

## 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 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!

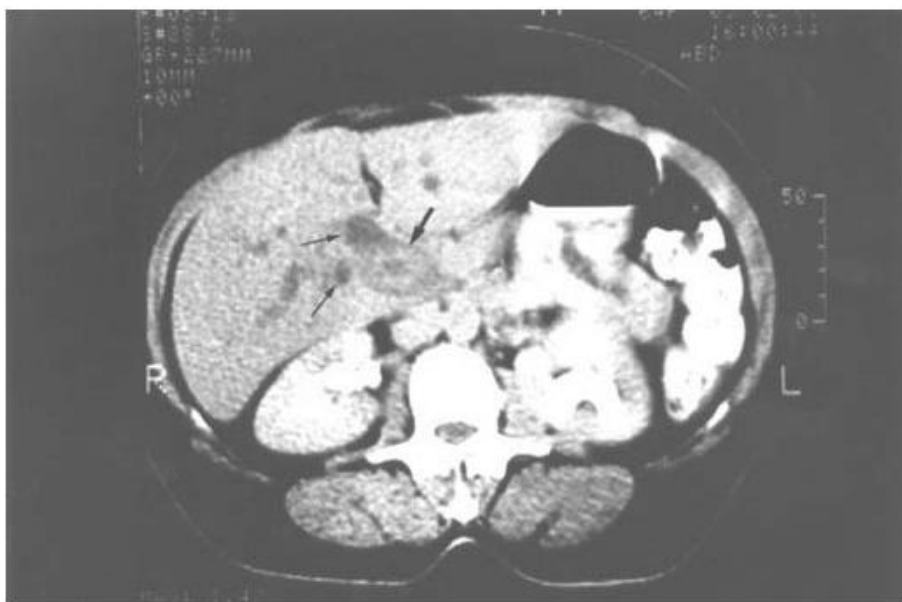
Fortaleza, 02 de novembro de 2023.

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) Transplante hepático.
  - B) Hepatectomia parcial.
  - C) Quimioembolização.
  - 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. 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 colangiorressonância 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.
05. 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.

06. 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.
07. Homem, 74 anos, com história de icterícia flutuante, febre e dor em hipocôndrio direito há um mês. Exames laboratoriais revelavam gama-glutamiltransferase 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.
08. 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 10.400mm<sup>3</sup>; Albumina 3,0g/dL; Creatinina 1,3mg/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.

- 09.** 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.
- 10.** 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.
- 11.** 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 colangiopâncreatografia, tendo evidenciado três lesões císticas, medindo 18,14 e 10mm em corpo do pâncreas, de paredes finas, comunicando-se com ducto principal, que mede 3mm de diâmetro. O marcador CA-19.9 é normal. Qual a proposta de tratamento para o caso?
- A) Realizar ecoendoscopia com punção e biópsia.
  - B) Realizar mesopancreatectomia com anastomose pancreatojejunal.
  - C) Realizar pancreatectomia corpocaudal com preservação esplênica.
  - D) Realizar acompanhamento com ressonância após 6 meses.
- 12.** 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.
- 13.** 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.

14. 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 liquido 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.
15. 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 rafia primária das lesões de cólon.
  - C) Desbridamento e rafia das lesões de cólon; confecção de ileostomia protetora.
  - D) Colectomia segmentar, englobando as lesões; confecção de colostomia terminal.
16. 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) Ressonância magnética de pelve.
  - B) Drenagem percutânea do fleimão.
  - C) Apendicectomia.
  - D) Antibioticoterapia.
17. 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.
18. 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) Acionar protocolo de transfusão maciça com uso de concentrado de hemácias tipo O e encaminhar imediatamente à laparotomia exploradora.
  - B) Encaminhar imediatamente à laparotomia exploradora e realizar transfusão sanguínea após controle do sangramento com sangue tipo-específico.
  - C) Encaminhar à laparotomia exploradora após estabilização clínica com acionamento do protocolo de transfusão maciça e uso de concentrado de hemácias tipo O.
  - D) Infundir mais 1000mL de soro ringer lactato e encaminhar para laparotomia exploradora.

19. 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.
20. 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.