



Edital Nº 03/2016

## CADERNO DE QUESTÕES

Data: 13 de novembro de 2016.

### PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

**ESPECIALIDADE:** Cirurgia de Aparelho Digestivo (R3)  
Área de Atuação Transplante de Fígado

#### INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data prevista no Anexo III, conforme no subitem 8.4.14 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2017

- 01.** Paciente do sexo masculino, 46 anos de idade, chega ao ambulatório com endoscopia mostrando segmento visível de mucosa de aspecto colunar em esôfago distal. Nega sintomas de pirose e regurgitação. As biópsias dessa região evidenciaram metaplasia intestinal. Considerando esse caso, assinale a afirmativa correta.
- A) A incidência de adenocarcinoma do esôfago nessa condição é 5 vezes maior do que na população geral.
  - B) As opções terapêuticas são: inibidores de bomba de prótons em uso contínuo, ablação endoscópica, mucosectomia e esofagectomia.
  - C) O paciente em questão pode ser diagnosticado como portador de doença do refluxo gastroesofágico, motivo pelo qual se pode indicar a cirurgia antirrefluxo.
  - D) A funduplicatura de Nissen-Rossetti tem grande chance de fazer regredir esta condição, mas está contraindicada por não se tratar de paciente sintomático.
- 02.** Paciente do sexo masculino, 37 anos, admitido na emergência com rouquidão, estridor e dispneia após episódio de ingestão de soda cáustica havia 3 horas. FC = 120 ppm e Sat O<sub>2</sub> = 90%. Raio-X de tórax normal. Sobre o caso acima descrito, assinale a afirmativa correta.
- A) Durante a primeira hora da ingestão pode ser tentada a neutralização com leite, claras de ovos e antiácidos.
  - B) A endoscopia está indicada para estabelecimento do grau da lesão cáustica e deve ser realizada antes da intubação do paciente.
  - C) A perfuração do esôfago pode ser detectada durante endoscopia em lesões de terceiro grau. Nesse caso, a cirurgia é mandatória após o exame com realização de esofagostomia cervical terminal, ressecção de esôfago e gastrostomia.
  - D) Na fase crônica, o risco de câncer de esôfago é 1000 vezes maior nas lesões cáusticas em relação à população geral, por esse motivo deve ser planejada a esofagectomia entre 6 meses e 1 ano após o episódio de ingestão.
- 03.** Paciente cirrótico, child B, chega a emergência de um hospital geral com sangramento digestivo relacionado à hipertensão portal. Sobre essa condição, pode-se afirmar que:
- A) o balão de Sengstaken Blackmore ainda pode ser utilizado após a administração de vasopressina e dispensa a endoscopia.
  - B) devido a alta frequência de sepse concomitante, a administração de antibióticos está indicada e pode reduzir em torno de 50% o risco de ressangramento.
  - C) os sangramentos por essa condição têm maior mortalidade que as demais causas de hemorragia digestiva alta, porém não estão relacionados com o grau de reserva hepática funcional.
  - D) na falha do tratamento endoscópico, a decompressão da hipertensão portal por meio de *shunt* portossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS) é uma boa alternativa em pacientes instáveis, comparada à cirurgia de urgência. Ainda conta com a vantagem de não estar associada a encefalopatia hepática após o procedimento.
- 04.** Paciente do sexo feminino, 62 anos de idade, com queixa de disfagia intermitente, procura ambulatório trazendo endoscopia digestiva alta mostrando lesão subepitelial de submucosa em fundo gástrico, distando 1 cm do cardia, não havendo descrição referente ao tamanho. Sobre o caso descrito, assinale a afirmativa correta.
- A) As lesões gástricas subepiteliais mais comuns são o GIST, o leiomioma e o linfoma gástrico.
  - B) Tumores com mais de 5 mitoses por 50 campos de grande aumento são considerados benignos.
  - C) A biópsia endoscópica, seguida por biópsia por ECO endoscopia devem ser tentadas antes da ressecção em todos os casos de tumores nessa localização.
  - D) O tamanho da lesão precisa ser medido por ECO endoscopia e/ou Tomografia Computadorizada para estabelecimento da melhor via de acesso para ressecção, bem como do prognóstico.

05. Paciente do sexo masculino, 40 anos, dá entrada na emergência com história de hematêmese. Foi realizada endoscopia que revelou tratar-se de úlcera gástrica tipo III, com efluxo de sangue, porém de forma não pulsátil. Sobre o caso descrito é incorreto afirmar que:
- A) esta úlcera tem localização pré-pilórica e está associada à hiperacidez.
  - B) os achados endoscópicos permitem-nos classificar esta úlcera como Forrest Ib, portanto, com alto índice de novo sangramento nas próximas 24h.
  - C) a doença ulcerosa péptica é a principal causa de hemorragia digestiva alta, embora úlceras gástricas compliquem mais comumente com perfuração.
  - D) antrectomia com vagotomia troncular, procedimento com menor índice de recorrência, deve ser indicado como terapêutica inicial para esse paciente.
06. Paciente de 30 anos, com quadro de dor de início periumbilical, que após algumas horas irradiava-se para fossa ilíaca direita e região suprapúbica. Ao exame, apresentava-se com pulso de 100 e sinais de irritação peritoneal na região descrita. Realizou laparoscopia exploradora que revelou diverticulite de meckel. Foi feita enterectomia segmentar englobando o divertículo e enteroanastomose primária. Sobre divertículo de meckel, no contexto desse caso acima, podemos afirmar que:
- A) a manifestação mais comum em jovens é a obstrução intestinal.
  - B) o encarceramento do divertículo de meckel em uma hérnia inguinal configura a hérnia de petersen.
  - C) mucosa gástrica é o tecido heterotópico mais comumente encontrado nesse tipo de lesão, seguido de tecido pancreático.
  - D) dado o risco de malinização, sempre devemos proceder enterectomia segmentar, mesmo nos casos não complicados de diverticulite de meckel.
07. Paciente, 55 anos, com rash migratório em membros inferiores, foi encaminhado para o serviço de doenças biliopancreáticas para investigação e conduta. Apresentava ainda *diabetes melitos* tipo 2, anemia, perda ponderal, glossite e histórico de tromboembolismo venoso. TC mostrou nódulo sólido de 2 cm, hipercaptante de contraste, em corpo do pâncreas. Sobre a patologia acima, marque o item correto.
- A) Trata-se muito provavelmente, de um glucagonoma e o rash seria o eritema migratório necrolítico, que é patognomônico deste tipo de tumor neuro-endócrino pancreático.
  - B) Pela presença concomitante de diabetes, trata-se de um somatostatinaoma cujo diagnóstico se faz pela verificação de níveis séricos elevados de somatostatina.
  - C) Pelos dados clínicos e tomográficos, podemos supor tratar-se de um insulinoma de pâncreas associado a neoplasia endócrina múltipla Tipo 1.
  - D) A principal hipótese diagnóstica é a de um tumor neuroendócrino não funcionante, que possui elevado potencial de malignidade.
08. Paciente do sexo feminino, 58 anos, afebril, bom estado geral, apresentando quadro de aparecimento recente de icterícia às custas de aumento da bilirrubina direta, elevação de enzimas canaliculares (fosfatase alcalina e gama gt) e dor em cólica no hipocôndrio direito. US mostra colelitíase e dilatação de vias biliares intra e extra hepáticas (hepatocolédoco de 3 cm), com cálculos de até 2 cm em seu interior. Realizou cpre, mas não foi possível cateterização da papila por divertículo duodenal justa papilar. Sobre o caso enunciado, pode-se afirmar que:
- A) essa paciente apresenta colangite por coledocolitíase e deverá ser submetida urgentemente a laparoscopia para colecistectomia e exploração das vias biliares.
  - B) essa paciente é uma boa candidata a laparoscopia para colecistectomia com colangiografia e, havendo a confirmação da coledocolitíase, proceder com a coledocotomia, extração dos cálculos e derivação biliar digestiva.
  - C) a colangiografia transoperatória não tem indicação para o caso, já que a via biliar já havia sido estudada em exames preliminares, devendo ser sempre evitada a exposição do paciente a radiação desnecessária.
  - D) nos casos de coledocolitíase com dilatação do hepatocolédoco em mais de 2,5 cm, está contra indicada a abordagem laparoscópica. Estando indicado, nesse caso, a laparotomia para extração transcística dos cálculos sem abertura do colédoco, para evitar estenoses.

09. Paciente do sexo masculino, 60 anos, durante *check up*, realizou exame endoscópico que flagrou saída de conteúdo mucoide pela papila de Vater. Encaminhado à investigação radiológica com TC, cujo resultado foi dilatação do ducto de wirsung de 3,5 cm na cabeça do pâncreas, estendendo-se até colo pancreático. Paciente referia apenas sintomas dispépticos e uma perda ponderal recente, não significativa. A principal hipótese diagnóstica para o caso descrito é?
- A) Neoplasia papilífera intraductal mucinosa.
  - B) Neoplasia sólida pseudopapilar.
  - C) Adenocarcinoma de pâncreas.
  - D) Cistadenoma mucinoso.
10. Paciente, há uma semana submetido a colecistectomia laparoscópica por colecistite aguda, apresentou-se no ambulatório para consulta de retorno com quadro de dor em hipocôndrio direito, icterícia e febre com calafrios. Encontra-se, nesse momento, sonolento e hipotenso. A acompanhante relata que a dor vem piorando desde sua saída do hospital, há 6 dias. Realizou US abdominal, no dia anterior, à consulta, que revelou fígado congesto e dilatação de vias biliares, principalmente ductos hepáticos e vias intrahepáticas, sem coleções. Com relação ao diagnóstico e tratamento do caso descrito, assinale a alternativa correta.
- A) Trata-se de colangite tóxica e a cirurgia para descompressão é a primeira conduta após estabilização.
  - B) O paciente deve ser encaminhado à unidade de cuidados intensivos para estabilização, iniciar antibioticoterapia e descomprimir a via biliar.
  - C) Nos casos de obstrução proximal da via biliar concorrendo para colangite deste paciente, a CPRE está mais indicada que a drenagem biliar externa percutânea, devido ao maior risco de contaminação biliar desta última.
  - D) A causa mais provável para o problema é a lesão iatrogênica da via biliar, com clipamento próximo à confluência dos hepáticos. Deve-se iniciar antibióticos e reposição volêmica e, em seguida, o paciente deverá ser encaminhado a estudos de imagem para definição de conduta.
11. Na pancreatite aguda (PA), a CPRE está bem indicada em qual dos cenários abaixo?
- A) Mulher com pancreatite biliar inicial e microcálculos na vesícula.
  - B) Homem com icterícia por pancreatite alcoólica crônica agudizada.
  - C) Mulher com PA necrotizante há 20 dias; com icterícia, febre e calafrios.
  - D) Homem com PA, icterícia e ECO-EDA: imagem na papila com sobra acústica.
12. Homem, 45 anos, com nódulo hepático único, no segmento VI do fígado, de aproximadamente 12 cm. Tomografia com contraste (TC): na fase sem contraste apresenta lesão bem definida com áreas de calcificação que, com a infusão de contraste, apresenta realce periférico com opacificação centrípeta. O paciente refere dor moderada noturna e aos esforços de alta intensidade. Qual a sua conduta?
- A) Indicar hepatectomia direita.
  - B) Indicar segmentectomia do IV.
  - C) Realizar biópsia trans-parênquima.
  - D) Seguimento com TC a cada 6 meses.
13. Homem, 58 anos, alcoolista crônico (abstêmio há 3 anos) em acompanhamento, realiza ultrassonografia que demonstra nódulo hepático de 4 cm em segmento VII do fígado; e exames laboratoriais: hemograma normal, plaquetas 60000, bilirrubina 2,3 mg/dL, INR 1,5, albumina 3g/dL e alfafetoproteína de 500nd/dL. Ao exame: EGB, presença de maciez móvel sem piparote abdominal, ausência de sinais de encefalopatia. A tomografia com contraste confirma a lesão com realce de contraste na fase arterial, ascite moderada, sem mais achados. Qual a conduta adequada para este paciente em relação a essa lesão?
- A) Radiofrequência percutânea.
  - B) Quimioembolização arterial.
  - C) Hepatectomia direita clássica.
  - D) TX hepático por doador cadáver.

14. Mulher, 24 anos, apresenta quadros repetidos de dor em hipocôndrio direito, febre com calafrios e colúria. Realiza colangiografia por RNM que evidencia dilatação cística do colédoco terminal, na sua porção intrapancreática, justa ampular, de 2 cm de diâmetro, de revestimento regular. Qual a conduta mais adequada neste momento?
- A) Excisão cirúrgica do cisto via duodenotomia.
  - B) Observação e intervenção se colangite aguda.
  - C) Papilotomia ampla endoscópica e acompanhamento.
  - D) Gastroduodenopancreatectomia com colecistectomia.
15. Mulher acompanhada por galactorreia apresenta exames sugestivos de adenoma hipofisário e hiperparatireoidismo primário. Essa paciente é grupo de risco principal para desenvolvimento de qual das seguintes síndromes?
- A) Cohn.
  - B) Addison.
  - C) Insulinoma.
  - D) Gastrinoma.
16. Paciente do sexo feminino, 32 anos, em uso de anticoncepcional oral há 5 anos, realizou ultrassom de rotina que evidenciou nódulo hepático de 2 cm em lobo direito, bem delimitado e hiperecoico. Qual o nódulo hepático benigno mais comum na população?
- A) Adenoma.
  - B) Hemangioma.
  - C) Hepatocarcinoma.
  - D) Hiperplasia Nodular Focal.
17. Paciente, 20 anos, sexo feminino, é portadora de Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) e já faz tratamento crônico com corticosteroides e imunoglobulina mais recentemente e, mesmo assim, permanece com contagem de plaquetas em torno de 10.000 mm<sup>3</sup>. Estará pronta para realizar a esplenectomia amanhã, após transfundir um Buff Coat de plaquetas. Com relação ao quadro clínico, diagnóstico e tratamento da PTI, é errado afirmar:
- A) A PTI é a doença hematológica mais associada à indicação de esplenectomia.
  - B) A resposta a imunoglobulina pré-operatória está associada a um aumento do sucesso da esplenectomia.
  - C) A esplenectomia convencional é o padrão ouro com mortalidade menor que 1% e menor sangramento.
  - D) A ausência de corpúsculos de Howell-Jolly pós-esplenectomia é um sinal de presença de baço acessório.
18. Uma paciente de 76 anos, sexo feminino, foi submetida a retossigmoidectomia por adenocarcinoma de reto alto com resultado anatomopatológico mostrando estadiamento T3p N1p Mx. Com relação ao caso apresentado, é incorreto afirmar que:
- A) a margem ideal na ressecção de neoplasia de reto é de 2cm distal e 5 cm proximal.
  - B) a excisão total do mesorreto melhorou os resultados dos pacientes com adenocarcinoma de reto.
  - C) de acordo com o estadiamento, a paciente apresentava um tumor que acometia até a gordura periretal.
  - D) o CEA é um excelente marcador para triagem e acompanhamento pós-ressecção de adenocarcinoma de cólon.
19. Uma paciente 31 anos, portadora de doença de Crohn, é submetida a laparotomia exploradora com quadro de vômitos, distensão abdominal e ausência de evacuações ou eliminação de flatus há 5 dias. No intra-operatório, observa-se área inflamatória estreitada em segmento de 5 cm de alça ileal há 40 cm da válvula ileocecal. Qual alternativa não pode ser considerada uma opção terapêutica para o caso?
- A) Realizar um “bypass” látero-lateral.
  - B) Realizar segmentectomia de alça de delgado acometido com margem de 5 a 10 cm para evitar recorrência.
  - C) Realizar uma incisão longitudinal sobre o estreitamento no bordo anti-mesentérico e promover o fechamento no sentido transversal (stricturoplastia).
  - D) Contraindicar cirurgia, no momento, pelo risco de agravo do quadro e iniciar Prednisona, sulfasalazina e infliximab com nutrição parenteral, até remissão do quadro.

20. Com relação à hemorragia digestiva baixa (HDB), qual das opções abaixo relacionadas representa uma declaração incorreta?
- A) O local mais comum da HDB é o cólon esquerdo.
  - B) As angiodisplasias são mais comuns no cólon direito.
  - C) Os casos que cessam espontaneamente não necessitam realizar colonoscopia na emergência.
  - D) Os divertículos do tipo hipertônicos estão mais associados com o sangramento digestivo baixo.