



Edital Nº 02/2018

## CADERNO DE QUESTÕES

Data: 04 de novembro de 2018.

### PROGRAMA PRÉ-REQUISITO: CIRURGIA GERAL

**ESPECIALIDADE:** Medicina Intensiva; Cirurgia Pediátrica; Cancerologia Cirúrgica; Cirurgia Plástica; Cirurgia Torácica; Cirurgia Vascular; Urologia; Coloproctologia; Mastologia; Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Cirurgia do Aparelho Digestivo; Endoscopia

#### INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, 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 40 (quarenta) 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 **4 (quatro) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **2 (duas) horas**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data estabelecida no Anexo III, conforme 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 dois últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2019

01. Uma paciente de 45 anos foi submetida a uma ultrassonografia abdominal de rotina que detectou um nódulo em suprarenal ou no rim E. Para aprofundar a investigação, uma TC com contraste foi solicitada com os seguintes achados: nódulo de característica ovalada, bem circunscrito. Qual situação determina a adrenalectomia para essa paciente?
- A) Indicar cirurgia se apresentar cortisol elevado.
  - B) Indicar cirurgia a depender do tamanho da lesão.
  - C) Indicar cirurgia caso a paciente apresente hipertensão e hiperturismo.
  - D) Indicar cirurgia se a paciente apresentar nódulo pulmonar associado.
02. Paciente feminina, 15 anos, procurou serviço especializado devido a surgimento de massa cervical em topografia de tireoide. Refere leve dor cervical e disfonia discreta. Nega disfagia ou dispneia. Apresenta ao exame físico dois nódulos palpáveis de consistência endurecida em lobo direito de 1 cm e em lobo esquerdo de 1,2 cm. Não conseguiu realizar US cervical ainda, mas apresenta níveis elevados de antígeno carcinoembrionário e de calcitonina sérica. Relata que irmã faleceu por tumor de tireoide com metástase pulmonar e óssea. Qual exame deve ser solicitado na investigação de doenças associadas?
- A) Tomografia abdominal.
  - B) Cintilografia de tireoide.
  - C) Ultrassonografia pélvica.
  - D) Endoscopia digestiva alta.
03. Recém-nascido, sexo masculino, capurro de 34 semanas e 3 dias, apresentou desconforto respiratório logo após o nascimento, com dispneia intensa e cianose, sendo necessária intubação endotraqueal. Ao exame físico, as bulhas cardíacas são auscultadas em hemitórax direito e abdome se apresenta escavado. Após admissão na UTI neonatal, foi realizado um raio X de tórax (vide imagem).



Sobre a criança em questão, podemos afirmar que:

- A) Há alto risco de persistência de circulação fetal, com hipotensão pulmonar global severa.
- B) Deve ser operada de urgência para permitir expansão pulmonar e melhora da oxigenação.
- C) Será melhor ventilada por sistema balão-máscara, minimizando risco de pneumotórax grave.
- D) Espera-se hipoplasia parenquimatosa e aumento da resistência vascular pulmonares bilateral.

04. Qual dos seguintes sinais é característico da síndrome de Poland?
- A) Dextrocardia.
  - B) Hipertelorismo torácico.
  - C) Fissura/fenda labiopalatina.
  - D) Hipoplasia mamária unilateral.
05. Paciente masculino, 56 anos, foi admitido no pronto-socorro após parada cardiorrespiratória por choque cardiogênico de origem isquêmica. Evoluiu com edema agudo de pulmão e pneumonia. Foi submetido a intubação orotraqueal por 20 dias, recebendo alta hospitalar após 15 dias de internação. Três meses depois, o paciente retornou ao hospital com queixa de dispneia aos esforços moderados há 30 dias e, ao exame físico, apresentava estridor laríngeo e tosse com expectoração hialina. Foi submetido a fibrobroncoscopia que revelou estenose subglótica ao nível do segundo anel cartilaginoso, com abertura de 7mm. Como deve ser a abordagem da via aérea pelo anestesista para o tratamento cirúrgico dessa estenose?
- A) A intubação deve ser realizada com tubo endotraqueal.
  - B) A abordagem deve incluir acesso cervical e esternotomia.
  - C) A realização de uma traqueostomia abaixo da estenose é recomendada.
  - D) A intubação deve ser precedida por dilatação com broncoscópio flexível.
06. Paciente, 40 anos, refere cefaleia frontal há 6 dias associada a dor de garganta e febre. Fez uso de analgésicos, sem melhora e evoluiu com dispneia e dor ventilatório dependente há 3 dias. Nega tosse, expectoração, alterações urinárias ou intestinais. Refere dor intensa no momento em abdome e tórax à direita. Realizou Rx em UBS com consolidação em 1/3 médio de hemitórax direito e velamento de seio costofrênico. Antecedentes Pessoais: nega tabagismo, etilismo, uso de drogas, cirurgia, uso de medicação, internações prévias ou alergias. Ao exame: bom estado geral, corado, hidratado, febril (38,2 °C), acianótico e dispneico. Aparelho Respiratório: murmúrio vesicular presente em hemitórax esquerdo e diminuído em hemitórax direito, abolido em base direita, sem ruídos adventícios. FR: 40 irpm, Sat O<sub>2</sub>=98% em ar ambiente. Aparelho Cardiovascular: sem alterações, FC: 108 bpm, PA: 110x60mmHg Abdome: plano, RHA presente, defesa à palpação, descompressão brusca negativo. Solicitado exames laboratoriais e do líquido pleural. Exames séricos: Lactato 2,2 mmol/L; Hb 13,1 g/dl; Ht: 39%; leucócitos 10.900; segmentados: 80,3%, eosinófilos: 1,1% plaquetas: 246.000; proteínas totais: 6,8 mg/dl; LDH: 230 U/L Líquido Pleural: pH 7,166; proteínas totais 5,3 mg/dl; LDH 1816 U/L; GV 0,03 amilase 28 U/L; GB 1,8; albumina 3,5 g/dl; linfócitos 8,9; cloro 103 mmol/l; glicose 23 mg/dl. Sobre o caso acima, marque o item correto.
- A) O paciente apresenta derrame pleural transudativo secundário à embolia pulmonar.
  - B) O paciente apresenta um exsudato, sendo o derrame pleural parapneumônico a principal hipótese diagnóstica.
  - C) Trata-se de um empiema pleural, sendo o tratamento recomendado antibioticoterapia sistêmica sem necessidade de drenagem torácica.
  - D) O derrame pleural apresentado pelo paciente trata-se de um transudato, pois estes são derrames pobres em proteínas e resultam em mudança no equilíbrio líquido do espaço pleural.
07. Paciente, masculino, 45 anos, procurou seu consultório com queixas de sudorese, agitação e lipotimia, sempre que não conseguia tempo para almoçar no seu trabalho. Refere que os sintomas revertiam rapidamente após alimentação. Refere também que engordou 8kg nos últimos 6 meses por que passou a comer mais para evitar os sintomas. Procurou médico generalista que solicitou alguns exames. Segue os exames e seus respectivos resultados: Gli 39 mg/dl; Insulina 14 µU/dl; Peptídeo C 3,6 µg/mL; TC multislice de abdome não evidenciou nenhuma alteração ou nódulos. Qual exame deve ser solicitado com objetivo de aumentar a sensibilidade do diagnóstico e programar o tratamento desse paciente?
- A) US endoscópio.
  - B) RNM de abdome.
  - C) Dosagem de sulfonilureia na urina.
  - D) Colangiografia com receptor de Somatostatina.

08. RN icterico tem indicação de transplante hepático. Qual procedimento deve ser feito afim de tentar adiar o transplante hepático permitindo que a criança atinja um peso e desenvolvimento para um transplante melhor sucedido?
- A) Ressecção hepática da doença de Caroli.
  - B) Uso contínuo de ácido ursodesoxicólico.
  - C) Ressecção do tumor hepático primário.
  - D) Hepatoportoenterostomia de Kasai.
09. Mulher, cirrótica por vírus C, com carga viral negativa após o tratamento, CHILD A, MELD 10. Em exames de rotina, realizou EDA que evidenciou varizes de médio calibre, US abdominal foi evidenciado um nódulo hepático e sinais de hipertensão porta, alfa-fetoproteína 10 ng/ml e Plaquetas 80.000. Realizou TC de abdome com contraste trifásico onde foi confirmado um nódulo único de 3 cm hipervascular na fase arterial com lavagem do contraste na fase portal no segmento VII do fígado. Veia porta pérvia sem sinais de trombose, ausência de linfonodomegalia ou outras massas. Realizou também RNM de abdome que evidenciou o mesmo nódulo com as mesmas características. Qual a melhor conduta mediante o caso?
- A) Hepatectomia direita.
  - B) Transplante Hepático.
  - C) Enucleação do nódulo.
  - D) Quimioembolização arterial.
10. No início de um plantão em UTI, após examinar um paciente você constata que o mesmo preenche critérios para morte encefálica: Coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinhal, apneia persistente, apresenta lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica, ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica. Ao final do plantão o paciente permanece com o mesmo quadro. Então você decide abrir protocolo para morte encefálica (ME). O que será necessário para fechar o protocolo de ME e esse paciente ser um doador de órgãos para transplante e tecidos?
- A) Avaliação clínica neurológica por dois médicos diferentes qualificados para confirmar ME, o exame complementar EEG obrigatoriamente sem atividade cerebral e teste da apneia.
  - B) Avaliação clínica neurológica por dois médicos qualificados para confirmar a ME, o exame neurológico complementar sem atividade encefálica e teste da apneia.
  - C) Avaliação clínica neurológica por três médicos diferentes: um clínico ou intensivista, um neurologista e um representante da família, além de um exame neurológico complementar e teste da apneia.
  - D) Avaliação clínica neurológica por três médicos diferentes: um clínico ou intensivista, um neurologista e um representante da equipe de transplante, além de um exame neurológico complementar e teste de apneia.
11. Paciente idoso e hipertenso, submetido a enxertia de pele de espessura parcial na região fronto-temporal para fechamento de área cruenta resultante de ressecção de tumor benigno de 3 cm de diâmetro. Foi feito curativo tipo tie-over (curativo de Brown). No 3º dia pós-operatório, ao abrir-se o curativo, observa-se bolhas com conteúdo hemático sob epitélio superficial. Qual das opções abaixo contribui para uma maior integração do enxerto?
- A) Retirada do enxerto e substituição por outro.
  - B) Manutenção do curativo de Brown por mais 4 dias.
  - C) Drenagem do conteúdo líquido e iniciar antibioticoterapia.
  - D) Esvaziamento do conteúdo hemático, sobre a bolha, e manutenção de curativo de Brown.
12. Homem de 35 anos vítima de ferimento por arma de fogo na face. Apresenta fratura de órbita, maxilar grave e de mandíbula, com sangramento ativo por cavidade oral e dificuldade respiratória. FC 110 bpm. PA 110x70 mmHg. Qual acesso preferencial às vias aéreas desse paciente para cirurgia de urgência?
- A) Traqueostomia.
  - B) Cricotiroidostomia.
  - C) Intubação oro-traqueal.
  - D) Intubação naso-traqueal.

13. Neonato, sexo feminino, nascido a termo por parto normal eletivo (gestação única), com sinais clínicos de trissomia do 21. Após 18h de vida, ainda não conseguiu amamentar por apresentar vômitos biliosos. Sem sinais de infecção ou cardiopatia. Ao exame físico, abdome apresenta distensão epigástrica, indolor, sem sinais de peritonite. Sem outros comemorativos clínicos. Sua genitora tem 42 anos, sem comorbidades, G2P0A1 e realizou acompanhamento pré-natal irregular. Ultrassom com 13 semanas de gestação suspeitava de translucência nucal alterada e, em um segundo com 32 semanas de gestação, foi observado polidrâmnio. Raio X abdominal pós-natal (imagem).



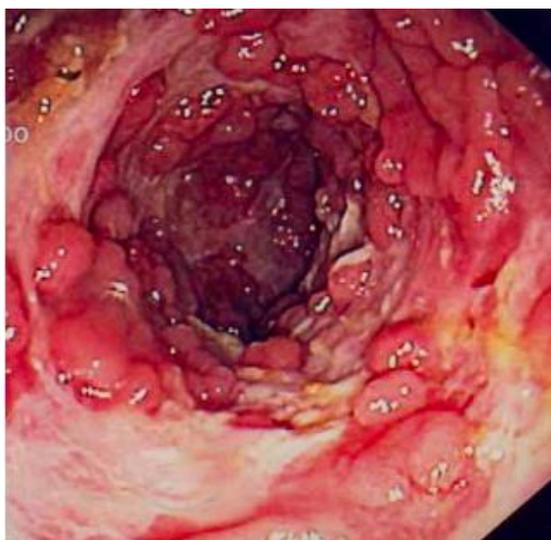
Considerando a mais provável etiologia a justificar o quadro clínico deste neonato, a conduta envolverá:

- A) Pancreatectomia parcial.
  - B) Duodeno-duodenostomia.
  - C) Anastomose jejuno-jejunal.
  - D) Ligadura de fístula traqueoesofágica distal.
14. Paciente do sexo feminino, 46 anos, procura assistência médica com quadro de edema e dor em membro inferior direito. Realizou histerectomia há 15 dias devido miomatose uterina. Médico do pronto-atendimento solicitou doppler venoso de membros inferiores que evidenciou trombose venosa profunda em território ilíaco-femoral direito. Qual a conduta recomendada para essa paciente?
- A) O tempo de início do tratamento não interfere no risco de recorrência.
  - B) O tempo mínimo de tratamento recomendado da terapia anticoagulante é de 6 meses.
  - C) Tratamento com anticoagulação plena ambulatorialmente ou em regime hospitalar.
  - D) Internamento com administração de heparina com a varfarina, até que INR atinja 2,0 a 3,0.
15. Paciente, feminino, 64 anos, portadora de insuficiência renal crônica dialítica deu entrada no pronto socorro queixando-se de dor, vermelhidão e saída de secreção purulenta em abaulamento sobre fístula arteriovenosa (autóloga) em membro superior esquerdo. Há dois dias realizou diálise sem intercorrências. Qual a melhor conduta nesse caso?
- A) Trombectomia e anticoagulantes orais.
  - B) Antibióticos sistêmicos e drenagem do abscesso.
  - C) Antibióticos e substituição da fístula por prótese.
  - D) Ligadura e confecção de fístula em sistema venoso profundo.

16. Paciente do sexo masculino, 78 anos, casado, procurou assistência médica em hospital secundário com queixa de dor súbita de forte intensidade, acompanhada de esfriamento e escurecimento de membro inferior direito. É cardiopata, portador de fibrilação atrial e hipertenso (controlado) em tratamento com digoxina 0,25 mg ao dia e captopril 50 mg 12/12h. Ao exame físico: orientado, estado geral regular, afebril. Pulso poplíteo, tibial anterior e posterior esquerdos normais e ausência de pulsos poplíteo e distais à direita. Membro inferior direito pálido com cianose distal, diminuição de temperatura, parestesia até região distal da perna, ausência de paralisia e com dor à palpação. Qual a conduta preferencial para esse paciente?
- A) Revascularização cirúrgica.
  - B) Amputação acima do joelho.
  - C) Embolectomia hemodinâmica.
  - D) Terapia trombolítica medicamentosa.
17. Paciente 64 anos, feminina, obesa, procura assistência médica com dor em HCD há mais ou menos 10 dias associado a febre há 5 dias. Refere ser portadora de Colelitíase, que foi diagnosticada há 2 anos. Ao exame físico, foi evidenciado Murphy positivo, confirmado pelo US com Murphy ultassonográfico, vesícula muito distendida com paredes espessadas. Foi iniciado tratamento clínico com antibióticos, dieta zero, hidratação parenteral e analgesia. Após 72h houve melhora do quadro com paciente estável, mas sem conseguir alimentar-se, decidido por colecistectomia laparoscópica. Durante laparoscopia foi evidenciado fígado esteatótico e após liberação de muitas aderências foi identificado empiema de vesícula com necrose de parede posterior sem identificação do hilo hepático. Nesse momento, qual a melhor conduta durante a cirurgia para tentar não aumentar a morbidade cirúrgica?
- A) Conversão imediata para colecistectomia aberta.
  - B) Prosseguir a cirurgia laparoscopia mas com a técnica de Thorek diminuindo o risco de lesão de colédoco e sangramento.
  - C) Prosseguir a cirurgia laparoscópica com liberação de todas as aderências do hilo hepático além de liberação completa da vesícula do leito hepático.
  - D) Colocar um dreno no interior da vesícula e fazer uma colecistostomia para drenar a secreção purulenta e só depois operar com segurança e sem infecção.
18. Mulher de 45 anos apresenta dor recorrente em hipocôndrio direito e icterícia. Realizou papilotomia endoscópica com remoção de cálculos no colédoco e ducto hepático direito até ramos secundários. Durante a colecistectomia, realizada 2 meses após a CPRE, foi realizada uma colangiografia transoperatória que mostrou uma via biliar de 3 cm, sem cálculos. Qual a melhor conduta para essa paciente?
- A) Realizar nova papilotomia endoscópica.
  - B) Realizar uma derivação coledocoduodenal.
  - C) Realizar uma hepatico-jejunostomia em "Y" de Roux.
  - D) Realizar exploração de vias biliares por videolaparoscopia.
19. Paciente de 29 anos, alérgico a penicilina, com história de tratamento de úlcera gástrica em antro há dois anos, persiste com dispepsia leve e realizou nova endoscopia digestiva que evidenciou gastrite leve em antro, além de lesão cicatricial em região pré-pilórica e zona sugestiva de metaplasia intestinal em pequena curvatura. O estudo anatomopatológico foi compatível com gastrite crônica ativa com metaplasia intestinal e presença de *Helicobacter pylori* (+++/4+). A melhor conduta a ser indicada para este paciente é:
- A) Realizar tratamento oral com lansoprazol 30 mg de 12/12h, claritromicina 500 mg 12/12h e levofloxacina 500 mg 24/24h por 14 dias.
  - B) Indicar a realização de mudança de hábitos dietéticos, associado à incorporação de atividade física diária e dexlansoprazol 60 mg 24/24h por dois meses.
  - C) Orientar o início de pantoprazol 40 mg de 12/12h, subcitrate de bismuto coloidal 240mg 12/12h, tetraciclina 500mg 6/6h e metronidazol 400mg 8/8h por 10 dias.
  - D) Submeter o paciente à mucosectomia endoscópica na área da metaplasia intestinal e mantê-lo com esomeprazol 40 mg 12/12h por 15 dias e 40 mg 24/24 h completando 2 meses de tratamento.

20. Mulher, 34 anos, com 1,63m de altura, 120 Kg, IMC 45, vem em acompanhamento médico há 4 anos, para perda de peso, sem apresentar sucesso clínico. No último ano, foi diagnosticada com diabetes mellitus, sendo este fato decisivo para opção pessoal de realização de tratamento cirúrgico. Apresenta forte histórico familiar de diabetes mellitus tipo 2.  
Em relação ao caso acima, qual a melhor opção terapêutica após correta preparação e avaliação de equipe multidisciplinar?
- A) Indicação de desvio biliopancreático objetivando diminuição dos níveis de leptina.
  - B) Realização de gastrectomia em manga visando redução drástica dos níveis de grelina.
  - C) Indicação de by-pass gástrico com o objetivo de normalizar os níveis de insulina em jejum.
  - D) Realização de derivação duodenal no intuito de reduzir os níveis de peptídeo semelhante ao glucagon 1.
21. Homem, 72 anos, hipertenso leve em uso de anlodipino, no 7º pós-operatório de gastroduodenopancreatectomia, evoluiu com náuseas, vômitos e parada de eliminação de flatus há 6 horas. Passou a não mais aceitar a dieta pastosa e apresentou frequência cardíaca de 104bpm, ausculta pulmonar diminuída nas bases bilateralmente, além de distensão abdominal moderada, com abdome pouco doloroso a palpação profunda e ruídos hidro-aéreos bastante diminuídos. Sinal de Blumberg e Vascojejo negativos. Os exames de urgência demonstraram hemoglobina de 10,1 g/dl, leucócitos de 11.300/mm<sup>3</sup>, com 7.000mm<sup>3</sup> neutrófilos, 136 mmol/L de sódio, 3,5 mmol/L de potássio, 8,5 mg/dL de cálcio, 1,9 mg/dL de magnésio e PCR de 18 mg/dL. Paciente não apresenta febre ou icterícia e drenava em torno de 50 ml de líquido citrino claro por drenos abdominais. Dentre as opções abaixo, qual a melhor conduta para este paciente durante a investigação deste quadro agudo, após a instituição de anti-heméticos?
- A) Melhora da hidratação venosa e reposição do magnésio sérico.
  - B) Dieta zero, substituir anti-hipertensivo e hidratação venosa adequada.
  - C) Indicar laparotomia exploradora e realização de inventário da cavidade.
  - D) Iniciar antibioticoprofilaxia com ciprofloxacino e metronidazol por 10 dias.
22. Paciente grande queimado internado em uma unidade terciária há 10 dias com grande área de queimadura nos membros superiores e parede torácica. Atualmente vem queixando-se de dificuldade respiratória progressiva. Qual a causa provável para essa insuficiência respiratória?
- A) Atelectasia pulmonar.
  - B) Intoxicação gasosa.
  - C) Embolia pulmonar.
  - D) Escara constrictiva.
23. Mulher 28 anos, puérpera, amamentando, apresenta quadro de eritema e dor na mama E. As mamas estão tensas e apresenta hiperemia a esquerda. Qual recomendação está indicada para essa paciente?
- A) Antibióticos endovenosos.
  - B) Incisão e drenagem da mama.
  - C) Esgotamento mamário e antibiótico.
  - D) Mamografia após resolução do quadro.
24. Paciente, 65 anos, sem comorbidades, veio para consulta urológica de rotina, completamente assintomático. Trazia o resultado do PSA realizado recentemente: 10,5 ng/ml e relação PSA total/PSA livre: 9%. Exame físico: toque retal com próstata fibroelástica, de aproximadamente 50 gramas, apresentando nódulo periférico, endurecido, cerca de 1,5 cm. Foi encaminhado para a biópsia de próstata, cujo hispatológico revelou: adenocarcinoma de próstata Gleason 8 (4+4) em 60% de 5 fragmentos entre 12 analisados. Qual é a melhor conduta para o caso?
- A) Indicar cintilografia óssea para estadiamento; no caso de doença metastática, a terapia de ablação androgênica estará indicada.
  - B) Indicar a prostatectomia radical uma vez que envolve a remoção completa da próstata e das vesículas seminais, com baixo risco de sequelas.
  - C) Realizar vigilância ativa, pois o histopatológico evidenciou um tumor de baixo grau e, portanto, a lesão apresenta uma chance pequena de evolução.
  - D) Como o paciente apresenta câncer de próstata localizado e de baixo grau, encaminhá-lo para a radioterapia com feixe externo ou a braquiterapia.

25. Paciente 72 anos procurou atendimento médico de emergência por apresentar quadro de retenção urinária aguda. Durante anamnese, o paciente relatou que há 2 anos vem apresentando esforço miccional, jato urinário fraco e noctúria. Na ocasião, foi orientado a utilizar doxazosina, apresentando melhora inicial. Nos últimos 6 meses, os sintomas acentuaram-se. Realizou ultrassom de próstata há 2 meses que evidenciou próstata de 80 gramas e resíduo pós miccional 200ml. Qual a opção correta sobre esse paciente?
- A) A sondagem trans-uretral está contraindicada, sendo mais adequada a punção supra-púbica.
  - B) A cirurgia seria uma boa opção de tratamento para o paciente, após um estudo urodinâmico.
  - C) O volume prostático elevado desse paciente determina o grau de sintomatologia apresentado.
  - D) A intervenção cirúrgica não deve ser considerada para este paciente, uma vez que a terapia medicamentosa se mostrou eficaz inicialmente.
26. Paciente chega ao consultório com exame de punção de parótida com o diagnóstico de adenoma pleomórfico. Qual a melhor recomendação que o médico deverá dar a esse paciente?
- A) Acompanhamento com exames.
  - B) Parotidectomia parcial sem margens.
  - C) Parotidectomia parcial com margens.
  - D) Parotidectomia total com linfadenectomia.
27. Mulher, 35 anos, há 1 ano, com história de dor abdominal em fossa ilíaca direita, diarreia e perda ponderal de 10kg, foi submetida à colonoscopia.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

- Baseado nos dados clínicos e colonoscopia, qual o diagnóstico provável para essa paciente?
- A) Doença de Crohn.
  - B) Retocolite ulcerativa.
  - C) Colite pseudo membranosa.
  - D) Polipose adenomatosa familiar.
28. Paciente 45 anos, internado em terapia de unidade intensiva com peritonostomia por sepsse abdominal e fístula de alto débito, entubado, em uso de noradrenalina 10ml/h e tazocyn. Sobre o caso é correto afirmar:
- A) A glutamina não necessita ser repostada nas sepsse que não envolvam o trato digestivo.
  - B) A terapia nutricional equilibra eficientemente o catabolismo e metabolismo na sepsse grave.
  - C) Assim que tiver ruídos hidroaéreos, a terapia nutricional deve se iniciada, observando a tolerância intestinal.
  - D) A síntese de proteína C reativa e glutamina são prioridades em relação à formação muscular na sepsse grave.

29. Homem de 58 anos apresenta hematoquezia há 3 meses. Ao exame proctológico, apresenta lesão vegetante, friável ao toque em parede anterior do reto com mobilidade parcial. Retosigmoidoscopia flexível mostra lesão vegetante a 5 cm da borda anal, estenosante (50% da luz). O histopatológico da biópsia evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Qual a conduta adequada para esse paciente?
- A) O tratamento "padrão ouro" seria a quimiorradioterapia neoadjuvante + ressecção retal com excisão total do mesorreto.
  - B) A cirurgia que apresenta melhor chance de cura é a amputação abdomino-perineal do reto com linfadenectomia pélvica.
  - C) Por apresentar neoplasia de reto médio, acessível ao toque, a excisão local transanal é uma excelente opção para esse paciente.
  - D) Realizar uma colonoscopia para excluir tumores sincrônicos no cólon e definir de forma precisa a localização da neoplasia retal.
30. Motorista de um veículo sofre colisão frontal com um poste, após colidir com uma moto em uma avenida com velocidade de 100 Km/h. Deu entrada na Sala de Emergência do Hospital de Trauma, 40 minutos após o evento traumático, levado pelo SAMU 192, com os seguintes achados clínicos: via aérea pérvia, colar cervical, O<sub>2</sub> suplementar em máscara com reservatório em alto fluxo, ausculta diminuída em base do tórax a esquerda, frequência respiratória 28 irpm, SatO<sub>2</sub> 92%, pulsos radiais filiformes, perfusão tecidual de 5 segundos, FC 138 bpm, PA 85 x 62 mmHg, presença de imagem anecóica no espaço de Morison pelo FAST, glasgow 14 (3+5+6), deformidade do membro superior direito e diversos abrasões no tronco anterior. Exames laboratoriais iniciais mostram pH 7,28 , Base Excess - 8 mmol/L, INR 1,6 , fibrinogênio 108 mg/dl.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

Quais os componentes da estratégia de Reanimação de Controle de Danos necessários para este paciente e a tomada de decisão cirúrgica?

- A) Hipotensão permissiva; minimizar uso do ringer lactato; utilizar o ácido tranexâmico; infusão de hemoderivados concentrado de hemácias e plasma na proporção 1:1; uso de crioprecipitado; controle cirúrgico das lesões hemorrágicas.
- B) Uso precoce de hemoderivados, estabelecendo a proporção de 01 plasma fresco congelado para cada 03 concentrados de hemácias utilizados; uso de ringer lactato 20 ml/kg ou 1500 a 2000 ml EV rápido; abreviar início de laparotomia exploradora.
- C) Repetir o FAST devido ao achado no espaço de Morison; infusão de sangue total de forma precoce ou considerar uso de autotransusão; uso de cristaloides no volume inicial de 1000 a 2000 ml rápido; considerar uso de droga vasoativa e cirurgia precoce.
- D) Evitar o uso do ácido tranexâmico devido ao glasgow de 14; controle da coagulopatia com aquecimento do paciente, correção da acidose metabólica e infusão de plasma fresco congelado; estabelecer alvo de hemoglobina de 10 - 11 g/dl e cirurgia de controle de danos.

31. Cirurgião Geral de uma emergência de trauma do estado do Ceará, ao final da sua jornada de 36 horas de plantão, foi chamado para avaliar um paciente vítima de ferimento por arma de fogo em região abdominal e indicou laparotomia exploradora. Apesar dos sinais de cansaço visíveis apresentados pelo cirurgião, este optou por conduzir e realizar o procedimento cirúrgico, devido a gravidade do paciente. Durante laparotomia exploradora, foram identificadas 6 perfurações de intestino delgado, que foram rafiadas, além de lesão de veia mesentérica superior. O paciente evoluiu bem clinicamente, mas no 3º dia pós-operatório, foi submetido a reabordagem cirúrgica, sendo evidenciada lesão, que passou despercebida durante a primeira cirurgia, em 3ª porção duodenal. Sobre o caso é **INCORRETO** afirmar:
- A) A sobrecarga de horas trabalhadas e o cansaço do cirurgião podem ter contribuído para o desfecho desfavorável do paciente.
  - B) Limitações na extensão do turno e pausas para cochilos são estratégias válidas no sentido de se reduzir a fadiga do profissional de saúde que poderiam ter contribuído para um melhor resultado cirúrgico do paciente em questão.
  - C) Em vários estudos, a fadiga foi reportada por médicos participantes como um fator que contribui em 60% dos resultados cirúrgicos desfavoráveis no trauma.
  - D) A redução da jornada de trabalho do médico seria uma alternativa para diminuir o cansaço e os consequentes riscos à segurança do paciente, no entanto, os custos necessários para a expansão na força de trabalho tornam esta uma questão econômica substancial para o sistema de saúde.
32. Durante uma tentativa de assalto a uma agência bancária, um assaltante é baleado na troca de tiros com a polícia. Foi levado para Sala de Emergência do Centro de Trauma e na abordagem inicial verifica-se o doente inconsciente, sinais de má perfusão tecidual generalizada, palpa-se pulso carotídeo filiforme e nota-se ferimento por projétil de arma de fogo evidente na linha axilar anterior a direita no nível do 4º espaço intercostal. Na abordagem realizada via aérea definitiva, acesso venoso, monitorização e reconhecido ausência de pulso carotídeo, mas com traçado eletrocardiográfico presente. Qual a conduta mais indicada neste caso?
- A) Indicar toracotomia de reanimação com acesso à direita para aspiração do possível hemotórax maciço e sutura de lesões sangrantes.
  - B) Mobilizar imediata ida do doente para uma toracotomia de emergência no centro cirúrgico, enquanto realiza-se reanimação cardiopulmonar.
  - C) Toracotomia esquerda na sala de emergência para massagem cardíaca interna, clampeamento da aorta, abertura do saco pericárdio e controle do sangramento.
  - D) Iniciar imediata reanimação cardiopulmonar, após 5 ciclos se não houver retorno da circulação espontânea é considerado suspender a reanimação e declarar óbito.
33. Paciente do sexo masculino, 18 anos, eutrófico, sem comorbidades ou cirurgias prévias, apresentando eliminação intermitente de secreção fluida e fétida pelo umbigo há 01 ano. Relata episódio de sangramento espontâneo, vermelho vivo, e eliminação de um coágulo pelo umbigo neste período. Sobre o caso clínico é correto afirmar:
- A) Trata-se provavelmente de uma fístula secundária a persistência da porção extra-abdominal do alantoide.
  - B) Trata-se provavelmente de uma fístula vesico-cutânea e o tratamento apropriado consiste na excisão do remanescente.
  - C) O paciente deverá ser submetido a herniorrafia umbilical, sendo proscria a colocação de tela de polipropileno, devido ao quadro infeccioso.
  - D) O paciente deverá ser submetido a herniorrafia umbilical, com a colocação de tela de polipropileno, se o defeito herniário for maior do que 3cm.

34. Durante mais um plantão na Unidade de Suporte Avançado do SAMU 192 sua equipe é deslocada para realizar o atendimento de uma vítima de acidente de trânsito envolvendo um carro e uma moto. Chegando ao local, verifica-se uma vítima ao solo, o condutor da moto, apresentando os seguintes achados iniciais: ventilação rápida e superficial, saturação de O<sub>2</sub> = 92%; pele fria, úmida, pálida e enchimento capilar de 4 segundos; pulsos radiais filiformes e rápidos; diversas escoriações e lesões de queimadura asfáltica; confuso e com hálito alcoólico; deformidades e edema de coxa direita, antebraço e tornozelo esquerdo. Considerando os princípios de atendimento do Prehospital Trauma Life Support - PHTLS, qual a conduta adequada para este paciente no local do acidente?
- A) Realizar intubação de sequência rápida, aplicar o colar cervical, iniciar reposição volêmica vigorosa, imobilizar principais fraturas e remover para a ambulância.
  - B) Uso do colar cervical, iniciar analgesia venosa devido às múltiplas fraturas, imobilizar com talas, rolamento e colocação em prancha longa, remoção para a ambulância.
  - C) Ofertar oxigênio suplementar (10 l/min), aplicar o colar cervical, alinhar e imobilizar em prancha longa, remover para ambulância e realizar acesso venoso para reposição volêmica a caminho do hospital.
  - D) Manobras manuais de abertura da via aérea, aplicar colar cervical, 2 acessos venosos calibrosos com reposição rápida de ringer lactato, imobilização cuidadosa das fraturas e remoção para a ambulância.
35. Paciente, 74 anos, no 5º PO de revascularização miocárdica, entubado, em uso de noradrenalina 20ml/h, evolui com distensão abdominal, piora dos parâmetros hemodinâmicos e da leucocitose. A gasometria arterial evidenciou ph 7,25, pCO<sub>2</sub> de 30mmHg, Bicarbonato 12 mEq/L e lactato 4,2mmol/L. Ao exame físico, observa-se defesa abdominal à palpação de fossa ilíaca esquerda. Foi solicitada tomografia de abdome e pelve a seguir:

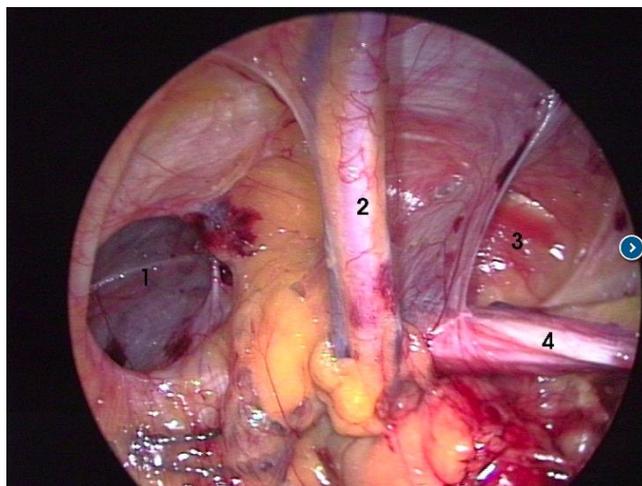


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

De acordo com o quadro clínico e TC pode-se afirmar:

- A) O paciente apresenta diagnóstico de colecistite aguda alitiásica; a colecistectomia deverá ser indicada imediatamente.
- B) Ogilvie é hipótese diagnóstica provável. para este paciente e sua incidência não está relacionada a extensão do procedimento cardíaco.
- C) As drogas vasoativas e o suporte ventilatório têm sido relacionados com hipoperfusão e doenças abdominais agudas, sendo a síndrome de Ogilvie a principal hipótese para o caso em questão.
- D) Isquemia mesentérica é a principal hipótese diagnóstica para esse paciente e o diagnóstico provavelmente foi retardado devido ao uso de antibióticos e analgésicos, além do estado de consciência alterado.

36. Homem, 35 anos, halterofilista, com histórico de ter sido submetido a hernioplastia à Lichenstein há 5 anos, refere dor e abaulamento redutível em região inguinal direita. Ao exame físico foi evidenciada hérnia inguinal recidivada Nyhus IVa. Optou-se pela correção laparoscópica da hérnia. O residente de cirurgia geral acompanhou todo o procedimento cirúrgico e questionou ao staff qual era a estrutura número 2 assinalada na foto abaixo:



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 4)

Assinale a alternativa que contempla a estrutura anatômica representada pelo número 2 na foto:

- A) Vasos femorais.
  - B) Ducto Deferente.
  - C) Funículo Espermático.
  - D) Vasos epigástricos inferiores.
37. Um homem de 75 anos com quadro de icterícia progressiva há 20 dias. Apresentou perda de peso de 73 kg para 68kg nos últimos 3 meses. Após avaliação criteriosa, decidiu-se para a realização de uma duodenopancreatectomia para um tumor encontrado na cabeça do pâncreas. Durante a cirurgia, observou-se que o tumor infiltrava a veia mesentérica superior causando encarceramento vascular de 2 cm de extensão. Qual a melhor conduta para esse paciente?
- A) Realizar duplo by-pass, biliar e gástrico.
  - B) Realizar derivação colecisto-jejunal em alça única.
  - C) Indicar prótese para descompressão biliar endoscópica.
  - D) Realizar a duodenopancreatectomia com substituição vascular.
38. Homem de 36 anos, DRGE crônica, apresenta disfagia há 3 semanas. Foi solicitada uma endoscopia que determinou uma DRGE grau D de los angeles estenosante de 2 cm de extensão a 38 cm da arcada dentária superior sobre mucosa com aspecto de Barret. O que deve ser feito a seguir para esse paciente?
- A) Realizar dilatação endoscópica e biópsia.
  - B) Otimizar terapêutica medicamentosa e clínica.
  - C) Realizar cirurgia antirrefluxo após endoscopia.
  - D) Avaliar estenose por esofagograma ou tomografia.
39. Homem de 45 anos apresenta quadro de diarreia profusa, cerca de 8 episódios por dia, há 1 mês, associada a rubor cutâneo. Na investigação, foi detectada uma elevação de gastrina, serotonina e cromogranina A. Realizou endoscopia digestiva alta, colonoscopia e tomografia. A colonoscopia foi normal. A endoscopia mostrou mucosa gástrica enrugada nodular em fundo e corpo gástrico; no fundo gástrico observou-se lesão de 1,5 cm elevada, cuja biópsia foi compatível com carcinóide do tipo III. A tomografia evidenciou lesão na superfície do segmento VII do fígado de 3 cm. Qual a proposta de tratamento para esse paciente?
- A) Gastrectomia parcial + hepatectomia direita.
  - B) Gastrectomia total + análogos da somatostatina oral.
  - C) Gastrectomia em cunha + enucleação do tumor hepático.
  - D) Gastrectomia total + Ressecção em cunha da lesão hepática.

40. Um paciente em choque hipovolêmico por trauma abdominal contuso por colisão automobilística frontal com uso de cinto de segurança é submetido a laparotomia exploradora. Durante a cirurgia, o cirurgião realiza uma esplenectomia por ruptura do baço e resolve explorar um hematoma na raiz do mesentério. Ao abrir a retrocavidade dos epíplons, observa uma secção parcial do parênquima pancreático à esquerda dos vasos mesentéricos superiores, de cerca de 0,5 cm de profundidade e extensão, sem exposição do ducto pancreático principal. Que medida o cirurgião deve tomar em relação à lesão pancreática?
- A) Anastomose pancreato-jejunal látero-lateral.
  - B) Ressecção distal do pâncreas + sutura do coto proximal.
  - C) Debridamento + drenagem externa com dreno de sucção.
  - D) Secção pancreática com stappler + anastomose pancreato-jejunal do segmento distal.