muito elevada sugere carcinoma de paratireoide.
- (C) A paratireoidectomia pode trazer alívio da dor óssea e melhorar a sobrevida dessa paciente.
- (D) Trata-se de hiperparatireoidismo terciário.

QUESTÃO 57.

Mulher de 18 anos, previamente hígida, procura Pronto-Socorro com história de nódulo em região cervical direita há alguns meses. Crescimento lento e progressivo, indolor. Estava esperando consulta na UBS, mas na última semana apresentou crescimento mais acelerado e paciente procurou pronto socorro. Associado à aumento de nódulo teve cefaleia, coriza e dor no corpo.

No exame físico: Bom estado geral, corada, hidratada. Presença de nódulo de 9 cm cervical a direita, níveis II e III, fibroelástico, móvel, sem sinais flogísticos. Sem outras alterações no exame físico de cabeça e pescoço e geral. A imagem da paciente está abaixo.



Assinale a alternativa correta:

- (A) A hipótese mais provável é cisto branquial e o tratamento é cirúrgico
- (B) A principal hipótese diagnóstica é linfonodomegalia reacional
- (C) A infecção secundária é comum nesses casos e deve ser tratada com drenagem cirúrgica
- (D) A principal hipótese diagnóstica é uma mau formação congênita de quarto arco branquial

QUESTÃO 58.

Homem de 45 anos com antecedente de hipertensão arterial procura pronto atendimento muito preocupado com nódulo em região cervical há 15 dias pois um médico falou que poderia ser linfoma. Nega qualquer outro sintoma no período.

Ao exame físico está em bom estado geral, corado, hidratado, eupneico. Na palpação cervical apresenta nódulo palpável de 2 cm em nível II a esquerda, fibroelástico, móvel e indolor na região referida pelo paciente. Apresenta também múltiplos outros nódulos palpáveis de aproximadamente 1,5 cm em níveis II, III e V bilaterais, fibroelásticos, móveis e indolores.

Sem outras alterações no exame físico geral e da cabeça e pescoço.

Traz ultrassonografia que realizou há um dia que descreve:

Glândulas submandibulares e parótidas de aspecto normal.

Glândula tireoide com parênquima de aspecto preservado, fluxo normal. Presença de imagem nodular hipocogênica de 0,9 x 0,5 x 0,7 cm em terço inferior de lobo esquerdo, com halo, contornos regulares. Cisto em lobo direito da tireoide de 0,5 x 0,4 cm.

Imagem ovalada de 2,3 x 1,2 cm em nível II a esquerda compatível com linfonodo de dimensões aumentadas, contornos regulares, hilo presente.

Múltiplas imagens compatíveis com linfonodos em níveis II, III e V bilaterais, com dimensões pouco aumentadas, morfologia preservada.

Assinale a alternativa correta:

- (A) Deve ser feita investigação do maior linfonodo com biópsia excisional
- (B) Linfonodos com formato alongado são mais suspeitos para malignidade do que linfonodos arredondados
- (C) Diferentemente dos homens com menos de 45 anos, nódulos tireoideanos menores que 1 cm e sem características suspeitas para malignidade, em pacientes acima dessa idade, tem indicação de prosseguir investigação
- (D) A investigação da linfonodomegalia em adultos idealmente inicia-se através da punção aspirativa por agulha fina guiada por ultrassonografia

QUESTÃO 59.

Homem de 22 anos apresenta episódio de aumento da região submandibular direita há 1 dia associado a dor local e febre não aferida. Ao exame, nota-se abaulamento profundo de 2,5 cm em nível Ib direito, doloroso à palpação, pouco móvel e sem sinais flogísticos. A massa é também evidente no soalho da boca à palpação bidigital.

Assinale a alternativa que descreve o diagnóstico mais provável, bem como a terapêutica e a investigação diagnóstica recomendada.

- (A) cisto branquial infectado - antibioticoterapia e tomografia cervical
- (B) sialoadenite - anti-inflamatórios e ultrassonografia cervical
- (C) cisto de retenção em glândula salivar - analgésicos e punção de alívio
- (D) rânula - compressas mornas e punção aspirativa por agulha fina

QUESTÃO 60.

Homem de 59 anos, tabagista, com carcinoma espinocelular de orofaringe de estágio clínico T2N1M0, será submetido ao tratamento com quimioterapia e radioterapia combinadas. Comparece em consulta para reavaliação com exames de estadiamento. As tomografias de face e pescoço confirmam o estágio clínico e não evidenciam outras áreas suspeitas. A endoscopia digestiva alta demonstra esofagite de refluxo não erosiva sem áreas iodo claras à cromoscopia com lugol. Entretanto, no exame locoregional foi evidenciada a lesão demonstrada na imagem abaixo.



Indique a alternativa que descreve corretamente o diagnóstico e o tratamento recomendado.

- (A) monilíase oral - enxague oral com solução de nistatina
- (B) líquen plano - tratamento tópico com triancinolona acetonida
- (C) leucoplasia - exérese cirúrgica com margens mínimas
- (D) eritroplasia - desbridamento cirúrgico e manutenção da superfície cruenta

QUESTÃO 61.

Mulher de 49 anos refere o surgimento de úlcera oral, levemente dolorosa e com sangramento eventual há cerca de 90 dias. Refere tabagismo de cerca de 5 cigarros por dia há 20 anos e etilismo social (2 latas de cerveja e 1 dose de destilado aos finais de semana). Pela oroscopia evidencia-se lesão avermelhada plana mal delimitada de aproximadamente 1,5 cm no soalho da boca a direita estendendo-se do ducto de Warthon até a altura do segundo pré-molar do mesmo lado. Não são palpados linfonodos cervicais.

A hipótese diagnóstica e a terapêutica recomendada para essa lesão são:

- (A) Eritroplasia – exérese da lesão com margens de 5 mm.
- (B) Carcinoma verrucoso – exérese da lesão com margens de 1,0 cm.
- (C) Carcinoma epidermoide – exérese da lesão com margens de 1,0 cm e esvaziamento cervical seletivo de níveis I, II e III esquerdo.
- (D) Sialoadenite de glândula submandibular – exérese de glândula submandibular esquerda.

QUESTÃO 62.

Homem de 65 anos tabagista e etilista de longa data (60 cigarros/dia e ingestão de 6 doses de destilado por dia há 50 anos) com queixa de disfagia progressiva há 8 meses. Há cerca de 3 meses passou a apresentar também odinofagia para sólidos e disfonia, além de emagrecimento de 12 kg. Há dez dias passou a alimentar-se quase que exclusivamente por sonda enteral após passagem no pronto socorro. Ao exame físico apresenta-se disfônico 2+/4, emagrecido, sem lesões de mucosa à oroscopia e notam-se linfonodos endurecidos, arredondados, móveis e indolores assim distribuídos: nível IIA esquerdo de 3,0 X 2,5 cm e nível III direito de 2,5 X 2,0 cm.

Qual o provável epicentro da lesão primária e o respectivo método diagnóstico indicado para a realização de biópsia?

- (A) Orofaringe – exame sob narcose.
- (B) Nasofaringe – rinoscopia anterior.
- (C) Esôfago cervical – endoscopia digestiva alta.
- (D) Hipofaringe – nasofibrolaringoscopia.

QUESTÃO 63.

Homem de 22 anos, fumante desde os 12 anos, com aparecimento súbito de nódulo de 3 cm cervical alto (nível II) esquerdo. Refere pouca dor local. Ultrassom cervical mostra que o nódulo é cístico, sem outras alterações.

Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Cisto branquial.
- (B) Metástase de carcinoma anaplásico de tireoide.
- (C) Metástase de carcinoma epidermoide do trato aerodigestório alto.
- (D) Linfoma de Hodgkin.

QUESTÃO 64.

Lactente do sexo masculino de 3 meses apresenta tumoração inguinal redutível a esquerda com testículo tóxico deste lado e criptorquidia direita, com testículo palpável em região inguinal direita. A conduta recomendada neste caso é:

- (A) aguardar até os 2 anos.
- (B) realizar herniorrafia inguinal esquerda agora e orquipexia direita aos 2 anos.
- (C) realizar herniorrafia inguinal esquerda e orquipexia direita agora.
- (D) realizar orquipexia direita aos 6 meses e herniorrafia inguinal esquerda aos 2 anos.

QUESTÃO 65.

Criança de 3 anos é portadora de importante atraso de desenvolvimento neuropsicomotor por hipóxia neonatal e apresenta desnutrição grave. A mãe refere que a criança tem muita dificuldade para deglutir, engasga-se várias vezes e apresenta episódios de vômitos pós-prandiais alimentares diários. Não faz uso de nenhuma medicação. Traz uma esofagoestomoduodenografia que revela pequena hérnia hiatal com episódio de refluxo até terço proximal do esôfago. Ao exame físico tem abdome flácido sem massas palpáveis ou peristaltismo visível. A conduta recomendada neste caso é:

- (A) indicar uma funduplicatura com gastrostomia agora.
- (B) tentar realizar uma gastrostomia endoscópica e, se ao procedimento for identificada esofagite, realizar posteriormente uma funduplicatura videolaparoscópica.
- (C) passar uma sonda nasogástrica e administrar omeprazol para tratar o refluxo, programando retorno em 6 meses.
- (D) iniciar tratamento com omeprazol e pró-cinéticos e reavaliar em 6 meses.

QUESTÃO 66.

Lactente de 1 ano portador de síndrome do intestino curto, dependente de nutrição parenteral, tracionou seu cateter central e a ponta do mesmo passou a se posicionar em veia subclávia esquerda. A conduta recomendada neste momento seria:

- (A) retirar o cateter e administrar dieta enteral em maior quantidade.
- (B) trocar o cateter com fio-guia em centro cirúrgico assim que possível.
- (C) retirar o cateter e administrar soro de manutenção por cateter periférico.
- (D) realizar antisepsia deste cateter e introduzi-lo novamente no próprio leito.

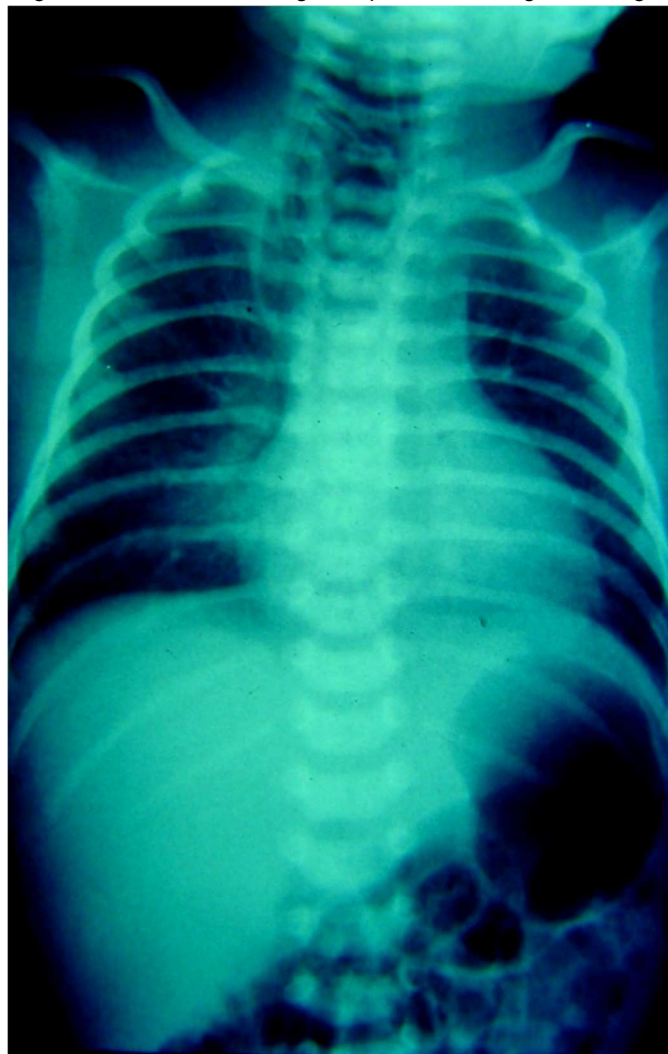
QUESTÃO 67.

Lactente de 6 meses é trazido ao pronto-socorro com história de queda de estado geral, febre, distensão abdominal, vômitos em pequena quantidade e episódios de diarreia pútrida. Tem história de obstipação desde o nascimento, é desnutrido e cronicamente distendido. Ao toque retal há saída de fezes explosivas acinzentadas e pútridas. A conduta recomendada neste momento é:

- (A) realizar uma colostomia de emergência.
- (B) internar, administrar antibióticos endovenosos e realizar lavagens intestinais.
- (C) realizar um enema opaco e em seguida abaixamento de colo.
- (D) realizar uma biópsia retal e uma colostomia na zona de transição.

QUESTÃO 68.

Recém-nascido de termo, em bom estado geral, apresenta salivação abundante e impossibilidade de passagem de sonda orogástrica. Realizada radiografia que revela a seguinte imagem:



Qual a conduta recomendada neste momento?

- (A) realizar uma esofagostomia e gastrostomia.
- (B) passar um cateter central para nutrição parenteral e aguardar o alongamento dos cotos para posteriormente realizar uma anastomose primária.
- (C) realizar uma gastrostomia descompressiva.
- (D) realizar um ecocardiograma e em seguida uma toracotomia.

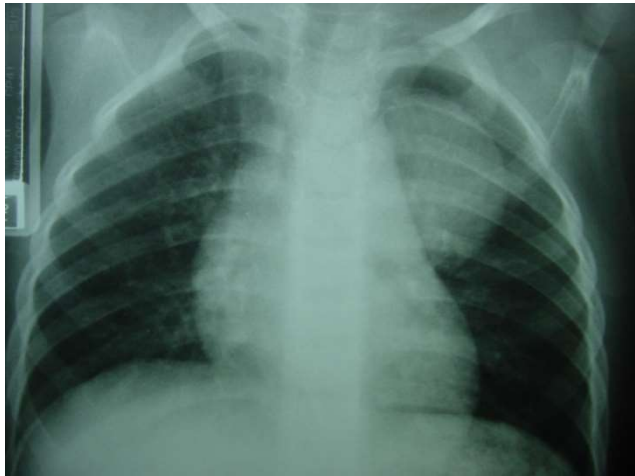
QUESTÃO 69.

Lactente de 11 meses portador de atresia de vias biliares interna para realização de transplante intervivos no dia seguinte. A mãe conta que a criança apresentou febre há 1 dia e no dia da internação, irritabilidade, além de discreto aumento do volume abdominal. Ao exame físico apresenta-se ativa, ictérica, com ascite volumosa, ausculta pulmonar limpa. A conduta recomendada neste momento é:

- (A) esvaziar a ascite, iniciar antibioticoterapia para gram positivos e manter o transplante.
- (B) suspender o transplante intervivos em definitivo e aguardar o aparecimento de um doador cadavérico.
- (C) suspender o transplante e dar alta para a criança.
- (D) realizar triagem infecciosa incluindo punção diagnóstica de líquido ascítico e suspender por ora o transplante.

QUESTÃO 70.

Lactente de 1 ano e meio é trazido em consultório por achado em radiografia de tórax. Está em bom estado, um pouco emagrecido, com ausculta pulmonar limpa. Qual a hipótese mais provável dentre as abaixo assinaladas?



- (A) Neuroblastoma
- (B) Timoma
- (C) Cisto pulmonar congênito
- (D) Linfoma

QUESTÃO 71.

Criança de 2 anos, no 3º dia após transplante hepático intervivos por hepatite fulminante, com ótima evolução, extubada, boa diurese, apresenta ausência de fluxo arterial hepático ao exame ultrassonográfico com doppler. A conduta recomendada neste momento é:

- (A) Observar evolução enzimática nos próximos dias.
- (B) Administrar trombolíticos.
- (C) Iniciar heparinização plena.
- (D) Indicar exploração cirúrgica imediata.

QUESTÃO 72.

Homem de 35 anos, vítima de atropelamento por automóvel há 2 horas. No atendimento inicial:

- A= vias aéreas pérvias + colar cervical posicionado
- B= exame torácico normal, sem alterações ventilatórias
- C= PA 120x70, FC 90, pelve estável, toque retal normal, fratura tíbia direita
- D= Glasgow 15, sem déficits neurológicos
- E= ferimento descolante em perna direita com fratura exposta, perda de cobertura cutânea extensa em região pré-tibial direita com exposição óssea coincidente com a área fraturada no terço distal da perna até a região do maléolo lateral. Pulsos distais presentes e pé com perfusão adequada.

Com relação ao tratamento definitivo da ferida, qual a opção mais recomendada considerando-se a localização e complexidade da ferida.

- (A) Desbridamento e coleta de pele para enxertia de pele total
- (B) Transferência de retalho microcirúrgico
- (C) Enxertia de pele parcial em malha
- (D) Enxertia de pele parcial em lâmina

QUESTÃO 73.

Homem de 55 anos foi submetido à parotidectomia total à direita por neoplasia maligna e devido à extensão da lesão houve necessidade de sacrifício do tronco do nervo facial. Não foi realizada a reparação imediata. O paciente é encaminhado ao cirurgião plástico para tratamento do defeito funcional resultante. O quadro clínico pós-operatório é de paralisia facial completa à direita. Há queda do supercílio, déficit de oclusão palpebral, incontinência salivar e desvio da rima oral ao falar. Qual é a prioridade de tratamento neste caso?

- (A) Reanimação facial com retalho muscular.
- (B) Reanimação facial com enxerto de nervo sural.
- (C) Tratamento do lagoftalmo palpebral.
- (D) Suspensão facial estática.

QUESTÃO 74.

No tratamento agudo do paciente queimado, a utilização de antimicrobianos tópicos é indicada na redução da colonização bacteriana da ferida. Consequentemente, reduz o risco de infecções sistêmicas. A Sulfadizina de Prata e o Acetato de Mafenide são agentes farmacológicos com boa efetividade, mas a absorção cutânea pode acarretar efeitos sistêmicos adversos. Qual alternativa abaixo cita os efeitos adversos mais frequentes respectivamente para a sulfadiazina e o mafenide?

- (A) delirium e dor
- (B) broncoespasmo e insuficiência renal
- (C) leucopenia e acidose metabólica
- (D) aumento da resistência bacteriana e leucopenia

QUESTÃO 75.

A última etapa da Cicatrização é caracterizada pela maturação da cicatriz, ganho de força tensil e pode perdurar por até 12 meses. Qual o principal processo fisiológico que ocorre nesta fase?

- (A) Organização das fibras de colágeno e substituição do tipo III pelo tipo I.
- (B) Aumento da população de queratinócitos e aumento da espessura da derme.
- (C) Proliferação de fibroblastos e neoformação vascular.
- (D) Aumento dos mastócitos e redução de miofibroblastos.

QUESTÃO 76.

Paciente com 45 anos de idade apresenta lesão pigmentada em face lateral do braço direito, com 7mm no maior diâmetro, de conformação assimétrica, com pigmentação heterogênea e ulceração central. Refere que a lesão apresentou aumento do tamanho no último mês. Qual a principal hipótese diagnóstica e a conduta recomendada em relação à lesão em questão?

- (A) Melanoma maligno e biópsia excisional marginal.
- (B) Carcinoma basocelular pigmentado e biópsia excisional com margem de 2 mm.
- (C) Nevo displásico e dermatoscopia.
- (D) Melanoma maligno e biópsia excisional com margem de 5mm e pesquisa de linfonodo sentinela.

QUESTÃO 77.

Paciente obeso, internado em UTI por choque séptico de origem pulmonar já em resolução, evoluiu durante a estadia na UTI com necessidade de intubação prolongada e sedação. No momento encontra-se extubado e em programação de alta. Não apresenta quadro de paraplegia ou alterações de sensibilidade, mas por reduzida mobilização no leito desenvolveu úlcera por pressão em região sacral com 10 cm de diâmetro. Após desbridamentos sucessivos apresenta ferida limpa, porém com exposição óssea e necessita de cobertura definitiva de partes moles. Qual a opção recomendada neste caso?

- (A) Colocação de Enxerto de pele total após granulação espontânea.
- (B) Colocação de Enxerto de pele parcial após granulação espontânea.
- (C) Transplante de retalho livre microcirúrgico.
- (D) Cobertura com retalho fasciocutâneo de avanço bilateral em V-Y.

QUESTÃO 78.

Homem de 45 anos vítima de queimadura é admitido em unidade de emergência com história de queimadura em ambiente fechado em indústria química após explosão de um tanque contendo material tóxico inflamável. No momento do acidente o paciente estava voltado de costas para o tanque. Outros funcionários sofreram queimaduras graves e houve óbitos no local, em decorrência de traumatismos decorrentes da explosão.

O paciente apresenta-se consciente, com queimaduras que acometem toda a região dorsal, membros superiores e inferiores. Há contusões em tórax. A avaliação inicial estima queimadura superior a 60% da área corpórea. Apresenta dispneia com ausculta pulmonar ruidosa e a fala é rouca. Associado à superfície corpórea, quais outros fatores devem ser considerados na manipulação de fluidos durante a ressuscitação volêmica neste caso?

- (A) Risco de lesão inalatória.
- (B) Nível de consciência e idade.
- (C) Tipo de agente combustível.
- (D) Nível de consciência e óbitos no local

QUESTÃO 79.

Mulher de 65 anos faz seguimento clínico com oncologista devido à presença de neoplasia de mama metastática. Há 1 mês apresentou derrame pleural sintomático que melhorou com toracocentese e se identificou também a presença de células neoplásicas. Atualmente refere recrudescimento sintomas com recidiva do derrame pleural. Qual a orientação terapêutica recomendada agora neste caso?

- (A) Nova toracocentese de alívio.
- (B) Tratamento medicamentoso com diurético.
- (C) Pleurectomia parietal ampla.
- (D) Passagem de dreno pleural e posterior pleurodese química.

QUESTÃO 80.

Homem de 37 anos vítima de trauma de tórax fechado foi submetido à tomografia de tórax que identificou fratura de costela à direita e observou-se também a presença de lesão sólida de 2x3x2 cm em goteira paravertebral à direita. Quais as principais hipóteses diagnósticas?

- (A) Timoma ou hematoma extrapleural relacionado à fratura da costela.
- (B) Cistos mesoteliais ou lesões esofágicas.
- (C) Timoma ou tumor de células germinativas.
- (D) Tumor de linhagem neurogênica.

QUESTÃO 81.

Há 2 meses, homem de 27 anos foi vítima de acidente com motocicleta, tendo apresentado trauma cranioencefálico e torácico com múltiplas fraturas de arcos costais, hemotórax à esquerda. Foi submetido à drenagem torácica à esquerda e ventilação mecânica por 14 dias, recebendo alta hospitalar após 25 dias. Hoje retorna ao pronto atendimento com queixa de dispneia de instalação progressiva associada à corneagem. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Fístula traqueoesofágica.
- (B) Estenose de traqueia.
- (C) Lesão de nervo frênico.
- (D) Fístula broncopleurale com derrame.

QUESTÃO 82.

Homem de 50 anos e obeso deu entrada no pronto atendimento com insuficiência respiratória secundária a grave pneumonia. Mantém hipoxemia mesmo com suplementação de oxigênio, evoluindo com instabilidade hemodinâmica. Foi indicada intubação orotraqueal. Apresenta Mallampati IV, sendo realizada laringoscopia direta para intubação orotraqueal que falhou em 3 tentativas. Durante o procedimento apresentou subitamente dificuldade extrema de ventilação por máscara facial e por máscara laríngea. Considerando-se estas condições qual a atitude recomendada?

- (A) Broncoscopia e Traqueostomia
- (B) Intubação retrógrada
- (C) Cricotireoidostomia
- (D) Intubação com laringoscópio articulado

QUESTÃO 83.

Homem de 40 anos com história de bronquiectasia em tratamento clínico devido à tuberculose tratada há 10 anos, chega ao pronto atendimento com hemoptise estimada em 130ml dia a conduta inicial para hemoptise neste paciente deve ser:

- (A) Broncoscopia flexível, que além do controle permite identificação do local de sangramento.
- (B) Embolização pela radio intervenção.
- (C) Ressecção pulmonar de emergência, devido ao volume superior a 100ml/dia.
- (D) Broncoscopia rígida, por ser a maneira eficaz de bloquear o sangramento.

QUESTÃO 84.

Em relação ao tratamento do carcinoma pulmonar não pequenas células precoce é correto afirmar:

- (A) Preconiza-se a lobectomia pulmonar por toracotomia sempre que possível por ser mais radical e estar relacionada a maior sobrevida em 5 anos.
- (B) A extensão da ressecção pulmonar tem importância menor, sendo o fator crucial para o sucesso do tratamento a realização da linfadenectomia radical do hilo pulmonar.
- (C) O tratamento de escolha é a lobectomia radical, preferencialmente usando uma técnica minimamente invasiva como a videotoracosopia.
- (D) A ressecção sublobar deve ser empregada uma vez que a melhor evidência da literatura mostrou recidiva local semelhante entre as técnicas.

QUESTÃO 85.

Homem de 35 anos procura pronto socorro com queixa de dor no pênis há 3 horas. Durante relação sexual e durante a penetração ouviu um estalido e, a seguir, apresentou detumescência peniana com perda da ereção. Ao exame físico, o paciente apresenta equimose na haste peniana e uretrorragia. Assinale a alternativa que melhor descreve a conduta a ser tomada no pronto-socorro:

- (A) Solicitar ressonância magnética de pelve e pênis, realizar a sondagem vesical de demora e, a seguir, a exploração cirúrgica.
- (B) Solicitar ressonância magnética de pelve e pênis, não realizar a sondagem vesical de demora e explorar apenas se os exames confirmarem alguma lesão.
- (C) Solicitar ultrassom do pênis e uretrorristografia, não realizar a sondagem vesical de demora e baseado nos exames realizar exploração em dois tempos das possíveis lesões.
- (D) Solicitar ultrassom do pênis e uretrorristografia, não realizar a sondagem vesical de demora e baseado nos exames, realizar exploração simultânea das possíveis lesões.

QUESTÃO 86.

Homem de 60 anos, sem comorbidades, totalmente assintomático, procura urologista para realizar exame da próstata. Ao exame físico apresenta próstata de 40 gramas, fibroelástica, sem nódulos. PSA = 6,2 ng/dL. Submetido à biópsia prostática que revelou adenocarcinoma de próstata Gleason 7 (4+3) em 50% de 5 fragmentos entre 14 analisados. Indique a alternativa correta:

- (A) O paciente deve ser estadiado com tomografia de pelve e cintilografia óssea. Se os exames demonstrarem doença localizada, o paciente deve ser submetido à prostatectomia radical.
- (B) O paciente deve ser submetido a tratamento cirúrgico ou radioterápico. A realização de cintilografia óssea é facultativa dada a baixa probabilidade de metástase óssea.
- (C) O paciente é candidato à vigilância ativa do câncer de próstata, devendo realizar toque prostático, PSA e biópsia prostática anual para seguimento.
- (D) O paciente é candidato à vigilância ativa do câncer de próstata, devendo realizar tomografia da pelve e cintilografia óssea anualmente durante o seguimento.

QUESTÃO 87.

Homem de 74 anos procura o pronto socorro com queixa de dificuldade miccional há 12 horas. Refere que há seis meses apresenta micção com jato fraco, entrecortado e sensação de esvaziamento vesical incompleto. Acorda 3 a 4 vezes à noite para urinar. Ao exame físico apresenta abdome doloroso a palpação em hipogástrio. Toque retal: próstata 80 gramas, sem nódulos. PSA = 3,5 ng/dL. Creatinina = 3,2 mg/dL. Ultrassom: ureterohidronefrose moderada bilateral, bexiga espessada e com divertículos, próstata de 90 gramas. Resíduo pós-miccional de 340 mL. Assinale a alternativa correta:

- (A) Trata-se de uma urgência urológica, devendo o paciente ser submetido à nefrostomia percutânea bilateral para melhora da função renal e, posteriormente, a cirurgia da próstata.
- (B) Trata-se de uma urgência relativa, uma vez que o paciente apresenta sintomas miccionais há meses. Pode-se iniciar alfa-bloqueador e finasterida e observar a evolução do quadro.
- (C) Trata-se de uma urgência relativa, devendo o paciente ser submetido a sondagem vesical de alívio e a tratamento clínico com bloqueador alfa-adrenérgico e dutasterida.
- (D) Trata-se de uma urgência urológica, devendo o paciente ser inicialmente sondado com sonda de Foley para melhora da função renal e posterior cirurgia prostática.

QUESTÃO 88.

Homem de 35 anos apresenta episódios de cólicas nefréticas subentrantes há 3 dias com várias passagens por serviços de pronto atendimento para analgesia. Realizou ultrassom que diagnosticou discreta dilatação pielo-ureteral a direita. É portador do vírus HIV e faz tratamento com várias drogas, entre elas o Atazanavir. A carga viral está indetectável e a creatinina sérica é de 1,1 mg/dL. Indique o exame recomendado para a elucidação diagnóstica neste caso.

- (A) tomografia computadorizada de abdome e pelve sem contraste.
- (B) ultrassom de vias urinárias com doppler colorido.
- (C) tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste iodado.
- (D) ressonância magnética de abdome e pelve com gadolínio.

QUESTÃO 89.

Homem de 33 anos apresenta episódios de lombar em cólica de forte intensidade há três dias, acompanhada de náuseas e vômitos. Nega outras doenças. Deu entrada no pronto-socorro há 3 horas.

Ao Exame Físico: Regular Estado Geral, corado, desidratado +, eupneico, anictérico.

Pressão Arterial: 120X80 mmHg; Frequência Cardíaca: 100bpm; Temperatura axilar: 38°C

Abdome: flácido, doloroso no flanco direito. Giordano positivo à direita

Ruídos hidroaéreos presentes e normais. Descompressão Brusca negativa.

Exames laboratoriais: Hemoglobina: 14,5 g/dL; Leucócitos: 13200 com desvio à esquerda; PCR: 15; Creatinina: 1,1 mg/dL e Glicemia: 92 mg/dL.

Realizado o exame cuja imagem é mostrada abaixo:



O achado desse exame e a melhor conduta recomendada para este paciente são respectivamente:

- (A) cálculo calicial superior e ureteral; antibioticoterapia e drenagem da via urinária.
- (B) cálculo coraliforme incompleto; antibioticoterapia e drenagem, da via urinária.
- (C) cálculo coraliforme incompleto; antibioticoterapia de largo espectro.
- (D) cálculo calicial superior e ureteral; remoção dos cálculos por ureteroscopia.

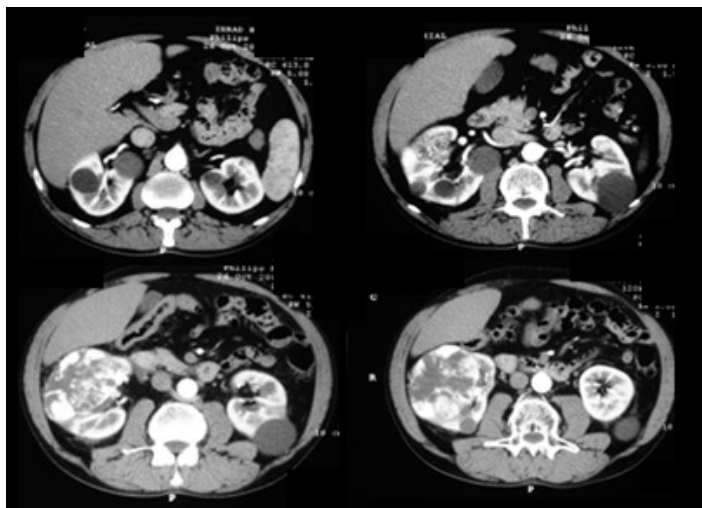
QUESTÃO 90.

Homem de 60 anos refere dor em flanco direito, continua de intensidade moderada associada a episódios de hematúria indolor há um ano. É hipertenso, controlado com medicações. Tabagista: fuma 20 cigarros/dia há 35 anos.

Ao Exame Físico: Bom Estado Geral, corado, eupneico. Pressão Arterial=130X90 mmHg.

Abdome: globoso, flácido, levemente doloroso a palpação do flanco direito. Ruídos hidroaéreos presentes e normais. Descompressão brusca negativa. Foi submetido ao exame mostrado abaixo.

Com relação ao diagnóstico e tratamento, assinale a alternativa correta.



- (A) Cistos renais bilaterais - enucleação.
- (B) Cistos renais bilaterais e tumor renal à direita - nefrectomia radical à direita.
- (C) Cistos renais bilaterais e tumor renal à direita- enucleação.
- (D) Cistos renais bilaterais e tumor renal à esquerda - enucleação.

QUESTÃO 91.

Homem de 16 anos é trazido pela mãe ao Pronto-Socorro da Santa Casa de pequena cidade do interior de São Paulo. O rapaz referia dor testicular à esquerda há aproximadamente 4 horas, de forte intensidade. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, corado, fácies de dor, abdome flácido, e indolor. O exame da genitália masculina revelou leve vermelhidão em prepúcio; testículo direito tóxico, de tamanho e consistência normais; testículo esquerdo aumentado de volume e eritematoso, de difícil palpação devido à dor e edema local. A elevação do testículo esquerdo resultava em discreta melhora da dor, e o reflexo cremastérico estava abolido deste lado. A Santa Casa não possui setor de medicina nuclear, mas possui médico ultrassonografista de plantão à distância que reside em cidade vizinha e que leva em torno de duas horas para chegar ao local. Caso seja indicada cirurgia, o tempo de preparo do paciente e da sala cirúrgica leva duas horas. Frente a esse quadro e hipóteses diagnósticas, a conduta recomendada é:

- (A) Solicitar USG doppler de testículos indicar cirurgia conforme o resultado deste.
- (B) Solicitar hemograma, PCR, Urina I e urocultura.
- (C) Iniciar antibioticoterapia via oral e reavaliar o paciente em 12 horas.
- (D) Exploração testicular em centro-cirúrgico.

QUESTÃO 92.

Menino de três anos é trazido pelos pais ao urologista com quadro de hematúria macroscópica indolor e sem coágulos há dois meses. O menino não apresenta comorbidades.

O exame físico revela-se normal, estando a criança em bom estado geral, corada, e com discreta dor a palpação do flanco e hipocôndrio direitos. A tomografia computadorizada com contraste intravenoso revelou rim direito normal e massa renal a esquerda, de 8 cm, preservando o polo inferior, chegando quase até a linha média, heterogênea. A principal hipótese diagnóstica e o tratamento mais indicado são:

- (A) Rim multicístico; Nefrectomia esquerda vídeolaparoscópica.
- (B) Nefroblastoma; Nefrectomia polar inferior; Quimioterapia adjuvante.
- (C) Neuroblastoma; Quimioterapia neo adjuvante seguida de cirurgia.
- (D) Nefroblastoma; Quimioterapia neo adjuvante seguida de cirurgia.

QUESTÃO 93.

Mulher de 68 anos, portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial e ex-tabagista tem achado incidental de aneurisma da aorta abaixo da emergência das artérias renais com diâmetro máximo de 5,5cm. É assintomática com relação ao aneurisma. Realiza atividades domésticas sem auxílio. Qual a conduta recomendada neste caso?

- (A) Deve-se indicar a correção por laparotomia mediana já que este acesso é o ideal para as correções infrarenais.
- (B) Deve-se preferir a correção endovascular do aneurisma, pois o sexo feminino e a doença pulmonar aumentam os riscos de rotura.
- (C) Deve-se preferir o tratamento clínico, pois a doença pulmonar aumenta o risco de morbimortalidade cirúrgica.
- (D) Deve-se preferir o tratamento clínico, pois a paciente é assintomática.

QUESTÃO 94.

Homem de 78 anos com hipertensão arterial sistêmica tem identificada a presença de sopro cervical em exame de rotina. Ao duplex scan, a velocidade de pico sistólico na bifurcação carotídea esquerda foi de 320cm/s. A tomografia mostrou que a origem das carótidas e subclávia direita em tronco único, com calcificações na convexidade do arco aórtico. Qual a conduta recomendada neste caso?

- (A) Deve-se realizar endarterectomia carotídea.
- (B) Deve-se optar pela dupla antiagregação.
- (C) Deve-se realizar angioplastia sem uso de stents.
- (D) Há indicação de intervenção, deve ser realizada angioplastia com uso de stent.

QUESTÃO 95.

Homem de 68 anos com antecedente de tabagismo de 75maços-ano, apresenta dor em panturrilha para caminhar há 3 anos. A dor surge aproximadamente após 800m de caminhada e melhora após alguns minutos de repouso. Há 2 semanas, após trauma no pé surgiu uma ferida que não cicatriza, com crosta necrótica, odor fétido e evolução para dor em repouso. Ao exame de pulsos, nota-se a presença de pulso femoral e ausência de pulsos poplíteo e tibiais.

Qual a alternativa que contém respectivamente o nome da condição anterior ao quadro agudo, o termo que descreve a condição atual e a localização da obstrução arterial.

- (A) claudicação limitante, isquemia limitante e segmento femoropoplíteo.
- (B) claudicação intermitente, isquemia crítica e segmento aortofemoral.
- (C) claudicação limitante, isquemia crítica e segmento femorotibial.
- (D) claudicação intermitente, isquemia crítica e segmento femoropoplíteo.

QUESTÃO 96.

Mulher de 81 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica de longa data. Relata tabagismo prévio e abstinente há 10 anos. Chega ao Pronto Atendimento com sintomas de amaurose fugaz em olho esquerdo (3 episódios nos últimos 2 dias com 3 minutos de duração cada), e um episódio há 1 hora de perda da capacidade de fala, com recuperação em 10 minutos. Ao exame físico as bulhas cardíacas são normofonéticas e o ritmo é regular. O que se espera encontrar no exame físico e qual o primeiro exame complementar indicado para identificar a provável etiologia da doença?

- (A) Perda de campo visual e tomografia de crânio.
- (B) Sopro cervical à esquerda e ultrassonografia com doppler de carótidas.
- (C) Sopro cervical à direita e ultrassonografia com doppler de carótidas.
- (D) Sopro cervical à direita e tomografia de crânio.

QUESTÃO 97.

Homem de 75 anos com diagnóstico de fibrilação atrial procurou o Pronto Socorro com queixas de dor persistente, parestesia, paralisia de pododáctilos e diminuição de temperatura em membro inferior esquerdo, de início súbito, há 6 horas. Não estava recebendo anticoagulação plena. O exame físico evidenciou ausência de pulsos femoral, poplíteo e distais neste membro.

Com relação ao caso em questão pode-se afirmar que:

- (A) Trata-se de um quadro de oclusão arterial aguda compatível com indicação de amputação primária.
- (B) O diagnóstico do local obstruído é impossível apenas com base na história e exame físico cuidadoso.
- (C) A via de acesso mais indicada não é a bifurcação da artéria femoral comum no triângulo de Scarpa.
- (D) A heparinização sistêmica deve ser realizada assim que o diagnóstico de oclusão arterial aguda tenha sido estabelecido.

QUESTÃO 98.

Mulher de 66 anos portadora de diabetes mellitus há pelo menos 12 anos, procura o hospital com quadro de úlcera plantar infectada de odor fétido, com flegmão ascendente e pulsos periféricos palpáveis.

Assinale a alternativa correta:

- (A) A neuropatia é incomum como causa das úlceras plantares enquanto a microangiopatia favorece as infecções.
- (B) A conduta recomendada consiste em antibioticoterapia endovenosa e desbridamento por cirurgião experiente com quadros de pé diabético.
- (C) Por ter pulsos periféricos palpáveis a paciente tem baixo risco de perda do membro.
- (D) Deve-se atentar ao exame físico para presença de crepitação, que pode significar fratura e, portanto, uma emergência vascular.

QUESTÃO 99.

Mulher de 34 anos foi vítima de ferimento por arma branca no braço direito. Apesar de perder grande volume de sangue, apresenta pulso presente distal à região da lesão.

Assinale a alternativa correta:

- (A) Se não houver congruência da lesão com trajeto arterial, deve-se realizar apenas um exame de imagem não invasivo para fins legais.
- (B) A arteriografia é mandatória em casos que o trajeto arterial foi atingido pelo trauma.
- (C) Uma vez que há pulso distal presente as lesões arteriais estão descartadas.
- (D) Em caso de trajeto arterial do ferimento com pulso distal presente, deve-se proceder ao exame de imagem não invasivo para identificar lesões parciais.

QUESTÃO 100.

Homem, 72 anos, previamente com hipertensão arterial e sem outras comorbidades sabidas prévias. Chega ao pronto socorro contando história de dor abdominal em hipocôndrio direito. Ao exame físico está estável, pulsos periféricos todos palpáveis e massa abdominal pulsátil indolor em mesogástrio e dor a palpação de hipocôndrio direito. Ao ultrassom visualizado cálculos biliares em grande quantidade não obstrutivos e dilatação da aorta abdominal de 6cm de diâmetro.

Assinale a alternativa que representa a conduta recomendada neste caso:

- (A) Deve-se priorizar o achado do aneurisma, indicando investigação complementar e correção eletiva, precedendo-se à colecistectomia.
- (B) Trata-se de aneurisma de aorta roto, sendo imperativa a sua correção de urgência.
- (C) É um caso de aneurisma de aorta abdominal em iminência de rotura, indica-se correção imediata.
- (D) Os sintomas são referentes à colecistopatia calculosa e, portanto, deve-se realizar a colecistectomia em caráter de urgência.

Prova Escrita Dissertativa

CASO 1

Homem de 67 anos, tabagista 60 anos.maço, sem outras comorbidades. Procurou pronto socorro com quadro de infecção de vias aéreas superiores quando então foi identificado nódulo pulmonar de 1,8 cm em lobo superior esquerdo. Recuperado do quadro infeccioso procurou pneumologista que prosseguiu a investigação com Tomografia de tórax cuja imagem encontra-se abaixo representada



Responda as questões no local determinado no CADERNO DE RESPOSTAS:

QUESTÃO DISSERTATIVA 01. A neoplasia pulmonar primária que deve ser sempre lembrada nestes casos. Cite duas outras hipóteses diagnósticas que também devem fazer parte deste cenário.

QUESTÃO DISSERTATIVA 02. Prosseguindo na investigação deste caso, cite três condutas recomendadas que possam auxiliar na elucidação diagnóstica.

QUESTÃO DISSERTATIVA 03. Em se tratando de uma neoplasia primária pulmonar, cite três exames ou procedimentos que podem ser usados para completar o estadiamento pré-operatório?

QUESTÃO DISSERTATIVA 04. Se o paciente apresentar condições clínicas estáveis e o estadiamento mostrar doença localizada apenas no pulmão esquerdo, cite duas técnicas que podem ser utilizadas na aplicação do tratamento recomendado.

CASO 2

Mulher de 39 anos, vítima de atropelamento por ônibus, com os seguintes dados da cena: escala de coma de Glasgow: 12, FC: 135 bpm e PA: 100 x 60 mmHg. Chega ao PS após 30 minutos.

Na admissão, apresentava:

- A. Via aérea pérvia, com colar cervical.
- B. Ausculta pulmonar sem alterações. Saturação de oxigênio: 89%, FR: 32 irpm.
- C. PA: 80 X 40 mmHg, FC: 150 bpm, perfusão periférica: 5 segundos, FAST negativo. Toque retal sem alterações. Pelve instável. Administrado 2.500 mL de Ringer lactato, sem qualquer alteração nos parâmetros hemodinâmicos.
- D. Escala de coma de Glasgow: 7; Pupilas isocóricas e fotorreagentes.
- E. Fratura fechada de fêmur direito com imobilização do membro.

Responda as questões no local determinado no CADERNO DE RESPOSTAS:

QUESTÃO DISSERTATIVA 05. Cite 4 condutas apropriadas em relação ao manejo dessa paciente na sala de emergência.

Paciente foi encaminhado ao Centro Cirúrgico onde foi submetida a procedimento para tamponamento e fixação da pelve. Realizou tomografia de crânio que evidenciou edema cerebral, sendo instalado cateter intraventricular para monitorização da pressão Intracraniana, com derivação ventricular externa associada.

Na admissão na UTI, apresentava-se com quadro ventilatório estável, pressão parcial de O₂ e CO₂ normais na gasometria arterial, com dose baixa de vasopressor. Pressão arterial média (PAM): 92 mmHg, pupilas isocóricas e fotorreagentes, utilizando fentanil em bomba de infusão, com resposta aos estímulos verbais (escala de agitação e sedação de Richmond ou "RASS"-1). Pressão intracraniana sustentada em 35 mmHg.

QUESTÃO DISSERTATIVA 06. Cite 2 possíveis medidas para controle da hipertensão intracraniana nesse momento.

(CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA)

(CONTINUAÇÃO DO CASO 2)

Paciente evoluiu com queda da hemoglobina de 10 g/dL para 7,5 g/dL em 6 horas de UTI. Realizados exames laboratoriais nesse momento: gasometria arterial: pH: 7,15; pCO₂: 30 mmHg; paO₂: 80 mmHg; HCO₃: 14 mmol/L; BE: -8 mmol/L; lactato: 30 mg/dL; INR: 1,4; rTTPa: 1,2; fibrinogênio: 210 mg/dL; Ca iônico: 3,5 mg/dL; Na: 150 mEq/L; K: 4,0 mEq/L. Dados vitais no momento: PAM: 80 mmHg, FC: 110 bpm, FR: 30 irpm, temperatura central: 35,4 graus Celsius.

QUESTÃO DISSERTATIVA 07. Cite 2 medidas indicadas para o quadro de sangramento acima.

No quinto dia de internação após estabilização clínica paciente evolui com perda de reflexos de tronco e hipertensão intracraniana refratária a todas as medidas clínicas. Evolui também com débito urinário de 4 litros em 6 horas de aspecto claro e choque circulatório. Glicemia normal nas últimas 24 horas.

QUESTÃO DISSERTATIVA 08. Cite a principal hipótese diagnóstica.

QUESTÃO DISSERTATIVA 09. Cite 2 condutas apropriadas nesse momento.

CASO 3

Mulher de 92 anos chega ao pronto-socorro com queixa de dor abdominal em região do hipocôndrio direito e epigástrio acompanhada de náuseas. Nega diarreia ou febre, porém refere calafrios. Faz uso de clopidogrel há 25 dias, devido à colocação de stent coronariano após infarto agudo do miocárdio. É hipertensa e diabética e faz uso de furosemida e metformina. Refere nefrectomia à direita há 25 anos com evolução para insuficiência renal crônica e hemodiálise. É portadora de doença de Alzheimer, permanecendo acamada a maior parte do dia e dependente parcialmente para a realização das funções básicas diárias. O exame físico mostra uma paciente desidratada ++/4+, dispneica +/4+, icterica +/4+ e afebril. O abdome é plano e flácido, pouco doloroso em região do hipocôndrio direito, sem massas palpáveis e com sinal de Murphy negativo. Pressão arterial: 60x40 mmHg, pulso: 120 bpm, saturação de O₂: 85%.

Exames laboratoriais mostram Hb = 8,7 g/dl; leucócitos = 14.000/mm³; PCR = 130 mg/dL; ureia = 60 mg/dL; creatinina = 5,2 mg/dL; Na⁺ = 130 mEq/L; K⁺ = 3,5 mEq/L; Bilirrubina total = 1,0 mg/dL (direta = 0,4 mg/dL/ indireta = 0,6 mg/dL); Fosfatase alcalina = 50 U/L; GamaGT = 12U/L; AST = 42 U/L; ALT = 45 U/L.

A ultrassonografia encontra-se abaixo representada:



Responda as questões no local determinado no CADERNO DE RESPOSTAS:

QUESTÃO DISSERTATIVA 10 Qual é a suspeita diagnóstica? Cite o principal achado ultrassonográfico que indica o diagnóstico.

QUESTÃO DISSERTATIVA 11. Cite duas complicações locais em decorrência da doença antes do tratamento definitivo.

QUESTÃO DISSERTATIVA 12. Qual é o tratamento mais adequado que deve ser indicado, além da reposição volêmica cuidadosa e da antibioticoterapia?

QUESTÃO DISSERTATIVA 13. Qual é o risco decorrente do tratamento proposto devido ao uso de clopidogrel? Como proceder nesse caso?

CASO 4

Homem, 45 anos, procedente de Campinas/SP, procura urologista quinze dias após dor em cólica em região lombar direita, associada à náuseas e vômitos. Nega febre, mas referia urina escurecida no dia da dor. Procurou pronto atendimento onde foi feita hipótese diagnóstica de calculose urinária. Foi submetido à exames séricos, de urina e tomografia computadorizada de abdome e pelve expostos a seguir. A tomografia revelou cálculo renal à direita. Devido à melhora da dor após analgesia, optou por procurar especialista em data oportuna. Vem então ao consultório para avaliação especializada. Refere ser diabético em uso de metformina, e usa 100mg por dia de AAS prescrito pelo cardiologista.

Ao Exame: Bom estado geral, corado, hidratado, normotenso, afebril.

Índice de Massa Corpórea 31kg/m^2 .

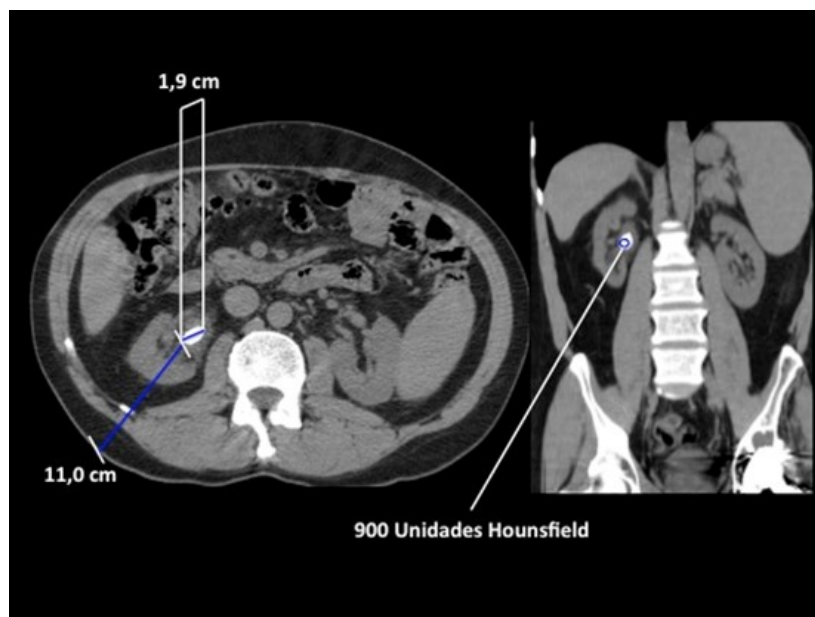
Abdome globoso, sem massas ou visceromegalias.

Descompressão brusca e sinal de Giordano negativos

Membros inferiores: sem edema ou sinais de trombose venosa profunda.

Exames séricos/urinários: Cr = $0,9\text{ mg/dL}$; U = 35 mg/dL ; K = $4,3\text{ mEq/L}$; Na = 141 mEq/L ; Hb = $13,8\text{ g/dL}$; Leucócitos = $5.600/\text{mm}^3$ sem desvio à esquerda; TP/INR = $0,9$; TTPA/R = $1,0$; Urina I: pH = $6,2$; 8 mil leucócitos/ml; 45 mil eritrócitos/ml; nitrito negativo; Urocultura: negativa.

Tomografia Computadorizada de Abdome e Pelve



A principal hipótese diagnóstica foi confirmada por reação histoquímica.

Responda as questões no local determinado no CADERNO DE RESPOSTAS:

QUESTÃO DISSERTATIVA 14. Tendo em vista os dados do paciente, da tomografia, e do exame de urina, qual a composição mais provável do cálculo urinário? Justifique.

QUESTÃO DISSERTATIVA 15. Cite os quatro fatores mais importantes relativos ao cálculo renal obtidos em exame de tomografia computadorizada sem contraste que o urologista deve avaliar para a decisão terapêutica.

QUESTÃO DISSERTATIVA 16. Tendo em vista o descrito na questão anterior, qual o tratamento mais adequado para este paciente? Justifique.

QUESTÃO DISSERTATIVA 17. Para o tratamento proposto na **QUESTÃO DISSERTATIVA 16**, é obrigatória a suspensão do AAS?

QUESTÃO DISSERTATIVA 18. Segundo a classificação de Guys Stone Score para cálculos renais no pré-operatório de nefrolitotripsia percutânea, como seria classificado esse caso e qual a chance aproximada de sucesso após um procedimento?

CASO 5

Homem de 42 anos refere que há mais de 10 anos apresenta tumoração subcutânea de longa evolução em região infraescapular. O tamanho da lesão era estável com cerca de 7cm no maior diâmetro. A lesão é indolor, relativamente móvel e não há alteração cutânea associada. Há 6 meses houve aumento da tumoração que duplicou de tamanho nos últimos 3 meses. A ultrassonografia revelou tumoração subcutânea, bem definida, com ecogeneidade de lesão sólida. Há plano de clivagem com as estruturas profundas e discreta hipervascularização ao estudo com doppler.

Responda as questões no local determinado no CADERNO DE RESPOSTAS:

QUESTÃO DISSERTATIVA 19. Quais as 2 principais hipóteses diagnósticas?

QUESTÃO DISSERTATIVA 20. Qual a conduta cirúrgica recomendada inicialmente?

QUESTÃO DISSERTATIVA 21. Cite 3 critérios citados acima que podem caracterizar uma eventual lesão maligna.

QUESTÃO DISSERTATIVA 22. Cite 3 importantes informações que a ressonância magnética pode auxiliar no diagnóstico da lesão.