

Programas:

Cirurgia do Aparelho Digestivo
Cirurgia Torácica
Urologia
Cirurgia Vascular

RESIDÊNCIA MÉDICA IDOR 2025

PROVA DE CIRURGIA GERAL

15/12/2024

Este caderno, com 20 páginas numeradas, contém 50 questões objetivas de Cirurgia Geral. Além deste caderno, você está recebendo um Cartão de Respostas.

Observe as seguintes instruções, antes de iniciar a prova:

- Após a autorização para abrir este caderno, verifique se a impressão, a paginação e a numeração das questões estão corretas. **Caso observe qualquer erro, notifique o fiscal.**
- Verifique, no Cartão de Respostas, se seu nome, número do CPF, número do documento de identidade, data de nascimento, número de inscrição estão corretos. **Se houver erro, notifique o fiscal.**
- Use apenas caneta de corpo transparente, preta ou azul, para assinar o cartão e marcar suas respostas, cobrindo totalmente o espaço que corresponde à letra da alternativa que melhor responde a cada questão.
- Além de sua assinatura, da transcrição da frase e da marcação das respostas, nada mais deve ser escrito ou registrado no Cartão, que não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado.

Ao terminar a prova, entregue ao fiscal este caderno e o Cartão de Respostas.

INFORMAÇÕES GERAIS

O tempo disponível para fazer as provas é de três horas. Nada mais poderá ser registrado após esse tempo.

É vedada a possibilidade de copiar suas respostas.

Nas salas de prova, não será permitido portar arma de fogo, fumar, usar relógio ou boné de qualquer tipo e utilizar lápis, lapiseiras, borrachas, corretores ortográficos líquidos ou similares.

Sofrerá eliminação participante que, durante a prova, utilizar qualquer instrumento de cálculo e/ou qualquer meio de obtenção de informações, eletrônicos ou não, tais como calculadoras, agendas, computadores, rádios, telefones, *smartphones*, *tablets*, receptores, livros e anotações manuscritas ou impressas.

Sofrerá eliminação também participante que se ausentar da sala levando consigo qualquer material de prova.

BOA PROVA!

01

Paciente, 23 anos, trazido para pronto socorro por trauma após queda de motocicleta. Intubação orotraqueal na cena por rebaixamento de nível de consciência, Glasgow 6. Após avaliação inicial, na qual foram identificadas escoriações em tronco à direita e fratura de tíbia ipsilateral, paciente apresenta queda de saturação e aumento da frequência cardíaca. A melhor conduta neste momento é:

- (A) Reiniciar avaliação primária pela via aérea e posicionamento do tubo orotraqueal.
- (B) Expansão volêmica e aumento de FiO_2 .
- (C) Drenagem torácica à direita.
- (D) Ultrassonografia eFAST.

02

Em um paciente politraumatizado, uma via aérea definitiva é definida como:

- (A) Tubo posicionado na traqueia abaixo das cordas vocais com cuff insuflado, conectado a uma fonte de ventilação enriquecida em oxigênio e fixado.
- (B) Dispositivo infra ou supra glótico, com oclusão circunferencial, conectado a uma fonte de ventilação enriquecida em oxigênio e fixado.
- (C) Tubo orotraqueal conectado a uma fonte de ventilação enriquecida em oxigênio e fixado.
- (D) Tubo posicionado na traqueia e fixado.

03

Sobre o paciente politraumatizado com choque é correto afirmar:

- (A) A falta de resposta à expansão volêmica inicial deve levar à busca de sangramentos persistentes (abdome, pelve, tórax e extremidades) ou considerar causas não-hemorrágicas.
- (B) Caso o paciente tenha recebido ácido tranexâmico no atendimento pré-hospitalar, uma nova administração não deve ser realizada por não trazer benefícios adicionais.
- (C) Pacientes que apresentam resposta transitória à reposição volêmica devem ter como principal foco a correção de coagulopatia.
- (D) A suplementação de cálcio deve ser realizada de rotina quando há indicação de transfusão de hemocomponentes.

04

Em pacientes vítimas de trauma abdominal contuso, penetrante por arma branca e penetrante por arma de fogo, os órgãos mais frequentemente acometidos são, respectivamente:

- (A) Fígado, intestino grosso, intestino delgado.
- (B) Baço, intestino delgado, intestino grosso.
- (C) Fígado, baço, intestino delgado.
- (D) Baço, fígado, intestino delgado.

05

Paciente vítima de queda de andaime, altura estimada 2 metros. Trazido imediatamente por colegas, que referem que ele estava lúcido e passou a apresentar sonolência no caminho até o hospital, ao qual chegou comatoso. Após a avaliação primária, é realizada a tomografia abaixo. É correto afirmar:



- (A) A imagem caracteriza a lesão de pior prognóstico nos casos de trauma cranioencefálico.
- (B) Trata-se de hematoma epidural, a lesão focal mais frequente em pacientes com trauma cranioencefálico grave.
- (C) Trata-se de hematoma subdural, associado a lesão por cisalhamento de pequenos vasos do córtex cerebral.
- (D) A provável origem da lesão é a artéria meníngea média e há necessidade de abordagem cirúrgica de emergência.

06

Sobre a síndrome compartimental traumática em extremidades, é correto afirmar que:

- (A) A escarotomia deve ser realizada de forma precoce para evitar progressão do quadro.
- (B) O diagnóstico deve ser feito primordialmente pela avaliação do tempo de enchimento capilar e pulso distal.
- (C) O diagnóstico deve ser feito primordialmente pela mensuração da pressão intracompartimental acima de 30 mmHg.
- (D) Dor desproporcional, dor à extensão passiva, alterações de sensibilidade e edema do membro são os sinais clínicos para suspeita do quadro.

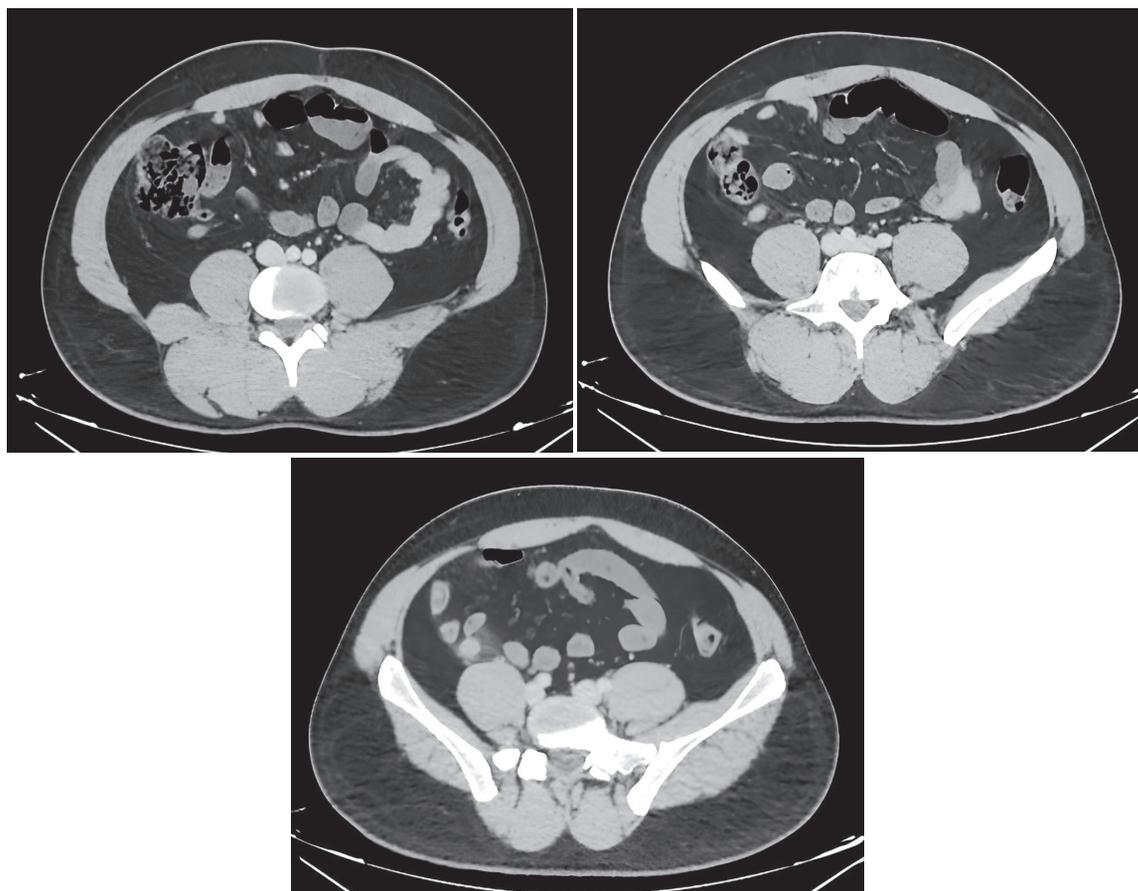
07

Sobre o abdome agudo em pacientes gestantes, é correto afirmar que:

- (A) A colecistite aguda é a urgência abdominal não obstétrica mais frequente.
- (B) Há uma menor taxa de cirurgias “brancas” por suspeita de apendicite aguda pelo alto risco cirúrgico.
- (C) Há uma maior taxa de cirurgias “brancas” por uma suspeita de apendicite aguda pela dificuldade de avaliação.
- (D) A abordagem laparoscópica é segura, sendo preferível a confecção de pneumoperitônio por técnica fechada no ponto de Palmer.

08

Paciente de 25 anos comparece à emergência com quadro de dor abdominal há 2 dias. Refere dor inespecífica inicialmente, agora mais localizada à direita. Nega febre ou vômitos. Ao exame físico, sinal de Blumberg positivo. Realizou o exame abaixo. É correto afirmar:



- (A) Antibioticoterapia deve ser mantida por ao menos 3 dias.
- (B) A tomografia evidencia uma apendicite aguda complicada com perfuração e coleção associada.
- (C) Antibioticoterapia de amplo espectro (Gram negativos e anaeróbios) deve ser iniciada imediatamente.
- (D) A reintrodução de dieta no pós-operatório deve ser feita entre 12 e 24 horas, após reavaliação de eliminação de flatos e distensão abdominal.

09

Diante da suspeita de apendicite aguda, sobre o escore de Alvarado, é correto afirmar:

- (A) Escore de 6 ou superior confirma o diagnóstico.
- (B) Envolve variáveis clínicas, laboratoriais e radiológicas.
- (C) Escore inferior a 4 exclui o diagnóstico com sensibilidade acima de 95%.
- (D) São pontuados leucocitose ($> 12.000/\text{mm}^3$), aumento de proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação e desvio à esquerda.

10

Paciente do sexo masculino, 8 anos, comparece com genitora ao pronto socorro com queixa de dor abdominal em quadrante inferior direito associada a náuseas, vômitos, diarreia e febre. Refere quadro similar, com diarreia, cólicas e febre, há poucos dias. Realizou ultrassonografia que visualizou o apêndice cecal com diâmetro de 5 mm e linfonodos hipocóicos regionais aumentados. Sobre o caso, é correto afirmar que:

- (A) O tratamento padrão é internamento, hidratação e antibioticoterapia.
- (B) A apendicectomia segue como padrão ouro para o tratamento deste paciente.
- (C) Diante dos achados conflitantes, deve ser indicada videolaparoscopia diagnóstica.
- (D) Trata-se de doença auto-limitada, que pode ter regressão lenta ao longo de dias/semanas.

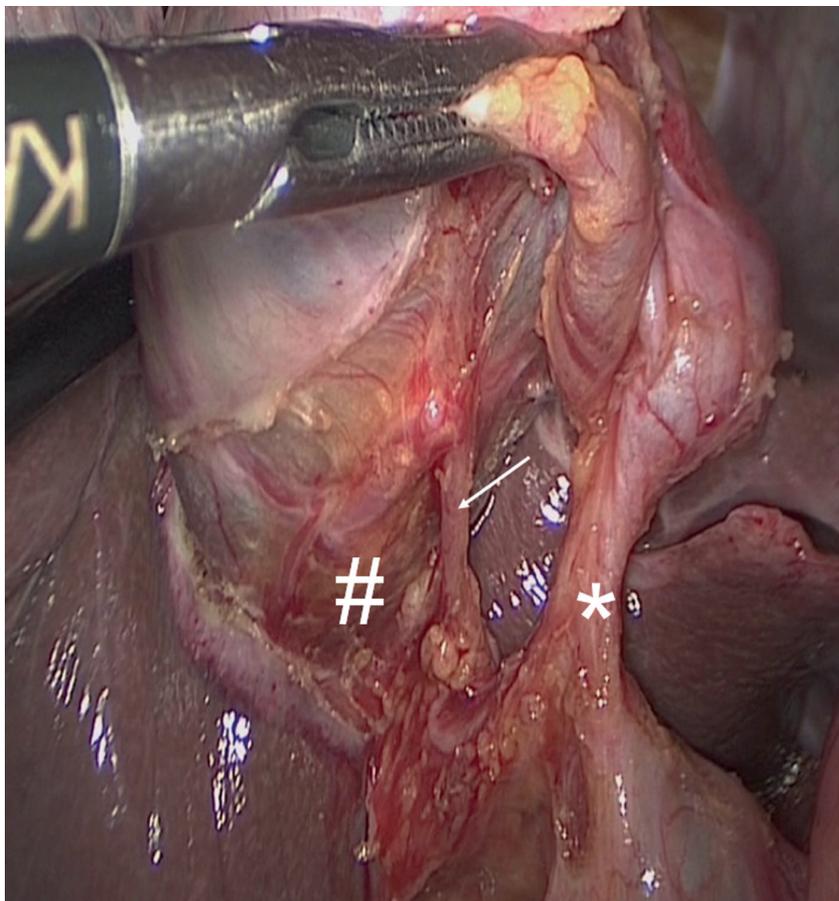
11

Sobre a colangite aguda, é correto afirmar que:

- (A) O exame de escolha para avaliação inicial é a tomografia computadorizada com contraste endovenoso.
- (B) Quando necessária intervenção cirúrgica na urgência, a opção de escolha é a derivação bílio-digestiva.
- (C) A tríade de Charcot, a despeito da alta sensibilidade, tem aplicabilidade limitada pela baixa especificidade.
- (D) Pelo guideline de Tokyo (2018), o diagnóstico pode ser confirmado na presença de febre, alteração de exames hepáticos (como fosfatase alcalina e transaminases) e dilatação de via biliar.

12

Durante colecistectomia, chega-se à seguinte situação. É correto afirmar que:



- (A) A estrutura identificada pelo * é a via biliar principal.
- (B) A estrutura identificada pelo # foi dissecada de forma inadvertida, adentrando cápsula de Gleason.
- (C) Está confirmada a visão crítica de segurança e deve-se proceder à ligadura das estruturas identificadas pela seta e *.
- (D) A dissecção do leito da vesícula abaixo do sulco de Rouvière irá possibilitar a obtenção da visão crítica de segurança.

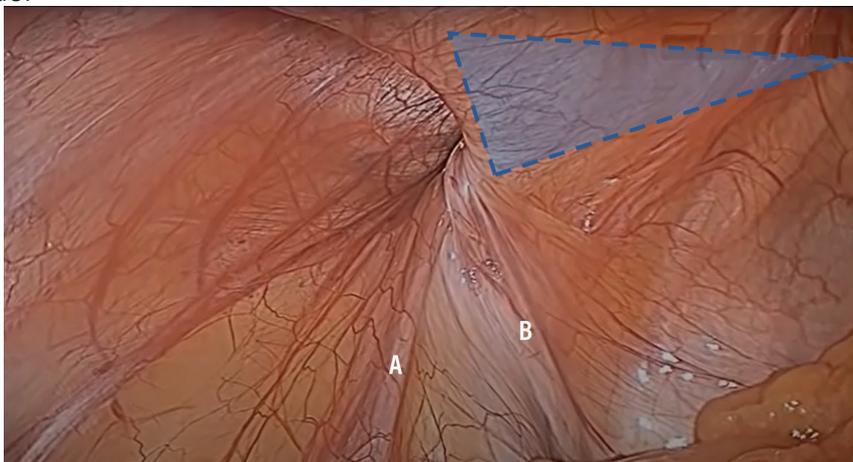
13

Sobre a pancreatite, aguda é correto afirmar que:

- (A) O achado adicional de elevação da alanina aminotransferase (ALT) sugere colangite concomitante.
- (B) Pode ocorrer após colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, com incidências similares para procedimentos diagnósticos ou terapêuticos.
- (C) A ultrassonografia, embora de utilidade limitada para o diagnóstico da pancreatite aguda, deve ser realizada sempre para auxiliar na definição etiológica.
- (D) É necessário achado em exame de imagem, preferencialmente tomografia computadorizada com contraste endovenoso, para confirmação diagnóstica.

14

A imagem abaixo foi obtida em paciente submetido a correção laparoscópica de hérnia inguinal à esquerda. É correto afirmar que:



- (A) Trata-se de hérnia Nyhus IIIA.
- (B) A estrutura identificada pela letra "B" corresponde ao ducto deferente.
- (C) A estrutura identificada pela letra "A" corresponde aos vasos epigástricos.
- (D) A região triangular demarcada (azul) corresponde à área de ocorrência das hérnias femorais.

15

Paciente de 55 anos, sexo feminino, apresenta abaulamento abdominal, progressivo, após laparotomia de urgência há 5 anos. Há defeito herniário de aproximadamente 14 cm. Tomografia de abdome estima o volume do saco herniário em 4.000 mL e volume da cavidade abdominal de 10.000 mL. É correto afirmar que:

- (A) O uso de tela é mandatário.
- (B) Pela relação entre o volume do saco herniário e da cavidade, paciente não preenche critério para "hérnia gigante".
- (C) A perda de peso no pré-operatório pode tornar mais difícil o tratamento cirúrgico pela redução da cavidade abdominal.
- (D) A técnica de pneumoperitônio progressivo pode ser utilizada, sendo habitualmente realizada ao longo de 24-48 horas com paciente sob sedação em terapia intensiva.

16

Sobre as hérnias da parede abdominal, é correto afirmar que:

- (A) A hérnia de Spiegel ocorre normalmente acima da linha arqueada.
- (B) Diante de infecção de tela, o polipropileno é o material com melhor prognóstico quanto ao tratamento sem retirada completa da tela.
- (C) A ocorrência de seroma no pós-operatório de cirurgia com tela demanda drenagem precoce, pelo aumento do risco de infecção.
- (D) As hérnias paraostomais (associadas a enterostomias/colostomias) são raras e, quando surgem, geralmente são sintomáticas, com necessidade de tratamento cirúrgico.

17

Equipe cirúrgica é chamada para avaliar paciente de 84 anos que se encontra em pós-operatório de artroplastia de quadril por fratura pós-queda. Está no 5º dia pós-operatório, referindo desconforto abdominal há 3 dias. A paciente não evacuou desde o dia anterior à cirurgia, vindo em uso de profilaxia para tromboembolismo venoso. Realizou radiografia de abdome com seguintes achados: aumento de diâmetro do cólon direito e transverso, ceco com 9 cm de diâmetro; cólon descendente e sigmoide com pouco gás e ampola retal com mínima quantidade de fezes; ausência de pneumoperitônio. Ao exame físico: regular estado geral, abdome distendido, doloroso à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal e com ruídos hidroaéreos presentes. O toque retal não revela fezes ou massas palpáveis. É correto afirmar que:

- (A) A principal suspeita é de íleo adinâmico.
- (B) A principal suspeita é de síndrome de Ogilvie.
- (C) A principal suspeita é de isquemia mesentérica.
- (D) A conduta deve ser videolaparoscopia exploradora de urgência.

18

Paciente de 50 anos, previamente hígido, comparece ao pronto socorro por dor e distensão abdominal com 12 horas evolução. Refere que vem com dor progressiva há cerca de 1 mês, tendo ocorrido piora intensa hoje. Hemodinâmica encontra-se estável, desidratado, com abdome distendido, timpânico, com ruídos hidroaéreos aumentados e com timbre metálico, não havendo dor à decompressão. O toque retal não identifica massas tocáveis. Apresenta leucocitose, com desvio à esquerda. Tomografia de abdome demonstra distensão de delgado e cólon até a região do sigmoide, onde se identifica lesão obstrutiva sugestiva de malignidade; sem outras lesões; reto fino e vazio. Paciente é internado, recebendo hidratação venosa. A melhor opção de tratamento é:

- (A) Colostomia em alça derivativa por videolaparoscopia.
- (B) Decompressão e colocação de stent por colonoscopia.
- (C) Ressecção do tumor primário com linfadenectomia em bloco.
- (D) Manter conduta conservadora, com dieta parenteral, por ao menos 14 dias, até reavaliação.

19

Paciente de 65 anos, sexo feminino, apresenta dor em hipocôndrio direito, associada a náuseas, com piora à alimentação. Realizou ultrassonografia que identificou colelitíase. É indicada colecistectomia videolaparoscópica, que é realizada eletivamente sem intercorrências. Ao receber o resultado do laudo anatomopatológico, é identificado adenocarcinoma localizado no fundo da vesícula, com invasão até a lâmina própria (estadiamento:pT1a). A melhor conduta é:

- (A) Acompanhamento ambulatorial.
- (B) Complementar tratamento com quimioterapia adjuvante.
- (C) Videolaparoscopia exploradora com biópsias e congelação.
- (D) Reabordagem por cirurgia aberta para ressecção do leito hepático e linfadenectomia.

20

Sobre a infecção (sepse) fulminante pós-esplenectomia, é correto afirmar que:

- (A) Deve ser prevenida através de antibioticoprofilaxia estendida.
- (B) Está associada a pior atividade fagocitária por deficiência das opsoninas.
- (C) Decorre da piora da imunidade humoral, associada aos linfócitos T imaturos.
- (D) Deve ser prevenida com vacinação pós-operatória em todas as cirurgias eletivas.

21

Sobre a síndrome de dumping é correto afirmar que:

- (A) A forma tardia é a mais frequente.
- (B) A forma precoce é desencadeada pela hipoglicemia reativa.
- (C) O tratamento cirúrgico é a primeira opção nos casos da forma precoce.
- (D) A forma precoce é caracterizada por sintomas gastrointestinais e cardiovasculares 20 a 30 minutos após ingesta alimentar.

22

Paciente de 60 anos realizou gastrectomia por úlcera péptica perfurada há 15 anos. Retorna para acompanhamento com queixa de dispepsia e regurgitação tipicamente sem conteúdo alimentar. Uma tentativa de tratamento com inibidor de prótons apresentou resposta inadequada. Realizou endoscopia digestiva alta que identificou esofagite erosiva grave (Los Angeles C), *status* pós-gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth II, lago mucoso com aspecto bilioso e edema com erosões em mucosa gástrica próximo à anastomose. A melhor conduta é:

- (A) Totalização da gastrectomia.
- (B) Conversão da reconstrução à B-II em Y de Roux.
- (C) Otimização do tratamento clínico com aumento da dose de inibidor de bomba de prótons e medidas comportamentais.
- (D) Aprofundar investigação para refluxo gastro-esofágico (pHmetria e estudo contrastado de esôfago-estômago-duodeno).

23

Paciente de 35 anos, sexo feminino, assintomática, realiza exame ultrassonográfico de rotina com achado de lesão cística em cauda do pâncreas com 3,5 cm. É correto afirmar que:

- (A) Deve ser mantido acompanhamento anual com ultrassonografia, já que lesões císticas em mulheres jovens são benignas.
- (B) Deve ser realizada punção por ecoendoscopia, conduta de escolha para investigação inicial de lesões císticas pancreáticas.
- (C) Deve ser realizada ressonância magnética, já que o tamanho do cisto acima de 3 cm denota uma característica preocupante em neoplasias císticas mucinosas.
- (D) Deve ser realizada ressonância magnética, já que lesões assintomáticas (sem pancreatite ou icterícia obstrutiva) têm sempre conduta conservadora.

24

Sobre o megaesôfago, é correto afirmar que:

- (A) A histórica clínica típica é de disfagia aguda, progressiva e funcional.
- (B) A endoscopia digestiva alta é o exame de escolha para excluir o diagnóstico e graduar a doença.
- (C) Para condução devem ser tomados como base exclusivamente os critérios radiológicos (classificação de Pinotti), que são divididos em quatro graus.
- (D) O estudo contrastado do esôfago tem como achados típicos a dilatação esofágica, afilamento suave do esôfago distal, e a ausência de peristaltismo primário.

25

Paciente portador de cirrose hepática apresenta sangramento por varizes esofágicas, que é tratado com ligadura elástica por endoscopia associada ao uso de terlipressina. É correto afirmar que:

- (A) A terlipressina atua pela vasodilatação do sistema porta e redução do índice de resistência hepático.
- (B) O uso combinado de terapia endoscópica e farmacológica não é indicado de rotina neste contexto.
- (C) O início de antibioticoterapia deve ser guiado por achados de febre, dor abdominal e exames laboratoriais nas primeiras 72 horas.
- (D) O uso de vasoconstrictor esplâncnico, habitualmente octreotida ou terlipressina, confere maior efetividade no controle de sangramento quando associado ao tratamento endoscópico.

26

Paciente do sexo feminino, 40 anos, 5 horas após dermolipectomia com abdominoplastia apresenta hipotensão arterial e abaulamento da ferida. É identificado hematoma volumoso, sendo encaminhada para centro cirúrgico, onde foi constatado sangramento volumoso por vaso perfurante. O sangramento é controlado. Paciente precisou receber transfusão sanguínea durante o procedimento. A gasometria colhida durante o intra-operatório deve indicar dosagem de lactato (referência: 4,5 a 14,4 mg/dL) e excesso de base (base excess em mEq/L), respectivamente:

- (A) 2 mg/dL e +4 mEq/L.
- (B) 10 mg/dL e -4 mEq/L.
- (C) 25 mg/dL e -4 mEq/L.
- (D) 25 mg/dL e +4 mEq/L.

27

Paciente do sexo masculino, 52 anos, é submetido a colectomia direita videolaparoscópica por mucocele de apêndice, dita sem intercorrências. Apresenta febre no primeiro dia pós-operatório. Refere dor nas incisões e desconforto abdominal difuso. Feridas operatórias em bom aspecto. Tendo pulso: 98 bpm, PA: 115 X 80 mmHg, Temperatura: 37,8 °C, frequência respiratória: 18 irpm, e saturação de O₂: 97%, em ar ambiente. O diagnóstico mais provável e conduta são:

- (A) Atelectasia; analgesia e fisioterapia.
- (B) Tromboembolismo pulmonar (TEP); angiotomografia de tórax.
- (C) Deiscência de anastomose; tomografia de abdome contrastada.
- (D) Sepsis; expansão volêmica, coleta de hemoculturas, coleta de culturas de ferida operatória e início de atividade antibioticoterapia empírica.

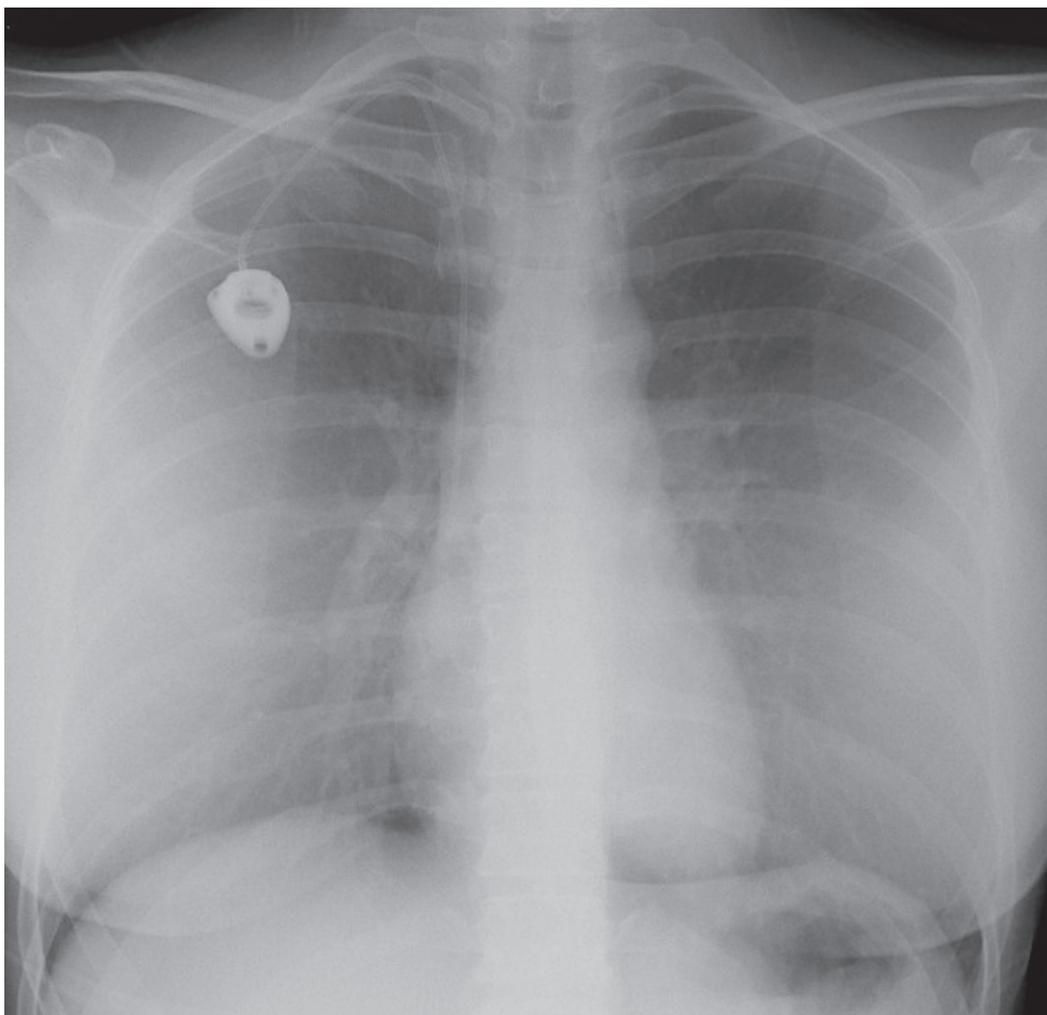
28

Em termos da avaliação do risco cirúrgico, está correta a associação entre ASA e paciente:

- (A) ASA 3: paciente de 50 anos, com diabetes bem controlada e ingesta social de álcool.
- (B) ASA 2: paciente de 50 anos, com histórico de infarto agudo do miocárdio há 2 anos.
- (C) ASA 3: paciente de 40 anos, obeso (IMC 41) e com hipertensão mal controlada, fumante atual.
- (D) ASA 2: paciente de 35 anos, uso eventual de bebida alcoólica em pequena quantidade, que será submetido a apendicectomia.

29

Paciente em programação de iniciar tratamento oncológico interna para passagem de cateter totalmente implantável de longa permanência. A radioscopia durante o procedimento é mostrada a seguir. É correto afirmar que:



- (A) Há evidências de pneumotórax à direita durante a punção.
- (B) Cateter se encontra bem implantado pela veia jugular interna direita.
- (C) Cateter está muito introduzido – extremidade está no ventrículo direito.
- (D) Cateter segue trajeto anômalo, com possível introdução inadvertida em carótida ou mamária direita.

30

O gás utilizado para confecção de pneumoperitônio na videolaparoscopia é:

- (A) Oxigênio.
- (B) Hidrogênio.
- (C) Gás carbônico.
- (D) Ar comprimido.

31

Durante a videolaparoscopia, é esperado:

- (A) Aumento do retorno venoso caval.
- (B) Aumento da pressão endotraqueal.
- (C) Aumento da complacência pulmonar.
- (D) Aumento do fluxo sanguíneo esplâncnico.

32

A melhor opção para antibioticoprofilaxia em uma colectomia esquerda com reconstrução primária, em paciente previamente hígido, é:

- (A) Uma dose única intravenosa após iniciar incisão da pele.
- (B) Uma dose no pré-operatório e continuação por 48 horas.
- (C) Uma dose única intravenosa trinta minutos antes da incisão.
- (D) Uma dose no pré-operatório, antes da chegada ao centro cirúrgico.

33

O jejum pré-operatório é constantemente discutido pelos seus impactos peri-operatórios. O mecanismo pelo qual o organismo produz glicose endógena nas fases precoces do jejum é:

- (A) Cetogênese hepática.
- (B) Gliconeogênese hepática.
- (C) Gliconeogênese renal e periférica.
- (D) Glicogenólise hepática e periférica.

34

Paciente do sexo masculino de 77 anos, em acompanhamento por neoplasia de pulmão com metástase óssea, comparece à emergência com queixa de obstipação intestinal e polaciúria há 1 mês. Durante interrogatório a família também refere que, nos últimos dias, apresentou confusão mental e agitação psicomotora, sem déficits neurológicos associados. Investigação inicial demonstra glicemia dentro da normalidade e eletrocardiograma com encurtamento do intervalo QT. O eletrólito cujo distúrbio apresenta maior grau de suspeição clínica associado ao quadro é:

- (A) Sódio.
- (B) Cálcio.
- (C) Potássio.
- (D) Magnésio.

35

Paciente do sexo feminino de 60 anos portadora de insuficiência renal crônica dialítica há 2 anos, com fístula radiocefálica no membro superior esquerdo, é encaminhada ao pronto socorro por mal funcionamento da fístula arteriovenosa há duas semanas e parada do frêmito há 24 horas. É correto afirmar que:

- (A) A fístula deve ser abandonada e buscado novo sítio para fístula braquio-cefálica.
- (B) Deve ser indicada trombectomia da fístula associada a venografia para avaliação de possível estenose e necessidade de angioplastia.
- (C) Deve ser realizada passagem de cateter semi-implantável, pois intervenções cirúrgicas/endovasculares neste cenário têm baixa taxa de sucesso.
- (D) Pela baixa probabilidade de falência associada a alterações venosas, deve ser iniciada, anticoagulação considerando provável distúrbio pró-trombótico hereditário.

36

Paciente do sexo masculino de 72 anos comparece ao pronto socorro com queixa de dor intensa em pé esquerdo há 5 horas, associada a parestesia e cianose de pododáctilos. Nega queixas prévias. Refere ser tabagista, hipertenso e diabético; nega infarto prévio. Ao exame físico: ritmo cardíaco regular, com pulsos femorais presentes bilateralmente e simétricos; pulsos poplíteos, tibiais posteriores e pediosos ausentes bilateralmente; pé esquerdo apresenta palidez, cianose não fixa de pododáctilos e paresia. Doppler arterial do pé esquerdo revela ausência de sinal arterial, sendo sinal venoso presente. A principal suspeita diagnóstica é:

- (A) Obstrução arterial subaguda.
- (B) Obstrução arterial aguda de origem embólica.
- (C) Obstrução arterial aguda de origem trombótica.
- (D) Provável obstrução arterial crônica com isquemia crítica.

37

Paciente do sexo masculino de 72 anos comparece ao pronto socorro com queixa de dor intensa em pé esquerdo há 5 horas, associada a parestesia e cianose de pododáctilos. Nega queixas prévias. Refere ser tabagista, hipertenso e diabético; nega infarto prévio. Ao exame físico: ritmo cardíaco regular, com pulsos femorais presentes bilateralmente e simétricos; pulsos poplíteos, tibiais posteriores e pediosos ausentes bilateralmente; pé esquerdo apresenta palidez, cianose não fixa de pododáctilos e paresia. Doppler arterial do pé esquerdo revela ausência de sinal arterial, sendo sinal venoso presente. A melhor conduta neste momento é:

- (A) Embolectomia imediata.
- (B) Antiagregação plaquetária e anticoagulação.
- (C) Aquecimento com curativo e elevação do membro.
- (D) Revascularização de urgência após avaliação de exame de imagem.

38

O tratamento eletivo de um aneurisma de aorta abdominal tem indicação bem estabelecida se:

- (A) Aspecto fusiforme do aneurisma.
- (B) Crescimento anual de 7 mm ou mais.
- (C) Diâmetro transversal máximo de 5,5 cm ou mais.
- (D) Diâmetro longitudinal máximo de 5,0 cm ou mais.

39

Paciente do sexo masculino de 30 anos comparece ao pronto socorro com queixa de dor no pênis e detumescência imediata durante ato sexual. Ao exame físico, nota-se sangue no meato uretral. A melhor conduta neste momento é:

- (A) Realizar uretrrocistoscopia.
- (B) Exploração cirúrgica imediata.
- (C) Realizar uretrografia retrógrada.
- (D) Passagem cuidadosa de sonda vesical de demora.

40

Paciente do sexo masculino de 3 anos de idade em investigação por hematúria e abaulamento em flanco esquerdo, realiza tomografia computadorizada com imagem de massa originada em rim esquerdo. A principal suspeita diagnóstica é:

- (A) Teratoma.
- (B) Rim multicístico.
- (C) Neuroblastoma.
- (D) Tumor de Wilms (nefroblastoma).

41

Paciente do sexo masculino de 55 anos sem comorbidades prévias, com diagnóstico de adenocarcinoma de próstata, Gleason 7 (4+3), PSA de 25 ng/dl, com nódulos prostáticos bilaterais em toque retal, realiza ressonância magnética de próstata que identifica lesão tumoral com extravasamento da cápsula prostática sem suspeita de acometimento linfonodal. Não há evidências de metástases à distância. A melhor opção de conduta é:

- (A) Radioterapia.
- (B) Vigilância ativa.
- (C) Quimioterapia sistêmica.
- (D) Terapia multimodal (prostatectomia radical + radioterapia + bloqueio hormonal).

42

Paciente do sexo masculino de 35 anos de idade com histórico prévio de litíase urinária, comparece em pronto atendimento com quadro de dor lombar há 3 dias. Nega febre ou sintomas urinários inferiores. Ultrassonografia evidencia dilatação do trato urinário esquerdo, acometendo rim e ureter proximal, sem identificar fator obstrutivo. A dosagem sérica de creatinina é de 0,8 mg/dl. Exames simples de urina indicam leucócitos 6.000/ml e hemácias 11.000/ml, sendo a urocultura negativa. Ocorre melhora dos sintomas após uso de sintomáticos. O melhor exame para prosseguir a investigação diagnóstica é:

- (A) Ressonância magnética.
- (B) Uretrocistografia retrógrada.
- (C) Tomografia computadorizada sem contraste.
- (D) Tomografia computadorizada com contraste.

43

Sobre o neuroblastoma, é correto afirmar que:

- (A) Pacientes com menos de 1 ano de idade têm habitualmente pior prognóstico.
- (B) A apresentação típica é de massa abdominal sem cursar em direção à linha média.
- (C) Tem origem no sistema nervoso esplâncnico, surgindo na região abdominopélvica.
- (D) Cintilografia MIBG e análise de medula óssea fazem parte do estadiamento recomendado.

44

Recém-nascido do sexo masculino, a termo, apresenta imperfuração anal. Exame físico cuidadoso do períneo não identifica fístula cutânea. Apresentou eliminação de mecônio na urina após 24 horas. É correto afirmar que:

- (A) Deve ser realizada correção cirúrgica definitiva com anorretoplastia.
- (B) O invertograma deve ser realizado para guiar o tipo de tratamento.
- (C) A definição de conduta deve ser feita após identificação do tipo de fístula urinária.
- (D) Deve ser realizada colostomia com secção completa da alça e fístula mucosa do coto distal.

45

Paciente do sexo feminino de 35 anos comparece a consulta com queixa de nódulos no pescoço há 45 dias. Ao exame físico apresenta 2 nódulos indolores, endurecidos, móveis, com 1,2 e 1,8 cm de diâmetro, localizados no nível IV à direita. É correto afirmar que:

- (A) A etiologia mais provável é tireoide ectópica.
- (B) Deve ser realizada biópsia incisional, para maior acurácia diagnóstica.
- (C) A etiologia mais provável é metástase linfonodal de carcinoma de ovário.
- (D) Deve ser realizada biópsia aspirativa por agulha fina, que pode confirmar o diagnóstico de metástase de carcinoma papilífero da tireoide.

46

Entre os diagnósticos diferenciais de nódulo cístico cervical em nível II, devem ser considerados habitualmente:

- (A) Ducto tireoglosso e cisto branquial.
- (B) Cisto branquial e metástase de carcinoma de orofaringe.
- (C) Metástase de carcinoma papilífero de tireoide e ducto tireoglosso.
- (D) Metástase de carcinoma folicular de tireoide e linfonodo reacional.

47

Paciente do sexo feminino de 40 anos, previamente hígida, foi submetida a internação prolongada com necessidade de ventilação mecânica após episódio de pneumonia viral, tendo apresentado boa recuperação clínica. Contudo, evoluiu com estenose traqueal de 1,2 cm de extensão. A melhor opção de tratamento é:

- (A) Tubo T de Montgomery.
- (B) Traqueostomia definitiva.
- (C) Dilatação e colocação de endoprótese.
- (D) Ressecção de anastomose primária da traqueia.

48

Paciente do sexo masculino de 52 anos apresenta nódulo pulmonar de 1,8 cm, que é biopsiado com confirmação de adenocarcinoma primário de pulmão (T1b). Sobre o estadiamento e programação terapêutica de tal caso, é correto afirmar que:

- (A) A tomografia sem contraste está indicada para estadiamento do nódulo e avaliação de linfonodos mediastinais.
- (B) Caso o estadiamento clínico se confirme T1bN0, deve ser proposta ressecção com linfadenectomia hilar e mediastinal.
- (C) A broncoscopia deve ser indicada para pacientes sem proposta de cirurgia curativa, pelo risco de disseminação neoplásica nas vias respiratórias.
- (D) O PET não apresenta benefício efetivo no estadiamento, com indicação restrita para pacientes com doença avançada, para acompanhamento de lesões à distância.

49

Paciente do sexo masculino de 25 anos sofre queimadura em local fechado com acometimento da região malar, região frontal, lábios, pálpebras e pescoço. Observam-se áreas com hiperemia, algumas lesões bolhosas e áreas cinzas semelhante a couro, que são menos dolorosas. Ele está consciente, pouco agitado, com saturação de O_2 de 86%. A conduta imediata mais adequada ao caso é:

- (A) Escarotomia na sala de emergência e oxigênio a 100%.
- (B) Intubação orotraqueal em sequência rápida e acesso venoso periférico.
- (C) Sedação profunda na sala de emergência para controle algico e reavaliação do padrão respiratório.
- (D) Encaminhar ao centro cirúrgico para desbridamento e escarotomia sob sedação, para controle algico.

50

A diferença entre retalho cutâneo e enxerto de pele é definida pela seguinte característica:

- (A) Espessura: no retalho é de espessura total; no enxerto, é de espessura parcial.
- (B) Vascularização inicial: no retalho, por pedículo vascular; no enxerto, por embebição plasmática.
- (C) Extensão da área receptora: no retalho, ela tem maiores dimensões, enquanto nos enxertos é limitada a áreas menores.
- (D) Organismo de origem: no retalho, pode ser autólogo ou heterólogo, enquanto no enxerto é sempre do mesmo organismo.

