MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

T1178004N

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA
EDITAL Nº 1/2021 - RESIDÊNCIA MÉDICA REDE EBSERH 2021/2022

PRM - ANO ADICIONAL - CIR GERAL R3 - ÁREA DE ATUAÇÃO - CIR DO TRAUMA E PRÉ-REQUISITO - CIR DE CABEÇA E PESCOÇO - CIR DO APARELHO DIGESTIVO - CIR ONCOLÓGICA - CIR PEDIÁTRICA - CIR PLÁSTICA - CIR TORÁCICA - CIR VASCULAR - COLOPROCTOLOGIA - UROLOGIA

NOME DO CANDIDATO

INSCRIÇÃO

Nível

SUPERIOR

PROVA

01

Lembre-se de marcar o número acima na folha de respostas!

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Fraudar ou tentar fraudar Concursos Públicos é Crime! Previsto no art. 311 - A do Código Penal

Sobre o material recebido pelo candidato

- ✓ Além deste Caderno de Questões, com **oitenta questões objetivas,** você receberá do fiscal de sala a Folha de Respostas.
- ✓ Confira seu nome, o número do seu documento e o número de sua inscrição em todos os documentos entregues pelo fiscal. Além disso, não se esqueça de conferir seu Caderno de Questões quanto a falhas de impressão e de numeração e se a profissão corresponde àquela para a qual você se inscreveu.
- ✓ O não cumprimento a qualquer uma das determinações constantes em Edital, no presente Caderno ou na Folha de Respostas incorrerá na eliminação do candidato.

Sobre o material a ser devolvido pelo candidato

- ✓ O único documento válido para avaliação é a Folha de Respostas.
- ✓ Na Folha de Respostas, preencha os campos destinados à assinatura e ao número de inscrição. As respostas às questões objetivas devem ser preenchidas da seguinte maneira: ●
- ✓ Na Folha de Respostas, só é permitido o uso de caneta esferográfica transparente de cor azul ou preta. Esse documento deve ser devolvido ao fiscal na saída, devidamente preenchido e assinado.

Sobre a duração do exame e a permanência na sala

- ✓ O prazo de realização do exame é de 4 horas, incluindo a marcação da Folha de Respostas.
- ✓ Após 60 (sessenta) minutos do início do exame, o candidato estará liberado para utilizar o sanitário ou deixar definitivamente o local de aplicação, não podendo, no entanto, levar o Caderno de Questões e nenhum tipo de anotação de suas respostas.
- ✓ O candidato poderá levar consigo o Caderno de Questões somente se aguardar em sala até o término do prazo de realização do exame estabelecido em edital.
- ✓ Os três últimos candidatos só poderão retirar-se da sala juntos, após assinatura do Termo de Fechamento do Envelope de Retorno.

Sobre a divulgação dos Cadernos de Questões e dos Gabaritos

- ✓ Os Cadernos de Questões e os Gabaritos Preliminares estarão disponíveis no site do **Enare** no endereço eletrônico **https://enare.ebserh.gov.br,** conforme previsto em Edital.

Cirurgia Geral

1

Paciente de 70 anos é admitido no hospital com quadro de dor abdominal em cólica há 7 dias, com parada de eliminação de flatos e fezes. Há 1 dia, tem piora importante da dor abdominal, contínua. Ao exame físico, apresenta abdome distendido, hipertimpânico, com sinais de peritonite. Foi realizada laparotomia de emergência, a qual evidenciou lesão estenosante em reto alto e perfuração de 2cm em ceco. Diante do caso, qual é a melhor conduta cirúrgica?

(A) Rafia cecal e colostomia em alça.
(B) Retossigmoidectomia com colostomia terminal.
(C) Colectomia direita, ileostomia e fístula mucosa.
(D) Colectomia direita e drenagem da cavidade.
(E) Colectomia total com ileostomia.

2

Uma das complicações dos tumores intra-abdominais é o sangramento. Dentre os tumores hepáticos, qual está mais associado a sangramento?

(A) Adenoma.
(B) Hemangioma.
(C) Colangiocarcinoma.
(D) Hiperplasia nodular focal.
(E) Metástases.

3

Em relação às fístulas anorretais, assinale a alternativa correta.

(A) A principal característica das fístulas anais é a febre.
(B) 15% das fístulas perianais são secundárias a um abscesso perianal.
(C) A regra de Goodsall não é aplicada às fístulas, somente a abscessos.
(D) Pequenas fístulas podem ser tratadas com cauterização química do seu orifício externo.
(E) Fístulas e abscessos anais tratam-se de estágios diferentes de uma mesma doença, a qual origina-se de uma glândula anal.

4

Paciente feminina, 75 anos, vai à consulta com queixa de nodulação endurecida em região umbilical, associada à astenia e emagrecimento de 15kg nos últimos 3 meses, com peso atual de 62kg. Após Tomografia de abdome, evidencia-se massa de 10cm em topografia gástrica. Em relação ao nódulo descrito anteriormente, é correto afirmar que

(A) se trata do “Nódulo da Irmã Maria José”, o qual está relacionado a carcinoma metastático intra-abdominal.
(B) é a principal manifestação do GIST gástrico.
(C) trata-se do nódulo de Cullen, característico de tumor de suprarrenais.
(D) é um achado de exame inespecífico, sem relação com a doença da paciente.
(E) pode ser considerado disseminação por contiguidade do tumor descrito.

5

Paciente de 70 anos chega ao pronto atendimento com queixa de dor abdominal em fossa ilíaca esquerda com 36 horas de evolução. Apresenta piora progressiva do quadro, negando febre e apresentando constipação intestinal (Última evacuação há 5 dias). Ao exame físico, apresenta dor à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, com pequena massa palpável nessa topografia, sem sinais de peritonite. É solicitada uma tomografia de abdome que apresenta como laudo espessamento da parede do cólon sigmoide e borramento da gordura pericólica, com coleção de 4x6cm em pelve. Com base nesse quadro clínico, assinale a alternativa que classifica a tomografia e oferece a melhor conduta inicial para esse paciente.

(A) Hichey I – Hidratação, antibioticoterapia e analgesia.
(B) Hichey II – Punção de coleção pélvica guiada por tomografia computadorizada.
(C) Hichey IV – Laparotomia exploradora.
(D) Hichey II – Cirurgia de Hartmann.
(E) Hichey III – Colonoscopia.

6

Durante o procedimento de colecistectomia laparoscópica, passos são seguidos a fim de evitar iatrogenia. Nesse ambiente, criou-se o conceito de visão crítica de segurança. Assinale a alternativa que apresenta esse conceito.

(A) É a visualização do leito hepático através do espaço entre o ducto cístico e a artéria cística e acima desta.
(B) Manutenção da pressão intra-abdominal durante o pneumoperitônio entre 20 e 22mmHG.
(C) Confecção de pneumoperitônio no ponto de Palmer.
(D) Cirurgia realizada com presença de 2 cirurgiões experientes.
(E) Dissecção de dueto colédoco e ducto hepático direito, a fim de evitar lesão biliar inadvertida.

7

Paciente de 45 anos, obeso, vai à consulta com queixa de prolapso hemorroidário às evacuações, com redução espontânea. Refere constipação crônica associada. Dentre as seguintes alternativas, qual é a melhor proposta terapêutica para esse paciente?

(A) Venotônicos e dieta laxativa.
(B) Promontofixação laparoscópica.
(C) Dieta laxativa e atividades físicas regulares.
(D) Gastrectomia vertical do tipo sleeve.
(E) Hemorroidectomia e dieta laxativa.

8

Paciente de 34 anos encontra-se no 6º dia pós-operatório de gastrectomia vertical e vai ao pronto-socorro com queixa de alteração no aspecto do dreno abdominal colocado na cirurgia. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, afebril, FC: 70 bpm, PA: 120x80 mmHg, sem dor abdominal, dreno turvo. Foi realizado teste do azul de metileno que corou o conteúdo do dreno. Qual é a conduta recomendada para o caso nesse momento?

(A) Indicar reoperação para limpeza de cavidade abdominal e rafia de fístula.
(B) Indicar ultrassonografia de abdome e reoperação para limpeza da cavidade abdominal e redrenagem.
(C) Indicar tomografia de abdome e, se não houver coleção intra-abdominal, solicitar avaliação endoscópica para colocação de prótese.
(D) Indicar reoperação para conversão em gastroplastia em Y de Roux.
(E) Indicar angiotomografia para embolização.

9

A polipose adenomatosa familiar é uma síndrome hereditária caracterizada pelo desenvolvimento de uma grande quantidade de pólipos no intestino grosso. As pessoas com a síndrome, geralmente, começam a desenvolver esses pólipos ainda na infância, aumentando para centenas ou milhares ao longo do tempo. Os adenomas podem ocorrer também em estômago, duodeno, jejuno e íleo. Em relação aos adenomas gastroduodenais na PAF, assinale a alternativa correta.

(A) Adenomas gástricos ocorrem em apenas 5% dos doentes, porém apresentam alto risco de malignização.
(B) A gravidade da polipose duodenal pode ser avaliada pelos critérios de Spigelman, que é baseado no número, no tamanho e na histopatologia dos pólipos.
(C) No duodeno, ocorrem em até 90% dos doentes, sendo mais frequentes na primeira e na segunda porção, apresentando baixo risco de malignização
(D) Adenomas de papila são raros e com baixos índices de malignidade, sendo indicada cirurgia quando causam obstrução ou pancreatite.
(E) Os adenomas de intestino delgado são de fácil diagnóstico na ultrassonografia abdominal.

10

Mulher, 55 anos, sem comorbidades, comparece ao ambulatório trazendo colonoscopia que evidenciou pólipo séssil em ceco, medindo 15mm, removido por mucosectomia por ocasião do exame. Anatomopatológico: foco de adenocarcinoma com invasão de submucosa (Sm3) em adenoma viloso, com margens livres. Qual é a melhor conduta perante o caso?

(A) Colonoscopia em 3 meses.
(B) Antígeno Carcinoembrionário (CEA) e tomografia de abdome a cada 6 meses.
(C) Quimioterapia adjuvante.
(D) Proctocolectomia total.
(E) Colectomia direita.

11

Mulher, 35 anos, primigesta de 28 semanas, deu entrada no pronto-socorro com dor em região abdominal, mais localizada em flanco/FID, e febre baixa. Após avaliação, foi estabelecido o diagnóstico de apendicite aguda. Em relação à apendicite aguda na gravidez, assinale a alternativa correta.

(A) A apendicite é a condição cirúrgica não obstétrica menos comum durante a gravidez.
(B) Taxas de perdas fetais de 3% a 5% são observadas com a apendicite aguda, sendo que essa taxa indifere com a apendicite perfurada infectada.
(C) A inserção da agulha de Veres ou trocarte deve ser feita sob visualização direta.
(D) A gravidez não é um fator de risco para a trombose venosa profunda e devem ser sempre usados dispositivos de proteção.
(E) A apendicectomia videolaparoscópica é contraindicada no terceiro trimestre de gravidez pelo risco de perfuração uterina.

12

Paciente de 26 anos, vai ao pronto-socorro com queixa de dor abdominal há 24 horas, de início em região epigástrica com posterior migração para fossa ilíaca direita, associada à: hiporexia, náuseas e febre baixa. Ao exame físico, apresenta dor à palpação de quadrante inferior direito com descompressão brusca. O leucograma revela 14.000 leucócitos com 6% de bastões. De acordo com o escore de alvarado para diagnóstico de apendicite aguda, qual é a pontuação desse paciente e a melhor conduta?

(A) Escore 8, apendicectomia aberta com incisão de McBurney.
(B) Escore 10, jejum e hidratação.
(C) Escore 10, apendicectomia laparoscópica.
(D) Escore 9, antibioticoterapia oral e reavaliação ambulatorial em 24h.
(E) Escore 10, realização de TC de abdome total com duplo contraste.

13

Sobre os cistos mesentéricos, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

( ) Os sintomas dependem do tamanho do cisto e, comumente, são dor abdominal, febre e vômitos.
( ) Ocorrem no mesentério do intestino delgado e do cólon.
( ) A enucleação do cisto é muito difícil na laparotomia, pois os vasos sanguíneos e a parede intestinal costumam estar aderidos ao cisto.
( ) Quando muito volumosos, pode ser feita a opção de drenagem interna para a cavidade peritoneal.
( ) O tratamento por aspiração é efetivo e apresenta baixa taxa de recorrência.

(A) F – V – V – V – F.
(B) V – V – F – V – F.
(C) V – F – V – F – V.
(D) F – V – V – V – V.
(E) V – V – V – F – F.

14

Paciente queixa-se de eructação e disfagia. Foi realizada investigação ambulatorial, com diagnóstico de hérnia hiatal por deslizamento. Qual é a melhor cirurgia a ser proposta para a paciente?

(A) Esofagomiotomia de Heller.
(B) Fundoplicatura de Nissen.
(C) Cirurgia de Serra-Doria.
(D) Cirurgia de Miles.
(E) Cirurgia de Lockhart-Mummery.

15

Paciente feminina de 35 anos, IMC 26, está em uso de inibidor de bomba de prótons há 10 anos, em dose plena. Apresenta queixa de regurgitações frequentes e perda de peso decorrente das queixas dispépticas. Leva à consulta endoscopia digestiva alta realizada há 3 meses, evidenciando: hernia hiatal de aproximadamente 8cm e esôfago distal com presença de erosões em 75% da sua circunferência. Qual é a melhor conduta perante o caso?

(A) Gastroplastia em Y de Roux.
(B) Fundoplicatura e hiatoplastia do tipo Nissen.
(C) Gastrectomia vertical tipo sleeve.
(D) Esofagomiotomia a Heller.
(E) Antrectomia e vagotomia seletiva.

16

Paciente de 45 anos, em segundo dia de pós-operatório de cirurgia bariátrica a Fobi-Capella, evolui com febre. Após investigação inicial, chega-se ao diagnóstico de atelectasia. Sobre essa complicação pós-operatória, é correto afirmar que

(A) a fisioterapia sob pressão positiva deve ser evitada pelo risco de ingestão de ar e ruptura das suturas gastrointestinais.
(B) a febre é comum no pós-operatório, não sendo necessária a investigação etiológica dessa febre.
(C) a fisioterapia respiratória só é mandatória em casos que necessitem de cuidados em UTI no pós-operatório.
(D) a fisioterapia sob pressão positiva não possui contraindicações, dada a técnica operatória utilizada.
(E) a antibioticoprofilaxia não está indicada na cirurgia bariátrica.

17

Paciente, 39 anos, com queixa de pirose e regurgitação, ASA I, sem nenhuma outra queixa, sem alterações em exame físico, com história familiar conhecida sem diagnóstico de câncer, recebe como principal hipótese diagnóstica Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). Assinale a alternativa correta referente ao segmento do caso.

(A) A Endoscopia Digestiva Alta deve ser indicada de rotina.
(B) Tratamento cirúrgico é preconizado para todos os pacientes sintomáticos.
(C) Disfagia é um sintoma típico da doença.
(D) Esôfago de Barret tem diagnóstico endoscópico.
(E) Na ausência de sinais de alarme, o manejo inicial na suspeita de DRGE é Inibidor de Bomba de Próton (prova terapêutica).

18

Paciente, 63 anos, com história de constipação de longa data e sedentarismo, com dor aguda em fossa ilíaca esquerda há 2 dias, sem melhora com medicação, recebe a tomografia realizada com laudo compatível com grau 1 pela escala de Hinchey modificada. Em relação à enfermidade do caso apresentado, assinale a alternativa correta.

(A) A complicação mais frequente é a fístula cólon-vesical que necessita correção cirúrgica imediata
(B) E indicada colonoscopia durante a fase aguda.
(C) Frequentemente está associada à hemorragia digestiva baixa.
(D) Abscessos menores que 2cm respondem ao tratamento clínico com antibióticos.
(E) Esses divertículos são classificados como divertículos verdadeiros.

19

Considerando as fístulas do trato gastrointestinal, há maior sucesso de fechamento ao tratamento não operatório na seguinte condição:

(A) trajeto fistuloso curto.
(B) estado de sepse ou infecção local.
(C) trajeto epitelizado.
(D) defeito visceral menor que 1cm.
(E) obstrução visceral a jusante.

20

Paciente, 39 anos, ASA I, apresenta dor em hipocôndrio direito há 48 horas. Ao exame físico, tem Murphy positivo. Tem hemograma com 20.000 leucócitos e Ultrassonografia com vesícula biliar com parede espessada e abscesso pericolecístico. Qual é a melhor conduta, segundo critérios de Tokyo?

(A) Drenagem do abscesso guiada por imagem e cirurgia em outro momento.
(B) Tratamento clínico com antibiótico como manejo inicial.
(C) Colecistectomia videolaparoscópica em caráter de urgência.
(D) Como trata-se de uma cólica biliar e com evolução favorável após analgesia, deve-se encaminhar ao serviço de cirurgia eletiva.
(E) Como o paciente é classificado como Tokyo grau III devido à presença de abscesso, deve ser submetido à colecistostomia.

21

Assinale a alternativa que apresenta o método diagnóstico considerado padrão-ouro para a colecistite aguda

(A) Ultrassonografia.
(B) Cintilografia com HIDA.
(C) Ressonância Magnética.
(D) Tomografia com contraste.
(E) Laparoscopia.

22

Nas alterações hemodinâmicas decorrentes da laparoscopia, espera-se

(A) aumento da complacência pulmonar.
(B) diminuição do retorno venoso.
(C) diminuição da resistência vascular periférica.
(D) diminuição da pressão venosa central.
(E) diminuição da pressão intracraniana.

23

Sobre a Síndrome da Artéria Mesentérica Superior (AMS) ou de Wilkie, assinale a alternativa correta.

(A) É uma condição de difícil diagnóstico devido à semelhança com quadros de pancreatite, cólica biliar, doença ulcerosa péptica ou isquemia mesentérica.
(B) Está associada ao ganho ponderal em curto período.
(C) Na falha de medidas clínicas, o tratamento cirúrgico de escolha é ligadura da AMS em sua origem e anastomose em artéria aorta abaixo do duodeno.
(D) Ocorre devido à compressão da segunda porção duodenal pela bifurcação da AMS e da artéria aorta.
(E) Tem como clínica característica a dor abdominal pós-prandial e vômitos não biliosos.

24

Paciente, 32 anos, apresenta quadro de dor abdominal súbita há 3 dias e tem positivo o sinal de Rovising, o qual frequentemente é encontrado na

(A) colecistite aguda.
(B) diverticulite aguda.
(C) pancreatite aguda.
(D) pielonefrite aguda.
(E) apendicite aguda.

25

Paciente apresenta quadro de abdome agudo obstrutivo com distensão abdominal importante, história de emagrecimento e lesão endurada tocável ao exame retal. Com base na Lei de Laplace, qual é o segmento mais suscetível à ruptura?

(A) Ceco.
(B) Cólon Ascendente.
(C) Cólon Transverso.
(D) Cólon Descendente.
(E) Sigmoide.

26

Paciente apresenta quadro de Hemorragia Digestiva Alta. Durante o exame de endoscopia, foi vista lesão ulcerosa com coto vascular visível. Diante do exposto, a classificação de Forrest referente a esse caso é

(A) IA.
(B) IB.
(C) IIA.
(D) IIB.
(E) IIC.

27

Um homem de 42 anos realiza colonoscopia de rotina, com polipectomia em sigmoide. O resultado anatomopatológico evidencia um carcinoma pouco diferenciado, com invasão de camada submucosa, sem invasão linfática ou vascular. Qual é o próximo passo?

(A) Sigmoidectomia.
(B) Observação.
(C) Quimioterapia adjuvante.
(D) Radioterapia.
(E) Colonoscopia em 30 dias.

28

Durante o exame de colonoscopia, é frequente a presença de pólipos. Dentre os seguintes tipos de pólipos, qual está associado ao maior risco de transformação maligna?

(A) Adenoma Tubular.
(B) Adenoma Viloso.
(C) Pseudopólipo.
(D) Adenoma tubuloviloso.
(E) Lesão plana.

29

A terceira causa de mortalidade nos EUA é o adenocarcinoma de cólon e reto, e o seu rastreio é a principal forma de combate. Em relação à essa prevenção, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

( ) A maioria dos pacientes é de risco mediano para o desenvolvimento do CCR, ou seja, não tem histórico pessoal ou familiar de CCR ou de pólipos e nenhuma doença predisponente.
( ) Pacientes portadores de síndromes hereditárias ou aqueles com doença inflamatória intestinal devem seguir o mesmo protocolo de rastreamento dos pacientes com risco mediano.
( ) A pesquisa de sangue oculto (PSO) unicamente não é um teste adequado para detecção pólipos ou adenocarcinomas em qualquer grupo de risco.
( ) A retossigmoidoscopia flexível associada com a pesquisa de sangue oculto é um exame adequado para pacientes com história familiar.

(A) V – V – V – F.
(B) V – F – V – F.
(C) F – F – V – V.
(D) V – V – F – V.
(E) V – F – V – V.

30

Conforme a classificação de Hinchey para diverticulite aguda complicada, o estágio III refere-se

(A) à peritonite fecal generalizada.
(B) à peritonite generalizada purulenta.
(C) a abscesso pericólico ou mesentérico.
(D) a abscesso pélvico bloqueado.
(E) à perfuração sem abscesso.

31

Paciente de 75 anos apresenta quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, com início há 72h dias, associado à febre 38,1 graus. Ao exame fisico, apresenta sinal de Murphy e dor à palpação de todo abdome. Foram realizados exames laboratoriais, os quais evidenciaram: leucograma 19.000 leucócitos com 8% de bastões, creatinina 1,5mg/dL. Tomografia de abdome: vesícula biliar com paredes espessadas, ausência de coleções intra-abdominais. Com base no quadro clínico descrito, assinale a alternativa que classifica o paciente e oferece a melhor conduta para ele.

(A) Tokyo I – Hidratação, analgesia e colecistectomia eletiva após 8 semanas.
(B) Tokyo III – Antibioticoterapia e internação em unidade intensiva.
(C) Tokyo I – Colecistectomia laparoscópica.
(D) Tokyo II – Colecistostomia percutânea.
(E) Tokyo II – Colecistectomia laparoscópica e antibioticoterapia.

32

Criança de 3 anos chega ao pronto atendimento vítima de atropelamento. Após abordagem inicial, nota-se que a criança encontra-se hipotensa. Após falha de acesso venoso periférico, qual é o próximo passo para manutenção de via para infusão de cristaloides e hemocomponentes é

(A) Cateterizar a veia femoral.
(B) Cateterizar a veia jugular externa.
(C) Cateter intraósseo.
(D) Cateterizar a veia occipital.
(E) Cateterizar a veia cefálica.

33

Paciente, 35 anos, trabalhador braçal, sem comorbidades, vai ao pronto-socorro com queixa de dor intensa em região inguinal direita há 2 horas. Ao exame físico, apresenta hérnia inguinal direita não redutível. Perante esse quadro, qual é a melhor conduta?

(A) Tomografia computadorizada de abdome.
(B) Laparotomia mediana.
(C) Analgesia e encaminhamento ao ambulatório para hernioplastia eletiva.
(D) Herniorrafia de emergência.
(E) Internação em UTI e exame físico seriado.

34

Homem, 25 anos, segundo dia de pós-operatório de apendicectomia aberta, com dor no local da ferida operatória, enfisema subcutâneo e edema. Leucograma: 14.000 leucócitos bast. 4%. Assinale a alternativa que apresenta os patógenos que são os prováveis causadores dessa complicação.

(A) Enterobactérias e anaeróbios.
(B) Espécies de fungos e anaeróbios.
(C) Bacilos gram-negativos e enterobactérias.
(D) Cocos gram-positivos e espécies de cândidas.
(E) Estreptococos B-hemolíticos ou espécies de clostridianas.

35

Na investigação de fístula de anastomoses gastrointestinais na gastrectomia com reconstrução em Y de roux, frequentemente, usa-se o teste de azul de metileno. Sobre esse teste, assinale a alternativa correta.

(A) O uso endovenoso do azul de metileno é mais seguro e mais eficaz que o uso oral do corante.
(B) No caso de anastomoses colorretais, o teste é mais sensível e específico em detrimento a anastomoses gastroenterais.
(C) O teste de azul de metileno não pode ser usado no intraoperatório devido ao risco de contaminação.
(D) O dreno abdominal pode corar-se de azul na presença de fístula gastroenteral.
(E) O teste de azul de metileno pode ser usado na ausência de dreno abdominal.

36

Um paciente de 85 anos, cardiopata, chega ao hospital com dor abdominal intensa, de início há 3 horas, associada a náuseas intermitentes. O exame físico abdominal revela dor leve à palpação, diminuição de ruídos e distensão, sem irritação peritoneal. Considerando o quadro do paciente, assinale a alternativa correta.

(A) Coronariopatas, e pacientes com doença aterosclerótica sistêmica estão menos propensos à embolia arterial mesentérica.
(B) Na fase inicial da isquemia mesentérica aguda, a camada mais afetada da parede intestinal é a camada serosa.
(C) Caso seja realizada a laparotomia e evidenciada necrose de intestino delgado, o ramo arterial para o segmento afetado deve ser controlado e uma embolectomia segmentar deve ser realizada imediatamente.
(D) Com a evolução acerca do diagnóstico desses pacientes, a taxa de mortalidade e as complicações tardias, como a síndrome do intestino curto, diminuíram drasticamente nos últimos anos.
(E) A angiotomografia é o exame de escolha na suspeita de isquemia mesentérica aguda.

37

Paciente masculino de 44 anos, com histórico de colelitíase, vai ao pronto atendimento devido à dor abdominal intensa, em faixa, com irradiação para dorso, associada a náuseas e vomitos. Após investigação inicial, o paciente apresenta hiperamilasemia, sugerindo diagnóstico de pancreatite. Qual é a melhor conduta perante o caso?

(A) Jejum, hidratação e antibioticoterapia.
(B) Jejum, hidratação e programação ambulatorial de colecistectomia.
(C) Dieta geral e colecistectomia em 24h.
(D) Jejum, hidratação e colecistectomia com colangiografia intraoperatória na mesma internação.
(E) Jejum, hidratação e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica de urgência em até 24h.

38

A esplenectomia, como a maioria das cirurgias, não está isenta de complicações. Em relação às complicações pós-esplenectomia, é correto afirmar que

(A) a ligadura conjunta dos vasos esplênicos diminui o risco de fístula arteriovenosa.
(B) a fístula pancreática por secção inadvertida da cauda pancreática é comum e necessita de tratamento cirúrgico na maior parte dos casos, com identificação e ligadura do ducto de Wirsung distal.
(C) o aparecimento de leucocitose pós-esplenectomia no pós-operatório imediato sempre é preocupante e antibióticos de largo espectro devem ser iniciados de forma precoce, mesmo sem evidência clínica de processo infeccioso.
(D) o aparecimento de trombocitose aumenta o risco de complicações tromboembólicas e o paciente deve ser anticoagulado com Warfarin antes da alta hospitalar.
(E) existe risco de sepse fulminante por bactérias encapsuladas e o paciente deve ser vacinado contra pneumococo, meningococo e haemophilus influenza.

39

Paciente de 55 anos foi submetido à gastrectomia com reconstrução em Y de Roux devido a adenocarcinoma gástrico. O dreno abdominal, no 4º dia de pós-operatório, apresentou débito de 700mL de coloração acastanhada. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico clínico mais provável para essa situação.

(A) Fístula linfática.
(B) Fístula pancreática.
(C) Fístula duodenal.
(D) Fístula biliar.
(E) Fístula colônica.

40

Paciente de 85 anos, está internado em leito de enfermaria, em tratamento de pneumonia. Tem diagnóstico prévio de doença de chagas. No quinto dia de internamento, desenvolve distensão abdominal e parada na eliminação de fezes e flatos. A Radiografia simples de abdome evidencia imagem sugerindo volvo sigmoideo. Qual tratamento inicial deve ser instituído ao paciente?

(A) Hidratação e antibioticoterapia.
(B) Enema baritado.
(C) Laparotomia e colostomia em alça.
(D) Sigmoideoscopia descompressiva.
(E) Cirurgia de Hartmann.

41

Um paciente de 50 anos com diagnóstico de colelitíase e coledocolitíase foi submetido à Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) com esfincterotomia e retirada de 2 cálculos da via biliar. Com base no exposto, assinale a alternativa correta.

(A) O paciente pode ser considerado tratado, com baixo risco de recorrência de patologias da via biliar.
(B) O paciente deve ser submetido, em breve, a uma colecistectomia eletiva, pois quase 50% dos pacientes têm recorrência dos sintomas de doença do trato biliar.
(C) O paciente deve fazer uma nova CPRE de controle, em breve, para confirmar o tratamento da patologia e excluir que há um novo cálculo na via biliar.
(D) O paciente deverá realizar uma colangioressonância para avaliar melhor a via biliar, agora que já foi submetido a um tratamento para retirá-lo de uma situação de urgência.
(E) O paciente deve ser submetido, a seguir, a uma colecistectomia eletiva com coledocotomia para melhor avaliação da via biliar.

42

Durante uma fundoplicatura gástrica à Nissen, quais vasos podem ser ligados para uma melhor mobilização do fundo gástrico durante o procedimento?

(A) Artéria e veia gástrica esquerda.
(B) Artéria e veia gástrica direita.
(C) Vasos gástricos curtos.
(D) Vasos gastroepiploicos.
(E) Ramos esofágicos da artéria gástrica esquerda.

43

Uma mulher de 77 anos será submetida a uma cirurgia da pelve por câncer. Para profilaxia de Trombose Venosa Profunda (TVP), qual é a melhor recomendação para essa paciente?

(A) Iniciar profilaxia de TVP com enoxaparina 40mg SC de 12-24h após a cirurgia e manter por 24 horas.
(B) Iniciar profilaxia para TVP com xarelto 15mg via oral de 12 /12h após a cirurgia e manter por 48h.
(C) Orientar sobre a recomendação de deambulação precoce e, caso isso seja seguido, será suficiente para profilaxia de TVP para essa paciente.
(D) Iniciar profilaxia de TVP com enoxaparina 40mg SC de 12-24h após a cirurgia e manter por pelo menos 7-10 dias após o procedimento.
(E) Iniciar profilaxia de TVP com uso de meia elástica no pós-operatório imediato e orientação de deambulação precoce serão suficientes para profilaxia nesse caso.

44

Sobre os tumores carcinoides, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Os carcinoides do intestino delgado surgem das células enterocromafins (células de Kulchitsky) encontradas nas criptas de Lieberkühn.
(B) A maioria (aproximadamente 75%) dos carcinoides gastrointestinais é maior que 1 cm de diâmetro e aproximadamente 2% destes estão associados a metástases.
(C) A síndrome carcinoide maligna, que inclui manifestações vasomotoras, cardíacas e gastrointestinais, está mais associada a tumores carcinoides do trato gastrointestinal, particularmente do intestino delgado.
(D) Os fatores humorais considerados contribuintes para a síndrome carcinoide incluem a serotonina, o 5-hidroxitriptofano, a histamina, a dopamina, a calicreína, a substância P, a prostaglandina e o neuropeptídeo K.
(E) Um marcador útil para identificação de tumores carcinoides é a concentração plasmática de cromogranina A, que está elevada em mais de 80% dos pacientes com essa patologia.

45

Uma paciente do sexo feminino apresenta uma herniação em região lateral direita, inferiormente ao ligamento inguinal. Quais são o provável tipo de hérnia dessa paciente e a técnica mais tradicionalmente empregada para correção dessa hérnia?

(A) Hérnia inguinal direta – técnica de Bassini – sutura dos arcos musculoaponeuróticos do transverso abdominal e oblíquo interno ou tendão conjunto ao ligamento inguinal.
(B) Hérnia femoral – técnica de Shouldice – sutura da margem da aponeurose do oblíquo do abdome ao transverso do abdome.
(C) Hérnia inguinal indireta – técnica de Lichtenstein – instalação e sutura de tela inabsorvível ao ligamento inguinal.
(D) Hérnia femoral – técnica de Mc Vay – sutura da margem da aponeurose do transverso do abdome ao ligamento de Cooper.
(E) Hérnia inguinal direita – técnica de Mc Vay – sutura da margem da aponeurose do oblíquo do abdome ao ligamento de Cooper.

46

Após uma colisão auto X moto, uma paciente de 28 anos encontra-se deitada no local do evento e a equipe de atendimento relata que ela possui abertura ocular apenas ao estímulo álgico, resposta verbal ausente e resposta motora com retirada ao estímulo de dor. Qual é a pontuação na escala de coma Glasgow dessa paciente e qual é a melhor conduta a ser tomada?

(A) 9 / ventilação com cânula Guedel.
(B) 10 / intubação orotraqueal.
(C) 7 / intubação orotraqueal.
(D) 8 / intubação nasotraqueal.
(E) 11 / ventilação com máscara laríngea.

47

Assinale a alternativa que corresponde ao nome dado para a ruptura esofágica ocorrida após episódios de êmese.

(A) Síndrome de Dieulafoy.
(B) Síndrome de Boerhaave.
(C) Síndrome de Mallory-Weiss.
(D) Síndrome de Gilbert.
(E) Síndrome de Ogilve.

48

Um paciente de 25 anos sofreu um trauma contuso em abdome e foi examinado pelo médico do pronto atendimento, o qual detectou que o paciente apresenta o sinal de Kehr. Como provavelmente foi detectado esse sinal e qual é a provável alteração encontrada nesse paciente?

(A) Dor ou pressão no epigástrio ou no tórax anterior com persistente pressão firme aplicada em fossa ilíaca direita / ruptura de víscera abdominal.
(B) Massa da parede abdominal que não cruza na linha média e permanece palpável quando contraído o reto / hemoperitônio.
(C) Pulso aumentado quando o abdome dolorido é palpado / ruptura de víscera abdominal.
(D) Dor após elevação e extensão da perna contra resistência / hemoperitônio
(E) Dor no ombro esquerdo após pressão realizada no abdome superior esquerdo com o paciente em decúbito dorsal / hemoperitônio.

49

Um paciente é admitido no início da manhã no pronto atendimento com hematêmese importante e hipotensão associada à taquicardia. É realizada ressuscitação volêmica, com melhora parcial dos parâmetros hemodinâmicos. Só haverá endoscopista na escala do hospital no dia seguinte, à tarde. Qual é a melhor atitude diante dessa situação?

(A) Solicitar exames laboratoriais, avaliar a necessidade de transfusão sanguínea e aguardar a estabilidade para realizar Endoscopia Digestiva Alta (EDA) no dia seguinte.
(B) Realizar lavagem gástrica com soro fisiológico após passagem de sonda nasogástrica e aguardar o dia seguinte, após chegada do médico endoscopista, para solicitar EDA para o paciente.
(C) Tentar estabilizar o paciente com aumento da hidratação, solicitação de exames laboratoriais e de concentrado de hemácias para hemotransfusão. Aguardar para realizar EDA após 24 horas da admissão.
(D) Transfundir concentrados de hemácias, plaquetas e plasma e aguardar a chegada do médico endoscopista no dia seguinte para solicitar EDA.
(E) Solicitar exames laboratoriais, avaliar a necessidade de transfusão sanguínea e solicitar EDA de urgência ao endoscopista de sobreaviso, diante da instabilidade mantida do paciente.

50

Um homem de 72 anos apresenta queixa de obstrução na garganta, tosse, salivação excessiva e disfagia, além de regurgitação de odor fétido. Qual é o provável diagnóstico desse paciente e qual é a característica dessa patologia?

(A) Divertículo de Zenker – herniação entre as fibras do músculo tireofaríngeo e cricofaríngeo.
(B) Doença do refluxo gastroesofágico – refluxo de líquido alcalino na região do esôfago médio e proximal.
(C) Divertículo de Meckel – herniação entre as fibras da camada muscular própria esofágica e músculo cricofaríngeo.
(D) Divertículo de Zenker – herniação entre as fibras do músculo cricotireóideo e crico-aritenóideo.
(E) Doença do refluxo gastroesofágico – refluxo de líquido ácido na região do esôfago médio e proximal.

51

Um homem de 82 anos, com Alzheimer, é admitido no pronto atendimento, acompanhado pela filha, com dor abdominal, principalmente em fossa ilíaca esquerda, há 2 dias. Foi encaminhado imediatamente ao centro cirúrgico e submetido à laparotomia exploratória, mostrando intenso processo inflamatório em transição retossigmóidea (provável diverticulite) com perfuração intestinal nessa região. Após a cirurgia, a acompanhante percebe que o paciente está colostomizado e questiona, com surpresa e revolta, sobre o procedimento. Qual conduta teria sido a mais correta nessa situação e qual foi a provável cirurgia realizada?

(A) Orientar o paciente e acompanhantes sobre a indicação cirúrgica e que será feito o que for necessário ao paciente, sem grandes detalhamentos, já que será definido o tipo de cirurgia durante o intraoperatório – retossigmoidectomia com anastomose primária e colostomia protetora
(B) Orientar rapidamente o paciente e acompanhante que será necessária cirurgia de urgência e que será conversado posteriormente com eles sobre o que foi realizado durante a cirurgia – retossigmoidectomia a Hartmann
(C) Orientar o paciente, logo que for indicada a cirurgia, sobre a conduta e conversar também com ele, após a cirurgia, sobre o procedimento realizado, mantendo o sigilo médico – retossigmoidectomia do segmento perfurado.
(D) Orientar o paciente e acompanhantes sobre a indicação cirúrgica, sobre os principais riscos e as possibilidades da cirurgia, incluindo ostomias, com termo de consentimento assinado, e conversar, após a cirurgia, com os acompanhantes sobre o procedimento realizado e estado do paciente – retossigmoidectomia a Hartmann.
(E) Orientar o paciente sobre a indicação da cirurgia e seus principais riscos e, após a cirurgia, orientar os acompanhantes sobre os detalhes do procedimento que foi realizado, as complicações e os cuidados que serão necessários – retossigmoidectomia com colostomia protetora.

52

Uma paciente de 16 anos com transtornos mentais deglutiu uma agulha de costura há 1 dia. Chega ao pronto atendimento, sem queixas, levada pela mãe, desesperada, referindo que não quer que a filha seja submetida à cirurgia. Foi realizada uma radiografia de abdome e o corpo estranho foi identificado na topografia de intestino delgado. Qual é a melhor conduta a ser tomada diante desse caso?

(A) Acompanhar o corpo estranho (agulha) com radiografia seriada e não indicar cirurgia, atendendo ao desejo da mãe da paciente.
(B) Indicar laparotomia exploradora com enterotomia e orientar a mãe que, apesar do seu desejo, a paciente deve ser submetida à cirurgia devido ao risco de complicações que podem ser geradas no tratamento não operatório.
(C) Observar a paciente e orientar a mãe que, independente do seu desejo, será realizado o que for melhor para paciente. No caso, está indicada cirurgia para retirada do corpo estranho após passagem da agulha pela válvula ileocecal.
(D) Acompanhar o corpo estranho (agulha) com radiografia seriada e orientar a mãe que pode ser necessária cirurgia, que deve ser realizada caso a paciente esteja em risco iminente de complicações, independente do desejo da mãe, que deve ser orientada para melhor compreensão do caso.
(E) Indicar endoscopia digestiva alta como alternativa para a indicação de cirurgia para a retirada do corpo estranho, tendo em vista o desejo da mãe.

53

Sobre o câncer de pulmão, é correto afirmar que

(A) o adenocarcinoma é o tipo histológico menos frequente, responsável por 10% de todos os cânceres pulmonares.
(B) a maioria dos adenocarcinomas está localizada perifericamente e tende a apresentar metástase mais precocemente do que o carcinoma de células escamosas.
(C) o carcinoma de células escamosas ocorre em aproximadamente 70% dos pacientes com câncer pulmonar e a maioria está localizada perifericamente.
(D) o câncer de pequenas células representa cerca de 50% dos cânceres pulmonares e a maioria está localizada perifericamente.
(E) o câncer de pequenas células é frequentemente localizado, indolente e com boa resposta à radioterapia.

54

Um paciente que sofreu um acidente automobilístico chega ao pronto atendimento com frequência cardíaca de 125, pressão arterial reduzida e confuso. Quais são a provável estimativa de perda sanguínea desse paciente e o melhor tipo de tratamento?

(A) 15-30% / cristaloides.
(B) 0-15% / cristaloides e sangue.
(C) >40% / cristaloides e coloides.
(D) 30-40% / cristaloides e sangue.
(E) 15-30% / cristaloides e sangue.

55

Uma mulher de pele clara de 52 anos apresenta uma lesão enegrecida de aproximadamente 1,5cm em região de antebraço, com contorno irregular, com crescimento rápido e progressivo. Qual é a melhor maneira de se realizar a biópsia dessa lesão e quais serão os fatores de pior prognóstico que podem ser encontrados no anatomopatológico, caso se confirme a hipótese de melanoma, para orientar a paciente?

(A) Realizar biópsia excisional da lesão, de maneira que a cicatriz fique longitudinal ao antebraço, permitindo melhor ampliação se necessário. Prognóstico pior quanto maior a espessura (Breslow) da lesão e presença de ulceração.
(B) Realizar biópsia incisional da lesão, de maneira que a cicatriz fique transversa ao antebraço, seguindo as linhas de Langerhans. Prognóstico pior quanto maior a extensão da lesão e maior número de mitoses.
(C) Realizar ressecção da lesão com margens de 8mm, de maneira que a cicatriz fique transversa ao antebraço, seguindo as linhas de Langerhans. Prognóstico pior quanto maior a profundidade (nivel de Clark) da lesão e presença de ulceração.
(D) Realizar biópsia incisional da lesão, de maneira que a cicatriz fique longitudinal ao antebraço, permitindo posterior ressecção e ampliação. Prognóstico pior quanto maior espessura (Breslow) da lesão e presença de ulceração.
(E) Realizar biópsia excisional da lesão, de maneira que a cicatriz fique longitudinal ao antebraço. Prognóstico pior quanto maior a extensão da lesão e presença de ulceração.

56

Após uma gastrectomia parcial com reconstrução tipo Billroth II, uma paciente apresenta náuseas, dor abdominal em cólicas, diarreia explosiva, palpitações, diaforese e taquicardia logo após a alimentação. Qual é a provável causa desses sintomas e qual deve ser a orientação para a paciente?

(A) Síndrome de dumping tardio / ingerir os alimentos de forma mais lenta e evitar alimentos com grande quantidade de proteínas e gordura.
(B) Síndrome da alça aferente / conversão cirúrgica da anastomose para Billroth I.
(C) Síndrome da alça eferente / intervenção cirúrgica com redução da hérnia retroanastomótica.
(D) Síndrome da gastrite alcalina / evitar alimentos alcalinos e usar inibidores da bomba de prótons.
(E) Síndrome de dumping precoce / evitar alimentos com grande quantidade de açúcar, ingestão de pequenas refeições ricas em proteínas e gordura.

57

Assinale a alternativa que corresponde a complicações que mais comumente podem estar relacionadas à tireoidectomia total

(A) Hipercalcemia e hipertireoidismo.
(B) Hipotireoidismo e hiperparatireoidismo.
(C) Hipocalcemia e rouquidão.
(D) Hiperparatireoidismo e dispneia.
(E) Hipocalcemia e hiperparatireoidismo.

58

Um paciente de 85 anos, em uso de quetiapina e clorpromazina, apresenta distensão abdominal súbita não associada à dor. Realizou um exame contrastado do intestino (enema opaco) que evidenciou passagem do contraste por todo o intestino, sem interrupções. Quais são o provável quadro clínico desse paciente e o tratamento inicial a ser realizado?

(A) Síndrome de Murphy / Descompressão colonoscópica.
(B) Síndrome de Ogilvie / sonda nasogástrica, correção hidroeletrolítica e interromper medicações neurolépticas.
(C) Obstrução intestinal aguda / sonda nasogástrica, correção hidroeletrolítica e laparotomia exploradora se não houver melhora.
(D) Síndrome de Boerhaave / laparotomia exploradora para avaliação e ressecção intestinal do segmento afetado.
(E) Volvo intestinal / descompressão colonoscópica.

59

Assinale a alternativa que apresenta corretamente as principais vacinas recomendadas para imunização de pacientes submetidos à esplenectomia.

(A) H. influenzae tipo B, meningocócica e pneumocócica.
(B) Tríplice bacteriana, tríplice viral e Influenza.
(C) Hepatite B, meningocócica e pneumocócica.
(D) H. influenzae tipo A, meningocócica e pneumocócica.
(E) Tríplice viral, meningocócica e pneumocócica.

60

Um paciente com quadro de pancreatite biliar aguda é admitido no pronto atendimento. Qual das seguintes alternativas NÃO apresenta critérios que, juntos, classificariam o paciente em quadro de pancreatite grave?

(A) Paciente com 80 anos, glicose = 250mg/dL e lactato desidrogenase = 450UI/L.
(B) Paciente com 72 anos, cálcio sérico = 7,2mg/dL e déficit de base = 6mEq/L após 48h de admissão.
(C) Paciente com 75 anos, aspartato aminotransferase = 260UI/L e lactato desidrogenase = 320UI/L.
(D) Paciente com 81 anos, glicose = 320mg/dL, redução do hematócrito de 12% e cálcio sérico = 7,5mg/dL após 48h de admissão.
(E) Paciente com aspartato aminotransferase = 280UI/L, glicose = 230mg/dL e cálcio sérico = 7mg/dL após 48h de admissão.

61

Paciente masculino, 49 anos, queixa-se de dor abdominal em hipocôndrio direito há 5 dias, associada a episódios de náuseas e vômitos. Ao exame físico, apresenta-se em mal estado geral, com rebaixamento do nível de consciência, ictérico 3+/4+, Tax = 38,5°C, FC = 132bpm, SaO2 em aa = 94%, tempo de enchimento capilar > 2 segundos, PA = 75x40 mmHg. Abdome plano, doloroso em hipocôndrio direito e sem visceromegalias. Exames laboratoriais: Hb: 13,0 g/dL; leucócitos: 15.000/mm³; creatinina sérica: 3,1 mg/dL; bilirrubinas totais: 6,7 mg/dL; AST 150 U/L; ALT: 101 U/L; Gama-GT 980 U/L; FAL: 748 U/L; amilase: 80 U/L. Diante desse quadro, o diagnóstico mais provável, sua apresentação clínica e a conduta adequada são, respectivamente:

(A) colangite; síndrome colestática; colecistectomia videolaparoscópica de urgência.
(B) colangite; pêntade de Reynolds; estabilização hemodinâmica e colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
(C) coledocolitíase; tríade de Charcot; reposição volêmica e colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
(D) pancreatite; choque séptico; antibioticoterapia e hidratação e laparotomia exploradora.
(E) pancreatite; pêntade de Reynolds; estabilização hemodinâmica e antibioticoterapia.

62

Paciente masculino, 54 anos, atendido na emergência por parada de eliminação de fezes há 4 dias, associada a vômitos biliosos e náuseas. Foi realizado Raio-X com o seguinte resultado: sem pneumoperitônio, com achados de sinal de empilhamento de moeda. Ao exame físico, constatam-se: abdome plano, timpânico, indolor à palpação, sem visceromegalias ou sinais de irritação peritoneal. Cirurgias prévias: laparotomia exploradora, devido à apendicectomia complicada, há 10 anos. Os prováveis diagnósticos sindrômicos e etiológico e a conduta desse paciente são, respectivamente:

(A) abdome agudo inflamatório; diverticulite aguda; tratamento clínico com sonda gástrica, jejum e antibioticoterapia.
(B) abdome agudo vascular; embolia artéria mesentérica superior; suporte hemodinâmico e anticoagulação
(C) abdome agudo obstrutivo; isquemia oclusiva da artéria mesentérica; laparotomia exploradora.
(D) obstrução intestinal baixa; neoplasia de cólon; tratamento clínico inicial com sonda nasogástrica e antibioticoterapia.
(E) obstrução intestinal alta; bridas e aderências; tratamento clínico inicial com sonda nasogástrica e jejum nos primeiros dias.

63

Paciente feminina, 24 anos, chegou ao pronto-socorro com queixa de dor abdominal aguda, iniciada há cerca de 7 horas, com piora progressiva, inicialmente difusa e posteriormente localizada na região suprapúbica discretamente lateralizada para a direita e associada a náuseas. Refere que a última menstruação ocorreu há cerca de 23 dias. Ao exame, encontrava-se em regular estado geral, consciente, orientada, hidratada, temperatura axilar de 36.9°C, FC= 120bpm, FR=23irpm, PA: 85x60mmHg, ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular em 2 tempos com bulhas sem sopros e ausculta respiratória com murmúrio vesicular fisiológico. Abdome plano, doloroso à palpação no andar inferior direito e com dor à descompressão brusca nessa região.

Diante de quadro clínico, quais são os prováveis diagnóstico sindrômico e nosológico e os exames solicitados?

(A) Abdome agudo inflamatório; gravidez ectópica rota; B-HCG, ultrassonografia de abdome e hemograma completo.
(B) Abdome agudo hemorrágico; torção de cisto de ovário; B-HCG, ultrassonografia de abdome e hemograma completo.
(C) Abdome agudo hemorrágico; gravidez ectópica rota; B-HCG, ultrassonografia de abdome e hemograma completo.
(D) Abdome agudo inflamatório; apendicite; tomografia computadorizada e hemograma completo.
(E) Abdome agudo inflamatório; diverticulite; ultrassonografia de abdome e hemograma completo.

64

Paciente masculino, 63 anos, apresenta episódio de dor abdominal súbita, ''em barra'', em andar superior do abdome, com irradiação para o dorso. Ao exame físico, o paciente se apresenta em regular estado geral, T = 37,9°C, FC = 122bpm, pulso fino e hipotensão. Durante a admissão, foram realizados exames laboratoriais: Hb: 13,0 g/dL; leucócitos: 16.000/mm³; creatinina sérica: 3,1 mg/dL; bilirrubinas totais: 6,7 mg/dL; AST 350 U/L; ALT: 101 U/L; Gama-GT 980 U/L; FAL: 748 U/L; Amilase: 80 U/L; LDH: 370 U/L; Glicemia: 221mg/dL. De acordo com os critérios de Ranson para pancreatite aguda, a taxa de mortalidade do paciente se classifica em

(A) 2% - 0 a 2 critérios.
(B) 15% - 3 a 4 critérios.
(C) 40% - 5 a 6 critérios.
(D) 70% - 7 a 8 critérios.
(E) 90 a 100% - 9 ou mais critérios.

65

Relacione as colunas, de acordo com os critérios de Balthazar e os achados tomográficos presentes na pancreatite aguda, e assinale a alternativa com a sequência correta.

1. Edema Pancreático.
2. Coleção líquida única.
3. Inflamação peripancreática.
4. Pâncreas normal.
5. Presença de gás.

( ) Balthazar Grau A.
( ) Balthazar Grau B.
( ) Balthazar Grau C.
( ) Balthazar Grau D.
( ) Balthazar Grau E.

(A) 1 – 3 – 4 – 2 – 5.
(B) 2 – 1 – 3 – 5 – 4.
(C) 3 – 4 – 2 – 5 – 1.
(D) 4 – 1 – 3 – 2 – 5.
(E) 4 – 3 – 2 – 1 – 5.

66

Paciente masculino, 27 anos, encontra-se em primeiro dia pós-operatório de apendicectomia por apendicite aguda perfurada, sonolento e hipoativo há 2 horas. Acompanhante relata que, antes disso, apresentou 3 episódios de vômitos, de conteúdo bilioso, em grande quantidade. Desde o momento da cirurgia, encontra-se em jejum e ainda não evacuou, mas está eliminando flatos. Exame físico: REG, hipoativo, descorado 3+/4+, anictérico. T = 37,5 ºC, FC = 107 bpm, FR = 16 irpm, PA = 100 x 70 mmHg. Abdome: ruídos hidroaéreos presentes propulsivos, com dor à palpação profunda em região próxima à ferida cirúrgica, sem reação peritoneal. Quais são o diagnóstico mais provável e a conduta adequada?

(A) Infecção da ferida operatória; antibioticoterapia e limpeza da ferida.
(B) Obstrução intestinal; conduta expectante e vigilância hemodinâmica.
(C) Abscesso intracavitário; antibioticoterapia e hidratação venosa.
(D) Abdome agudo hemorrágico; reabordagem cirúrgica por videolaparoscopia.
(E) Abdome agudo vascular; vigilância hemodinâmica e hidratação venosa.

67

Considerando a anatomia da cavidade abdominal, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A artéria torácica interna possui os seguintes ramos: artéria epigástrica superior e artéria musculofrênica.
(B) Os nervos ílio-hipogástrico e ilioinguinal fazem parte da inervação da cavidade abdominal.
(C) A artéria hepática comum cursa entre a cabeça do pâncreas e a borda inferior do fígado para o ligamento hepatoduodenal.
(D) A aorta abdominal começa no hiato aórtico do diafragma no plano da vértebra L2.
(E) Um ramo da artéria subclávia é a artéria torácica interna.

68

A veia porta do fígado é a maior veia do corpo humano, com diâmetro médio de 10,2 mm. Essa veia é formada pelas veias:

(A) cava inferior e esplênica.
(B) esplênica e mesentérica superior.
(C) cava inferior e gástrica esquerda.
(D) mesentérica inferior e esplênica.
(E) gástrica esquerda e mesentérica inferior.

69

Paciente, 55 anos, 80 kg, 165 cm, com diagnóstico de discrasia sanguínea, precisa de punção de acesso venoso central. Considerando os locais de inserção do acesso venoso central, qual local geralmente é evitado para realizar a punção nesse paciente?

(A) Veia subclávia.
(B) Veia jugular interna.
(C) Veia antecubital.
(D) Veia jugular externa.
(E) Veia femoral.

70

Durante a realização de colectomia direita por vídeo com princípios oncológicos, qual dos seguintes vasos deve ser seccionado?

(A) Artéria ileocólica.
(B) Artérias sigmoideanas.
(C) Artéria retal superior.
(D) Artéria gástrica esquerda.
(E) Artéria esplênica.

71

O quadro de apendicite aguda, na maioria dos casos, tem como característica inicial a obstrução intraluminal. Essa obstrução é causada mais frequentemente por

(A) retocolite ulcerativa.
(B) parasitose.
(C) fecálito.
(D) doença de Crohn.
(E) corpo estranho.

72

Paciente masculino, 72 anos, chega ao serviço de emergência com dor abdominal intensa de início súbito há cerca de 5 horas, associada a náuseas, vômitos, sudorese e taquicardia. Apresentou piora da dor com alimentação ou uso de álcool e em decúbito dorsal. Exames laboratoriais: Hb 4,3 g/dL; leucócitos 17.000/mL; bastões: 4%; plaquetas: 245.000/mL; Lipase: 500 U/L; Amilase: 800 U/L; LDH: 290 U/L, TGO: 45 U/L; TGP: 50 U/L; Na: 134 mg/dL; K: 3,4 mmol/L; Ur: 55mg/dL; Cr: 1,0 mg/dL. Diante da possível hipótese diagnóstica desse paciente e levando em consideração a alta taxa de morbimortalidade, qual instrumento para avaliar a evolução do quadro clínico desse paciente deverá ser utilizado?

(A) Classificação de Forrest.
(B) Escore de Wells.
(C) Escore de Lee.
(D) Escore de CURB-65.
(E) Escore de Ranson.

73

A colecistite aguda é uma doença inflamatória/infecciosa decorrente da impactação de um cálculo no infundíbulo da vesícula biliar e apresenta-se como abdome agudo inflamatório. Ao exame físico, um sinal específico é detectado. Qual é esse sinal?

(A) Sinal de Giordano.
(B) Sinal de Blumberg.
(C) Sinal de Rovsing.
(D) Sinal de Murphy.
(E) Sinal de Brudzinski.

74

Um residente chega à enfermaria para fazer a evolução dos pacientes e, ao conversar com Sr. Guido, que foi submetido a uma laparotomia há 4 dias, percebe em seu exame físico que este está com parada de eliminação de flatos e fezes, distensão abdominal associada a náuseas e vômitos, RH diminuídos e baixa tolerância à dieta. O diagnóstico mais provável desse paciente é

(A) fecaloma.
(B) brida.
(C) íleo paralítico.
(D) hérnia inguinal.
(E) tumor de cólon.

75

Assinale a alternativa que apresenta uma artéria que é ramo do tronco celíaco.

(A) Artéria ilíaca direita.
(B) Artéria gástrica esquerda.
(C) Artéria pulmonar esquerda.
(D) Artéria subclávia esquerda.
(E) Artéria torácica interna.

76

Em quadros sugestivos de apendicite aguda, um achado que colabora o diagnóstico clínico é o sinal de Rovsing, que é positivo quando o paciente apresenta

(A) dor à palpação profunda no ponto de McBurney.
(B) dor à extensão do quadril direito.
(C) dor à descompressão brusca em fossa ilíaca direita.
(D) dor em fossa ilíaca direita à palpação de fossa ilíaca esquerda.
(E) dor à punho-percussão realizada na fossa lombar do paciente, na altura dos flancos.

77

O arco de Riolan deriva de qual artéria?

(A) Artéria mesentérica superior.
(B) Artéria sacral mediana.
(C) Artéria ilíaca comum.
(D) Artéria renal direita.
(E) Artéria gonadal.

78

A obstrução causada por volvo de sigmoide é uma obstrução em alça fechada, apresentando risco importante de perfuração, caso não tratada a tempo. Em um paciente com obstrução por volvo de sigmoide, apresentando sinais de peritonite e pneumoperitônio denotando perfuração, já com tentativa de resolução endoscópica, porém sem sucesso, qual é a melhor conduta?

(A) Inguinotomia.
(B) Lise de aderências.
(C) Colectomia total.
(D) Laparotomia exploradora e apenas drenagem da cavidade.
(E) Cirurgia de Hartmann.

79

Paciente dá entrada no pronto-socorro com dor muito intensa graduada em 9/10 e contínua no hipocôndrio direito, com início há 8 horas. Refere náuseas e vômitos associados. No exame físico, paciente se encontra febril, sinal de Murphy positivo e, ao exame laboratorial, vê-se leucocitose. Sem ter muita certeza do diagnóstico, você quer pedir mais exames. Qual é o exame padrão-ouro para pedir nesse caso?

(A) Tomografia Computadorizada.
(B) Radiografia.
(C) Ressonância Magnética.
(D) Colecintilografia com DISIDA.
(E) Colonoscopia.

80

Para se fazer o diagnóstico de apendicite aguda, há diversas manobras que auxiliam no exame físico. A respeito desse assunto, analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta as corretas.

I. A manobra do obturador consiste na rotação interna do quadril direito flexionado e, quando positivo, paciente refere dor a essa movimentação.
II. Quando o paciente refere dor em fossa ilíaca direita causada pela suave tração do testículo esquerdo, esse sinal é chamado sinal de Ten Horn positivo.
III. No sinal de Dunphy, o paciente refere dor à percussão do ponto de McBurney ou refere dor ao tossir.
IV. O sinal de Aaron consiste na dor ou na pressão em hipogástrio ao aplicar pressão persistente no ponto de McBurney ou fossa ilíaca direita.

(A) Apenas I, II e IV.
(B) Apenas II e III.
(C) Apenas II e IV.
(D) Apenas I e III.
(E) I, II, III e IV.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

T2178004N

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA
EDITAL Nº 1/2021 - RESIDÊNCIA MÉDICA REDE EBSERH 2021/2022

PRM - ANO ADICIONAL - CIR GERAL R3 - ÁREA DE ATUAÇÃO - CIR DO TRAUMA E PRÉ-REQUISITO - CIR DE CABEÇA E PESCOÇO - CIR DO APARELHO DIGESTIVO - CIR ONCOLÓGICA - CIR PEDIÁTRICA - CIR PLÁSTICA - CIR TORÁCICA - CIR VASCULAR - COLOPROCTOLOGIA - UROLOGIA

NOME DO CANDIDATO

INSCRIÇÃO

Nível

SUPERIOR

PROVA

02

Lembre-se de marcar o número acima na folha de respostas!

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Fraudar ou tentar fraudar Concursos Públicos é Crime! Previsto no art. 311 - A do Código Penal

Sobre o material recebido pelo candidato

- ✓ Além deste Caderno de Questões, com **oitenta questões objetivas,** você receberá do fiscal de sala a Folha de Respostas.
- ✓ Confira seu nome, o número do seu documento e o número de sua inscrição em todos os documentos entregues pelo fiscal. Além disso, não se esqueça de conferir seu Caderno de Questões quanto a falhas de impressão e de numeração e se a profissão corresponde àquela para a qual você se inscreveu.
- ✓ O não cumprimento a qualquer uma das determinações constantes em Edital, no presente Caderno ou na Folha de Respostas incorrerá na eliminação do candidato.

Sobre o material a ser devolvido pelo candidato

- ✓ O único documento válido para avaliação é a Folha de Respostas.
- ✓ Na Folha de Respostas, preencha os campos destinados à assinatura e ao número de inscrição. As respostas às questões objetivas devem ser preenchidas da seguinte maneira: ●
- ✓ Na Folha de Respostas, só é permitido o uso de caneta esferográfica transparente de cor azul ou preta. Esse documento deve ser devolvido ao fiscal na saída, devidamente preenchido e assinado.

Sobre a duração do exame e a permanência na sala

- ✓ O prazo de realização do exame é de 4 horas, incluindo a marcação da Folha de Respostas.
- ✓ Após 60 (sessenta) minutos do início do exame, o candidato estará liberado para utilizar o sanitário ou deixar definitivamente o local de aplicação, não podendo, no entanto, levar o Caderno de Questões e nenhum tipo de anotação de suas respostas.
- ✓ O candidato poderá levar consigo o Caderno de Questões somente se aguardar em sala até o término do prazo de realização do exame estabelecido em edital.
- ✓ Os três últimos candidatos só poderão retirar-se da sala juntos, após assinatura do Termo de Fechamento do Envelope de Retorno.

Sobre a divulgação dos Cadernos de Questões e dos Gabaritos

- ✓ Os Cadernos de Questões e os Gabaritos Preliminares estarão disponíveis no site do **Enare** no endereço eletrônico **https://enare.ebserh.gov.br,** conforme previsto em Edital.

Cirurgia Geral

1

Paciente feminina de 35 anos, IMC 26, está em uso de inibidor de bomba de prótons há 10 anos, em dose plena. Apresenta queixa de regurgitações frequentes e perda de peso decorrente das queixas dispépticas. Leva à consulta endoscopia digestiva alta realizada há 3 meses, evidenciando: hernia hiatal de aproximadamente 8cm e esôfago distal com presença de erosões em 75% da sua circunferência. Qual é a melhor conduta perante o caso?

(A) Gastroplastia em Y de Roux.
(B) Fundoplicatura e hiatoplastia do tipo Nissen.
(C) Gastrectomia vertical tipo sleeve.
(D) Esofagomiotomia a Heller.
(E) Antrectomia e vagotomia seletiva.

2

Paciente de 45 anos, em segundo dia de pós-operatório de cirurgia bariátrica a Fobi-Capella, evolui com febre. Após investigação inicial, chega-se ao diagnóstico de atelectasia. Sobre essa complicação pós-operatória, é correto afirmar que

(A) a fisioterapia sob pressão positiva deve ser evitada pelo risco de ingestão de ar e ruptura das suturas gastrointestinais.
(B) a febre é comum no pós-operatório, não sendo necessária a investigação etiológica dessa febre.
(C) a fisioterapia respiratória só é mandatória em casos que necessitem de cuidados em UTI no pós-operatório.
(D) a fisioterapia sob pressão positiva não possui contraindicações, dada a técnica operatória utilizada.
(E) a antibioticoprofilaxia não está indicada na cirurgia bariátrica.

3

Paciente de 70 anos é admitido no hospital com quadro de dor abdominal em cólica há 7 dias, com parada de eliminação de flatos e fezes. Há 1 dia, tem piora importante da dor abdominal, contínua. Ao exame físico, apresenta abdome distendido, hipertimpânico, com sinais de peritonite. Foi realizada laparotomia de emergência, a qual evidenciou lesão estenosante em reto alto e perfuração de 2cm em ceco. Diante do caso, qual é a melhor conduta cirúrgica?

(A) Rafia cecal e colostomia em alça.
(B) Retossigmoidectomia com colostomia terminal.
(C) Colectomia direita, ileostomia e fístula mucosa.
(D) Colectomia direita e drenagem da cavidade.
(E) Colectomia total com ileostomia.

4

Uma das complicações dos tumores intra-abdominais é o sangramento. Dentre os tumores hepáticos, qual está mais associado a sangramento?

(A) Adenoma.
(B) Hemangioma.
(C) Colangiocarcinoma.
(D) Hiperplasia nodular focal.
(E) Metástases.

5

Em relação às fístulas anorretais, assinale a alternativa correta.

(A) A principal característica das fístulas anais é a febre.
(B) 15% das fístulas perianais são secundárias a um abscesso perianal.
(C) A regra de Goodsall não é aplicada às fístulas, somente a abscessos.
(D) Pequenas fístulas podem ser tratadas com cauterização química do seu orifício externo.
(E) Fístulas e abscessos anais tratam-se de estágios diferentes de uma mesma doença, a qual origina-se de uma glândula anal.

6

Paciente feminina, 75 anos, vai à consulta com queixa de nodulação endurecida em região umbilical, associada à astenia e emagrecimento de 15kg nos últimos 3 meses, com peso atual de 62kg. Após Tomografia de abdome, evidencia-se massa de 10cm em topografia gástrica. Em relação ao nódulo descrito anteriormente, é correto afirmar que

(A) se trata do "Nódulo da Irmã Maria José", o qual está relacionado a carcinoma metastático intra-abdominal.
(B) é a principal manifestação do GIST gástrico.
(C) trata-se do nódulo de Cullen, característico de tumor de suprarrenais.
(D) é um achado de exame inespecífico, sem relação com a doença da paciente.
(E) pode ser considerado disseminação por contiguidade do tumor descrito.

7

Paciente de 70 anos chega ao pronto atendimento com queixa de dor abdominal em fossa ilíaca esquerda com 36 horas de evolução. Apresenta piora progressiva do quadro, negando febre e apresentando constipação intestinal (Última evacuação há 5 dias). Ao exame físico, apresenta dor à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, com pequena massa palpável nessa topografia, sem sinais de peritonite. É solicitada uma tomografia de abdome que apresenta como laudo espessamento da parede do cólon sigmoide e borramento da gordura pericólica, com coleção de 4x6cm em pelve. Com base nesse quadro clínico, assinale a alternativa que classifica a tomografia e oferece a melhor conduta inicial para esse paciente.

(A) Hichey I – Hidratação, antibioticoterapia e analgesia.
(B) Hichey II – Punção de coleção pélvica guiada por tomografia computadorizada.
(C) Hichey IV – Laparotomia exploradora.
(D) Hichey II – Cirurgia de Hartmann.
(E) Hichey III – Colonoscopia.

8

Durante o procedimento de colecistectomia laparoscópica, passos são seguidos a fim de evitar iatrogenia. Nesse ambiente, criou-se o conceito de visão crítica de segurança. Assinale a alternativa que apresenta esse conceito.

(A) É a visualização do leito hepático através do espaço entre o ducto cístico e a artéria cística e acima desta.
(B) Manutenção da pressão intra-abdominal durante o pneumoperitônio entre 20 e 22mmHG.
(C) Confecção de pneumoperitônio no ponto de Palmer.
(D) Cirurgia realizada com presença de 2 cirurgiões experientes.
(E) Dissecção de dueto colédoco e ducto hepático direito, a fim de evitar lesão biliar inadvertida.

9

Paciente de 45 anos, obeso, vai à consulta com queixa de prolapso hemorroidário às evacuações, com redução espontânea. Refere constipação crônica associada. Dentre as seguintes alternativas, qual é a melhor proposta terapêutica para esse paciente?

(A) Venotônicos e dieta laxativa.
(B) Promontofixação laparoscópica.
(C) Dieta laxativa e atividades físicas regulares.
(D) Gastrectomia vertical do tipo sleeve.
(E) Hemorroidectomia e dieta laxativa.

10

Paciente de 34 anos encontra-se no 6º dia pós-operatório de gastrectomia vertical e vai ao pronto-socorro com queixa de alteração no aspecto do dreno abdominal colocado na cirurgia. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, afebril, FC: 70 bpm, PA: 120x80 mmHg, sem dor abdominal, dreno turvo. Foi realizado teste do azul de metileno que corou o conteúdo do dreno. Qual é a conduta recomendada para o caso nesse momento?

(A) Indicar reoperação para limpeza de cavidade abdominal e rafia de fístula.
(B) Indicar ultrassonografia de abdome e reoperação para limpeza da cavidade abdominal e redrenagem.
(C) Indicar tomografia de abdome e, se não houver coleção intra-abdominal, solicitar avaliação endoscópica para colocação de prótese.
(D) Indicar reoperação para conversão em gastroplastia em Y de Roux.
(E) Indicar angiotomografia para embolização.

11

A polipose adenomatosa familiar é uma síndrome hereditária caracterizada pelo desenvolvimento de uma grande quantidade de pólipos no intestino grosso. As pessoas com a síndrome, geralmente, começam a desenvolver esses pólipos ainda na infância, aumentando para centenas ou milhares ao longo do tempo. Os adenomas podem ocorrer também em estômago, duodeno, jejuno e íleo. Em relação aos adenomas gastroduodenais na PAF, assinale a alternativa correta.

(A) Adenomas gástricos ocorrem em apenas 5% dos doentes, porém apresentam alto risco de malignização.
(B) A gravidade da polipose duodenal pode ser avaliada pelos critérios de Spigelman, que é baseado no número, no tamanho e na histopatologia dos pólipos.
(C) No duodeno, ocorrem em até 90% dos doentes, sendo mais frequentes na primeira e na segunda porção, apresentando baixo risco de malignização
(D) Adenomas de papila são raros e com baixos índices de malignidade, sendo indicada cirurgia quando causam obstrução ou pancreatite.
(E) Os adenomas de intestino delgado são de fácil diagnóstico na ultrassonografia abdominal.

12

Mulher, 55 anos, sem comorbidades, comparece ao ambulatório trazendo colonoscopia que evidenciou pólipo séssil em ceco, medindo 15mm, removido por mucosectomia por ocasião do exame. Anatomopatológico: foco de adenocarcinoma com invasão de submucosa (Sm3) em adenoma viloso, com margens livres. Qual é a melhor conduta perante o caso?

(A) Colonoscopia em 3 meses.
(B) Antígeno Carcinoembrionário (CEA) e tomografia de abdome a cada 6 meses.
(C) Quimioterapia adjuvante.
(D) Proctocolectomia total.
(E) Colectomia direita.

13

Mulher, 35 anos, primigesta de 28 semanas, deu entrada no pronto-socorro com dor em região abdominal, mais localizada em flanco/FID, e febre baixa. Após avaliação, foi estabelecido o diagnóstico de apendicite aguda. Em relação à apendicite aguda na gravidez, assinale a alternativa correta.

(A) A apendicite é a condição cirúrgica não obstétrica menos comum durante a gravidez.
(B) Taxas de perdas fetais de 3% a 5% são observadas com a apendicite aguda, sendo que essa taxa indifere com a apendicite perfurada infectada.
(C) A inserção da agulha de Veres ou trocarte deve ser feita sob visualização direta.
(D) A gravidez não é um fator de risco para a trombose venosa profunda e devem ser sempre usados dispositivos de proteção.
(E) A apendicectomia videolaparoscópica é contraindicada no terceiro trimestre de gravidez pelo risco de perfuração uterina.

14

Paciente de 26 anos, vai ao pronto-socorro com queixa de dor abdominal há 24 horas, de início em região epigástrica com posterior migração para fossa ilíaca direita, associada à: hiporexia, náuseas e febre baixa. Ao exame físico, apresenta dor à palpação de quadrante inferior direito com descompressão brusca. O leucograma revela 14.000 leucócitos com 6% de bastões. De acordo com o escore de alvarado para diagnóstico de apendicite aguda, qual é a pontuação desse paciente e a melhor conduta?

(A) Escore 8, apendicectomia aberta com incisão de McBurney.
(B) Escore 10, jejum e hidratação.
(C) Escore 10, apendicectomia laparoscópica.
(D) Escore 9, antibioticoterapia oral e reavaliação ambulatorial em 24h.
(E) Escore 10, realização de TC de abdome total com duplo contraste.

15

Sobre os cistos mesentéricos, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

( ) Os sintomas dependem do tamanho do cisto e, comumente, são dor abdominal, febre e vômitos.
( ) Ocorrem no mesentério do intestino delgado e do cólon.
( ) A enucleação do cisto é muito difícil na laparotomia, pois os vasos sanguíneos e a parede intestinal costumam estar aderidos ao cisto.
( ) Quando muito volumosos, pode ser feita a opção de drenagem interna para a cavidade peritoneal.
( ) O tratamento por aspiração é efetivo e apresenta baixa taxa de recorrência.

(A) F – V – V – V – F.
(B) V – V – F – V – F.
(C) V – F – V – F – V.
(D) F – V – V – V – V.
(E) V – V – V – F – F.

16

Paciente queixa-se de eructação e disfagia. Foi realizada investigação ambulatorial, com diagnóstico de hérnia hiatal por deslizamento. Qual é a melhor cirurgia a ser proposta para a paciente?

(A) Esofagomiotomia de Heller.
(B) Fundoplicatura de Nissen.
(C) Cirurgia de Serra-Doria.
(D) Cirurgia de Miles.
(E) Cirurgia de Lockhart-Mummery.

17

Paciente apresenta quadro de Hemorragia Digestiva Alta. Durante o exame de endoscopia, foi vista lesão ulcerosa com coto vascular visível. Diante do exposto, a classificação de Forrest referente a esse caso é

(A) IA.
(B) IB.
(C) IIA.
(D) IIB.
(E) IIC.

18

Paciente, 39 anos, com queixa de pirose e regurgitação, ASA I, sem nenhuma outra queixa, sem alterações em exame físico, com história familiar conhecida sem diagnóstico de câncer, recebe como principal hipótese diagnóstica Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). Assinale a alternativa correta referente ao segmento do caso.

(A) A Endoscopia Digestiva Alta deve ser indicada de rotina.
(B) Tratamento cirúrgico é preconizado para todos os pacientes sintomáticos.
(C) Disfagia é um sintoma típico da doença.
(D) Esôfago de Barret tem diagnóstico endoscópico.
(E) Na ausência de sinais de alarme, o manejo inicial na suspeita de DRGE é Inibidor de Bomba de Próton (prova terapêutica).

19

Paciente, 63 anos, com história de constipação de longa data e sedentarismo, com dor aguda em fossa ilíaca esquerda há 2 dias, sem melhora com medicação, recebe a tomografia realizada com laudo compatível com grau 1 pela escala de Hinchey modificada. Em relação à enfermidade do caso apresentado, assinale a alternativa correta.

(A) A complicação mais frequente é a fístula cólon-vesical que necessita correção cirúrgica imediata
(B) E indicada colonoscopia durante a fase aguda.
(C) Frequentemente está associada à hemorragia digestiva baixa.
(D) Abscessos menores que 2cm respondem ao tratamento clínico com antibióticos.
(E) Esses divertículos são classificados como divertículos verdadeiros.

20

Considerando as fístulas do trato gastrointestinal, há maior sucesso de fechamento ao tratamento não operatório na seguinte condição:

(A) trajeto fistuloso curto.
(B) estado de sepse ou infecção local.
(C) trajeto epitelizado.
(D) defeito visceral menor que 1cm.
(E) obstrução visceral a jusante.

21

Paciente, 39 anos, ASA I, apresenta dor em hipocôndrio direito há 48 horas. Ao exame físico, tem Murphy positivo. Tem hemograma com 20.000 leucócitos e Ultrassonografia com vesícula biliar com parede espessada e abscesso pericolecístico. Qual é a melhor conduta, segundo critérios de Tokyo?

(A) Drenagem do abscesso guiada por imagem e cirurgia em outro momento.
(B) Tratamento clínico com antibiótico como manejo inicial.
(C) Colecistectomia videolaparoscópica em caráter de urgência.
(D) Como trata-se de uma cólica biliar e com evolução favorável após analgesia, deve-se encaminhar ao serviço de cirurgia eletiva.
(E) Como o paciente é classificado como Tokyo grau III devido à presença de abscesso, deve ser submetido à colecistostomia.

22

Assinale a alternativa que apresenta o método diagnóstico considerado padrão-ouro para a colecistite aguda

(A) Ultrassonografia.
(B) Cintilografia com HIDA.
(C) Ressonância Magnética.
(D) Tomografia com contraste.
(E) Laparoscopia.

23

Nas alterações hemodinâmicas decorrentes da laparoscopia, espera-se

(A) aumento da complacência pulmonar.
(B) diminuição do retorno venoso.
(C) diminuição da resistência vascular periférica.
(D) diminuição da pressão venosa central.
(E) diminuição da pressão intracraniana.

24

Sobre a Síndrome da Artéria Mesentérica Superior (AMS) ou de Wilkie, assinale a alternativa correta.

(A) É uma condição de difícil diagnóstico devido à semelhança com quadros de pancreatite, cólica biliar, doença ulcerosa péptica ou isquemia mesentérica.
(B) Está associada ao ganho ponderal em curto período.
(C) Na falha de medidas clínicas, o tratamento cirúrgico de escolha é ligadura da AMS em sua origem e anastomose em artéria aorta abaixo do duodeno.
(D) Ocorre devido à compressão da segunda porção duodenal pela bifurcação da AMS e da artéria aorta.
(E) Tem como clínica característica a dor abdominal pós-prandial e vômitos não biliosos.

25

Paciente, 32 anos, apresenta quadro de dor abdominal súbita há 3 dias e tem positivo o sinal de Rovising, o qual frequentemente é encontrado na

(A) colecistite aguda.
(B) diverticulite aguda.
(C) pancreatite aguda.
(D) pielonefrite aguda.
(E) apendicite aguda.

26

Paciente apresenta quadro de abdome agudo obstrutivo com distensão abdominal importante, história de emagrecimento e lesão endurada tocável ao exame retal. Com base na Lei de Laplace, qual é o segmento mais suscetível à ruptura?

(A) Ceco.
(B) Cólon Ascendente.
(C) Cólon Transverso.
(D) Cólon Descendente.
(E) Sigmoide.

27

Um homem de 42 anos realiza colonoscopia de rotina, com polipectomia em sigmoide. O resultado anatomopatológico evidencia um carcinoma pouco diferenciado, com invasão de camada submucosa, sem invasão linfática ou vascular. Qual é o próximo passo?

(A) Sigmoidectomia.
(B) Observação.
(C) Quimioterapia adjuvante.
(D) Radioterapia.
(E) Colonoscopia em 30 dias.

28

Paciente de 55 anos foi submetido à gastrectomia com reconstrução em Y de Roux devido a adenocarcinoma gástrico. O dreno abdominal, no 4º dia de pós-operatório, apresentou débito de 700mL de coloração acastanhada. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico clínico mais provável para essa situação.

(A) Fístula linfática.
(B) Fístula pancreática.
(C) Fístula duodenal.
(D) Fístula biliar.
(E) Fístula colônica.

29

Paciente de 85 anos, está internado em leito de enfermaria, em tratamento de pneumonia. Tem diagnóstico prévio de doença de chagas. No quinto dia de internamento, desenvolve distensão abdominal e parada na eliminação de fezes e flatos. A Radiografia simples de abdome evidencia imagem sugerindo volvo sigmoideo. Qual tratamento inicial deve ser instituído ao paciente?

(A) Hidratação e antibioticoterapia.
(B) Enema baritado.
(C) Laparotomia e colostomia em alça.
(D) Sigmoideoscopia descompressiva.
(E) Cirurgia de Hartmann.

30

Durante o exame de colonoscopia, é frequente a presença de pólipos. Dentre os seguintes tipos de pólipos, qual está associado ao maior risco de transformação maligna?

(A) Adenoma Tubular.
(B) Adenoma Viloso.
(C) Pseudopólipo.
(D) Adenoma tubuloviloso.
(E) Lesão plana.

31

A terceira causa de mortalidade nos EUA é o adenocarcinoma de cólon e reto, e o seu rastreio é a principal forma de combate. Em relação à essa prevenção, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

( ) A maioria dos pacientes é de risco mediano para o desenvolvimento do CCR, ou seja, não tem histórico pessoal ou familiar de CCR ou de pólipos e nenhuma doença predisponente.
( ) Pacientes portadores de síndromes hereditárias ou aqueles com doença inflamatória intestinal devem seguir o mesmo protocolo de rastreamento dos pacientes com risco mediano.
( ) A pesquisa de sangue oculto (PSO) unicamente não é um teste adequado para detecção pólipos ou adenocarcinomas em qualquer grupo de risco.
( ) A retossigmoidoscopia flexível associada com a pesquisa de sangue oculto é um exame adequado para pacientes com história familiar.

(A) V – V – V – F.
(B) V – F – V – F.
(C) F – F – V – V.
(D) V – V – F – V.
(E) V – F – V – V.

32

Conforme a classificação de Hinchey para diverticulite aguda complicada, o estágio III refere-se

(A) à peritonite fecal generalizada.
(B) à peritonite generalizada purulenta.
(C) a abscesso pericólico ou mesentérico.
(D) a abscesso pélvico bloqueado.
(E) à perfuração sem abscesso.

33

Paciente de 75 anos apresenta quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, com início há 72h dias, associado à febre 38,1 graus. Ao exame fisico, apresenta sinal de Murphy e dor à palpação de todo abdome. Foram realizados exames laboratoriais, os quais evidenciaram: leucograma 19.000 leucócitos com 8% de bastões, creatinina 1,5mg/dL. Tomografia de abdome: vesícula biliar com paredes espessadas, ausência de coleções intra-abdominais. Com base no quadro clínico descrito, assinale a alternativa que classifica o paciente e oferece a melhor conduta para ele.

(A) Tokyo I – Hidratação, analgesia e colecistectomia eletiva após 8 semanas.
(B) Tokyo III – Antibioticoterapia e internação em unidade intensiva.
(C) Tokyo I – Colecistectomia laparoscópica.
(D) Tokyo II – Colecistostomia percutânea.
(E) Tokyo II – Colecistectomia laparoscópica e antibioticoterapia.

34

Criança de 3 anos chega ao pronto atendimento vítima de atropelamento. Após abordagem inicial, nota-se que a criança encontra-se hipotensa. Após falha de acesso venoso periférico, qual é o próximo passo para manutenção de via para infusão de cristaloides e hemocomponentes é

(A) Cateterizar a veia femoral.
(B) Cateterizar a veia jugular externa.
(C) Cateter intraósseo.
(D) Cateterizar a veia occipital.
(E) Cateterizar a veia cefálica.

35

Paciente, 35 anos, trabalhador braçal, sem comorbidades, vai ao pronto-socorro com queixa de dor intensa em região inguinal direita há 2 horas. Ao exame físico, apresenta hérnia inguinal direita não redutível. Perante esse quadro, qual é a melhor conduta?

(A) Tomografia computadorizada de abdome.
(B) Laparotomia mediana.
(C) Analgesia e encaminhamento ao ambulatório para hernioplastia eletiva.
(D) Herniorrafia de emergência.
(E) Internação em UTI e exame físico seriado.

36

Homem, 25 anos, segundo dia de pós-operatório de apendicectomia aberta, com dor no local da ferida operatória, enfisema subcutâneo e edema. Leucograma: 14.000 leucócitos bast. 4%. Assinale a alternativa que apresenta os patógenos que são os prováveis causadores dessa complicação.

(A) Enterobactérias e anaeróbios.
(B) Espécies de fungos e anaeróbios.
(C) Bacilos gram-negativos e enterobactérias.
(D) Cocos gram-positivos e espécies de cândidas.
(E) Estreptococos B-hemolíticos ou espécies de clostridianas.

37

Na investigação de fístula de anastomoses gastrointestinais na gastrectomia com reconstrução em Y de roux, frequentemente, usa-se o teste de azul de metileno. Sobre esse teste, assinale a alternativa correta.

(A) O uso endovenoso do azul de metileno é mais seguro e mais eficaz que o uso oral do corante.
(B) No caso de anastomoses colorretais, o teste é mais sensível e específico em detrimento a anastomoses gastroenterais.
(C) O teste de azul de metileno não pode ser usado no intraoperatório devido ao risco de contaminação.
(D) O dreno abdominal pode corar-se de azul na presença de fístula gastroenteral.
(E) O teste de azul de metileno pode ser usado na ausência de dreno abdominal.

38

Um paciente de 85 anos, cardiopata, chega ao hospital com dor abdominal intensa, de início há 3 horas, associada a náuseas intermitentes. O exame físico abdominal revela dor leve à palpação, diminuição de ruídos e distensão, sem irritação peritoneal. Considerando o quadro do paciente, assinale a alternativa correta.

(A) Coronariopatas, e pacientes com doença aterosclerótica sistêmica estão menos propensos à embolia arterial mesentérica.
(B) Na fase inicial da isquemia mesentérica aguda, a camada mais afetada da parede intestinal é a camada serosa.
(C) Caso seja realizada a laparotomia e evidenciada necrose de intestino delgado, o ramo arterial para o segmento afetado deve ser controlado e uma embolectomia segmentar deve ser realizada imediatamente.
(D) Com a evolução acerca do diagnóstico desses pacientes, a taxa de mortalidade e as complicações tardias, como a síndrome do intestino curto, diminuíram drasticamente nos últimos anos.
(E) A angiotomografia é o exame de escolha na suspeita de isquemia mesentérica aguda.

39

Paciente masculino de 44 anos, com histórico de colelitíase, vai ao pronto atendimento devido à dor abdominal intensa, em faixa, com irradiação para dorso, associada a náuseas e vomitos. Após investigação inicial, o paciente apresenta hiperamilasemia, sugerindo diagnóstico de pancreatite. Qual é a melhor conduta perante o caso?

(A) Jejum, hidratação e antibioticoterapia.
(B) Jejum, hidratação e programação ambulatorial de colecistectomia.
(C) Dieta geral e colecistectomia em 24h.
(D) Jejum, hidratação e colecistectomia com colangiografia intraoperatória na mesma internação.
(E) Jejum, hidratação e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica de urgência em até 24h.

40

A esplenectomia, como a maioria das cirurgias, não está isenta de complicações. Em relação às complicações pós-esplenectomia, é correto afirmar que

(A) a ligadura conjunta dos vasos esplênicos diminui o risco de fístula arteriovenosa.
(B) a fístula pancreática por secção inadvertida da cauda pancreática é comum e necessita de tratamento cirúrgico na maior parte dos casos, com identificação e ligadura do ducto de Wirsung distal.
(C) o aparecimento de leucocitose pós-esplenectomia no pós-operatório imediato sempre é preocupante e antibióticos de largo espectro devem ser iniciados de forma precoce, mesmo sem evidência clínica de processo infeccioso.
(D) o aparecimento de trombocitose aumenta o risco de complicações tromboembólicas e o paciente deve ser anticoagulado com Warfarin antes da alta hospitalar.
(E) existe risco de sepse fulminante por bactérias encapsuladas e o paciente deve ser vacinado contra pneumococo, meningococo e haemophilus influenza.

41

Assinale a alternativa que apresenta corretamente as principais vacinas recomendadas para imunização de pacientes submetidos à esplenectomia.

(A) H. influenzae tipo B, meningocócica e pneumocócica.
(B) Tríplice bacteriana, tríplice viral e Influenza.
(C) Hepatite B, meningocócica e pneumocócica.
(D) H. influenzae tipo A, meningocócica e pneumocócica.
(E) Tríplice viral, meningocócica e pneumocócica.

42

Um paciente com quadro de pancreatite biliar aguda é admitido no pronto atendimento. Qual das seguintes alternativas NÃO apresenta critérios que, juntos, classificariam o paciente em quadro de pancreatite grave?

(A) Paciente com 80 anos, glicose = 250mg/dL e lactato desidrogenase = 450UI/L.
(B) Paciente com 72 anos, cálcio sérico = 7,2mg/dL e déficit de base = 6mEq/L após 48h de admissão.
(C) Paciente com 75 anos, aspartato aminotransferase = 260UI/L e lactato desidrogenase = 320UI/L.
(D) Paciente com 81 anos, glicose = 320mg/dL, redução do hematócrito de 12% e cálcio sérico = 7,5mg/dL após 48h de admissão.
(E) Paciente com aspartato aminotransferase = 280UI/L, glicose = 230mg/dL e cálcio sérico = 7mg/dL após 48h de admissão.

43

Um paciente de 50 anos com diagnóstico de colelitíase e coledocolitíase foi submetido à Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) com esfincterotomia e retirada de 2 cálculos da via biliar. Com base no exposto, assinale a alternativa correta.

(A) O paciente pode ser considerado tratado, com baixo risco de recorrência de patologias da via biliar.
(B) O paciente deve ser submetido, em breve, a uma colecistectomia eletiva, pois quase 50% dos pacientes têm recorrência dos sintomas de doença do trato biliar.
(C) O paciente deve fazer uma nova CPRE de controle, em breve, para confirmar o tratamento da patologia e excluir que há um novo cálculo na via biliar.
(D) O paciente deverá realizar uma colangioressonância para avaliar melhor a via biliar, agora que já foi submetido a um tratamento para retirá-lo de uma situação de urgência.
(E) O paciente deve ser submetido, a seguir, a uma colecistectomia eletiva com coledocotomia para melhor avaliação da via biliar.

44

Durante uma fundoplicatura gástrica à Nissen, quais vasos podem ser ligados para uma melhor mobilização do fundo gástrico durante o procedimento?

(A) Artéria e veia gástrica esquerda.
(B) Artéria e veia gástrica direita.
(C) Vasos gástricos curtos.
(D) Vasos gastroepiploicos.
(E) Ramos esofágicos da artéria gástrica esquerda.

45

Uma mulher de 77 anos será submetida a uma cirurgia da pelve por câncer. Para profilaxia de Trombose Venosa Profunda (TVP), qual é a melhor recomendação para essa paciente?

(A) Iniciar profilaxia de TVP com enoxaparina 40mg SC de 12-24h após a cirurgia e manter por 24 horas.
(B) Iniciar profilaxia para TVP com xarelto 15mg via oral de 12 /12h após a cirurgia e manter por 48h.
(C) Orientar sobre a recomendação de deambulação precoce e, caso isso seja seguido, será suficiente para profilaxia de TVP para essa paciente.
(D) Iniciar profilaxia de TVP com enoxaparina 40mg SC de 12-24h após a cirurgia e manter por pelo menos 7-10 dias após o procedimento.
(E) Iniciar profilaxia de TVP com uso de meia elástica no pós-operatório imediato e orientação de deambulação precoce serão suficientes para profilaxia nesse caso.

46

Sobre os tumores carcinoides, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Os carcinoides do intestino delgado surgem das células enterocromafins (células de Kulchitsky) encontradas nas criptas de Lieberkühn.
(B) A maioria (aproximadamente 75%) dos carcinoides gastrointestinais é maior que 1 cm de diâmetro e aproximadamente 2% destes estão associados a metástases.
(C) A síndrome carcinoide maligna, que inclui manifestações vasomotoras, cardíacas e gastrointestinais, está mais associada a tumores carcinoides do trato gastrointestinal, particularmente do intestino delgado.
(D) Os fatores humorais considerados contribuintes para a síndrome carcinoide incluem a serotonina, o 5-hidroxitriptofano, a histamina, a dopamina, a calicreína, a substância P, a prostaglandina e o neuropeptídeo K.
(E) Um marcador útil para identificação de tumores carcinoides é a concentração plasmática de cromogranina A, que está elevada em mais de 80% dos pacientes com essa patologia.

47

Uma paciente do sexo feminino apresenta uma herniação em região lateral direita, inferiormente ao ligamento inguinal. Quais são o provável tipo de hérnia dessa paciente e a técnica mais tradicionalmente empregada para correção dessa hérnia?

(A) Hérnia inguinal direta – técnica de Bassini – sutura dos arcos musculoaponeuróticos do transverso abdominal e oblíquo interno ou tendão conjunto ao ligamento inguinal.
(B) Hérnia femoral – técnica de Shouldice – sutura da margem da aponeurose do oblíquo do abdome ao transverso do abdome.
(C) Hérnia inguinal indireta – técnica de Lichtenstein – instalação e sutura de tela inabsorvível ao ligamento inguinal.
(D) Hérnia femoral – técnica de Mc Vay – sutura da margem da aponeurose do transverso do abdome ao ligamento de Cooper.
(E) Hérnia inguinal direita – técnica de Mc Vay – sutura da margem da aponeurose do oblíquo do abdome ao ligamento de Cooper.

48

Após uma colisão auto X moto, uma paciente de 28 anos encontra-se deitada no local do evento e a equipe de atendimento relata que ela possui abertura ocular apenas ao estímulo álgico, resposta verbal ausente e resposta motora com retirada ao estímulo de dor. Qual é a pontuação na escala de coma Glasgow dessa paciente e qual é a melhor conduta a ser tomada?

(A) 9 / ventilação com cânula Guedel.
(B) 10 / intubação orotraqueal.
(C) 7 / intubação orotraqueal.
(D) 8 / intubação nasotraqueal.
(E) 11 / ventilação com máscara laríngea.

49

Assinale a alternativa que corresponde ao nome dado para a ruptura esofágica ocorrida após episódios de êmese.

(A) Síndrome de Dieulafoy.
(B) Síndrome de Boerhaave.
(C) Síndrome de Mallory-Weiss.
(D) Síndrome de Gilbert.
(E) Síndrome de Ogilve.

50

Um paciente de 25 anos sofreu um trauma contuso em abdome e foi examinado pelo médico do pronto atendimento, o qual detectou que o paciente apresenta o sinal de Kehr. Como provavelmente foi detectado esse sinal e qual é a provável alteração encontrada nesse paciente?

(A) Dor ou pressão no epigástrio ou no tórax anterior com persistente pressão firme aplicada em fossa ilíaca direita / ruptura de víscera abdominal.
(B) Massa da parede abdominal que não cruza na linha média e permanece palpável quando contraído o reto / hemoperitônio.
(C) Pulso aumentado quando o abdome dolorido é palpado / ruptura de víscera abdominal.
(D) Dor após elevação e extensão da perna contra resistência / hemoperitônio
(E) Dor no ombro esquerdo após pressão realizada no abdome superior esquerdo com o paciente em decúbito dorsal / hemoperitônio.

51

Um paciente é admitido no início da manhã no pronto atendimento com hematêmese importante e hipotensão associada à taquicardia. É realizada ressuscitação volêmica, com melhora parcial dos parâmetros hemodinâmicos. Só haverá endoscopista na escala do hospital no dia seguinte, à tarde. Qual é a melhor atitude diante dessa situação?

(A) Solicitar exames laboratoriais, avaliar a necessidade de transfusão sanguínea e aguardar a estabilidade para realizar Endoscopia Digestiva Alta (EDA) no dia seguinte.
(B) Realizar lavagem gástrica com soro fisiológico após passagem de sonda nasogástrica e aguardar o dia seguinte, após chegada do médico endoscopista, para solicitar EDA para o paciente.
(C) Tentar estabilizar o paciente com aumento da hidratação, solicitação de exames laboratoriais e de concentrado de hemácias para hemotransfusão. Aguardar para realizar EDA após 24 horas da admissão.
(D) Transfundir concentrados de hemácias, plaquetas e plasma e aguardar a chegada do médico endoscopista no dia seguinte para solicitar EDA.
(E) Solicitar exames laboratoriais, avaliar a necessidade de transfusão sanguínea e solicitar EDA de urgência ao endoscopista de sobreaviso, diante da instabilidade mantida do paciente.

52

Um homem de 72 anos apresenta queixa de obstrução na garganta, tosse, salivação excessiva e disfagia, além de regurgitação de odor fétido. Qual é o provável diagnóstico desse paciente e qual é a característica dessa patologia?

(A) Divertículo de Zenker – herniação entre as fibras do músculo tireofaríngeo e cricofaríngeo.
(B) Doença do refluxo gastroesofágico – refluxo de líquido alcalino na região do esôfago médio e proximal.
(C) Divertículo de Meckel – herniação entre as fibras da camada muscular própria esofágica e músculo cricofaríngeo.
(D) Divertículo de Zenker – herniação entre as fibras do músculo cricotireóideo e crico-aritenóideo.
(E) Doença do refluxo gastroesofágico – refluxo de líquido ácido na região do esôfago médio e proximal.

53

Um homem de 82 anos, com Alzheimer, é admitido no pronto atendimento, acompanhado pela filha, com dor abdominal, principalmente em fossa ilíaca esquerda, há 2 dias. Foi encaminhado imediatamente ao centro cirúrgico e submetido à laparotomia exploratória, mostrando intenso processo inflamatório em transição retossigmóidea (provável diverticulite) com perfuração intestinal nessa região. Após a cirurgia, a acompanhante percebe que o paciente está colostomizado e questiona, com surpresa e revolta, sobre o procedimento. Qual conduta teria sido a mais correta nessa situação e qual foi a provável cirurgia realizada?

(A) Orientar o paciente e acompanhantes sobre a indicação cirúrgica e que será feito o que for necessário ao paciente, sem grandes detalhamentos, já que será definido o tipo de cirurgia durante o intraoperatório – retossigmoidectomia com anastomose primária e colostomia protetora
(B) Orientar rapidamente o paciente e acompanhante que será necessária cirurgia de urgência e que será conversado posteriormente com eles sobre o que foi realizado durante a cirurgia – retossigmoidectomia a Hartmann
(C) Orientar o paciente, logo que for indicada a cirurgia, sobre a conduta e conversar também com ele, após a cirurgia, sobre o procedimento realizado, mantendo o sigilo médico – retossigmoidectomia do segmento perfurado.
(D) Orientar o paciente e acompanhantes sobre a indicação cirúrgica, sobre os principais riscos e as possibilidades da cirurgia, incluindo ostomias, com termo de consentimento assinado, e conversar, após a cirurgia, com os acompanhantes sobre o procedimento realizado e estado do paciente – retossigmoidectomia a Hartmann.
(E) Orientar o paciente sobre a indicação da cirurgia e seus principais riscos e, após a cirurgia, orientar os acompanhantes sobre os detalhes do procedimento que foi realizado, as complicações e os cuidados que serão necessários – retossigmoidectomia com colostomia protetora.

54

Uma paciente de 16 anos com transtornos mentais deglutiu uma agulha de costura há 1 dia. Chega ao pronto atendimento, sem queixas, levada pela mãe, desesperada, referindo que não quer que a filha seja submetida à cirurgia. Foi realizada uma radiografia de abdome e o corpo estranho foi identificado na topografia de intestino delgado. Qual é a melhor conduta a ser tomada diante desse caso?

(A) Acompanhar o corpo estranho (agulha) com radiografia seriada e não indicar cirurgia, atendendo ao desejo da mãe da paciente.
(B) Indicar laparotomia exploradora com enterotomia e orientar a mãe que, apesar do seu desejo, a paciente deve ser submetida à cirurgia devido ao risco de complicações que podem ser geradas no tratamento não operatório.
(C) Observar a paciente e orientar a mãe que, independente do seu desejo, será realizado o que for melhor para paciente. No caso, está indicada cirurgia para retirada do corpo estranho após passagem da agulha pela válvula ileocecal.
(D) Acompanhar o corpo estranho (agulha) com radiografia seriada e orientar a mãe que pode ser necessária cirurgia, que deve ser realizada caso a paciente esteja em risco iminente de complicações, independente do desejo da mãe, que deve ser orientada para melhor compreensão do caso.
(E) Indicar endoscopia digestiva alta como alternativa para a indicação de cirurgia para a retirada do corpo estranho, tendo em vista o desejo da mãe.

55

Sobre o câncer de pulmão, é correto afirmar que

(A) o adenocarcinoma é o tipo histológico menos frequente, responsável por 10% de todos os cânceres pulmonares.
(B) a maioria dos adenocarcinomas está localizada perifericamente e tende a apresentar metástase mais precocemente do que o carcinoma de células escamosas.
(C) o carcinoma de células escamosas ocorre em aproximadamente 70% dos pacientes com câncer pulmonar e a maioria está localizada perifericamente.
(D) o câncer de pequenas células representa cerca de 50% dos cânceres pulmonares e a maioria está localizada perifericamente.
(E) o câncer de pequenas células é frequentemente localizado, indolente e com boa resposta à radioterapia.

56

Um paciente que sofreu um acidente automobilístico chega ao pronto atendimento com frequência cardíaca de 125, pressão arterial reduzida e confuso. Quais são a provável estimativa de perda sanguínea desse paciente e o melhor tipo de tratamento?

(A) 15-30% / cristaloides.
(B) 0-15% / cristaloides e sangue.
(C) >40% / cristaloides e coloides.
(D) 30-40% / cristaloides e sangue.
(E) 15-30% / cristaloides e sangue.

57

Uma mulher de pele clara de 52 anos apresenta uma lesão enegrecida de aproximadamente 1,5cm em região de antebraço, com contorno irregular, com crescimento rápido e progressivo. Qual é a melhor maneira de se realizar a biópsia dessa lesão e quais serão os fatores de pior prognóstico que podem ser encontrados no anatomopatológico, caso se confirme a hipótese de melanoma, para orientar a paciente?

(A) Realizar biópsia excisional da lesão, de maneira que a cicatriz fique longitudinal ao antebraço, permitindo melhor ampliação se necessário. Prognóstico pior quanto maior a espessura (Breslow) da lesão e presença de ulceração.
(B) Realizar biópsia incisional da lesão, de maneira que a cicatriz fique transversa ao antebraço, seguindo as linhas de Langerhans. Prognóstico pior quanto maior a extensão da lesão e maior número de mitoses.
(C) Realizar ressecção da lesão com margens de 8mm, de maneira que a cicatriz fique transversa ao antebraço, seguindo as linhas de Langerhans. Prognóstico pior quanto maior a profundidade (nivel de Clark) da lesão e presença de ulceração.
(D) Realizar biópsia incisional da lesão, de maneira que a cicatriz fique longitudinal ao antebraço, permitindo posterior ressecção e ampliação. Prognóstico pior quanto maior espessura (Breslow) da lesão e presença de ulceração.
(E) Realizar biópsia excisional da lesão, de maneira que a cicatriz fique longitudinal ao antebraço. Prognóstico pior quanto maior a extensão da lesão e presença de ulceração.

58

Após uma gastrectomia parcial com reconstrução tipo Billroth II, uma paciente apresenta náuseas, dor abdominal em cólicas, diarreia explosiva, palpitações, diaforese e taquicardia logo após a alimentação. Qual é a provável causa desses sintomas e qual deve ser a orientação para a paciente?

(A) Síndrome de dumping tardio / ingerir os alimentos de forma mais lenta e evitar alimentos com grande quantidade de proteínas e gordura.
(B) Síndrome da alça aferente / conversão cirúrgica da anastomose para Billroth I.
(C) Síndrome da alça eferente / intervenção cirúrgica com redução da hérnia retroanastomótica.
(D) Síndrome da gastrite alcalina / evitar alimentos alcalinos e usar inibidores da bomba de prótons.
(E) Síndrome de dumping precoce / evitar alimentos com grande quantidade de açúcar, ingestão de pequenas refeições ricas em proteínas e gordura.

59

Assinale a alternativa que corresponde a complicações que mais comumente podem estar relacionadas à tireoidectomia total

(A) Hipercalcemia e hipertireoidismo.
(B) Hipotireoidismo e hiperparatireoidismo.
(C) Hipocalcemia e rouquidão.
(D) Hiperparatireoidismo e dispneia.
(E) Hipocalcemia e hiperparatireoidismo.

60

Um paciente de 85 anos, em uso de quetiapina e clorpromazina, apresenta distensão abdominal súbita não associada à dor. Realizou um exame contrastado do intestino (enema opaco) que evidenciou passagem do contraste por todo o intestino, sem interrupções. Quais são o provável quadro clínico desse paciente e o tratamento inicial a ser realizado?

(A) Síndrome de Murphy / Descompressão colonoscópica.
(B) Síndrome de Ogilvie / sonda nasogástrica, correção hidroeletrolítica e interromper medicações neurolépticas.
(C) Obstrução intestinal aguda / sonda nasogástrica, correção hidroeletrolítica e laparotomia exploradora se não houver melhora.
(D) Síndrome de Boerhaave / laparotomia exploradora para avaliação e ressecção intestinal do segmento afetado.
(E) Volvo intestinal / descompressão colonoscópica.

61

Paciente dá entrada no pronto-socorro com dor muito intensa graduada em 9/10 e contínua no hipocôndrio direito, com início há 8 horas. Refere náuseas e vômitos associados. No exame físico, paciente se encontra febril, sinal de Murphy positivo e, ao exame laboratorial, vê-se leucocitose. Sem ter muita certeza do diagnóstico, você quer pedir mais exames. Qual é o exame padrão-ouro para pedir nesse caso?

(A) Tomografia Computadorizada.
(B) Radiografia.
(C) Ressonância Magnética.
(D) Colecintilografia com DISIDA.
(E) Colonoscopia.

62

Para se fazer o diagnóstico de apendicite aguda, há diversas manobras que auxiliam no exame físico. A respeito desse assunto, analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta as corretas.

I. A manobra do obturador consiste na rotação interna do quadril direito flexionado e, quando positivo, paciente refere dor a essa movimentação.
II. Quando o paciente refere dor em fossa ilíaca direita causada pela suave tração do testículo esquerdo, esse sinal é chamado sinal de Ten Horn positivo.
III. No sinal de Dunphy, o paciente refere dor à percussão do ponto de McBurney ou refere dor ao tossir.
IV. O sinal de Aaron consiste na dor ou na pressão em hipogástrio ao aplicar pressão persistente no ponto de McBurney ou fossa ilíaca direita.

(A) Apenas I, II e IV.
(B) Apenas II e III.
(C) Apenas II e IV.
(D) Apenas I e III.
(E) I, II, III e IV.

63

Paciente masculino, 49 anos, queixa-se de dor abdominal em hipocôndrio direito há 5 dias, associada a episódios de náuseas e vômitos. Ao exame físico, apresenta-se em mal estado geral, com rebaixamento do nível de consciência, ictérico 3+/4+, Tax = 38,5°C, FC = 132bpm, SaO2 em aa = 94%, tempo de enchimento capilar > 2 segundos, PA = 75x40 mmHg. Abdome plano, doloroso em hipocôndrio direito e sem visceromegalias. Exames laboratoriais: Hb: 13,0 g/dL; leucócitos: 15.000/mm³; creatinina sérica: 3,1 mg/dL; bilirrubinas totais: 6,7 mg/dL; AST 150 U/L; ALT: 101 U/L; Gama-GT 980 U/L; FAL: 748 U/L; amilase: 80 U/L. Diante desse quadro, o diagnóstico mais provável, sua apresentação clínica e a conduta adequada são, respectivamente:

(A) colangite; síndrome colestática; colecistectomia videolaparoscópica de urgência.
(B) colangite; pêntade de Reynolds; estabilização hemodinâmica e colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
(C) coledocolitíase; tríade de Charcot; reposição volêmica e colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
(D) pancreatite; choque séptico; antibioticoterapia e hidratação e laparotomia exploradora.
(E) pancreatite; pêntade de Reynolds; estabilização hemodinâmica e antibioticoterapia.

64

Paciente masculino, 54 anos, atendido na emergência por parada de eliminação de fezes há 4 dias, associada a vômitos biliosos e náuseas. Foi realizado Raio-X com o seguinte resultado: sem pneumoperitônio, com achados de sinal de empilhamento de moeda. Ao exame físico, constatam-se: abdome plano, timpânico, indolor à palpação, sem visceromegalias ou sinais de irritação peritoneal. Cirurgias prévias: laparotomia exploradora, devido à apendicectomia complicada, há 10 anos. Os prováveis diagnósticos sindrômicos e etiológico e a conduta desse paciente são, respectivamente:

(A) abdome agudo inflamatório; diverticulite aguda; tratamento clínico com sonda gástrica, jejum e antibioticoterapia.
(B) abdome agudo vascular; embolia artéria mesentérica superior; suporte hemodinâmico e anticoagulação
(C) abdome agudo obstrutivo; isquemia oclusiva da artéria mesentérica; laparotomia exploradora.
(D) obstrução intestinal baixa; neoplasia de cólon; tratamento clínico inicial com sonda nasogástrica e antibioticoterapia.
(E) obstrução intestinal alta; bridas e aderências; tratamento clínico inicial com sonda nasogástrica e jejum nos primeiros dias.

65

Paciente feminina, 24 anos, chegou ao pronto-socorro com queixa de dor abdominal aguda, iniciada há cerca de 7 horas, com piora progressiva, inicialmente difusa e posteriormente localizada na região suprapúbica discretamente lateralizada para a direita e associada a náuseas. Refere que a última menstruação ocorreu há cerca de 23 dias. Ao exame, encontrava-se em regular estado geral, consciente, orientada, hidratada, temperatura axilar de 36.9°C, FC= 120bpm, FR=23irpm, PA: 85x60mmHg, ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular em 2 tempos com bulhas sem sopros e ausculta respiratória com murmúrio vesicular fisiológico. Abdome plano, doloroso à palpação no andar inferior direito e com dor à descompressão brusca nessa região.

Diante de quadro clínico, quais são os prováveis diagnóstico sindrômico e nosológico e os exames solicitados?

(A) Abdome agudo inflamatório; gravidez ectópica rota; B-HCG, ultrassonografia de abdome e hemograma completo.
(B) Abdome agudo hemorrágico; torção de cisto de ovário; B-HCG, ultrassonografia de abdome e hemograma completo.
(C) Abdome agudo hemorrágico; gravidez ectópica rota; B-HCG, ultrassonografia de abdome e hemograma completo.
(D) Abdome agudo inflamatório; apendicite; tomografia computadorizada e hemograma completo.
(E) Abdome agudo inflamatório; diverticulite; ultrassonografia de abdome e hemograma completo.

66

Paciente masculino, 63 anos, apresenta episódio de dor abdominal súbita, ‘’em barra’’, em andar superior do abdome, com irradiação para o dorso. Ao exame físico, o paciente se apresenta em regular estado geral, T = 37,9°C, FC = 122bpm, pulso fino e hipotensão. Durante a admissão, foram realizados exames laboratoriais: Hb: 13,0 g/dL; leucócitos: 16.000/mm³; creatinina sérica: 3,1 mg/dL; bilirrubinas totais: 6,7 mg/dL; AST 350 U/L; ALT: 101 U/L; Gama-GT 980 U/L; FAL: 748 U/L; Amilase: 80 U/L; LDH: 370 U/L; Glicemia: 221mg/dL. De acordo com os critérios de Ranson para pancreatite aguda, a taxa de mortalidade do paciente se classifica em

(A) 2% - 0 a 2 critérios.
(B) 15% - 3 a 4 critérios.
(C) 40% - 5 a 6 critérios.
(D) 70% - 7 a 8 critérios.
(E) 90 a 100% - 9 ou mais critérios.

67

Relacione as colunas, de acordo com os critérios de Balthazar e os achados tomográficos presentes na pancreatite aguda, e assinale a alternativa com a sequência correta.

1. Edema Pancreático.
2. Coleção líquida única.
3. Inflamação peripancreática.
4. Pâncreas normal.
5. Presença de gás.

( ) Balthazar Grau A.
( ) Balthazar Grau B.
( ) Balthazar Grau C.
( ) Balthazar Grau D.
( ) Balthazar Grau E.

(A) 1 – 3 – 4 – 2 – 5.
(B) 2 – 1 – 3 – 5 – 4.
(C) 3 – 4 – 2 – 5 – 1.
(D) 4 – 1 – 3 – 2 – 5.
(E) 4 – 3 – 2 – 1 – 5.

68

Paciente masculino, 27 anos, encontra-se em primeiro dia pós-operatório de apendicectomia por apendicite aguda perfurada, sonolento e hipoativo há 2 horas. Acompanhante relata que, antes disso, apresentou 3 episódios de vômitos, de conteúdo bilioso, em grande quantidade. Desde o momento da cirurgia, encontra-se em jejum e ainda não evacuou, mas está eliminando flatos. Exame físico: REG, hipoativo, descorado 3+/4+, anictérico. T = 37,5 ºC, FC = 107 bpm, FR = 16 irpm, PA = 100 x 70 mmHg. Abdome: ruídos hidroaéreos presentes propulsivos, com dor à palpação profunda em região próxima à ferida cirúrgica, sem reação peritoneal. Quais são o diagnóstico mais provável e a conduta adequada?

(A) Infecção da ferida operatória; antibioticoterapia e limpeza da ferida.
(B) Obstrução intestinal; conduta expectante e vigilância hemodinâmica.
(C) Abscesso intracavitário; antibioticoterapia e hidratação venosa.
(D) Abdome agudo hemorrágico; reabordagem cirúrgica por videolaparoscopia.
(E) Abdome agudo vascular; vigilância hemodinâmica e hidratação venosa.

69

Considerando a anatomia da cavidade abdominal, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A artéria torácica interna possui os seguintes ramos: artéria epigástrica superior e artéria musculofrênica.
(B) Os nervos ílio-hipogástrico e ilioinguinal fazem parte da inervação da cavidade abdominal.
(C) A artéria hepática comum cursa entre a cabeça do pâncreas e a borda inferior do fígado para o ligamento hepatoduodenal.
(D) A aorta abdominal começa no hiato aórtico do diafragma no plano da vértebra L2.
(E) Um ramo da artéria subclávia é a artéria torácica interna.

70

A veia porta do fígado é a maior veia do corpo humano, com diâmetro médio de 10,2 mm. Essa veia é formada pelas veias:

(A) cava inferior e esplênica.
(B) esplênica e mesentérica superior.
(C) cava inferior e gástrica esquerda.
(D) mesentérica inferior e esplênica.
(E) gástrica esquerda e mesentérica inferior.

71

Paciente, 55 anos, 80 kg, 165 cm, com diagnóstico de discrasia sanguínea, precisa de punção de acesso venoso central. Considerando os locais de inserção do acesso venoso central, qual local geralmente é evitado para realizar a punção nesse paciente?

(A) Veia subclávia.
(B) Veia jugular interna.
(C) Veia antecubital.
(D) Veia jugular externa.
(E) Veia femoral.

72

Durante a realização de colectomia direita por vídeo com princípios oncológicos, qual dos seguintes vasos deve ser seccionado?

(A) Artéria ileocólica.
(B) Artérias sigmoideanas.
(C) Artéria retal superior.
(D) Artéria gástrica esquerda.
(E) Artéria esplênica.

73

O quadro de apendicite aguda, na maioria dos casos, tem como característica inicial a obstrução intraluminal. Essa obstrução é causada mais frequentemente por

(A) retocolite ulcerativa.
(B) parasitose.
(C) fecálito.
(D) doença de Crohn.
(E) corpo estranho.

74

Paciente masculino, 72 anos, chega ao serviço de emergência com dor abdominal intensa de início súbito há cerca de 5 horas, associada a náuseas, vômitos, sudorese e taquicardia. Apresentou piora da dor com alimentação ou uso de álcool e em decúbito dorsal. Exames laboratoriais: Hb 4,3 g/dL; leucócitos 17.000/mL; bastões: 4%; plaquetas: 245.000/mL; Lipase: 500 U/L; Amilase: 800 U/L; LDH: 290 U/L, TGO: 45 U/L; TGP: 50 U/L; Na: 134 mg/dL; K: 3,4 mmol/L; Ur: 55mg/dL; Cr: 1,0 mg/dL. Diante da possível hipótese diagnóstica desse paciente e levando em consideração a alta taxa de morbimortalidade, qual instrumento para avaliar a evolução do quadro clínico desse paciente deverá ser utilizado?

(A) Classificação de Forrest.
(B) Escore de Wells.
(C) Escore de Lee.
(D) Escore de CURB-65.
(E) Escore de Ranson.

75

A colecistite aguda é uma doença inflamatória/infecciosa decorrente da impactação de um cálculo no infundíbulo da vesícula biliar e apresenta-se como abdome agudo inflamatório. Ao exame físico, um sinal específico é detectado. Qual é esse sinal?

(A) Sinal de Giordano.
(B) Sinal de Blumberg.
(C) Sinal de Rovsing.
(D) Sinal de Murphy.
(E) Sinal de Brudzinski.

76

Um residente chega à enfermaria para fazer a evolução dos pacientes e, ao conversar com Sr. Guido, que foi submetido a uma laparotomia há 4 dias, percebe em seu exame físico que este está com parada de eliminação de flatos e fezes, distensão abdominal associada a náuseas e vômitos, RH diminuídos e baixa tolerância à dieta. O diagnóstico mais provável desse paciente é

(A) fecaloma.
(B) brida.
(C) íleo paralítico.
(D) hérnia inguinal.
(E) tumor de cólon.

77

Assinale a alternativa que apresenta uma artéria que é ramo do tronco celíaco.

(A) Artéria ilíaca direita.
(B) Artéria gástrica esquerda.
(C) Artéria pulmonar esquerda.
(D) Artéria subclávia esquerda.
(E) Artéria torácica interna.

78

Em quadros sugestivos de apendicite aguda, um achado que colabora o diagnóstico clínico é o sinal de Rovsing, que é positivo quando o paciente apresenta

(A) dor à palpação profunda no ponto de McBurney.
(B) dor à extensão do quadril direito.
(C) dor à descompressão brusca em fossa ilíaca direita.
(D) dor em fossa ilíaca direita à palpação de fossa ilíaca esquerda.
(E) dor à punho-percussão realizada na fossa lombar do paciente, na altura dos flancos.

79

O arco de Riolan deriva de qual artéria?

(A) Artéria mesentérica superior.
(B) Artéria sacral mediana.
(C) Artéria ilíaca comum.
(D) Artéria renal direita.
(E) Artéria gonadal.

80

A obstrução causada por volvo de sigmoide é uma obstrução em alça fechada, apresentando risco importante de perfuração, caso não tratada a tempo. Em um paciente com obstrução por volvo de sigmoide, apresentando sinais de peritonite e pneumoperitônio denotando perfuração, já com tentativa de resolução endoscópica, porém sem sucesso, qual é a melhor conduta?

(A) Inguinotomia.
(B) Lise de aderências.
(C) Colectomia total.
(D) Laparotomia exploradora e apenas drenagem da cavidade.
(E) Cirurgia de Hartmann.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

T3178004N

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA
EDITAL Nº 1/2021 - RESIDÊNCIA MÉDICA REDE EBSERH 2021/2022

PRM - ANO ADICIONAL - CIR GERAL R3 - ÁREA DE ATUAÇÃO - CIR DO TRAUMA E PRÉ-REQUISITO - CIR DE CABEÇA E PESCOÇO - CIR DO APARELHO DIGESTIVO - CIR ONCOLÓGICA - CIR PEDIÁTRICA - CIR PLÁSTICA - CIR TORÁCICA - CIR VASCULAR - COLOPROCTOLOGIA - UROLOGIA

NOME DO CANDIDATO

INSCRIÇÃO

Nível

SUPERIOR

PROVA

03

Lembre-se de marcar o número acima na folha de respostas!

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Fraudar ou tentar fraudar Concursos Públicos é Crime! Previsto no art. 311 - A do Código Penal

Sobre o material recebido pelo candidato

- ✓ Além deste Caderno de Questões, com **oitenta questões objetivas,** você receberá do fiscal de sala a Folha de Respostas.
- ✓ Confira seu nome, o número do seu documento e o número de sua inscrição em todos os documentos entregues pelo fiscal. Além disso, não se esqueça de conferir seu Caderno de Questões quanto a falhas de impressão e de numeração e se a profissão corresponde àquela para a qual você se inscreveu.
- ✓ O não cumprimento a qualquer uma das determinações constantes em Edital, no presente Caderno ou na Folha de Respostas incorrerá na eliminação do candidato.

Sobre o material a ser devolvido pelo candidato

- ✓ O único documento válido para avaliação é a Folha de Respostas.
- ✓ Na Folha de Respostas, preencha os campos destinados à assinatura e ao número de inscrição. As respostas às questões objetivas devem ser preenchidas da seguinte maneira: ●
- ✓ Na Folha de Respostas, só é permitido o uso de caneta esferográfica transparente de cor azul ou preta. Esse documento deve ser devolvido ao fiscal na saída, devidamente preenchido e assinado.

Sobre a duração do exame e a permanência na sala

- ✓ O prazo de realização do exame é de 4 horas, incluindo a marcação da Folha de Respostas.
- ✓ Após 60 (sessenta) minutos do início do exame, o candidato estará liberado para utilizar o sanitário ou deixar definitivamente o local de aplicação, não podendo, no entanto, levar o Caderno de Questões e nenhum tipo de anotação de suas respostas.
- ✓ O candidato poderá levar consigo o Caderno de Questões somente se aguardar em sala até o término do prazo de realização do exame estabelecido em edital.
- ✓ Os três últimos candidatos só poderão retirar-se da sala juntos, após assinatura do Termo de Fechamento do Envelope de Retorno.

Sobre a divulgação dos Cadernos de Questões e dos Gabaritos

- ✓ Os Cadernos de Questões e os Gabaritos Preliminares estarão disponíveis no site do **Enare** no endereço eletrônico **https://enare.ebserh.gov.br,** conforme previsto em Edital.

Cirurgia Geral

1

Sobre os cistos mesentéricos, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

( ) Os sintomas dependem do tamanho do cisto e, comumente, são dor abdominal, febre e vômitos.
( ) Ocorrem no mesentério do intestino delgado e do cólon.
( ) A enucleação do cisto é muito difícil na laparotomia, pois os vasos sanguíneos e a parede intestinal costumam estar aderidos ao cisto.
( ) Quando muito volumosos, pode ser feita a opção de drenagem interna para a cavidade peritoneal.
( ) O tratamento por aspiração é efetivo e apresenta baixa taxa de recorrência.

(A) F – V – V – V – F.
(B) V – V – F – V – F.
(C) V – F – V – F – V.
(D) F – V – V – V – V.
(E) V – V – V – F – F.

2

Paciente queixa-se de eructação e disfagia. Foi realizada investigação ambulatorial, com diagnóstico de hérnia hiatal por deslizamento. Qual é a melhor cirurgia a ser proposta para a paciente?

(A) Esofagomiotomia de Heller.
(B) Fundoplicatura de Nissen.
(C) Cirurgia de Serra-Doria.
(D) Cirurgia de Miles.
(E) Cirurgia de Lockhart-Mummery.

3

Paciente feminina de 35 anos, IMC 26, está em uso de inibidor de bomba de prótons há 10 anos, em dose plena. Apresenta queixa de regurgitações frequentes e perda de peso decorrente das queixas dispépticas. Leva à consulta endoscopia digestiva alta realizada há 3 meses, evidenciando: hernia hiatal de aproximadamente 8cm e esôfago distal com presença de erosões em 75% da sua circunferência. Qual é a melhor conduta perante o caso?

(A) Gastroplastia em Y de Roux.
(B) Fundoplicatura e hiatoplastia do tipo Nissen.
(C) Gastrectomia vertical tipo sleeve.
(D) Esofagomiotomia a Heller.
(E) Antrectomia e vagotomia seletiva.

4

Paciente de 45 anos, em segundo dia de pós-operatório de cirurgia bariátrica a Fobi-Capella, evolui com febre. Após investigação inicial, chega-se ao diagnóstico de atelectasia. Sobre essa complicação pós-operatória, é correto afirmar que

(A) a fisioterapia sob pressão positiva deve ser evitada pelo risco de ingestão de ar e ruptura das suturas gastrointestinais.
(B) a febre é comum no pós-operatório, não sendo necessária a investigação etiológica dessa febre.
(C) a fisioterapia respiratória só é mandatória em casos que necessitem de cuidados em UTI no pós-operatório.
(D) a fisioterapia sob pressão positiva não possui contraindicações, dada a técnica operatória utilizada.
(E) a antibioticoprofilaxia não está indicada na cirurgia bariátrica.

5

Paciente de 70 anos é admitido no hospital com quadro de dor abdominal em cólica há 7 dias, com parada de eliminação de flatos e fezes. Há 1 dia, tem piora importante da dor abdominal, contínua. Ao exame físico, apresenta abdome distendido, hipertimpânico, com sinais de peritonite. Foi realizada laparotomia de emergência, a qual evidenciou lesão estenosante em reto alto e perfuração de 2cm em ceco. Diante do caso, qual é a melhor conduta cirúrgica?

(A) Rafia cecal e colostomia em alça.
(B) Retossigmoidectomia com colostomia terminal.
(C) Colectomia direita, ileostomia e fístula mucosa.
(D) Colectomia direita e drenagem da cavidade.
(E) Colectomia total com ileostomia.

6

Uma das complicações dos tumores intra-abdominais é o sangramento. Dentre os tumores hepáticos, qual está mais associado a sangramento?

(A) Adenoma.
(B) Hemangioma.
(C) Colangiocarcinoma.
(D) Hiperplasia nodular focal.
(E) Metástases.

7

Em relação às fístulas anorretais, assinale a alternativa correta.

(A) A principal característica das fístulas anais é a febre.
(B) 15% das fístulas perianais são secundárias a um abscesso perianal.
(C) A regra de Goodsall não é aplicada às fístulas, somente a abscessos.
(D) Pequenas fístulas podem ser tratadas com cauterização química do seu orifício externo.
(E) Fístulas e abscessos anais tratam-se de estágios diferentes de uma mesma doença, a qual origina-se de uma glândula anal.

8

Paciente feminina, 75 anos, vai à consulta com queixa de nodulação endurecida em região umbilical, associada à astenia e emagrecimento de 15kg nos últimos 3 meses, com peso atual de 62kg. Após Tomografia de abdome, evidencia-se massa de 10cm em topografia gástrica. Em relação ao nódulo descrito anteriormente, é correto afirmar que

(A) se trata do “Nódulo da Irmã Maria José”, o qual está relacionado a carcinoma metastático intra-abdominal.
(B) é a principal manifestação do GIST gástrico.
(C) trata-se do nódulo de Cullen, característico de tumor de suprarrenais.
(D) é um achado de exame inespecífico, sem relação com a doença da paciente.
(E) pode ser considerado disseminação por contiguidade do tumor descrito.

9

Paciente de 70 anos chega ao pronto atendimento com queixa de dor abdominal em fossa ilíaca esquerda com 36 horas de evolução. Apresenta piora progressiva do quadro, negando febre e apresentando constipação intestinal (Última evacuação há 5 dias). Ao exame físico, apresenta dor à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, com pequena massa palpável nessa topografia, sem sinais de peritonite. É solicitada uma tomografia de abdome que apresenta como laudo espessamento da parede do cólon sigmoide e borramento da gordura pericólica, com coleção de 4x6cm em pelve. Com base nesse quadro clínico, assinale a alternativa que classifica a tomografia e oferece a melhor conduta inicial para esse paciente.

(A) Hichey I – Hidratação, antibioticoterapia e analgesia.
(B) Hichey II – Punção de coleção pélvica guiada por tomografia computadorizada.
(C) Hichey IV – Laparotomia exploradora.
(D) Hichey II – Cirurgia de Hartmann.
(E) Hichey III – Colonoscopia.

10

Durante o procedimento de colecistectomia laparoscópica, passos são seguidos a fim de evitar iatrogenia. Nesse ambiente, criou-se o conceito de visão crítica de segurança. Assinale a alternativa que apresenta esse conceito.

(A) É a visualização do leito hepático através do espaço entre o ducto cístico e a artéria cística e acima desta.
(B) Manutenção da pressão intra-abdominal durante o pneumoperitônio entre 20 e 22mmHG.
(C) Confecção de pneumoperitônio no ponto de Palmer.
(D) Cirurgia realizada com presença de 2 cirurgiões experientes.
(E) Dissecção de dueto colédoco e ducto hepático direito, a fim de evitar lesão biliar inadvertida.

11

Paciente de 45 anos, obeso, vai à consulta com queixa de prolapso hemorroidário às evacuações, com redução espontânea. Refere constipação crônica associada. Dentre as seguintes alternativas, qual é a melhor proposta terapêutica para esse paciente?

(A) Venotônicos e dieta laxativa.
(B) Promontofixação laparoscópica.
(C) Dieta laxativa e atividades físicas regulares.
(D) Gastrectomia vertical do tipo sleeve.
(E) Hemorroidectomia e dieta laxativa.

12

Paciente de 34 anos encontra-se no 6º dia pós-operatório de gastrectomia vertical e vai ao pronto-socorro com queixa de alteração no aspecto do dreno abdominal colocado na cirurgia. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, afebril, FC: 70 bpm, PA: 120x80 mmHg, sem dor abdominal, dreno turvo. Foi realizado teste do azul de metileno que corou o conteúdo do dreno. Qual é a conduta recomendada para o caso nesse momento?

(A) Indicar reoperação para limpeza de cavidade abdominal e rafia de fístula.
(B) Indicar ultrassonografia de abdome e reoperação para limpeza da cavidade abdominal e redrenagem.
(C) Indicar tomografia de abdome e, se não houver coleção intra-abdominal, solicitar avaliação endoscópica para colocação de prótese.
(D) Indicar reoperação para conversão em gastroplastia em Y de Roux.
(E) Indicar angiotomografia para embolização.

13

A polipose adenomatosa familiar é uma síndrome hereditária caracterizada pelo desenvolvimento de uma grande quantidade de pólipos no intestino grosso. As pessoas com a síndrome, geralmente, começam a desenvolver esses pólipos ainda na infância, aumentando para centenas ou milhares ao longo do tempo. Os adenomas podem ocorrer também em estômago, duodeno, jejuno e íleo. Em relação aos adenomas gastroduodenais na PAF, assinale a alternativa correta.

(A) Adenomas gástricos ocorrem em apenas 5% dos doentes, porém apresentam alto risco de malignização.
(B) A gravidade da polipose duodenal pode ser avaliada pelos critérios de Spigelman, que é baseado no número, no tamanho e na histopatologia dos pólipos.
(C) No duodeno, ocorrem em até 90% dos doentes, sendo mais frequentes na primeira e na segunda porção, apresentando baixo risco de malignização
(D) Adenomas de papila são raros e com baixos índices de malignidade, sendo indicada cirurgia quando causam obstrução ou pancreatite.
(E) Os adenomas de intestino delgado são de fácil diagnóstico na ultrassonografia abdominal.

14

Mulher, 55 anos, sem comorbidades, comparece ao ambulatório trazendo colonoscopia que evidenciou pólipo séssil em ceco, medindo 15mm, removido por mucosectomia por ocasião do exame. Anatomopatológico: foco de adenocarcinoma com invasão de submucosa (Sm3) em adenoma viloso, com margens livres. Qual é a melhor conduta perante o caso?

(A) Colonoscopia em 3 meses.
(B) Antígeno Carcinoembrionário (CEA) e tomografia de abdome a cada 6 meses.
(C) Quimioterapia adjuvante.
(D) Proctocolectomia total.
(E) Colectomia direita.

15

Mulher, 35 anos, primigesta de 28 semanas, deu entrada no pronto-socorro com dor em região abdominal, mais localizada em flanco/FID, e febre baixa. Após avaliação, foi estabelecido o diagnóstico de apendicite aguda. Em relação à apendicite aguda na gravidez, assinale a alternativa correta.

(A) A apendicite é a condição cirúrgica não obstétrica menos comum durante a gravidez.
(B) Taxas de perdas fetais de 3% a 5% são observadas com a apendicite aguda, sendo que essa taxa indifere com a apendicite perfurada infectada.
(C) A inserção da agulha de Veres ou trocarte deve ser feita sob visualização direta.
(D) A gravidez não é um fator de risco para a trombose venosa profunda e devem ser sempre usados dispositivos de proteção.
(E) A apendicectomia videolaparoscópica é contraindicada no terceiro trimestre de gravidez pelo risco de perfuração uterina.

16

Paciente de 26 anos, vai ao pronto-socorro com queixa de dor abdominal há 24 horas, de início em região epigástrica com posterior migração para fossa ilíaca direita, associada à: hiporexia, náuseas e febre baixa. Ao exame físico, apresenta dor à palpação de quadrante inferior direito com descompressão brusca. O leucograma revela 14.000 leucócitos com 6% de bastões. De acordo com o escore de alvarado para diagnóstico de apendicite aguda, qual é a pontuação desse paciente e a melhor conduta?

(A) Escore 8, apendicectomia aberta com incisão de McBurney.
(B) Escore 10, jejum e hidratação.
(C) Escore 10, apendicectomia laparoscópica.
(D) Escore 9, antibioticoterapia oral e reavaliação ambulatorial em 24h.
(E) Escore 10, realização de TC de abdome total com duplo contraste.

17

Paciente apresenta quadro de abdome agudo obstrutivo com distensão abdominal importante, história de emagrecimento e lesão endurada tocável ao exame retal. Com base na Lei de Laplace, qual é o segmento mais suscetível à ruptura?

(A) Ceco.
(B) Cólon Ascendente.
(C) Cólon Transverso.
(D) Cólon Descendente.
(E) Sigmoide.

18

Paciente apresenta quadro de Hemorragia Digestiva Alta. Durante o exame de endoscopia, foi vista lesão ulcerosa com coto vascular visível. Diante do exposto, a classificação de Forrest referente a esse caso é

(A) IA.
(B) IB.
(C) IIA.
(D) IIB.
(E) IIC.

19

Paciente, 39 anos, com queixa de pirose e regurgitação, ASA I, sem nenhuma outra queixa, sem alterações em exame físico, com história familiar conhecida sem diagnóstico de câncer, recebe como principal hipótese diagnóstica Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). Assinale a alternativa correta referente ao segmento do caso.

(A) A Endoscopia Digestiva Alta deve ser indicada de rotina.
(B) Tratamento cirúrgico é preconizado para todos os pacientes sintomáticos.
(C) Disfagia é um sintoma típico da doença.
(D) Esôfago de Barret tem diagnóstico endoscópico.
(E) Na ausência de sinais de alarme, o manejo inicial na suspeita de DRGE é Inibidor de Bomba de Próton (prova terapêutica).

20

Paciente, 63 anos, com história de constipação de longa data e sedentarismo, com dor aguda em fossa ilíaca esquerda há 2 dias, sem melhora com medicação, recebe a tomografia realizada com laudo compatível com grau 1 pela escala de Hinchey modificada. Em relação à enfermidade do caso apresentado, assinale a alternativa correta.

(A) A complicação mais frequente é a fístula cólon-vesical que necessita correção cirúrgica imediata
(B) E indicada colonoscopia durante a fase aguda.
(C) Frequentemente está associada à hemorragia digestiva baixa.
(D) Abscessos menores que 2cm respondem ao tratamento clínico com antibióticos.
(E) Esses divertículos são classificados como divertículos verdadeiros.

21

Considerando as fístulas do trato gastrointestinal, há maior sucesso de fechamento ao tratamento não operatório na seguinte condição:

(A) trajeto fistuloso curto.
(B) estado de sepse ou infecção local.
(C) trajeto epitelizado.
(D) defeito visceral menor que 1cm.
(E) obstrução visceral a jusante.

22

Paciente, 39 anos, ASA I, apresenta dor em hipocôndrio direito há 48 horas. Ao exame físico, tem Murphy positivo. Tem hemograma com 20.000 leucócitos e Ultrassonografia com vesícula biliar com parede espessada e abscesso pericolecístico. Qual é a melhor conduta, segundo critérios de Tokyo?

(A) Drenagem do abscesso guiada por imagem e cirurgia em outro momento.
(B) Tratamento clínico com antibiótico como manejo inicial.
(C) Colecistectomia videolaparoscópica em caráter de urgência.
(D) Como trata-se de uma cólica biliar e com evolução favorável após analgesia, deve-se encaminhar ao serviço de cirurgia eletiva.
(E) Como o paciente é classificado como Tokyo grau III devido à presença de abscesso, deve ser submetido à colecistostomia.

23

Assinale a alternativa que apresenta o método diagnóstico considerado padrão-ouro para a colecistite aguda

(A) Ultrassonografia.
(B) Cintilografia com HIDA.
(C) Ressonância Magnética.
(D) Tomografia com contraste.
(E) Laparoscopia.

24

Nas alterações hemodinâmicas decorrentes da laparoscopia, espera-se

(A) aumento da complacência pulmonar.
(B) diminuição do retorno venoso.
(C) diminuição da resistência vascular periférica.
(D) diminuição da pressão venosa central.
(E) diminuição da pressão intracraniana.

25

Sobre a Síndrome da Artéria Mesentérica Superior (AMS) ou de Wilkie, assinale a alternativa correta.

(A) É uma condição de difícil diagnóstico devido à semelhança com quadros de pancreatite, cólica biliar, doença ulcerosa péptica ou isquemia mesentérica.
(B) Está associada ao ganho ponderal em curto período.
(C) Na falha de medidas clínicas, o tratamento cirúrgico de escolha é ligadura da AMS em sua origem e anastomose em artéria aorta abaixo do duodeno.
(D) Ocorre devido à compressão da segunda porção duodenal pela bifurcação da AMS e da artéria aorta.
(E) Tem como clínica característica a dor abdominal pós-prandial e vômitos não biliosos.

26

Paciente, 32 anos, apresenta quadro de dor abdominal súbita há 3 dias e tem positivo o sinal de Rovising, o qual frequentemente é encontrado na

(A) colecistite aguda.
(B) diverticulite aguda.
(C) pancreatite aguda.
(D) pielonefrite aguda.
(E) apendicite aguda.

27

Um homem de 42 anos realiza colonoscopia de rotina, com polipectomia em sigmoide. O resultado anatomopatológico evidencia um carcinoma pouco diferenciado, com invasão de camada submucosa, sem invasão linfática ou vascular. Qual é o próximo passo?

(A) Sigmoidectomia.
(B) Observação.
(C) Quimioterapia adjuvante.
(D) Radioterapia.
(E) Colonoscopia em 30 dias.

28

Paciente masculino de 44 anos, com histórico de colelitíase, vai ao pronto atendimento devido à dor abdominal intensa, em faixa, com irradiação para dorso, associada a náuseas e vomitos. Após investigação inicial, o paciente apresenta hiperamilasemia, sugerindo diagnóstico de pancreatite. Qual é a melhor conduta perante o caso?

(A) Jejum, hidratação e antibioticoterapia.
(B) Jejum, hidratação e programação ambulatorial de colecistectomia.
(C) Dieta geral e colecistectomia em 24h.
(D) Jejum, hidratação e colecistectomia com colangiografia intraoperatória na mesma internação.
(E) Jejum, hidratação e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica de urgência em até 24h.

29

A esplenectomia, como a maioria das cirurgias, não está isenta de complicações. Em relação às complicações pós-esplenectomia, é correto afirmar que

(A) a ligadura conjunta dos vasos esplênicos diminui o risco de fístula arteriovenosa.
(B) a fístula pancreática por secção inadvertida da cauda pancreática é comum e necessita de tratamento cirúrgico na maior parte dos casos, com identificação e ligadura do ducto de Wirsung distal.
(C) o aparecimento de leucocitose pós-esplenectomia no pós-operatório imediato sempre é preocupante e antibióticos de largo espectro devem ser iniciados de forma precoce, mesmo sem evidência clínica de processo infeccioso.
(D) o aparecimento de trombocitose aumenta o risco de complicações tromboembólicas e o paciente deve ser anticoagulado com Warfarin antes da alta hospitalar.
(E) existe risco de sepse fulminante por bactérias encapsuladas e o paciente deve ser vacinado contra pneumococo, meningococo e haemophilus influenza.

30

Paciente de 55 anos foi submetido à gastrectomia com reconstrução em Y de Roux devido a adenocarcinoma gástrico. O dreno abdominal, no 4º dia de pós-operatório, apresentou débito de 700mL de coloração acastanhada. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico clínico mais provável para essa situação.

(A) Fístula linfática.
(B) Fístula pancreática.
(C) Fístula duodenal.
(D) Fístula biliar.
(E) Fístula colônica.

31

Paciente de 85 anos, está internado em leito de enfermaria, em tratamento de pneumonia. Tem diagnóstico prévio de doença de chagas. No quinto dia de internamento, desenvolve distensão abdominal e parada na eliminação de fezes e flatos. A Radiografia simples de abdome evidencia imagem sugerindo volvo sigmoideo. Qual tratamento inicial deve ser instituído ao paciente?

(A) Hidratação e antibioticoterapia.
(B) Enema baritado.
(C) Laparotomia e colostomia em alça.
(D) Sigmoideoscopia descompressiva.
(E) Cirurgia de Hartmann.

32

Durante o exame de colonoscopia, é frequente a presença de pólipos. Dentre os seguintes tipos de pólipos, qual está associado ao maior risco de transformação maligna?

(A) Adenoma Tubular.
(B) Adenoma Viloso.
(C) Pseudopólipo.
(D) Adenoma tubuloviloso.
(E) Lesão plana.

33

A terceira causa de mortalidade nos EUA é o adenocarcinoma de cólon e reto, e o seu rastreio é a principal forma de combate. Em relação à essa prevenção, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

( ) A maioria dos pacientes é de risco mediano para o desenvolvimento do CCR, ou seja, não tem histórico pessoal ou familiar de CCR ou de pólipos e nenhuma doença predisponente.
( ) Pacientes portadores de síndromes hereditárias ou aqueles com doença inflamatória intestinal devem seguir o mesmo protocolo de rastreamento dos pacientes com risco mediano.
( ) A pesquisa de sangue oculto (PSO) unicamente não é um teste adequado para detecção pólipos ou adenocarcinomas em qualquer grupo de risco.
( ) A retossigmoidoscopia flexível associada com a pesquisa de sangue oculto é um exame adequado para pacientes com história familiar.

(A) V – V – V – F.
(B) V – F – V – F.
(C) F – F – V – V.
(D) V – V – F – V.
(E) V – F – V – V.

34

Conforme a classificação de Hinchey para diverticulite aguda complicada, o estágio III refere-se

(A) à peritonite fecal generalizada.
(B) à peritonite generalizada purulenta.
(C) a abscesso pericólico ou mesentérico.
(D) a abscesso pélvico bloqueado.
(E) à perfuração sem abscesso.

35

Paciente de 75 anos apresenta quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, com início há 72h dias, associado à febre 38,1 graus. Ao exame fisico, apresenta sinal de Murphy e dor à palpação de todo abdome. Foram realizados exames laboratoriais, os quais evidenciaram: leucograma 19.000 leucócitos com 8% de bastões, creatinina 1,5mg/dL. Tomografia de abdome: vesícula biliar com paredes espessadas, ausência de coleções intra-abdominais. Com base no quadro clínico descrito, assinale a alternativa que classifica o paciente e oferece a melhor conduta para ele.

(A) Tokyo I – Hidratação, analgesia e colecistectomia eletiva após 8 semanas.
(B) Tokyo III – Antibioticoterapia e internação em unidade intensiva.
(C) Tokyo I – Colecistectomia laparoscópica.
(D) Tokyo II – Colecistostomia percutânea.
(E) Tokyo II – Colecistectomia laparoscópica e antibioticoterapia.

36

Criança de 3 anos chega ao pronto atendimento vítima de atropelamento. Após abordagem inicial, nota-se que a criança encontra-se hipotensa. Após falha de acesso venoso periférico, qual é o próximo passo para manutenção de via para infusão de cristaloides e hemocomponentes é

(A) Cateterizar a veia femoral.
(B) Cateterizar a veia jugular externa.
(C) Cateter intraósseo.
(D) Cateterizar a veia occipital.
(E) Cateterizar a veia cefálica.

37

Paciente, 35 anos, trabalhador braçal, sem comorbidades, vai ao pronto-socorro com queixa de dor intensa em região inguinal direita há 2 horas. Ao exame físico, apresenta hérnia inguinal direita não redutível. Perante esse quadro, qual é a melhor conduta?

(A) Tomografia computadorizada de abdome.
(B) Laparotomia mediana.
(C) Analgesia e encaminhamento ao ambulatório para hernioplastia eletiva.
(D) Herniorrafia de emergência.
(E) Internação em UTI e exame físico seriado.

38

Homem, 25 anos, segundo dia de pós-operatório de apendicectomia aberta, com dor no local da ferida operatória, enfisema subcutâneo e edema. Leucograma: 14.000 leucócitos bast. 4%. Assinale a alternativa que apresenta os patógenos que são os prováveis causadores dessa complicação.

(A) Enterobactérias e anaeróbios.
(B) Espécies de fungos e anaeróbios.
(C) Bacilos gram-negativos e enterobactérias.
(D) Cocos gram-positivos e espécies de cândidas.
(E) Estreptococos B-hemolíticos ou espécies de clostridianas.

39

Na investigação de fístula de anastomoses gastrointestinais na gastrectomia com reconstrução em Y de roux, frequentemente, usa-se o teste de azul de metileno. Sobre esse teste, assinale a alternativa correta.

(A) O uso endovenoso do azul de metileno é mais seguro e mais eficaz que o uso oral do corante.
(B) No caso de anastomoses colorretais, o teste é mais sensível e específico em detrimento a anastomoses gastroenterais.
(C) O teste de azul de metileno não pode ser usado no intraoperatório devido ao risco de contaminação.
(D) O dreno abdominal pode corar-se de azul na presença de fístula gastroenteral.
(E) O teste de azul de metileno pode ser usado na ausência de dreno abdominal.

40

Um paciente de 85 anos, cardiopata, chega ao hospital com dor abdominal intensa, de início há 3 horas, associada a náuseas intermitentes. O exame físico abdominal revela dor leve à palpação, diminuição de ruídos e distensão, sem irritação peritoneal. Considerando o quadro do paciente, assinale a alternativa correta.

(A) Coronariopatas, e pacientes com doença aterosclerótica sistêmica estão menos propensos à embolia arterial mesentérica.
(B) Na fase inicial da isquemia mesentérica aguda, a camada mais afetada da parede intestinal é a camada serosa.
(C) Caso seja realizada a laparotomia e evidenciada necrose de intestino delgado, o ramo arterial para o segmento afetado deve ser controlado e uma embolectomia segmentar deve ser realizada imediatamente.
(D) Com a evolução acerca do diagnóstico desses pacientes, a taxa de mortalidade e as complicações tardias, como a síndrome do intestino curto, diminuíram drasticamente nos últimos anos.
(E) A angiotomografia é o exame de escolha na suspeita de isquemia mesentérica aguda.

41

Assinale a alternativa que corresponde a complicações que mais comumente podem estar relacionadas à tireoidectomia total

(A) Hipercalcemia e hipertireoidismo.
(B) Hipotireoidismo e hiperparatireoidismo.
(C) Hipocalcemia e rouquidão.
(D) Hiperparatireoidismo e dispneia.
(E) Hipocalcemia e hiperparatireoidismo.

42

Um paciente de 85 anos, em uso de quetiapina e clorpromazina, apresenta distensão abdominal súbita não associada à dor. Realizou um exame contrastado do intestino (enema opaco) que evidenciou passagem do contraste por todo o intestino, sem interrupções. Quais são o provável quadro clínico desse paciente e o tratamento inicial a ser realizado?

(A) Síndrome de Murphy / Descompressão colonoscópica.
(B) Síndrome de Ogilvie / sonda nasogástrica, correção hidroeletrolítica e interromper medicações neurolépticas.
(C) Obstrução intestinal aguda / sonda nasogástrica, correção hidroeletrolítica e laparotomia exploradora se não houver melhora.
(D) Síndrome de Boerhaave / laparotomia exploradora para avaliação e ressecção intestinal do segmento afetado.
(E) Volvo intestinal / descompressão colonoscópica.

43

Assinale a alternativa que apresenta corretamente as principais vacinas recomendadas para imunização de pacientes submetidos à esplenectomia.

(A) H. influenzae tipo B, meningocócica e pneumocócica.
(B) Tríplice bacteriana, tríplice viral e Influenza.
(C) Hepatite B, meningocócica e pneumocócica.
(D) H. influenzae tipo A, meningocócica e pneumocócica.
(E) Tríplice viral, meningocócica e pneumocócica.

44

Um paciente com quadro de pancreatite biliar aguda é admitido no pronto atendimento. Qual das seguintes alternativas NÃO apresenta critérios que, juntos, classificariam o paciente em quadro de pancreatite grave?

(A) Paciente com 80 anos, glicose = 250mg/dL e lactato desidrogenase = 450UI/L.
(B) Paciente com 72 anos, cálcio sérico = 7,2mg/dL e déficit de base = 6mEq/L após 48h de admissão.
(C) Paciente com 75 anos, aspartato aminotransferase = 260UI/L e lactato desidrogenase = 320UI/L.
(D) Paciente com 81 anos, glicose = 320mg/dL, redução do hematócrito de 12% e cálcio sérico = 7,5mg/dL após 48h de admissão.
(E) Paciente com aspartato aminotransferase = 280UI/L, glicose = 230mg/dL e cálcio sérico = 7mg/dL após 48h de admissão.

45

Um paciente de 50 anos com diagnóstico de colelitíase e coledocolitíase foi submetido à Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) com esfincterotomia e retirada de 2 cálculos da via biliar. Com base no exposto, assinale a alternativa correta.

(A) O paciente pode ser considerado tratado, com baixo risco de recorrência de patologias da via biliar.
(B) O paciente deve ser submetido, em breve, a uma colecistectomia eletiva, pois quase 50% dos pacientes têm recorrência dos sintomas de doença do trato biliar.
(C) O paciente deve fazer uma nova CPRE de controle, em breve, para confirmar o tratamento da patologia e excluir que há um novo cálculo na via biliar.
(D) O paciente deverá realizar uma colangioressonância para avaliar melhor a via biliar, agora que já foi submetido a um tratamento para retirá-lo de uma situação de urgência.
(E) O paciente deve ser submetido, a seguir, a uma colecistectomia eletiva com coledocotomia para melhor avaliação da via biliar.

46

Durante uma fundoplicatura gástrica à Nissen, quais vasos podem ser ligados para uma melhor mobilização do fundo gástrico durante o procedimento?

(A) Artéria e veia gástrica esquerda.
(B) Artéria e veia gástrica direita.
(C) Vasos gástricos curtos.
(D) Vasos gastroepiploicos.
(E) Ramos esofágicos da artéria gástrica esquerda.

47

Uma mulher de 77 anos será submetida a uma cirurgia da pelve por câncer. Para profilaxia de Trombose Venosa Profunda (TVP), qual é a melhor recomendação para essa paciente?

(A) Iniciar profilaxia de TVP com enoxaparina 40mg SC de 12-24h após a cirurgia e manter por 24 horas.
(B) Iniciar profilaxia para TVP com xarelto 15mg via oral de 12 /12h após a cirurgia e manter por 48h.
(C) Orientar sobre a recomendação de deambulação precoce e, caso isso seja seguido, será suficiente para profilaxia de TVP para essa paciente.
(D) Iniciar profilaxia de TVP com enoxaparina 40mg SC de 12-24h após a cirurgia e manter por pelo menos 7-10 dias após o procedimento.
(E) Iniciar profilaxia de TVP com uso de meia elástica no pós-operatório imediato e orientação de deambulação precoce serão suficientes para profilaxia nesse caso.

48

Sobre os tumores carcinoides, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Os carcinoides do intestino delgado surgem das células enterocromafins (células de Kulchitsky) encontradas nas criptas de Lieberkühn.
(B) A maioria (aproximadamente 75%) dos carcinoides gastrointestinais é maior que 1 cm de diâmetro e aproximadamente 2% destes estão associados a metástases.
(C) A síndrome carcinoide maligna, que inclui manifestações vasomotoras, cardíacas e gastrointestinais, está mais associada a tumores carcinoides do trato gastrointestinal, particularmente do intestino delgado.
(D) Os fatores humorais considerados contribuintes para a síndrome carcinoide incluem a serotonina, o 5-hidroxitriptofano, a histamina, a dopamina, a calicreína, a substância P, a prostaglandina e o neuropeptídeo K.
(E) Um marcador útil para identificação de tumores carcinoides é a concentração plasmática de cromogranina A, que está elevada em mais de 80% dos pacientes com essa patologia.

49

Uma paciente do sexo feminino apresenta uma herniação em região lateral direita, inferiormente ao ligamento inguinal. Quais são o provável tipo de hérnia dessa paciente e a técnica mais tradicionalmente empregada para correção dessa hérnia?

(A) Hérnia inguinal direta – técnica de Bassini – sutura dos arcos musculoaponeuróticos do transverso abdominal e oblíquo interno ou tendão conjunto ao ligamento inguinal.
(B) Hérnia femoral – técnica de Shouldice – sutura da margem da aponeurose do oblíquo do abdome ao transverso do abdome.
(C) Hérnia inguinal indireta – técnica de Lichtenstein – instalação e sutura de tela inabsorvível ao ligamento inguinal.
(D) Hérnia femoral – técnica de Mc Vay – sutura da margem da aponeurose do transverso do abdome ao ligamento de Cooper.
(E) Hérnia inguinal direita – técnica de Mc Vay – sutura da margem da aponeurose do oblíquo do abdome ao ligamento de Cooper.

50

Após uma colisão auto X moto, uma paciente de 28 anos encontra-se deitada no local do evento e a equipe de atendimento relata que ela possui abertura ocular apenas ao estímulo álgico, resposta verbal ausente e resposta motora com retirada ao estímulo de dor. Qual é a pontuação na escala de coma Glasgow dessa paciente e qual é a melhor conduta a ser tomada?

(A) 9 / ventilação com cânula Guedel.
(B) 10 / intubação orotraqueal.
(C) 7 / intubação orotraqueal.
(D) 8 / intubação nasotraqueal.
(E) 11 / ventilação com máscara laríngea.

51

Assinale a alternativa que corresponde ao nome dado para a ruptura esofágica ocorrida após episódios de êmese.

(A) Síndrome de Dieulafoy.
(B) Síndrome de Boerhaave.
(C) Síndrome de Mallory-Weiss.
(D) Síndrome de Gilbert.
(E) Síndrome de Ogilve.

52

Um paciente de 25 anos sofreu um trauma contuso em abdome e foi examinado pelo médico do pronto atendimento, o qual detectou que o paciente apresenta o sinal de Kehr. Como provavelmente foi detectado esse sinal e qual é a provável alteração encontrada nesse paciente?

(A) Dor ou pressão no epigástrio ou no tórax anterior com persistente pressão firme aplicada em fossa ilíaca direita / ruptura de víscera abdominal.
(B) Massa da parede abdominal que não cruza na linha média e permanece palpável quando contraído o reto / hemoperitônio.
(C) Pulso aumentado quando o abdome dolorido é palpado / ruptura de víscera abdominal.
(D) Dor após elevação e extensão da perna contra resistência / hemoperitônio
(E) Dor no ombro esquerdo após pressão realizada no abdome superior esquerdo com o paciente em decúbito dorsal / hemoperitônio.

53

Um paciente é admitido no início da manhã no pronto atendimento com hematêmese importante e hipotensão associada à taquicardia. É realizada ressuscitação volêmica, com melhora parcial dos parâmetros hemodinâmicos. Só haverá endoscopista na escala do hospital no dia seguinte, à tarde. Qual é a melhor atitude diante dessa situação?

(A) Solicitar exames laboratoriais, avaliar a necessidade de transfusão sanguínea e aguardar a estabilidade para realizar Endoscopia Digestiva Alta (EDA) no dia seguinte.
(B) Realizar lavagem gástrica com soro fisiológico após passagem de sonda nasogástrica e aguardar o dia seguinte, após chegada do médico endoscopista, para solicitar EDA para o paciente.
(C) Tentar estabilizar o paciente com aumento da hidratação, solicitação de exames laboratoriais e de concentrado de hemácias para hemotransfusão. Aguardar para realizar EDA após 24 horas da admissão.
(D) Transfundir concentrados de hemácias, plaquetas e plasma e aguardar a chegada do médico endoscopista no dia seguinte para solicitar EDA.
(E) Solicitar exames laboratoriais, avaliar a necessidade de transfusão sanguínea e solicitar EDA de urgência ao endoscopista de sobreaviso, diante da instabilidade mantida do paciente.

54

Um homem de 72 anos apresenta queixa de obstrução na garganta, tosse, salivação excessiva e disfagia, além de regurgitação de odor fétido. Qual é o provável diagnóstico desse paciente e qual é a característica dessa patologia?

(A) Divertículo de Zenker – herniação entre as fibras do músculo tireofaríngeo e cricofaríngeo.
(B) Doença do refluxo gastroesofágico – refluxo de líquido alcalino na região do esôfago médio e proximal.
(C) Divertículo de Meckel – herniação entre as fibras da camada muscular própria esofágica e músculo cricofaríngeo.
(D) Divertículo de Zenker – herniação entre as fibras do músculo cricotireóideo e crico-aritenóideo.
(E) Doença do refluxo gastroesofágico – refluxo de líquido ácido na região do esôfago médio e proximal.

55

Um homem de 82 anos, com Alzheimer, é admitido no pronto atendimento, acompanhado pela filha, com dor abdominal, principalmente em fossa ilíaca esquerda, há 2 dias. Foi encaminhado imediatamente ao centro cirúrgico e submetido à laparotomia exploratória, mostrando intenso processo inflamatório em transição retossigmóidea (provável diverticulite) com perfuração intestinal nessa região. Após a cirurgia, a acompanhante percebe que o paciente está colostomizado e questiona, com surpresa e revolta, sobre o procedimento. Qual conduta teria sido a mais correta nessa situação e qual foi a provável cirurgia realizada?

(A) Orientar o paciente e acompanhantes sobre a indicação cirúrgica e que será feito o que for necessário ao paciente, sem grandes detalhamentos, já que será definido o tipo de cirurgia durante o intraoperatório – retossigmoidectomia com anastomose primária e colostomia protetora
(B) Orientar rapidamente o paciente e acompanhante que será necessária cirurgia de urgência e que será conversado posteriormente com eles sobre o que foi realizado durante a cirurgia – retossigmoidectomia a Hartmann
(C) Orientar o paciente, logo que for indicada a cirurgia, sobre a conduta e conversar também com ele, após a cirurgia, sobre o procedimento realizado, mantendo o sigilo médico – retossigmoidectomia do segmento perfurado.
(D) Orientar o paciente e acompanhantes sobre a indicação cirúrgica, sobre os principais riscos e as possibilidades da cirurgia, incluindo ostomias, com termo de consentimento assinado, e conversar, após a cirurgia, com os acompanhantes sobre o procedimento realizado e estado do paciente – retossigmoidectomia a Hartmann.
(E) Orientar o paciente sobre a indicação da cirurgia e seus principais riscos e, após a cirurgia, orientar os acompanhantes sobre os detalhes do procedimento que foi realizado, as complicações e os cuidados que serão necessários – retossigmoidectomia com colostomia protetora.

56

Uma paciente de 16 anos com transtornos mentais deglutiu uma agulha de costura há 1 dia. Chega ao pronto atendimento, sem queixas, levada pela mãe, desesperada, referindo que não quer que a filha seja submetida à cirurgia. Foi realizada uma radiografia de abdome e o corpo estranho foi identificado na topografia de intestino delgado. Qual é a melhor conduta a ser tomada diante desse caso?

(A) Acompanhar o corpo estranho (agulha) com radiografia seriada e não indicar cirurgia, atendendo ao desejo da mãe da paciente.
(B) Indicar laparotomia exploradora com enterotomia e orientar a mãe que, apesar do seu desejo, a paciente deve ser submetida à cirurgia devido ao risco de complicações que podem ser geradas no tratamento não operatório.
(C) Observar a paciente e orientar a mãe que, independente do seu desejo, será realizado o que for melhor para paciente. No caso, está indicada cirurgia para retirada do corpo estranho após passagem da agulha pela válvula ileocecal.
(D) Acompanhar o corpo estranho (agulha) com radiografia seriada e orientar a mãe que pode ser necessária cirurgia, que deve ser realizada caso a paciente esteja em risco iminente de complicações, independente do desejo da mãe, que deve ser orientada para melhor compreensão do caso.
(E) Indicar endoscopia digestiva alta como alternativa para a indicação de cirurgia para a retirada do corpo estranho, tendo em vista o desejo da mãe.

57

Sobre o câncer de pulmão, é correto afirmar que

(A) o adenocarcinoma é o tipo histológico menos frequente, responsável por 10% de todos os cânceres pulmonares.
(B) a maioria dos adenocarcinomas está localizada perifericamente e tende a apresentar metástase mais precocemente do que o carcinoma de células escamosas.
(C) o carcinoma de células escamosas ocorre em aproximadamente 70% dos pacientes com câncer pulmonar e a maioria está localizada perifericamente.
(D) o câncer de pequenas células representa cerca de 50% dos cânceres pulmonares e a maioria está localizada perifericamente.
(E) o câncer de pequenas células é frequentemente localizado, indolente e com boa resposta à radioterapia.

58

Um paciente que sofreu um acidente automobilístico chega ao pronto atendimento com frequência cardíaca de 125, pressão arterial reduzida e confuso. Quais são a provável estimativa de perda sanguínea desse paciente e o melhor tipo de tratamento?

(A) 15-30% / cristaloides.
(B) 0-15% / cristaloides e sangue.
(C) >40% / cristaloides e coloides.
(D) 30-40% / cristaloides e sangue.
(E) 15-30% / cristaloides e sangue.

59

Uma mulher de pele clara de 52 anos apresenta uma lesão enegrecida de aproximadamente 1,5cm em região de antebraço, com contorno irregular, com crescimento rápido e progressivo. Qual é a melhor maneira de se realizar a biópsia dessa lesão e quais serão os fatores de pior prognóstico que podem ser encontrados no anatomopatológico, caso se confirme a hipótese de melanoma, para orientar a paciente?

(A) Realizar biópsia excisional da lesão, de maneira que a cicatriz fique longitudinal ao antebraço, permitindo melhor ampliação se necessário. Prognóstico pior quanto maior a espessura (Breslow) da lesão e presença de ulceração.
(B) Realizar biópsia incisional da lesão, de maneira que a cicatriz fique transversa ao antebraço, seguindo as linhas de Langerhans. Prognóstico pior quanto maior a extensão da lesão e maior número de mitoses.
(C) Realizar ressecção da lesão com margens de 8mm, de maneira que a cicatriz fique transversa ao antebraço, seguindo as linhas de Langerhans. Prognóstico pior quanto maior a profundidade (nivel de Clark) da lesão e presença de ulceração.
(D) Realizar biópsia incisional da lesão, de maneira que a cicatriz fique longitudinal ao antebraço, permitindo posterior ressecção e ampliação. Prognóstico pior quanto maior espessura (Breslow) da lesão e presença de ulceração.
(E) Realizar biópsia excisional da lesão, de maneira que a cicatriz fique longitudinal ao antebraço. Prognóstico pior quanto maior a extensão da lesão e presença de ulceração.

60

Após uma gastrectomia parcial com reconstrução tipo Billroth II, uma paciente apresenta náuseas, dor abdominal em cólicas, diarreia explosiva, palpitações, diaforese e taquicardia logo após a alimentação. Qual é a provável causa desses sintomas e qual deve ser a orientação para a paciente?

(A) Síndrome de dumping tardio / ingerir os alimentos de forma mais lenta e evitar alimentos com grande quantidade de proteínas e gordura.
(B) Síndrome da alça aferente / conversão cirúrgica da anastomose para Billroth I.
(C) Síndrome da alça eferente / intervenção cirúrgica com redução da hérnia retroanastomótica.
(D) Síndrome da gastrite alcalina / evitar alimentos alcalinos e usar inibidores da bomba de prótons.
(E) Síndrome de dumping precoce / evitar alimentos com grande quantidade de açúcar, ingestão de pequenas refeições ricas em proteínas e gordura.

61

O arco de Riolan deriva de qual artéria?

(A) Artéria mesentérica superior.
(B) Artéria sacral mediana.
(C) Artéria ilíaca comum.
(D) Artéria renal direita.
(E) Artéria gonadal.

62

A obstrução causada por volvo de sigmoide é uma obstrução em alça fechada, apresentando risco importante de perfuração, caso não tratada a tempo. Em um paciente com obstrução por volvo de sigmoide, apresentando sinais de peritonite e pneumoperitônio denotando perfuração, já com tentativa de resolução endoscópica, porém sem sucesso, qual é a melhor conduta?

(A) Inguinotomia.
(B) Lise de aderências.
(C) Colectomia total.
(D) Laparotomia exploradora e apenas drenagem da cavidade.
(E) Cirurgia de Hartmann.

63

Paciente dá entrada no pronto-socorro com dor muito intensa graduada em 9/10 e contínua no hipocôndrio direito, com início há 8 horas. Refere náuseas e vômitos associados. No exame físico, paciente se encontra febril, sinal de Murphy positivo e, ao exame laboratorial, vê-se leucocitose. Sem ter muita certeza do diagnóstico, você quer pedir mais exames. Qual é o exame padrão-ouro para pedir nesse caso?

(A) Tomografia Computadorizada.
(B) Radiografia.
(C) Ressonância Magnética.
(D) Colecintilografia com DISIDA.
(E) Colonoscopia.

64

Para se fazer o diagnóstico de apendicite aguda, há diversas manobras que auxiliam no exame físico. A respeito desse assunto, analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta as corretas.

I. A manobra do obturador consiste na rotação interna do quadril direito flexionado e, quando positivo, paciente refere dor a essa movimentação.
II. Quando o paciente refere dor em fossa ilíaca direita causada pela suave tração do testículo esquerdo, esse sinal é chamado sinal de Ten Horn positivo.
III. No sinal de Dunphy, o paciente refere dor à percussão do ponto de McBurney ou refere dor ao tossir.
IV. O sinal de Aaron consiste na dor ou na pressão em hipogástrio ao aplicar pressão persistente no ponto de McBurney ou fossa ilíaca direita.

(A) Apenas I, II e IV.
(B) Apenas II e III.
(C) Apenas II e IV.
(D) Apenas I e III.
(E) I, II, III e IV.

65

Paciente masculino, 49 anos, queixa-se de dor abdominal em hipocôndrio direito há 5 dias, associada a episódios de náuseas e vômitos. Ao exame físico, apresenta-se em mal estado geral, com rebaixamento do nível de consciência, ictérico 3+/4+, Tax = 38,5°C, FC = 132bpm, SaO2 em aa = 94%, tempo de enchimento capilar > 2 segundos, PA = 75x40 mmHg. Abdome plano, doloroso em hipocôndrio direito e sem visceromegalias. Exames laboratoriais: Hb: 13,0 g/dL; leucócitos: 15.000/mm³; creatinina sérica: 3,1 mg/dL; bilirrubinas totais: 6,7 mg/dL; AST 150 U/L; ALT: 101 U/L; Gama-GT 980 U/L; FAL: 748 U/L; amilase: 80 U/L. Diante desse quadro, o diagnóstico mais provável, sua apresentação clínica e a conduta adequada são, respectivamente:

(A) colangite; síndrome colestática; colecistectomia videolaparoscópica de urgência.
(B) colangite; pêntade de Reynolds; estabilização hemodinâmica e colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
(C) coledocolitíase; tríade de Charcot; reposição volêmica e colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
(D) pancreatite; choque séptico; antibioticoterapia e hidratação e laparotomia exploradora.
(E) pancreatite; pêntade de Reynolds; estabilização hemodinâmica e antibioticoterapia.

66

Paciente masculino, 54 anos, atendido na emergência por parada de eliminação de fezes há 4 dias, associada a vômitos biliosos e náuseas. Foi realizado Raio-X com o seguinte resultado: sem pneumoperitônio, com achados de sinal de empilhamento de moeda. Ao exame físico, constatam-se: abdome plano, timpânico, indolor à palpação, sem visceromegalias ou sinais de irritação peritoneal. Cirurgias prévias: laparotomia exploradora, devido à apendicectomia complicada, há 10 anos. Os prováveis diagnósticos sindrômicos e etiológico e a conduta desse paciente são, respectivamente:

(A) abdome agudo inflamatório; diverticulite aguda; tratamento clínico com sonda gástrica, jejum e antibioticoterapia.
(B) abdome agudo vascular; embolia artéria mesentérica superior; suporte hemodinâmico e anticoagulação
(C) abdome agudo obstrutivo; isquemia oclusiva da artéria mesentérica; laparotomia exploradora.
(D) obstrução intestinal baixa; neoplasia de cólon; tratamento clínico inicial com sonda nasogástrica e antibioticoterapia.
(E) obstrução intestinal alta; bridas e aderências; tratamento clínico inicial com sonda nasogástrica e jejum nos primeiros dias.

67

Paciente feminina, 24 anos, chegou ao pronto-socorro com queixa de dor abdominal aguda, iniciada há cerca de 7 horas, com piora progressiva, inicialmente difusa e posteriormente localizada na região suprapúbica discretamente lateralizada para a direita e associada a náuseas. Refere que a última menstruação ocorreu há cerca de 23 dias. Ao exame, encontrava-se em regular estado geral, consciente, orientada, hidratada, temperatura axilar de 36.9°C, FC= 120bpm, FR=23irpm, PA: 85x60mmHg, ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular em 2 tempos com bulhas sem sopros e ausculta respiratória com murmúrio vesicular fisiológico. Abdome plano, doloroso à palpação no andar inferior direito e com dor à descompressão brusca nessa região.

Diante de quadro clínico, quais são os prováveis diagnóstico sindrômico e nosológico e os exames solicitados?

(A) Abdome agudo inflamatório; gravidez ectópica rota; B-HCG, ultrassonografia de abdome e hemograma completo.
(B) Abdome agudo hemorrágico; torção de cisto de ovário; B-HCG, ultrassonografia de abdome e hemograma completo.
(C) Abdome agudo hemorrágico; gravidez ectópica rota; B-HCG, ultrassonografia de abdome e hemograma completo.
(D) Abdome agudo inflamatório; apendicite; tomografia computadorizada e hemograma completo.
(E) Abdome agudo inflamatório; diverticulite; ultrassonografia de abdome e hemograma completo.

68

Paciente masculino, 63 anos, apresenta episódio de dor abdominal súbita, ''em barra'', em andar superior do abdome, com irradiação para o dorso. Ao exame físico, o paciente se apresenta em regular estado geral, T = 37,9°C, FC = 122bpm, pulso fino e hipotensão. Durante a admissão, foram realizados exames laboratoriais: Hb: 13,0 g/dL; leucócitos: 16.000/mm³; creatinina sérica: 3,1 mg/dL; bilirrubinas totais: 6,7 mg/dL; AST 350 U/L; ALT: 101 U/L; Gama-GT 980 U/L; FAL: 748 U/L; Amilase: 80 U/L; LDH: 370 U/L; Glicemia: 221mg/dL. De acordo com os critérios de Ranson para pancreatite aguda, a taxa de mortalidade do paciente se classifica em

(A) 2% - 0 a 2 critérios.
(B) 15% - 3 a 4 critérios.
(C) 40% - 5 a 6 critérios.
(D) 70% - 7 a 8 critérios.
(E) 90 a 100% - 9 ou mais critérios.

69

Relacione as colunas, de acordo com os critérios de Balthazar e os achados tomográficos presentes na pancreatite aguda, e assinale a alternativa com a sequência correta.

1. Edema Pancreático.
2. Coleção líquida única.
3. Inflamação peripancreática.
4. Pâncreas normal.
5. Presença de gás.

( ) Balthazar Grau A.
( ) Balthazar Grau B.
( ) Balthazar Grau C.
( ) Balthazar Grau D.
( ) Balthazar Grau E.

(A) 1 – 3 – 4 – 2 – 5.
(B) 2 – 1 – 3 – 5 – 4.
(C) 3 – 4 – 2 – 5 – 1.
(D) 4 – 1 – 3 – 2 – 5.
(E) 4 – 3 – 2 – 1 – 5.

70

Paciente masculino, 27 anos, encontra-se em primeiro dia pós-operatório de apendicectomia por apendicite aguda perfurada, sonolento e hipoativo há 2 horas. Acompanhante relata que, antes disso, apresentou 3 episódios de vômitos, de conteúdo bilioso, em grande quantidade. Desde o momento da cirurgia, encontra-se em jejum e ainda não evacuou, mas está eliminando flatos. Exame físico: REG, hipoativo, descorado 3+/4+, anictérico. T = 37,5 ºC, FC = 107 bpm, FR = 16 irpm, PA = 100 x 70 mmHg. Abdome: ruídos hidroaéreos presentes propulsivos, com dor à palpação profunda em região próxima à ferida cirúrgica, sem reação peritoneal. Quais são o diagnóstico mais provável e a conduta adequada?

(A) Infecção da ferida operatória; antibioticoterapia e limpeza da ferida.
(B) Obstrução intestinal; conduta expectante e vigilância hemodinâmica.
(C) Abscesso intracavitário; antibioticoterapia e hidratação venosa.
(D) Abdome agudo hemorrágico; reabordagem cirúrgica por videolaparoscopia.
(E) Abdome agudo vascular; vigilância hemodinâmica e hidratação venosa.

71

Considerando a anatomia da cavidade abdominal, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A artéria torácica interna possui os seguintes ramos: artéria epigástrica superior e artéria musculofrênica.
(B) Os nervos ílio-hipogástrico e ilioinguinal fazem parte da inervação da cavidade abdominal.
(C) A artéria hepática comum cursa entre a cabeça do pâncreas e a borda inferior do fígado para o ligamento hepatoduodenal.
(D) A aorta abdominal começa no hiato aórtico do diafragma no plano da vértebra L2.
(E) Um ramo da artéria subclávia é a artéria torácica interna.

72

A veia porta do fígado é a maior veia do corpo humano, com diâmetro médio de 10,2 mm. Essa veia é formada pelas veias:

(A) cava inferior e esplênica.
(B) esplênica e mesentérica superior.
(C) cava inferior e gástrica esquerda.
(D) mesentérica inferior e esplênica.
(E) gástrica esquerda e mesentérica inferior.

73

Paciente, 55 anos, 80 kg, 165 cm, com diagnóstico de discrasia sanguínea, precisa de punção de acesso venoso central. Considerando os locais de inserção do acesso venoso central, qual local geralmente é evitado para realizar a punção nesse paciente?

(A) Veia subclávia.
(B) Veia jugular interna.
(C) Veia antecubital.
(D) Veia jugular externa.
(E) Veia femoral.

74

Durante a realização de colectomia direita por vídeo com princípios oncológicos, qual dos seguintes vasos deve ser seccionado?

(A) Artéria ileocólica.
(B) Artérias sigmoideanas.
(C) Artéria retal superior.
(D) Artéria gástrica esquerda.
(E) Artéria esplênica.

75

O quadro de apendicite aguda, na maioria dos casos, tem como característica inicial a obstrução intraluminal. Essa obstrução é causada mais frequentemente por

(A) retocolite ulcerativa.
(B) parasitose.
(C) fecálito.
(D) doença de Crohn.
(E) corpo estranho.

76

Paciente masculino, 72 anos, chega ao serviço de emergência com dor abdominal intensa de início súbito há cerca de 5 horas, associada a náuseas, vômitos, sudorese e taquicardia. Apresentou piora da dor com alimentação ou uso de álcool e em decúbito dorsal. Exames laboratoriais: Hb 4,3 g/dL; leucócitos 17.000/mL; bastões: 4%; plaquetas: 245.000/mL; Lipase: 500 U/L; Amilase: 800 U/L; LDH: 290 U/L, TGO: 45 U/L; TGP: 50 U/L; Na: 134 mg/dL; K: 3,4 mmol/L; Ur: 55mg/dL; Cr: 1,0 mg/dL. Diante da possível hipótese diagnóstica desse paciente e levando em consideração a alta taxa de morbimortalidade, qual instrumento para avaliar a evolução do quadro clínico desse paciente deverá ser utilizado?

(A) Classificação de Forrest.
(B) Escore de Wells.
(C) Escore de Lee.
(D) Escore de CURB-65.
(E) Escore de Ranson.

77

A colecistite aguda é uma doença inflamatória/infecciosa decorrente da impactação de um cálculo no infundíbulo da vesícula biliar e apresenta-se como abdome agudo inflamatório. Ao exame físico, um sinal específico é detectado. Qual é esse sinal?

(A) Sinal de Giordano.
(B) Sinal de Blumberg.
(C) Sinal de Rovsing.
(D) Sinal de Murphy.
(E) Sinal de Brudzinski.

78

Um residente chega à enfermaria para fazer a evolução dos pacientes e, ao conversar com Sr. Guido, que foi submetido a uma laparotomia há 4 dias, percebe em seu exame físico que este está com parada de eliminação de flatos e fezes, distensão abdominal associada a náuseas e vômitos, RH diminuídos e baixa tolerância à dieta. O diagnóstico mais provável desse paciente é

(A) fecaloma.
(B) brida.
(C) íleo paralítico.
(D) hérnia inguinal.
(E) tumor de cólon.

79

Assinale a alternativa que apresenta uma artéria que é ramo do tronco celíaco.

(A) Artéria ilíaca direita.
(B) Artéria gástrica esquerda.
(C) Artéria pulmonar esquerda.
(D) Artéria subclávia esquerda.
(E) Artéria torácica interna.

80

Em quadros sugestivos de apendicite aguda, um achado que colabora o diagnóstico clínico é o sinal de Rovsing, que é positivo quando o paciente apresenta

(A) dor à palpação profunda no ponto de McBurney.
(B) dor à extensão do quadril direito.
(C) dor à descompressão brusca em fossa ilíaca direita.
(D) dor em fossa ilíaca direita à palpação de fossa ilíaca esquerda.
(E) dor à punho-percussão realizada na fossa lombar do paciente, na altura dos flancos.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

T4178004N

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA
EDITAL Nº 1/2021 - RESIDÊNCIA MÉDICA REDE EBSERH 2021/2022

PRM - ANO ADICIONAL - CIR GERAL R3 - ÁREA DE ATUAÇÃO - CIR DO TRAUMA E PRÉ-REQUISITO - CIR DE CABEÇA E PESCOÇO - CIR DO APARELHO DIGESTIVO - CIR ONCOLÓGICA - CIR PEDIÁTRICA - CIR PLÁSTICA - CIR TORÁCICA - CIR VASCULAR - COLOPROCTOLOGIA - UROLOGIA

NOME DO CANDIDATO

INSCRIÇÃO

Nível

SUPERIOR

PROVA

04

Lembre-se de marcar o número acima na folha de respostas!

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Fraudar ou tentar fraudar Concursos Públicos é Crime! Previsto no art. 311 - A do Código Penal

Sobre o material recebido pelo candidato

- ✓ Além deste Caderno de Questões, com **oitenta questões objetivas,** você receberá do fiscal de sala a Folha de Respostas.
- ✓ Confira seu nome, o número do seu documento e o número de sua inscrição em todos os documentos entregues pelo fiscal. Além disso, não se esqueça de conferir seu Caderno de Questões quanto a falhas de impressão e de numeração e se a profissão corresponde àquela para a qual você se inscreveu.
- ✓ O não cumprimento a qualquer uma das determinações constantes em Edital, no presente Caderno ou na Folha de Respostas incorrerá na eliminação do candidato.

Sobre o material a ser devolvido pelo candidato

- ✓ O único documento válido para avaliação é a Folha de Respostas.
- ✓ Na Folha de Respostas, preencha os campos destinados à assinatura e ao número de inscrição. As respostas às questões objetivas devem ser preenchidas da seguinte maneira: ●
- ✓ Na Folha de Respostas, só é permitido o uso de caneta esferográfica transparente de cor azul ou preta. Esse documento deve ser devolvido ao fiscal na saída, devidamente preenchido e assinado.

Sobre a duração do exame e a permanência na sala

- ✓ O prazo de realização do exame é de 4 horas, incluindo a marcação da Folha de Respostas.
- ✓ Após 60 (sessenta) minutos do início do exame, o candidato estará liberado para utilizar o sanitário ou deixar definitivamente o local de aplicação, não podendo, no entanto, levar o Caderno de Questões e nenhum tipo de anotação de suas respostas.
- ✓ O candidato poderá levar consigo o Caderno de Questões somente se aguardar em sala até o término do prazo de realização do exame estabelecido em edital.
- ✓ Os três últimos candidatos só poderão retirar-se da sala juntos, após assinatura do Termo de Fechamento do Envelope de Retorno.

Sobre a divulgação dos Cadernos de Questões e dos Gabaritos

- ✓ Os Cadernos de Questões e os Gabaritos Preliminares estarão disponíveis no site do **Enare** no endereço eletrônico **https://enare.ebserh.gov.br,** conforme previsto em Edital.

Cirurgia Geral

1

Mulher, 35 anos, primigesta de 28 semanas, deu entrada no pronto-socorro com dor em região abdominal, mais localizada em flanco/FID, e febre baixa. Após avaliação, foi estabelecido o diagnóstico de apendicite aguda. Em relação à apendicite aguda na gravidez, assinale a alternativa correta.

(A) A apendicite é a condição cirúrgica não obstétrica menos comum durante a gravidez.
(B) Taxas de perdas fetais de 3% a 5% são observadas com a apendicite aguda, sendo que essa taxa indifere com a apendicite perfurada infectada.
(C) A inserção da agulha de Veres ou trocarte deve ser feita sob visualização direta.
(D) A gravidez não é um fator de risco para a trombose venosa profunda e devem ser sempre usados dispositivos de proteção.
(E) A apendicectomia videolaparoscópica é contraindicada no terceiro trimestre de gravidez pelo risco de perfuração uterina.

2

Paciente de 26 anos, vai ao pronto-socorro com queixa de dor abdominal há 24 horas, de início em região epigástrica com posterior migração para fossa ilíaca direita, associada à: hiporexia, náuseas e febre baixa. Ao exame físico, apresenta dor à palpação de quadrante inferior direito com descompressão brusca. O leucograma revela 14.000 leucócitos com 6% de bastões. De acordo com o escore de alvarado para diagnóstico de apendicite aguda, qual é a pontuação desse paciente e a melhor conduta?

(A) Escore 8, apendicectomia aberta com incisão de McBurney.
(B) Escore 10, jejum e hidratação.
(C) Escore 10, apendicectomia laparoscópica.
(D) Escore 9, antibioticoterapia oral e reavaliação ambulatorial em 24h.
(E) Escore 10, realização de TC de abdome total com duplo contraste.

3

Sobre os cistos mesentéricos, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

( ) Os sintomas dependem do tamanho do cisto e, comumente, são dor abdominal, febre e vômitos.
( ) Ocorrem no mesentério do intestino delgado e do cólon.
( ) A enucleação do cisto é muito difícil na laparotomia, pois os vasos sanguíneos e a parede intestinal costumam estar aderidos ao cisto.
( ) Quando muito volumosos, pode ser feita a opção de drenagem interna para a cavidade peritoneal.
( ) O tratamento por aspiração é efetivo e apresenta baixa taxa de recorrência.

(A) F – V – V – V – F.
(B) V – V – F – V – F.
(C) V – F – V – F – V.
(D) F – V – V – V – V.
(E) V – V – V – F – F.

4

Paciente queixa-se de eructação e disfagia. Foi realizada investigação ambulatorial, com diagnóstico de hérnia hiatal por deslizamento. Qual é a melhor cirurgia a ser proposta para a paciente?

(A) Esofagomiotomia de Heller.
(B) Fundoplicatura de Nissen.
(C) Cirurgia de Serra-Doria.
(D) Cirurgia de Miles.
(E) Cirurgia de Lockhart-Mummery.

5

Paciente feminina de 35 anos, IMC 26, está em uso de inibidor de bomba de prótons há 10 anos, em dose plena. Apresenta queixa de regurgitações frequentes e perda de peso decorrente das queixas dispépticas. Leva à consulta endoscopia digestiva alta realizada há 3 meses, evidenciando: hernia hiatal de aproximadamente 8cm e esôfago distal com presença de erosões em 75% da sua circunferência. Qual é a melhor conduta perante o caso?

(A) Gastroplastia em Y de Roux.
(B) Fundoplicatura e hiatoplastia do tipo Nissen.
(C) Gastrectomia vertical tipo sleeve.
(D) Esofagomiotomia a Heller.
(E) Antrectomia e vagotomia seletiva.

6

Paciente de 45 anos, em segundo dia de pós-operatório de cirurgia bariátrica a Fobi-Capella, evolui com febre. Após investigação inicial, chega-se ao diagnóstico de atelectasia. Sobre essa complicação pós-operatória, é correto afirmar que

(A) a fisioterapia sob pressão positiva deve ser evitada pelo risco de ingestão de ar e ruptura das suturas gastrointestinais.
(B) a febre é comum no pós-operatório, não sendo necessária a investigação etiológica dessa febre.
(C) a fisioterapia respiratória só é mandatória em casos que necessitem de cuidados em UTI no pós-operatório.
(D) a fisioterapia sob pressão positiva não possui contraindicações, dada a técnica operatória utilizada.
(E) a antibioticoprofilaxia não está indicada na cirurgia bariátrica.

7

Paciente de 70 anos é admitido no hospital com quadro de dor abdominal em cólica há 7 dias, com parada de eliminação de flatos e fezes. Há 1 dia, tem piora importante da dor abdominal, contínua. Ao exame físico, apresenta abdome distendido, hipertimpânico, com sinais de peritonite. Foi realizada laparotomia de emergência, a qual evidenciou lesão estenosante em reto alto e perfuração de 2cm em ceco. Diante do caso, qual é a melhor conduta cirúrgica?

(A) Rafia cecal e colostomia em alça.
(B) Retossigmoidectomia com colostomia terminal.
(C) Colectomia direita, ileostomia e fístula mucosa.
(D) Colectomia direita e drenagem da cavidade.
(E) Colectomia total com ileostomia.

8

Uma das complicações dos tumores intra-abdominais é o sangramento. Dentre os tumores hepáticos, qual está mais associado a sangramento?

(A) Adenoma.
(B) Hemangioma.
(C) Colangiocarcinoma.
(D) Hiperplasia nodular focal.
(E) Metástases.

9

Em relação às fístulas anorretais, assinale a alternativa correta.

(A) A principal característica das fístulas anais é a febre.
(B) 15% das fístulas perianais são secundárias a um abscesso perianal.
(C) A regra de Goodsall não é aplicada às fístulas, somente a abscessos.
(D) Pequenas fístulas podem ser tratadas com cauterização química do seu orifício externo.
(E) Fístulas e abscessos anais tratam-se de estágios diferentes de uma mesma doença, a qual origina-se de uma glândula anal.

10

Paciente feminina, 75 anos, vai à consulta com queixa de nodulação endurecida em região umbilical, associada à astenia e emagrecimento de 15kg nos últimos 3 meses, com peso atual de 62kg. Após Tomografia de abdome, evidencia-se massa de 10cm em topografia gástrica. Em relação ao nódulo descrito anteriormente, é correto afirmar que

(A) se trata do "Nódulo da Irmã Maria José", o qual está relacionado a carcinoma metastático intra-abdominal.
(B) é a principal manifestação do GIST gástrico.
(C) trata-se do nódulo de Cullen, característico de tumor de suprarrenais.
(D) é um achado de exame inespecífico, sem relação com a doença da paciente.
(E) pode ser considerado disseminação por contiguidade do tumor descrito.

11

Paciente de 70 anos chega ao pronto atendimento com queixa de dor abdominal em fossa ilíaca esquerda com 36 horas de evolução. Apresenta piora progressiva do quadro, negando febre e apresentando constipação intestinal (Última evacuação há 5 dias). Ao exame físico, apresenta dor à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, com pequena massa palpável nessa topografia, sem sinais de peritonite. É solicitada uma tomografia de abdome que apresenta como laudo espessamento da parede do cólon sigmoide e borramento da gordura pericólica, com coleção de 4x6cm em pelve. Com base nesse quadro clínico, assinale a alternativa que classifica a tomografia e oferece a melhor conduta inicial para esse paciente.

(A) Hichey I – Hidratação, antibioticoterapia e analgesia.
(B) Hichey II – Punção de coleção pélvica guiada por tomografia computadorizada.
(C) Hichey IV – Laparotomia exploradora.
(D) Hichey II – Cirurgia de Hartmann.
(E) Hichey III – Colonoscopia.

12

Durante o procedimento de colecistectomia laparoscópica, passos são seguidos a fim de evitar iatrogenia. Nesse ambiente, criou-se o conceito de visão crítica de segurança. Assinale a alternativa que apresenta esse conceito.

(A) É a visualização do leito hepático através do espaço entre o ducto cístico e a artéria cística e acima desta.
(B) Manutenção da pressão intra-abdominal durante o pneumoperitônio entre 20 e 22mmHG.
(C) Confecção de pneumoperitônio no ponto de Palmer.
(D) Cirurgia realizada com presença de 2 cirurgiões experientes.
(E) Dissecção de dueto colédoco e ducto hepático direito, a fim de evitar lesão biliar inadvertida.

13

Paciente de 45 anos, obeso, vai à consulta com queixa de prolapso hemorroidário às evacuações, com redução espontânea. Refere constipação crônica associada. Dentre as seguintes alternativas, qual é a melhor proposta terapêutica para esse paciente?

(A) Venotônicos e dieta laxativa.
(B) Promontofixação laparoscópica.
(C) Dieta laxativa e atividades físicas regulares.
(D) Gastrectomia vertical do tipo sleeve.
(E) Hemorroidectomia e dieta laxativa.

14

Paciente de 34 anos encontra-se no 6º dia pós-operatório de gastrectomia vertical e vai ao pronto-socorro com queixa de alteração no aspecto do dreno abdominal colocado na cirurgia. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, afebril, FC: 70 bpm, PA: 120x80 mmHg, sem dor abdominal, dreno turvo. Foi realizado teste do azul de metileno que corou o conteúdo do dreno. Qual é a conduta recomendada para o caso nesse momento?

(A) Indicar reoperação para limpeza de cavidade abdominal e rafia de fístula.
(B) Indicar ultrassonografia de abdome e reoperação para limpeza da cavidade abdominal e redrenagem.
(C) Indicar tomografia de abdome e, se não houver coleção intra-abdominal, solicitar avaliação endoscópica para colocação de prótese.
(D) Indicar reoperação para conversão em gastroplastia em Y de Roux.
(E) Indicar angiotomografia para embolização.

15

A polipose adenomatosa familiar é uma síndrome hereditária caracterizada pelo desenvolvimento de uma grande quantidade de pólipos no intestino grosso. As pessoas com a síndrome, geralmente, começam a desenvolver esses pólipos ainda na infância, aumentando para centenas ou milhares ao longo do tempo. Os adenomas podem ocorrer também em estômago, duodeno, jejuno e íleo. Em relação aos adenomas gastroduodenais na PAF, assinale a alternativa correta.

(A) Adenomas gástricos ocorrem em apenas 5% dos doentes, porém apresentam alto risco de malignização.
(B) A gravidade da polipose duodenal pode ser avaliada pelos critérios de Spigelman, que é baseado no número, no tamanho e na histopatologia dos pólipos.
(C) No duodeno, ocorrem em até 90% dos doentes, sendo mais frequentes na primeira e na segunda porção, apresentando baixo risco de malignização
(D) Adenomas de papila são raros e com baixos índices de malignidade, sendo indicada cirurgia quando causam obstrução ou pancreatite.
(E) Os adenomas de intestino delgado são de fácil diagnóstico na ultrassonografia abdominal.

16

Mulher, 55 anos, sem comorbidades, comparece ao ambulatório trazendo colonoscopia que evidenciou pólipo séssil em ceco, medindo 15mm, removido por mucosectomia por ocasião do exame. Anatomopatológico: foco de adenocarcinoma com invasão de submucosa (Sm3) em adenoma viloso, com margens livres. Qual é a melhor conduta perante o caso?

(A) Colonoscopia em 3 meses.
(B) Antígeno Carcinoembrionário (CEA) e tomografia de abdome a cada 6 meses.
(C) Quimioterapia adjuvante.
(D) Proctocolectomia total.
(E) Colectomia direita.

17

Paciente, 32 anos, apresenta quadro de dor abdominal súbita há 3 dias e tem positivo o sinal de Rovising, o qual frequentemente é encontrado na

(A) colecistite aguda.
(B) diverticulite aguda.
(C) pancreatite aguda.
(D) pielonefrite aguda.
(E) apendicite aguda.

18

Paciente apresenta quadro de abdome agudo obstrutivo com distensão abdominal importante, história de emagrecimento e lesão endurada tocável ao exame retal. Com base na Lei de Laplace, qual é o segmento mais suscetível à ruptura?

(A) Ceco.
(B) Cólon Ascendente.
(C) Cólon Transverso.
(D) Cólon Descendente.
(E) Sigmoide.

19

Paciente apresenta quadro de Hemorragia Digestiva Alta. Durante o exame de endoscopia, foi vista lesão ulcerosa com coto vascular visível. Diante do exposto, a classificação de Forrest referente a esse caso é

(A) IA.
(B) IB.
(C) IIA.
(D) IIB.
(E) IIC.

20

Paciente, 39 anos, com queixa de pirose e regurgitação, ASA I, sem nenhuma outra queixa, sem alterações em exame físico, com história familiar conhecida sem diagnóstico de câncer, recebe como principal hipótese diagnóstica Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). Assinale a alternativa correta referente ao segmento do caso.

(A) A Endoscopia Digestiva Alta deve ser indicada de rotina.
(B) Tratamento cirúrgico é preconizado para todos os pacientes sintomáticos.
(C) Disfagia é um sintoma típico da doença.
(D) Esôfago de Barret tem diagnóstico endoscópico.
(E) Na ausência de sinais de alarme, o manejo inicial na suspeita de DRGE é Inibidor de Bomba de Próton (prova terapêutica).

21

Paciente, 63 anos, com história de constipação de longa data e sedentarismo, com dor aguda em fossa ilíaca esquerda há 2 dias, sem melhora com medicação, recebe a tomografia realizada com laudo compatível com grau 1 pela escala de Hinchey modificada. Em relação à enfermidade do caso apresentado, assinale a alternativa correta.

(A) A complicação mais frequente é a fístula cólon-vesical que necessita correção cirúrgica imediata
(B) E indicada colonoscopia durante a fase aguda.
(C) Frequentemente está associada à hemorragia digestiva baixa.
(D) Abscessos menores que 2cm respondem ao tratamento clínico com antibióticos.
(E) Esses divertículos são classificados como divertículos verdadeiros.

22

Considerando as fístulas do trato gastrointestinal, há maior sucesso de fechamento ao tratamento não operatório na seguinte condição:

(A) trajeto fistuloso curto.
(B) estado de sepse ou infecção local.
(C) trajeto epitelizado.
(D) defeito visceral menor que 1cm.
(E) obstrução visceral a jusante.

23

Paciente, 39 anos, ASA I, apresenta dor em hipocôndrio direito há 48 horas. Ao exame físico, tem Murphy positivo. Tem hemograma com 20.000 leucócitos e Ultrassonografia com vesícula biliar com parede espessada e abscesso pericolecístico. Qual é a melhor conduta, segundo critérios de Tokyo?

(A) Drenagem do abscesso guiada por imagem e cirurgia em outro momento.
(B) Tratamento clínico com antibiótico como manejo inicial.
(C) Colecistectomia videolaparoscópica em caráter de urgência.
(D) Como trata-se de uma cólica biliar e com evolução favorável após analgesia, deve-se encaminhar ao serviço de cirurgia eletiva.
(E) Como o paciente é classificado como Tokyo grau III devido à presença de abscesso, deve ser submetido à colecistostomia.

24

Assinale a alternativa que apresenta o método diagnóstico considerado padrão-ouro para a colecistite aguda

(A) Ultrassonografia.
(B) Cintilografia com HIDA.
(C) Ressonância Magnética.
(D) Tomografia com contraste.
(E) Laparoscopia.

25

Nas alterações hemodinâmicas decorrentes da laparoscopia, espera-se

(A) aumento da complacência pulmonar.
(B) diminuição do retorno venoso.
(C) diminuição da resistência vascular periférica.
(D) diminuição da pressão venosa central.
(E) diminuição da pressão intracraniana.

26

Sobre a Síndrome da Artéria Mesentérica Superior (AMS) ou de Wilkie, assinale a alternativa correta.

(A) É uma condição de difícil diagnóstico devido à semelhança com quadros de pancreatite, cólica biliar, doença ulcerosa péptica ou isquemia mesentérica.
(B) Está associada ao ganho ponderal em curto período.
(C) Na falha de medidas clínicas, o tratamento cirúrgico de escolha é ligadura da AMS em sua origem e anastomose em artéria aorta abaixo do duodeno.
(D) Ocorre devido à compressão da segunda porção duodenal pela bifurcação da AMS e da artéria aorta.
(E) Tem como clínica característica a dor abdominal pós-prandial e vômitos não biliosos.

27

Um homem de 42 anos realiza colonoscopia de rotina, com polipectomia em sigmoide. O resultado anatomopatológico evidencia um carcinoma pouco diferenciado, com invasão de camada submucosa, sem invasão linfática ou vascular. Qual é o próximo passo?

(A) Sigmoidectomia.
(B) Observação.
(C) Quimioterapia adjuvante.
(D) Radioterapia.
(E) Colonoscopia em 30 dias.

28

Na investigação de fístula de anastomoses gastrointestinais na gastrectomia com reconstrução em Y de roux, frequentemente, usa-se o teste de azul de metileno. Sobre esse teste, assinale a alternativa correta.

(A) O uso endovenoso do azul de metileno é mais seguro e mais eficaz que o uso oral do corante.
(B) No caso de anastomoses colorretais, o teste é mais sensível e específico em detrimento a anastomoses gastroenterais.
(C) O teste de azul de metileno não pode ser usado no intraoperatório devido ao risco de contaminação.
(D) O dreno abdominal pode corar-se de azul na presença de fístula gastroenteral.
(E) O teste de azul de metileno pode ser usado na ausência de dreno abdominal.

29

Um paciente de 85 anos, cardiopata, chega ao hospital com dor abdominal intensa, de início há 3 horas, associada a náuseas intermitentes. O exame físico abdominal revela dor leve à palpação, diminuição de ruídos e distensão, sem irritação peritoneal. Considerando o quadro do paciente, assinale a alternativa correta.

(A) Coronariopatas, e pacientes com doença aterosclerótica sistêmica estão menos propensos à embolia arterial mesentérica.
(B) Na fase inicial da isquemia mesentérica aguda, a camada mais afetada da parede intestinal é a camada serosa.
(C) Caso seja realizada a laparotomia e evidenciada necrose de intestino delgado, o ramo arterial para o segmento afetado deve ser controlado e uma embolectomia segmentar deve ser realizada imediatamente.
(D) Com a evolução acerca do diagnóstico desses pacientes, a taxa de mortalidade e as complicações tardias, como a síndrome do intestino curto, diminuíram drasticamente nos últimos anos.
(E) A angiotomografia é o exame de escolha na suspeita de isquemia mesentérica aguda.

30

Paciente masculino de 44 anos, com histórico de colelitíase, vai ao pronto atendimento devido à dor abdominal intensa, em faixa, com irradiação para dorso, associada a náuseas e vomitos. Após investigação inicial, o paciente apresenta hiperamilasemia, sugerindo diagnóstico de pancreatite. Qual é a melhor conduta perante o caso?

(A) Jejum, hidratação e antibioticoterapia.
(B) Jejum, hidratação e programação ambulatorial de colecistectomia.
(C) Dieta geral e colecistectomia em 24h.
(D) Jejum, hidratação e colecistectomia com colangiografia intraoperatória na mesma internação.
(E) Jejum, hidratação e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica de urgência em até 24h.

31

A esplenectomia, como a maioria das cirurgias, não está isenta de complicações. Em relação às complicações pós-esplenectomia, é correto afirmar que

(A) a ligadura conjunta dos vasos esplênicos diminui o risco de fístula arteriovenosa.
(B) a fístula pancreática por secção inadvertida da cauda pancreática é comum e necessita de tratamento cirúrgico na maior parte dos casos, com identificação e ligadura do ducto de Wirsung distal.
(C) o aparecimento de leucocitose pós-esplenectomia no pós-operatório imediato sempre é preocupante e antibióticos de largo espectro devem ser iniciados de forma precoce, mesmo sem evidência clínica de processo infeccioso.
(D) o aparecimento de trombocitose aumenta o risco de complicações tromboembólicas e o paciente deve ser anticoagulado com Warfarin antes da alta hospitalar.
(E) existe risco de sepse fulminante por bactérias encapsuladas e o paciente deve ser vacinado contra pneumococo, meningococo e haemophilus influenza.

32

Paciente de 55 anos foi submetido à gastrectomia com reconstrução em Y de Roux devido a adenocarcinoma gástrico. O dreno abdominal, no 4º dia de pós-operatório, apresentou débito de 700mL de coloração acastanhada. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico clínico mais provável para essa situação.

(A) Fístula linfática.
(B) Fístula pancreática.
(C) Fístula duodenal.
(D) Fístula biliar.
(E) Fístula colônica.

33

Paciente de 85 anos, está internado em leito de enfermaria, em tratamento de pneumonia. Tem diagnóstico prévio de doença de chagas. No quinto dia de internamento, desenvolve distensão abdominal e parada na eliminação de fezes e flatos. A Radiografia simples de abdome evidencia imagem sugerindo volvo sigmoideo. Qual tratamento inicial deve ser instituído ao paciente?

(A) Hidratação e antibioticoterapia.
(B) Enema baritado.
(C) Laparotomia e colostomia em alça.
(D) Sigmoideoscopia descompressiva.
(E) Cirurgia de Hartmann.

34

Durante o exame de colonoscopia, é frequente a presença de pólipos. Dentre os seguintes tipos de pólipos, qual está associado ao maior risco de transformação maligna?

(A) Adenoma Tubular.
(B) Adenoma Viloso.
(C) Pseudopólipo.
(D) Adenoma tubuloviloso.
(E) Lesão plana.

35

A terceira causa de mortalidade nos EUA é o adenocarcinoma de cólon e reto, e o seu rastreio é a principal forma de combate. Em relação à essa prevenção, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

( ) A maioria dos pacientes é de risco mediano para o desenvolvimento do CCR, ou seja, não tem histórico pessoal ou familiar de CCR ou de pólipos e nenhuma doença predisponente.
( ) Pacientes portadores de síndromes hereditárias ou aqueles com doença inflamatória intestinal devem seguir o mesmo protocolo de rastreamento dos pacientes com risco mediano.
( ) A pesquisa de sangue oculto (PSO) unicamente não é um teste adequado para detecção pólipos ou adenocarcinomas em qualquer grupo de risco.
( ) A retossigmoidoscopia flexível associada com a pesquisa de sangue oculto é um exame adequado para pacientes com história familiar.

(A) V – V – V – F.
(B) V – F – V – F.
(C) F – F – V – V.
(D) V – V – F – V.
(E) V – F – V – V.

36

Conforme a classificação de Hinchey para diverticulite aguda complicada, o estágio III refere-se

(A) à peritonite fecal generalizada.
(B) à peritonite generalizada purulenta.
(C) a abscesso pericólico ou mesentérico.
(D) a abscesso pélvico bloqueado.
(E) à perfuração sem abscesso.

37

Paciente de 75 anos apresenta quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, com início há 72h dias, associado à febre 38,1 graus. Ao exame fisico, apresenta sinal de Murphy e dor à palpação de todo abdome. Foram realizados exames laboratoriais, os quais evidenciaram: leucograma 19.000 leucócitos com 8% de bastões, creatinina 1,5mg/dL. Tomografia de abdome: vesícula biliar com paredes espessadas, ausência de coleções intra-abdominais. Com base no quadro clínico descrito, assinale a alternativa que classifica o paciente e oferece a melhor conduta para ele.

(A) Tokyo I – Hidratação, analgesia e colecistectomia eletiva após 8 semanas.
(B) Tokyo III – Antibioticoterapia e internação em unidade intensiva.
(C) Tokyo I – Colecistectomia laparoscópica.
(D) Tokyo II – Colecistostomia percutânea.
(E) Tokyo II – Colecistectomia laparoscópica e antibioticoterapia.

38

Criança de 3 anos chega ao pronto atendimento vítima de atropelamento. Após abordagem inicial, nota-se que a criança encontra-se hipotensa. Após falha de acesso venoso periférico, qual é o próximo passo para manutenção de via para infusão de cristaloides e hemocomponentes é

(A) Cateterizar a veia femoral.
(B) Cateterizar a veia jugular externa.
(C) Cateter intraósseo.
(D) Cateterizar a veia occipital.
(E) Cateterizar a veia cefálica.

39

Paciente, 35 anos, trabalhador braçal, sem comorbidades, vai ao pronto-socorro com queixa de dor intensa em região inguinal direita há 2 horas. Ao exame físico, apresenta hérnia inguinal direita não redutível. Perante esse quadro, qual é a melhor conduta?

(A) Tomografia computadorizada de abdome.
(B) Laparotomia mediana.
(C) Analgesia e encaminhamento ao ambulatório para hernioplastia eletiva.
(D) Herniorrafia de emergência.
(E) Internação em UTI e exame físico seriado.

40

Homem, 25 anos, segundo dia de pós-operatório de apendicectomia aberta, com dor no local da ferida operatória, enfisema subcutâneo e edema. Leucograma: 14.000 leucócitos bast. 4%. Assinale a alternativa que apresenta os patógenos que são os prováveis causadores dessa complicação.

(A) Enterobactérias e anaeróbios.
(B) Espécies de fungos e anaeróbios.
(C) Bacilos gram-negativos e enterobactérias.
(D) Cocos gram-positivos e espécies de cândidas.
(E) Estreptococos B-hemolíticos ou espécies de clostridianas.

41

Uma mulher de pele clara de 52 anos apresenta uma lesão enegrecida de aproximadamente 1,5cm em região de antebraço, com contorno irregular, com crescimento rápido e progressivo. Qual é a melhor maneira de se realizar a biópsia dessa lesão e quais serão os fatores de pior prognóstico que podem ser encontrados no anatomopatológico, caso se confirme a hipótese de melanoma, para orientar a paciente?

(A) Realizar biópsia excisional da lesão, de maneira que a cicatriz fique longitudinal ao antebraço, permitindo melhor ampliação se necessário. Prognóstico pior quanto maior a espessura (Breslow) da lesão e presença de ulceração.
(B) Realizar biópsia incisional da lesão, de maneira que a cicatriz fique transversa ao antebraço, seguindo as linhas de Langerhans. Prognóstico pior quanto maior a extensão da lesão e maior número de mitoses.
(C) Realizar ressecção da lesão com margens de 8mm, de maneira que a cicatriz fique transversa ao antebraço, seguindo as linhas de Langerhans. Prognóstico pior quanto maior a profundidade (nivel de Clark) da lesão e presença de ulceração.
(D) Realizar biópsia incisional da lesão, de maneira que a cicatriz fique longitudinal ao antebraço, permitindo posterior ressecção e ampliação. Prognóstico pior quanto maior espessura (Breslow) da lesão e presença de ulceração.
(E) Realizar biópsia excisional da lesão, de maneira que a cicatriz fique longitudinal ao antebraço. Prognóstico pior quanto maior a extensão da lesão e presença de ulceração.

42

Após uma gastrectomia parcial com reconstrução tipo Billroth II, uma paciente apresenta náuseas, dor abdominal em cólicas, diarreia explosiva, palpitações, diaforese e taquicardia logo após a alimentação. Qual é a provável causa desses sintomas e qual deve ser a orientação para a paciente?

(A) Síndrome de dumping tardio / ingerir os alimentos de forma mais lenta e evitar alimentos com grande quantidade de proteínas e gordura.
(B) Síndrome da alça aferente / conversão cirúrgica da anastomose para Billroth I.
(C) Síndrome da alça eferente / intervenção cirúrgica com redução da hérnia retroanastomótica.
(D) Síndrome da gastrite alcalina / evitar alimentos alcalinos e usar inibidores da bomba de prótons.
(E) Síndrome de dumping precoce / evitar alimentos com grande quantidade de açúcar, ingestão de pequenas refeições ricas em proteínas e gordura.

43

Assinale a alternativa que corresponde a complicações que mais comumente podem estar relacionadas à tireoidectomia total

(A) Hipercalcemia e hipertireoidismo.
(B) Hipotireoidismo e hiperparatireoidismo.
(C) Hipocalcemia e rouquidão.
(D) Hiperparatireoidismo e dispneia.
(E) Hipocalcemia e hiperparatireoidismo.

44

Um paciente de 85 anos, em uso de quetiapina e clorpromazina, apresenta distensão abdominal súbita não associada à dor. Realizou um exame contrastado do intestino (enema opaco) que evidenciou passagem do contraste por todo o intestino, sem interrupções. Quais são o provável quadro clínico desse paciente e o tratamento inicial a ser realizado?

(A) Síndrome de Murphy / Descompressão colonoscópica.
(B) Síndrome de Ogilvie / sonda nasogástrica, correção hidroeletrolítica e interromper medicações neurolépticas.
(C) Obstrução intestinal aguda / sonda nasogástrica, correção hidroeletrolítica e laparotomia exploradora se não houver melhora.
(D) Síndrome de Boerhaave / laparotomia exploradora para avaliação e ressecção intestinal do segmento afetado.
(E) Volvo intestinal / descompressão colonoscópica.

45

Assinale a alternativa que apresenta corretamente as principais vacinas recomendadas para imunização de pacientes submetidos à esplenectomia.

(A) H. influenzae tipo B, meningocócica e pneumocócica.
(B) Tríplice bacteriana, tríplice viral e Influenza.
(C) Hepatite B, meningocócica e pneumocócica.
(D) H. influenzae tipo A, meningocócica e pneumocócica.
(E) Tríplice viral, meningocócica e pneumocócica.

46

Um paciente com quadro de pancreatite biliar aguda é admitido no pronto atendimento. Qual das seguintes alternativas NÃO apresenta critérios que, juntos, classificariam o paciente em quadro de pancreatite grave?

(A) Paciente com 80 anos, glicose = 250mg/dL e lactato desidrogenase = 450UI/L.
(B) Paciente com 72 anos, cálcio sérico = 7,2mg/dL e déficit de base = 6mEq/L após 48h de admissão.
(C) Paciente com 75 anos, aspartato aminotransferase = 260UI/L e lactato desidrogenase = 320UI/L.
(D) Paciente com 81 anos, glicose = 320mg/dL, redução do hematócrito de 12% e cálcio sérico = 7,5mg/dL após 48h de admissão.
(E) Paciente com aspartato aminotransferase = 280UI/L, glicose = 230mg/dL e cálcio sérico = 7mg/dL após 48h de admissão.

47

Um paciente de 50 anos com diagnóstico de colelitíase e coledocolitíase foi submetido à Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) com esfincterotomia e retirada de 2 cálculos da via biliar. Com base no exposto, assinale a alternativa correta.

(A) O paciente pode ser considerado tratado, com baixo risco de recorrência de patologias da via biliar.
(B) O paciente deve ser submetido, em breve, a uma colecistectomia eletiva, pois quase 50% dos pacientes têm recorrência dos sintomas de doença do trato biliar.
(C) O paciente deve fazer uma nova CPRE de controle, em breve, para confirmar o tratamento da patologia e excluir que há um novo cálculo na via biliar.
(D) O paciente deverá realizar uma colangioressonância para avaliar melhor a via biliar, agora que já foi submetido a um tratamento para retirá-lo de uma situação de urgência.
(E) O paciente deve ser submetido, a seguir, a uma colecistectomia eletiva com coledocotomia para melhor avaliação da via biliar.

48

Durante uma fundoplicatura gástrica à Nissen, quais vasos podem ser ligados para uma melhor mobilização do fundo gástrico durante o procedimento?

(A) Artéria e veia gástrica esquerda.
(B) Artéria e veia gástrica direita.
(C) Vasos gástricos curtos.
(D) Vasos gastroepiploicos.
(E) Ramos esofágicos da artéria gástrica esquerda.

49

Uma mulher de 77 anos será submetida a uma cirurgia da pelve por câncer. Para profilaxia de Trombose Venosa Profunda (TVP), qual é a melhor recomendação para essa paciente?

(A) Iniciar profilaxia de TVP com enoxaparina 40mg SC de 12-24h após a cirurgia e manter por 24 horas.
(B) Iniciar profilaxia para TVP com xarelto 15mg via oral de 12 /12h após a cirurgia e manter por 48h.
(C) Orientar sobre a recomendação de deambulação precoce e, caso isso seja seguido, será suficiente para profilaxia de TVP para essa paciente.
(D) Iniciar profilaxia de TVP com enoxaparina 40mg SC de 12-24h após a cirurgia e manter por pelo menos 7-10 dias após o procedimento.
(E) Iniciar profilaxia de TVP com uso de meia elástica no pós-operatório imediato e orientação de deambulação precoce serão suficientes para profilaxia nesse caso.

50

Sobre os tumores carcinoides, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Os carcinoides do intestino delgado surgem das células enterocromafins (células de Kulchitsky) encontradas nas criptas de Lieberkühn.
(B) A maioria (aproximadamente 75%) dos carcinoides gastrointestinais é maior que 1 cm de diâmetro e aproximadamente 2% destes estão associados a metástases.
(C) A síndrome carcinoide maligna, que inclui manifestações vasomotoras, cardíacas e gastrointestinais, está mais associada a tumores carcinoides do trato gastrointestinal, particularmente do intestino delgado.
(D) Os fatores humorais considerados contribuintes para a síndrome carcinoide incluem a serotonina, o 5-hidroxitriptofano, a histamina, a dopamina, a calicreína, a substância P, a prostaglandina e o neuropeptídeo K.
(E) Um marcador útil para identificação de tumores carcinoides é a concentração plasmática de cromogranina A, que está elevada em mais de 80% dos pacientes com essa patologia.

51

Uma paciente do sexo feminino apresenta uma herniação em região lateral direita, inferiormente ao ligamento inguinal. Quais são o provável tipo de hérnia dessa paciente e a técnica mais tradicionalmente empregada para correção dessa hérnia?

(A) Hérnia inguinal direta – técnica de Bassini – sutura dos arcos musculoaponeuróticos do transverso abdominal e oblíquo interno ou tendão conjunto ao ligamento inguinal.
(B) Hérnia femoral – técnica de Shouldice – sutura da margem da aponeurose do oblíquo do abdome ao transverso do abdome.
(C) Hérnia inguinal indireta – técnica de Lichtenstein – instalação e sutura de tela inabsorvível ao ligamento inguinal.
(D) Hérnia femoral – técnica de Mc Vay – sutura da margem da aponeurose do transverso do abdome ao ligamento de Cooper.
(E) Hérnia inguinal direita – técnica de Mc Vay – sutura da margem da aponeurose do oblíquo do abdome ao ligamento de Cooper.

52

Após uma colisão auto X moto, uma paciente de 28 anos encontra-se deitada no local do evento e a equipe de atendimento relata que ela possui abertura ocular apenas ao estímulo álgico, resposta verbal ausente e resposta motora com retirada ao estímulo de dor. Qual é a pontuação na escala de coma Glasgow dessa paciente e qual é a melhor conduta a ser tomada?

(A) 9 / ventilação com cânula Guedel.
(B) 10 / intubação orotraqueal.
(C) 7 / intubação orotraqueal.
(D) 8 / intubação nasotraqueal.
(E) 11 / ventilação com máscara laríngea.

53

Assinale a alternativa que corresponde ao nome dado para a ruptura esofágica ocorrida após episódios de êmese.

(A) Síndrome de Dieulafoy.
(B) Síndrome de Boerhaave.
(C) Síndrome de Mallory-Weiss.
(D) Síndrome de Gilbert.
(E) Síndrome de Ogilve.

54

Um paciente de 25 anos sofreu um trauma contuso em abdome e foi examinado pelo médico do pronto atendimento, o qual detectou que o paciente apresenta o sinal de Kehr. Como provavelmente foi detectado esse sinal e qual é a provável alteração encontrada nesse paciente?

(A) Dor ou pressão no epigástrio ou no tórax anterior com persistente pressão firme aplicada em fossa ilíaca direita / ruptura de víscera abdominal.
(B) Massa da parede abdominal que não cruza na linha média e permanece palpável quando contraído o reto / hemoperitônio.
(C) Pulso aumentado quando o abdome dolorido é palpado / ruptura de víscera abdominal.
(D) Dor após elevação e extensão da perna contra resistência / hemoperitônio
(E) Dor no ombro esquerdo após pressão realizada no abdome superior esquerdo com o paciente em decúbito dorsal / hemoperitônio.

55

Um paciente é admitido no início da manhã no pronto atendimento com hematêmese importante e hipotensão associada à taquicardia. É realizada ressuscitação volêmica, com melhora parcial dos parâmetros hemodinâmicos. Só haverá endoscopista na escala do hospital no dia seguinte, à tarde. Qual é a melhor atitude diante dessa situação?

(A) Solicitar exames laboratoriais, avaliar a necessidade de transfusão sanguínea e aguardar a estabilidade para realizar Endoscopia Digestiva Alta (EDA) no dia seguinte.
(B) Realizar lavagem gástrica com soro fisiológico após passagem de sonda nasogástrica e aguardar o dia seguinte, após chegada do médico endoscopista, para solicitar EDA para o paciente.
(C) Tentar estabilizar o paciente com aumento da hidratação, solicitação de exames laboratoriais e de concentrado de hemácias para hemotransfusão. Aguardar para realizar EDA após 24 horas da admissão.
(D) Transfundir concentrados de hemácias, plaquetas e plasma e aguardar a chegada do médico endoscopista no dia seguinte para solicitar EDA.
(E) Solicitar exames laboratoriais, avaliar a necessidade de transfusão sanguínea e solicitar EDA de urgência ao endoscopista de sobreaviso, diante da instabilidade mantida do paciente.

56

Um homem de 72 anos apresenta queixa de obstrução na garganta, tosse, salivação excessiva e disfagia, além de regurgitação de odor fétido. Qual é o provável diagnóstico desse paciente e qual é a característica dessa patologia?

(A) Divertículo de Zenker – herniação entre as fibras do músculo tireofaríngeo e cricofaríngeo.
(B) Doença do refluxo gastroesofágico – refluxo de líquido alcalino na região do esôfago médio e proximal.
(C) Divertículo de Meckel – herniação entre as fibras da camada muscular própria esofágica e músculo cricofaríngeo.
(D) Divertículo de Zenker – herniação entre as fibras do músculo cricotireóideo e crico-aritenóideo.
(E) Doença do refluxo gastroesofágico – refluxo de líquido ácido na região do esôfago médio e proximal.

57

Um homem de 82 anos, com Alzheimer, é admitido no pronto atendimento, acompanhado pela filha, com dor abdominal, principalmente em fossa ilíaca esquerda, há 2 dias. Foi encaminhado imediatamente ao centro cirúrgico e submetido à laparotomia exploratória, mostrando intenso processo inflamatório em transição retossigmóidea (provável diverticulite) com perfuração intestinal nessa região. Após a cirurgia, a acompanhante percebe que o paciente está colostomizado e questiona, com surpresa e revolta, sobre o procedimento. Qual conduta teria sido a mais correta nessa situação e qual foi a provável cirurgia realizada?

(A) Orientar o paciente e acompanhantes sobre a indicação cirúrgica e que será feito o que for necessário ao paciente, sem grandes detalhamentos, já que será definido o tipo de cirurgia durante o intraoperatório – retossigmoidectomia com anastomose primária e colostomia protetora
(B) Orientar rapidamente o paciente e acompanhante que será necessária cirurgia de urgência e que será conversado posteriormente com eles sobre o que foi realizado durante a cirurgia – retossigmoidectomia a Hartmann
(C) Orientar o paciente, logo que for indicada a cirurgia, sobre a conduta e conversar também com ele, após a cirurgia, sobre o procedimento realizado, mantendo o sigilo médico – retossigmoidectomia do segmento perfurado.
(D) Orientar o paciente e acompanhantes sobre a indicação cirúrgica, sobre os principais riscos e as possibilidades da cirurgia, incluindo ostomias, com termo de consentimento assinado, e conversar, após a cirurgia, com os acompanhantes sobre o procedimento realizado e estado do paciente – retossigmoidectomia a Hartmann.
(E) Orientar o paciente sobre a indicação da cirurgia e seus principais riscos e, após a cirurgia, orientar os acompanhantes sobre os detalhes do procedimento que foi realizado, as complicações e os cuidados que serão necessários – retossigmoidectomia com colostomia protetora.

58

Uma paciente de 16 anos com transtornos mentais deglutiu uma agulha de costura há 1 dia. Chega ao pronto atendimento, sem queixas, levada pela mãe, desesperada, referindo que não quer que a filha seja submetida à cirurgia. Foi realizada uma radiografia de abdome e o corpo estranho foi identificado na topografia de intestino delgado. Qual é a melhor conduta a ser tomada diante desse caso?

(A) Acompanhar o corpo estranho (agulha) com radiografia seriada e não indicar cirurgia, atendendo ao desejo da mãe da paciente.
(B) Indicar laparotomia exploradora com enterotomia e orientar a mãe que, apesar do seu desejo, a paciente deve ser submetida à cirurgia devido ao risco de complicações que podem ser geradas no tratamento não operatório.
(C) Observar a paciente e orientar a mãe que, independente do seu desejo, será realizado o que for melhor para paciente. No caso, está indicada cirurgia para retirada do corpo estranho após passagem da agulha pela válvula ileocecal.
(D) Acompanhar o corpo estranho (agulha) com radiografia seriada e orientar a mãe que pode ser necessária cirurgia, que deve ser realizada caso a paciente esteja em risco iminente de complicações, independente do desejo da mãe, que deve ser orientada para melhor compreensão do caso.
(E) Indicar endoscopia digestiva alta como alternativa para a indicação de cirurgia para a retirada do corpo estranho, tendo em vista o desejo da mãe.

59

Sobre o câncer de pulmão, é correto afirmar que

(A) o adenocarcinoma é o tipo histológico menos frequente, responsável por 10% de todos os cânceres pulmonares.
(B) a maioria dos adenocarcinomas está localizada perifericamente e tende a apresentar metástase mais precocemente do que o carcinoma de células escamosas.
(C) o carcinoma de células escamosas ocorre em aproximadamente 70% dos pacientes com câncer pulmonar e a maioria está localizada perifericamente.
(D) o câncer de pequenas células representa cerca de 50% dos cânceres pulmonares e a maioria está localizada perifericamente.
(E) o câncer de pequenas células é frequentemente localizado, indolente e com boa resposta à radioterapia.

60

Um paciente que sofreu um acidente automobilístico chega ao pronto atendimento com frequência cardíaca de 125, pressão arterial reduzida e confuso. Quais são a provável estimativa de perda sanguínea desse paciente e o melhor tipo de tratamento?

(A) 15-30% / cristaloides.
(B) 0-15% / cristaloides e sangue.
(C) >40% / cristaloides e coloides.
(D) 30-40% / cristaloides e sangue.
(E) 15-30% / cristaloides e sangue.

61

Assinale a alternativa que apresenta uma artéria que é ramo do tronco celíaco.

(A) Artéria ilíaca direita.
(B) Artéria gástrica esquerda.
(C) Artéria pulmonar esquerda.
(D) Artéria subclávia esquerda.
(E) Artéria torácica interna.

62

Em quadros sugestivos de apendicite aguda, um achado que colabora o diagnóstico clínico é o sinal de Rovsing, que é positivo quando o paciente apresenta

(A) dor à palpação profunda no ponto de McBurney.
(B) dor à extensão do quadril direito.
(C) dor à descompressão brusca em fossa ilíaca direita.
(D) dor em fossa ilíaca direita à palpação de fossa ilíaca esquerda.
(E) dor à punho-percussão realizada na fossa lombar do paciente, na altura dos flancos.

63

O arco de Riolan deriva de qual artéria?

(A) Artéria mesentérica superior.
(B) Artéria sacral mediana.
(C) Artéria ilíaca comum.
(D) Artéria renal direita.
(E) Artéria gonadal.

64

A obstrução causada por volvo de sigmoide é uma obstrução em alça fechada, apresentando risco importante de perfuração, caso não tratada a tempo. Em um paciente com obstrução por volvo de sigmoide, apresentando sinais de peritonite e pneumoperitônio denotando perfuração, já com tentativa de resolução endoscópica, porém sem sucesso, qual é a melhor conduta?

(A) Inguinotomia.
(B) Lise de aderências.
(C) Colectomia total.
(D) Laparotomia exploradora e apenas drenagem da cavidade.
(E) Cirurgia de Hartmann.

65

Paciente dá entrada no pronto-socorro com dor muito intensa graduada em 9/10 e contínua no hipocôndrio direito, com início há 8 horas. Refere náuseas e vômitos associados. No exame físico, paciente se encontra febril, sinal de Murphy positivo e, ao exame laboratorial, vê-se leucocitose. Sem ter muita certeza do diagnóstico, você quer pedir mais exames. Qual é o exame padrão-ouro para pedir nesse caso?

(A) Tomografia Computadorizada.
(B) Radiografia.
(C) Ressonância Magnética.
(D) Colecintilografia com DISIDA.
(E) Colonoscopia.

66

Para se fazer o diagnóstico de apendicite aguda, há diversas manobras que auxiliam no exame físico. A respeito desse assunto, analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta as corretas.

I. A manobra do obturador consiste na rotação interna do quadril direito flexionado e, quando positivo, paciente refere dor a essa movimentação.
II. Quando o paciente refere dor em fossa ilíaca direita causada pela suave tração do testículo esquerdo, esse sinal é chamado sinal de Ten Horn positivo.
III. No sinal de Dunphy, o paciente refere dor à percussão do ponto de McBurney ou refere dor ao tossir.
IV. O sinal de Aaron consiste na dor ou na pressão em hipogástrio ao aplicar pressão persistente no ponto de McBurney ou fossa ilíaca direita.

(A) Apenas I, II e IV.
(B) Apenas II e III.
(C) Apenas II e IV.
(D) Apenas I e III.
(E) I, II, III e IV.

67

Paciente masculino, 49 anos, queixa-se de dor abdominal em hipocôndrio direito há 5 dias, associada a episódios de náuseas e vômitos. Ao exame físico, apresenta-se em mal estado geral, com rebaixamento do nível de consciência, ictérico 3+/4+, Tax = 38,5°C, FC = 132bpm, SaO2 em aa = 94%, tempo de enchimento capilar > 2 segundos, PA = 75x40 mmHg. Abdome plano, doloroso em hipocôndrio direito e sem visceromegalias. Exames laboratoriais: Hb: 13,0 g/dL; leucócitos: 15.000/mm³; creatinina sérica: 3,1 mg/dL; bilirrubinas totais: 6,7 mg/dL; AST 150 U/L; ALT: 101 U/L; Gama-GT 980 U/L; FAL: 748 U/L; amilase: 80 U/L. Diante desse quadro, o diagnóstico mais provável, sua apresentação clínica e a conduta adequada são, respectivamente:

(A) colangite; síndrome colestática; colecistectomia videolaparoscópica de urgência.
(B) colangite; pêntade de Reynolds; estabilização hemodinâmica e colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
(C) coledocolitíase; tríade de Charcot; reposição volêmica e colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
(D) pancreatite; choque séptico; antibioticoterapia e hidratação e laparotomia exploradora.
(E) pancreatite; pêntade de Reynolds; estabilização hemodinâmica e antibioticoterapia.

68

Paciente masculino, 54 anos, atendido na emergência por parada de eliminação de fezes há 4 dias, associada a vômitos biliosos e náuseas. Foi realizado Raio-X com o seguinte resultado: sem pneumoperitônio, com achados de sinal de empilhamento de moeda. Ao exame físico, constatam-se: abdome plano, timpânico, indolor à palpação, sem visceromegalias ou sinais de irritação peritoneal. Cirurgias prévias: laparotomia exploradora, devido à apendicectomia complicada, há 10 anos. Os prováveis diagnósticos sindrômicos e etiológico e a conduta desse paciente são, respectivamente:

(A) abdome agudo inflamatório; diverticulite aguda; tratamento clínico com sonda gástrica, jejum e antibioticoterapia.
(B) abdome agudo vascular; embolia artéria mesentérica superior; suporte hemodinâmico e anticoagulação
(C) abdome agudo obstrutivo; isquemia oclusiva da artéria mesentérica; laparotomia exploradora.
(D) obstrução intestinal baixa; neoplasia de cólon; tratamento clínico inicial com sonda nasogástrica e antibioticoterapia.
(E) obstrução intestinal alta; bridas e aderências; tratamento clínico inicial com sonda nasogástrica e jejum nos primeiros dias.

69

Paciente feminina, 24 anos, chegou ao pronto-socorro com queixa de dor abdominal aguda, iniciada há cerca de 7 horas, com piora progressiva, inicialmente difusa e posteriormente localizada na região suprapúbica discretamente lateralizada para a direita e associada a náuseas. Refere que a última menstruação ocorreu há cerca de 23 dias. Ao exame, encontrava-se em regular estado geral, consciente, orientada, hidratada, temperatura axilar de 36.9°C, FC= 120bpm, FR=23irpm, PA: 85x60mmHg, ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular em 2 tempos com bulhas sem sopros e ausculta respiratória com murmúrio vesicular fisiológico. Abdome plano, doloroso à palpação no andar inferior direito e com dor à descompressão brusca nessa região.

Diante de quadro clínico, quais são os prováveis diagnóstico sindrômico e nosológico e os exames solicitados?

(A) Abdome agudo inflamatório; gravidez ectópica rota; B-HCG, ultrassonografia de abdome e hemograma completo.
(B) Abdome agudo hemorrágico; torção de cisto de ovário; B-HCG, ultrassonografia de abdome e hemograma completo.
(C) Abdome agudo hemorrágico; gravidez ectópica rota; B-HCG, ultrassonografia de abdome e hemograma completo.
(D) Abdome agudo inflamatório; apendicite; tomografia computadorizada e hemograma completo.
(E) Abdome agudo inflamatório; diverticulite; ultrassonografia de abdome e hemograma completo.

70

Paciente masculino, 63 anos, apresenta episódio de dor abdominal súbita, ''em barra'', em andar superior do abdome, com irradiação para o dorso. Ao exame físico, o paciente se apresenta em regular estado geral, T = 37,9°C, FC = 122bpm, pulso fino e hipotensão. Durante a admissão, foram realizados exames laboratoriais: Hb: 13,0 g/dL; leucócitos: 16.000/mm³; creatinina sérica: 3,1 mg/dL; bilirrubinas totais: 6,7 mg/dL; AST 350 U/L; ALT: 101 U/L; Gama-GT 980 U/L; FAL: 748 U/L; Amilase: 80 U/L; LDH: 370 U/L; Glicemia: 221mg/dL. De acordo com os critérios de Ranson para pancreatite aguda, a taxa de mortalidade do paciente se classifica em

(A) 2% - 0 a 2 critérios.
(B) 15% - 3 a 4 critérios.
(C) 40% - 5 a 6 critérios.
(D) 70% - 7 a 8 critérios.
(E) 90 a 100% - 9 ou mais critérios.

71

Relacione as colunas, de acordo com os critérios de Balthazar e os achados tomográficos presentes na pancreatite aguda, e assinale a alternativa com a sequência correta.

1. Edema Pancreático.
2. Coleção líquida única.
3. Inflamação peripancreática.
4. Pâncreas normal.
5. Presença de gás.

( ) Balthazar Grau A.
( ) Balthazar Grau B.
( ) Balthazar Grau C.
( ) Balthazar Grau D.
( ) Balthazar Grau E.

(A) 1 – 3 – 4 – 2 – 5.
(B) 2 – 1 – 3 – 5 – 4.
(C) 3 – 4 – 2 – 5 – 1.
(D) 4 – 1 – 3 – 2 – 5.
(E) 4 – 3 – 2 – 1 – 5.

72

Paciente masculino, 27 anos, encontra-se em primeiro dia pós-operatório de apendicectomia por apendicite aguda perfurada, sonolento e hipoativo há 2 horas. Acompanhante relata que, antes disso, apresentou 3 episódios de vômitos, de conteúdo bilioso, em grande quantidade. Desde o momento da cirurgia, encontra-se em jejum e ainda não evacuou, mas está eliminando flatos. Exame físico: REG, hipoativo, descorado 3+/4+, anictérico. T = 37,5 ºC, FC = 107 bpm, FR = 16 irpm, PA = 100 x 70 mmHg. Abdome: ruídos hidroaéreos presentes propulsivos, com dor à palpação profunda em região próxima à ferida cirúrgica, sem reação peritoneal. Quais são o diagnóstico mais provável e a conduta adequada?

(A) Infecção da ferida operatória; antibioticoterapia e limpeza da ferida.
(B) Obstrução intestinal; conduta expectante e vigilância hemodinâmica.
(C) Abscesso intracavitário; antibioticoterapia e hidratação venosa.
(D) Abdome agudo hemorrágico; reabordagem cirúrgica por videolaparoscopia.
(E) Abdome agudo vascular; vigilância hemodinâmica e hidratação venosa.

73

Considerando a anatomia da cavidade abdominal, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A artéria torácica interna possui os seguintes ramos: artéria epigástrica superior e artéria musculofrênica.
(B) Os nervos ílio-hipogástrico e ilioinguinal fazem parte da inervação da cavidade abdominal.
(C) A artéria hepática comum cursa entre a cabeça do pâncreas e a borda inferior do fígado para o ligamento hepatoduodenal.
(D) A aorta abdominal começa no hiato aórtico do diafragma no plano da vértebra L2.
(E) Um ramo da artéria subclávia é a artéria torácica interna.

74

A veia porta do fígado é a maior veia do corpo humano, com diâmetro médio de 10,2 mm. Essa veia é formada pelas veias:

(A) cava inferior e esplênica.
(B) esplênica e mesentérica superior.
(C) cava inferior e gástrica esquerda.
(D) mesentérica inferior e esplênica.
(E) gástrica esquerda e mesentérica inferior.

75

Paciente, 55 anos, 80 kg, 165 cm, com diagnóstico de discrasia sanguínea, precisa de punção de acesso venoso central. Considerando os locais de inserção do acesso venoso central, qual local geralmente é evitado para realizar a punção nesse paciente?

(A) Veia subclávia.
(B) Veia jugular interna.
(C) Veia antecubital.
(D) Veia jugular externa.
(E) Veia femoral.

76

Durante a realização de colectomia direita por vídeo com princípios oncológicos, qual dos seguintes vasos deve ser seccionado?

(A) Artéria ileocólica.
(B) Artérias sigmoideanas.
(C) Artéria retal superior.
(D) Artéria gástrica esquerda.
(E) Artéria esplênica.

77

O quadro de apendicite aguda, na maioria dos casos, tem como característica inicial a obstrução intraluminal. Essa obstrução é causada mais frequentemente por

(A) retocolite ulcerativa.
(B) parasitose.
(C) fecálito.
(D) doença de Crohn.
(E) corpo estranho.

78

Paciente masculino, 72 anos, chega ao serviço de emergência com dor abdominal intensa de início súbito há cerca de 5 horas, associada a náuseas, vômitos, sudorese e taquicardia. Apresentou piora da dor com alimentação ou uso de álcool e em decúbito dorsal. Exames laboratoriais: Hb 4,3 g/dL; leucócitos 17.000/mL; bastões: 4%; plaquetas: 245.000/mL; Lipase: 500 U/L; Amilase: 800 U/L; LDH: 290 U/L, TGO: 45 U/L; TGP: 50 U/L; Na: 134 mg/dL; K: 3,4 mmol/L; Ur: 55mg/dL; Cr: 1,0 mg/dL. Diante da possível hipótese diagnóstica desse paciente e levando em consideração a alta taxa de morbimortalidade, qual instrumento para avaliar a evolução do quadro clínico desse paciente deverá ser utilizado?

(A) Classificação de Forrest.
(B) Escore de Wells.
(C) Escore de Lee.
(D) Escore de CURB-65.
(E) Escore de Ranson.

79

A colecistite aguda é uma doença inflamatória/infecciosa decorrente da impactação de um cálculo no infundíbulo da vesícula biliar e apresenta-se como abdome agudo inflamatório. Ao exame físico, um sinal específico é detectado. Qual é esse sinal?

(A) Sinal de Giordano.
(B) Sinal de Blumberg.
(C) Sinal de Rovsing.
(D) Sinal de Murphy.
(E) Sinal de Brudzinski.

80

Um residente chega à enfermaria para fazer a evolução dos pacientes e, ao conversar com Sr. Guido, que foi submetido a uma laparotomia há 4 dias, percebe em seu exame físico que este está com parada de eliminação de flatos e fezes, distensão abdominal associada a náuseas e vômitos, RH diminuídos e baixa tolerância à dieta. O diagnóstico mais provável desse paciente é

(A) fecaloma.
(B) brida.
(C) íleo paralítico.
(D) hérnia inguinal.
(E) tumor de cólon.