



PSU-RESMED/CE - 2023

PROGRAMA PRÉ-REQUISITO: CIRURGIA BÁSICA / CIRURGIA GERAL

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

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. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área individual na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.13 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.

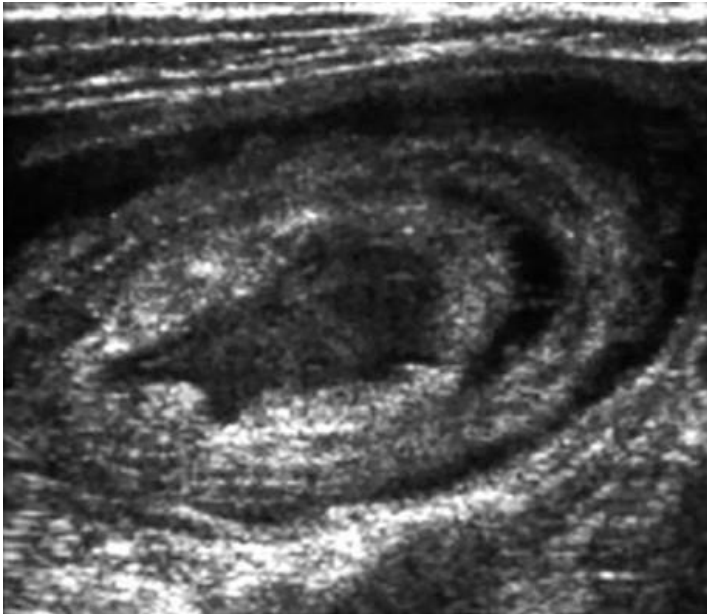
Boa prova!

Fortaleza, 02 de novembro de 2022.

Inscrição

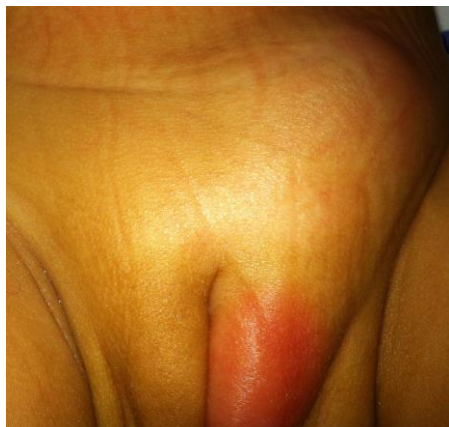
Sala

01. Menino, 8 meses de idade, bem nutrido, é atendido no setor de emergência por choro intenso há 5 horas. Apresenta episódios de movimentos das pernas ao encontro do abdome, compatível com padrão de cólicas abdominais, com intensidade progressiva e a intervalos cada vez menores. Mãe relata ainda vômitos há 2 horas e, há 30 minutos, começou a evacuar sangue e muco. Ao exame, criança encontra-se alerta, permanecendo calma nos intervalos de dor e não apresenta alterações hemodinâmicas ou indícios clínicos de choque séptico. Abdome se encontra distendido, sem sinais de peritonite, sendo palpado uma massa no hipocôndrio direito. Ultrassonografia de abdome revela no hipocôndrio direito a imagem projetada abaixo. O Hemograma estava normal.



- Considerando a hipótese diagnóstica mais provável para essa criança, qual a melhor conduta terapêutica?
- A) Enema usando soro fisiológico 0,9% guiado por ultrassonografia.
 - B) Colectomia e confecção de ostomias por laparotomia exploradora.
 - C) Destorção da lesão isquêmica por acesso videolaparoscópico.
 - D) Colonoscopia com cauterização de lesão em cólon direito.
02. Menino de 12 anos é atendido na UPA. Sua mãe relata que, há 9 dias, percebeu um “caroço” no pescoço. A criança não se queixa de odinofagia, odontalgia, disfagia ou febre. Exame físico: bom estado geral, afebril, sendo percebida uma lesão de 1,5 cm na linha média cervical, acima do nível da cartilagem tireoide, indolor, algo eritematosa, amolecida, que se eleva com a protrusão da língua. Restante do exame de cabeça e pescoço, incluindo cavidade oral e amígdalas, é normal. Considerando a lesão mais provável, qual a conduta terapêutica mais apropriada?
- A) Excisão isolada do cisto por acesso cirúrgico videoassistido.
 - B) Excisão do cisto em bloco junto com a porção central do osso hioide.
 - C) Esclerose completa da lesão com bleomicina guiada por ultrassonografia.
 - D) Excisão do cisto e de seu trajeto até tonsila palatina por incisões escalonadas.
03. Mãe informa que há alguns meses não vem percebendo com facilidade o testículo direito de seu filho na bolsa, principalmente quando toma banho frio. A criança possui 4 anos de idade, nasceu a termo, não apresenta nenhuma outra queixa e não possui qualquer comorbidade. Ao exame físico, observa-se testículo esquerdo tóxico em bolsa. Por sua vez, o testículo direito se encontra em canal inguinal, sendo possível trazê-lo à bolsa e a gônada aí permanecendo durante o restante do exame físico da criança. Ambos os testículos possuem tamanho e textura normais. Qual a conduta mais apropriada para essa criança?
- A) Seguimento anual para monitorar posição e tamanho do testículo direito.
 - B) Solicitar ultrassom para definir a real posição anatômica do testículo direito.
 - C) Dosar testosterona sérica e solicitar acompanhamento pelo endocrinologista.
 - D) Encaminhar a um cirurgião pediátrico para orquidopexia de Fowler-Stephens.

04. Menina, 6 anos de idade, é levada pelos pais a hospital pediátrico, por choro inconsolável. Pais relatam que há 24 horas, durante o banho, perceberam aumento de volume na região inguinal esquerda, sem dor ao toque da região. Criança evoluiu bem até que, nas últimas 8 horas, foram chamados no colégio da criança devido a choro que evoluiu com náuseas e vômitos. Após procura de serviço de clínica geral de emergência em sua cidade, foram orientados a procurar, por meios próprios, a emergência mais próxima com equipe de Pediatria a cerca de 300km de distância; chegaram para avaliação por volta de meia-noite. Ao exame físico, observa-se que a criança encontra-se em bom estado geral, afebril, com choro importante e região inguinal esquerda abaulada e dolorosa à palpação e aspecto conforme foto abaixo. O abdome não revela sinais de peritonite. Restante do exame físico normal.



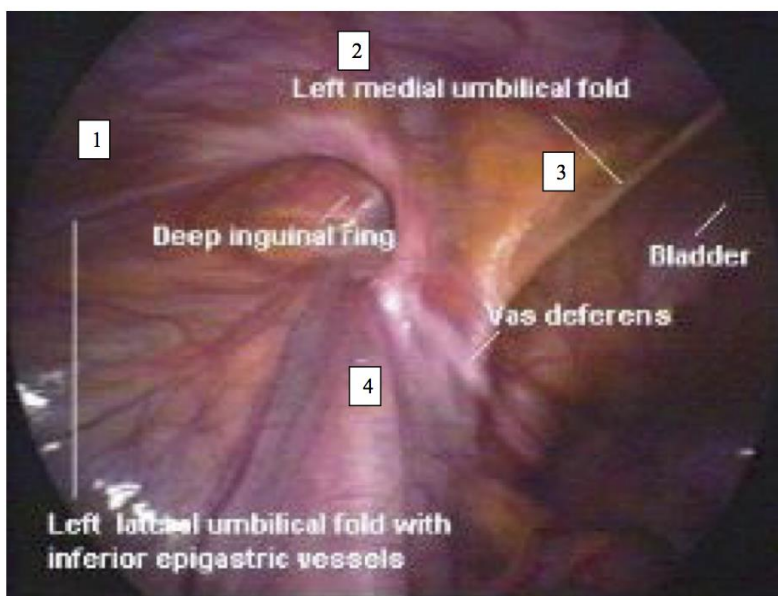
Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

- Qual a melhor conduta para essa criança?
- A) Realizar incisão e drenagem.
 - B) Solicitar punção guiada por ultrassom.
 - C) Iniciar antibiótico e reavaliar em 6 horas.
 - D) Indicar inguinotomia ainda nesta madrugada.
05. Paciente masculino, 65 anos, com quadro de icterícia colestásica e síndrome consumptiva. A tomografia computadorizada de abdome mostrou lesão tumoral sólida de 25mm na cabeça pancreática com íntimo contato com veia mesentérica superior (menor que 180°). Não havia indício de doença à distância. Qual o próximo passo?
- A) Duodenopancreatectomia.
 - B) Quimioterapia neoadjuvante.
 - C) Ultrassom endoscópico com biópsia.
 - D) Ressonância nuclear magnética do abdome.
06. Durante uma colecistectomia videolaparoscópica em uma mulher de 33 anos, ocorre uma secção iatrogênica do colédoco por tesoura. A lesão é parcial e envolve 70% da circunferência de um colédoco de 1cm. Qual a melhor conduta nesse caso?
- A) Realizar coledocojejunoanastomose em Y de Roux.
 - B) Suturar a lesão e drenar o espaço sub-hepático.
 - C) Posicionar de dreno de Kehr através da lesão e drenar.
 - D) Realizar anastomose término-terminal sob dreno de Kehr por contra incisão.
07. Paciente masculino, 83 anos, no 6º PO de cirurgia ortopédica por fratura de colo de fêmur, evoluiu há 2 dias com importante distensão abdominal e parada da eliminação de flatus e fezes. Não há sinais de toxemia ou peritonite. RX de abdome mostra distensão de todo cólon com diâmetro máximo cecal de 9cm e gás na ampola retal. Eletrólitos normais. Deixado em dieta zero e com SNG, sem melhora. Qual a próxima conduta?
- A) Cecostomia.
 - B) Neostigmine.
 - C) Colectomia total.
 - D) Colonoscopia descompressiva.

08. Paciente masculino, 42 anos, com história de dor epigástrica "em barra" com irradiação para o dorso, com dois dias de duração, após ingesta alcoólica. O episódio ocorreu há 45 dias. Chega com tomografia computadorizada de abdome, solicitada para investigar dor abdominal discreta após o quadro agudo, que evidenciou lesão cística sem irregularidades de 7,0cm em corpo de pâncreas. No momento, segue assintomático. Nega perda de peso. Qual a melhor conduta?
- A) Observação clínica.
 - B) Drenagem percutânea.
 - C) Pancreatectomia corpocaudal.
 - D) Cistogastrostomia endoscópica.
09. Um paciente de 55 anos é portador do vírus da hepatite B. Durante a avaliação de rotina, o ultrassom apresentou nódulo hepático de 5,4 x 3,2 cm no segmento V e outro de 2,5 x 2,0 cm no segmento III. A tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética mostraram que os nódulos são hipervasculares com "wash-out". Os exames laboratoriais mostraram Hb = 14,7 g/dL, plaquetas = 60.000, INR = 1,6, bilirrubina = 1,8 mg/dL e albumina = 2,5 g/dL. Ao exame físico, encontra-se levemente sonolento e com ascite. Em relação ao caso, podemos afirmar:
- A) As terapias ablativas minimamente invasivas estão contraindicadas para essa situação.
 - B) Para definir tratamento, é necessário realizar biópsia de um dos nódulos para confirmar o diagnóstico.
 - C) A ressecção cirúrgica com hepatectomia segmentar dos segmentos V e III é a conduta cirúrgica de escolha.
 - D) O transplante hepático para este paciente não é permitido pelas regras de listagem de transplante no território nacional.
10. Paciente, 75 anos, masculino com quadro de síndrome colestática associada à perda de peso e hiporexia realiza uma tomografia que mostra uma tumoração sugestiva de colangiocarcinoma Bismuth IIIa e acometimento da parede lateral da veia porta e 60% da luz da artéria hepática própria. Qual o procedimento mais adequado?
- A) Considerar o tumor irressecável e encaminhar paciente para quimioterapia.
 - B) Indicar rádio e quimioterapia neoadjuvante + hepatectomia + linfadenectomia com preservação vascular.
 - C) Realizar drenagem de via biliar intra-hepática por radiologia intervencionista com passagem de prótese biliar.
 - D) Ressecção do ducto biliar acometido + colecistectomia + hepatectomia direita + linfadenectomia + ressecção lateral da parede da veia porta principal.
11. Um paciente de 35 anos esteve internado em serviço de Gastroenterologia por abscesso hepático de origem não definida. Os exames de imagem não mostraram colelitíase, coledocolitíase nem outros focos infecciosos intra-abdominais. Realizou esquema de antibioticoterapia por 21 dias e recebeu alta hospitalar assintomático. Foi encaminhado para consulta com cirurgião geral com ultrassom ainda mostrando área de abscesso medindo cerca de 4 cm. Permanece assintomático e sem alteração ao exame físico. Que orientação deverá ser dada ao paciente?
- A) Solicitar tomografia de abdômen com contraste para reavaliação.
 - B) Realizar punção trans-hepática percutânea com coleta de material para cultura e citologia oncótica.
 - C) Manter acompanhamento ambulatorial com consultas de retorno para submeter o paciente a anamnese, exame físico e exames laboratoriais.
 - D) Solicitar colonoscopia e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica para investigar causas de anormalidades biliares ou intestinais.
12. Paciente feminina, 37 anos, foi submetida a cirurgia eletiva de endometriose por dor pélvica crônica e dispaurenia. Durante a cirurgia foi evidenciado uma lesão expansiva de 0,8 cm na ponta do apêndice cecal, sendo optado pela equipe cirúrgica a apendicectomia com retirada do mesoapêndice em bloco. No retorno ambulatorial, paciente apresentou biópsia com neoplasia carcinoide do apêndice com margens livres. Qual a conduta mais adequada para o caso?
- A) Encaminhar ao oncologista para iniciar quimioterapia.
 - B) Orientar alta com orientações gerais e seguimento ambulatorial.
 - C) Realizar tomografia de abdome, com contraste, para avaliação.
 - D) Internar paciente para realizar colectomia direita e linfadenectomia.

13. Uma paciente de 38 anos deu entrada no serviço de emergência com quadro de dor abdominal em quadrante superior direito, de forte intensidade, associada a palidez e sudorese profusa. Paciente ansiosa e agitada, negando episódios prévios semelhantes. Relata uso de anticoncepcional oral por 12 anos. Ao exame, abdômen doloroso à palpação com piora da dor à descompressão brusca, frequência cardíaca de 124 bpm e PA de 80 x 50 mmHg. O ultrassom à beira do leito mostrou líquido na cavidade abdominal e área hepática heterogênea, sólida, mal definida, medindo cerca de 7 cm e localizada em segmentos mais posteriores. Após ressuscitação volêmica, paciente apresentou discreta melhora hemodinâmica, mas permanece hipotensa. Sobre esse caso, assinale a alternativa correta.
- A) A embolização da artéria hepática deve ser a intervenção inicial.
 - B) Manter acompanhamento ambulatorial é a conduta adequada para a situação.
 - C) O principal diagnóstico é um hemangioma hepático que é o tumor benigno mais comum.
 - D) A paciente deve ser encaminhada para laparotomia com ressecção do segmento hepático acometido.
14. Durante consulta ambulatorial no serviço de Cirurgia Digestiva, homem de 41 anos refere sensação de pirose que atrapalha seu cotidiano. Apresenta ainda obesidade e diabetes, há 6 anos. Relata histórico de uso de bloqueador de bomba de prótons, há cerca de 5 anos, de forma intermitente, com recidiva dos sintomas após suspensão, além de tratamentos para controle de peso, com perda de peso moderada e ganho. Ao exame: IMC 39 sem cicatrizes abdominais. A endoscopia digestiva alta revela esofagite grau C, pangastrite crônica inativa e pesquisa de *H. pylori* negativa. Qual cirurgia seria mais efetiva para tratar este paciente?
- A) Sleeve Laparoscópico.
 - B) Gastroplastia endoscópica.
 - C) Bypass Gástrico Laparoscópico.
 - D) Confecção de Valvuloplastia de Nissen Laparoscópica.
15. Um homem, 49 anos, deu entrada na emergência com dor abdominal difusa, 2 episódios de vômitos e distensão abdominal com início há 10 horas, nega febre ou diarreia. Exame físico: PA 90 x 60 mmHg, FC 118 bpm, presença de descompressão brusca positiva. O cirurgião indicou uma laparotomia que evidenciou lesão endurecida de transição retossigmoidiana suboclusiva, acentuada distensão de cólon direito e transversal associadas a duas perfurações em ceco e secreção fecal em goteira parietocólica direita. Qual a conduta terapêutica mais adequada para o caso?
- A) Realizar colectomia subtotal com ileostomia terminal.
 - B) Realizar colectomia subtotal com anastomose ileorretal grampeada.
 - C) Realizar colectomia esquerda ampliada com colostomia terminal e rafia do ceco.
 - D) Realizar colectomia esquerda e anastomose colorretal grampeada e rafia do ceco.
16. Paciente do sexo masculino, de 21 anos, é levado ao pronto-socorro após queda de moto. Exame físico: PA 100 x 60 mmHg e FC 110 bpm e uma lesão extensa em antebraço direito com sangramento importante sem controle adequado com compressão do ferimento. Qual a melhor conduta inicial no atendimento?
- A) Realizar transfusão sanguínea imediata.
 - B) Realizar sutura profunda com pontos separados.
 - C) Realizar torniquete no membro para avaliação do ferimento.
 - D) Realizar radiografia do membro em busca de fratura associada.
17. Paciente masculino, 29 anos, compareceu ao ambulatório de cirurgia para orientação médica. Relata ser assintomático, mas possui história familiar de câncer gástrico difuso (pai, tio paterno e dois irmãos). Razão pela qual realizou endoscopia digestiva alta a qual foi normal e estudo genético que evidenciou mutação genética para a molécula de adesão celular E-Caderina (CDH1). Qual orientação deve ser dada pelo cirurgião?
- A) A gastrectomia total profilática deve ser considerada para esse paciente.
 - B) Realização de endoscopia digestiva alta somente quando sintomático.
 - C) Paciente tem indicação de realização de ecoendoscopia, semestralmente.
 - D) Paciente, obrigatoriamente, deve realizar endoscopia digestiva alta anualmente.

18. Paciente masculino, 63 anos, não tabagista, encontra-se em acompanhamento ambulatorial em hospital secundário devido a doença do refluxo gastroesofágico. Até o presente momento, não realizou outro tratamento a não ser o medicamentoso. Realizou nova endoscopia que evidenciou pequena extensão de epitélio com aspecto colunar, com coloração alaranjada, localizada acima da junção esofagogástrica (realizado biópsia). O resultado anatomopatológico foi compatível com metaplasia gástrica em esôfago inferior com displasia de alto grau. Realizou tomografia de tórax e abdome superior, com contraste venoso, que não evidenciaram alterações. Êcoendoscopia sem comprometimento submucoso. Qual o melhor tratamento para este paciente?
- A) Esofagectomia trans-hiatal.
 B) Crioterapia endoscópica com nitrogênio líquido.
 C) Esofagectomia transtorácica com linfadenectomia estendida.
 D) Ressecção mucosa endoscópica associada a ablação por radiofrequência.
19. Paciente de 32 anos, masculino, está sendo submetido a herniorrafia inguinal esquerda laparoscópica. No transoperatório, o cirurgião se depara com a visão videocirúrgica abaixo (figura). Onde ele deve evitar a fixação da tela 3d?



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

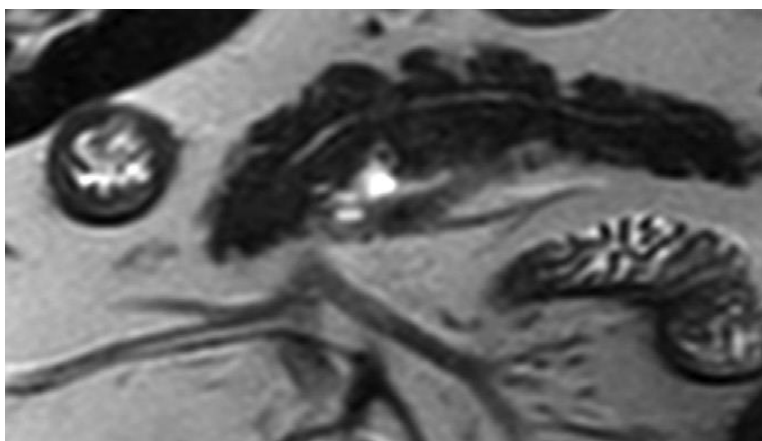
- A) 1
 B) 2
 C) 3
 D) 4
20. Paciente do sexo feminino, 54 anos, percebeu leve abaulamento na região cervical anterior. Procurou assistência médica e realizou um TSH, cujo valor encontrava-se dentro da normalidade e um ultrassom que revelou um nódulo tireoideano hipoecoico, de margens irregulares e com microcalcificações, medindo 1,5cm em seu maior diâmetro. Qual o próximo passo?
- A) Biópsia por Tru Cut.
 B) Tireoidectomia total.
 C) Tireoidectomia parcial.
 D) Punção com agulha fina.
21. Paciente do sexo feminino, de 45 anos, relata que há 2 anos notou o surgimento de uma lesão cutânea pigmentada, assimétrica, de cerca de 3cm, na coxa direita e que, ao exame clínico, revelou-se bastante suspeita para melanoma. Qual seria a melhor conduta?
- A) Exérese com margens de 2cm.
 B) Biópsia excisional transversal.
 C) Biópsia incisional longitudinal.
 D) Exérese e pesquisa de linfonodo sentinela.

22. Paciente masculino, 72 anos, hipertenso, cardiopata, asmático, iniciou quadro de dor em hipocôndrio direito há 3 dias que irradiava para dorso ipsilateral, associado com febre, náuseas e vômitos. Foi internado em unidade de pronto-atendimento (UPA) e foi evidenciado leucócitos de 13.450 mm^3 com 85% de neutrófilos e PCR elevado. Paciente foi internado e iniciou tratamento com ceftriaxona e metronizadol endovenoso. No terceiro dia de internamento na UPA, melhorou da dor abdominal e da febre, evoluindo 24 h depois com distensão abdominal e parada de eliminação de fezes e flatus. Realizou tomografia, abaixo, que identificou aerobilia e imagem anômala demonstrada pela seta, na figura. Foi prontamente encaminhado para hospital terciário.



- Qual a melhor conduta para esse paciente?
- A) Enterotomia proximal a válvula ileocecal.
 - B) Colonoscopia descompressiva de urgência.
 - C) Colecistectomia e exploração de vias biliares.
 - D) Gastrojejunoanastomose com exclusão pilórica.
23. Paciente irá se submeter a uma cirurgia eletiva de hernioplastia incisional com aposição de tela de marlex. Com relação ao risco de infecção do sítio cirúrgico qual a classificação da cirurgia e a conduta quanto à necessidade de uso de antibiótico?
- A) Cirurgia limpa. Com indicação de antibioticoprofilaxia.
 - B) Cirurgia limpa. Sem indicação de antibioticoprofilaxia.
 - C) Cirurgia potencialmente contaminada. Com indicação de antibioticoprofilaxia.
 - D) Cirurgia potencialmente contaminada. Sem indicação de antibioticoprofilaxia.
24. Durante seu plantão noturno em um dos hospitais da rede municipal de atendimento de urgência/emergência, você é acionado por um técnico de enfermagem a pedido do residente que estava na sala de procedimentos, realizando uma sutura no couro cabeludo. Trata-se de um paciente de 42 anos de idade, alcoolizado, que foi agredido a pauladas. Ao chegar, você identifica uma laceração em couro cabeludo, com grande quantidade de sangue sobre e ao redor da maca no chão, sem fratura em calota craniana. O paciente está convulsionando. O residente informa que usou lidocaína sem vasoconstrictor na dose de 5ml no local próximo a uma artéria e, logo depois, o paciente começou a convulsionar. Qual a causa mais provável e como proceder?
- A) Encefalopatia alcoólica por deficiência de vitamina B1 - puncionar acesso periférico e infundir tiamina endovenosa.
 - B) Infusão de anestésico intravascular - checar vias aéreas do paciente, ofertar oxigênio e fazer benzodiazepínico.
 - C) Choque hipovolêmico - realizar punção de dois acessos venosos nº 16 e infundir cristalóide 1000ml, endovenoso, rápido.
 - D) Hematoma subdural - encaminhar ao hospital de referência para drenagem do hematoma por neurocirurgião.

25. Paciente do sexo feminino, 40 anos, diagnosticada com síndrome de Lynch e câncer de cólon direito, informa que sua mãe também teve câncer de cólon na mesma idade. Como deve ser iniciado o rastreamento neoplásico, em sua filha mais nova, de 15 anos, também portadora da síndrome?
- A) Colonoscopia anual a partir dos 10-15 anos. Exame pélvico e endometrial anuais a partir dos 20-25 anos. Endoscopia digestiva alta a cada dois anos a partir dos 20-25 anos.
 - B) Colonoscopia anual a partir dos 15-20 anos. Exame pélvico e endometrial anuais a partir dos 20-25 anos. Endoscopia digestiva alta a cada dois anos a partir dos 30-35 anos.
 - C) Colonoscopia anual a partir dos 20-25 anos. Exame pélvico e endometrial anuais a partir dos 30-35 anos. Endoscopia digestiva alta a cada dois anos a partir dos 30-35 anos.
 - D) Colonoscopia anual a partir dos 30-35 anos. Exame pélvico e endometrial anuais a partir dos 40-45 anos. Endoscopia digestiva alta a cada dois anos a partir dos 40-45 anos.
26. Paciente do sexo feminino, 53 anos de idade, durante ressonância nuclear magnética (RNM) de coluna por lombalgia identificou alteração em pâncreas. Realizou então RNM abdominal com o achado de lesão cística de ramo secundário do ducto pancreático, medindo 1,0 cm, sem captação de contraste em seu interior e sem dilatação do ducto pancreático principal. Ao receber a paciente em seu ambulatório, a orientação de conduta deve ser:



- A) Realizar pré-operatório para pancreatectomia corpocaudal por videolaparoscopia com preservação esplênica.
 - B) Explicar que o achado necessita de acompanhamento anual e que poderá precisar de cirurgia em caso de aumento da lesão.
 - C) Solicitar ultrassonografia endoscópica para punção e esvaziamento da lesão, com realização de nova ultrassonografia de controle em três meses.
 - D) Orientar quanto à gravidade da doença e indicar enucleação da lesão, seguida de ultrassonografia transoperatória para rastreamento de mais lesões.
27. Paciente do sexo masculino, de 22 anos de idade, chega à emergência com 2 perfurações por arma de fogo com entrada posterior em região tóracoabdominal à esquerda e saída em hipocôndrio esquerdo. Após realização das manobras de ressuscitação volêmica e estabilização clínica, identificou-se que o paciente apresentava irritação peritoneal e ao raio-X presença de pneumoperitônio. Indicada laparotomia com achado de perfuração gástrica em parede anterior e posterior. Durante acesso à retrocavidade gástrica, foram visualizadas duas lesões no pâncreas (uma no corpo e outra na cauda), com aparente lesão do ducto pancreático na lesão do corpo. Com base nos achados intraoperatórios, qual a conduta mais adequada nessa situação?
- A) Decidir pela realização de pancreatectomia corpocaudal com rafia do ducto pancreático e drenagem da cavidade.
 - B) Rafia das lesões com colocação de patch de omento e seguimento com tomografia de abdomen, semanalmente.
 - C) Colocação de dois drenos na cavidade peritoneal, um à direita e outro à esquerda e realizar dosagem seriada de amilase desses drenos.
 - D) Iniciar carbapenêmico no intraoperatório, confeccionar periotoneostomia, manter o paciente em nutrição parenteral e reabordar conforme demanda.

28. Mulher de 22 anos, em tratamento para plaquetopenia por púrpura trombocitopênica idiopática há 4 anos no ambulatório de hematologia do SUS, vinha com boa resposta clínica e dose de manutenção de 5mg de prednisona. Há cerca 1 ano, os níveis de plaquetas caíram, sendo necessário aumento da dose de corticoide para 40mg por dia. Atualmente, paciente encontra-se hipertensa, com estrias violáceas no abdome, presença de adiposidade central e acne. A contagem de plaquetas oscila de 35.000 a 45.000. Qual a melhor conduta para essa paciente?
- Contraindicar a realização da esplenectomia, uma vez que a paciente responde parcialmente ao corticoide oral.
 - Indicar esplenectomia por videolaparoscopia com base na refratariedade e efeitos colaterais do tratamento clínico.
 - Realizar a esplenectomia aberta após infusão de Buffy-coat até atingir contagem de plaquetas acima de 100.000/mm³.
 - Rever a conduta medicamentosa já que os efeitos colaterais do corticoide e a contagem de plaquetas contraindicam a esplenectomia.
29. Paciente 50 anos, com história de HAS + DM + tabagismo 25 maços-ano (interrompeu há 03 anos), encontra-se no 2ºPO de nefrectomia direita por câncer renal. Evoluiu nas últimas 24h com queda do débito urinário (0.25ml/kg/h). BH +1200ml/24h. Ao exame: T: 36°C. Glicemia: 220mg/dl, FR: 24irpm, PA:140/90mmHg, FC: 44bpm, SatO₂: 94%, em ar ambiente. Enchimento capilar: 3seg. Extremidades quentes e secas. Ausculta pulmonar: crepitações finas em terços inferiores bilateralmente. Exames: HB 8,2g/dL, VCM: 90, HT: 24.3%, Ureia: 95mg/dl, Creatinina: 3mg/dl (pré-operatória 1mg/dl). Realizou o ECG abaixo.

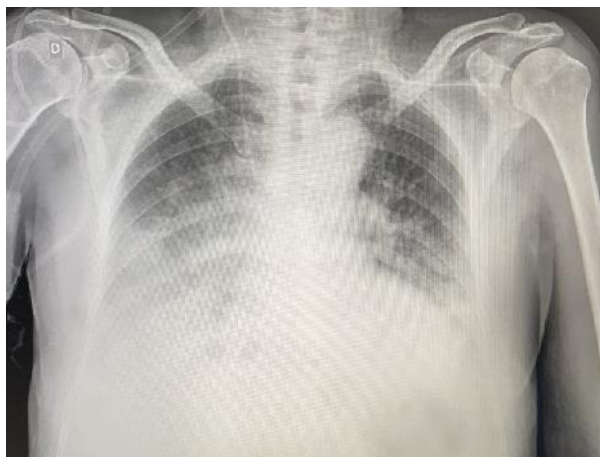


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

Diante desse quadro, clínico, qual a melhor conduta?

- Ressuscitação volêmica, diurético e avaliação urológica.
 - Administração de glicose, nebulização com fenoterol e iniciar sorcal.
 - A conduta deve ser administração imediata de gluconato de cálcio 10%, terapia diurética e glicose.
 - Reduzir a hidratação, iniciar bicarbonato de sódio e iniciar insulino-terapia endovenosa contínua para controle glicêmico.
30. Paciente do sexo masculino, de 72 anos, vítima de atropelamento, chega à emergência com fratura de bacia. Ao exame físico, nota-se volumoso hematoma peniano e escrotal. Acerca do quadro apresentado, assinale a correta.
- A maioria das lesões de uretra posterior estão associadas à fratura de pelve.
 - Sangue no meato uretral e "bexigoma" são sinais suspeitos de trauma uretral.
 - Se confirmado trauma de uretra posterior a uretroplastia deve ser realizada de imediato.
 - A uretrocistografia miccional deve ser realizada, antes de qualquer tentativa de sondagem vesical.

31. Homem de 70 anos, sem comorbidades, no 1ºPO de duodenopancreatectomia, foi admitido na enfermaria de cirurgia vindo da UTI pós-operatória. Estava em uso de: hidratação venosa com reposição glicêmica, enoxaparina 40mg SC, metoclopramida 6/6h e morfina 2mg 6/6h. Exame: SatO₂ 97% em ar ambiente, FR 15irpm eupneico, FC - 80bpm, PA- 130/80mmHg, T- 36°C, Escala de coma de Glasgow (ECG) 15, isocoria fotorreativa. O paciente apresentou agitação psicomotora intensa, arrancando sondas e tentando deambular sozinho. O plantonista prescreveu haloperidol 10mg e diazepam 5mg intravenosos, com bom controle da agitação, porém evoluindo com sonolência excessiva e episódios de vômitos. Após algumas horas, o paciente evoluiu com taquidispneia (FR 36, SatO₂ 90% sob Máscara Reservatório 15L/min), presença de tiragem intercostal e piora no nível de consciência (Escala de coma de Glasgow 11, isocoria fotorreativa). PA - 100/70mmHg FC - 96bpm. Ausculta pulmonar: Murmúrio rude com roncospinosos difusos. Radiografia de tórax abaixo:



- Qual a principal hipótese para o caso e qual conduta deve ser tomada pelo plantonista?
- A) Pneumonite aspirativa. A conduta é intubação orotraqueal precoce e broncoscopia para toailete brônquica de macropartículas.
 - B) Edema agudo de pulmão, sendo indicada ventilação não-invasiva, dobutamina e nitroglicerina, furosemida EV e antibioticoterapia.
 - C) Reação adversa à metoclopramida com intoxicação por opioides e benzodiazepínicos, levando à atelectasia pulmonar. O tratamento é biperideno, flumazenil e naloxona, além de ventilação não-invasiva, antibioticoterapia sistêmica, corticoide e terapia broncodilatadora.
 - D) Pneumonia nosocomial por germe multirresistente com tromboembolismo pulmonar (TEP). A conduta imediata é intubação orotraqueal, iniciar antibioticoterapia sistêmica, broncodilatador e ventilação protetora.
32. Paciente, 19 anos, masculino, vítima acidente motociclístico, chegou à emergência trazido pelo SAMU, com PA=120x70mmHg, FC=100bpm. Foi submetido a tomografia computadorizada do abdome e pelve com contraste, que teve como único achado uma laceração de 1,5cm em parênquima renal esquerdo, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de contraste. Qual o grau da lesão renal, segundo a Associação Americana de Cirurgia do Trauma e a conduta mais adequada diante do quadro?
- A) Grau II. Tratamento não-operatório, com suporte clínico intensivo.
 - B) Grau III. Tratamento não-operatório, com suporte clínico intensivo.
 - C) Grau III. Laparotomia exploradora de urgência pela iminência de choque hemorrágico.
 - D) Grau IV. Laparotomia exploradora de urgência pela iminência de choque hemorrágico.
33. Homem de 65 anos apresenta pequeno ferimento necrótico em hálux direito e dor local. HPP: obesidade (IMC de 32), diabético, dislipidêmico e fumante. Encontra-se assintomático no membro inferior esquerdo. Exame físico: pulsos palpáveis em artérias femorais, poplíteas, tibiais posteriores e pediosos bilateralmente. Tendo em vista a presença da lesão descrita dolorosa do paciente, qual deve ser a conduta?
- A) Suspensão do tabagismo e iniciar antiagregante plaquetário.
 - B) Debridamento da lesão necrótica, associado ao suporte clínico apropriado.
 - C) Indicar anticoagulação plena com heparina fracionada ou heparina não fracionada.
 - D) Solicitar arteriografia dos membros inferiores diagnóstica para planejamento da revascularização do membro.

34. Paciente de 60 anos, sem comorbidades prévias, 5º PO de colectomia total com ileostomia terminal por tumor de cólon perfurado com peritonite fecal. Paciente, em dieta zero, queixa-se de hiporexia intensa e náuseas, apresenta distensão abdominal, hipertimpanismo e RHA ausentes ao exame clínico, sem sinais de peritonite. Débito da ileostomia 50ml/24h. SNG com resíduo 700mL/24h. Sinais vitais dentro da normalidade. Em terapia antimicrobiana com Piperacilina-tazobactam e Vancomicina. IMC 18,5 Albumina 2,9. Débito urinário 0,5mL/kg/h. Pressão intra-abdominal 18mmHg. FO limpa, com leve hiperemia. Qual a melhor conduta, tendo em vista o risco nutricional desse paciente?
- A) Paciente deve ser mantido em dieta zero devido a quadro de obstrução intestinal e hipertensão intra-abdominal. Solicitar TC de abdome.
 - B) Indicada abordagem cirúrgica imediata para decompressão da síndrome compartimental abdominal. Iniciar terapia nutricional parenteral.
 - C) Paciente com quadro compatível com íleo paralítico prolongado. Iniciar terapia nutricional parenteral precoce já que a previsão de jejum é por tempo superior a 5-7 dias.
 - D) Paciente em risco nutricional deve-se estar atento no início da terapia parenteral, à síndrome de realimentação, caracterizada por alterações eletrolíticas e ácido-base graves, sendo as mais comuns: hipocalcemia, hipercalemia e hiperfosfatemia.
35. Paciente, 55 anos, hipertenso em pré-operatório de colecistectomia videolaparoscópica. Relata que está fazendo uso de dupla antiagregação plaquetária (DAPT) por angioplastia com aposição de stent farmacológico em território de DA, por quadro de infarto agudo sem supra de ST há 03 meses. Encontra-se sem crises de dor relacionadas à colelitíase há mais de um ano. Quais os cuidados que devemos ter na orientação desse paciente?
- A) A DAPT pode ser abreviada para 3 meses e suspensa antes da colecistectomia.
 - B) Completar 03 meses de DAPT, estando indicada terapia ponte com heparina antes da colecistectomia.
 - C) Devido à necessidade cirúrgica antevista, a recomendação de angioplastia desse paciente deveria ter sido com stent metálico para suspensão precoce da DAPT.
 - D) Para pacientes que realizaram intervenção coronariana percutânea no contexto agudo, o ideal é completar 1 ano de DAPT antes de operações eletivas.
36. Paciente do sexo masculino, de 28 anos, vítima de ferimento por arma de fogo transfixante no mediastino, ocorrida há 1 hora, foi admitido na emergência e, durante os exames de avaliação foi diagnosticada lesão completa na parede esofágica anterior com perfuração de aproximadamente 0,7 centímetros, localizada no terço distal do esôfago torácico, sem comprometer a junção esôfago gástrica. Foi então optado por correção imediata da lesão (reparo direto associado a debridamento de tecido necrótico com aposição de patch de músculo). Qual a melhor via de acesso para realizar o procedimento?
- A) Esternotomia mediana.
 - B) Toracotomia em 6º espaço intercostal esquerdo.
 - C) Laparotomia mediana com incisão xifopubiana.
 - D) Toracotomia pósterolateral em 4º ou 5º espaço intercostal direito.
37. Paciente do sexo masculino, de 25 anos, foi vítima de acidente automobilístico com mecanismo de trauma por desaceleração e capotamento veicular, com falecimento em cena de uma das pessoas que se encontravam dentro deste mesmo veículo. No momento, o paciente encontrava-se estável hemodinamicamente e, após a avaliação primária realizada no pronto-socorro, realizou ultrassonografia e-FAST, a qual se mostrou negativa para a presença de líquido intraperitoneal e intrapleural. Realizou também radiografia de tórax que demonstrou alargamento mediastinal significativo associado a desaparecimento do botão aórtico, depressão do brônquio fonte principal esquerdo e fraturas múltiplas de arcos costais à esquerda. Qual a melhor conduta?
- A) Indicar abordagem cirúrgica imediata, preferencialmente por via aberta.
 - B) Realizar tomografia de tórax (sem contraste) para investigação de hemotórax e pneumotórax.
 - C) Programar toracoscopia diagnóstica, logo após a realização de exames básicos pré-operatórios.
 - D) Solicitar tomografia do tórax com contraste (ou preferencialmente angiotomografia) para melhor avaliação mediastinal.

38. Mulher jovem sem história de trauma vem apresentando, há 2 dias, queixa de edema unilateral da perna esquerda associado a desconforto na panturrilha. Com relação a este quadro, qual deve ser a avaliação médica correta?
- A) No caso descrito acima, a dosagem elevada do D-dímero estabelece o diagnóstico.
 - B) A maioria dos pacientes com trombose venosa profunda dos músculos da panturrilha apresentam edema, eritema e dor local.
 - C) Sintomas de dor, coloração azulada e edema do membro, sugere trombose venosa profunda com envolvimento do território íliofemoral.
 - D) A ultrassonografia com Doppler é o teste padrão ouro para o diagnóstico, com vantagens, como confiabilidade, reprodutibilidade e examinador independente.
39. Paciente do sexo masculino, de 72 anos, sem comorbidades ou sintomas prévios, se apresenta em hospital particular com quadro de dor localizada no quadrante inferior direito, há quatro dias, associada a febre baixa e hiporexia, com redução das evacuações e flatos. Ao exame físico, apresenta dor e plastrão na fossa ilíaca direita. Realiza exames que mostram leucograma = $16.000/\text{mm}^3$ e tomografia do abdome com laudo de apêndice espessado (10mm) mais a alteração encontrada na figura.



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

- Qual a melhor conduta para esse paciente?
- A) Apendicectomia por via aberta associada a antibioticoterapia de amplo espectro.
 - B) Antibioticoterapia de amplo espectro, com realização de colonoscopia ambulatorial.
 - C) Apendicectomia por via laparoscópica associada a antibioticoterapia de amplo espectro.
 - D) Drenagem percutânea, ou laparoscópica associada a antibioticoterapia de amplo espectro, com colonoscopia ambulatorial.
40. Paciente masculino, 56 anos, diabético descompensado, morador de rua, comparece ao PS queixando-se de aumento do volume de bolsa escrotal e odor fétido. Ao exame, nota-se febre e presença de edema importante, eritema e áreas de necrose e flutuação em região genital. Com relação ao quadro descrito, qual a conduta mais adequada?
- A) Deve ser tratada com drenagem de áreas flutuantes, associada à antibioticoterapia guiada por cultura de secreções.
 - B) É considerada uma emergência urológica, devendo ser tratada clinicamente com antibioticoterapia para germes gram positivos e gram negativos.
 - C) Por se tratar de uma infecção causada por *Staphylococcus aureus*, seu tratamento consiste em antibioticoterapia dirigida para germes gram positivos.
 - D) Antibioticoterapia empírica para gram positivos, gram negativos e anaeróbios, associada a drenagem das coleções e desbridamento de tecidos necróticos devem ser instituídos em caráter de urgência.