



PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: CIRURGIA GERAL

ESPECIALIDADE: Gastroenterologia (R3) - Área de Atuação Endoscopia Digestiva

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 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.

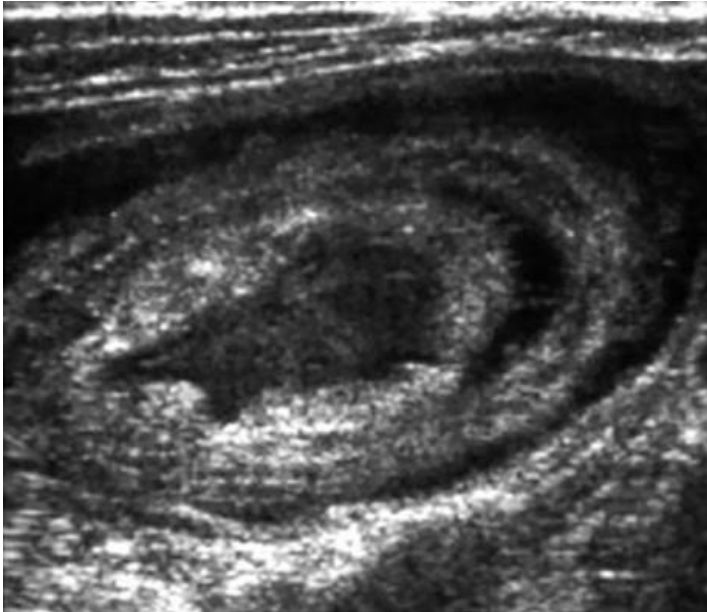
Boa prova!

Fortaleza, 02 de novembro de 2022.

Inscrição

Sala

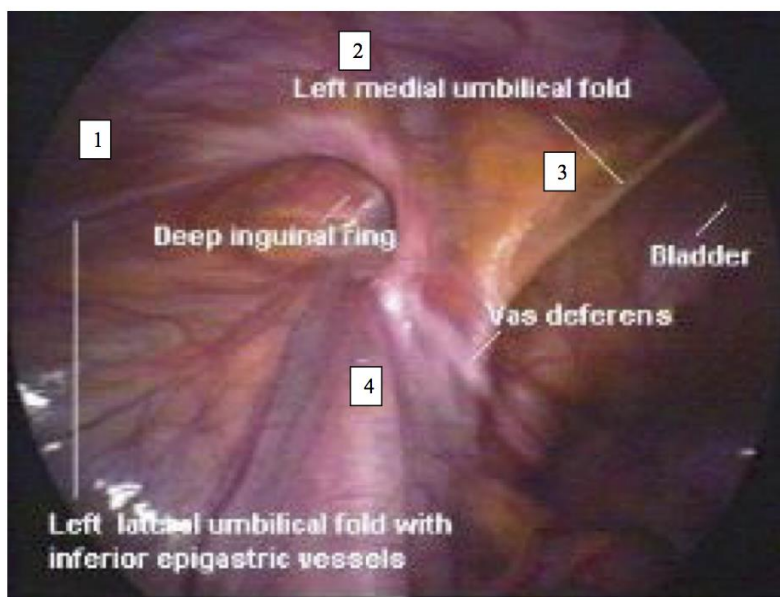
01. Menino, 8 meses de idade, bem nutrido, é atendido no setor de emergência por choro intenso há 5 horas. Apresenta episódios de movimentos das pernas ao encontro do abdome, compatível com padrão de cólicas abdominais, com intensidade progressiva e a intervalos cada vez menores. Mãe relata ainda vômitos 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) Colonoscopia com cauterização de lesão em cólon direito.
 - B) Destorção da lesão isquêmica por acesso videolaparoscópico.
 - C) Enema usando soro fisiológico 0,9% guiado por ultrassonografia.
 - D) Colectomia e confecção de ostomias por laparotomia exploradora.
02. 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.
03. 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.

04. Paciente masculino, 83 anos, no 6º PO de cirurgia ortopédica por fratura de colo de fêmur, evolui 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.
05. Paciente masculino, 42 anos, com história de dor epigástrica "em barra" com irradiação para o dorso, com dois dias de duração, após ingestão 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.
06. 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.
07. 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) Solicitar colonoscopia e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica para investigar causas de anormalidades biliares ou intestinais.
 - D) Manter acompanhamento ambulatorial com consultas de retorno para submeter o paciente a anamnese, exame físico e exames laboratoriais.
08. 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.

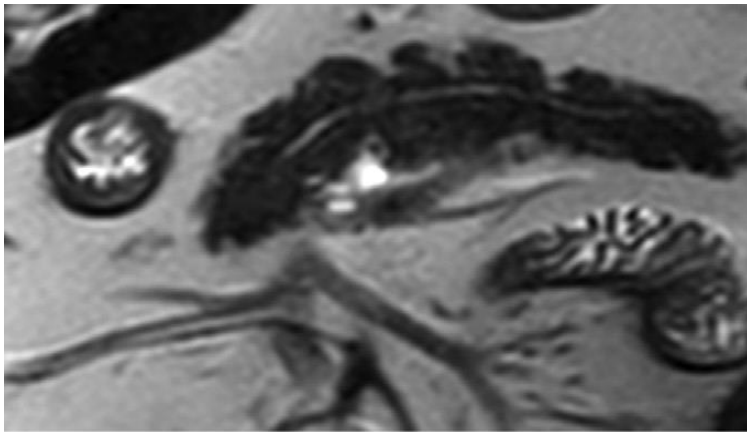
09. Um homem, 49 anos, deu entrada na emergência com dor abdominal difusa, 2 episódios de vômitos e distensão abdominal com início há 10 horas, nega febre ou diarreia. Exame físico: PA 90 x 60 mmHg, FC 118 bpm, presença de descompressão brusca positiva. O cirurgião indicou uma laparotomia que evidenciou 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.
10. 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.
11. 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 1)

- A) 1
 B) 2
 C) 3
 D) 4
12. 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.

13. 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.
14. 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.
15. 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 abdômen, 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.
16. 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) A maioria das lesões de uretra posterior estão associadas à fratura de pelve.
 - B) Sangue no meato uretral e "bexigoma" são sinais suspeitos de trauma uretral.
 - C) Se confirmado trauma de uretra posterior a uretroplastia deve ser realizada de imediato.
 - D) A uretrocistografia miccional deve ser realizada, antes de qualquer tentativa de sondagem vesical.

17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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 2)

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.