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

T1176003N

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

PRM - ÁREA DE ATUAÇÃO - CIRURGIA BARIÁTRICA - CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

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 do Aparelho Digestivo

1

Homem com 65 anos foi diagnosticado com adenocarcinoma pancreático localizado na cabeça e processo uncinado do pâncreas com metástases hepática e pulmonar. Ele tem prurido colestático e hiperbilirrubinemia direta. Qual é a melhor abordagem levando em consideração o prognóstico?

(A) Alívio de prurido com a prescrição de resina de troca iônica como a colestiramina.
(B) Radioterapia conformacional após ter realizado quimioterapia de indução.
(C) Laparotomia e coledocostomia com dreno de Kehr.
(D) Papilotomia e posicionamento endoscópico de prótese /stent biliar.
(E) Propor a realização da duodenopancreatectomia cefálica e linfadenectomia locorregional.

2

Um homem de 60 anos com quadro de pirose secundário à doença do refluxo gastroesofágico vinha seguindo tratamento há três anos com bloqueadores H2. Foi realizada uma endoscopia superior que mostrou esôfago de Barrett na parte distal do órgão com displasia de baixo grau. Qual das seguintes etapas é a mais apropriada no tratamento desse indivíduo?

(A) Aconselhar o paciente que continue tomando bloqueador H2 e associar inibidor de bomba de prótons.
(B) Fazer uma fundoplicatura de Nissen laparoscópica.
(C) Ablação por radiofrequência.
(D) Interromper o uso de bloqueador H2 e iniciar o de antiácidos.
(E) Esofagectomia distal com reconstrução em y de roux.

3

Paciente masculino de 70 anos com quadro de disfagia crônica devido à acalasia. Apresentou, nos últimos meses, agravamento dos sintomas, sendo submetido a uma dilatação esofágica endoscópica. Logo após o exame, apresentou dor torácica aguda, taquicardia e febre. Qual dos seguintes procedimentos diagnósticos é mais apropriado para esse paciente?

(A) Esofagografia com bário.
(B) Esofagoscopia.
(C) Radiografia de tórax.
(D) Esofagografia com gastrografina.
(E) Rx de transição esôfago-gástrica.

4

Paciente feminina de 75 anos apresenta dor abdominal intermitente há uma semana. Evoluiu com vômitos persistentes nas últimas 24 horas. Negou ser submetida à cirurgia abdominal prévia. Ao exame físico, está febril, não apresenta hérnias, apresenta distensão abdominal e peristaltismo visível, não apresenta sinais clínicos de peritonite. O achado clínico é consistente com obstrução do intestino delgado distal. Não apresenta leucocitose. Qual das etapas seguintes é a mais apropriada?

(A) Tratamento clínico com observação por 48 horas.
(B) Realização de uma endoscopia do trato gastrintestinal superior.
(C) Prosseguir com cirurgia imediata – laparotomia exploradora.
(D) Realizar videolaparoscopia.
(E) Realizar tomografia de abdomen.

5

Um homem de 65 anos foi admitido no pronto atendimento com náuseas e vômitos. Apresenta histórico de realização de apendicectomia aos 25 anos. Está afebril. No exame, o abdome, apresenta-se distendido e sensível na palpação, com sinais de irritação peritoneal. A leucometria é de 18.000/mm2. A verificação dos eletrólitos revela níveis de sódio de 138 mEq/L, potássio de 4,2 mEq/L, cloreto de 105 mEq/L e bicarbonato de 14 mEq/L. Qual dos seguintes é o melhor tratamento para esse paciente?

(A) Passagem de sonda nasogástrica e observação.
(B) Colonoscopia descompressiva.
(C) Administração de enema de bário para aliviar vólvulo.
(D) Antibioticoterapia e tomografia compuradorizada.
(E) Cirurgia.

6

Paciente do sexo feminino, com 30 anos, foi submetida a uma ultrassonografia obstétrica durante o segundo trimestre de gestação e foram observados focos hiperecogênicos no interior da vesícula biliar com sombra acústica posterior e móveis na mudança de decúbito. Associado a esse quadro, a paciente apresenta, nesse período gestacional, dispepsia, pirose e náuseas. Qual é o tratamento mais apropriado?

(A) Dieta com pouca gordura até o final da gravidez e, então, uma colecistectomia laparoscópica após o parto.
(B) Colecistectomia laparoscópica eletiva durante o terceiro trimestre, independente dos sintomas.
(C) Papilotomia endoscópica e posterior colecistectomia após o término da gestação.
(D) Colecistectomia com colangiografia aberta durante o segundo trimestre.
(E) Acompanhamento e, se houver sintomas de cólica biliar, pode-se programar colecistectomia durante a gestação, preferencialmente no terceiro trimestre.

7

Um homem com 50 anos apresenta-se com confusão, dor abdominal, tremores, temperatura retal de 34 ºC e icterícia. Uma radiografia abdominal mostrou pneumobilia. Qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Colecistite aguda.
(B) Pancreatite aguda.
(C) Colangite aguda.
(D) Apendicite aguda.
(E) Hepatite viral aguda.

8

Um homem com 52 anos e diagnóstico de cirrose alcoólica foi admitido no setor de emergência com hematêmese aguda. Durante endoscopia digestiva alta, são encontradas varizes esofágicas com sangramento ativo. Qual é o tratamento mais indicado?

(A) Passagem de balão gastroesofágico.
(B) Inibidor de bomba de prótons e betabloqueador.
(C) Antibioticoterapia tripla.
(D) Passagem de sonda nasogástrica e terlipressina endovenosa.
(E) Escleroterapia endoscópica.

9

Qual das seguintes modalidades diagnósticas tem maior especificidade para identificar a fonte de hemorragia digestiva baixa?

(A) Cintilografia de hemácias marcadas.
(B) Enema baritado.
(C) Colonoscopia.
(D) Enteroscopia com duplo balão.
(E) Retossigmoidoscopia rígida.

10

Paciente masculino de 45 anos, durante investigação de quadro de anemia, foi diagnosticado com lesão tumoral no ceco. A biópsia evidenciou adenocarcinoma. O estadiamento foi cT3 N1M0. Nesse caso, é indicado(a)

(A) quimiorradioterapia pré-operatória seguida por hemicolectomia direita.
(B) hemicolectomia direita e quimioterapia pós-operatória com 5-FU, leucovorina e oxaliplatina.
(C) remoção endoscópica do tumor, seguida por quimiorradioterapia.
(D) hemicolectomia direita laparoscópica sem indicação de adjuvância.
(E) tratamento definitivo com seis ciclos de FOLFOX e remoção do cólon se o paciente tiver sintomas.

11

Qual é o acompanhamento mais apropriado para um homem com 60 anos que foi submetido à colonoscopia e à remoção endoscópica completa de um pólipo adenomatoso com displasia de baixo grau, com 2 cm e localizado no cólon sigmoide?

(A) Colonoscopia anual.
(B) Repetição da colonoscopia três anos depois e, se os resultados forem negativos, repetida a cada cinco anos.
(C) Tomografia computadorizada e repetição da colonoscopia três anos depois e, se os resultados forem negativos, repetida a cada cinco anos.
(D) Repetição da colonoscopia a cada dois anos.
(E) Exame de fezes a cada seis meses para detectar sangue oculto

12

Homem com 47 anos foi submetido à colectomia direita em decorrência de adenocarcinoma do ceco junto da válvula ileocecal, o qual estava causando sintomas obstrutivos. O achado operatório evidenciou lesão tumoral de 8 cm ocupando a face medial do ceco, com vários linfonodos do mesocólon direito e duas lesões hepáticas secundárias, uma no segmento VII e outra no V, medindo cerca de 2 e 4 cm, e uma de 3 cm no lobo esquerdo no segmento II. Qual é a opção mais apropriada para o tratamento desse paciente?

(A) Realizar uma biópsia da massa cecal, de linfonodos e tumores hepáticos e terminar o procedimento.
(B) Remover o colo direito, incluindo os linfonodos mesentéricos aumentados, ressecar por completo os tumores hepáticos e encaminhar o paciente para quimioterapia.
(C) Remover o colo direito, incluindo os linfonodos mesentéricos aumentados, realizar uma biópsia hepática, hepatectomia esquerda para ressecção da metástases no lobo esquerdo e embolização do ramo direito da veia porta. Encaminhamento posterior para quimioterapia e reavaliação após o 4 ciclo para cirurgia de resgate.
(D) Realizar uma biópsia da massa do colo e da massa hepática e encaminhar o paciente para quimioterapia sistêmica.
(E) Remover o colo direito, incluindo os linfonodos mesentéricos aumentados, realizar uma biópsia da lesão hepática, estadiamento sistêmico após cirurgia de emergência e encaminhar o paciente para quimioterapia com reavaliação da possibilidade de resgate e metastasectomia em um segundo tempo.

13

Paciente masculino, 54 anos, foi diagnosticado com adenocarcinoma de reto alto e metástases hepáticas sincrônicas nos segmentos II e III. Essas lesões são potencialmente ressecáveis e o paciente tem boa performance e nega comorbidades. A tomografia por emissão de pósitron não evidenciou outras lesões suspeitas além do reto e do fígado. Frente ao caso apresentado, qual é a conduta mais apropriada?

(A) Neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia.
(B) Retossigmoidectomia abdominal com colostomia.
(C) Lobectomia hepática esquerda e colostomia seguida de quimioterapia.
(D) Retossigmoidectomia e hepatectomia parcial dos segmentos II e III.
(E) Biopsia hepática e colostomia.

14

Paciente feminina de 28 anos com endometriose foi submetida à laparoscopia e teve um achado incidental de nódulo hepático no segmento IV. Nesse mesmo ato, procedeu-se a biópsia hepática cujo diagnóstico foi de hiperplasia nodular focal. Qual é a afirmação mais acurada a respeito dessa condição?

(A) O uso de anticoncepcional oral é um fator de risco.
(B) Essa lesão usualmente diminui com o tratamento da endometriose.
(C) A ressecção cirúrgica faz-se necessária pelo risco elevado de malignidade.
(D) A angiografia tem sensibilidade e especificidade para o diagnóstico.
(E) O potencial de malignidade é alto nos próximos 10 anos.

15

Paciente masculino, 45 anos, trabalhador da construção civil, queixa-se do aparecimento de abaulamento na virilha esquerda que aumenta aos esforços. No exame físico, foi diagnosticado com hérnia inguinal indireta. Qual das seguintes alternativas é a apropriada para condução e resolução desse caso?

(A) Tratamento conservador com uso de cinta de compressão inguinal.
(B) Submeter o paciente à cirurgia laparoscópica, pois um amplo estudo randomizado obteve resultados melhores a despeito do uso de tela.
(C) Proceder a cirurgia com reparo suturando o ligamento inguinal no tendão conjunto.
(D) Proceder com a cirurgia utilizando tela com a técnica livre de tensão.
(E) Aconselhar sobre o tratamento clínico conservador.

16

As cirurgias gástricas restritivas promovem perda de peso. Assinale, dentre as alternativas a seguir, aquela que melhor justifica o mecanismo para esse emagrecimento.

(A) Intensidade do metabolismo energético.
(B) Síndrome do intestino curto.
(C) Saciedade precoce.
(D) Indução dos vômitos.
(E) Aumento da resistência periférica da insulina.

17

Paciente de 57 anos é admitido após quadro de hematêmese volumosa e síncope após o quadro. Trazido pela unidade de atendimento pré-hospitalar, dá entrada no hospital com alteração do nível de consciência (confuso), taquicárdico e hipotenso. Prontamente as medidas de ressuscitação são iniciadas. Assinale a alternativa que NÃO deveria ser feita de rotina nesse caso.

(A) 500 a 1000mg de ácido tranexâmico.
(B) Expansão volêmica com solução cristaloide.
(C) Realizar Endoscopia Digestiva Alta, preferencialmente nas primeiras 24hrs.
(D) Tipagem sanguínea.
(E) Internação em UTI.

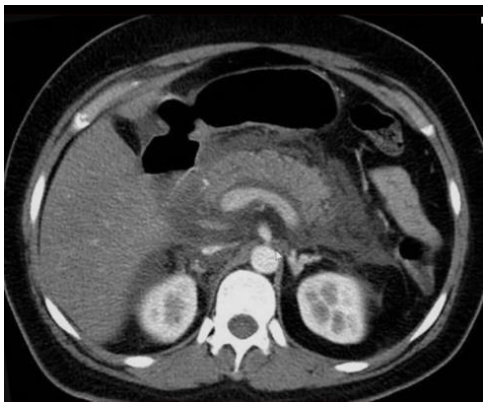
18

As pancreatites agudas ainda não possuem tratamento farmacológico específico, porém o seu manejo inicial deve ser realizado de maneira ótima, principalmente nas primeiras 72 horas. Sobre esse manejo, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A terapia fluída deve ser guiada por metas com foco na frequência cardíaca, pressão arterial, pressão venosa central, hematócrito e débito urinário.
(B) O uso de antibioticoterapia profilática não diminui a mortalidade nem o tempo de internação nos casos mais graves associados à necrose pancreática.
(C) A realimentação via oral ou enteral nesses pacientes deve ser feita geralmente após as 72 horas, pois a passagem do alimento poderá reagudizar a pancreatite, prejudicando a recuperação.
(D) A CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) é indicada em paciente com pancreatite e colangite aguda associada, independente da presença de cálculos no colédoco.
(E) Para as pancreatites agudas biliares, a colecistectomia deve ser idealmente realizada na mesma internação.

19

As pancreatites agudas podem ser patologias graves e com alto índice de mortalidade. Sendo assim, diversas classificações vêm sendo utilizadas para guiar os médicos em seu tratamento. Qual é a classificação da seguinte imagem quanto à pancreatite aguda?



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

20

Sobre as técnicas de drenagem para o tratamento das pancreatites agudas graves com necrose infectada, é correto afirmar que

(A) a punção guiada por ultrassonografia ou tomografia computadorizada geralmente é resolutiva (resolução da coleção) já na primeira punção.
(B) a drenagem endoscópica transgástrica possui um alto risco de complicações, não devendo ser considerada.
(C) o melhor momento para drenagem laparotômica é logo após o diagnóstico da coleção para resolução rápida e completa do quadro.
(D) o desbridamento retroperitoneal videoassistido (VARD) já é uma realidade e deve ser considerado como uma opção terapêutica.
(E) o tratamento invasivo das coleções deve ser postergado ao máximo devido ao risco de fístulas pancreáticas. Sendo assim, a drenagem apenas deverá ser realizada em casos de repercussão hemodinâmica.

21

Nos pacientes que apresentam hemorragia digestiva alta por doença varicosa, é correto afirmar que

(A) o uso do balão de Sengstaken-Blakemore foi proscrito desde Março/2021 devido aos riscos inerentes ao seu uso.
(B) pacientes que apresentem varizes de grosso calibre devem ser submetidos a TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) como tratamento inicial de escolha.
(C) apenas os pacientes que apresentem sinais de encefalopatia devem receber Lactulona para melhora do nível de consciência.
(D) o uso das escalas de Child-Pugh e MELD são para prever os risco de mortalidade por varizes após o sangramento.
(E) varizes que apresentam o calibre de aproximadamente 20mm possuem baixo risco de sangramento espontâneo.

22

Paciente, 79 anos, internado na CTI devido a quadro de IAM recente (2 semanas) com necessidade de cateterismo e em uso de stent metálico. Evolui com piora clínica progressiva, febre e leucocitose. No momento, o paciente está evoluindo com disfunção renal progressiva e rebaixamento do nível de consciência, sendo necessário uso de noradrenalina em doses crescentes nas últimas 24 hrs. Submetido a rastreio infeccioso, foi evidenciado um quadro de colecistite aguda em tomografia de tórax. Qual é a conduta nesse caso?

(A) Antibioticoterapia.
(B) Antibioticoterapia + drenagem percutânea da vesícula biliar.
(C) Antibioticoterapia + Colecistectomia videolaparoscópica.
(D) Antibioticoterapia + Colecistectomia laparotômica.
(E) Realizar método de imagem adequado.

23

Sobre as neoplasias císticas do pâncreas, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Neoplasias císticas que apresentem citologia oncótica positiva necessitam de ressecção.
(B) Presença de nódulos murais (>5mm) dentro do cisto justificam o tratamento cirúrgico.
(C) IPNM de ducto principal maiores que 1cm são candidatos à ressecção em pacientes que possuem performance cirúrgica.
(D) Pacientes que evoluem com icterícia em evolução à neoplasia cística possuem estigma de baixo risco.
(E) Neoplasias Mucinosas Císticas medindo mais que 40mm devem ser ressecadas devido ao maior risco de malignidade.

24

Paciente de 42 anos, apresentando dor epigástrica e vômitos, comparece à consulta eletiva após piora dos sintomas. Refere início dos sintomas há +- 10 dias com piora progressiva. Após medicações e melhora da dor, a paciente é submetida à investigação ambulatorial que apenas evidencia, em endoscopia digestiva alta, presença de gastrite enantematosa moderada e a pesquisa da *H. Pylori* resultou positiva. Sobre o caso, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Para exames histológicos, a coleta de duas biópsias do antro e duas do corpo é recomendada, porque permite a análise morfológica da mucosa.
(B) A pesquisa de HP, após a terapia de erradicação, poderá ser realizada pelo menos 4 semanas após o término do tratamento.
(C) Não há evidência de uma associação entre infecção por HP e Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). A erradicação da bactéria usualmente não leva ao início de sintomas de DRGE.
(D) Estudos epidemiológicos, experimentais, moleculares e clínicos têm confirmado o papel do HP como fator de risco para câncer gástrico, e a sua erradicação associa-se a um decréscimo das taxas.
(E) A paciente em questão deve ser submetida a uma tomografia para afastar complicações associadas à HP, como úlceras perfuradas.

25

Paciente de 57 anos, previamente hígido e sem comorbidades, foi internado com quadro de icterícia indolor e progressiva há +- 10 dias. Refere colúria e acolia fecal. Nega perda ponderal significativa (<5% do peso). Em investigação, a tomografia de abdome apresenta imagem hipodensa em cabeça do pâncreas medindo 2cm. Qual achado adicional provavelmente NÃO justificará a cirurgia nem agora nem em momento futuro?

(A) Invasão da veia porta.
(B) Invasão da artéria mesentérica superior >180°.
(C) Metástase pulmonar.
(D) Invasão da artéria hepática <180°.
(E) Todas os achados acima apresentados.

26

Lesões cáusticas esofágicas são ocorrências frequentes em unidades de pronto atendimentos. Sobre as lesões esofágicas, assinale a alternativa correta.

(A) A realização de exames de imagem como tomografia é fundamental para análise de perfuração e possíveis complicações mediastinais, porém o RX contrastado se mostra superior na avaliação da necrose.
(B) As sequelas tardias são geralmente tratadas com endoscopia (dilatação) ou cirurgia, e os pacientes evoluem sem sequelas após única correção.
(C) As vítimas que necessitam de cirurgia de urgência devido a complicações agudas possuem a mesma taxa de sobrevida e resultados funcionais independente de idade ou comorbidades ou extensão da lesão.
(D) Políticas públicas de conscientização não são uma opção para redução do número de acidentes domiciliares.
(E) Lesões laríngeas podem estar associadas com a severidade da lesão esofágica em até 40%, e até 10% podem necessitar de intubação e ventilação mecânica.

27

Sobre os tumores estromais gastrointestinais (GIST), é correto afirmar que

(A) o diagnóstico imuno-histoquímico comumente apresenta CD34 e S-100 positivos.
(B) as lesões com mais que 5cm geralmente são de fácil identificação na tomografia.
(C) tamanho, índice mitótico, localização e ruptura são os fatores prognósticos mais importantes.
(D) a cirurgia laparoscópica não possui espaço no tratamento devido à dificuldade para realização de linfadenectomia.
(E) são neoplasias ainda sem a possibilidade de quimioterapia adjuvante.

28

Sobre as hérnias inguinais, assinale a alternativa correta.

(A) As hérnias inguinais obturatórias são raras e comumente descobertas em laparotomia de possível quadro de abdome agudo obstrutivo.
(B) A hérnia de Littrè é definida como uma protusão da borda antimesentérica pelo defeito herniário.
(C) A hérnia de Spiegel são as hérnias dorsais mais comuns.
(D) A hérnia femoral é a hérnia mais comum no sexo feminino.
(E) Todas as alternativas acima estão incorretas.

29

A sepse é um processo dinâmico e multivariavel, sendo que a evolução de cada indivíduo varia amplamente. Sendo assim, o manejo da sepse é um desafio médico atual. Sobre o manejo das infecções intra-abdominais, assinale a alternativa correta.

(A) A apendicite aguda é a causa mais comum de cirurgia de urgência no mundo, porém não é a principal causa de sepse intra-abdominal.
(B) A perfuração gástrica por úlceras ainda permanece comum, e o tratamento cirúrgico constituído em sutura simples, com ou sem patch omental, é seguro e efetivo, independente do tamanho da perfuração.
(C) Com relação à perfuração intestinal secundária, na tuberculose intestinal, deve-se dar preferência à ressecção do segmento perfurado em detrimento à rafia da perfuração.
(D) Em casos de fístulas pós-operatórias, o controle adequado do foco infeccioso é fundamental, devendo se dar preferência às re-laparotomias precoces, independente do estado geral do paciente, devido ao potencial risco de gravidade quando a mesma é atrasada.
(E) Pacientes com peritonite estercoral devem ser submetidos às laparotomias programadas de intervalo, pois estas diminuem a mortalidade e o tempo de internação.

30

A lesão torácica é comum em pacientes politraumatizados e pode ser fatal, especialmente se não for prontamente identificada e tratada durante a pesquisa primária. Sobre trauma torácico, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Punções às cegas em pneumotórax hipertensivo devem ser realizadas no quinto espaço intercostal, ligeiramente anterior à linha axilar média.
(B) O pneumotórax aberto é comumente encontrado e tratado temporariamente no local do acidente pela equipe de atendimento pré-hospitalar.
(C) O hemotórax maciço é inicialmente controlado restaurando simultaneamente o volume sanguíneo e descomprimindo a cavidade torácica. Quando existe drenagem imediata maior que 750ml de sangue, a toracotomia de urgência é indicada.
(D) A tríade clínica clássica do tamponamento cardíaco (sons cardíacos abafados, hipotensão e estase de jugular) pode não se fazer presente em determinados casos de tamponamento, sendo a realização do FAST mandatória.
(E) O enfisema subcutâneo pode resultar de lesão das vias aéreas ou lesão pulmonar. Embora raramente essa condição exija tratamento imediato, os médicos devem reconhecer a lesão subjacente e tratá-la.

31

Com relação aos programas de aceleração do pós-operatório, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Os protocolos de informação pré-operatória diminuem a ansiedade do paciente e o auxiliam a entender como ele mesmo pode se ajudar para acelerar a sua recuperação.
(B) No pós-operatório, a dieta deve ser iniciada por via oral ou enteral nas primeiras 24 horas após a cirurgia, salvo exceções.
(C) O jejum prolongado é prejudicial ao paciente, aumentando a resistência à insulina antes da cirurgia.
(D) A anestesia locorregional como bloqueio dos nervos periféricos aumenta a resposta do indivíduo á dor, podendo diminuir o uso de opioides e proporcionar uma evolução mais favorável, com menos íleo pós-operatório associado.
(E) Medidas de ventilação protetora, como volume corrente de 6 a 8 ml/kg por peso predito, são fundamentais para uma evolução pós-operatória satisfatória.

32

A esofagite eosinofílica é uma doença crônica caracterizada por sintomas de disfunção esofágica e, histologicamente, por infiltração eosinofílica do epitélio do esôfago. Sobre essa patologia, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A associação a doenças autoimunes, como lúpus, fibromialgia e artrites reumatoides, é comum.
(B) Adolescentes e adultos jovens que apresentem disfagia, impactação alimentar, pirose e dores retroesternal podem ser considerados pacientes suspeitos.
(C) O diagnóstico consiste na presença de >15 eosinófilos/campos de grande aumento.
(D) O tratamento consiste em inibidor de bomba de prótons, corticoides tópicos, adequação alimentar e eventualmente dilatação esofágica.
(E) Dentre os diagnósticos diferenciais, pode-se destacar acalasia, doença de Crhon, síndrome hipereosinofílica e infecções.

33

Sobre as hérnias incisionais da parede abdominal, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Os fatores de risco para hérnias incisionais incluem infecção pós-operatória do sítio cirúrgico, obesidade e aneurisma da aorta abdominal.
(B) A laparoscopia reduziu significativamente a presença das hérnias incisionais no pós-operatório tardio das cirurgias para redução gástrica do tipo By-pass.
(C) O reparo de hérnias incisionais ainda tem uma alta taxa de falha com taxas de recorrência em longo prazo acima de 30%, mesmo quando o reparo com tela é realizado.
(D) Para diminuir a incidência de hérnias incisionais, é altamente recomendável utilizar uma abordagem mediana para uma laparotomia, sempre que possível.
(E) Sugere-se o uso de sutura monofilamentar de absorção lenta em técnica de fechamento aponeurótico de camada única, sem fechamento separado do peritônio.

34

As lesões de via biliar podem ocorrer após colecistectomias com relativa frequência. Pacientes obesos, homens e submetidos a cirurgias de urgência representam os que possuem maior risco para as lesões. Segundo a classificação de Strasberg, para os pacientes que apresentam lesão iatrogênica (secção completa) da confluência dos ductos hepáticos, porém apresentam comunicação entre eles, qual será a classificação?

(A) A.
(B) C.
(C) D.
(D) E3.
(E) E5.

35

Quanto às estomias no trato digestivo, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Em cirurgias de urgência por abdome agudo obstrutivo, caso o fator obstrutivo seja um tumor estenosante de cólon sigmoide, é mandatória a colostomia, sem possibilidade de anastomose primária.
(B) As gastrostomias endoscópicas pela técnica de Gauderer-Ponsky são seguras e devem ser realizadas, preferencialmente e sempre que possível, em detrimento das gastrostomias abertas (a Stamm).
(C) As jejunostomias realizadas pela técnica de Witzel geralmente são realizadas com finalidade alimentar.
(D) Casos de "*Buried Bumper Syndrome"* geralmente ocorrem por tração excessiva e manuseio inadequado da sonda de gastrostomia.
(E) Na cirurgia de Miles, a colostomia terminal realizada é definitiva.

36

Quanto às peritonites, assinale a alternativa correta

(A) A peritonite bacteriana primária é mais comumente causada por germes gram-negativos e anaeróbios.
(B) A peritonite bacteriana secundária geralmente está associada à cirrose ou síndrome nefrótica.
(C) Casos de peritonite primária devem ser tratados preferencialmente por intervenção cirúrgica precoce.
(D) A antibioticoterapia para tratamento de peritonites terciárias deve ser direcionada por meio de culturas e avaliação de perfil de resistência antimicrobiana.
(E) Cirurgias geralmente não estão indicadas no tratamento das peritonites secundárias.

37

Em dezembro de 2017, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução n° 2.172/2017, através da qual estabeleceu critérios para a chamada cirurgia metabólica no país, autorizando a realização de procedimentos cirúrgicos para tratamento do diabetes em pacientes com índice de massa corporal entre 30 e 34,9 Kg/m^2. Sobre essa modalidade de tratamento, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) São elegíveis pacientes com idade entre 30 e 70 anos.
(B) Pacientes devem ter diagnóstico de diabetes tipo 2 por período inferior a 10 anos.
(C) O procedimento cirúrgico de eleição é a gastroplastia redutora com derivação gastrojejunal em Y de Roux.
(D) Os pacientes candidatos a essa modalidade de cirurgia devem estar em insulinoterapia por período de, pelo menos, 2 anos no momento da realização do procedimento.
(E) Todos os pacientes devem ser submetidos à avaliação por equipe multidisciplinar especializada no período pré-operatório.

38

Ao lidar com pacientes geriátricos com trauma, os efeitos do envelhecimento sobre a função fisiológica e o impacto de doenças e medicamentos preexistentes não podem ser superestimados. Em relação ao tema, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) As quedas são o mecanismo mais comum de lesão fatal na população idosa e as fraturas são mais comuns em mulheres. As quedas também são a causa mais comum de traumatismo cranioencefálico (TCE) em idosos.
(B) A hipotensão no paciente idoso com trauma deve ser mais permissiva e deve ser monitorada de maneira menos invasiva que em pacientes jovens, dado o potencial para doença cardiovascular preexistente.
(C) Lesões específicas comuns na população idosa incluem fraturas de costelas, traumatismo cranioencefálico e fraturas pélvicas.
(D) A doença degenerativa da coluna vertebral coloca os pacientes idosos em risco de fraturas e lesão da medula espinhal mesmo com baixa cinética de quedas no nível do solo.
(E) O uso liberal da tomografia computadorizada para diagnóstico é particularmente importante em pacientes idosos, uma vez que atrofia cerebral preexistente, demência e acidentes vasculares cerebrais tornam o diagnóstico clínico de lesão cerebral traumática difícil.

39

Durante o tratamento cirúrgico da hérnia inguinal de um paciente masculino de 52 anos, foi observado um defeito herniário que se insinuava medialmente aos vasos epigástricos inferiores, lateralmente à borda lateral do músculo reto abdominal e superiormente ao ligamento inguinal, associado a um anel inguinal profundo normal. Segundo a classificação de *Nyhus*, trata-se de uma hérnia

(A) Tipo I.
(B) Tipo II.
(C) Tipo IIIA.
(D) Tipo IIIB.
(E) Tipo IIIC.

40

Paciente do sexo feminino, 42 anos, é encaminhada ao ambulatório de oncologia com diagnóstico de Adenocarcinoma de cólon sigmoide. Durante o exame de colonoscopia, não foram evidenciadas outras lesões colorretais. Segue histórico pessoal e familiar resumido:

Antecedentes pessoais: portadora de hipertensão arterial sistêmica (losartana 50 mg VO 1 x dia); submetida a colecistectomia videolaparoscópica há 10 anos por colelitíase; submetida à pan-histerectomia há 3 anos por adenocarcinoma de endométrio.

Antecedentes familiares: Tio paterno com história de carcinoma espinocelular do esôfago aos 60 anos; tia materna com história de câncer de reto aos 48 anos; mãe com história de câncer de intestino aos 52 anos; avó materna falecida por complicações de câncer de "rim" aos 65 anos. Pai portador de hipertensão arterial sistêmica.

Diante desse quadro, qual síndrome genética será provavelmente diagnosticada?

(A) Síndrome de Gardner.
(B) Síndrome de Turcot.
(C) Polipose adenomatosa familiar.
(D) Síndrome de Peutz-Jeghers.
(E) Síndrome de Lynch.

Cirurgia Geral

41

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.

42

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.

43

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.

44

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.

45

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.

46

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.

47

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.

48

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.

49

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.

50

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.

51

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.

52

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.

53

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.

54

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.

55

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.

56

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.

57

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).

58

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.

59

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.

60

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.

61

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.

62

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.

63

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.

64

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.

65

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.

66

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.

67

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.

68

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.

69

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.

70

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.

71

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.

72

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.

73

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.

74

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.

75

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.

76

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.

77

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.

78

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.

79

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.

80

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.

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

T2176003N

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

PRM - ÁREA DE ATUAÇÃO - CIRURGIA BARIÁTRICA - CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

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 do Aparelho Digestivo

1

Paciente masculino, 45 anos, trabalhador da construção civil, queixa-se do aparecimento de abaulamento na virilha esquerda que aumenta aos esforços. No exame físico, foi diagnosticado com hérnia inguinal indireta. Qual das seguintes alternativas é a apropriada para condução e resolução desse caso?

(A) Tratamento conservador com uso de cinta de compressão inguinal.
(B) Submeter o paciente à cirurgia laparoscópica, pois um amplo estudo randomizado obteve resultados melhores a despeito do uso de tela.
(C) Proceder a cirurgia com reparo suturando o ligamento inguinal no tendão conjunto.
(D) Proceder com a cirurgia utilizando tela com a técnica livre de tensão.
(E) Aconselhar sobre o tratamento clínico conservador.

2

As cirurgias gástricas restritivas promovem perda de peso. Assinale, dentre as alternativas a seguir, aquela que melhor justifica o mecanismo para esse emagrecimento.

(A) Intensidade do metabolismo energético.
(B) Síndrome do intestino curto.
(C) Saciedade precoce.
(D) Indução dos vômitos.
(E) Aumento da resistência periférica da insulina.

3

Homem com 65 anos foi diagnosticado com adenocarcinoma pancreático localizado na cabeça e processo uncinado do pâncreas com metástases hepática e pulmonar. Ele tem prurido colestático e hiperbilirrubinemia direta. Qual é a melhor abordagem levando em consideração o prognóstico?

(A) Alívio de prurido com a prescrição de resina de troca iônica como a colestiramina.
(B) Radioterapia conformacional após ter realizado quimioterapia de indução.
(C) Laparotomia e coledocostomia com dreno de Kehr.
(D) Papilotomia e posicionamento endoscópico de prótese /stent biliar.
(E) Propor a realização da duodenopancreatectomia cefálica e linfadenectomia locorregional.

4

Um homem de 60 anos com quadro de pirose secundário à doença do refluxo gastroesofágico vinha seguindo tratamento há três anos com bloqueadores H2. Foi realizada uma endoscopia superior que mostrou esôfago de Barrett na parte distal do órgão com displasia de baixo grau. Qual das seguintes etapas é a mais apropriada no tratamento desse indivíduo?

(A) Aconselhar o paciente que continue tomando bloqueador H2 e associar inibidor de bomba de prótons.
(B) Fazer uma fundoplicatura de Nissen laparoscópica.
(C) Ablação por radiofrequência.
(D) Interromper o uso de bloqueador H2 e iniciar o de antiácidos.
(E) Esofagectomia distal com reconstrução em y de roux.

5

Paciente masculino de 70 anos com quadro de disfagia crônica devido à acalasia. Apresentou, nos últimos meses, agravamento dos sintomas, sendo submetido a uma dilatação esofágica endoscópica. Logo após o exame, apresentou dor torácica aguda, taquicardia e febre. Qual dos seguintes procedimentos diagnósticos é mais apropriado para esse paciente?

(A) Esofagografia com bário.
(B) Esofagoscopia.
(C) Radiografia de tórax.
(D) Esofagografia com gastrografina.
(E) Rx de transição esôfago-gástrica.

6

Paciente feminina de 75 anos apresenta dor abdominal intermitente há uma semana. Evoluiu com vômitos persistentes nas últimas 24 horas. Negou ser submetida à cirurgia abdominal prévia. Ao exame físico, está febril, não apresenta hérnias, apresenta distensão abdominal e peristaltismo visível, não apresenta sinais clínicos de peritonite. O achado clínico é consistente com obstrução do intestino delgado distal. Não apresenta leucocitose. Qual das etapas seguintes é a mais apropriada?

(A) Tratamento clínico com observação por 48 horas.
(B) Realização de uma endoscopia do trato gastrintestinal superior.
(C) Prosseguir com cirurgia imediata – laparotomia exploradora.
(D) Realizar videolaparoscopia.
(E) Realizar tomografia de abdomen.

7

Um homem de 65 anos foi admitido no pronto atendimento com náuseas e vômitos. Apresenta histórico de realização de apendicectomia aos 25 anos. Está afebril. No exame, o abdome, apresenta-se distendido e sensível na palpação, com sinais de irritação peritoneal. A leucometria é de 18.000/mm2. A verificação dos eletrólitos revela níveis de sódio de 138 mEq/L, potássio de 4,2 mEq/L, cloreto de 105 mEq/L e bicarbonato de 14 mEq/L. Qual dos seguintes é o melhor tratamento para esse paciente?

(A) Passagem de sonda nasogástrica e observação.
(B) Colonoscopia descompressiva.
(C) Administração de enema de bário para aliviar vólvulo.
(D) Antibioticoterapia e tomografia compuradorizada.
(E) Cirurgia.

8

Paciente do sexo feminino, com 30 anos, foi submetida a uma ultrassonografia obstétrica durante o segundo trimestre de gestação e foram observados focos hiperecogênicos no interior da vesícula biliar com sombra acústica posterior e móveis na mudança de decúbito. Associado a esse quadro, a paciente apresenta, nesse período gestacional, dispepsia, pirose e náuseas. Qual é o tratamento mais apropriado?

(A) Dieta com pouca gordura até o final da gravidez e, então, uma colecistectomia laparoscópica após o parto.
(B) Colecistectomia laparoscópica eletiva durante o terceiro trimestre, independente dos sintomas.
(C) Papilotomia endoscópica e posterior colecistectomia após o término da gestação.
(D) Colecistectomia com colangiografia aberta durante o segundo trimestre.
(E) Acompanhamento e, se houver sintomas de cólica biliar, pode-se programar colecistectomia durante a gestação, preferencialmente no terceiro trimestre.

9

Um homem com 50 anos apresenta-se com confusão, dor abdominal, tremores, temperatura retal de 34 ºC e icterícia. Uma radiografia abdominal mostrou pneumobilia. Qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Colecistite aguda.
(B) Pancreatite aguda.
(C) Colangite aguda.
(D) Apendicite aguda.
(E) Hepatite viral aguda.

10

Um homem com 52 anos e diagnóstico de cirrose alcoólica foi admitido no setor de emergência com hematêmese aguda. Durante endoscopia digestiva alta, são encontradas varizes esofágicas com sangramento ativo. Qual é o tratamento mais indicado?

(A) Passagem de balão gastroesofágico.
(B) Inibidor de bomba de prótons e betabloqueador.
(C) Antibioticoterapia tripla.
(D) Passagem de sonda nasogástrica e terlipressina endovenosa.
(E) Escleroterapia endoscópica.

11

Qual das seguintes modalidades diagnósticas tem maior especificidade para identificar a fonte de hemorragia digestiva baixa?

(A) Cintilografia de hemácias marcadas.
(B) Enema baritado.
(C) Colonoscopia.
(D) Enteroscopia com duplo balão.
(E) Retossigmoidoscopia rígida.

12

Paciente masculino de 45 anos, durante investigação de quadro de anemia, foi diagnosticado com lesão tumoral no ceco. A biópsia evidenciou adenocarcinoma. O estadiamento foi cT3 N1M0. Nesse caso, é indicado(a)

(A) quimiorradioterapia pré-operatória seguida por hemicolectomia direita.
(B) hemicolectomia direita e quimioterapia pós-operatória com 5-FU, leucovorina e oxaliplatina.
(C) remoção endoscópica do tumor, seguida por quimiorradioterapia.
(D) hemicolectomia direita laparoscópica sem indicação de adjuvância.
(E) tratamento definitivo com seis ciclos de FOLFOX e remoção do cólon se o paciente tiver sintomas.

13

Qual é o acompanhamento mais apropriado para um homem com 60 anos que foi submetido à colonoscopia e à remoção endoscópica completa de um pólipo adenomatoso com displasia de baixo grau, com 2 cm e localizado no cólon sigmoide?

(A) Colonoscopia anual.
(B) Repetição da colonoscopia três anos depois e, se os resultados forem negativos, repetida a cada cinco anos.
(C) Tomografia computadorizada e repetição da colonoscopia três anos depois e, se os resultados forem negativos, repetida a cada cinco anos.
(D) Repetição da colonoscopia a cada dois anos.
(E) Exame de fezes a cada seis meses para detectar sangue oculto

14

Homem com 47 anos foi submetido à colectomia direita em decorrência de adenocarcinoma do ceco junto da válvula ileocecal, o qual estava causando sintomas obstrutivos. O achado operatório evidenciou lesão tumoral de 8 cm ocupando a face medial do ceco, com vários linfonodos do mesocólon direito e duas lesões hepáticas secundárias, uma no segmento VII e outra no V, medindo cerca de 2 e 4 cm, e uma de 3 cm no lobo esquerdo no segmento II. Qual é a opção mais apropriada para o tratamento desse paciente?

(A) Realizar uma biópsia da massa cecal, de linfonodos e tumores hepáticos e terminar o procedimento.
(B) Remover o colo direito, incluindo os linfonodos mesentéricos aumentados, ressecar por completo os tumores hepáticos e encaminhar o paciente para quimioterapia.
(C) Remover o colo direito, incluindo os linfonodos mesentéricos aumentados, realizar uma biópsia hepática, hepatectomia esquerda para ressecção da metástases no lobo esquerdo e embolização do ramo direito da veia porta. Encaminhamento posterior para quimioterapia e reavaliação após o 4 ciclo para cirurgia de resgate.
(D) Realizar uma biópsia da massa do colo e da massa hepática e encaminhar o paciente para quimioterapia sistêmica.
(E) Remover o colo direito, incluindo os linfonodos mesentéricos aumentados, realizar uma biópsia da lesão hepática, estadiamento sistêmico após cirurgia de emergência e encaminhar o paciente para quimioterapia com reavaliação da possibilidade de resgate e metastasectomia em um segundo tempo.

15

Paciente masculino, 54 anos, foi diagnosticado com adenocarcinoma de reto alto e metástases hepáticas sincrônicas nos segmentos II e III. Essas lesões são potencialmente ressecáveis e o paciente tem boa performance e nega comorbidades. A tomografia por emissão de pósitron não evidenciou outras lesões suspeitas além do reto e do fígado. Frente ao caso apresentado, qual é a conduta mais apropriada?

(A) Neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia.
(B) Retossigmoidectomia abdominal com colostomia.
(C) Lobectomia hepática esquerda e colostomia seguida de quimioterapia.
(D) Retossigmoidectomia e hepatectomia parcial dos segmentos II e III.
(E) Biopsia hepática e colostomia.

16

Paciente feminina de 28 anos com endometriose foi submetida à laparoscopia e teve um achado incidental de nódulo hepático no segmento IV. Nesse mesmo ato, procedeu-se a biópsia hepática cujo diagnóstico foi de hiperplasia nodular focal. Qual é a afirmação mais acurada a respeito dessa condição?

(A) O uso de anticoncepcional oral é um fator de risco.
(B) Essa lesão usualmente diminui com o tratamento da endometriose.
(C) A ressecção cirúrgica faz-se necessária pelo risco elevado de malignidade.
(D) A angiografia tem sensibilidade e especificidade para o diagnóstico.
(E) O potencial de malignidade é alto nos próximos 10 anos.

17

Durante o tratamento cirúrgico da hérnia inguinal de um paciente masculino de 52 anos, foi observado um defeito herniário que se insinuava medialmente aos vasos epigástricos inferiores, lateralmente à borda lateral do músculo reto abdominal e superiormente ao ligamento inguinal, associado a um anel inguinal profundo normal. Segundo a classificação de *Nyhus*, trata-se de uma hérnia

(A) Tipo I.
(B) Tipo II.
(C) Tipo IIIA.
(D) Tipo IIIB.
(E) Tipo IIIC.

18

Paciente do sexo feminino, 42 anos, é encaminhada ao ambulatório de oncologia com diagnóstico de Adenocarcinoma de cólon sigmoide. Durante o exame de colonoscopia, não foram evidenciadas outras lesões colorretais. Segue histórico pessoal e familiar resumido:

Antecedentes pessoais: portadora de hipertensão arterial sistêmica (losartana 50 mg VO 1 x dia); submetida a colecistectomia videolaparoscópica há 10 anos por colelitíase; submetida à pan-histerectomia há 3 anos por adenocarcinoma de endométrio.

Antecedentes familiares: Tio paterno com história de carcinoma espinocelular do esôfago aos 60 anos; tia materna com história de câncer de reto aos 48 anos; mãe com história de câncer de intestino aos 52 anos; avó materna falecida por complicações de câncer de "rim" aos 65 anos. Pai portador de hipertensão arterial sistêmica.

Diante desse quadro, qual síndrome genética será provavelmente diagnosticada?

(A) Síndrome de Gardner.
(B) Síndrome de Turcot.
(C) Polipose adenomatosa familiar.
(D) Síndrome de Peutz-Jeghers.
(E) Síndrome de Lynch.

19

Paciente de 57 anos é admitido após quadro de hematêmese volumosa e síncope após o quadro. Trazido pela unidade de atendimento pré-hospitalar, dá entrada no hospital com alteração do nível de consciência (confuso), taquicárdico e hipotenso. Prontamente as medidas de ressuscitação são iniciadas. Assinale a alternativa que NÃO deveria ser feita de rotina nesse caso.

(A) 500 a 1000mg de ácido tranexâmico.
(B) Expansão volêmica com solução cristaloide.
(C) Realizar Endoscopia Digestiva Alta, preferencialmente nas primeiras 24hrs.
(D) Tipagem sanguínea.
(E) Internação em UTI.

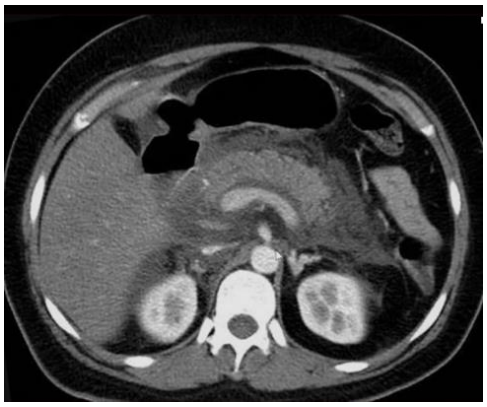
20

As pancreatites agudas ainda não possuem tratamento farmacológico específico, porém o seu manejo inicial deve ser realizado de maneira ótima, principalmente nas primeiras 72 horas. Sobre esse manejo, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A terapia fluída deve ser guiada por metas com foco na frequência cardíaca, pressão arterial, pressão venosa central, hematócrito e débito urinário.
(B) O uso de antibioticoterapia profilática não diminui a mortalidade nem o tempo de internação nos casos mais graves associados à necrose pancreática.
(C) A realimentação via oral ou enteral nesses pacientes deve ser feita geralmente após as 72 horas, pois a passagem do alimento poderá reagudizar a pancreatite, prejudicando a recuperação.
(D) A CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) é indicada em paciente com pancreatite e colangite aguda associada, independente da presença de cálculos no colédoco.
(E) Para as pancreatites agudas biliares, a colecistectomia deve ser idealmente realizada na mesma internação.

21

As pancreatites agudas podem ser patologias graves e com alto índice de mortalidade. Sendo assim, diversas classificações vêm sendo utilizadas para guiar os médicos em seu tratamento. Qual é a classificação da seguinte imagem quanto à pancreatite aguda?



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

22

Sobre as técnicas de drenagem para o tratamento das pancreatites agudas graves com necrose infectada, é correto afirmar que

(A) a punção guiada por ultrassonografia ou tomografia computadorizada geralmente é resolutiva (resolução da coleção) já na primeira punção.
(B) a drenagem endoscópica transgástrica possui um alto risco de complicações, não devendo ser considerada.
(C) o melhor momento para drenagem laparotômica é logo após o diagnóstico da coleção para resolução rápida e completa do quadro.
(D) o desbridamento retroperitoneal videoassistido (VARD) já é uma realidade e deve ser considerado como uma opção terapêutica.
(E) o tratamento invasivo das coleções deve ser postergado ao máximo devido ao risco de fístulas pancreáticas. Sendo assim, a drenagem apenas deverá ser realizada em casos de repercussão hemodinâmica.

23

Nos pacientes que apresentam hemorragia digestiva alta por doença varicosa, é correto afirmar que

(A) o uso do balão de Sengstaken-Blakemore foi proscrito desde Março/2021 devido aos riscos inerentes ao seu uso.
(B) pacientes que apresentem varizes de grosso calibre devem ser submetidos a TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) como tratamento inicial de escolha.
(C) apenas os pacientes que apresentem sinais de encefalopatia devem receber Lactulona para melhora do nível de consciência.
(D) o uso das escalas de Child-Pugh e MELD são para prever os risco de mortalidade por varizes após o sangramento.
(E) varizes que apresentam o calibre de aproximadamente 20mm possuem baixo risco de sangramento espontâneo.

24

Paciente, 79 anos, internado na CTI devido a quadro de IAM recente (2 semanas) com necessidade de cateterismo e em uso de stent metálico. Evolui com piora clínica progressiva, febre e leucocitose. No momento, o paciente está evoluindo com disfunção renal progressiva e rebaixamento do nível de consciência, sendo necessário uso de noradrenalina em doses crescentes nas últimas 24 hrs. Submetido a rastreio infeccioso, foi evidenciado um quadro de colecistite aguda em tomografia de tórax. Qual é a conduta nesse caso?

(A) Antibioticoterapia.
(B) Antibioticoterapia + drenagem percutânea da vesícula biliar.
(C) Antibioticoterapia + Colecistectomia videolaparoscópica.
(D) Antibioticoterapia + Colecistectomia laparotômica.
(E) Realizar método de imagem adequado.

25

Sobre as neoplasias císticas do pâncreas, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Neoplasias císticas que apresentem citologia oncótica positiva necessitam de ressecção.
(B) Presença de nódulos murais (>5mm) dentro do cisto justificam o tratamento cirúrgico.
(C) IPNM de ducto principal maiores que 1cm são candidatos à ressecção em pacientes que possuem performance cirúrgica.
(D) Pacientes que evoluem com icterícia em evolução à neoplasia cística possuem estigma de baixo risco.
(E) Neoplasias Mucinosas Císticas medindo mais que 40mm devem ser ressecadas devido ao maior risco de malignidade.

26

Paciente de 42 anos, apresentando dor epigástrica e vômitos, comparece à consulta eletiva após piora dos sintomas. Refere início dos sintomas há +- 10 dias com piora progressiva. Após medicações e melhora da dor, a paciente é submetida à investigação ambulatorial que apenas evidencia, em endoscopia digestiva alta, presença de gastrite enantematosa moderada e a pesquisa da *H. Pylori* resultou positiva. Sobre o caso, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Para exames histológicos, a coleta de duas biópsias do antro e duas do corpo é recomendada, porque permite a análise morfológica da mucosa.
(B) A pesquisa de HP, após a terapia de erradicação, poderá ser realizada pelo menos 4 semanas após o término do tratamento.
(C) Não há evidência de uma associação entre infecção por HP e Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). A erradicação da bactéria usualmente não leva ao início de sintomas de DRGE.
(D) Estudos epidemiológicos, experimentais, moleculares e clínicos têm confirmado o papel do HP como fator de risco para câncer gástrico, e a sua erradicação associa-se a um decréscimo das taxas.
(E) A paciente em questão deve ser submetida a uma tomografia para afastar complicações associadas à HP, como úlceras perfuradas.

27

Paciente de 57 anos, previamente hígido e sem comorbidades, foi internado com quadro de icterícia indolor e progressiva há +- 10 dias. Refere colúria e acolia fecal. Nega perda ponderal significativa (<5% do peso). Em investigação, a tomografia de abdome apresenta imagem hipodensa em cabeça do pâncreas medindo 2cm. Qual achado adicional provavelmente NÃO justificará a cirurgia nem agora nem em momento futuro?

(A) Invasão da veia porta.
(B) Invasão da artéria mesentérica superior >180°.
(C) Metástase pulmonar.
(D) Invasão da artéria hepática <180°.
(E) Todas os achados acima apresentados.

28

Lesões cáusticas esofágicas são ocorrências frequentes em unidades de pronto atendimentos. Sobre as lesões esofágicas, assinale a alternativa correta.

(A) A realização de exames de imagem como tomografia é fundamental para análise de perfuração e possíveis complicações mediastinais, porém o RX contrastado se mostra superior na avaliação da necrose.
(B) As sequelas tardias são geralmente tratadas com endoscopia (dilatação) ou cirurgia, e os pacientes evoluem sem sequelas após única correção.
(C) As vítimas que necessitam de cirurgia de urgência devido a complicações agudas possuem a mesma taxa de sobrevida e resultados funcionais independente de idade ou comorbidades ou extensão da lesão.
(D) Políticas públicas de conscientização não são uma opção para redução do número de acidentes domiciliares.
(E) Lesões laríngeas podem estar associadas com a severidade da lesão esofágica em até 40%, e até 10% podem necessitar de intubação e ventilação mecânica.

29

Sobre os tumores estromais gastrointestinais (GIST), é correto afirmar que

(A) o diagnóstico imuno-histoquímico comumente apresenta CD34 e S-100 positivos.
(B) as lesões com mais que 5cm geralmente são de fácil identificação na tomografia.
(C) tamanho, índice mitótico, localização e ruptura são os fatores prognósticos mais importantes.
(D) a cirurgia laparoscópica não possui espaço no tratamento devido à dificuldade para realização de linfadenectomia.
(E) são neoplasias ainda sem a possibilidade de quimioterapia adjuvante.

30

Sobre as hérnias inguinais, assinale a alternativa correta.

(A) As hérnias inguinais obturatórias são raras e comumente descobertas em laparotomia de possível quadro de abdome agudo obstrutivo.
(B) A hérnia de Littrè é definida como uma protusão da borda antimesentérica pelo defeito herniário.
(C) A hérnia de Spiegel são as hérnias dorsais mais comuns.
(D) A hérnia femoral é a hérnia mais comum no sexo feminino.
(E) Todas as alternativas acima estão incorretas.

31

A sepse é um processo dinâmico e multivariavel, sendo que a evolução de cada indivíduo varia amplamente. Sendo assim, o manejo da sepse é um desafio médico atual. Sobre o manejo das infecções intra-abdominais, assinale a alternativa correta.

(A) A apendicite aguda é a causa mais comum de cirurgia de urgência no mundo, porém não é a principal causa de sepse intra-abdominal.
(B) A perfuração gástrica por úlceras ainda permanece comum, e o tratamento cirúrgico constituído em sutura simples, com ou sem patch omental, é seguro e efetivo, independente do tamanho da perfuração.
(C) Com relação à perfuração intestinal secundária, na tuberculose intestinal, deve-se dar preferência à ressecção do segmento perfurado em detrimento à rafia da perfuração.
(D) Em casos de fístulas pós-operatórias, o controle adequado do foco infeccioso é fundamental, devendo se dar preferência às re-laparotomias precoces, independente do estado geral do paciente, devido ao potencial risco de gravidade quando a mesma é atrasada.
(E) Pacientes com peritonite estercoral devem ser submetidos às laparotomias programadas de intervalo, pois estas diminuem a mortalidade e o tempo de internação.

32

A lesão torácica é comum em pacientes politraumatizados e pode ser fatal, especialmente se não for prontamente identificada e tratada durante a pesquisa primária. Sobre trauma torácico, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Punções às cegas em pneumotórax hipertensivo devem ser realizadas no quinto espaço intercostal, ligeiramente anterior à linha axilar média.
(B) O pneumotórax aberto é comumente encontrado e tratado temporariamente no local do acidente pela equipe de atendimento pré-hospitalar.
(C) O hemotórax maciço é inicialmente controlado restaurando simultaneamente o volume sanguíneo e descomprimindo a cavidade torácica. Quando existe drenagem imediata maior que 750ml de sangue, a toracotomia de urgência é indicada.
(D) A tríade clínica clássica do tamponamento cardíaco (sons cardíacos abafados, hipotensão e estase de jugular) pode não se fazer presente em determinados casos de tamponamento, sendo a realização do FAST mandatória.
(E) O enfisema subcutâneo pode resultar de lesão das vias aéreas ou lesão pulmonar. Embora raramente essa condição exija tratamento imediato, os médicos devem reconhecer a lesão subjacente e tratá-la.

33

Com relação aos programas de aceleração do pós-operatório, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Os protocolos de informação pré-operatória diminuem a ansiedade do paciente e o auxiliam a entender como ele mesmo pode se ajudar para acelerar a sua recuperação.
(B) No pós-operatório, a dieta deve ser iniciada por via oral ou enteral nas primeiras 24 horas após a cirurgia, salvo exceções.
(C) O jejum prolongado é prejudicial ao paciente, aumentando a resistência à insulina antes da cirurgia.
(D) A anestesia locorregional como bloqueio dos nervos periféricos aumenta a resposta do indivíduo á dor, podendo diminuir o uso de opioides e proporcionar uma evolução mais favorável, com menos íleo pós-operatório associado.
(E) Medidas de ventilação protetora, como volume corrente de 6 a 8 ml/kg por peso predito, são fundamentais para uma evolução pós-operatória satisfatória.

34

A esofagite eosinofílica é uma doença crônica caracterizada por sintomas de disfunção esofágica e, histologicamente, por infiltração eosinofílica do epitélio do esôfago. Sobre essa patologia, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A associação a doenças autoimunes, como lúpus, fibromialgia e artrites reumatoides, é comum.
(B) Adolescentes e adultos jovens que apresentem disfagia, impactação alimentar, pirose e dores retroesternal podem ser considerados pacientes suspeitos.
(C) O diagnóstico consiste na presença de >15 eosinófilos/campos de grande aumento.
(D) O tratamento consiste em inibidor de bomba de prótons, corticoides tópicos, adequação alimentar e eventualmente dilatação esofágica.
(E) Dentre os diagnósticos diferenciais, pode-se destacar acalasia, doença de Crhon, síndrome hipereosinofílica e infecções.

35

Sobre as hérnias incisionais da parede abdominal, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Os fatores de risco para hérnias incisionais incluem infecção pós-operatória do sítio cirúrgico, obesidade e aneurisma da aorta abdominal.
(B) A laparoscopia reduziu significativamente a presença das hérnias incisionais no pós-operatório tardio das cirurgias para redução gástrica do tipo By-pass.
(C) O reparo de hérnias incisionais ainda tem uma alta taxa de falha com taxas de recorrência em longo prazo acima de 30%, mesmo quando o reparo com tela é realizado.
(D) Para diminuir a incidência de hérnias incisionais, é altamente recomendável utilizar uma abordagem mediana para uma laparotomia, sempre que possível.
(E) Sugere-se o uso de sutura monofilamentar de absorção lenta em técnica de fechamento aponeurótico de camada única, sem fechamento separado do peritônio.

36

As lesões de via biliar podem ocorrer após colecistectomias com relativa frequência. Pacientes obesos, homens e submetidos a cirurgias de urgência representam os que possuem maior risco para as lesões. Segundo a classificação de Strasberg, para os pacientes que apresentam lesão iatrogênica (secção completa) da confluência dos ductos hepáticos, porém apresentam comunicação entre eles, qual será a classificação?

(A) A.
(B) C.
(C) D.
(D) E3.
(E) E5.

37

Quanto às estomias no trato digestivo, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Em cirurgias de urgência por abdome agudo obstrutivo, caso o fator obstrutivo seja um tumor estenosante de cólon sigmoide, é mandatória a colostomia, sem possibilidade de anastomose primária.
(B) As gastrostomias endoscópicas pela técnica de Gauderer-Ponsky são seguras e devem ser realizadas, preferencialmente e sempre que possível, em detrimento das gastrostomias abertas (a Stamm).
(C) As jejunostomias realizadas pela técnica de Witzel geralmente são realizadas com finalidade alimentar.
(D) Casos de "*Buried Bumper Syndrome"* geralmente ocorrem por tração excessiva e manuseio inadequado da sonda de gastrostomia.
(E) Na cirurgia de Miles, a colostomia terminal realizada é definitiva.

38

Quanto às peritonites, assinale a alternativa correta

(A) A peritonite bacteriana primária é mais comumente causada por germes gram-negativos e anaeróbios.
(B) A peritonite bacteriana secundária geralmente está associada à cirrose ou síndrome nefrótica.
(C) Casos de peritonite primária devem ser tratados preferencialmente por intervenção cirúrgica precoce.
(D) A antibioticoterapia para tratamento de peritonites terciárias deve ser direcionada por meio de culturas e avaliação de perfil de resistência antimicrobiana.
(E) Cirurgias geralmente não estão indicadas no tratamento das peritonites secundárias.

39

Em dezembro de 2017, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução n° 2.172/2017, através da qual estabeleceu critérios para a chamada cirurgia metabólica no país, autorizando a realização de procedimentos cirúrgicos para tratamento do diabetes em pacientes com índice de massa corporal entre 30 e 34,9 Kg/m^2. Sobre essa modalidade de tratamento, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) São elegíveis pacientes com idade entre 30 e 70 anos.
(B) Pacientes devem ter diagnóstico de diabetes tipo 2 por período inferior a 10 anos.
(C) O procedimento cirúrgico de eleição é a gastroplastia redutora com derivação gastrojejunal em Y de Roux.
(D) Os pacientes candidatos a essa modalidade de cirurgia devem estar em insulinoterapia por período de, pelo menos, 2 anos no momento da realização do procedimento.
(E) Todos os pacientes devem ser submetidos à avaliação por equipe multidisciplinar especializada no período pré-operatório.

40

Ao lidar com pacientes geriátricos com trauma, os efeitos do envelhecimento sobre a função fisiológica e o impacto de doenças e medicamentos preexistentes não podem ser superestimados. Em relação ao tema, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) As quedas são o mecanismo mais comum de lesão fatal na população idosa e as fraturas são mais comuns em mulheres. As quedas também são a causa mais comum de traumatismo cranioencefálico (TCE) em idosos.
(B) A hipotensão no paciente idoso com trauma deve ser mais permissiva e deve ser monitorada de maneira menos invasiva que em pacientes jovens, dado o potencial para doença cardiovascular preexistente.
(C) Lesões específicas comuns na população idosa incluem fraturas de costelas, traumatismo cranioencefálico e fraturas pélvicas.
(D) A doença degenerativa da coluna vertebral coloca os pacientes idosos em risco de fraturas e lesão da medula espinhal mesmo com baixa cinética de quedas no nível do solo.
(E) O uso liberal da tomografia computadorizada para diagnóstico é particularmente importante em pacientes idosos, uma vez que atrofia cerebral preexistente, demência e acidentes vasculares cerebrais tornam o diagnóstico clínico de lesão cerebral traumática difícil.

Cirurgia Geral

41

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.

42

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.

43

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.

44

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.

45

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.

46

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.

47

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.

48

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.

49

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.

50

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.

51

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.

52

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.

53

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.

54

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.

55

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.

56

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.

57

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.

58

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).

59

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.

60

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.

61

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.

62

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.

63

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.

64

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.

65

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.

66

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.

67

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.

68

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.

69

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.

70

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.

71

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.

72

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.

73

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.

74

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.

75

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.

76

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.

77

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.

78

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.

79

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.

80

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.

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

T3176003N

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

PRM - ÁREA DE ATUAÇÃO - CIRURGIA BARIÁTRICA - CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

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 do Aparelho Digestivo

1

Paciente masculino, 54 anos, foi diagnosticado com adenocarcinoma de reto alto e metástases hepáticas sincrônicas nos segmentos II e III. Essas lesões são potencialmente ressecáveis e o paciente tem boa performance e nega comorbidades. A tomografia por emissão de pósitron não evidenciou outras lesões suspeitas além do reto e do fígado. Frente ao caso apresentado, qual é a conduta mais apropriada?

(A) Neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia.
(B) Retossigmoidectomia abdominal com colostomia.
(C) Lobectomia hepática esquerda e colostomia seguida de quimioterapia.
(D) Retossigmoidectomia e hepatectomia parcial dos segmentos II e III.
(E) Biopsia hepática e colostomia.

2

Paciente feminina de 28 anos com endometriose foi submetida à laparoscopia e teve um achado incidental de nódulo hepático no segmento IV. Nesse mesmo ato, procedeu-se a biópsia hepática cujo diagnóstico foi de hiperplasia nodular focal. Qual é a afirmação mais acurada a respeito dessa condição?

(A) O uso de anticoncepcional oral é um fator de risco.
(B) Essa lesão usualmente diminui com o tratamento da endometriose.
(C) A ressecção cirúrgica faz-se necessária pelo risco elevado de malignidade.
(D) A angiografia tem sensibilidade e especificidade para o diagnóstico.
(E) O potencial de malignidade é alto nos próximos 10 anos.

3

Paciente masculino, 45 anos, trabalhador da construção civil, queixa-se do aparecimento de abaulamento na virilha esquerda que aumenta aos esforços. No exame físico, foi diagnosticado com hérnia inguinal indireta. Qual das seguintes alternativas é a apropriada para condução e resolução desse caso?

(A) Tratamento conservador com uso de cinta de compressão inguinal.
(B) Submeter o paciente à cirurgia laparoscópica, pois um amplo estudo randomizado obteve resultados melhores a despeito do uso de tela.
(C) Proceder a cirurgia com reparo suturando o ligamento inguinal no tendão conjunto.
(D) Proceder com a cirurgia utilizando tela com a técnica livre de tensão.
(E) Aconselhar sobre o tratamento clínico conservador.

4

As cirurgias gástricas restritivas promovem perda de peso. Assinale, dentre as alternativas a seguir, aquela que melhor justifica o mecanismo para esse emagrecimento.

(A) Intensidade do metabolismo energético.
(B) Síndrome do intestino curto.
(C) Saciedade precoce.
(D) Indução dos vômitos.
(E) Aumento da resistência periférica da insulina.

5

Homem com 65 anos foi diagnosticado com adenocarcinoma pancreático localizado na cabeça e processo uncinado do pâncreas com metástases hepática e pulmonar. Ele tem prurido colestático e hiperbilirrubinemia direta. Qual é a melhor abordagem levando em consideração o prognóstico?

(A) Alívio de prurido com a prescrição de resina de troca iônica como a colestiramina.
(B) Radioterapia conformacional após ter realizado quimioterapia de indução.
(C) Laparotomia e coledocostomia com dreno de Kehr.
(D) Papilotomia e posicionamento endoscópico de prótese /stent biliar.
(E) Propor a realização da duodenopancreatectomia cefálica e linfadenectomia locorregional.

6

Um homem de 60 anos com quadro de pirose secundário à doença do refluxo gastroesofágico vinha seguindo tratamento há três anos com bloqueadores H2. Foi realizada uma endoscopia superior que mostrou esôfago de Barrett na parte distal do órgão com displasia de baixo grau. Qual das seguintes etapas é a mais apropriada no tratamento desse indivíduo?

(A) Aconselhar o paciente que continue tomando bloqueador H2 e associar inibidor de bomba de prótons.
(B) Fazer uma fundoplicatura de Nissen laparoscópica.
(C) Ablação por radiofrequência.
(D) Interromper o uso de bloqueador H2 e iniciar o de antiácidos.
(E) Esofagectomia distal com reconstrução em y de roux.

7

Paciente masculino de 70 anos com quadro de disfagia crônica devido à acalasia. Apresentou, nos últimos meses, agravamento dos sintomas, sendo submetido a uma dilatação esofágica endoscópica. Logo após o exame, apresentou dor torácica aguda, taquicardia e febre. Qual dos seguintes procedimentos diagnósticos é mais apropriado para esse paciente?

(A) Esofagografia com bário.
(B) Esofagoscopia.
(C) Radiografia de tórax.
(D) Esofagografia com gastrografina.
(E) Rx de transição esôfago-gástrica.

8

Paciente feminina de 75 anos apresenta dor abdominal intermitente há uma semana. Evoluiu com vômitos persistentes nas últimas 24 horas. Negou ser submetida à cirurgia abdominal prévia. Ao exame físico, está febril, não apresenta hérnias, apresenta distensão abdominal e peristaltismo visível, não apresenta sinais clínicos de peritonite. O achado clínico é consistente com obstrução do intestino delgado distal. Não apresenta leucocitose. Qual das etapas seguintes é a mais apropriada?

(A) Tratamento clínico com observação por 48 horas.
(B) Realização de uma endoscopia do trato gastrintestinal superior.
(C) Prosseguir com cirurgia imediata – laparotomia exploradora.
(D) Realizar videolaparoscopia.
(E) Realizar tomografia de abdomen.

9

Um homem de 65 anos foi admitido no pronto atendimento com náuseas e vômitos. Apresenta histórico de realização de apendicectomia aos 25 anos. Está afebril. No exame, o abdome, apresenta-se distendido e sensível na palpação, com sinais de irritação peritoneal. A leucometria é de 18.000/mm2. A verificação dos eletrólitos revela níveis de sódio de 138 mEq/L, potássio de 4,2 mEq/L, cloreto de 105 mEq/L e bicarbonato de 14 mEq/L. Qual dos seguintes é o melhor tratamento para esse paciente?

(A) Passagem de sonda nasogástrica e observação.
(B) Colonoscopia descompressiva.
(C) Administração de enema de bário para aliviar vólvulo.
(D) Antibioticoterapia e tomografia compuradorizada.
(E) Cirurgia.

10

Paciente do sexo feminino, com 30 anos, foi submetida a uma ultrassonografia obstétrica durante o segundo trimestre de gestação e foram observados focos hiperecogênicos no interior da vesícula biliar com sombra acústica posterior e móveis na mudança de decúbito. Associado a esse quadro, a paciente apresenta, nesse período gestacional, dispepsia, pirose e náuseas. Qual é o tratamento mais apropriado?

(A) Dieta com pouca gordura até o final da gravidez e, então, uma colecistectomia laparoscópica após o parto.
(B) Colecistectomia laparoscópica eletiva durante o terceiro trimestre, independente dos sintomas.
(C) Papilotomia endoscópica e posterior colecistectomia após o término da gestação.
(D) Colecistectomia com colangiografia aberta durante o segundo trimestre.
(E) Acompanhamento e, se houver sintomas de cólica biliar, pode-se programar colecistectomia durante a gestação, preferencialmente no terceiro trimestre.

11

Um homem com 50 anos apresenta-se com confusão, dor abdominal, tremores, temperatura retal de 34 ºC e icterícia. Uma radiografia abdominal mostrou pneumobilia. Qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Colecistite aguda.
(B) Pancreatite aguda.
(C) Colangite aguda.
(D) Apendicite aguda.
(E) Hepatite viral aguda.

12

Um homem com 52 anos e diagnóstico de cirrose alcoólica foi admitido no setor de emergência com hematêmese aguda. Durante endoscopia digestiva alta, são encontradas varizes esofágicas com sangramento ativo. Qual é o tratamento mais indicado?

(A) Passagem de balão gastroesofágico.
(B) Inibidor de bomba de prótons e betabloqueador.
(C) Antibioticoterapia tripla.
(D) Passagem de sonda nasogástrica e terlipressina endovenosa.
(E) Escleroterapia endoscópica.

13

Qual das seguintes modalidades diagnósticas tem maior especificidade para identificar a fonte de hemorragia digestiva baixa?

(A) Cintilografia de hemácias marcadas.
(B) Enema baritado.
(C) Colonoscopia.
(D) Enteroscopia com duplo balão.
(E) Retossigmoidoscopia rígida.

14

Paciente masculino de 45 anos, durante investigação de quadro de anemia, foi diagnosticado com lesão tumoral no ceco. A biópsia evidenciou adenocarcinoma. O estadiamento foi cT3 N1M0. Nesse caso, é indicado(a)

(A) quimiorradioterapia pré-operatória seguida por hemicolectomia direita.
(B) hemicolectomia direita e quimioterapia pós-operatória com 5-FU, leucovorina e oxaliplatina.
(C) remoção endoscópica do tumor, seguida por quimiorradioterapia.
(D) hemicolectomia direita laparoscópica sem indicação de adjuvância.
(E) tratamento definitivo com seis ciclos de FOLFOX e remoção do cólon se o paciente tiver sintomas.

15

Qual é o acompanhamento mais apropriado para um homem com 60 anos que foi submetido à colonoscopia e à remoção endoscópica completa de um pólipo adenomatoso com displasia de baixo grau, com 2 cm e localizado no cólon sigmoide?

(A) Colonoscopia anual.
(B) Repetição da colonoscopia três anos depois e, se os resultados forem negativos, repetida a cada cinco anos.
(C) Tomografia computadorizada e repetição da colonoscopia três anos depois e, se os resultados forem negativos, repetida a cada cinco anos.
(D) Repetição da colonoscopia a cada dois anos.
(E) Exame de fezes a cada seis meses para detectar sangue oculto

16

Homem com 47 anos foi submetido à colectomia direita em decorrência de adenocarcinoma do ceco junto da válvula ileocecal, o qual estava causando sintomas obstrutivos. O achado operatório evidenciou lesão tumoral de 8 cm ocupando a face medial do ceco, com vários linfonodos do mesocólon direito e duas lesões hepáticas secundárias, uma no segmento VII e outra no V, medindo cerca de 2 e 4 cm, e uma de 3 cm no lobo esquerdo no segmento II. Qual é a opção mais apropriada para o tratamento desse paciente?

(A) Realizar uma biópsia da massa cecal, de linfonodos e tumores hepáticos e terminar o procedimento.
(B) Remover o colo direito, incluindo os linfonodos mesentéricos aumentados, ressecar por completo os tumores hepáticos e encaminhar o paciente para quimioterapia.
(C) Remover o colo direito, incluindo os linfonodos mesentéricos aumentados, realizar uma biópsia hepática, hepatectomia esquerda para ressecção da metástases no lobo esquerdo e embolização do ramo direito da veia porta. Encaminhamento posterior para quimioterapia e reavaliação após o 4 ciclo para cirurgia de resgate.
(D) Realizar uma biópsia da massa do colo e da massa hepática e encaminhar o paciente para quimioterapia sistêmica.
(E) Remover o colo direito, incluindo os linfonodos mesentéricos aumentados, realizar uma biópsia da lesão hepática, estadiamento sistêmico após cirurgia de emergência e encaminhar o paciente para quimioterapia com reavaliação da possibilidade de resgate e metastasectomia em um segundo tempo.

17

Em dezembro de 2017, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução n° 2.172/2017, através da qual estabeleceu critérios para a chamada cirurgia metabólica no país, autorizando a realização de procedimentos cirúrgicos para tratamento do diabetes em pacientes com índice de massa corporal entre 30 e 34,9 Kg/m^2. Sobre essa modalidade de tratamento, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) São elegíveis pacientes com idade entre 30 e 70 anos.
(B) Pacientes devem ter diagnóstico de diabetes tipo 2 por período inferior a 10 anos.
(C) O procedimento cirúrgico de eleição é a gastroplastia redutora com derivação gastrojejunal em Y de Roux.
(D) Os pacientes candidatos a essa modalidade de cirurgia devem estar em insulinoterapia por período de, pelo menos, 2 anos no momento da realização do procedimento.
(E) Todos os pacientes devem ser submetidos à avaliação por equipe multidisciplinar especializada no período pré-operatório.

18

Ao lidar com pacientes geriátricos com trauma, os efeitos do envelhecimento sobre a função fisiológica e o impacto de doenças e medicamentos preexistentes não podem ser superestimados. Em relação ao tema, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) As quedas são o mecanismo mais comum de lesão fatal na população idosa e as fraturas são mais comuns em mulheres. As quedas também são a causa mais comum de traumatismo cranioencefálico (TCE) em idosos.
(B) A hipotensão no paciente idoso com trauma deve ser mais permissiva e deve ser monitorada de maneira menos invasiva que em pacientes jovens, dado o potencial para doença cardiovascular preexistente.
(C) Lesões específicas comuns na população idosa incluem fraturas de costelas, traumatismo cranioencefálico e fraturas pélvicas.
(D) A doença degenerativa da coluna vertebral coloca os pacientes idosos em risco de fraturas e lesão da medula espinhal mesmo com baixa cinética de quedas no nível do solo.
(E) O uso liberal da tomografia computadorizada para diagnóstico é particularmente importante em pacientes idosos, uma vez que atrofia cerebral preexistente, demência e acidentes vasculares cerebrais tornam o diagnóstico clínico de lesão cerebral traumática difícil.

19

Durante o tratamento cirúrgico da hérnia inguinal de um paciente masculino de 52 anos, foi observado um defeito herniário que se insinuava medialmente aos vasos epigástricos inferiores, lateralmente à borda lateral do músculo reto abdominal e superiormente ao ligamento inguinal, associado a um anel inguinal profundo normal. Segundo a classificação de *Nyhus*, trata-se de uma hérnia

(A) Tipo I.
(B) Tipo II.
(C) Tipo IIIA.
(D) Tipo IIIB.
(E) Tipo IIIC.

20

Paciente do sexo feminino, 42 anos, é encaminhada ao ambulatório de oncologia com diagnóstico de Adenocarcinoma de cólon sigmoide. Durante o exame de colonoscopia, não foram evidenciadas outras lesões colorretais. Segue histórico pessoal e familiar resumido:

Antecedentes pessoais: portadora de hipertensão arterial sistêmica (losartana 50 mg VO 1 x dia); submetida a colecistectomia videolaparoscópica há 10 anos por colelitíase; submetida à pan-histerectomia há 3 anos por adenocarcinoma de endométrio.

Antecedentes familiares: Tio paterno com história de carcinoma espinocelular do esôfago aos 60 anos; tia materna com história de câncer de reto aos 48 anos; mãe com história de câncer de intestino aos 52 anos; avó materna falecida por complicações de câncer de "rim" aos 65 anos. Pai portador de hipertensão arterial sistêmica.

Diante desse quadro, qual síndrome genética será provavelmente diagnosticada?

(A) Síndrome de Gardner.
(B) Síndrome de Turcot.
(C) Polipose adenomatosa familiar.
(D) Síndrome de Peutz-Jeghers.
(E) Síndrome de Lynch.

21

Paciente de 57 anos é admitido após quadro de hematêmese volumosa e síncope após o quadro. Trazido pela unidade de atendimento pré-hospitalar, dá entrada no hospital com alteração do nível de consciência (confuso), taquicárdico e hipotenso. Prontamente as medidas de ressuscitação são iniciadas. Assinale a alternativa que NÃO deveria ser feita de rotina nesse caso.

(A) 500 a 1000mg de ácido tranexâmico.
(B) Expansão volêmica com solução cristaloide.
(C) Realizar Endoscopia Digestiva Alta, preferencialmente nas primeiras 24hrs.
(D) Tipagem sanguínea.
(E) Internação em UTI.

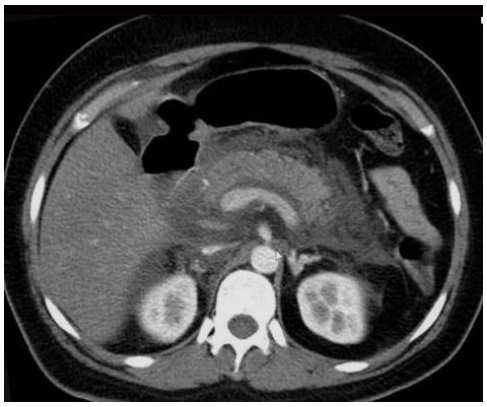
22

As pancreatites agudas ainda não possuem tratamento farmacológico específico, porém o seu manejo inicial deve ser realizado de maneira ótima, principalmente nas primeiras 72 horas. Sobre esse manejo, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A terapia fluída deve ser guiada por metas com foco na frequência cardíaca, pressão arterial, pressão venosa central, hematócrito e débito urinário.
(B) O uso de antibioticoterapia profilática não diminui a mortalidade nem o tempo de internação nos casos mais graves associados à necrose pancreática.
(C) A realimentação via oral ou enteral nesses pacientes deve ser feita geralmente após as 72 horas, pois a passagem do alimento poderá reagudizar a pancreatite, prejudicando a recuperação.
(D) A CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) é indicada em paciente com pancreatite e colangite aguda associada, independente da presença de cálculos no colédoco.
(E) Para as pancreatites agudas biliares, a colecistectomia deve ser idealmente realizada na mesma internação.

23

As pancreatites agudas podem ser patologias graves e com alto índice de mortalidade. Sendo assim, diversas classificações vêm sendo utilizadas para guiar os médicos em seu tratamento. Qual é a classificação da seguinte imagem quanto à pancreatite aguda?



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

24

Sobre as técnicas de drenagem para o tratamento das pancreatites agudas graves com necrose infectada, é correto afirmar que

(A) a punção guiada por ultrassonografia ou tomografia computadorizada geralmente é resolutiva (resolução da coleção) já na primeira punção.
(B) a drenagem endoscópica transgástrica possui um alto risco de complicações, não devendo ser considerada.
(C) o melhor momento para drenagem laparotômica é logo após o diagnóstico da coleção para resolução rápida e completa do quadro.
(D) o desbridamento retroperitoneal videoassistido (VARD) já é uma realidade e deve ser considerado como uma opção terapêutica.
(E) o tratamento invasivo das coleções deve ser postergado ao máximo devido ao risco de fístulas pancreáticas. Sendo assim, a drenagem apenas deverá ser realizada em casos de repercussão hemodinâmica.

25

Nos pacientes que apresentam hemorragia digestiva alta por doença varicosa, é correto afirmar que

(A) o uso do balão de Sengstaken-Blakemore foi proscrito desde Março/2021 devido aos riscos inerentes ao seu uso.
(B) pacientes que apresentem varizes de grosso calibre devem ser submetidos a TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) como tratamento inicial de escolha.
(C) apenas os pacientes que apresentem sinais de encefalopatia devem receber Lactulona para melhora do nível de consciência.
(D) o uso das escalas de Child-Pugh e MELD são para prever os risco de mortalidade por varizes após o sangramento.
(E) varizes que apresentam o calibre de aproximadamente 20mm possuem baixo risco de sangramento espontâneo.

26

Paciente, 79 anos, internado na CTI devido a quadro de IAM recente (2 semanas) com necessidade de cateterismo e em uso de stent metálico. Evolui com piora clínica progressiva, febre e leucocitose. No momento, o paciente está evoluindo com disfunção renal progressiva e rebaixamento do nível de consciência, sendo necessário uso de noradrenalina em doses crescentes nas últimas 24 hrs. Submetido a rastreio infeccioso, foi evidenciado um quadro de colecistite aguda em tomografia de tórax. Qual é a conduta nesse caso?

(A) Antibioticoterapia.
(B) Antibioticoterapia + drenagem percutânea da vesícula biliar.
(C) Antibioticoterapia + Colecistectomia videolaparoscópica.
(D) Antibioticoterapia + Colecistectomia laparotômica.
(E) Realizar método de imagem adequado.

27

Sobre as neoplasias císticas do pâncreas, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Neoplasias císticas que apresentem citologia oncótica positiva necessitam de ressecção.
(B) Presença de nódulos murais (>5mm) dentro do cisto justificam o tratamento cirúrgico.
(C) IPNM de ducto principal maiores que 1cm são candidatos à ressecção em pacientes que possuem performance cirúrgica.
(D) Pacientes que evoluem com icterícia em evolução à neoplasia cística possuem estigma de baixo risco.
(E) Neoplasias Mucinosas Císticas medindo mais que 40mm devem ser ressecadas devido ao maior risco de malignidade.

28

Paciente de 42 anos, apresentando dor epigástrica e vômitos, comparece à consulta eletiva após piora dos sintomas. Refere início dos sintomas há +- 10 dias com piora progressiva. Após medicações e melhora da dor, a paciente é submetida à investigação ambulatorial que apenas evidencia, em endoscopia digestiva alta, presença de gastrite enantematosa moderada e a pesquisa da *H. Pylori* resultou positiva. Sobre o caso, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Para exames histológicos, a coleta de duas biópsias do antro e duas do corpo é recomendada, porque permite a análise morfológica da mucosa.
(B) A pesquisa de HP, após a terapia de erradicação, poderá ser realizada pelo menos 4 semanas após o término do tratamento.
(C) Não há evidência de uma associação entre infecção por HP e Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). A erradicação da bactéria usualmente não leva ao início de sintomas de DRGE.
(D) Estudos epidemiológicos, experimentais, moleculares e clínicos têm confirmado o papel do HP como fator de risco para câncer gástrico, e a sua erradicação associa-se a um decréscimo das taxas.
(E) A paciente em questão deve ser submetida a uma tomografia para afastar complicações associadas à HP, como úlceras perfuradas.

29

Paciente de 57 anos, previamente hígido e sem comorbidades, foi internado com quadro de icterícia indolor e progressiva há +- 10 dias. Refere colúria e acolia fecal. Nega perda ponderal significativa (<5% do peso). Em investigação, a tomografia de abdome apresenta imagem hipodensa em cabeça do pâncreas medindo 2cm. Qual achado adicional provavelmente NÃO justificará a cirurgia nem agora nem em momento futuro?

(A) Invasão da veia porta.
(B) Invasão da artéria mesentérica superior >180°.
(C) Metástase pulmonar.
(D) Invasão da artéria hepática <180°.
(E) Todas os achados acima apresentados.

30

Lesões cáusticas esofágicas são ocorrências frequentes em unidades de pronto atendimentos. Sobre as lesões esofágicas, assinale a alternativa correta.

(A) A realização de exames de imagem como tomografia é fundamental para análise de perfuração e possíveis complicações mediastinais, porém o RX contrastado se mostra superior na avaliação da necrose.
(B) As sequelas tardias são geralmente tratadas com endoscopia (dilatação) ou cirurgia, e os pacientes evoluem sem sequelas após única correção.
(C) As vítimas que necessitam de cirurgia de urgência devido a complicações agudas possuem a mesma taxa de sobrevida e resultados funcionais independente de idade ou comorbidades ou extensão da lesão.
(D) Políticas públicas de conscientização não são uma opção para redução do número de acidentes domiciliares.
(E) Lesões laríngeas podem estar associadas com a severidade da lesão esofágica em até 40%, e até 10% podem necessitar de intubação e ventilação mecânica.

31

Sobre os tumores estromais gastrointestinais (GIST), é correto afirmar que

(A) o diagnóstico imuno-histoquímico comumente apresenta CD34 e S-100 positivos.
(B) as lesões com mais que 5cm geralmente são de fácil identificação na tomografia.
(C) tamanho, índice mitótico, localização e ruptura são os fatores prognósticos mais importantes.
(D) a cirurgia laparoscópica não possui espaço no tratamento devido à dificuldade para realização de linfadenectomia.
(E) são neoplasias ainda sem a possibilidade de quimioterapia adjuvante.

32

Sobre as hérnias inguinais, assinale a alternativa correta.

(A) As hérnias inguinais obturatórias são raras e comumente descobertas em laparotomia de possível quadro de abdome agudo obstrutivo.
(B) A hérnia de Littrè é definida como uma protusão da borda antimesentérica pelo defeito herniário.
(C) A hérnia de Spiegel são as hérnias dorsais mais comuns.
(D) A hérnia femoral é a hérnia mais comum no sexo feminino.
(E) Todas as alternativas acima estão incorretas.

33

A sepse é um processo dinâmico e multivariavel, sendo que a evolução de cada indivíduo varia amplamente. Sendo assim, o manejo da sepse é um desafio médico atual. Sobre o manejo das infecções intra-abdominais, assinale a alternativa correta.

(A) A apendicite aguda é a causa mais comum de cirurgia de urgência no mundo, porém não é a principal causa de sepse intra-abdominal.
(B) A perfuração gástrica por úlceras ainda permanece comum, e o tratamento cirúrgico constituído em sutura simples, com ou sem patch omental, é seguro e efetivo, independente do tamanho da perfuração.
(C) Com relação à perfuração intestinal secundária, na tuberculose intestinal, deve-se dar preferência à ressecção do segmento perfurado em detrimento à rafia da perfuração.
(D) Em casos de fístulas pós-operatórias, o controle adequado do foco infeccioso é fundamental, devendo se dar preferência às re-laparotomias precoces, independente do estado geral do paciente, devido ao potencial risco de gravidade quando a mesma é atrasada.
(E) Pacientes com peritonite estercoral devem ser submetidos às laparotomias programadas de intervalo, pois estas diminuem a mortalidade e o tempo de internação.

34

A lesão torácica é comum em pacientes politraumatizados e pode ser fatal, especialmente se não for prontamente identificada e tratada durante a pesquisa primária. Sobre trauma torácico, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Punções às cegas em pneumotórax hipertensivo devem ser realizadas no quinto espaço intercostal, ligeiramente anterior à linha axilar média.
(B) O pneumotórax aberto é comumente encontrado e tratado temporariamente no local do acidente pela equipe de atendimento pré-hospitalar.
(C) O hemotórax maciço é inicialmente controlado restaurando simultaneamente o volume sanguíneo e descomprimindo a cavidade torácica. Quando existe drenagem imediata maior que 750ml de sangue, a toracotomia de urgência é indicada.
(D) A tríade clínica clássica do tamponamento cardíaco (sons cardíacos abafados, hipotensão e estase de jugular) pode não se fazer presente em determinados casos de tamponamento, sendo a realização do FAST mandatória.
(E) O enfisema subcutâneo pode resultar de lesão das vias aéreas ou lesão pulmonar. Embora raramente essa condição exija tratamento imediato, os médicos devem reconhecer a lesão subjacente e tratá-la.

35

Com relação aos programas de aceleração do pós-operatório, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Os protocolos de informação pré-operatória diminuem a ansiedade do paciente e o auxiliam a entender como ele mesmo pode se ajudar para acelerar a sua recuperação.
(B) No pós-operatório, a dieta deve ser iniciada por via oral ou enteral nas primeiras 24 horas após a cirurgia, salvo exceções.
(C) O jejum prolongado é prejudicial ao paciente, aumentando a resistência à insulina antes da cirurgia.
(D) A anestesia locorregional como bloqueio dos nervos periféricos aumenta a resposta do indivíduo á dor, podendo diminuir o uso de opioides e proporcionar uma evolução mais favorável, com menos íleo pós-operatório associado.
(E) Medidas de ventilação protetora, como volume corrente de 6 a 8 ml/kg por peso predito, são fundamentais para uma evolução pós-operatória satisfatória.

36

A esofagite eosinofílica é uma doença crônica caracterizada por sintomas de disfunção esofágica e, histologicamente, por infiltração eosinofílica do epitélio do esôfago. Sobre essa patologia, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A associação a doenças autoimunes, como lúpus, fibromialgia e artrites reumatoides, é comum.
(B) Adolescentes e adultos jovens que apresentem disfagia, impactação alimentar, pirose e dores retroesternal podem ser considerados pacientes suspeitos.
(C) O diagnóstico consiste na presença de >15 eosinófilos/campos de grande aumento.
(D) O tratamento consiste em inibidor de bomba de prótons, corticoides tópicos, adequação alimentar e eventualmente dilatação esofágica.
(E) Dentre os diagnósticos diferenciais, pode-se destacar acalasia, doença de Crhon, síndrome hipereosinofílica e infecções.

37

Sobre as hérnias incisionais da parede abdominal, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Os fatores de risco para hérnias incisionais incluem infecção pós-operatória do sítio cirúrgico, obesidade e aneurisma da aorta abdominal.
(B) A laparoscopia reduziu significativamente a presença das hérnias incisionais no pós-operatório tardio das cirurgias para redução gástrica do tipo By-pass.
(C) O reparo de hérnias incisionais ainda tem uma alta taxa de falha com taxas de recorrência em longo prazo acima de 30%, mesmo quando o reparo com tela é realizado.
(D) Para diminuir a incidência de hérnias incisionais, é altamente recomendável utilizar uma abordagem mediana para uma laparotomia, sempre que possível.
(E) Sugere-se o uso de sutura monofilamentar de absorção lenta em técnica de fechamento aponeurótico de camada única, sem fechamento separado do peritônio.

38

As lesões de via biliar podem ocorrer após colecistectomias com relativa frequência. Pacientes obesos, homens e submetidos a cirurgias de urgência representam os que possuem maior risco para as lesões. Segundo a classificação de Strasberg, para os pacientes que apresentam lesão iatrogênica (secção completa) da confluência dos ductos hepáticos, porém apresentam comunicação entre eles, qual será a classificação?

(A) A.
(B) C.
(C) D.
(D) E3.
(E) E5.

39

Quanto às estomias no trato digestivo, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Em cirurgias de urgência por abdome agudo obstrutivo, caso o fator obstrutivo seja um tumor estenosante de cólon sigmoide, é mandatória a colostomia, sem possibilidade de anastomose primária.
(B) As gastrostomias endoscópicas pela técnica de Gauderer-Ponsky são seguras e devem ser realizadas, preferencialmente e sempre que possível, em detrimento das gastrostomias abertas (a Stamm).
(C) As jejunostomias realizadas pela técnica de Witzel geralmente são realizadas com finalidade alimentar.
(D) Casos de "*Buried Bumper Syndrome"* geralmente ocorrem por tração excessiva e manuseio inadequado da sonda de gastrostomia.
(E) Na cirurgia de Miles, a colostomia terminal realizada é definitiva.

40

Quanto às peritonites, assinale a alternativa correta

(A) A peritonite bacteriana primária é mais comumente causada por germes gram-negativos e anaeróbios.
(B) A peritonite bacteriana secundária geralmente está associada à cirrose ou síndrome nefrótica.
(C) Casos de peritonite primária devem ser tratados preferencialmente por intervenção cirúrgica precoce.
(D) A antibioticoterapia para tratamento de peritonites terciárias deve ser direcionada por meio de culturas e avaliação de perfil de resistência antimicrobiana.
(E) Cirurgias geralmente não estão indicadas no tratamento das peritonites secundárias.

Cirurgia Geral

41

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.

42

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.

43

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.

44

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.

45

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.

46

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.

47

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.

48

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.

49

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.

50

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.

51

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.

52

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.

53

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.

54

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.

55

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.

56

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.

57

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.

58

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.

59

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).

60

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.

61

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.

62

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.

63

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.

64

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.

65

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.

66

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.

67

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.

68

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.

69

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.

70

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.

71

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.

72

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.

73

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.

74

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.

75

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.

76

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.

77

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.

78

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.

79

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.

80

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.

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

T4176003N

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

PRM - ÁREA DE ATUAÇÃO - CIRURGIA BARIÁTRICA - CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

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 do Aparelho Digestivo

1

Qual é o acompanhamento mais apropriado para um homem com 60 anos que foi submetido à colonoscopia e à remoção endoscópica completa de um pólipo adenomatoso com displasia de baixo grau, com 2 cm e localizado no cólon sigmoide?

(A) Colonoscopia anual.
(B) Repetição da colonoscopia três anos depois e, se os resultados forem negativos, repetida a cada cinco anos.
(C) Tomografia computadorizada e repetição da colonoscopia três anos depois e, se os resultados forem negativos, repetida a cada cinco anos.
(D) Repetição da colonoscopia a cada dois anos.
(E) Exame de fezes a cada seis meses para detectar sangue oculto

2

Homem com 47 anos foi submetido à colectomia direita em decorrência de adenocarcinoma do ceco junto da válvula ileocecal, o qual estava causando sintomas obstrutivos. O achado operatório evidenciou lesão tumoral de 8 cm ocupando a face medial do ceco, com vários linfonodos do mesocólon direito e duas lesões hepáticas secundárias, uma no segmento VII e outra no V, medindo cerca de 2 e 4 cm, e uma de 3 cm no lobo esquerdo no segmento II. Qual é a opção mais apropriada para o tratamento desse paciente?

(A) Realizar uma biópsia da massa cecal, de linfonodos e tumores hepáticos e terminar o procedimento.
(B) Remover o colo direito, incluindo os linfonodos mesentéricos aumentados, ressecar por completo os tumores hepáticos e encaminhar o paciente para quimioterapia.
(C) Remover o colo direito, incluindo os linfonodos mesentéricos aumentados, realizar uma biópsia hepática, hepatectomia esquerda para ressecção da metástases no lobo esquerdo e embolização do ramo direito da veia porta. Encaminhamento posterior para quimioterapia e reavaliação após o 4 ciclo para cirurgia de resgate.
(D) Realizar uma biópsia da massa do colo e da massa hepática e encaminhar o paciente para quimioterapia sistêmica.
(E) Remover o colo direito, incluindo os linfonodos mesentéricos aumentados, realizar uma biópsia da lesão hepática, estadiamento sistêmico após cirurgia de emergência e encaminhar o paciente para quimioterapia com reavaliação da possibilidade de resgate e metastasectomia em um segundo tempo.

3

Paciente feminina de 28 anos com endometriose foi submetida à laparoscopia e teve um achado incidental de nódulo hepático no segmento IV. Nesse mesmo ato, procedeu-se a biópsia hepática cujo diagnóstico foi de hiperplasia nodular focal. Qual é a afirmação mais acurada a respeito dessa condição?

(A) O uso de anticoncepcional oral é um fator de risco.
(B) Essa lesão usualmente diminui com o tratamento da endometriose.
(C) A ressecção cirúrgica faz-se necessária pelo risco elevado de malignidade.
(D) A angiografia tem sensibilidade e especificidade para o diagnóstico.
(E) O potencial de malignidade é alto nos próximos 10 anos.

4

Paciente masculino, 54 anos, foi diagnosticado com adenocarcinoma de reto alto e metástases hepáticas sincrônicas nos segmentos II e III. Essas lesões são potencialmente ressecáveis e o paciente tem boa performance e nega comorbidades. A tomografia por emissão de pósitron não evidenciou outras lesões suspeitas além do reto e do fígado. Frente ao caso apresentado, qual é a conduta mais apropriada?

(A) Neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia.
(B) Retossigmoidectomia abdominal com colostomia.
(C) Lobectomia hepática esquerda e colostomia seguida de quimioterapia.
(D) Retossigmoidectomia e hepatectomia parcial dos segmentos II e III.
(E) Biopsia hepática e colostomia.

5

Paciente masculino, 45 anos, trabalhador da construção civil, queixa-se do aparecimento de abaulamento na virilha esquerda que aumenta aos esforços. No exame físico, foi diagnosticado com hérnia inguinal indireta. Qual das seguintes alternativas é a apropriada para condução e resolução desse caso?

(A) Tratamento conservador com uso de cinta de compressão inguinal.
(B) Submeter o paciente à cirurgia laparoscópica, pois um amplo estudo randomizado obteve resultados melhores a despeito do uso de tela.
(C) Proceder a cirurgia com reparo suturando o ligamento inguinal no tendão conjunto.
(D) Proceder com a cirurgia utilizando tela com a técnica livre de tensão.
(E) Aconselhar sobre o tratamento clínico conservador.

6

As cirurgias gástricas restritivas promovem perda de peso. Assinale, dentre as alternativas a seguir, aquela que melhor justifica o mecanismo para esse emagrecimento.

(A) Intensidade do metabolismo energético.
(B) Síndrome do intestino curto.
(C) Saciedade precoce.
(D) Indução dos vômitos.
(E) Aumento da resistência periférica da insulina.

7

Homem com 65 anos foi diagnosticado com adenocarcinoma pancreático localizado na cabeça e processo uncinado do pâncreas com metástases hepática e pulmonar. Ele tem prurido colestático e hiperbilirrubinemia direta. Qual é a melhor abordagem levando em consideração o prognóstico?

(A) Alívio de prurido com a prescrição de resina de troca iônica como a colestiramina.
(B) Radioterapia conformacional após ter realizado quimioterapia de indução.
(C) Laparotomia e coledocostomia com dreno de Kehr.
(D) Papilotomia e posicionamento endoscópico de prótese /stent biliar.
(E) Propor a realização da duodenopancreatectomia cefálica e linfadenectomia locorregional.

8

Um homem de 60 anos com quadro de pirose secundário à doença do refluxo gastroesofágico vinha seguindo tratamento há três anos com bloqueadores H2. Foi realizada uma endoscopia superior que mostrou esôfago de Barrett na parte distal do órgão com displasia de baixo grau. Qual das seguintes etapas é a mais apropriada no tratamento desse indivíduo?

(A) Aconselhar o paciente que continue tomando bloqueador H2 e associar inibidor de bomba de prótons.
(B) Fazer uma fundoplicatura de Nissen laparoscópica.
(C) Ablação por radiofrequência.
(D) Interromper o uso de bloqueador H2 e iniciar o de antiácidos.
(E) Esofagectomia distal com reconstrução em y de roux.

9

Paciente masculino de 70 anos com quadro de disfagia crônica devido à acalasia. Apresentou, nos últimos meses, agravamento dos sintomas, sendo submetido a uma dilatação esofágica endoscópica. Logo após o exame, apresentou dor torácica aguda, taquicardia e febre. Qual dos seguintes procedimentos diagnósticos é mais apropriado para esse paciente?

(A) Esofagografia com bário.
(B) Esofagoscopia.
(C) Radiografia de tórax.
(D) Esofagografia com gastrografina.
(E) Rx de transição esôfago-gástrica.

10

Paciente feminina de 75 anos apresenta dor abdominal intermitente há uma semana. Evoluiu com vômitos persistentes nas últimas 24 horas. Negou ser submetida à cirurgia abdominal prévia. Ao exame físico, está febril, não apresenta hérnias, apresenta distensão abdominal e peristaltismo visível, não apresenta sinais clínicos de peritonite. O achado clínico é consistente com obstrução do intestino delgado distal. Não apresenta leucocitose. Qual das etapas seguintes é a mais apropriada?

(A) Tratamento clínico com observação por 48 horas.
(B) Realização de uma endoscopia do trato gastrintestinal superior.
(C) Prosseguir com cirurgia imediata – laparotomia exploradora.
(D) Realizar videolaparoscopia.
(E) Realizar tomografia de abdomen.

11

Um homem de 65 anos foi admitido no pronto atendimento com náuseas e vômitos. Apresenta histórico de realização de apendicectomia aos 25 anos. Está afebril. No exame, o abdome, apresenta-se distendido e sensível na palpação, com sinais de irritação peritoneal. A leucometria é de 18.000/mm2. A verificação dos eletrólitos revela níveis de sódio de 138 mEq/L, potássio de 4,2 mEq/L, cloreto de 105 mEq/L e bicarbonato de 14 mEq/L. Qual dos seguintes é o melhor tratamento para esse paciente?

(A) Passagem de sonda nasogástrica e observação.
(B) Colonoscopia descompressiva.
(C) Administração de enema de bário para aliviar vólvulo.
(D) Antibioticoterapia e tomografia compuradorizada.
(E) Cirurgia.

12

Paciente do sexo feminino, com 30 anos, foi submetida a uma ultrassonografia obstétrica durante o segundo trimestre de gestação e foram observados focos hiperecogênicos no interior da vesícula biliar com sombra acústica posterior e móveis na mudança de decúbito. Associado a esse quadro, a paciente apresenta, nesse período gestacional, dispepsia, pirose e náuseas. Qual é o tratamento mais apropriado?

(A) Dieta com pouca gordura até o final da gravidez e, então, uma colecistectomia laparoscópica após o parto.
(B) Colecistectomia laparoscópica eletiva durante o terceiro trimestre, independente dos sintomas.
(C) Papilotomia endoscópica e posterior colecistectomia após o término da gestação.
(D) Colecistectomia com colangiografia aberta durante o segundo trimestre.
(E) Acompanhamento e, se houver sintomas de cólica biliar, pode-se programar colecistectomia durante a gestação, preferencialmente no terceiro trimestre.

13

Um homem com 50 anos apresenta-se com confusão, dor abdominal, tremores, temperatura retal de 34 ºC e icterícia. Uma radiografia abdominal mostrou pneumobilia. Qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Colecistite aguda.
(B) Pancreatite aguda.
(C) Colangite aguda.
(D) Apendicite aguda.
(E) Hepatite viral aguda.

14

Um homem com 52 anos e diagnóstico de cirrose alcoólica foi admitido no setor de emergência com hematêmese aguda. Durante endoscopia digestiva alta, são encontradas varizes esofágicas com sangramento ativo. Qual é o tratamento mais indicado?

(A) Passagem de balão gastroesofágico.
(B) Inibidor de bomba de prótons e betabloqueador.
(C) Antibioticoterapia tripla.
(D) Passagem de sonda nasogástrica e terlipressina endovenosa.
(E) Escleroterapia endoscópica.

15

Qual das seguintes modalidades diagnósticas tem maior especificidade para identificar a fonte de hemorragia digestiva baixa?

(A) Cintilografia de hemácias marcadas.
(B) Enema baritado.
(C) Colonoscopia.
(D) Enteroscopia com duplo balão.
(E) Retossigmoidoscopia rígida.

16

Paciente masculino de 45 anos, durante investigação de quadro de anemia, foi diagnosticado com lesão tumoral no ceco. A biópsia evidenciou adenocarcinoma. O estadiamento foi cT3 N1M0. Nesse caso, é indicado(a)

(A) quimiorradioterapia pré-operatória seguida por hemicolectomia direita.
(B) hemicolectomia direita e quimioterapia pós-operatória com 5-FU, leucovorina e oxaliplatina.
(C) remoção endoscópica do tumor, seguida por quimiorradioterapia.
(D) hemicolectomia direita laparoscópica sem indicação de adjuvância.
(E) tratamento definitivo com seis ciclos de FOLFOX e remoção do cólon se o paciente tiver sintomas.

17

Quanto às estomias no trato digestivo, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Em cirurgias de urgência por abdome agudo obstrutivo, caso o fator obstrutivo seja um tumor estenosante de cólon sigmoide, é mandatória a colostomia, sem possibilidade de anastomose primária.
(B) As gastrostomias endoscópicas pela técnica de Gauderer-Ponsky são seguras e devem ser realizadas, preferencialmente e sempre que possível, em detrimento das gastrostomias abertas (a Stamm).
(C) As jejunostomias realizadas pela técnica de Witzel geralmente são realizadas com finalidade alimentar.
(D) Casos de "*Buried Bumper Syndrome"* geralmente ocorrem por tração excessiva e manuseio inadequado da sonda de gastrostomia.
(E) Na cirurgia de Miles, a colostomia terminal realizada é definitiva.

18

Quanto às peritonites, assinale a alternativa correta

(A) A peritonite bacteriana primária é mais comumente causada por germes gram-negativos e anaeróbios.
(B) A peritonite bacteriana secundária geralmente está associada à cirrose ou síndrome nefrótica.
(C) Casos de peritonite primária devem ser tratados preferencialmente por intervenção cirúrgica precoce.
(D) A antibioticoterapia para tratamento de peritonites terciárias deve ser direcionada por meio de culturas e avaliação de perfil de resistência antimicrobiana.
(E) Cirurgias geralmente não estão indicadas no tratamento das peritonites secundárias.

19

Em dezembro de 2017, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução n° 2.172/2017, através da qual estabeleceu critérios para a chamada cirurgia metabólica no país, autorizando a realização de procedimentos cirúrgicos para tratamento do diabetes em pacientes com índice de massa corporal entre 30 e 34,9 Kg/m^2. Sobre essa modalidade de tratamento, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) São elegíveis pacientes com idade entre 30 e 70 anos.
(B) Pacientes devem ter diagnóstico de diabetes tipo 2 por período inferior a 10 anos.
(C) O procedimento cirúrgico de eleição é a gastroplastia redutora com derivação gastrojejunal em Y de Roux.
(D) Os pacientes candidatos a essa modalidade de cirurgia devem estar em insulinoterapia por período de, pelo menos, 2 anos no momento da realização do procedimento.
(E) Todos os pacientes devem ser submetidos à avaliação por equipe multidisciplinar especializada no período pré-operatório.

20

Ao lidar com pacientes geriátricos com trauma, os efeitos do envelhecimento sobre a função fisiológica e o impacto de doenças e medicamentos preexistentes não podem ser superestimados. Em relação ao tema, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) As quedas são o mecanismo mais comum de lesão fatal na população idosa e as fraturas são mais comuns em mulheres. As quedas também são a causa mais comum de traumatismo cranioencefálico (TCE) em idosos.
(B) A hipotensão no paciente idoso com trauma deve ser mais permissiva e deve ser monitorada de maneira menos invasiva que em pacientes jovens, dado o potencial para doença cardiovascular preexistente.
(C) Lesões específicas comuns na população idosa incluem fraturas de costelas, traumatismo cranioencefálico e fraturas pélvicas.
(D) A doença degenerativa da coluna vertebral coloca os pacientes idosos em risco de fraturas e lesão da medula espinhal mesmo com baixa cinética de quedas no nível do solo.
(E) O uso liberal da tomografia computadorizada para diagnóstico é particularmente importante em pacientes idosos, uma vez que atrofia cerebral preexistente, demência e acidentes vasculares cerebrais tornam o diagnóstico clínico de lesão cerebral traumática difícil.

21

Durante o tratamento cirúrgico da hérnia inguinal de um paciente masculino de 52 anos, foi observado um defeito herniário que se insinuava medialmente aos vasos epigástricos inferiores, lateralmente à borda lateral do músculo reto abdominal e superiormente ao ligamento inguinal, associado a um anel inguinal profundo normal. Segundo a classificação de *Nyhus*, trata-se de uma hérnia

(A) Tipo I.
(B) Tipo II.
(C) Tipo IIIA.
(D) Tipo IIIB.
(E) Tipo IIIC.

22

Paciente do sexo feminino, 42 anos, é encaminhada ao ambulatório de oncologia com diagnóstico de Adenocarcinoma de cólon sigmoide. Durante o exame de colonoscopia, não foram evidenciadas outras lesões colorretais. Segue histórico pessoal e familiar resumido:

Antecedentes pessoais: portadora de hipertensão arterial sistêmica (losartana 50 mg VO 1 x dia); submetida a colecistectomia videolaparoscópica há 10 anos por colelitíase; submetida à pan-histerectomia há 3 anos por adenocarcinoma de endométrio.

Antecedentes familiares: Tio paterno com história de carcinoma espinocelular do esôfago aos 60 anos; tia materna com história de câncer de reto aos 48 anos; mãe com história de câncer de intestino aos 52 anos; avó materna falecida por complicações de câncer de "rim" aos 65 anos. Pai portador de hipertensão arterial sistêmica.

Diante desse quadro, qual síndrome genética será provavelmente diagnosticada?

(A) Síndrome de Gardner.
(B) Síndrome de Turcot.
(C) Polipose adenomatosa familiar.
(D) Síndrome de Peutz-Jeghers.
(E) Síndrome de Lynch.

23

Paciente de 57 anos é admitido após quadro de hematêmese volumosa e síncope após o quadro. Trazido pela unidade de atendimento pré-hospitalar, dá entrada no hospital com alteração do nível de consciência (confuso), taquicárdico e hipotenso. Prontamente as medidas de ressuscitação são iniciadas. Assinale a alternativa que NÃO deveria ser feita de rotina nesse caso.

(A) 500 a 1000mg de ácido tranexâmico.
(B) Expansão volêmica com solução cristaloide.
(C) Realizar Endoscopia Digestiva Alta, preferencialmente nas primeiras 24hrs.
(D) Tipagem sanguínea.
(E) Internação em UTI.

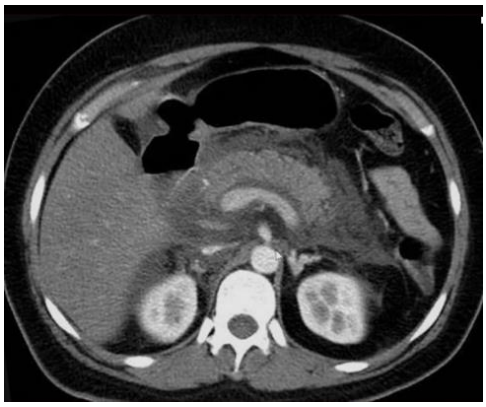
24

As pancreatites agudas ainda não possuem tratamento farmacológico específico, porém o seu manejo inicial deve ser realizado de maneira ótima, principalmente nas primeiras 72 horas. Sobre esse manejo, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A terapia fluída deve ser guiada por metas com foco na frequência cardíaca, pressão arterial, pressão venosa central, hematócrito e débito urinário.
(B) O uso de antibioticoterapia profilática não diminui a mortalidade nem o tempo de internação nos casos mais graves associados à necrose pancreática.
(C) A realimentação via oral ou enteral nesses pacientes deve ser feita geralmente após as 72 horas, pois a passagem do alimento poderá reagudizar a pancreatite, prejudicando a recuperação.
(D) A CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) é indicada em paciente com pancreatite e colangite aguda associada, independente da presença de cálculos no colédoco.
(E) Para as pancreatites agudas biliares, a colecistectomia deve ser idealmente realizada na mesma internação.

25

As pancreatites agudas podem ser patologias graves e com alto índice de mortalidade. Sendo assim, diversas classificações vêm sendo utilizadas para guiar os médicos em seu tratamento. Qual é a classificação da seguinte imagem quanto à pancreatite aguda?



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

26

Sobre as técnicas de drenagem para o tratamento das pancreatites agudas graves com necrose infectada, é correto afirmar que

(A) a punção guiada por ultrassonografia ou tomografia computadorizada geralmente é resolutiva (resolução da coleção) já na primeira punção.
(B) a drenagem endoscópica transgástrica possui um alto risco de complicações, não devendo ser considerada.
(C) o melhor momento para drenagem laparotômica é logo após o diagnóstico da coleção para resolução rápida e completa do quadro.
(D) o desbridamento retroperitoneal videoassistido (VARD) já é uma realidade e deve ser considerado como uma opção terapêutica.
(E) o tratamento invasivo das coleções deve ser postergado ao máximo devido ao risco de fístulas pancreáticas. Sendo assim, a drenagem apenas deverá ser realizada em casos de repercussão hemodinâmica.

27

Nos pacientes que apresentam hemorragia digestiva alta por doença varicosa, é correto afirmar que

(A) o uso do balão de Sengstaken-Blakemore foi proscrito desde Março/2021 devido aos riscos inerentes ao seu uso.
(B) pacientes que apresentem varizes de grosso calibre devem ser submetidos a TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) como tratamento inicial de escolha.
(C) apenas os pacientes que apresentem sinais de encefalopatia devem receber Lactulona para melhora do nível de consciência.
(D) o uso das escalas de Child-Pugh e MELD são para prever os risco de mortalidade por varizes após o sangramento.
(E) varizes que apresentam o calibre de aproximadamente 20mm possuem baixo risco de sangramento espontâneo.

28

Paciente, 79 anos, internado na CTI devido a quadro de IAM recente (2 semanas) com necessidade de cateterismo e em uso de stent metálico. Evolui com piora clínica progressiva, febre e leucocitose. No momento, o paciente está evoluindo com disfunção renal progressiva e rebaixamento do nível de consciência, sendo necessário uso de noradrenalina em doses crescentes nas últimas 24 hrs. Submetido a rastreio infeccioso, foi evidenciado um quadro de colecistite aguda em tomografia de tórax. Qual é a conduta nesse caso?

(A) Antibioticoterapia.
(B) Antibioticoterapia + drenagem percutânea da vesícula biliar.
(C) Antibioticoterapia + Colecistectomia videolaparoscópica.
(D) Antibioticoterapia + Colecistectomia laparotômica.
(E) Realizar método de imagem adequado.

29

Sobre as neoplasias císticas do pâncreas, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Neoplasias císticas que apresentem citologia oncótica positiva necessitam de ressecção.
(B) Presença de nódulos murais (>5mm) dentro do cisto justificam o tratamento cirúrgico.
(C) IPNM de ducto principal maiores que 1cm são candidatos à ressecção em pacientes que possuem performance cirúrgica.
(D) Pacientes que evoluem com icterícia em evolução à neoplasia cística possuem estigma de baixo risco.
(E) Neoplasias Mucinosas Císticas medindo mais que 40mm devem ser ressecadas devido ao maior risco de malignidade.

30

Paciente de 42 anos, apresentando dor epigástrica e vômitos, comparece à consulta eletiva após piora dos sintomas. Refere início dos sintomas há +- 10 dias com piora progressiva. Após medicações e melhora da dor, a paciente é submetida à investigação ambulatorial que apenas evidencia, em endoscopia digestiva alta, presença de gastrite enantematosa moderada e a pesquisa da *H. Pylori* resultou positiva. Sobre o caso, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Para exames histológicos, a coleta de duas biópsias do antro e duas do corpo é recomendada, porque permite a análise morfológica da mucosa.
(B) A pesquisa de HP, após a terapia de erradicação, poderá ser realizada pelo menos 4 semanas após o término do tratamento.
(C) Não há evidência de uma associação entre infecção por HP e Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). A erradicação da bactéria usualmente não leva ao início de sintomas de DRGE.
(D) Estudos epidemiológicos, experimentais, moleculares e clínicos têm confirmado o papel do HP como fator de risco para câncer gástrico, e a sua erradicação associa-se a um decréscimo das taxas.
(E) A paciente em questão deve ser submetida a uma tomografia para afastar complicações associadas à HP, como úlceras perfuradas.

31

Paciente de 57 anos, previamente hígido e sem comorbidades, foi internado com quadro de icterícia indolor e progressiva há +- 10 dias. Refere colúria e acolia fecal. Nega perda ponderal significativa (<5% do peso). Em investigação, a tomografia de abdome apresenta imagem hipodensa em cabeça do pâncreas medindo 2cm. Qual achado adicional provavelmente NÃO justificará a cirurgia nem agora nem em momento futuro?

(A) Invasão da veia porta.
(B) Invasão da artéria mesentérica superior >180°.
(C) Metástase pulmonar.
(D) Invasão da artéria hepática <180°.
(E) Todas os achados acima apresentados.

32

Lesões cáusticas esofágicas são ocorrências frequentes em unidades de pronto atendimentos. Sobre as lesões esofágicas, assinale a alternativa correta.

(A) A realização de exames de imagem como tomografia é fundamental para análise de perfuração e possíveis complicações mediastinais, porém o RX contrastado se mostra superior na avaliação da necrose.
(B) As sequelas tardias são geralmente tratadas com endoscopia (dilatação) ou cirurgia, e os pacientes evoluem sem sequelas após única correção.
(C) As vítimas que necessitam de cirurgia de urgência devido a complicações agudas possuem a mesma taxa de sobrevida e resultados funcionais independente de idade ou comorbidades ou extensão da lesão.
(D) Políticas públicas de conscientização não são uma opção para redução do número de acidentes domiciliares.
(E) Lesões laríngeas podem estar associadas com a severidade da lesão esofágica em até 40%, e até 10% podem necessitar de intubação e ventilação mecânica.

33

Sobre os tumores estromais gastrointestinais (GIST), é correto afirmar que

(A) o diagnóstico imuno-histoquímico comumente apresenta CD34 e S-100 positivos.
(B) as lesões com mais que 5cm geralmente são de fácil identificação na tomografia.
(C) tamanho, índice mitótico, localização e ruptura são os fatores prognósticos mais importantes.
(D) a cirurgia laparoscópica não possui espaço no tratamento devido à dificuldade para realização de linfadenectomia.
(E) são neoplasias ainda sem a possibilidade de quimioterapia adjuvante.

34

Sobre as hérnias inguinais, assinale a alternativa correta.

(A) As hérnias inguinais obturatórias são raras e comumente descobertas em laparotomia de possível quadro de abdome agudo obstrutivo.
(B) A hérnia de Littrè é definida como uma protusão da borda antimesentérica pelo defeito herniário.
(C) A hérnia de Spiegel são as hérnias dorsais mais comuns.
(D) A hérnia femoral é a hérnia mais comum no sexo feminino.
(E) Todas as alternativas acima estão incorretas.

35

A sepse é um processo dinâmico e multivariavel, sendo que a evolução de cada indivíduo varia amplamente. Sendo assim, o manejo da sepse é um desafio médico atual. Sobre o manejo das infecções intra-abdominais, assinale a alternativa correta.

(A) A apendicite aguda é a causa mais comum de cirurgia de urgência no mundo, porém não é a principal causa de sepse intra-abdominal.
(B) A perfuração gástrica por úlceras ainda permanece comum, e o tratamento cirúrgico constituído em sutura simples, com ou sem patch omental, é seguro e efetivo, independente do tamanho da perfuração.
(C) Com relação à perfuração intestinal secundária, na tuberculose intestinal, deve-se dar preferência à ressecção do segmento perfurado em detrimento à rafia da perfuração.
(D) Em casos de fístulas pós-operatórias, o controle adequado do foco infeccioso é fundamental, devendo se dar preferência às re-laparotomias precoces, independente do estado geral do paciente, devido ao potencial risco de gravidade quando a mesma é atrasada.
(E) Pacientes com peritonite estercoral devem ser submetidos às laparotomias programadas de intervalo, pois estas diminuem a mortalidade e o tempo de internação.

36

A lesão torácica é comum em pacientes politraumatizados e pode ser fatal, especialmente se não for prontamente identificada e tratada durante a pesquisa primária. Sobre trauma torácico, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Punções às cegas em pneumotórax hipertensivo devem ser realizadas no quinto espaço intercostal, ligeiramente anterior à linha axilar média.
(B) O pneumotórax aberto é comumente encontrado e tratado temporariamente no local do acidente pela equipe de atendimento pré-hospitalar.
(C) O hemotórax maciço é inicialmente controlado restaurando simultaneamente o volume sanguíneo e descomprimindo a cavidade torácica. Quando existe drenagem imediata maior que 750ml de sangue, a toracotomia de urgência é indicada.
(D) A tríade clínica clássica do tamponamento cardíaco (sons cardíacos abafados, hipotensão e estase de jugular) pode não se fazer presente em determinados casos de tamponamento, sendo a realização do FAST mandatória.
(E) O enfisema subcutâneo pode resultar de lesão das vias aéreas ou lesão pulmonar. Embora raramente essa condição exija tratamento imediato, os médicos devem reconhecer a lesão subjacente e tratá-la.

37

Com relação aos programas de aceleração do pós-operatório, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Os protocolos de informação pré-operatória diminuem a ansiedade do paciente e o auxiliam a entender como ele mesmo pode se ajudar para acelerar a sua recuperação.
(B) No pós-operatório, a dieta deve ser iniciada por via oral ou enteral nas primeiras 24 horas após a cirurgia, salvo exceções.
(C) O jejum prolongado é prejudicial ao paciente, aumentando a resistência à insulina antes da cirurgia.
(D) A anestesia locorregional como bloqueio dos nervos periféricos aumenta a resposta do indivíduo á dor, podendo diminuir o uso de opioides e proporcionar uma evolução mais favorável, com menos íleo pós-operatório associado.
(E) Medidas de ventilação protetora, como volume corrente de 6 a 8 ml/kg por peso predito, são fundamentais para uma evolução pós-operatória satisfatória.

38

A esofagite eosinofílica é uma doença crônica caracterizada por sintomas de disfunção esofágica e, histologicamente, por infiltração eosinofílica do epitélio do esôfago. Sobre essa patologia, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A associação a doenças autoimunes, como lúpus, fibromialgia e artrites reumatoides, é comum.
(B) Adolescentes e adultos jovens que apresentem disfagia, impactação alimentar, pirose e dores retroesternal podem ser considerados pacientes suspeitos.
(C) O diagnóstico consiste na presença de >15 eosinófilos/campos de grande aumento.
(D) O tratamento consiste em inibidor de bomba de prótons, corticoides tópicos, adequação alimentar e eventualmente dilatação esofágica.
(E) Dentre os diagnósticos diferenciais, pode-se destacar acalasia, doença de Crhon, síndrome hipereosinofílica e infecções.

39

Sobre as hérnias incisionais da parede abdominal, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Os fatores de risco para hérnias incisionais incluem infecção pós-operatória do sítio cirúrgico, obesidade e aneurisma da aorta abdominal.
(B) A laparoscopia reduziu significativamente a presença das hérnias incisionais no pós-operatório tardio das cirurgias para redução gástrica do tipo By-pass.
(C) O reparo de hérnias incisionais ainda tem uma alta taxa de falha com taxas de recorrência em longo prazo acima de 30%, mesmo quando o reparo com tela é realizado.
(D) Para diminuir a incidência de hérnias incisionais, é altamente recomendável utilizar uma abordagem mediana para uma laparotomia, sempre que possível.
(E) Sugere-se o uso de sutura monofilamentar de absorção lenta em técnica de fechamento aponeurótico de camada única, sem fechamento separado do peritônio.

40

As lesões de via biliar podem ocorrer após colecistectomias com relativa frequência. Pacientes obesos, homens e submetidos a cirurgias de urgência representam os que possuem maior risco para as lesões. Segundo a classificação de Strasberg, para os pacientes que apresentam lesão iatrogênica (secção completa) da confluência dos ductos hepáticos, porém apresentam comunicação entre eles, qual será a classificação?

(A) A.
(B) C.
(C) D.
(D) E3.
(E) E5.

Cirurgia Geral

41

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.

42

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.

43

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.

44

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.

45

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.

46

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.

47

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.

48

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.

49

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.

50

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.

51

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.

52

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.

53

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.

54

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.

55

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.

56

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.

57

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.

58

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.

59

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.

60

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).

61

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.

62

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.

63

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.

64

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.

65

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.

66

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.

67

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.

68

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.

69

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.

70

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.

71

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.

72

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.

73

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.

74

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.

75

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.

76

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.

77

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.

78

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.

79

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.

80

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.