

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

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

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 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. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área privativa na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.17 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!

Fortaleza, 07 de novembro de 2021.

Inscrição

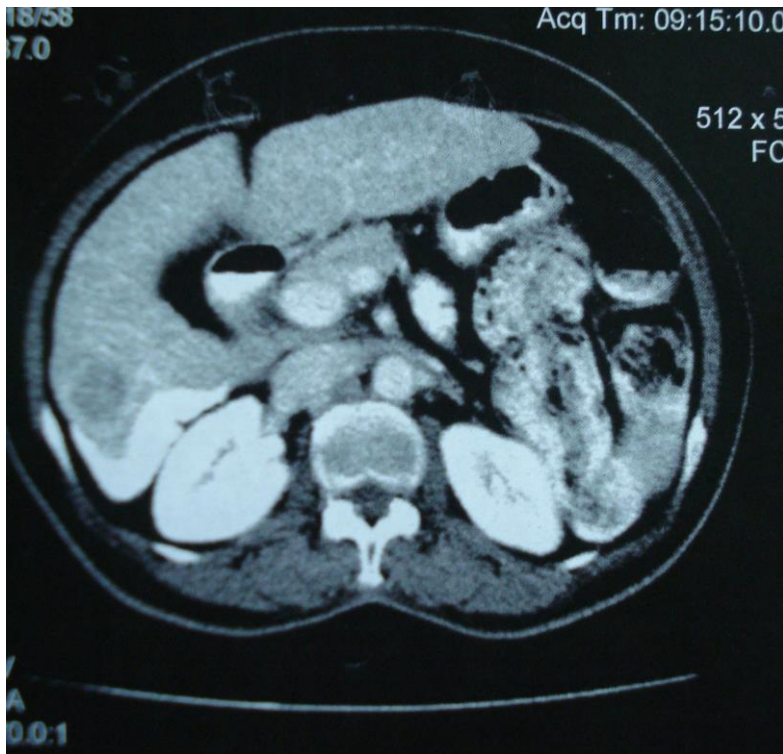
Sala

01. O carcinoma hepatocelular (CHC) associado a cirrose hepática, corresponde a cerca de 30% das indicações de transplante hepático no Brasil. No entanto, somente serão aceitos para priorização, pacientes com doença neoplásica dentro dos Critérios de Milão. Assinale a opção em que o CHC está fora dos Critérios de Milão e, portanto, o referido paciente não pode ser inscrito de imediato na fila de espera do transplante de fígado.
- A) Paciente com CHC único de 5 cm.
 - B) Paciente com 2 CHCs de 3,1 cm e 2,0 cm.
 - C) Paciente com 3 CHCs com os seguintes diâmetros: 2,9 cm; 3,0 cm e 2,5 cm.
 - D) Paciente com 3 CHCs com os seguintes diâmetros: 1,9 cm; 2,9 cm e 3,0 cm
02. O Brasil tem um dos mais rígidos protocolos de morte cerebral. De acordo com a legislação, são realizadas duas avaliações clínico-neurológicas por médicos habilitados, não pertencentes a nenhuma equipe de transplantes de órgãos ou tecidos e um método complementar como um eletroencefalograma ou doppler transcraniano. Atualmente, o intervalo mínimo, em adultos, entre essas avaliações é de:
- A) 1 hora.
 - B) 2 horas.
 - C) 4 horas.
 - D) 6 horas.
03. As hérnias interparietais ou ventrais são aquelas em que o saco herniário faz o seu trajeto entre as lâminas da fáscia da parede abdominal, podendo ser adquiridas ou congênitas. As hérnias ventrais podem ser pré-peritoneais (entre o peritônio e o fáscia transversalis), intersticiais (entre as camadas musculares) ou superficiais (entre a aponeurose do músculo oblíquo externo e a pele). Qual das denominações abaixo corresponde à protusão através de um defeito anatômico que ocorre ao longo da borda lateral do músculo reto abdominal em sua junção com a linha arqueada?
- A) Hérnia femoral.
 - B) Hérnia de Nyhus.
 - C) Hérnia de Spiegel.
 - D) Hérnia de Fothergill.
04. A laparoscopia primitiva, introduzindo um cistoscópio em um abdome insuflado, foi realizada pela primeira vez por Kellin em 1901. Com o desenvolvimento das fibras óticas na década de 50, dos endoscópios flexíveis na década de 70 e dos dispositivos de carga acoplada de alta resolução tecnológica na década de 90 (fontes de luz brilhante, monitores de vídeo, cabos de fibra ótica), a cirurgia laparoscópica ou videoendoscópica mudou a compreensão da anatomia cirúrgica e remodelou a prática cirúrgica nos últimos 30 anos. Em relação às alterações fisiopatológicas da cirurgia laparoscópica, qual a alternativa **incorreta**?
- A) Os efeitos fisiopatológicos do pneumoperitônio com CO₂ podem ser gás-específicos e pressão-específicos. O CO₂ rapidamente absorvido pela membrana peritoneal para a circulação pode provocar acidose respiratória que pode ser corrigida pelo anestesista através do aumento da frequência respiratória ou capacidade vital do respirador.
 - B) Laparoscopia durante a gravidez é mais bem realizada no primeiro trimestre e é segura quando um monitoramento adequado é realizado.
 - C) O aumento da pressão do pneumoperitônio é transmitido diretamente para cavidade torácica, criando aumento da pressão venosa central e aumento da pressão de enchimento das cavidades cardíacas. A manutenção de pressão intra-abdominal a menos de 20 mmHg mantém um débito cardíaco bem conservado, evitando complicações cardiovasculares.
 - D) A técnica de acesso peritoneal de Hasson é aconselhável no abdome de pacientes que tenham sido submetidos a cirurgias prévias com riscos de aderências de alças intestinais à parede abdominal. Esta técnica minimiza a possibilidade de lesão intestinal e torna a lesão de grandes vasos improvável.

05. Às 21h27 dá entrada na Sala de Emergência do Centro de Trauma um jovem de 18 anos envolvido em uma colisão moto x moto, sem uso adequado de capacete e uso de álcool. O médico do SAMU 192 realizou o atendimento conforme sistematização do PHTLS (Prehospital Trauma Life Support), inclusive aplicou um torniquete no membro superior direito após verificar uma lesão complexa e hemorrágica logo abaixo do cotovelo. O doente é intubado durante a avaliação primária do atendimento inicial devido ao rebaixamento de consciência (glasgow = 7) e riscos iminentes da permeabilidade da via aérea. Encontra-se com restrição de movimento da coluna, com colar cervical e prancha longa, a qual foi retirada ao final da avaliação primária na Sala de Emergência. Os sinais vitais: FC 137 bpm, PA 88 x 54 mmHg e Temp. 35 graus.
- Quais adjuntos de imagem da avaliação primária devem ser realizados nesse paciente, conforme a sistematização do ATLS?
- A) Ultrassonografia eFAST, Raio x de pelve e raio x de tórax.
 - B) Raio x de pelve, raio x de tórax e raio x de coluna cervical.
 - C) Raio x de tórax, tomografia de crânio e raio x de coluna cervical.
 - D) Tomografia de crânio/cervical, raio x de pelve e ultrassonografia eFAST.
06. A Unidade de Suporte Avançado (USA) do SAMU 192 é deslocada para atendimento a um trabalhador da construção civil, um homem de 47 anos, com ferimento grave no membro superior esquerdo. A regulação médica informa uma suspeita de esmagamento de membro. Chegando no local, o médico do SAMU verifica que o paciente tem lesão grave, complexa e com hemorragia maciça não controlada até o cotovelo esquerdo provocado por um maquinário. Imediatamente, ele aplica um torniquete comercial no membro lesionado. O doente tem evidentes sinais de choque descompensado. Qual os princípios atuais para o uso adequado de torniquetes de extremidades, em cenários civis, de acordo com o PHTLS e ATLS?
- A) Torniquetes devem ser a última escolha e precisam ser afrouxados a cada 15 minutos.
 - B) Torniquetes só serão efetivos se aplicados o mais proximal ao membro e devem ser retirados em menos de 1 hora.
 - C) Torniquetes devem ter de 5 a 10 cm de espessura e podem ser seguros quando utilizados por cerca de 2 horas.
 - D) Torniquetes se causarem dor, quando aplicados em um membro, indica que estão muito apertados e devem ser aliviados.
07. Uma paciente de 25 anos, dá entrada na Sala de Emergência do Centro de Trauma, com dor abdominal após queda de uma barra de ferro com pesos no abdome, enquanto realizava um exercício na academia em posição supina. O cirurgião do trauma encontrou os seguintes achados no atendimento inicial: via aérea pérvia, FR 25 irpm, SaTO₂ = 97%, pele pálida, perfusão tecidual de 3 segundos, FC 112 bpm, PA 102 x 74 mmHg, abdome doloroso, sem dor a descompressão e FAST positivo com cerca de 500 ml de líquido livre, Glasgow 15 e sem lesões de extremidade. Realizado uma tomografia abdominal com destaque para o achado de lesão hepática grau III (AAST) sem extravasamento de contraste. Quanto a este caso, quais as considerações a respeito das características e tratamento da lesão hepática?
- A) Laceração maior que 3 cm de profundidade parenquimal e/ou hematoma subcapsular maior que 50% da área superficial; indicar tratamento não operatório sob vigilância e exame físico seriado.
 - B) Hematoma intraparenquimal maior que 20 cm ou envolvendo 3 segmentos hepáticos; indicar laparotomia exploradora devido aos riscos de ruptura tardia do hematoma nestes tipos de lesões.
 - C) Lesão com hematoma subcapsular de 10 – 50% e/ou laceração capsular de 1-3 cm de profundidade parenquimal; indicar laparotomia devido as características da lesão e FAST positivo.
 - D) Laceração com ruptura parenquimal acometendo de 30 a 75% do lobo hepático ou 1 a 3 segmentos dentro de um único lobo; indicar tratamento não operatório, apenas uma videolaparoscopia diagnóstica.
08. Paciente do sexo masculino de 64 anos, medindo 1,65 metros de altura e pesando 98 Kg, portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes tipo II, hipercolesterolemia e DRGE dependente do uso de inibidores de bomba de prótons é encaminhado ao ambulatório de cirurgia bariátrica para avaliação quanto à possibilidade de tratamento cirúrgico. Após avaliação pré-operatória onde foi consolidada a indicação cirúrgica, qual a melhor operação a ser proposta para esse paciente?
- A) Duodenal Switch.
 - B) Gastrectomia vertical.
 - C) Operação de Scopinaro.
 - D) Gastroplastia com derivação intestinal em Y de Roux.

09. Uma das vítimas, R.W.S – masculino – 67 anos, de um grave capotamento na BR – 316 é levado, por transporte aeromédico, até o hospital de referência em trauma. Os sinais vitais na chegada, 2 horas após o acidente, mostram uma PA 70 x 40 mmHg, FC 147 bpm, FR 38 bpm, T 34,5o C; respiração ruidosa, Glasgow 08, realiza um FAST que evidencia uma faixa anecoica entre o fígado e o rim. Com base no descritivo do caso, qual é uma estratégia correta de abordagem no tratamento inicial?
- A) A intubação é indicada e este procedimento não tem repercussão hemodinâmica no quadro clínico desse doente.
 - B) Verificar a resposta do doente à reposição volêmica inicial de fluidos é a chave para a determinação do tratamento subsequente.
 - C) A laparotomia exploradora é indicada e o uso de autotransfusão tem benefícios mesmo que tenha lesão de víscera oca abdominal.
 - D) Iniciar infusão imediata de plaquetas e plasma fresco. A infusão de concentrado de hemácias se Hb < 7 g/dl ou de acordo com resultado do tromboelastograma.
10. Paciente, 35 anos, sexo masculino, etilista crônico (> 100g de álcool por dia, nos últimos 20 anos), tabagista. Apresenta-se na emergência com quadro de dor em região epigástrica com irradiação para o dorso há 24 horas, associado a náuseas e vômitos que não aliviam a dor. Ao exame, apresenta-se desidratado +++/4+, hipocorado +/4+, estado geral comprometido, frequência cardíaca de 130 bpm, pressão arterial de 100x50 mmHg, abdome distendido e doloroso à palpação profunda difusamente. A melhor conduta nesse momento é:
- A) a solicitação de exames de bioquímica como amilase e lipase, para a determinação dos critérios de Ranson, são essenciais para o diagnóstico de pancreatite aguda.
 - B) o jejum é um dos pilares no tratamento da pancreatite, devido ao íleo prolongado e à dor, por isso o suporte nutricional pode ser postergado para a terceira semana de tratamento.
 - C) a estabilização clínica com hidratação e antibioticoterapia precoce, além de analgesia com anti-inflamatórios não esteroidais, podem reduzir a mortalidade e o tempo de internação.
 - D) a tomografia computadorizada, através da classificação de Baltazar, pode indicar a gravidade da pancreatite aguda, ao avaliar a presença de coleções peripancreáticas e a extensão da necrose pancreática.
11. Paciente, 64 anos, sexo masculino, relata quadro de hematêmese (3 episódios) e melena. Relata uso crônico de álcool por 40 anos, faz uso de espirolactona e furosemida. Ao exame, apresenta-se hipocorado +/4+, frequência cardíaca de 100 bpm, pressão arterial 70x40 mmHg, algo sonolento, icterico ++/4+, abdome globoso, flácido, indolor à palpação. A melhor conduta no momento é:
- A) a terapia com propranolol deve ser instituída de forma imediata, para reduzir o risco de ressangramento.
 - B) desobstrução de vias aéreas, garantir ventilação e ressuscitação volêmica, iniciar infusão de vasopressina ou octreotida e programar endoscopia digestiva alta para as próximas horas, com objetivo de localizar o sangramento.
 - C) a endoscopia digestiva alta deve ser realizada na primeira hora após a admissão, já que o diagnóstico mais provável é o sangramento secundário à ruptura de varizes esofágicas, e a ligadura das varizes na primeira hora reduz a mortalidade e a taxa de ressangramento.
 - D) após a ressuscitação volêmica, o paciente deve ser encaminhado para terapia com TIPS (Shunt Portosistêmico Intrahepático Transjugular). Caso esta terapia não esteja disponível, a indicação cirúrgica se sobrepõe para a descompressão da pressão no sistema porta.
12. Paciente, 70 anos, sexo feminino, há 3 dias com parada na eliminação de flatos e fezes, apresenta-se na emergência com dor abdominal difusa e vômitos há 24 horas. Ao exame, normocorada, eupneica, consciente, desidratada ++/4+, frequência cardíaca 120 bpm, pressão arterial 100x50 mmHg, abdome globoso, hipertimpânico à percussão, doloroso à palpação superficial e profunda com descompressão brusca dolorosa. Pode-se afirmar:
- A) o exame clínico não apresenta sinais de alarme e a tomografia se impõe como método de imagem inicial.
 - B) a realização do toque retal é mandatória, e a presença de fezes na ampola retal descarta a hipótese de obstrução intestinal e a possibilidade de intervenção cirúrgica.
 - C) o quadro descrito é de um abdome agudo obstrutivo em uma paciente idosa, e o fecaloma é a causa mais frequente nessa faixa etária, cujo tratamento definitivo deve ser com clister evacuativo e hidratação venosa.
 - D) a inspeção da região inguinal deve fazer parte do exame clínico no abdome agudo, já que uma hérnia inguinal encarcerada pode causar o quadro clínico descrito, caso o raio x de abdome mostre pneumoperitônio, a melhor conduta é a laparotomia.

13. Paciente do sexo feminino, 65 anos de idade, procedente do Amazonas e portadora de vírus da Hepatite B, em uso de entecavir com carga viral negativa. Em uma consulta de retorno semestral, queixa-se de astenia, perda de peso (6Kg em 3 meses), dor abdominal leve localizada em hipocôndrio Direito e febre ocasional. Apresenta os seguintes resultados de exames: INR=1,0 ; albumina = 4 mg/dL; bilirrubina total=1,2 mg/dL; plaquetas 165.000 mm³ e exame de ultrassonografia do abdome que revelou sinais de hepatopatia crônica, ausência de ascite e nódulo medindo 3,7 cm, localizada no lobo direito do fígado. Foi encaminhada para o setor de imagem onde foi realizada uma tomografia computadorizada com estudo dinâmico cujo laudo revelou sinais de hepatopatia crônica e lesão nodular localizada em segmento VI do fígado, medindo 3,7 cm, com captação de contraste em fase arterial e lavagem rápida na fase portal. O nível sérico de AFP coletada foi 400 ng/mL. Procedeu uma endoscopia digestiva alta que revelou apenas gastrite antral moderada e esofagite distal leve.



Em relação ao caso clínico, podemos afirmar como verdadeiro que:

- A) A taxa de conversão anual para CHC em uma pessoa com cirrose é de 3 a 6% e no paciente com cirrose classe CHILD B a ressecção hepática é o tratamento de escolha.
 - B) Embora cirrose não esteja presente em todos os casos de carcinoma hepatocelular (CHC), foi estimado que há associação em 70 a 90% dos casos. O tratamento de escolha para a lesão nodular localizada em segmento VI do fígado, medindo 3,7 cm deve ser realizado por rádio-ablação.
 - C) Os tumores CHC em pacientes classe A de CHILD comumente são multifocais e são subestimados pelos exames de imagem com Tomografias ou Ressonância Magnética o que provoca altas taxas de recorrência da ressecção hepática após 5 anos. Por conseguinte o melhor tratamento para o caso descrito é o transplante hepático.
 - D) No paciente com cirrose classe A de CHILD com função hepática preservada, sem hipertensão portal, sem invasão vascular macroscópica ou doença extra-hepática a ressecção hepática é o padrão ouro e o tratamento de escolha para uma lesão nodular localizada em segmento VI, medindo 3,7 cm.
14. Paciente de 47 anos, sexo feminino, é diagnosticada com um adenocarcinoma gástrico de antro do tipo difuso, sem comorbidades importantes. Apresenta no estadiamento tumor invadindo serosa e sem evidências de metástases a distância. Qual a melhor opção terapêutica para essa paciente?
- A) Rádio e quimioterapia neoadjuvante seguida de gastrectomia total a D2.
 - B) Gastrectomia subtotal a D2 seguida de quimioterapia adjuvante, caso haja linfonodos comprometidos.
 - C) Gastrectomia subtotal a D2 seguida de quimioterapia adjuvante independentemente da presença de linfonodos comprometidos.
 - D) Rádio e quimioterapia neoadjuvante seguida de gastrectomia total a D2. e quimioterapia adjuvante na presença de linfonodos comprometidos.

15. Uma mulher de 80 anos deu entrada na emergência com quadro clínico de dor abdominal em cólica episódica iniciada há 48 horas, acompanhada de náuseas e vômitos biliosos com piora nas últimas 12 horas por distensão abdominal importante. A paciente não tem história de cirurgias abdominais prévias. Realizou exames de laboratório cujo resultado revelou discreta leucocitose, hiponatremia leve e hipocalcemia moderada. Foi submetida a exames de imagem (US Abdominal e radiografias) que revelaram litíase biliar, aerobilia e sinais de obstrução de alças de delgado.



- O tratamento correto da paciente consiste em:
- A) Ileocectomia.
 - B) Colectomia por videolaparoscopia.
 - C) Ileotomia por laparotomia + colectomia.
 - D) Tratamento conservador com sondagem gástrica para descompressão, reposição hidroeletrólítica e antibióticos.
16. Paciente com diagnóstico de colelitíase sintomática, com história de dois episódios de cólica biliar e diabetes melitus. Realizou os exames pré-operatórios e está com a colectomia agendada em 10 dias. A melhor recomendação que pode ser dada ao paciente:
- A) caso o paciente apresente um exame positivo para SARS-COV-2, associado a sintomas respiratórios sem necessidade de internação, a cirurgia deve ser adiada entre 8 a 10 semanas.
 - B) caso o paciente tenha contato próximo com alguém infectado pelo SARS-COV-2, a cirurgia deve ser adiada por 10 dias ou até que não apresente mais sintomas.
 - C) após a vacinação para a COVID-19, recomenda-se 48 horas de intervalo para a realização de qualquer cirurgia eletiva.
 - D) a cirurgia aberta convencional (colectomia) é mais segura nesse momento da pandemia do SARS-COV-2, em relação à abordagem videolaparoscópica, devido ao maior grau de contaminação da equipe nessa última modalidade.
17. A Doença do Refluxogastroesofágico é uma condição clínica muito prevalente, que apresenta variabilidade de sintomas e alterações patológicas diversas, exigindo atenção na confirmação do diagnóstico e na terapêutica proposta. Com base no consenso de Lyon a propósito da DRGE, pode-se afirmar:
- A) Tempo de exposição ácida superior a 6% na pHmetria de 24 horas é considerado diagnóstico de DRGE.
 - B) Presença de esofagite grau B, C e D são critérios endoscópicos utilizados para o diagnóstico de DRGE
 - C) Mais de 30 episódios de refluxo em 24 horas na impedânciophmetria é considerado patológico.
 - D) Endoscopia digestiva alta normal exclui o diagnóstico de DRGE.
18. Faz parte do estadiamento do câncer de esôfago um exame clínico adequado seguido de uma série de exames complementares. Qual dos exames abaixo relacionados pode ser dispensado no estadiamento de um adenocarcinoma de esôfago localizado a 38 cm da arcada dentária superior?
- A) PET TC.
 - B) Broncoscopia.
 - C) Ecoendoscopia esofágica.
 - D) Tomografia computadorizada de tórax.

19. O exame considerado padrão ouro para o diagnóstico de acalasia é a manometria esofágica de alta resolução, onde são vistos relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior e alterações de contratilidade esofágica classificadas em três tipos (classificação de Chicago). Com relação à classificação de Chicago, qual o tipo apresenta melhor resultado ao tratamento cirúrgico (miotomia de Heller) e que alterações predominam nesse tipo?
- A) Tipo I, que se caracteriza por ausência total de contração esofágica.
 - B) Tipo I, que se caracteriza por 100% de falha nas contrações e não pressurização esofágica.
 - C) Tipo II, que tem pressurização panesofágica em pelo menos 20% das deglutições.
 - D) Tipo III, que é definido pela presença de fragmentos preservados de peristalse distal ou contrações prematuras em pelo menos 20% das deglutições.
20. Paciente encontra-se na UTI há 11 dias após um trauma abdominal fechado com lesão hepática que necessitou de packing na primeira e segunda abordagem cirúrgica. Na terceira abordagem foi retirado o packing. Durante a visita, o doente apresenta esse aspecto da imagem.



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

Com base na avaliação dos achados mostrado na imagem do caso, o que se pode afirmar a respeito?

- A) A técnica de fechamento provisório empregado no caso é a primeira e a melhor escolha.
- B) O fechamento temporário deveria ser feita com aposição de tela fixada na aponeurose e luvas sobrepostas.
- C) Foi realizado o fechamento no estilo de Barker, mas o aumento da pressão intra-abdominal causou falha na técnica.
- D) A bolsa de Bogotá deve ser evitada devido o comprometimento da integridade da pele e riscos de síndrome compartimental abdominal.