



# SURCE

SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA  
MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2014**

**CADERNO-QUESTIONÁRIO**

**DATA: 08 DE DEZEMBRO DE 2013.**

## **PROGRAMA COM PRÉ-REQUISITO: CIRURGIA GERAL**

**ESPECIALIDADES:** Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Cirurgia do Aparelho Digestivo; Cancerologia Cirúrgica; Cirurgia Cardiovascular; Cirurgia Geral (R3); Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Plástica; Cirurgia Torácica; Cirurgia Vascular; Coloproctologia; Endoscopia; Mastologia; Medicina Intensiva; Urologia

### **INSTRUÇÕES**

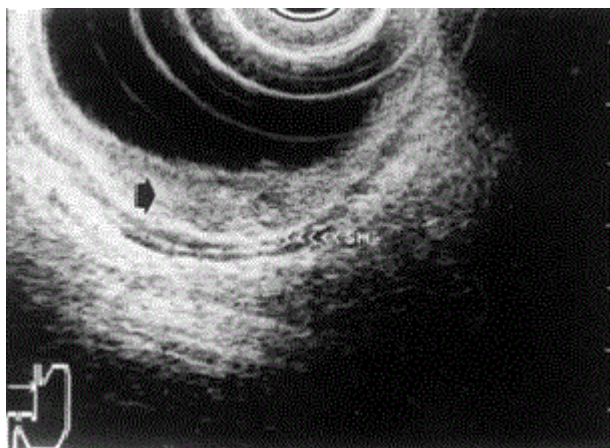
01. Anote o seu número de inscrição e o número da sala.
02. Antes de iniciar a resolução das 50 (cinquenta) questões, verifique se o Caderno-Questionário está completo e se contém alguma imperfeição. Qualquer reclamação deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
03. Ao receber a Folha-Resposta, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Para marcar a resposta de uma questão, preencha, totalmente, com caneta azul ou preta, apenas a quadrícula correspondente a sua opção. Não use corretivo nem rasure a Folha-Resposta.

Inscrição

Sala

**Seleção Residência Médica 2014**

01. Mulher, 48 anos, dialítica por insuficiência renal crônica, investiga anemia crônica não responsiva a eritropoietina e descobre uma neoplasia de cólon ascendente úlcero-infiltrativa. O cirurgião indica uma colectomia direita. O trauma tecidual e a transfusão sanguínea irão agravar diretamente qual dos seguintes distúrbios?
- A) Acidose.
  - B) Coagulação.
  - C) Hipocalcemia.
  - D) Hipercalemia.
02. Paciente, 70 anos, ex-fumante e alcoólatra, portador de DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), é submetido à endoscopia digestiva alta e os achados endoscópicos e histopatológicos são compatíveis com carcinoma epidermóide do terço médio do esôfago. Dentre os exames complementares que foram solicitados para o estadiamento não foi evidenciada doença à distância e a ecoendoscopia mostrou crescimento do tumor até a terceira camada ultrassonográfica (figura). Que estrutura anatômica delimita esta terceira camada da ultrassonografia endoscópica e qual a melhor opção terapêutica para este caso?



- A) Muscular da mucosa e ressecção endoscópica.
  - B) Submucosa e ressecção endoscópica.
  - C) Muscular própria e esofagectomia.
  - D) Adventícia e radioquimioterapia.
03. Homem, 50 anos, sofre acidente automobilístico e é admitido em unidade de emergência consciente e com respiração espontânea. Ao exame: palidez (+++/4), PA: 90x60mmHg (pressão arterial), FC: 130bpm (batimento por minuto), dispneico. RX tórax normal; RX da pelve com desalinhamento da sínfise púbica. Qual dos seguintes distúrbios ácido-básico é esperado na gasometria desse paciente?
- A) Alcalose metabólica descompensada.
  - B) Acidose respiratória com elevação do bicarbonato.
  - C) Acidose metabólica com concentração de CO<sub>2</sub> baixa.
  - D) Alcalose respiratória com concentração de CO<sub>2</sub> elevada.
04. Paciente, 37 anos, com quadro de hipertensão grave, refratária, em uso de três medicações com controle parcial, investiga nódulo suprarrenal. Exames laboratoriais: Hemoglobina: normal; Sódio: normal; Potássio: normal; catecolaminas séricas: elevadas; catecolaminas urinárias: elevadas. Foi indicada cirurgia para remoção do nódulo. Qual dos seguintes anti-hipertensivos deve ser iniciado duas semanas antes da cirurgia para efetivamente diminuir a mortalidade perioperatória?
- A) Alfa Bloqueador.
  - B) Beta Bloqueador.
  - C) Epironolactona.
  - D) Furosemida.

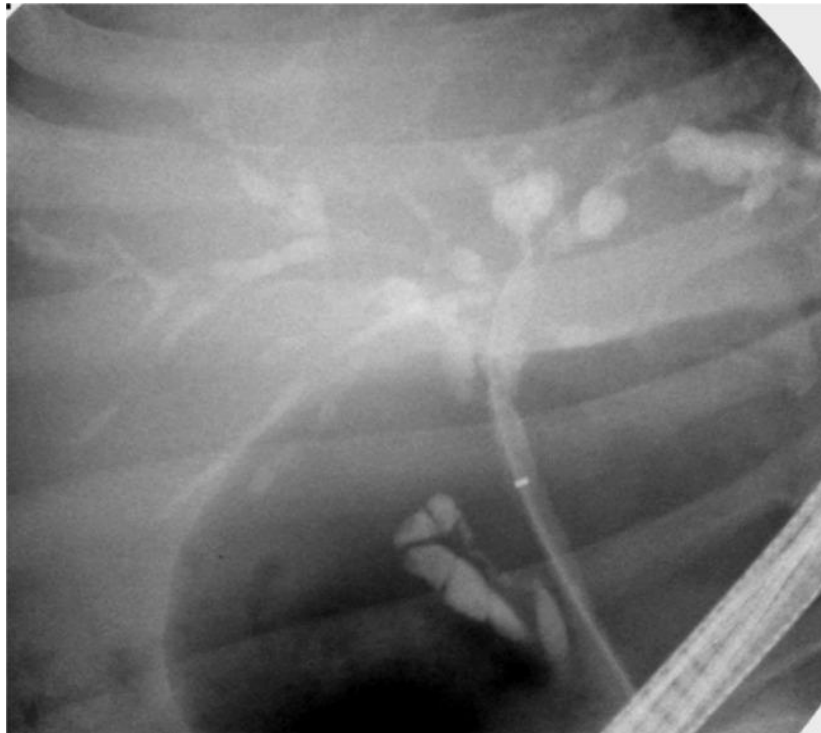
05. Jovem, 22 anos, vítima de atropelamento é internado na Unidade de Terapia Intensiva, com diagnóstico de traumatismo crânio-encefálico, trauma torácico, fraturas de costelas, bacia e membros inferiores. Mantém-se intubado e sedado. Realizado reposição volêmica e sanguínea, mantém hemoglobina de 10g/dL, porém, apresenta-se hipotenso, com pressão venosa central bastante elevada e crepitações pulmonares. Diante do exposto, qual o fármaco vasoativo mais indicado para esse paciente?
- A) Noradrenalina.
  - B) Vasopressina.
  - C) Dobutamina.
  - D) Milrinona.
06. Jovem, 26 anos, vítima de traumatismo fechado de abdome, com grave lesão hepática, foi encaminhado, em choque, ao centro cirúrgico. Ao abrir a cavidade abdominal, observa-se grande quantidade de sangue e lesão de víscera oca. No intraoperatório, após estabilização do quadro de choque solicita-se exames laboratoriais que mostram: hemoglobina 9g/dL; plaquetas 85.000/mm<sup>3</sup> e fibrinogênio 80mg/dL. Diante do quadro, qual a conduta mais adequada?
- A) Administração de plaquetas.
  - B) Administração de fibrinogênio.
  - C) Administração de concentrado de hemácias.
  - D) Utilização de sistema de salvamento de hemácias (*CellSaver*).
07. D. Joana, 41 anos, em fase terminal de câncer de mama, com metástase na coluna vertebral, apresenta dor intensa, com duração maior do que 5 semanas, de caráter contínuo, em queimação, associado a pontadas e choques. No caso em questão, qual classe de fármacos recomenda-se associar ao opioide por via oral, para controle da dor?
- A) Corticoide.
  - B) Inibidor da COX-2.
  - C) Anticonvulsivante.
  - D) Anti-inflamatório não-esteroidal.
08. Paciente, 23 anos, soropositivo (HIV), em uso de antirretrovirais há cerca de 1 ano. Apresenta quadro clínico e imaginológico sugestivo de apendicite aguda com início dos sintomas há 72 horas. Acerca da escolha pelo tratamento cirúrgico por via laparoscópica ou laparotômica, pode-se afirmar que:
- A) Deve-se iniciar pela via laparoscópica e caso haja perfuração livre, converter para a via laparotômica.
  - B) Independente da imunossupressão, ou presença de apendicite complicada, a via laparoscópica é preferível.
  - C) Mediante a possibilidade de complicações infecciosas, a via laparoscópica é contraindicada pois não se consegue a lavagem adequada da cavidade.
  - D) Mediante a possibilidade de perfurações múltiplas, comuns em pacientes imunodeprimidos, contra indica-se a via laparoscópica pois não se consegue realizar inventário da cavidade de forma adequada, em especial, no intestino delgado.
09. Paciente, 58 anos, internada na Unidade de Terapia Intensiva em pós-operatório de uma peritonite fecal por um fecaloma impactado que evoluiu com necrose do reto, encontra-se entubada e ainda dependente de drogas vasoativas para manter os níveis pressóricos. No 25º dia pós-operatório passa a apresentar febre alta, secreção purulenta pelo tubo orotraqueal e congestão pulmonar importante na base do pulmão esquerdo sugestiva de pneumonia. Qual das opções abaixo apresenta medidas terapêuticas consideradas como preventivas para o desenvolvimento desse tipo de infecção e quais os germes mais comumente encontrados nessas situações?
- A) Proceder nutrição parenteral total precoce / *clostridiumperfringens* e *bacteroide fragiles*.
  - B) Estimular a hiperidratação / *proteus* e *staphylococcus meticilino-resistentes*.
  - C) Manter a oxigenação tecidual adequada / *pseudomonas* e *acinetobacter*.
  - D) Usar albumina / *estreptococcus* e *clostridiumdifficile*.

10. Paciente, 25 anos, procurou uma unidade de pronto-atendimento com queixa de dor abdominal que se iniciou há 5 dias acompanhada de náuseas, febre e calafrios. Ao exame físico, apresentava dor abdominal difusa, de moderada intensidade, com defesa voluntária e sinais de irritação peritoneal. Foi submetido à laparotomia exploradora sendo encontrada grande quantidade de secreção purulenta em todo o abdome e apêndice edemaciado com perfuração. Foi realizada limpeza e lavagem exaustiva da cavidade peritoneal e apendicectomia. Evoluiu bem até o segundo dia pós-operatório quando passou a apresentar febre alta, taquicardia, calafrios e hipotensão arterial. A ferida operatória estava aparentemente normal, entretanto, havia edema e crepitação à palpação do flanco direito. Diante desse quadro, a melhor opção terapêutica é:
- A) Abertura da ferida operatória, limpeza com solução salina e antibioticoterapia.
  - B) Relaparotomia, limpeza da cavidade peritoneal com soro aquecido e antibioticoterapia.
  - C) Incisão e drenagem do flanco direito, colocação de dreno Penrose, antibioticoterapia de amplo espectro.
  - D) Incisão para desbridamento dos tecidos afetados, antibioticoterapia de amplo espectro e suporte sistêmico.
11. A cicatrização é um processo dinâmico com fases que se sobrepõem entre si. A presença de infecção durante esse processo pode causar:
- A) diminuição dos neutrófilos na ferida, prejudicando a cicatrização.
  - B) aumento da produção de neutrófilos, aumentando a resistência à tensão.
  - C) aumento da colagenase bacteriana, aumentando a fase inflamatória.
  - D) diminuição da produção de colagenase, prejudicando a resistência à tensão.
12. Paciente feminina, 42 anos, procurou ambulatório com queixas de alteração de hábitos intestinais, à custa de episódios diarreicos, com início há 6 meses. Refere ainda palidez cutânea e adinamia. Ao realizar uma colonoscopia, foram encontradas duas lesões ulceradas no cólon ascendente, sendo uma maior, ocupando dois terços da luz e uma menor, comprometendo metade da luz, junto ao ceco. As biópsias revelaram adenocarcinoma mucinoso pouco diferenciado. A paciente informou ainda que tem um irmão com 46 anos, operado de tumor de intestino grosso, quando tinha 40 anos. Qual opção apresenta a análise e conduta mais adequadas para esse caso?
- A) Segundo os critérios de Bethesda, o indivíduo não preenche os critérios para síndrome de Lynch e, portanto, deverá ser submetida à colectomia direita com anastomose ileocólica.
  - B) A paciente fez teste genético e constatou-se instabilidade microsatélite (63%) para os gens de reparação hMLH1 e hMSH2, portanto, deverá ser submetida à colectomia total com anastomose ileorretal.
  - C) Segundo os critérios de Amsterdã I e II, é necessário que pelo menos um dos parentes tenha idade abaixo de 55 anos, situação em que se enquadra a paciente, e o tratamento será colectomia total com anastomose ileorretal.
  - D) Após teste genético, constatou-se instabilidade microsatélite das proteínas hPMS1 (2%) e hPMS2 (4%), não configurando HNPCC, portanto, o tratamento da paciente será colectomia direita com anastomose ileocólica.
13. Mulher, 27 anos, foi vítima de ferimento por arma de fogo no tórax com orifício de entrada no 4º EIE na região anterior. Na admissão do pronto-socorro encontrava-se com via aérea pérvia, lúcida, orientada, frequência respiratória de 23 irpm (incursões respiratórias por minuto), pulso cheio, regular de 98 bpm e PA = 110/70 mmHg. O exame radiológico do tórax evidenciou pneumotórax à esquerda sem fraturas, pneumomediastino com projétil localizado na projeção do campo pulmonar direito. Foi realizada drenagem do tórax à direita com saída de 150 ml de sangue escuro e pequena quantidade de ar. A conduta mais adequada para investigação nesse caso é:
- A) TC de torax e arteriografia.
  - B) Esofagograma e broncoscopia.
  - C) Esofagograma e endoscopia digestiva alta.
  - D) Arteriografia e endoscopia digestiva alta.

14. Rapaz, 19 anos, pilotava uma motocicleta quando se envolveu em uma colisão com um ônibus. Foi encaminhado à emergência sendo admitido lúcido, orientado, queixando-se de dor na bacia e dificuldade para urinar. No exame físico inicial, apresentava pulso de 112 bpm, frequência respiratória de 23 irpm, PA 95/65 mmHg, instabilidade mecânica da pelve e rotação externa do membro inferior direito. O exame radiológico da pelve mostrou disjunção da sínfise púbica e fratura da sacroilíaca direita. Durante a reanimação, foi realizado exame ultrassonográfico abdominal que mostrou grande quantidade de líquido na cavidade peritoneal. Diante desse quadro clínico, a sequência de condutas mais adequada é:
- A) Laparotomia exploradora e fixação da pelve.
  - B) Arteriografia e laparotomia exploradora.
  - C) Fixação externa da pelve e arteriografia.
  - D) Laparotomia exploradora e arteriografia.
15. Homem, 51 anos, foi baleado no abdome durante um assalto a um posto de gasolina. No pronto-socorro foi admitido com sinais de choque sendo indicada uma laparotomia exploradora. Durante o procedimento, foi encontrada moderada quantidade de sangue na cavidade peritoneal e uma lesão hepática no segmento IV (orifício de entrada do projétil) com sangramento ativo. O cirurgião optou por realizar, inicialmente, a manobra de Pringle que apresentou falha em parar significativamente a hemorragia. Além disso, observou sangramento de grande quantidade de coloração escura na área imediatamente posterior ao lobo lesado. Diante do caso a melhor opção cirúrgica é:
- A) realizar tamponamento com omento.
  - B) utilizar tamponamento com balão intra-parenquimatoso.
  - C) realizar empacotamento (packing) hepático com compressas.
  - D) utilizar técnica da abordagem transparenquimatosa direta das veias retro-hepáticas.
16. Homem, 60 anos, comparece ao hospital, pela manhã, com história de ter deglutido, acidentalmente, sua prótese dentária, durante a noite. Refere disfagia importante e odinofagia. Nega febre. Exame físico: Consciente. FC: 120 bpm; PA: 100x60 mmHg; FR: 30 rpm. Abdome flácido. RX do tórax: sugere imagem de corpo estranho na transição do pescoço para o tórax e suspeita de gás em mediastino superior, sem derrame pleural. Foi submetido a EDA para remoção do corpo estanho. Após EDA, o esofagograma mostra vazamento de contraste em esôfago torácico superior restrito ao mediastino. Qual a conduta mais apropriada para esse paciente?
- A) Passagem de prótese endoscópica por 6 semanas.
  - B) Hidratação vigorosa, alimentação enteral e antibióticos.
  - C) Exploração cirúrgica com sutura primária do defeito e drenagem.
  - D) Exploração cirúrgica com debridamento, esofagostomia e gastrostomia.
17. Paciente esquistossomótico de 33 anos com quadro recorrente de hemorragias por varizes de esôfago e ascite tratada com paracênteses semanais. Ao exame: Abdome globoso por ascite. Sinais de hipertensão porta com circulação colateral abdominal. Ausência de icterícia. Exames: INR 1,2, bilirrubinas e albumina: normais. Qual dos seguintes métodos se propõe a tratar melhor as complicações desse paciente?
- A) TIPS.
  - B) Transplante hepático.
  - C) Desconexão ázigo portal.
  - D) Escleroterapia endoscópica.
18. Um homem de 56 anos refere que há 4 horas começou a sentir dor, inicialmente, na região epigástrica de forte intensidade, acompanhada de febre, taquicardia e distensão abdominal. Aparenta estado geral comprometido com desidratação. O exame físico revela dor intensa à palpação profunda com defesa involuntária. Na história pregressa, relatou vários tratamentos para úlcera, sem sucesso, uso de AINE e pouca adesão aos tratamentos clínicos. Na última endoscopia, o teste para *H. pylori* foi negativo. Após estabilização, o paciente foi submetido à laparotomia exploradora onde foi encontrada perfuração duodenal, deformidade bulbar e peritonite. A conduta mais adequada para o caso é:
- A) Duodenorrafia e vagotomia troncular.
  - B) Duodenorrafia simples e patch de epiplon.
  - C) Duodenorrafia e vagotomia de células parietais.
  - D) Exclusão do processo maligno e vagotomia de células parietais com gastrojejunoanastomose.

19. Paciente, 46 anos, foi internado na UTI devido a quadro de pancreatite aguda severa. Evoluiu com melhora e, após 4 semanas do início do quadro, foi realizada uma tomografia de abdome que evidenciou a presença de uma coleção arredondada, peripancreática, ocupando o espaço da bolsa omental menor e medindo cerca de 12 cm. Podemos afirmar em relação a esse caso que se trata de:
- A) necrose peripancreática que inclui tipicamente áreas de necrose gordurosa e, geralmente, é estéril, diferentemente da necrose pancreática que é infectada.
  - B) um pseudocisto que pode ser intra-pancreático, mas é mais comum extra-pancreático e que geralmente apresenta sintomas quando tem diâmetro > 6cm.
  - C) uma coleção fluida aguda que ocorre em torno de 30% a 50% dos pacientes com pancreatite aguda grave e mais da metade regride espontaneamente.
  - D) ascite pancreática que é uma coleção de suco pancreático, geralmente rica em enzimas digestivas, enclausurada por uma parede não-epitelial composta por tecido fibroso.
20. Mulher, 45 anos, eutrófica, com quadro de pirose e dor retroesternal, principalmente após as refeições, há 7 anos. Refere piora quando toma café ou come pimenta. Faz uso de bloqueador de bomba de prótons (IBP), diariamente, duas vezes ao dia, em dose máxima, sem melhora. Realiza EDA que confirmou esofagite. HPP: Cirurgia por úlcera há 10 anos (antrectomia com reconstrução a BII). Qual a melhor conduta?
- A) Converter a BII em 'Y' de Roux.
  - B) Solicitar uma impedância-pHmetria esofágica.
  - C) Substituir o IBP para uma "geração mais nova".
  - D) Indicar cirurgia para confecção de válvula antirrefluxo.
21. Homem, 70 anos, apresenta quadro de disfagia progressiva de sólidos para líquidos e perda ponderal importante nos últimos 4 meses. Realizou EDA que demonstrou uma lesão vegetante ulcerada e friável localizada em terço médio do esôfago. A análise histopatológica da biópsia endoscópica confirmou o diagnóstico de carcinoma de esôfago. Qual dos seguintes exames fornecerá mais dados quanto ao N e M do tumor?
- A) Ultrassonografia endoscópica.
  - B) Tomografia de tórax.
  - C) Broncoscopia.
  - D) PET- CT.
22. No tratamento laparoscópico da obesidade mórbida, pelo menos três técnicas têm ampla descrição de utilização na prática médica: gastrectomia do tipo Sleeve (GS), banda gástrica ajustável (BGA) e o bypass gástrico do tipo Y em Roux (BGYR). Comparando o risco de complicações e a efetividade de longo prazo dos três procedimentos pode-se afirmar que:
- A) O BGYR tem maiores riscos e efetividade.
  - B) A GS e o BGYR têm riscos e efetividade semelhantes.
  - C) A GS tem risco intermediário e maior efetividade, considerando os três procedimentos.
  - D) A BGA tem o menor risco e efetividade intermediária, considerando os três procedimentos.
23. Paciente, 64 anos, apresenta-se com hemorragia digestiva alta. Feita endoscopia com biópsia, foi diagnosticada lesão com cerca de 3 cm de diâmetro, na grande curvatura em corpo gástrico e composta por neoplasia com predomínio de células fusiformes, de baixo grau e com positividade para C-KIT. Considerando que durante a cirurgia, não se evidenciou doença extra-gástrica, qual das seguintes propostas de tratamento cirúrgico é a mais adequada ao caso?
- A) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia limitada.
  - B) Gastrectomia regrada com margem de 1 a 3 cm.
  - C) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1.
  - D) Gastrectomia total com linfadenectomia D2.

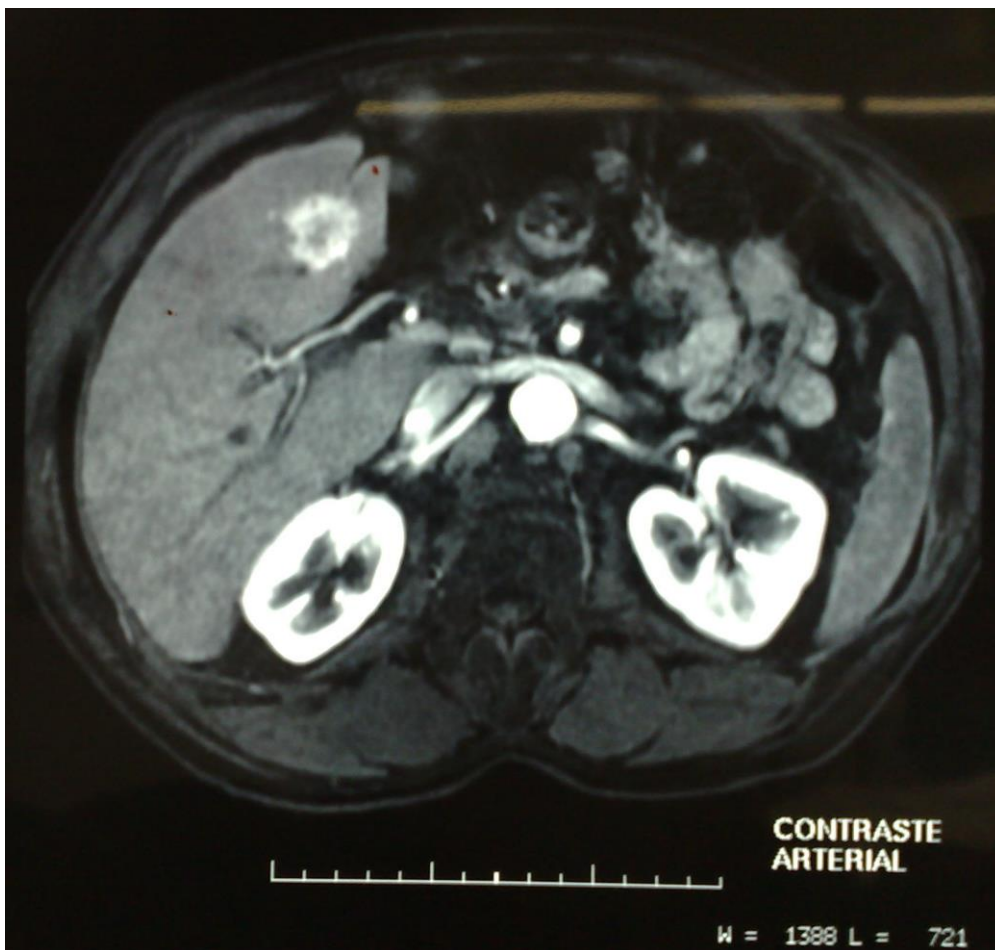
24. Mulher, 24 anos, apresenta quadro de colangite de repetição, motivo pelo qual é solicitada uma colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) cujo resultado pode ser visto na figura abaixo.



Qual o diagnóstico mais provável para esse caso?

- A) Cisto Hidático.
  - B) Doença de Caroli.
  - C) Tumor de Klatskin.
  - D) Colangite esclerosante.
25. Mulher, 54 anos, apresenta quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito ocasional, icterícia, febre com calafrios. Durante esses episódios refere urina escurecida. História Patológica Progressiva: Colectomia eletiva por videolaparoscopia há 15 anos. Realizou exames com os seguintes resultados: Hemograma sem alterações; GGT: 436 U/L; FA: 275 U/L; TGO: 115 U/L; TGP: 82 U/L; Bilirrubina direta: 3mg/dL; US abdominal: ectasia do colédoco de 1,3 cm e imagem com sombra acústica na sua porção distal. Qual conduta apresenta melhor relação custo-benefício para essa paciente?
- A) CPRE.
  - B) Cirurgia.
  - C) US endoscópico.
  - D) Colangiressonância.
26. Paciente feminina, 26 anos, iniciou quadro de comportamento bizarro associado a lapsos de memória chegando até mesmo à perda de consciência, há 3 meses. Relata que apresentou ganho ponderal de 10 quilos neste período. Ao exame físico, encontrava-se nervosa, sudoréica com frequência cardíaca de 120 bpm e referindo palpitações. A paciente veio portando uma tomografia computadorizada que evidenciou uma lesão nodular em cauda pancreática de 1 cm sem outras alterações abdominais. Paciente nega outras comorbidades. Com relação a esse caso é correto afirmar que se trata:
- A) Provavelmente, de um insulinoma cujo diagnóstico é embasado em concentrações sanguíneas de glicose abaixo de 50 mg/dl durante os episódios sintomáticos.
  - B) Provavelmente, de um VIPoma cujo diagnóstico é confirmado por um nível plasmático em jejum elevado de VIP e do polipeptídeo pancreático.
  - C) de um provável glucagonoma cujo diagnóstico é confirmado pela concentração de níveis plasmáticos elevados de glucagon e de imagem tumoral no pâncreas.
  - D) de um provável gastrinoma pancreático cujo o diagnóstico é realizado com a demonstração de hipergastrinemia em jejum em presença de hipersecreção ácida gástrica.

27. Cláudio, 60 anos, solteiro, etilista, em consulta de rotina realizou um US abdominal que sugeriu a presença de um nódulo no lobo esquerdo do fígado. Prontamente, seu médico assistente solicitou uma série de exames, incluindo a tomografia computadorizada abaixo.



Em relação à imagem, o diagnóstico mais provável para o nódulo hepático seria:

- A) Hemangioma hepático devido a presença de cicatriz central bem evidenciada pelo exame.
  - B) Carcinoma hepatocelular por causa da distribuição na captação do contraste venoso.
  - C) Adenoma celular do fígado por se tratar de uma massa homogênea, porém mal delimitada.
  - D) Hiperplasia nodular focal por ser uma massa com típico padrão de crescimento nodular periférico.
28. Paciente, 43 anos, hipertenso e diabético, foi submetido a transplante renal, sendo indicado imunossupressão com *micofenolato de mofetila* (CellCept®). Este fármaco pertence a qual classe de agentes imunossupressores?
- A) Antimetabólitos.
  - B) Inibidores da calcineurina.
  - C) Inibidores do ciclo celular.
  - D) Bloqueador de coestimulação.
29. Paciente masculino, 42 anos, procurou serviço médico com queixas de hematoquezia associada a prolapso redutível com auxílio digital. Refere ter hematoquezia com certa frequência há aproximadamente 3 anos, porém o prolapso é mais recente e, inicialmente, era redutível espontaneamente, no entanto, atualmente, necessita auxílio digital. Ao exame proctológico, constatou-se ser portador de doença hemorroidária, mesmo assim, foi submetido a retossigmoidoscopia flexível que se mostrou normal. Diante desse quadro, assinale o tratamento mais adequado, conforme o grau da doença.
- A) O paciente é portador de hemorróidas grau I e o tratamento é esclerose com glicose hipertônica.
  - B) O paciente é portador de hemorróidas grau II e o tratamento é ligadura elástica.
  - C) O paciente é portador de hemorróidas grau III e o tratamento é cirúrgico por técnica excisional ou anopexia mecânica.
  - D) O paciente é portador de hemorróidas grau IV e o tratamento é cirúrgico por técnica excisional.



30. O transplante de pâncreas (TP) é considerado uma modalidade estabelecida e efetiva de tratamento de pacientes com diabetes melito tipo 1 (DM 1), sendo o único tratamento capaz de restabelecer um estado de normoglicemia permanente e normalizar a hemoglobina glicada nesses pacientes, melhorando a qualidade de vida, promovendo independência da insulina exógena e prevenindo as complicações secundárias ao diabetes. Em relação ao transplante de pâncreas é correto afirmar:
- A) O transplante de pâncreas com doador vivo é uma modalidade que cada vez mais vem sendo estimulada por oferecer vantagens como menor lesão tecidual pela isquemia fria, menor tempo de espera e possível melhor compatibilidade dos antígenos leucocitários humanos.
  - B) O transplante de pâncreas após rim é uma modalidade controversa de TP, já que está indicada para pacientes DM 1 que já foram submetidos a transplante renal há 4-6 meses, aferindo assim ao paciente órgãos com identidade genética diferente, piorando a sobrevida do enxerto.
  - C) O transplante de pâncreas isolado é a segunda principal modalidade de TP, sendo indicado para portadores de DM 1 não nefropatas de forma hiperlábil, manifestado por difícil controle metabólico ou hipoglicemia assintomática com uma depuração de creatinina superior a 40 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.
  - D) A modalidade mais comum é o transplante simultâneo de rim-pâncreas, correspondendo 65% a 80% dos TPs, indicado para pacientes com DM 1 com insuficiência renal crônica terminal ou pré-terminal (depuração de creatinina inferior a 20 ml/min/1,73m<sup>2</sup> de superfície corporal).
31. Paciente, 72 anos, foi atendida em ambulatório especializado com queixas de anemia e episódios diarréicos que tiveram início há aproximadamente 3 meses. Refere perda de 3 kg no período, pois queixava-se também de empachamento leve pós-prandial. Por conta disso, já havia sido submetida a esofagogastroduodenoscopia há um mês que foi normal. Teve 3 filhos por parto normal e nega qualquer afecção ou internamentos anteriores. Ao exame físico, tinha estado geral regular, palidez cutânea – mucosa (+/4), abdome rico em adiposidade, flácido, indolor, porém com massa palpável endurecida e com pouca mobilidade, medindo aproximadamente 6 cm de diâmetro. Toque retal normal. IMC 33. Foi solicitada videocolonoscopia que mostrou tratar-se de volumosa lesão úlcerovegetante e estenosante, impedindo a passagem do tubo endoscópico. Foi realizada biópsia que revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Diante desse quadro, assinale a topografia mais provável da lesão e o tratamento cirúrgico mais adequado.
- A) A paciente é portadora de tumor na flexura esquerda dos cólons e deverá ser submetida à hemicolectomia esquerda por videolaparoscopia.
  - B) A paciente tem a tríade dos tumores de cólon transverso, portanto, deverá ser submetida à colectomia do transverso por videolaparoscopia ou por laparotomia.
  - C) A paciente tem tumor no cólon direito e, portanto, deverá ser submetida à colectomia direita, por laparotomia, pois em virtude de sua idade, adiposidade abdominal e volume da lesão está contra indicada a videolaparoscopia.
  - D) A paciente tem a tríade dos tumores do cólon direito e, portanto, deverá ser submetida à colectomia direita, por videolaparoscopia pelo acesso medial ou lateral e anastomose ileotransversa intra ou extra-corpórea.
32. Paciente masculino, 40 anos, procedente de Jaguaribe-CE, procurou o ambulatório de Coloproctologia com queixas de constipação progressiva há mais de 10 anos. Diz que não tem vontade de evacuar e já passou até 15 dias sem evacuar. Já necessitou ir ao pronto-socorro várias vezes, onde recebe clister glicerinado, por fecaloma, resolvendo momentaneamente seu problema. Trouxe consigo exame sorológico tipo Elisa reagente para Chagas. Tinha estado geral regular, abdome escavado e, ao toque retal, tinha ampola retal ampla e vazia (disse que há 3 dias, recebeu clister evacuativo). Que exames solicitaria a mais para o paciente e qual o tratamento mais adequado?
- A) Colonoscopia, reação de Machado-Guerreiro e cirurgia de Duhamel.
  - B) Retossigmoidoscopia flexível, manometria anorretal e sigmoidectomia com anastomose descendente-reto superior.
  - C) Ultrassonografia abdominal total, colonoscopia e tratamento conservador à base de laxantes e dieta rica em fibras.
  - D) Colonoscopia, clister opaco, manometria anorretal e cirurgia de Duhamel modificada com anastomose colo-anal grampeada por via retro-retal baixa.

33. Paciente, 27 anos, sexo masculino, há cerca de 3 meses com diarreia mucossanguinolenta (3 a 5 episódios/dia) e tenesmo retal. Nega dor abdominal ou febre. Fez colonoscopia e biópsia com os seguintes achados: proctossigmoidite moderada; úlceras superficiais; inflamação estendendo-se até a lâmina própria e abscessos cripticos com depleção de células caliciformes. Com base nessas informações, assinale a alternativa correspondente à conduta medicamentosa de escolha em relação a esse paciente.
- A) Ácido 5 aminossalicílico tópico.
  - B) Sulfassalazina oral + corticoide oral.
  - C) Ácido 5 aminossalicílico oral + corticoide oral.
  - D) Ácido 5 aminossalicílico oral + budesonida tópicos.
34. As duas técnicas mais empregadas para tratamento da hérnia inguinal por via laparoscópica envolvem acesso totalmente extra-peritoneal (TEP) e pré-peritoneal transabdominal (TAPP). Sobre tais abordagens, podemos afirmar:
- A) O acesso TEP prescinde de insuflação com gás, tornando o espaço de trabalho mais limitado.
  - B) A dissecação do espaço pré-peritoneal pelo acesso TEP é realizada de modo mais rápido que pelo acesso TAPP.
  - C) Em caso de lesão peritoneal durante acesso TEP, é necessário a conversão para acesso convencional (aberto) para finalizar a operação.
  - D) O acesso TAPP, ao contrário do TEP, necessita dissecação extensa prévia para permitir identificação dos vasos espermáticos e ducto deferente.
35. Neonato, 6 horas de vida, nascido a termo, em domicílio, é encaminhado para serviço terciário por relato de regurgitações constantes durante as mamadas, salivação excessiva e episódios de cianose, desde o nascimento. Mãe realizara apenas duas consultas no pré-natal. Após admissão, foi realizado o exame contrastado abaixo.



A conduta cirúrgica inicial para esta criança deve incluir necessariamente:

- A) Transposição gástrica ou colônica.
- B) Hiatoplastia e gastrofunduplicatura.
- C) Ligadura de fístula traqueoesofágica.
- D) Esofagostomia cervical e gastrostomia.

36. Sra. Cláudia, 34 anos, há 6 meses observou início de abaulamento em região anterior ao lóbulo da orelha esquerda que evoluiu com aumento de tamanho. A paciente nega dor local, parestesias em hemiface esquerda ou sinais de paralisia do nervo facial esquerdo. Ao exame, encontra-se com massa endurecida de aproximadamente 3 cm na topografia da região anterior ao lóbulo da orelha esquerda, sem fixação à pele e sem linfadenopatias cervicais. Em relação ao caso podemos considerar que mais provavelmente trata-se de:
- A) Oncocitoma cujo tratamento de escolha é a parotidectomia total com sacrifício do nervo facial.
  - B) Tumor de Warthin cujo tratamento de escolha é a excisão cirúrgica com margem por ter potencial maligno.
  - C) Adenoma pleomórfico cujo tratamento de escolha é a excisão cirúrgica com uma margem de tecido normal.
  - D) Mioepitelioma cujo tratamento de escolha é expectante se tiver aspecto de “manchas quentes” na cintilografia.
37. Antônio Carlos, 74 anos, etilista e tabagista, observou que há uma semana iniciou quadro de disфонia associada à microaspirações traqueais e a comprometimento do reflexo da tosse. O paciente foi encaminhado ao serviço de otorrinolaringologia que realizou uma videolaringoscopia compatível com um tumor de laringe. A respeito do caso, pode-se afirmar provavelmente que se trata de:
- A) um tumor glótico pois é relativamente indolente e somente se apresenta em um estágio mais avançado da doença.
  - B) um tumor supra-glótico porque apresenta-se com sintomas precoces causados pela invasão do nervo laríngeo recorrente.
  - C) um carcinoma verrucoso que é uma variante do carcinoma de células fusiformes, altamente diferenciada, localmente destrutiva.
  - D) um carcinoma espinocelular que é a lesão maligna mais comum da laringe, classificado em *in situ*, microinvasivo ou invasivo.
38. Paciente, 38 anos, paraplégica há 2 anos por traumatismo raquimedular, portadora de trombose venosa profunda ileofemoral, apresenta hemorragias recorrentes por mioma uterino com indicação de histerectomia. Diante do alto risco de embolia pulmonar que há neste caso, qual o método mais adequado de profilaxia para essa complicação?
- A) Filtro de veia cava inserido percutaneamente.
  - B) Infusão sistêmica de heparina, seguida de anticoagulação oral com cumarínicos, mantendo INR entre 2,0 e 3,0.
  - C) Estreptoquinase na dose de 250.000 UI em *bolus*, seguida de 100.000 UI/hora durante as 24 horas que antecedem a operação.
  - D) Ativador tecidual recombinante de plasminogênio na dose de 225 mg, em 3 ciclos intermitentes, intercalados por 24 horas de heparinização contínua (100.000 UI/h).
39. Sr. Luiz, 63 anos, diabético, hipertenso, apresentando claudicação intermitente, indicado realização de revascularização de membros inferiores mediante enxerto aorto-bifemoral. Suas atividades rotineiras diárias são limitadas, não consegue subir um lance de escada devido a claudicação, porém toma conta de si mesmo. Exames pré-operatórios: hemoglobina 13g/dL; creatinina = 2,5mg/dL; eletrocardiograma normal. Qual o próximo exame recomendado para avaliar o risco cardíaco pré-operatório deste paciente?
- A) Teste Ergométrico.
  - B) Cateterismo cardíaco.
  - C) Ecocardiografia em repouso.
  - D) Cintilografia com Tálzio-Dipiridamol.
40. Paciente, sexo masculino, 60 anos de idade, cursa com episódios de dor abdominal inespecífica e esporádica, sem qualquer outra queixa clínica, há 4 meses. Foi solicitada ultrassonografia abdominal que revelou lesão renal direita isolada. Tomografia computadorizada de abdome demonstrou lesão cística em terço médio do rim direito com 8cm em seu maior diâmetro, apresentando realce após injeção de contraste endovenoso, septações irregulares e calcificações, mas sem nodulações sólidas. Sobre a melhor conduta para este paciente, podemos afirmar que:
- A) Por risco de malignidade acima de 90%, tal lesão deve ser biopsiada por acesso radioguiado.
  - B) A exploração cirúrgica se impõe por se tratar de um cisto classificado como Bosniak III.
  - C) Por se tratar de um cisto classificado como Bosniak II, recomenda-se reavaliação em 6 meses.
  - D) A tomografia sugere um carcinoma de células renais T1N0M0, sendo a nefrectomia radical a operação mais apropriada.

41. Adolescente, 15 anos, queixa-se de massa escrotal de crescimento progressivo há 3 meses, com histórico de trauma leve em mesma região há 6 meses. Ao exame, observam-se testículos tópicos, sem quaisquer sinais flogísticos, sendo o esquerdo aumentado de tamanho por nodulação em sua porção média. Tal lesão é indolor, com consistência endurecida e superfície irregular. Não há linfonodos inguinais palpáveis. Ultrassonografia corrobora lesão testicular que não acomete toda a gônada e tomografia computadorizada de abdome e pelve encontra-se normal. Marcadores séricos evidenciam elevação de alfafetoproteína e beta-hCG. A conduta terapêutica inicial mais apropriada para este paciente é:
- A) Seguimento clínico por 3 meses com reavaliação de marcadores.
  - B) Enucleação da lesão com preservação gonadal por inguilotomia.
  - C) Biópsia por punção direta da lesão testicular guiada por ultrassom.
  - D) Orquiectomia radical com ligadura alta do cordão por via inguinal.
42. Diante da possibilidade de reimplante de membro superior pós-trauma com aproximação de cotos para sutura vascular com um pequeno “gap”, qual é a melhor conduta?
- A) Encurtamento ósseo.
  - B) Desistir do reimplante.
  - C) Aceitar pequena tensão.
  - D) Proceder à enxertia de vaso.
43. Para aumentar as chances de se preservar uma boa irrigação sanguínea, sensação tátil e capacidade de amamentação após mamoplastia de redução de mamas grandes, qual escolha do pedículo deve ser feita?
- A) Pedículo lateral, irrigado pela artéria torácica medial.
  - B) Pedículo medial, irrigado por ramos mediais do sistema mamário.
  - C) Pedículo inferior, irrigado por perfurantes do músculo peitoral.
  - D) Pedículo superior, irrigado pelo sistema da artéria mamária interna.
44. D. Sílvia, 55 anos, no 5º dia pós-operatório de gastroduodenopancreatectomia, na Unidade de Terapia Intensiva, em respiração espontânea, apresenta-se torporosa, com temperatura de 38,8°C, frequência cardíaca 110-120bpm, pressão arterial sistólica 80-85mmHg, frequência respiratória 25ipm, leucócitos 18.000/mm<sup>3</sup>, lactato sérico 8mmol/L. Ultrassonografia mostra coleção intra-abdominal. Além da antibioticoterapia, os objetivos terapêuticos para esta paciente devem buscar a seguinte meta:
- A) Saturação venosa central de oxigênio acima de 70%.
  - B) Pressão arterial média no mínimo 50mmHg.
  - C) Pressão Venosa Central entre 4 e 6 mmHg.
  - D) Lactato sérico abaixo de 5mmol/L.
45. Na pesquisa clínica, os testes estatísticos são utilizados para avaliação do papel da probabilidade em estudos que comparam dados de resultados de diferentes tipos. Quando o interesse é avaliar médias entre grupos diferentes, qual abordagem deve ser aplicada?
- A) Teste qui-quadrado.
  - B) Teste t não pareado.
  - C) Cox proporcional Hazards.
  - D) Plotagem de Kaplan-Meier.
46. Na herniorrafia por via laparoscópica, é importante a identificação adequada do triângulo de Doom no sentido de prevenir complicações. Assinale a alternativa que registra, respectivamente, estrutura por ele delimitada e seus limites medial e lateral.
- A) Veia íliaca interna; ducto deferente e vasos espermáticos.
  - B) Veia íliaca externa; ligamento inguinal e vasos espermáticos.
  - C) Artéria íliaca externa; ducto deferente e vasos espermáticos.
  - D) Artéria íliaca interna; ligamento inguinal e vasos espermáticos.

47. A incidência do câncer gástrico está relacionada a fatores nutricionais. Diminuição dessa incidência está provavelmente relacionada à ingestão de:
- A) ácido ascórbico, que previne a conversão de nitratos em nitritos.
  - B) grande quantidade de carnes e peixes salgados.
  - C) dieta rica em carboidratos complexos e frutas.
  - D) dieta com baixo teor de gordura e proteínas.
48. Sabendo-se que em presença de câncer de mama a mastectomia, a tumorectomia e a tumorectomia com radioterapia oferecem sobrevida livre de doença e sobrevida global bastante semelhantes em 20 anos, assinala, dentre as opções, a melhor indicação de mastectomia para paciente com câncer de mama:
- A) gravidez em curso.
  - B) lupus ou esclerodermia ativos.
  - C) radioterapia de mama ou tórax prévia.
  - D) impossibilidade de excisão do tumor com margens livres.
49. Paciente masculino, 60 anos, com queixas de hematoquezia, tenesmo e constipação progressiva com início há aproximadamente 6 meses. Nega doença grave previamente e nunca foi submetido a tratamento cirúrgico. Diz praticar atividades físicas regularmente, porém é tabagista de longa data. Diz que há vários anos vai de rotina ao urologista, porém há 2 anos, não foi. Tem estado geral bom, eutrófico, sem palidez cutânea-mucosa, abdome plano, flácido, indolor e sem visceromegalias. Ao toque retal, tem próstata de tamanho e consistência normais para a idade, porém palpa-se massa vegetante e estenosante, fixa, comprometendo 2/3 da luz do reto, distando aproximadamente 7 cm da borda anal. Com isso, foi solicitada colonoscopia, tomografia abdominal, pélvica e de tórax, além de exames bioquímicos e CEA (antígeno carcinoembrionário). A colonoscopia feita até o ceco revelou somente lesão úlcero-vegetante e estenosante comprometendo aproximadamente 2/3 da luz do reto acima da primeira valva retal. A biópsia mostrou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Ultrassom 3D revelou lesão uT3N1. Conforme o estadiamento pré-operatório, qual o tratamento mais adequado?
- A) Retossigmoidectomia abdominal com radioterapia e quimioterapia adjuvantes.
  - B) Retossigmoidectomia interesfincteriana com anastomose colo-anal e radioterapia e quimioterapia adjuvantes.
  - C) Radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes e amputação abdominoperineal do reto com colostomia definitiva.
  - D) Radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes e retossigmoidectomia abdominal com anastomose colorretal e ileostomia em alça.
50. “A direção de um hospital universitário investiga o vazamento de imagens feitas durante uma cirurgia sem o consentimento do paciente. A cirurgia, foi feita para retirada de um peixe, que o paciente havia introduzido no corpo pelo ânus. Em menos de um minuto as imagens tiveram ampla disseminação pelo YouTube, e mostram participantes da cirurgia rindo e com celulares às mãos registrando a retirada do animal do intestino do paciente. No terceiro dia de pós-operatório o paciente veio a óbito por complicações cirúrgicas” Com base no código de ética médica e nos fatos ocorridos, pode-se afirmar que:
- A) A divulgação das imagens, viola artigos referentes ao capítulo de “Direitos Humanos”.
  - B) Durante a investigação, é vedado aos médicos presentes denunciarem à direção os responsáveis pela divulgação das imagens.
  - C) No caso de falecimento do paciente não há infração ética na divulgação das imagens e o processo deve ser encerrado.
  - D) A infração ética decorreu da falta de consentimento, pois é permitido ao médico “Fazer referência a casos clínicos identificáveis, ou exibir pacientes em meios de comunicação em geral, com autorização do paciente”.