

1. Mulher com antecedente cirúrgico de uma gastrectomia parcial com reconstrução gastrojejunal (tipo Billroth II) por úlcera hemorrágica, realizada há 1 ano, foi encaminhada ao ambulatório com hipótese diagnóstica de uma síndrome pós-gastrectomia. Queixava-se de dor predominantemente em andar superior do abdome que piorava significativamente após as refeições. Referia melhora após a ocorrência eventual de vômitos biliosos e em jato sem fazer menção à presença de restos alimentares. Trazia consigo alguns exames laboratoriais que revelavam uma anemia discreta, os eletrólitos e as enzimas hepáticas e pancreáticas estavam normais, a urina não apresentava nenhuma alteração e a pesquisa de sangue oculto nas fezes era negativa. Qual o diagnóstico mais provável?

- 1) Síndrome da alça aferente.
- 2) Dumping tardio.
- 3) Gastrite alcalina de refluxo.
- 4) Fito-bezoar.
- 5) Síndrome de Zollinger-Ellison.

2. Paciente fez uma colonoscopia que revelou a presença de um adenoma viloso de 2,5 cm no sigmóide, outro adenoma tubular de 0,5 cm no cólon transverso, e dois pólipos hiperplásicos de 1,5 cm cada no cólon direito próximo ao ceco. Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- 1) A probabilidade desse paciente desenvolver um adenocarcinoma de cólon sigmóide é superior a 50%.
- 2) A presença de pólipos hiperplásicos no cólon direito é uma situação pouco comum.
- 3) A porcentagem de degeneração maligna de um adenoma tubular com mais de 2 cm de diâmetro é superior a de um adenoma viloso do mesmo tamanho .
- 4) A probabilidade desse paciente desenvolver um adenocarcinoma de cólon transverso não passa de 1%.
- 5) Este paciente não se enquadra nos critérios da síndrome de polipose hiperplásica.

3. Homem, 38 anos, encontra-se em pós-operatório 18 meses de gastroplastia com derivação gastrojejunal em Y-Roux, apresenta quadro de ataxia, náuseas e vômitos esporádicos, oftalmoplegia e confusão mental. Assinale a alternativa correta quanto ao diagnóstico mais provável e a conduta:

- 1) Encefalopatia de Wernicke – tiamina intravenosa.
- 2) Síndrome de Petersen – reabordagem cirúrgica imediata.
- 3) Encefalopatia de Fobi-Capella – sondagem nasogástrica descompressiva e reposição hidroeletrólítica.
- 4) Síndrome de Cushing – adrenalectomia bilateral.
- 5) Erro alimentar e distúrbio psicológico – orientação nutricional e avaliação psicológica para possível psicanálise.

4. Qual das alternativas abaixo **NÃO** pode ser complicação pós-operatória da esplenectomia por trauma:

- 1) Fístula do fundo gástrico.
- 2) Fístula pancreática.
- 3) Trombocitopenia.
- 4) Trombose de veia porta.
- 5) Atelectasia de base pulmonar esquerda.

5. Mulher de 72 anos, com queixa de disfagia, regurgitação e episódios esporádicos de engasgamento. Como antecedente, apresentou vários quadros de infecção pulmonar sendo que nos últimos necessitou tratamento em regime hospitalar para antibioticoterapia intravenosa. Chama a atenção no exame físico que a paciente esta caquética. Assinale a alternativa que contém o diagnóstico e a conduta correta:

- 1) Divertículo de Zenker; diverticulectomia, preferencialmente por cervicotomia direita.
- 2) Parkinson; gastrostomia.
- 3) Adenocarcinoma do esôfago; radioterapia paliativa.
- 4) Divertículo de Zenker; diverticulopexia e miotomia do músculo cricofaríngeo.
- 5) Esôfago em quebra-nozes; passagem de prótese esofágica auto-expansível por via endoscópica.

6. A herniação imediata de uma víscera abdominal para a cavidade torácica através de uma lesão traumática aguda do diafragma é mais provável ocorrer após:

- 1) FAB no 3<sup>o</sup> EIC à direita na linha axilar média.
- 2) FAB no 6<sup>o</sup> EIC à esquerda na linha axilar anterior.
- 3) Trauma abdominal fechado.
- 4) FAF no 6<sup>o</sup> EIC à direita na linha axilar posterior.
- 5) FAF no 3<sup>o</sup> EIC à esquerda na linha hemiclavicular.

7. Homem de 78 anos tropeça na ponta do tapete da sala e cai para frente batendo o queixo sobre a mesa, mas a seguir é amparado pelo filho que evita sua queda ao solo. Apresenta um FCC de 2 cm no queixo mas sem sangramento importante. Evolui com perda da força muscular inicialmente dos membros superiores e mãos, incontinência urinária e posteriormente diminuição da força muscular dos membros inferiores também. Com relação ao quadro podemos afirmar:

- 1) É comum a recuperação inicialmente da força muscular dos membros inferiores, seguida da função vesical e por último, das porções proximais dos membros superiores e mãos.
- 2) Trata-se de uma secção incompleta da medula decorrente da hiperextensão do pescoço.
- 3) Esse quadro só se justifica se for evidenciada fratura cervical ao RX ou TC de coluna cervical.
- 4) A reversão do quadro exige tratamento cirúrgico para a fixação da coluna cervical.
- 5) Pode ocorrer mesmo sem fratura cervical e sua característica é a perda proporcional e concomitante da força muscular dos membros superiores e inferiores.

8. Paciente jovem é admitido no Serviço de Emergência com queixa de abaulamento doloroso em região inguinal direita após esforço físico, há 1 dia. Acompanhando o quadro refere cólicas abdominais e parada de evacuação e eliminação de flatos. Ao exame físico apresentava discreta distensão abdominal sem sinais de irritação peritoneal, RHA aumentados e uma tumoração inguinal dolorosa compatível com uma hérnia inguinal irreduzível, mas sem sinais flogísticos locais. O Rx de abdome mostrou distensão de alças de delgado com imagens de “empilhamento de moedas” sem outras particularidades. A hipótese diagnóstica mais provável e a via de acesso preferencial nesse caso são:

- 1) Hérnia inguinal direita encarcerada - Laparotomia mediana.
- 2) Hérnia inguinal direita encarcerada – Inguinotomia direita.
- 3) Hérnia inguinal direita estrangulada - Laparotomia mediana.
- 4) Hérnia inguinal direita estrangulada - Hernioplastia Vídeolaparoscópica.
- 5) Hérnia inguinal direita estrangulada - Inguinotomia direita.

9. Homem, 22 anos, vítima de FAB no 7º EIC esquerdo, na linha hemiclavicular. Encontra-se em Glasgow: 15, vias aéreas pervias, com expansibilidade e ausculta pulmonar normais hemodinamicamente normal e sem dor abdominal. Rx de tórax normal. O cirurgião responsável pelo atendimento decide realizar uma videolaparoscopia com janela pericárdica transdiafragmática. Durante o procedimento não evidencia lesões na cavidade abdominal e logo à abertura do saco pericárdico, observa saída de pequena quantidade de líquido claro. Mas nesse momento o doente começa a apresentar hipotensão arterial e bradicardia. Qual a conduta?

- 1) Toracotomia esquerda.
- 2) Esvaziar o pneumoperitônio e observar a resposta hemodinâmica imediata.
- 3) Laparotomia mediana.
- 4) Esternotomia.
- 5) Desfibrilação elétrica externa.

10. No tratamento operatório do trauma duodenal grave, a opção pela técnica de exclusão pilórica inclui a sutura com fechamento do piloro e:

- 1) Gastrostomia descompressiva e jejunostomia alimentar.
- 2) Diverticulização do duodeno.
- 3) Gastrectomia parcial.
- 4) Êntero-êntero anastomose jejunoileal.
- 5) Vagotomia superseletiva.

11. Homem, 48 anos com dor abdominal em cólica há 3 dias acompanhada de vômitos e parada de evacuação e eliminação de flatos, procurou um pronto atendimento onde foi medicado e liberado após melhora parcial. Há 1 dia, teve febre e piora da dor que se tornou contínua, retornando ao PS. Apresentava-se desidratado 1+/4+, com FC: 92 bpm, PA: 120/80 mmHg; distensão abdominal e com sinal de irritação peritoneal. Foi indicada laparotomia exploradora e o diagnóstico intra-operatório foi de abdome agudo obstrutivo por hérnia interna, com necrose de 10 cm de intestino delgado, há 1,20 m da válvula ileocecal, mas sem perfuração e com pouco líquido sero-hemático na cavidade peritoneal. A melhor conduta nesse caso é:

- 1) Enterectomia segmentar com êntero-êntero anastomose e ileostomia de proteção.
- 2) Enterectomia segmentar e ileostomia em duas bocas
- 3) Enterectomia segmentar e ileostomia terminal.
- 4) Enterectomia ampliada com colectomia direita e íleotransverso anastomose.
- 5) Enterectomia segmentar e êntero-êntero anastomose primária.

12. Homem, 62 anos, realizou exame endoscópico de rotina que revelou a presença de uma lesão elevada de 1,8 cm, em corpo gástrico distal, a 7 cm do piloro. A análise anatomopatológica concluiu que se trata de um adenocarcinoma bem diferenciado. A ecoendoscopia suspeita que a lesão esteja infiltrando a camada submucosa (sm1) sem fazer menção de um possível acometimento linfonodal. Qual é a conduta MENOS indicada para este paciente?

- 1) Gastrectomia Total com linfadenectomia D2.
- 2) Gastrectomia Subtotal com linfadenectomia D1.
- 3) Ressecção endoscópica da lesão com faca de cerâmica.
- 4) Gastrectomia segmentar laparoscópica com auxílio de exame endoscópico intra-operatório.
- 5) Ressecção endoscópica em “piece meal”.

13. Mulher, 73 anos, hipertensa, diabética com insuficiência coronariana, apresenta diagnóstico de prolapso retal. Optou-se pela correção cirúrgica pela técnica de Delorme. Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- 1) As técnicas por via abdominal, como a sacropromontofixação, apresentam índices de recidiva maiores do que as técnicas de acesso perineais.
- 2) A opção pelo acesso perineal é correta já que se trata de uma paciente idosa com risco cirúrgico claramente aumentado devido às comorbidades.
- 3) São também técnicas de acesso perineal – Thiersch, Notaras, Altemeier e Mikulicz.
- 4) São complicações relacionadas à cirurgia de Delorme – sangramento, estenose e hematoma.
- 5) O descolamento mucoso deve obrigatoriamente atingir o ápice do prolapso retal.

14. Mulher, 43 anos, vem ao ambulatório com queixa inespecífica e de longa data, de dor abdominal difusa tipo cólica seguida de episódios de diarreia, às vezes com odor extremamente fétido, porém sem muco, pus ou sangue. Refere que, há mais de 4 anos, já procurou assistência médica por inúmeras vezes, tendo recebido o diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável. De fato, os exames que a paciente trazia consigo não mostravam nenhuma alteração a não ser uma discreta anemia. Nos últimos 2 meses a paciente começou a apresentar episódios de rubor em face e pescoço acompanhada de sensação de mal estar generalizado, com intensificação dos quadros de diarreia. Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- 1) Deve-se solicitar a dosagem sanguínea e urinária de ácido 5-Hidroxiindolacético (5-HIAA).
- 2) Essa paciente apresenta sintomas que caracterizam a Síndrome Carcinóide.
- 3) A probabilidade de metástases hepáticas é superior a 65%.
- 4) A ingestão de álcool, pentagastrina, catecolaminas ou gluconato de cálcio podem precipitar o aparecimento do rubor facial.
- 5) Menos do que 10% dos pacientes portadores de um tumor neuroendócrino desenvolvem a Síndrome Carcinóide.

15. Homem, 33 anos, está em programação cirúrgica para correção de uma hérnia inguinal esquerda. No ambulatório, a equipe cirúrgica descreve, pelo exame clínico, que se trata de uma hérnia Nyhus III-A com história prévia de prostatectomia radical. Assinale a alternativa correta:

- 1) Atualmente, as técnicas sem utilização de próteses (telas) estão proscritas, portanto a técnica mais apropriada para este paciente é a técnica de Lichtenstein.
- 2) A técnica de McVay é uma opção inadequada.
- 3) A melhor opção para as hérnias Nyhus III-A, quando se opta por não utilizar próteses, é a técnica de Bassini.
- 4) A hernioplastia laparoscópica é uma boa opção para este paciente.
- 5) As hérnias Nyhus III-A caracterizam-se pelo alargamento do anel inguinal interno, destruição da Fáscia *Transversalis* e a presença de uma hérnia inguinal direta e outra indireta.

16. Com relação ao íleo adinâmico pós-operatório todas estão corretas **EXCETO**:

- 1) A duração da cirurgia é o principal fator determinante do íleo prolongado pós-operatório.
- 2) A presença de evacuação não é necessária para considerarmos que o doente saiu do íleo.
- 3) Hipocloremia, hipomagnesemia e hipocalcemia são distúrbios eletrolíticos que predispõem ao íleo pós-operatório prolongado.
- 4) A metoclopramida e a eritromicina podem ser utilizadas no tratamento do íleo prolongado pelo seu efeito pró-cinético.
- 5) É uma obstrução intestinal funcional de tratamento não operatório.

17. Jovem, 22 anos, foi submetido à enterectomia segmentar por um ferimento por projétil de arma de fogo abdominal. Apresentava também outro ferimento por projétil de arma de fogo transfixante da perna direita (D), na altura do cavo poplíteo. A arteriografia e a flebografia da perna foram normais. Após dois dias da laparotomia exploradora, evoluiu com febre, oligoanúria, com urina castanho avermelhada, dosagem da enzima creatina-fosfoquinase (CPK) de 20.000 U/L e creatinina sérica de 6,2 mg/dl. Ao exame clínico apresentava grande edema e endurecimento de todo membro inferior direito que se apresentava mais frio em relação ao contralateral e sem pulso distal palpável. Considerando essa evolução podemos afirmar que está indicada:

- 1) Angioplastia da perna D.
- 2) Ultrassonografia abdominal e dosagem sérica de bilirrubinas, pois a colúria sugere comprometimento hepático associado.
- 3) Fasciotomia precoce da perna D.
- 4) Colocação de filtro de veia cava
- 5) Conduta expectante, pois o quadro reflete a fase aguda da resposta inflamatória sistêmica pós-traumática que é auto limitada.

18. Com relação ao caso acima podemos encontrar todas as alterações laboratoriais abaixo, **EXCETO**:

- 1) Hipercalemia.
- 2) Hipofosfatemia.
- 3) Distúrbios da coagulação.
- 4) Acidose metabólica.
- 5) Hipocalcemia.

19. Homem, 45 anos, vítima de atropelamento é admitido no PS trazido com colar cervical, em prancha longa, recebendo oxigênio (6 l/min) através de um cateter nasal. Apresenta-se agitado, com hálito etílico, queixando-se de dor na perna direita que foi imobilizada no atendimento pré-hospitalar. Tem um ferimento corto contuso pequeno em região frontal direita, escoriação e crepitação à palpação da face anterior do hemitórax direito, mas com ausculta pulmonar normal. Perna direita com fratura fechada e pulsos presentes. A oximetria de pulso mostra saturação de oxigênio de 90%. Com relação ao caso:

- 1) A oxigenação desse doente está adequada.
- 2) Esse doente tem indicação de uma via aérea definitiva nesse momento.
- 3) A oximetria de pulso indica uma pressão parcial de oxigênio no sangue arterial superior a 80 mmHg.
- 4) A agitação pode representar um sinal precoce de hipóxia.
- 5) A presença de crepitação indica fraturas de costelas e, portanto, a drenagem de tórax deve ser feita nesse momento.

20. Mulher de 34 anos, moradora de rua e usuária de crack, soropositiva, é admitida no PS com queixa de dor abdominal difusa há 3 dias e vômitos. Não sabe referir febre. Ao exame: desidratada 2+/4+, FC: 110 bpm e PA: 100/60 mmHg. Roncos à ausculta pulmonar, distensão abdominal com dor à palpação superficial e profunda. RX de tórax com infiltrado pulmonar em ápice direito. RX de abdome com distensão de delgado e algumas imagens de nível hidroaéreo em flanco D. Com essas informações podemos afirmar que:

- 1) O quadro abdominal só será resolvido com a introdução do COXIP.
- 2) A laparotomia está indicada, pois se trata de um quadro de peritonite purulenta.
- 3) Trata-se de abdome agudo perfurativo, próximo ao ângulo de Treitz, que é característico do usuário de crack.
- 4) Se o BK no escarro for negativo, está indicada laparotomia exploradora.
- 5) A laparotomia exploradora, nesse caso, pode ser não terapêutica.

21. Avanços na biologia molecular permitiram que inúmeras drogas, como os inibidores de tirosina quinase, fossem desenvolvidas para o tratamento do carcinoma de células renais tipo células claras, avançado. A inativação de qual gene está relacionada ao desenvolvimento desta neoplasia, em mais de 90% dos casos?

- 1) VHL.
- 2) PTEN.
- 3) MET.
- 4) P53.
- 5) RB1.

22. Mulher jovem está em programação cirúrgica eletiva por ser portadora de retocolite ulcerativa, com significativo retardo de crescimento. Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- 1) O impacto da cirurgia na esfera sexual e reprodutiva deve ser considerado, pois se estima incidência de 7% de dispareunia e de 1,5% de impotência.
- 2) Retardo do crescimento não é critério de indicação cirúrgica na retocolite ulcerativa.
- 3) O tratamento cirúrgico da retocolite, quando se realiza a ressecção do reto e de todo cólon, pode não ser curativo para a doença intestinal.
- 4) A melhora do estado nutricional do paciente com retocolite ulcerativa é essencial para a diminuição da morbimortalidade pós-operatória.
- 5) A técnica cirúrgica que melhor atende a fisiopatologia da retocolite ulcerativa é a proctocolectomia total, bolsa ileal e anastomose íleo anal.

23. Adulto jovem, usuário de drogas injetáveis, vem ao ambulatório com quadro de dor em hipocôndrio esquerdo com aproximadamente 40 dias de evolução, acompanhado de febre diária, inapetência, mal estar generalizado e perda de peso. A tomografia de abdome total é sugestiva de um abscesso esplênico. Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- 1) São agentes comumente encontrados nas culturas dos abscessos esplênicos – *Staphylococcus*, *Salmonella*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* e *Streptococcus* do grupo D.
- 2) O abscesso esplênico pode ocorrer também em pacientes portadores de anemia falciforme.
- 3) Pacientes HIV (+) são susceptíveis a desenvolver abscessos esplênicos.
- 4) A esplenectomia não deve ser indicada na presença de múltiplos abscessos esplênicos.
- 5) A endocardite bacteriana pode evoluir com o aparecimento de abscesso esplênico.

24. Homem, 58 anos, está sendo submetido a uma gastroduodenopancreatectomia por um adenocarcinoma da cabeça do pâncreas. Assinale a alternativa correta:

- 1) A artéria pancreatoduodenal anterior inferior é a responsável pela irrigação da papila duodenal maior.
- 2) A ligadura tanto da arcada pancreatoduodenal anterior como da posterior não é suficiente para causar a isquemia do duodeno.
- 3) Não há descrição na literatura de que a veia porta pode se apresentar anterior ao pâncreas e ao duodeno.
- 4) A ligadura da artéria esplênica não obriga a realização da esplenectomia ao passo que, a ligadura da veia esplênica obrigatoriamente deve ser acompanhada da realização da esplenectomia.
- 5) O cólon transverso é o órgão mais frequentemente acometido quando da invasão por contiguidade das lesões da cabeça do pâncreas.

25. Homem, 59 anos, vai ao ambulatório de urologia com queixa de intensos sintomas urinários de esvaziamento há aproximadamente 2 anos, que vêm piorando progressivamente. Tem história de 2 prostatites agudas e 1 orquiepididimite no período e 3 episódios de hematúria macroscópica nos últimos 6 meses. Ao exame físico encontra-se afebril, com globo vesical palpável e toque retal com próstata aumentada, fibro-elástica, lisa, sem nódulos, com sulcos e limites bem definidos. Traz exames laboratoriais, sendo relevantes Urina I com 14.000 leucócitos e 10.000 hemácias, Urocultura negativa, PSA = 2,2 ng/mL, Creatinina = 2,4 mg/dL e uréia = 76 mg/dL. Na ultrassonografia identifica-se próstata de 66g, bexiga com paredes espessadas e com trabeculações, sem lesões vegetantes, dilatação ureteropielocalicial bilateral moderada e resíduo pós miccional de 230 mL. Qual a conduta apropriada?

- 1) Biópsia de próstata guiada por ultrassonografia trans-retal.
- 2) Tomografia sem contraste para investigar litíase.
- 3) Tratamento clínico com alfa-bloqueador e inibidor da 5-alfa-redutase.
- 4) Sondagem de alívio.
- 5) Sondagem de demora e programar tratamento cirúrgico.

26. Com relação ao trauma de tórax assinale a alternativa correta:

- 1) A traumatopnéia é normalmente observada em casos de pneumotórax hipertensivo.
- 2) A causa mais comum de pneumotórax hipertensivo é a lesão das vias aéreas.
- 3) Na chamada “ferida torácica aspirativa” ou pneumotórax aberto, ocorre o equilíbrio imediato entre as pressões atmosférica e intratorácica.
- 4) A instabilidade hemodinâmica presente no pneumotórax hipertensivo representa um exemplo de choque cardiogênico.
- 5) A morte ocorre mais rapidamente no pneumotórax aberto do que no hipertensivo, pois no primeiro o defeito na parede é maior.

27. Homem, 63 anos alcoolizado estava andando de bicicleta quando perdeu o equilíbrio, bateu o guidão no abdome e caiu. Chegou ao PS com hálito etílico, queixando-se de dor na perna esquerda (E). Ao exame: respirava espontaneamente, murmúrio vesicular presente bilateralmente, hemodinamicamente normal e com escoriação em epigástrio, que estava pouco doloroso à palpação profunda, mas com descompressão brusca negativa. Glasgow: 14, com ferimento corto-contuso em região frontal E de 1,5 cm sem sangramento ativo; perna E com fratura fechada e pulsos presentes e simétricos. RX de tórax foi normal e FAST abdominal negativo. Para esse doente podemos afirmar que:

- 1) Se a USG abdominal for normal, está descartada lesão abdominal.
- 2) A tomografia computadorizada de abdome está indicada.
- 3) Se a fratura da perna for de tratamento cirúrgico, a laparotomia exploradora está indicada.
- 4) A vídeo-laparoscopia diagnóstica está indicada.
- 5) Não tem indicação de tomografia de crânio, pois o Glasgow 14 resulta da libação alcoólica.

28. Jovem, 19 anos, vítima de queda de moto foi submetido à craniotomia descompressiva por TCE grave e à fixação cirúrgica de tibia. Encontra-se no terceiro pós-operatório, na UTI sob ventilação mecânica, com dose mínima de droga vasoativa e recebendo antibioticoterapia por um quadro de infecção pulmonar. Com relação aos cuidados com esse doente é correto afirmar:

- 1) Está indicada gastrostomia precoce para alimentação.
- 2) Deve ser mantido com nutrição parenteral total exclusiva.
- 3) O uso em baixa dose de droga vasoativa não contra indica o início da dieta enteral.
- 4) A introdução da dieta enteral deverá ser feita assim que o paciente apresentar flatos e evacuação.
- 5) A dieta enteral por sonda está contra indicada nesse caso, pelo risco de aspiração, piorando o quadro pulmonar.

29. Na cirurgia de Warren, utilizada no tratamento da hipertensão portal, realiza-se:

- 1) Derivação espleno renal distal e desconexão ázigo-portal.
- 2) Derivação espleno renal proximal e desconexão espleno-pancreática.
- 3) Derivação espleno renal proximal e desconexão ázigo-portal.
- 4) Derivação espleno renal distal e desconexão espleno-pancreática.
- 5) Derivação espleno renal proximal sem associar desconexão ázigo-portal ou espleno-pancreática.

30. Mulher, 37 anos, IMC = 45,9, com queixa de pirose retroesternal intensa. A endoscopia digestiva alta revelou esofagite erosiva distal grau C de Los Angeles; a pHmetria esofágica – DeMeester = 10; manometria esofágica normal. Qual é a orientação terapêutica mais apropriada para a resolução da queixa desta paciente?

- 1) Válvula antirrefluxo tipo Nissen.
- 2) Gastrectomia com reconstrução em Y-Roux.
- 3) Válvula antirrefluxo tipo Lind.
- 4) Gastroplastia vertical.
- 5) Perda de peso.

31. Paciente de 59 anos com adenocarcinoma de pulmão (T2N0M0), em lobo superior esquerdo e no estadiamento abdominal com ultrassonografia e tomografia computadorizada de abdome foi evidenciada lesão de 2 cm em supra-renal esquerda. Assinale a afirmação correta:

- 1) Cerca de 30% dos doentes portadores de câncer de pulmão no momento do diagnóstico apresentam metástases em supra-renais.
- 2) A maioria das lesões de supra-renais corresponde a metástases.
- 3) A ressonância Magnética é método confiável para confirmar doença metastática neste caso.
- 4) A possibilidade de metástase em adrenal independe da evidência de metástase mediastinal.
- 5) A atitude recomendável neste caso é a punção aspirativa.

32. Menina, 14 anos com histórico familiar de Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 2 B, apresenta nódulo sólido de tireóide de 2,1 cm, já biopsiado e confirmando malignidade. A conduta mais adequada é:

- 1) Tireoidectomia total com dissecação linfonodal modificada.
- 2) Iodoterapia.
- 3) Tireoidectomia parcial.
- 4) Tireoidectomia parcial com dissecação linfonodal modificada.
- 5) Tireoidectomia parcial e de istmo.

33. Paciente de 56 anos etilista, em tratamento há uma semana por infecção respiratória com catarro extremamente fétido. Na tomografia de tórax nota-se opacificação em lobo superior direito com aspecto de abscesso de pulmão. Ao exame endoscópico foi encontrada estenose parcial do brônquio do lobo superior direito e tecido de granulação com pequena quantidade de secreção purulenta fétida. Qual a melhor conduta nesse momento?

- 1) Drenagem cirúrgica aberta.
- 2) Toracotomia e pneumonectomia.
- 3) Toracotomia e lobectomia.
- 4) Toracotomia e segmentectomia.
- 5) Dilatação e aspiração transbrônquica.

34. Com relação ao neuroblastoma pode-se dizer:

- 1) É um tumor muito raro em crianças e com prognóstico reservado.
- 2) É um tumor maligno em crianças, mas com bom prognóstico.
- 3) É o tumor maligno sólido mais frequente em crianças.
- 4) Quando no estágio 2 em crianças com menos de um ano apresentam fator de risco alto para recidiva.
- 5) Quando no estágio 2 em crianças com mais de um ano e N- myc amplificado e biologia favorável apresentam fator de risco alto para recidiva.

35. Assinale a alternativa **INCORRETA** com relação ao processo de cicatrização:

- 1) A reepitelização ocorre na segunda fase da cicatrização, onde o colágeno tipo I é substituído pelo colágeno tipo III.
- 2) Até aproximadamente a 24ª semana de vida intrauterina, o processo de cicatrização fetal raramente deixa cicatriz.
- 3) São responsáveis pelo processo inflamatório na primeira etapa da cicatrização: Interleucina-1alfa, Interleucina-1beta, Interleucina-6 e fator de necrose tumoral-alfa.
- 4) A última fase da cicatrização é a remodelação que pode durar até um ano após a lesão inicial.
- 5) Em adultos com lesões graves, os folículos pilosos e as glândulas sudoríparas não tem potencial de regeneração.

36. Homem, de 72 anos no pós-operatório de uma transversostomia em alça, por neoplasia de reto baixo obstruída. Evoluiu com quadro infeccioso pulmonar. Após cinco dias de antibioticoterapia e fisioterapia respiratória, passou a referir cansaço e teve piora do leucograma.

Ao exame clínico específico o murmúrio vesicular estava presente bilateralmente, mas abolido em base esquerda. RX mostrava derrame pleural esquerdo. Realizada toracocentese e a análise do líquido pleural mostrou: Líquido amarelo, pH: 7,10; glicose: 50mg/dl e DHL: 1020 UI/L, com relação DHL no líquido pleural / DHL no sangue maior que 0,6 e predomínio de polimorfonucleares. Considerando essa evolução, podemos afirmar que, com relação ao derrame pleural:

- 1) Trata-se de um transudato reacional a um abscesso subfrênico que deve ser drenado.
- 2) Trata-se de um empiema pleural em fase fibrinopurulenta e, portanto, o tratamento é clínico.
- 3) Trata-se de um empiema e o tratamento deverá ser drenagem aberta.
- 4) Trata-se de um empiema pleural já em fase de organização e, portanto, o tratamento é a toracocentese de alívio.
- 5) Trata-se de derrame pleural para pneumônico complicado e deve ser drenado com sistema fechado em selo d'água.

37. Homem de 47 anos é admitido no PS com queixa de dor abdominal há 3 dias com piora súbita há 8 horas. Conta uso de diclofenaco (3 comprimidos ao dia) há 1 semana, por dor lombar após esforço físico. Refere ser nervoso, mas nega antecedente mórbido. Ao exame apresentava-se gemente, taquicárdico, com abdome em tábua. Rx com pneumoperitônio. Foi feita laparotomia exploradora cujo achado foi uma úlcera na região pré – pilórica com perfuração de 0,3 cm, sem calo ulceroso palpável, com líquido turvo na cavidade peritoneal. Das opções abaixo, a melhor para esse caso é:

- 1) Desbridamento da borda da úlcera seguida da ulcerorrafia e vagotomia troncular.
- 2) Ulcerorrafia com procedimento de Graham modificado e uso de bloqueadores de bomba de prótons.
- 3) Gastrectomia parcial e gastroduodenostomia associada ao uso de bloqueadores de bomba de prótons.
- 4) Gastrectomia parcial e gastrojejunostomia.
- 5) Gastrectomia parcial e reconstrução a Bilroth II associada ao uso de bloqueadores de bomba de prótons.

38. Durante uma discussão com o marido embriagado, uma mulher de 35 anos foi esfaqueada e levada após 20 minutos ao Serviço de Emergência. Chegou hemodinamicamente instável e não melhorou após reanimação volêmica inicial sendo submetida à toracotomia e, a seguir, laparotomia exploradora por um ferimento tóraco-abdominal. O achado foi de um hemotórax de moderado volume com sangramento ativo de artéria intercostal, que foi ligada, uma lesão pulmonar de 3 cm com escape aéreo e sangramento em babação, e uma lesão diafragmática associada a uma lesão hepática superficial sem sangramento. Das alternativas abaixo, qual indica o melhor tratamento para as lesões do pulmão e do diafragma, respectivamente?

- 1) Sutura contínua com fio inabsorvível em plano único do pulmão e sutura contínua com fio absorvível do diafragma.
- 2) Sutura contínua com fio inabsorvível em plano único do pulmão e sutura com pontos separados em "U" ou "X", de fio absorvível para o diafragma.
- 3) Sutura em barra grega como primeiro plano, seguida do chuleio com fio absorvível para o pulmão e sutura contínua em plano único com fio absorvível para o diafragma.
- 4) Sutura com pontos separados de fio inabsorvível para o pulmão e sutura com pontos separados em "U" ou "X", de fio inabsorvível para o diafragma.
- 5) Sutura em barra grega seguida de chuleio com fio absorvível para o pulmão e pontos separados em "U" ou "X", de fio inabsorvível para o diafragma.

39. Assinale a alternativa **INCORRETA** com relação à lesão abdominal por trauma fechado (TAF):

- 1) A angiografia é útil e pode evitar o tratamento operatório.
- 2) A vídeo-laparoscopia é útil na avaliação de doentes em tratamento não operatório e que apresentam dor abdominal na evolução.
- 3) No doente hemodinamicamente normal e sem peritonite, com líquido livre na cavidade abdominal identificado por ultrassonografia, a tomografia computadorizada de abdome e pelve é necessária para o tratamento não operatório.
- 4) No TAF a tomografia computadorizada de abdome mostrando lesão do corpo pancreático com secção do ducto de Wirsung é indicação de laparotomia para sutura do pâncreas.
- 5) O trauma de extremidades não é contra indicação ao tratamento não opera.

40. Das condições abaixo, todas podem ser indicação de laparotomia, ou seja, deixar o "abdome aberto"

**EXCETO:**

- 1) Na síndrome compartimental abdominal.
- 2) Na laparotomia exploradora por ferimento abdominal penetrante com sutura de veia cava inferior e lesão de intestino delgado associada.
- 3) Na cirurgia para "controle de danos" em paciente traumatizado com múltiplas lesões e que apresenta coagulopatia.
- 4) No tratamento cirúrgico da diverticulite aguda complicada com peritonite estercoral difusa.
- 5) Na laparotomia na qual foi realizada ressecção intestinal por necrose e anastomose primária, por insuficiência vascular aguda não oclusiva em paciente hemodinamicamente instável.

41. Homem, 63 anos, tabagista e hipertenso, informa que há algum tempo apresenta dor em panturrilha direita que dificulta a sua caminhada, há 1 dia com dor de forte intensidade em membro inferior direito, parestesia, esfriamento e palidez. Ao exame físico apresenta palidez e hipotermia do membro inferior direito em relação ao contralateral. O pulso femoral direito está presente e os outros pulsos estão ausentes em membro inferior direito. O diagnóstico provável para este paciente é:

- 1) Trombose venosa profunda.
- 2) Insuficiência arterial crônica.
- 3) Síndrome compartimental.
- 4) Oclusão arterial aguda.
- 5) Aneurisma de artéria poplítea direita.

42. Paciente de 72 anos diabético e hipertenso teve trauma em pé esquerdo há 1 semana. Evoluiu com gangrena seca do 5º pododáctilo esquerdo. Foi submetido à arteriografia que mostrou estenose segmentar crítica de artéria ilíaca comum esquerda. A melhor conduta para este paciente é:

- 1) Amputação do 5º pododáctilo.
- 2) Enxerto aorto-ilíaco Esquerdo.
- 3) Angioplastia com stent de artéria ilíaca comum esquerda.
- 4) Enxerto femoro-femoral cruzado.
- 5) Endarterectomia de artéria ilíaca comum esquerda.



43. Paciente de 43 anos, portador de pancreatite crônica, esta em programação cirúrgica devido à dor intratável clinicamente. A tomografia de abdome constata a dilatação do ducto pancreático. Qual é a melhor opção cirúrgica?

- 1) Pancreatectomia total.
- 2) Gastroduodenopancreatectomia.
- 3) Gastroenteroanastomose e derivação biliodigestiva, sem ressecção pancreática.
- 4) Pancreatojejunoanastomose longitudinal.
- 5) Pancreatectomia distal.

44. Adulto jovem foi submetido a uma cirurgia oncológica abdominal de grande porte, com ressecção do cólon direito e de um segmento intestinal jejuno-ileal. No sexto dia de pós-operatório encontrava-se sob ventilação pulmonar mecânica devido à broncoaspiração e apresentou saída de aproximadamente 600 ml de líquido bilioso claro pela ferida operatória. Os sinais vitais do paciente são: Pressão arterial = 110/70 mmHg, FC = 102 bpm, temperatura axilar = 37,9°C., diurese = 65ml/h. Assinale a alternativa correta:

- 1) Esta indicada à exploração cirúrgica da cavidade abdominal imediatamente.
- 2) Deve-se aguardar a melhora das condições pulmonares e hemodinâmicas para re-abordar cirurgicamente.
- 3) Pelo débito da fístula, a melhor opção é iniciar tratamento clínico não cirúrgico, baseado em nutrição parenteral total e antibioticoterapia de amplo espectro.
- 4) A principal hipótese diagnóstica é a colecistite aguda alitiásica complicada.
- 5) A composição eletrolítica desse líquido que está se exteriorizando pela ferida operatória é: Na = 60 mEq/L, K = 10 mEq/L, HCO<sub>3</sub> = 100 mEq/L, Cl = 20 mEq/L.

45. A colangiografia de um paciente jovem revela múltiplas áreas de estenose e dilatação da via biliar intra e extrahepática. Os níveis de fosfatase alcalina e gama GT estão elevados assim como as bilirrubinas totais e frações com predomínio da bilirrubina direta. Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- 1) A colangite esclerosante é uma doença que acomete predominantemente pacientes do sexo masculino e jovens.
- 2) Na colangite esclerosante, mesmo pacientes assintomáticos podem estar com a doença em fase avançada.
- 3) A tireoidite de Riedel, assim como pseudotumores de órbita podem estar relacionados com a colangite esclerosante.
- 4) Uma minoria dos pacientes portadores de colangite esclerosante apresentam quadro de colangite aguda com hemoculturas positivas.
- 5) Aproximadamente 90% dos pacientes são sintomáticos na ocasião do diagnóstico da colangite esclerosante.

46. Mulher apresenta-se no ambulatório com uma lesão hepática única presumivelmente benigna pela ressonância magnética. Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- 1) Ressonância sugestiva de hemangioma e paciente assintomático a conduta é observação clínica.
- 2) Ressonância sugestiva de hiperplasia nodular focal e paciente assintomático a conduta é ressecção cirúrgica.
- 3) Ressonância sugestiva de hemangioma e paciente com síndrome de Kasabach-Merritt a conduta é ressecção cirúrgica, transplante hepático, radioterapia ou drogas imunossupressoras.
- 4) Ressonância sugestiva de adenoma a conduta cirúrgica é individualizada.
- 5) Ressonância inconclusiva quanto ao diagnóstico e biópsia percutânea inconclusiva a conduta é ressecção cirúrgica.

47. Paciente vítima de ferimento por projétil de arma de fogo no abdome é submetido à tratamento operatório sendo evidenciadas 6 perfurações em intestino delgado. Não havia outras lesões. Realiza-se enterectomia de 60 cm na transição jejunoileal com êntero-êntero anastomose primária. Das alternativas abaixo, qual deve ser realizada para completar o procedimento operatório?

- 1) Fixação do delgado para evitar torção de alça.
- 2) Fechamento do mesentério do delgado.
- 3) Diverticulização junto à anastomose.
- 4) Ileostomia de proteção.
- 5) Drenagem da anastomose.

48. Homem, 63 anos, diabético, foi admitido no PS com queixa de dor e hiperemia em ferida operatória de inguinotomia esquerda, realizada eletivamente há 8 dias para correção de uma hérnia inguinal. Refere que após 5 dias da operação passou a apresentar hiperemia em toda região inguinal esquerda acompanhada de dor local e febre não medida. Ao exame: Desidratado, taquicárdico, apresentando edema, hiperemia extensa com pontos de necrose na pele de toda região inguinal esquerda estendendo-se para a bolsa escrotal desse lado, com crepitação à palpação. Leucocitose com desvio até metamielócito e acidose metabólica. Após medidas clínicas iniciais a melhor conduta nesse momento, além da antibioticoterapia de amplo espectro é:

- 1) Associação com antifúngico e controle da glicemia com insulino terapia.
- 2) Retirada de todos os pontos da inguinotomia para drenagem local ampla.
- 3) Associação com antifúngico e oxigenioterapia hiperbática
- 4) Desbridamento cirúrgico amplo de toda área comprometida inclusive bolsa escrotal, com exposição do testículo.
- 5) Retirada dos pontos da ferida operatória para drenagem local e colostomia para desvio do trânsito, reduzindo a contaminação do períneo.

49. Paciente politraumatizado grave admitido em choque hipovolêmico com hemorragia classe IV, foi submetido à fixação externa da bacia e laparotomia exploradora sendo optado por cirurgia de “controle de danos” em função da coagulopatia incipiente. Com relação à resposta sistêmica pós - traumática nesse caso, todas as afirmativas estão corretas **EXCETO**:

- 1) A resposta da fase aguda (RFA) está ativada levando à liberação de mediadores como: interleucinas IL-1 e IL-6, fator de necrose tumoral alfa, fator de crescimento de colônias, entre outros.
- 2) Ocorre aumento da glicogenólise hepática e muscular e da gliconeogênese.
- 3) Observamos aumento da resistência periférica à ação da insulina.
- 4) Há níveis altos de glicocorticoides e baixos níveis de hormônio estimulador de corticotropina (CRH) e ACTH.
- 5) Observamos níveis plasmáticos aumentados de aldosterona e hormônio antidiurético (ADH) favorecendo a retenção de água e sódio.

50. Homem, 45 anos, é assaltado na saída do caixa eletrônico, mas assusta-se e reage, sendo então atingido por um projétil de arma de fogo. Chegou ao PS ansioso, com FC: 110 bpm, taquicárdico e com um pouco de dor à palpação do hipocôndrio direito (D) onde se via o orifício de entrada do projétil, mas sem dor no restante do abdome. O orifício de saída estava no 10º espaço intercostal na linha axilar posterior D. Apresentava murmúrio vesicular presente bilateralmente, mas diminuído à D. RX na sala de trauma mostrou um velamento em hemitórax D. Foi drenado o tórax com saída de 350 ml de sangue. Após 1000 ml de SF 0,9% apresentava-se estável hemodinamicamente com FC: 90 bpm. Com relação ao caso acima podemos afirmar que:

- 1) A estabilidade hemodinâmica afasta a possibilidade de lesão abdominal associada.
- 2) Tem indicação de janela pericárdica.
- 3) A Tomografia computadorizada de abdome mostrando lesão hepática indica que houve lesão do diafragma.
- 4) A Tomografia computadorizada de tórax com derrame pleural, mas sem evidência de lesão do parênquima pulmonar, indica a retirada do dreno de tórax.
- 5) O ferimento é exclusivamente torácico.

<b>ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS</b>			
<b>QUESTÃO</b>	<b>RESP</b>	<b>QUESTÃO</b>	<b>RESP</b>
1	1	26	3
2	3	27	2
3	1	28	3
4	3	29	4
5	4	30	5
6	3	31	5
7	1	32	1
8	2	33	5
9	2	34	3
10	1	35	1
11	5	36	5
12	5	37	2
13	1	38	5
14	3	39	4
15	2	40	2
16	1	41	4
17	3	42	3
18	2	43	4
19	4	44	1
20	5	45	5
21	1	46	2
22	2	47	2
23	4	48	4
24	4	49	4
25	5	50	3