



Apoio às Residências em Saúde

Edital Nº 03/2018

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 04 de novembro de 2018.

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: CIRURGIA VASCULAR

ESPECIALIDADE: Cirurgia Vascular (R3)

Área de Atuação em Ecografia Vascular com Doppler

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 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.** O linfedema crônico é um edema progressivo do membro, resultante, na maioria das vezes, de uma diminuição da capacidade de transporte do sistema linfático. Pode ser decorrente de anomalias no desenvolvimento dos vasos linfáticos, como aplasia, hipoplasia ou hiperplasia com incompetência vascular, ou pode ser decorrente de obstrução congênita ou adquirida dos vasos linfáticos e linfonodos. Em relação ao linfedema primário é possível afirmar:
- A) O grupo denominado linfedema tardio se refere aos linfedemas primários que se manifestam após os 18 anos de idade.
 - B) O linfedema congênito ocorre com maior frequência no sexo feminino, acometendo, na maioria das vezes, apenas um membro (unilateral).
 - C) O paciente típico com linfedema precoce é aquele do sexo masculino, com envolvimento bilateral e edema estendendo-se apenas até o joelho.
 - D) A causa mais provável do linfedema primário precoce é a obstrução fibrótica adquirida dos vasos linfáticos e dos elementos condutores de linfa dos linfonodos.
- 02.** Denomina-se **ARTERIOPATIAS INCOMUNS** um grupo grande e diversificado de distúrbios principalmente não ateroscleróticos que causam doença arterial. Apesar de diferentes etiologias, elas apresentam consequências semelhantes, incluindo estenoses ou obstrução arterial e dilatações aneurismáticas. Acometem vasos de qualquer calibre ou localização e podem estar associadas ou não à inflamação na parede do vaso. Sobre as arteriopatias incomuns pode-se afirmar:
- A) Doença de Kawasaki é uma vasculite que acomete preferencialmente crianças com mais de 5 anos de idade. Aneurismas coronarianos ocorrem em 20 a 30% dos casos.
 - B) A displasia fibromuscular é uma anormalidade não inflamatória que afeta as artérias de médio calibre e é a causa mais comum de hipertensão renovascular em crianças.
 - C) A Doença de Behçet afeta vasos de pequeno e médio calibre e acomete classicamente o rim e o trato respiratório superior e inferior. O Marcador p-ANCA é positivo em 90% dos casos.
 - D) O diagnóstico da Granulomatose de Wegener é baseada em critérios clínicos e caracteriza-se, entre outros achados, por úlceras aftosas orais, úlceras genitais, ulcerações em pododáctilos e glomerulonefrite.
- 03.** A fibrinólise arterial tem se mostrado uma alternativa terapêutica menos invasiva e com excelentes resultados naqueles pacientes com oclusão arterial aguda, principalmente nos casos de oclusão arterial trombótica. O surgimento de cateteres multi-perfurados específicos para a infusão intra-arterial das drogas proporcionou melhores resultados e menos complicações hemorrágicas. Sobre a terapia fibrinolítica intra-arterial pode-se afirmar:
- A) A presença de síndrome compartimental é uma contraindicação absoluta à terapia fibrinolítica arterial.
 - B) A fibrinólise está contraindicada no tratamento da oclusão arterial aguda intestinal (isquemia mesentérica aguda).
 - C) A oclusão arterial aguda embólica Rutherford IIb deve ser tratada preferencialmente com fibrinólise arterial em virtude da gravidade da isquemia.
 - D) Tumor intracraniano, ressuscitação cardiopulmonar recente (< 60dias) e endocardite bacteriana são considerados contraindicações absolutas à terapia fibrinolítica.
- 04.** Em relação ao traumatismo de artéria carótida é correto afirmar:
- A) A anticoagulação deve ser considerada como terapêutica de exceção nos casos de trombose ou dissecação por trauma contuso da carótida, optando-se, preferencialmente, pelo tratamento cirúrgico.
 - B) Mais de 90% das lesões contusas acometem a carótida comum, ao passo que nas lesões penetrantes a carótida interna é mais comumente lesada.
 - C) A ligadura imediata da carótida nunca deve ser realizada no trauma carotídeo penetrante em virtude do elevado risco de evento isquêmico.
 - D) Lesões penetrantes da artéria carótida, sem déficits neurológicos, devem ser tratadas preferencialmente com correção cirúrgica.

05. F.A.L., masculino, 29 anos, lutador de artes marciais, relata claudicação intermitente no membro inferior direito há cerca de 8 meses com piora progressiva nas últimas semanas. Ao exame físico, observam-se pulsos femoral 3+, poplíteo 2+, tibial posterior 2+, pedioso 2+. Presença de frêmito no cavo poplíteo. Durante a consulta médica com o cirurgião vascular, o mesmo percebeu que ao manter a flexão completa e forçada do joelho durante 5 minutos, estando o paciente em decúbito dorsal horizontal, o membro analisado tornou-se frio e pálido com desaparecimento dos pulsos. Estes achados foram completamente revertidos após a extensão da coxa e do joelho. O fenômeno descrito no teste propedêutico realizado acima denomina-se:
- A) Sinal de Roos.
 - B) Sinal de Halsted.
 - C) Sinal de Ishikawa.
 - D) Sinal da Cimitarra.
06. As arteriopatias funcionais são transtornos circulatórios ocasionados por alteração da resposta vasomotora produzidos pela exacerbação ou perda da regulação funcional dos vasos que compõem a microcirculação. Em relação às arteriopatias funcionais, é correto afirmar:
- A) A Eritromelalgia apresenta piora dos sintomas após exposição ao AAS (ácido acetilsalicílico).
 - B) A Eritromelalgia caracteriza-se clinicamente por quatro critérios essenciais: dor em queimação nas extremidades; calor local; agrava com o calor e melhora com o frio; é exacerbada por exercícios moderados.
 - C) Eritromelalgia é um distúrbio vasomotor caracterizado por calor, rubor e dor em queimação que aparecem em ambas as extremidades e que apresenta boa resposta terapêutica ao uso do AAS (ácido acetilsalicílico).
 - D) Eritromelalgia caracteriza-se por dor em queimação e rubor nas extremidades, de distribuição unilateral (assimétrica), comprometendo preferencialmente os dedos e a planta do pé e os dedos e palma das mãos, podendo levar à necrose.
07. Um paciente do sexo masculino de 30 anos, sem comorbidades, praticante de corrida, informa que há 6 meses não consegue mais ter o mesmo desempenho pois apresenta dor na perna direita após correr 2 km, com melhora ao descansar. Nega sintomas em repouso. Ao exame físico, apresentava todos os pulsos palpáveis e ausência de edema ou veias varicosas visíveis. O ultrassom com doppler realizado durante a investigação demonstrou um desvio medial anormal da artéria poplíteia. Sobre a síndrome do aprisionamento da artéria poplíteia é correto afirmar:
- A) O diagnóstico é clínico e normalmente não são necessários exames de imagem para o diagnóstico.
 - B) O tipo II é o mais frequente e corresponde à presença de fascículo acessório do músculo gastrocnêmio.
 - C) O tratamento cirúrgico é o mais indicado e deve ser realizado o mais precocemente possível, inclusive no membro contralateral acometido, mesmo que assintomático.
 - D) Nos casos em que se opta pelo tratamento cirúrgico, a ressecção isolada do fator constrictor apresenta resultados ruins a longo prazo, mesmo quando não são observadas alterações estruturais importantes na artéria, sendo considerado o melhor tratamento a realização de ponte com veia autóloga.
08. Uma paciente do sexo feminino de 40 anos procura atendimento médico devido a dormência no membro superior direito que segundo a mesma está relacionada a determinados movimentos como pentear o cabelo, cessando em repouso. Ao exame físico, a mesma apresenta todos os pulsos palpáveis em posição neutra e desaparecimento dos pulsos em posição de “sentido”. Sobre a Síndrome do Desfiladeiro Cévico Torácico é correto afirmar:
- A) Na síndrome dos escalenos predominam os sintomas nervosos, seguido pela alteração nas veias e mais raramente nas artérias.
 - B) As alterações anatômicas como a costela cervical são as principais causas da síndrome e os sintomas frequentemente se iniciam já na infância.
 - C) O tratamento da Síndrome do Desfiladeiro Torácico é cirúrgico, na grande maioria dos casos, apresentando bons resultados a longo prazo.
 - D) No tratamento cirúrgico da síndrome dos escalenos, deve-se tomar cuidado com o nervo torácico longo, que emerge do escaleno médio e cuja lesão causa queda da escápula.

09. Uma paciente de 30 anos apresentou um quadro de dor e edema no membro inferior direito com início há 24h. Nega trauma local ou imobilização prolongada. Realizou um doppler venoso que evidenciou trombose venosa profunda de veia femoral superficial e poplítea de aspecto agudo. Sobre o tromboembolismo venoso assinale o item correto.
- A) A deficiência de proteína C é considerada o defeito genético mais frequentemente envolvido na etiologia da doença trombotica venosa.
 - B) O uso de anticoncepcionais aumenta de 3 a 6 vezes o risco de trombose venosa profunda (TVP), sendo os de 2ª geração mais seguros que os de 3ª geração.
 - C) O d-dímero é um exame utilizado para excluir o diagnóstico de doença tromboembólica quando normal e não apresenta correlação com taxa de recorrência de tromboembolismo venoso.
 - D) O ultrassom com doppler é um exame que apresenta boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de TVP, sendo a ausência de visualização de fluxo na veia o critério mais confiável para o seu diagnóstico.
10. Um paciente de 70 anos, hipertenso e tabagista, assintomático do ponto de vista neurológico, realizou um ultrassom com doppler de carótidas que evidenciou placas de ateroma bilateralmente e as seguintes velocidades: DIREITA: Carótida comum – VPS 75 cm/s e VDF 30 cm/s; Carótida interna – VPS 110 cm/s e VDF 45 cm/s; ESQUERDA: Carótida comum – VPS 80 cm/s e VDF 32 cm/s; Carótida interna – VPS 210 cm/s e VDF 65 cm/s. Sobre os dados apresentados acima e considerando as evidências existentes sobre a estenose de carótida, assinale o item correto.
- A) O uso rotineiro de remedos (patch) na endarterectomia de carótida reduz as taxas de reestenose.
 - B) As velocidades obtidas no ultrassom com doppler sugerem a presença de uma estenose >70% na carótida interna esquerda.
 - C) Nos pacientes sintomáticos e que irão realizar angioplastia carotídea, os stents de células abertas são preferíveis pois apresentam menor taxa de microembolização, além de se adaptar melhor às tortuosidades.
 - D) Os pacientes vítimas de acidente vascular cerebral isquêmico e que apresentem estenose significativa da artéria carótida ipsilateral deverão aguardar por 6 meses até a realização do tratamento cirúrgico carotídeo devido ao risco de transformação hemorrágica do AVC.
11. Um paciente de 67 anos, tabagista, assintomático, realizou ultrassom de abdomen para avaliação de rotina que evidenciou um aneurisma infrarrenal de aorta abdominal medindo 6 cm de diâmetro. Em relação a essa patologia é correto afirmar:
- A) Os vazamentos pós-tratamento endovascular do aneurisma de aorta abdominal podem causar complicações sérias, devendo os tipos I, II e III serem tratados assim que diagnosticados.
 - B) São considerados fatores de risco para o aneurisma de aorta abdominal a hipertensão, o tabagismo e a diabetes, havendo evidências da importância das metaloproteinases na sua fisiopatologia.
 - C) O sinal de DeBakey é caracterizado pela impossibilidade de palpação dos limites superiores do aneurisma e sugere acometimento dos ramos viscerais.
 - D) Em pacientes com aneurismas pequenos (menores que 5 cm) e com sintomas de embolização distal, deve-se iniciar dupla antiagregação que deve ser mantida até o crescimento do aneurisma para níveis de tratamento habituais.
12. Uma paciente do sexo feminino de 35 anos procurou atendimento médico com queixa de dor em baixo ventre mais intensa no período menstrual, com início há 1 ano. Devido às queixas ginecológicas foi solicitado um ultrassom transvaginal que evidenciou grande quantidade de varizes pélvicas. Assinale o item correto.
- A) A síndrome de quebra-nozes (nutcracker) caracteriza-se pela compressão da veia mesentérica superior pelo ligamento arqueado e pode estar relacionada à formação das varizes pélvicas.
 - B) O ultrassom intravascular (IVUS) apresenta sensibilidade e especificidade superior à flebografia no diagnóstico da síndrome de Cockett, sendo considerado por muitos como o padrão ouro.
 - C) O tratamento endovascular da síndrome de Cockett apresenta melhores resultados quando realizado com angioplastia com balão, devendo o stent ser utilizado apenas nos casos com resultado insatisfatório.
 - D) A síndrome de Cockett caracteriza-se pela compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita e deve ser tratada em todos os casos diagnosticados devido ao risco de trombose venosa profunda e desenvolvimento de varizes no membro inferior esquerdo.

13. O exame de ultrassom com doppler tem sido utilizado, cada vez com mais frequência, no rastreamento e diagnóstico das doenças vasculares. Conhecer os aspectos técnicos é de extrema importância para extrair as informações necessárias. Sobre o exame de ultrassom é correto afirmar:
- A) O ângulo de insonação deve ter valores inferiores a 60 graus.
 - B) Transdutores de baixa frequência têm melhor resolução espacial por terem um comprimento de onda maior.
 - C) O fenômeno de aliasing ou ambiguidade pode ser corrigido pela redução da frequência de pulsos por segundo (PRF).
 - D) O power doppler realça o fluxo sanguíneo ficando mais fácil a visualização da direção do fluxo, sendo importante para a sua correta visualização o ajuste do ângulo de insonação.
14. Uma criança de 6 meses apresenta lesões vascularizadas em couro cabeludo, com crescimento acelerado nos primeiros meses de vida. Os pais assustados procuraram auxílio médico no ambulatório de cirurgia vascular. Ao exame físico observava-se lesões elevadas na pele e vascularizadas. Sobre as anomalias vasculares é correto afirmar:
- A) A síndrome de Kasabach-Merrit caracteriza-se pela associação de hemangiomas com plaquetopenia, devendo ser tratada com transfusão sanguínea devido ao risco de sangramento.
 - B) As malformações linfáticas regredem de forma espontânea na maioria dos casos, reservando o tratamento intervencionista aos casos que apresentem complicações.
 - C) Os hemangiomas proliferativos apresentam o marcador GLUT 1, estando o mesmo ausente em todas as outras anomalias vasculares.
 - D) O tratamento clínico inicial dos hemangiomas deve ser realizado com corticosteroides por período prolongado até a regressão do mesmo.
15. Uma paciente de 38 anos procurou auxílio devido a um quadro de dor e edema nos membros inferiores que piorava no final do dia e próximo ao período menstrual. Ao exame físico, era possível observar varizes de grosso calibre nos membros inferiores, sendo solicitado então um ultrassom com doppler para avaliação mais detalhada. Sobre esse exame é correto afirmar:
- A) A veia perforante é considerada incompetente se apresentar refluxo $> 0,35$ s.
 - B) O achado de refluxo maior que 0,5 s no sistema venoso superficial e profundo caracteriza incompetência venosa.
 - C) A avaliação do refluxo no sistema venoso superficial pode ser realizada tanto com o paciente em decúbito dorsal como em ortostase.
 - D) O achado da veia de Giacomini na maioria das vezes está relacionado a um refluxo patológico no qual a veia safena parva drena seu fluxo para a veia safena magna.
16. Um paciente portador de insuficiência renal crônica dialítica com dificuldade de acesso chegou ao ambulatório de cirurgia vascular com queixa de sensação de inchaço na cabeça que piora ao reclinar. Ao exame físico, era possível observar várias cicatrizes de acessos em região cervical e torácica bilateral, além de uma rica rede de colaterais. Sobre a síndrome apresentada pelo paciente, marque a opção correta.
- A) A maioria dos casos de síndrome de veia cava superior são de origem neoplásica.
 - B) Apesar de ser uma opção nos casos de neoplasia, a irradiação direta apresenta resultados pouco promissores.
 - C) Devido à característica crônica da síndrome de veia cava superior, não há necessidade de anticoagulação na maioria dos casos.
 - D) O tratamento endovascular consiste na angioplastia com balão, devendo o uso do stent ficar restrito aos casos com recoil, já que a presença do mesmo pode causar hiperplasia intimal e reestenose precoce.
17. Paciente L.B.C., 68 anos, hipertenso e tabagista, com queixa de emagrecimento e dor abdominal pós prandial. Afirma que a dor surge após as refeições, sendo de forte intensidade, o que o leva a ter medo de comer. Angiotomografia de abdome evidenciou estenose de aproximadamente 80% na origem do tronco celíaco e da artéria mesentérica superior. Considerando VPS (velocidade de pico sistólico) e VDF (velocidade diastólica final), quais dos seguintes parâmetros se espera encontrar no exame de ultrasonografia doppler de artérias viscerais?
- A) Doppler de tronco celíaco: VPS > 240 cm/s e VDF > 40 cm/s.
 - B) Doppler de tronco celíaco: VPS > 400 cm/s e VDF > 70 cm/s.
 - C) Doppler de artéria mesentérica superior: VPS > 295 cm/s e VDF > 45 cm/s.
 - D) Doppler de artéria mesentérica superior: VPS > 400 cm/s e VDF > 70 cm/s.

18. Sobre os aneurismas de artéria esplênica, assinale o item correto.
- A) O risco de rotura dos aneurismas esplênicos é de aproximadamente 28%, indicando-se o tratamento cirúrgico sempre que o diâmetro ultrapassar 2cm.
 - B) Representam 30% de todos os aneurismas esplênicos, perdendo em frequência apenas para os aneurismas de artéria hepática que representam aproximadamente 50% dos casos.
 - C) Os aneurismas de artéria esplênica são, quase sempre, sintomáticos e caracterizam-se por dor no quadrante superior esquerdo do abdome, podendo irradiar-se para o ombro esquerdo.
 - D) Os três principais fatores associados ao surgimento dos aneurismas de artéria esplênica são: fibrodysplasia, hipertensão portal com esplenomegalia e multiparidade, sendo a aterosclerose uma causa bem menos frequente.
19. Um paciente jovem, 28 anos, atleta, vem ao ambulatório de cirurgia vascular com queixa de claudicação intermitente no membro inferior direito após realizar esforço físico intenso. Afirma que após exercícios intensos percebe que o pé direito fica pálido. Nega diabetes, hipertensão ou tabagismo. Ao exame físico, apresenta pulsos normais nos membros inferiores. Musculatura dos membros superiores e da panturrilha bem desenvolvidos. Após realizar prova de esforço (corrida intensa por 10 minutos na esteira), apresentou diminuição dos pulsos tibial posterior e pedioso. Sobre a síndrome apresentada pelo paciente, assinale a opção correta.
- A) Na maioria dos pacientes (aproximadamente 80% dos casos) a síndrome acomete ambos os membros inferiores.
 - B) Naqueles casos em que o paciente não apresenta pulsos palpáveis, manobras como a flexão plantar máxima ou a dorsiflexão passiva do pé favorecem o aparecimento dos pulsos distais.
 - C) Os achados angiográficos característicos desta síndrome são: desvio medial da artéria poplítea (com ou sem sinais de estenose) ou presença de estenose/oclusão da artéria poplítea às manobras musculares.
 - D) Os pacientes com esta síndrome devem ser tratados preferencialmente de forma conservadora (tratamento clínico), reservando-se o tratamento cirúrgico para casos selecionados, uma vez que o procedimento cirúrgico é eficaz em menos de 60% dos casos.
20. T.D.A., 32 anos, masculino, foi baleado no tórax ao reagir a um assalto. Paciente foi prontamente socorrido e conduzido à Unidade de Pronto Atendimento de trauma mais próximo. Ao chegar à unidade hospitalar, apresentava-se consciente, orientado, taquicárdico, hipocorado, com dor torácica moderada. Diante da suspeita de lesão vascular, o médico residente optou por conduzir o paciente ao setor da radiologia para realizar tomografia computadorizada contrastada do tórax, evidenciando-se uma lesão vascular na origem da artéria subclávia esquerda com volumoso hematoma (pseudoaneurisma) local. Acerca da abordagem cirúrgica desse paciente é correto afirmar:
- A) Como o paciente apresenta-se hemodinamicamente estável, deve-se adotar tratamento conservador e acompanhamento ambulatorial.
 - B) O paciente deve preferencialmente receber abordagem cirúrgica e a incisão que proporciona melhor acesso à lesão descrita na tomografia é a toracotomia antero-lateral esquerda.
 - C) Ferimentos penetrantes no tórax acometem mais comumente a aorta torácica descendente, ao passo que os ferimentos por arma de fogo acometem mais comumente a aorta ascendente.
 - D) O paciente deve receber abordagem cirúrgica imediata e a incisão que proporciona melhor acesso à lesão descrita na tomografia é a esternotomia mediana com acesso aos vasos da base.