

## 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 I, conforme subitem 11.20 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 2023.

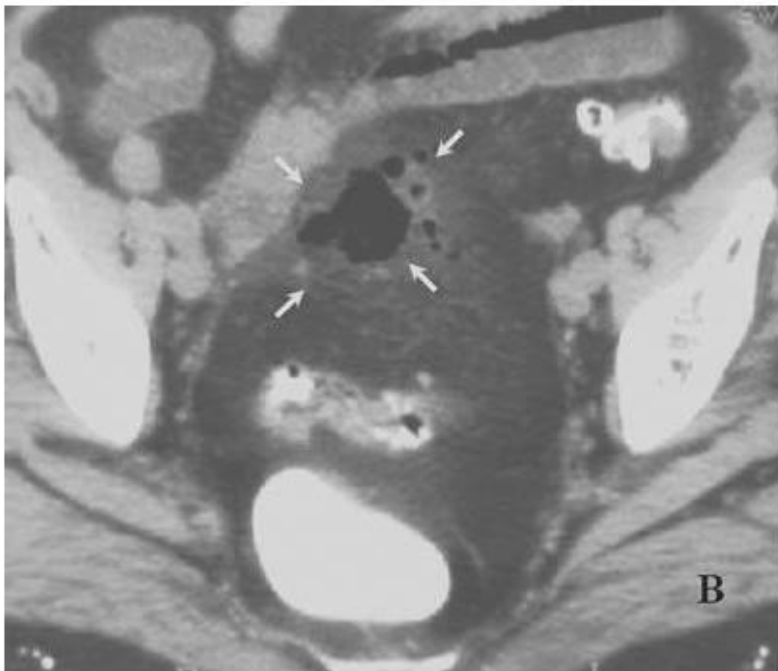
Inscrição

Sala

01. Paciente de 58 anos, com diagnóstico de cirrose hepática devido a hepatite C crônica, Child B, apresenta um nódulo hepático 20 mm localizado no segmento lateral esquerdo do fígado LI-RADS 5. O paciente possui um MELD (Model for End-Stage Liver Disease) de 16 e está clinicamente estável, sem evidências de metástases. Qual é a melhor conduta para o paciente?
- A) Quimioembolização.
  - B) Transplante hepático.
  - C) Hepatectomia parcial.
  - D) Observação e monitoramento ativo.
02. Um paciente apresenta dor persistente no quadrante superior direito do abdome e febre há 1 mês. A tomografia revela achados compatíveis com abscesso hepático. Em relação ao diagnóstico e tratamento do abscesso hepático, assinale a opção correta.
- A) A principal forma de diagnóstico de abscesso hepático é a biopsia guiada por tomografia computadorizada.
  - B) O tratamento primário para o abscesso hepático é baseado em antibioticoterapia exclusiva, independente do tamanho.
  - C) A monitorização clínica sem intervenção terapêutica é adequada para abscessos hepáticos menores, pois eles tendem a regredir espontaneamente.
  - D) O tratamento primário do abscesso hepático consiste em antibioticoterapia e drenagem percutânea ou cirúrgica, dependendo do tamanho e localização do abscesso.
03. Uma paciente de 52 anos foi submetida a uma colecistectomia devido a colecistite aguda. No pós-operatório, ela apresentou dor abdominal. Realizou uma tomografia que evidenciou coleção em leito hepático. Foi puncionada e drenada com a saída de 300ml de secreção biliosa. Após a drenagem, foi indicada a realização de colangiografia retrógrada endoscópica que evidenciou vazamento do coto de ducto cístico. Qual é a intervenção mais apropriada?
- A) Antibioticoterapia para tratar abscesso sub-hepático.
  - B) Laparotomia exploratória com reparo direto do coto do ducto cístico.
  - C) Papilotomia endoscópica ampla com colocação de prótese no ducto hepático.
  - D) Observação e acompanhamento clínico para avaliação da resolução espontânea do vazamento.
04. Um paciente de 55 anos está internado em um hospital terciário há 30 dias por um quadro de pancreatite aguda com evolução apresentando alguns episódios de reagudização. Vinha em curva de melhora clínica, quando passou a apresentar pior aceitação da dieta, dor abdominal e febre. Exames laboratoriais: Leucograma  $22000/\text{mm}^3$ ; PCR 247 (em ascensão). A tomografia evidenciou coleção líquida retrogástrica com volume estimado de 2000mL com paredes bem organizadas. Com base no caso clínico apresentado e nos conhecimentos sobre pancreatite aguda, qual a melhor opção para o paciente?
- A) Administração exclusiva de antibióticos de amplo espectro.
  - B) Aguardar e monitorar a evolução do quadro clínico antes de iniciar qualquer intervenção terapêutica.
  - C) Realização inicial de uma intervenção cirúrgica aberta, com drenagem externa da coleção. Usar antibióticos de amplo espectro.
  - D) Drenagem endoscópica com uma prótese e possível debridamento endoscópico, ou drenagem percutânea. Usar antibióticos de amplo espectro.
05. Paciente 65 anos apresentou-se com quadro de síndrome colestática e consumptiva que, ao final da investigação, mostrou-se ser devido a um adenocarcinoma de pâncreas periampular borderline. Optado pela quimioterapia neoadjuvante. Ao retorno, no novo estadiamento, observou-se, à tomografia, diminuição da lesão. Entretanto, o paciente mantinha a perda de peso, continuando desnutrido, e o CA 19-9 mediu 1067 U/mL. Neste caso, a melhor conduta é:
- A) Duodenopancreatectomia.
  - B) Videolaparoscopia diagnóstica.
  - C) Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
  - D) Colangiopancreatografia por ressonância magnética.

06. Paciente de 68 anos apresenta-se no ambulatório com regular estado geral e quadro de icterícia colestática e síndrome consumptiva. Realizou ultrassom e tomografia de abdome que mostraram somente dilatação das vias biliares intra-hepáticas. A colangiorrressonância evidenciou estenose irregular das vias biliares no nível da confluência dos ductos hepáticos. Realizou, em seguida, CPRE com colocação de prótese plástica e escovado da lesão. Tal escovado não mostrou sinais de malignidade. Neste caso, a melhor conduta é:
- A) Quimioterapia neoadjuvante.
  - B) Acompanhamento endoscópico trimestral.
  - C) Ressecção da estenose com reconstrução.
  - D) Acompanhamento ambulatorial com observação.
07. Paciente masculino, 30 anos, há 6 meses com diagnóstico de colite ulcerativa severa, com baixa qualidade de vida, múltiplos episódios diarreicos diários, anemia, pobre estado nutricional, apesar da máxima terapia medicamentosa ambulatorial possível. Há dois dias, optado pelo internamento para corticoterapia venosa, porém sem melhora. Há 12 horas, o paciente começou a apresentar febre e taquicardia. Pressão arterial mantida. O abdome era moderadamente distendido, mas sem peritonite. O leucograma mostrava 20000 leucócitos/dL<sup>3</sup> com desvio à esquerda. O raio X simples do abdome exibia distensão do cólon com diâmetro máximo de 7cm. Com este contexto clínico, laboratorial e radiológico, o tratamento de escolha é:
- A) Tratamento cirúrgico.
  - B) Dobrar a dose do corticoide.
  - C) Colonoscopia descompressiva.
  - D) Suspende corticoide e iniciar mesalazina.
08. Paciente masculino, 60 anos, tabagista, diabético e hipertenso compensado, com sobrepeso, operado de urgência por hérnia inguinal encarcerada. A cirurgia foi difícil tecnicamente, tendo demorado mais que o padrão. Evoluiu bem, recebendo alta no 2º PO. No retorno, no 7º PO, o paciente se encontrava com bom estado geral, aceitando dieta, afebril e sem dor. Pulso 72bpm, PA 130x85mmHg. A ferida operatória era indolor, com discreto eritema e pequena descarga purulenta. A conduta neste caso é:
- A) Iniciar antibioticoterapia empírica.
  - B) Abrir a ferida e lavar com solução salina.
  - C) Reinternação, debridamento cirúrgico extenso e antibioticoterapia.
  - D) Mandar material para cultura e iniciar antibiótico somente com antibiograma.
09. Paciente do sexo feminino, 53 anos, realizou endoscopia digestiva alta devido a queixas dispépticas que observou abaulamento da mucosa em região do corpo médio na grande curvatura gástrica. Tal achado culminou na realização de uma ultrassonografia endoscópica que concluiu por presença de lesão subepitelial arredondada, de 7 cm, com padrão heterogêneo e recoberta por mucosa normal. Paciente nega história de anemia, perda de peso, hematêmese ou melena. Qual a melhor conduta a ser orientada a esta paciente no consultório?
- A) Manter acompanhamento clínico semestral com ultrassonografia endoscópica.
  - B) Realizar, de forma mandatória, biopsia endoscópica por agulha fina.
  - C) Iniciar tratamento exclusivo com Imatinib.
  - D) Indicar gastrectomia vertical.
10. Mulher de 48 anos deu entrada na emergência com quadro de dor epigástrica de forte intensidade associada a náuseas e vômitos. Ao exame físico, obesa, hipoidratada ++/4+, hipocorada +/4+, Temp= 38,6, FC = 110bpm, PA = 100 x 70mmHg. Abdome superior tenso e doloroso à palpação profunda, porém sem sinais de irritação peritoneal e com peristalse levemente diminuída. Os primeiros exames laboratoriais solicitados mostraram: leucócitos = 18.300/mm<sup>3</sup>, glicose = 250mg/dL, LDH = 480UI/L, TGP = 175UI/L, amilase sérica = 1180U/L, lípase = 320U/L, cálcio = 8,0mg/dL, albumina = 3,7mg/dL. Para definição da etiologia do quadro clínico da paciente, qual o primeiro exame de imagem que deve ser realizado?
- A) Tomografia computadorizada de abdome.
  - B) Ressonância magnética de abdome.
  - C) Ultrassonografia abdominal total.
  - D) Raio X de abdome superior.

11. Paciente 73 anos, feminina, diabética, hipertensa, com IRA dialítica e ICC leve controlada farmacologicamente, apresentou dor súbita em FID quando tentava subir um lance de escada. Ao exame físico, apresentava massa de 2 cm, endurecida e dolorosa, sem sinais flogísticos em região inguinal direita, abaixo do trato iliopúbico. A melhor conduta para a paciente é:
- A) Indicar tratamento cirúrgico.
  - B) Sugerir que paciente evite esforço físico.
  - C) Realizar conduta de espera vigilante (watchful waiting).
  - D) Orientar a aquisição de uma cinta (“funda”) para região inguinal direita.
12. Paciente com 82 anos, alcoolista e tabagista há 60 anos, hipertenso, diabético, portador de DPOC, sem história prévia de disfagia é submetido à endoscopia digestiva alta que revelou lesão de 13mm de diâmetro a 27cm da arcada dentária superior. O estudo anátomo-patológico dos fragmentos biopsiados mostrou carcinoma espinocelular. A lesão não causa redução do lúmen esofágico. Em relação ao estadiamento do paciente, a melhor opção a realizar é:
- A) TC de tórax e abdome, PET/TC, ultrassom endoscópico e broncoscopia.
  - B) TC de crânio, RNM de tórax e abdome, PET/TC e ultrassom endoscópico.
  - C) TC de tórax e abdome, RNM de crânio, cintilografia óssea e broncoscopia.
  - D) TC de crânio, RNM de tórax e abdome, cintilografia óssea e ressecção mucosa endoscópica.
13. Homem de 55 anos, dá entrada na emergência com história de dor em fossa ilíaca esquerda e febre há 4 dias, com lipotímia nas últimas 24 horas. No exame físico, foi evidenciada febre (temperatura axilar 38,6°C), frequência cardíaca (FC) 128 bpm, palidez cutâneo-mucosa (+/4+) pressão arterial (PA) 88x52 mmHg e dor com descompressão brusca positiva em flanco esquerdo e hipogastrio. Portador de diabetes, peso atual 82 kg, altura 1,65m. Realizou tomografia (vide imagem). Iniciada ressuscitação volêmica com ringer lactato 30ml/kg peso, evoluindo com PA 90x64mHg e FC de 132 bpm. Iniciada noradrenalina 15ml/h.



Para esse caso, indique a opção que apresenta a conduta mais adequada em termos de tratamento, neste momento.

- A) Indicar laparotomia exploradora, drenagem da coleção e colectomia esquerda a Hartmann.
- B) Realizar ultrassonografia a cada 4 horas, antibioticoterapia e, em caso de aumento da coleção, drenagem percutânea por tomografia.
- C) Encaminhar o paciente ao centro cirúrgico para realização de videolaparoscopia para drenagem da coleção, lavagem da cavidade peritoneal e colorrafia.
- D) Internar em unidade de terapia intensiva, antibioticoterapia, coletar hemoculturas, realizar exames de imagem seriados, programar colectomia laparoscópica com anastomose primária eletiva em 30 dias.

14. Homem, 74 anos, com história de icterícia flutuante, febre e dor em hipocôndrio direito há um mês. Exames laboratoriais revelavam gama-glutamilttransferase de 692U/ml e fosfatase alcalina de 155U/ml, e a ultrassonografia abdominal demonstrava colédoco de 1,4cm de diâmetro, visualização da vesícula biliar de aspecto escleroatrófica com presença de imagem compatível com cálculo, medindo 0,8cmx0,6cmx0,5cm. Foi realizada uma colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER), com papilotomia endoscópica ampla e extração de três cálculos, com excelente drenagem da bile e do contraste ao término do procedimento. O paciente evoluiu bem e após 48 horas recebeu alta. Cerca de 2 semanas após a internação, apresentou quadro de febre, icterícia e dor em hipocôndrio direito. Realizou tomografia abdominal (foto).



Dentre as opções a seguir, a melhor conduta para o paciente, neste momento, é:

- A) Colecistostomia guiada por ultrassonografia.
  - B) Drenagem transparietohepática das vias biliares.
  - C) Colecistectomia com exploração de vias biliares.
  - D) Nova CPER com wirsungrafia e visualização direta do ducto colédoco com spyglass.
15. Paciente masculino, 22 anos de idade, auxiliar de pedreiro, sofreu acidente em região cervical, no trabalho (vide figura). Chega na sala de emergência de hospital de referência em trauma, removido pelo SAMU apresentando estrutura metálica transfixando o pescoço, com o seguinte quadro: Glasgow 15, estável hemodinamicamente, cateter nasal 3l/min, saturação de O<sub>2</sub> de 96%, acesso com jelco 14Fr em MSD. Durante sua avaliação inicial, você não identifica hematomas, enfisema subcutâneo e uma leve rouquidão.



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

Qual o próximo passo na condução do caso?

- A) Realizar exames endoscópicos e com via aérea estabelecida, retirar o corpo estranho.
- B) Proceder à cricotireoidostomia na sala de emergência devido à lesão laríngea evidente.
- C) Internar paciente em enfermaria, retirar corpo estranho e acompanhar aceitação da dieta oral pastosa.
- D) Realizar endoscopia digestiva alta para diagnóstico e tratamento da lesão esofágica com cola de fibrina.

16. Paciente masculino com 26 anos comparece ao ambulatório de cirurgia bariátrica, para avaliação, acompanhado do irmão. Atualmente com Peso de 124kg, Altura 1,79 (Peso máximo de 133kg), com redução às custas de acompanhamento nutricional e ajustes das medicações - quetiapina, escitalopam e lítio para transtorno de humor tipo borderline. Informa apneia do sono leve (SIC - não usa CPAP), e HAS (losartana 100mg/dia) e possui endoscopia digestiva alta com esofagite erosiva moderada. Relata que está se sentindo bem e sem usar drogas ilícitas (cocaína e crack) ou ingerir bebida alcoólica há cerca de 2 meses e que deseja fazer a cirurgia para melhorar a autoestima e controlar sua raiva/agressividade com as pessoas que "NÃO GOSTAM DELE POR SER GORDO" e das vozes em sua cabeça rindo dele. Além disso, informa que a sua nutricionista e sua psiquiatra apoiaram que ele viesse à consulta. Após avaliação, qual a melhor abordagem indicada para esse paciente?
- A) Reencaminhar paciente ao psiquiatra, solicitando avaliação para ajuste de medicamentos para transtorno de humor, inclusive com revisão de diagnóstico.
  - B) Solicitar exames pré-operatórios e avaliações nas especialidades em que ele não possui acompanhamento e indicar cirurgia de By-pass (Capella).
  - C) Informar ao paciente e familiar que o caso dele deverá ser tratado com o balão intragástrico, o qual deve ser retirado 6 meses após a colocação.
  - D) Encaminhar o paciente para ambulatório pré-anestésico, explicando que, se houver liberação, ele poderá fazer a cirurgia.
17. Paciente 35 anos, vítima de politrauma por queda de moto, realizou laparotomia exploradora com enterectomia e esplenectomia. Evoluiu com abscessos intracavitários, necessitando de várias abordagens para drenagem e lavagem da cavidade peritoneal. Tem TC de controle sem novas coleções. Fez uso de Ciprofloxacino, Ampicilina-sulbactam, Piperacilina-tazobactam. Agora está em uso de Meropenem. Estava em progressão para dieta pastosa, porém vem evoluindo há 3 dias com 5 episódios diarreicos por dia, sem sangue ou pus. Ao exame: escala de coma de Glasgow 15, estável hemodinamicamente sem uso de DVA, sinais vitais normais, abdome plano e flácido. Leucócitos  $10.400\text{mm}^3$ ; Albumina  $3,0\text{g/dL}$ ; Creatinina  $1,3\text{mg/dL}$ . Em retossigmoidoscopia, o achado foi de processo inflamatório no cólon sigmoide com deposição de fibrina em aspecto de pseudomembranas. Sobre este caso, qual a alternativa correta?
- A) A recomendação é reiniciar ciprofloxacino e metronidazol e zerar a dieta.
  - B) A recomendação é iniciar metronidazol via oral e avaliar suspensão do Meropenem.
  - C) A recomendação é iniciar fidaxomicina e deixar o paciente em isolamento de contato.
  - D) A recomendação é solicitar Angio-Tc de abdome e realizar anticoagulação plena, devido a forte suspeita de isquemia intestinal.
18. Paciente, 57 anos, internado em UTI há 05 dias por sepse abdominal por pancreatite aguda grave. Evoluindo com abdome tenso à palpação, doloroso (sem irritação peritoneal) e distensão abdominal importante. Encontra-se em dieta zero há 05 dias, com resíduo gástrico de 800mL nas últimas 12 horas e mensuração da pressão intra-abdominal de 17mmHg, confortável em ventilação espontânea com cateter nasal de alto fluxo, estável hemodinamicamente e com débito urinário  $0,6\text{ml/kg/h}$ . Você é chamado para avaliar a melhor terapia nutricional neste paciente. Sobre isso, qual alternativa correta?
- A) Passagem de sonda nasoenteral e início de dieta enteral com 50% da meta calórica calculada ( $35\text{kcal/kg}$ ) na vazão de  $25\text{mL/h}$ .
  - B) Devido aos critérios compatíveis com síndrome compartimental, manter em dieta zero e realizar laparotomia descompressiva imediata.
  - C) Devido ao risco potencial de desnutrição e ao quadro de íleo, iniciar terapia nutricional parenteral total, com meta proteica durante a doença crítica de  $1,3\text{g/kg}$ , de forma gradativa.
  - D) Devido ao risco potencial de desnutrição e ao quadro de íleo, iniciar terapia nutricional parenteral suplementar com 50% da meta calórica e  $2,5\text{g/kg}$  de meta proteica durante a doença crítica, com progressão em 48 horas.
19. Paciente de 45 anos, sem comorbidades, realizou uma hernioplastia incisional com aposição de tela de polipropileno há pouco mais de 30 dias e retorna ao ambulatório, sem sinais de sepse, mas com ultrassom evidenciando coleção heterogênea organizada de cerca de 150ml em parede abdominal. Ferida operatória já cicatrizada e sem exteriorização de secreção. Qual seria a conduta mais adequada?
- A) Não retirar a tela e antibioticoterapia.
  - B) Não retirar a tela, drenagem percutânea e antibioticoterapia.
  - C) Laparotomia exploradora, drenagem da coleção e retirar a tela.
  - D) Abrir toda a ferida operatória, desbridar a parede abdominal e retirar a tela.

20. Paciente 40 anos, 1º PO de tireoidectomia total por bócio multinodular atóxico com efeitos compressivos, evoluiu com parestesias em membros e região perioral e a seguinte alteração no exame clínico e o seguinte ECG:



Imagem 1

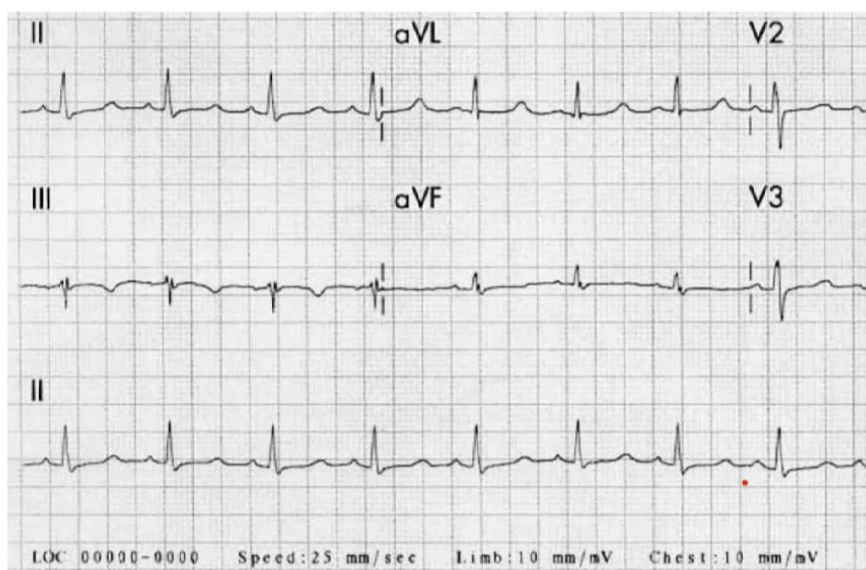


Imagem 2

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

Diante do caso, quais são as alterações apresentadas, qual o diagnóstico provável e qual a terapêutica adequada?

- A) A paciente apresenta descrição clássica do sinal de Chvostek e ECG compatível com hipercalcemia; a conduta é infusão venosa de dexametasona 10mg em bolus, furosemida 40mg e hidratação vigorosa com solução salina.
- B) A paciente apresenta sintomas e sinais clássicos de hipocalcemia, além de achados ao ECG (encurtamento do intervalo QT e intervalo PR); a conduta é infusão venosa de gluconato de cálcio 10% 1g, além de hidratação vigorosa com solução salina.
- C) A paciente apresenta sintomas e sinais de hipercalcemia, além de achados ao ECG (alargamento do QRS); a conduta é infusão venosa de gluconato de cálcio 10% 1g e furosemida 40mg.
- D) A paciente apresenta sintomas e sinais clássicos de hipocalcemia, além de achados ao ECG (alargamento do intervalo QT); a conduta é infusão venosa de gluconato de cálcio 10% 1g em 10 a 20 minutos.

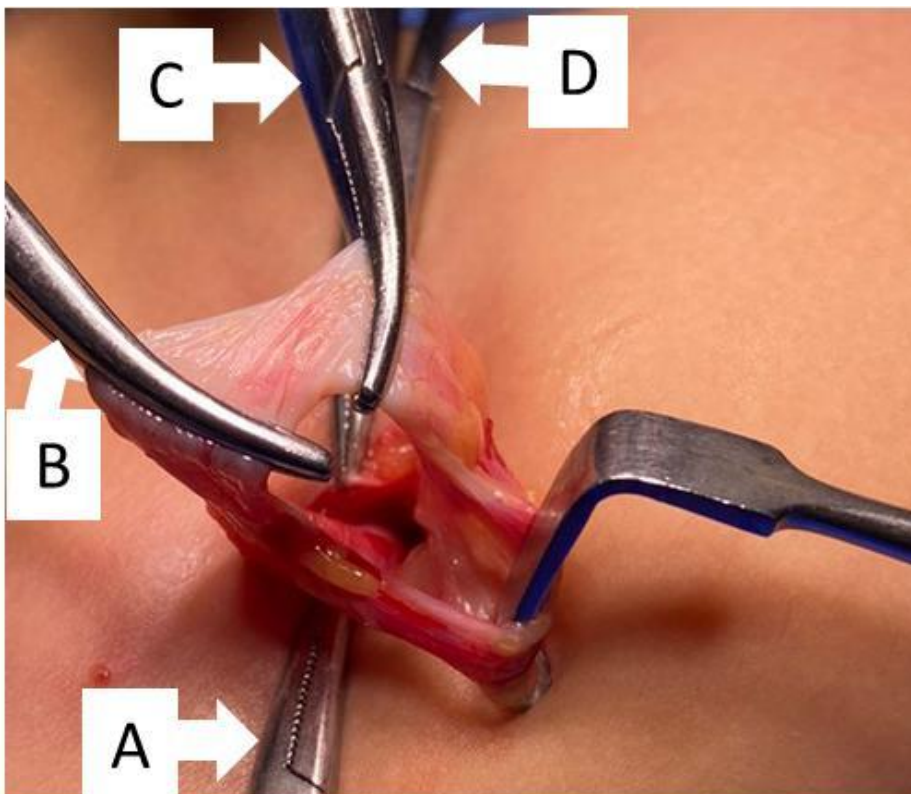
21. Paciente masculino 67 anos, HAS e DM, apresenta-se em seu consultório para avaliação pré-operatória por indicação de retossigmoidectomia. História de infarto agudo do miocárdio há 4 anos. Faz uso crônico de hipoglicemiante, além de aspirina 100mg/dia, atorvastatina 40mg, succinato de metoprolol 100mg/dia, captopril 75mg/dia e clortalidona 12,5mg. Sobre as orientações a serem realizadas, qual a alternativa correta?
- A) A recomendação é suspender a atorvastatina, pelo risco de rabdomiólise.
  - B) A recomendação é suspender o AAS pois o paciente já passou da fase crítica de trombose de stent e reinfarcto, sendo segura a suspensão.
  - C) A recomendação é que sejam suspensos todos os anti-hipertensivos um dia antes do procedimento cirúrgico pelo risco de hipotensão e bradicardia na indução anestésica.
  - D) A recomendação é manter betabloqueador, AAS e estatina no perioperatório, pois a suspensão dessas medicações de uso crônico pode ser preditor independente de evento cardiovascular pós-operatório.
22. Paciente feminina com 60 anos, assintomática, realizou ultrassom de rotina que identificou lesão cística no pâncreas. Foi avaliada pelo ginecologista, que solicitou ressonância de abdome superior com contraste e colangioppancressonância, tendo evidenciado três lesões císticas, medindo 18,14 e 10mm em corpo do pâncreas, de paredes finas, comunicando-se com ducto principal, que mede 3 mm de diâmetro. O marcador CA-19.9 é normal. Qual a proposta de tratamento para o caso?
- A) Realizar ecoendoscopia com punção e biopsia.
  - B) Realizar acompanhamento com ressonância após 6 meses.
  - C) Realizar mesopancreatectomia com anastomose pancreatojejunal.
  - D) Realizar pancreatectomia corpocaudal com preservação esplênica.
23. Paciente 29 anos, gestação com 20 semanas, comparece à emergência com queixa de dor em andar superior do abdômen e vômitos há cerca de 24 horas, apesar do uso de analgésicos e antieméticos, prescritos por seu obstetra. Realizou ultrassonografia (USG) abdominal que evidenciou vesícula distendida, paredes espessadas com líquido perivesicular, contendo cálculos em seu interior; vias biliares intra e extra-hepáticas normais. Após 24 horas, evolui com piora da dor, apesar de analgesia e antibioticoterapia otimizadas. Nova USG semelhante à anterior. Diante do quadro, qual a melhor conduta?
- A) Realizar colecistectomia convencional.
  - B) Realizar colecistectomia videolaparoscópica.
  - C) Realizar colecistostomia, guiada por USG, para tratar a crise atual.
  - D) Realizar tratamento clínico, reservando o tratamento cirúrgico em caso de perfuração da vesícula biliar.
24. Paciente, 65 anos, portador de diabetes e tabagista. Está em pré-operatório para tratamento de adenocarcinoma de sigmoide e foi diagnosticado com doença arterial coronariana. Cardiologista indicou realização de angioplastia previamente à cirurgia colorretal. Contudo, nos últimos 04 dias, paciente está com quadro obstrutivo. Encontra-se hemodinamicamente estável, com desidratação leve, abdome distendido, levemente doloroso, sem peritonite; toque retal sem presença de fezes ou sangue na ampola retal. Tomografia com obstrução ao nível de sigmoide distal e distensão moderada de colon; ausência de metástases, pneumoperitônio ou líquido livre. Após reposição hidroeletrólítica, qual a melhor conduta?
- A) Indicar colostomia em alça proximal à obstrução.
  - B) Indicar retossigmoidectomia com colostomia terminal por laparotomia.
  - C) Indicar tratamento paliativo exclusivo, dado o risco de morte iminente do ponto de vista cardiovascular.
  - D) Indicar tratamento endoscópico, com aposição de prótese metálica autoexpansível no local de obstrução.
25. Paciente masculino, 45 anos, sem comorbidades, chega à emergência com relato de ferimento por arma de fogo em flanco esquerdo há cerca de duas horas. Relata queixa de dor abdominal. Nega síncope. Ao exame, encontra-se normotenso, FC 92bpm, Sat. O<sub>2</sub> 98%. Foi submetido a laparotomia exploradora de urgência com achados de pequena quantidade de sangue, presença de contaminação fecal, lesão de entrada e saída em cólon descendente com menos de 50% da circunferência. Qual a conduta cirúrgica para o caso em questão?
- A) Colostomia em alça, expondo o local das lesões.
  - B) Desbridamento e refia primária das lesões de cólon.
  - C) Desbridamento e refia das lesões de cólon; confecção de ileostomia protetora.
  - D) Colectomia segmentar, englobando as lesões; confecção de colostomia terminal.



26. Paciente do sexo feminino, de 63 anos, com diagnóstico de neoplasia de reto e lesão tumoral distando cerca de 4cm da margem anal. Paciente é estadiada, através de exames de imagem, como T3N0M0. Qual o tratamento mais indicado nesse momento?
- A) Quimioterapia neoadjuvante.
  - B) Amputação abdomino-perineal do reto.
  - C) Quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes.
  - D) Retossigmoidectomia e quimioterapia adjuvante.
27. Paciente do sexo masculino, de 56 anos, transplantado renal, com bom status performance, relata que há 2 anos notou o surgimento de uma ulceração em pele de couro cabeludo. Ao exame físico, nota-se uma lesão ulcerada de cerca de 5cm de diâmetro em pele de região parietal esquerda do couro cabeludo. Biopsia incisional revelou tratar-se de um carcinoma espinocelular pouco diferenciado. Qual seria o tratamento mais indicado?
- A) Radioterapia exclusiva.
  - B) Radioterapia neoadjuvante.
  - C) Ressecção cirúrgica com margens oncológicas de 2mm.
  - D) Ressecção cirúrgica com margens oncológicas de 10mm.
28. Homem, de 50 anos, recebeu um diagnóstico de apendicite duas semanas após o início dos sintomas. Refere febre e dor abdominal localizada na fossa ilíaca direita, sem sinais de peritonite ao exame físico. Realizou uma tomografia de abdome com contraste que evidenciou um fleimão periapendicular sem formação de coleção organizada. Qual conduta seria a mais indicada, neste primeiro momento?
- A) Drenagem percutânea do fleimão.
  - B) Ressonância magnética de pelve.
  - C) Antibioticoterapia.
  - D) Apendicectomia.
29. Um paciente de 65 anos com sobrepeso, sem comorbidades, irá se submeter a uma colectomia direita por neoplasia de cecum. Quanto a tromboprofilaxia como deve se conduzir a equipe cirúrgica?
- A) Deve ser aplicada para esse paciente a estratificação de risco para trombose venosa, segundo a escala de Pádua.
  - B) O paciente deve, precocemente, manter-se sentado em cadeira fora do leito com objetivo de reduzir a taxa de trombose.
  - C) A profilaxia com heparina de baixo peso molecular na dose correta apresenta superioridade quando comparada à profilaxia mecânica.
  - D) A heparina não fracionada deve ser aplicada na dose de 5000 unidades subcutânea a cada 12 horas, como método profilático eficaz.
30. Paciente do sexo masculino, 58 anos, dá entrada no departamento de emergência apresentando dor interescapular que se irradia para o abdômen superior iniciada há 2 horas. Realizou angiotomografia que demonstrou dissecação aórtica que se iniciava logo distal à artéria subclávia esquerda e se estendia por toda a aorta torácica descendente, por todo o segmento abdominal e pela parte proximal da artéria ilíaca comum esquerda. Não apresentava sinais de ruptura nem má perfusão visceral. Qual a afirmativa correta?
- A) A conduta cirúrgica imediata está indicada.
  - B) O tratamento indicado para esse caso é endovascular.
  - C) As queixas clínicas sugerem dissecação da aorta ascendente.
  - D) A maioria dos casos semelhantes não necessitam de cirurgia imediata.
31. A toracotomia de reanimação é uma medida terapêutica extrema que faz parte do arsenal cirúrgico num ambiente de trauma. Em relação à Toracotomia de Reanimação qual dos seguintes casos se constitui a melhor indicação para esse procedimento?
- A) Homem de 35 anos vítima de politrauma com grave TCE e choque por sangramento intratorácico.
  - B) Mulher de 32 anos com ferimento à faca no coração em choque com sinais vitais diminuídos, em vias de colapso cardiovascular.
  - C) Homem de 60 anos com trauma penetrante em hemitórax esquerdo que chegou ao setor de emergência em parada cardiorrespiratória.
  - D) Homem 53 em choque grave por avulsão de membro inferior com objetivo de clampar a aorta ascendente e direcionar o sangue para as coronárias e cérebro.

32. Um paciente jovem, vítima de trauma grave na perna direita, queixa-se de dor no membro. Ao exame, o pé está pálido e sem cianose. Com relação a possibilidade de síndrome compartimental, como a equipe deve se conduzir?
- A) Uma diferença entre a pressão intracompartimental e pressão diastólica do paciente maior que 30 mmHg indica a fasciotomia.
  - B) A ausência de pulso distal é um achado precoce de síndrome compartimental, sendo usado preditor de má resposta ao tratamento conservador.
  - C) A presença de pulso palpável no membro afasta o diagnóstico de síndrome compartimental.
  - D) A medida contínua da pressão intracompartimental é o método ideal para detecção precoce.
33. Paciente, 40 anos, instrutor do curso de formação de policiais militares. Durante uma demonstração, acidentalmente dispara sua arma, atingindo bolsa escrotal e perna esquerda. É atendido em emergência de Hospital secundário, com volumoso hematoma escrotal. Sobre o caso, assinale a conduta ideal.
- A) A exploração precoce e reparo da lesão escrotal e testicular não deve ser postergada.
  - B) Está indicado tratamento conservador, com limpeza local, curativo e antibioticoterapia de amplo espectro.
  - C) Indicar sua exploração cirúrgica somente após realização de ultrassonografia com doppler de bolsa escrotal, caso revele lesão de túnica vaginalis.
  - D) Deve-se transferir o paciente para hospital terciário para realização de tomografia ou ressonância de bolsa escrotal, afim de discutir a viabilidade dos testículos.
34. Paciente masculino, 28 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em abdome, trazido pelo SAMU. Socorrista já realizou medidas iniciais (ácido tranexâmico, 1000mL soro ringer lactato e cateter com oxigênio). Queixa-se de dor abdominal difusa, está bastante sudoréico e desorientado. Pulso 130bpm, Pressão arterial 80x60mmHg. Qual a melhor conduta frente ao caso?
- A) Infundir mais 1000mL de soro ringer lactato e encaminhar para laparotomia exploradora.
  - B) Encaminhar imediatamente à laparotomia exploradora e realizar transfusão sanguínea após controle do sangramento com sangue tipo-específico.
  - C) Acionar protocolo de transfusão maciça com uso de concentrado de hemácias tipo O e encaminhar imediatamente à laparotomia exploradora.
  - D) Encaminhar à laparotomia exploradora após estabilização clínica com acionamento do protocolo de transfusão maciça e uso de concentrado de hemácias tipo O.
35. Paciente, 70 anos, agricultor, não costuma ir a consultas médicas, comparece à UPA com quadro de dor hipogástrica importante, associada a incapacidade de urinar e bexigoma palpável. Nega episódio semelhante anteriormente ou história de trauma pélvico, embora apresentasse algumas queixas crônicas prévias, como polaciúria e nictúria. Frente ao caso, assinale a melhor conduta inicial.
- A) Deve-se proceder a sondagem vesical de alívio e iniciar tratamento clínico com inibidores da enzima fosfodiesterase tipo 5, associada à investigação.
  - B) Deve-se evitar a sondagem vesical e proceder de imediato à cistostomia por punção suprapúbica, associada à investigação.
  - C) Deve-se confirmar o diagnóstico de hiperplasia prostática benigna, com tratamento cirúrgico estando indicado de imediato por se tratar de um quadro de retenção urinária aguda.
  - D) Deve-se iniciar tratamento medicamentoso exclusivo, com utilização de drogas beta-bloqueadoras e inibidores da enzima fosfodiesterase tipo 5, associado à investigação.
36. Paciente de 18 anos com diagnóstico de anemia falciforme, comparece à emergência com queixa de ereção dolorosa e persistente há 6 horas. Nega trauma local ou uso de drogas. Qual a melhor conduta?
- A) Deve-se proceder de imediato a realização de shunt esponjo-cavernoso, por risco de disfunção erétil irreversível.
  - B) Por se tratar de um caso de priapismo não-isquêmico, pode-se aguardar resolução espontânea até 12 horas de evolução.
  - C) Por se tratar de um caso de priapismo isquêmico, deve-se proceder com analgesia e aguardar transferência para hospital terciário.
  - D) Deve se proceder à irrigação dos corpos cavernosos com solução salina; em caso de falha, pode-se lançar mão de agonistas alfa-adrenérgicos, como a fenilefrina, também por via intracavernosa.

37. Menino, 10 anos de idade, é atendido na UPA por dor testicular direita aguda desde o dia anterior que se iniciou de forma insidiosa, sem outras queixas. Nega náuseas, vômitos, disúria e febre. Ao exame físico, clinicamente bem, ausência de abaulamento em região inguinal, com testículos tópicos, reflexo cremastérico preservado bilateralmente e sinal de Angel ausente em ambos os testículos. No testículo direito, observa-se dor à palpação localizada em sua porção cranial junto à transição com epidídimo onde também se observa uma área de coloração azul escura. A partir da hipótese diagnóstica mais provável, qual a conduta mais apropriada?
- Prescrever analgésico oral e agendar reavaliação clínica.
  - Encaminhar para exploração testicular direita de emergência.
  - Indicar biopsia cirúrgica por acesso via escrotal com exame de congelação.
  - Internar para antibioticoterapia endovenosa seguido de biopsia via inguinal.
38. Lactente, masculino, 8 meses de idade, é encaminhado para avaliação de cirurgião pediátrico por hipótese de criptorquidia desde o nascimento. Ao exame, observam-se testículo direito tópico e de dimensões normais e testículo esquerdo não palpável seja em bolsa, seja em região inguinal e áreas anatômicas circunvizinhas. Genitália masculina normal. A melhor conduta para esta criança deve ser:
- Indicar videolaparoscopia diagnóstica a partir dos dados clínicos atuais descritos.
  - Aguardar até 2 anos de idade e, se exame físico inalterado, indicar videolaparoscopia diagnóstica.
  - Aguardar até 2 anos de idade e solicitar ultrassonografia de abdome total para definição de conduta.
  - Indicar videolaparoscopia apenas diante de ultrassonografia de abdome total identificando testículo intra-abdominal.
39. Criança, sexo masculino, 3 anos de idade, nascida a termo, apresenta hérnia inguinal direita de aspecto usual para a idade. Não há evidência clínica de hérnia inguinal ou hidrocele contralateral e testículos são de tamanho normal e tópicos. A figura abaixo demonstra um dos tempos cirúrgicos da correção da afecção em questão na referida criança.



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

Sobre esta abordagem cirúrgica, podemos afirmar que:

- As pinças Halstead A e D delimitam área onde deverá ser aposta tela de polipropileno para evitar recidiva.
- As pinças Halstead B e C delimitam área a ser seccionada e realizada ligadura em sua porção proximal.
- O Senn Muller afasta estruturas que precisam ser cauterizadas ou ligadas para controle de hemostasia.
- É mandatória a exploração cirúrgica de rotina do lado contralateral nesta criança.

40. Criança, 2 meses de vida, nascida a termo, com história de constipação desde o nascimento, independente de uso de leite materno ou não. Após nascer, sua primeira evacuação ocorreu no terceiro dia de vida após estímulo retal. Recebeu alta com orientação de manter esse estímulo retal em casa e, depois, realizou o enema contrastado com imagem abaixo. Sem outras comorbidades.



Qual deva ser a próxima etapa na conduta dessa criança?

- A) Indicar abaixamento de cólon assistido por videolaparoscopia, devido à zona de transição ser alta.
- B) Proceder a manejo clínico da constipação e repetir o enema após o primeiro ano de vida.
- C) Realizar biopsia retal coletando espécime a pelo menos 2cm acima da linha denteada.
- D) Solicitar colonoscopia com preparo de cólon adequado e biopsia da zona de transição.