

1- Em pós-operatório de gastroplastia redutora com derivação em Y-Roux, o parâmetro clínico mais relevante de uma eventual complicação intracavitária é:

- 1) Oligúria.
- 2) Rebaixamento do nível de consciência.
- 3) Dor abdominal com descompressão brusca dolorosa presente.
- 4) Taquicardia.
- 5) Náuseas e vômitos.

2 - Dentre os tumores cerebrais listados abaixo, qual o que apresenta pior prognóstico?

- 1) Glioblastoma multiforme.
- 2) Astrocitoma anaplásico.
- 3) Oligodendroglioma.
- 4) Xantastrocitoma pleomórfico.
- 5) Ependimoma.

3 - São afirmações corretas para o esôfago de Barrett, **EXCETO**:

- 1) É definido como a substituição da mucosa escamosa normal do esôfago distal, de qualquer extensão, visível à endoscopia digestiva alta, por uma mucosa tipo colunar, com biópsia demonstrando metaplasia intestinal.
- 2) Pode ser considerado como o estágio final da doença do refluxo gastroesofágico, dessa forma, deve-se salientar que não há relação causal com a infecção pelo *H. pylori*.
- 3) É importante identificar a metaplasia intestinal e detectar a presença de displasia.
- 4) A displasia, também definida como neoplasia intraepitelial, é considerada como um marcador e um precursor do adenocarcinoma.
- 5) O risco de degeneração maligna (adenocarcinoma) em nosso meio, é de 50%.

4 - Paciente de 55 anos com diagnóstico de adenocarcinoma de reto a 4,0 cm da borda anal. A ressonância de pelve apresenta lesão de 2,5 cm que se estende até a submucosa com presença de quatro linfonodos altamente sugestivos de comprometimento neoplásico na região de mesorreto. A melhor conduta inicial neste caso é:

- 1) Amputação de reto abdomino-perineal com excisão total do mesorreto.
- 2) Ressecção submucosa da lesão via endoscópica.
- 3) Terapia neoadjuvante baseada em quimioterapia e radioterapia.
- 4) Ressecção da lesão por TEM (transanal endoscopic microsurgery).
- 5) Ressecção laparoscópica da lesão.

5- Paciente de 30 anos apresenta aumento indolor do testículo esquerdo há cerca de duas a três semanas, sem antecedente de traumatismo local. Ao exame físico, o testículo esquerdo encontra-se aumentado (aproximadamente seis cm), indolor, sem nodulações palpáveis ou hidrocele, porém de consistência mais firme que o testículo direito, que não apresenta alteração. Além da ultrassonografia (USG) da bolsa testicular, que exames devem ser solicitados?

- 1) Biópsia com agulha fina guiada por ultrassom.
- 2) USG de rins e vias urinárias, USG de próstata e dosagem de antígeno prostático-específico (PSA).
- 3) Dosagem de DHL, α feto proteína e beta HCG; tomografia de abdome total e pelve; e radiografia de tórax.
- 4) Urina I e urocultura.
- 5) Dosagem de amilase e sorologia IgG e IgM para Rubulavirus (Caxumba).

6 - Com relação à hiperplasia nodular focal e o adenoma hepatocelular são afirmações corretas, **EXCETO**:

- 1) Ao contrário da hiperplasia nodular focal, o adenoma hepatocelular está intimamente relacionado com o uso de anticoncepcionais orais.
- 2) Nem sempre é possível fazer o diagnóstico diferencial entre ambas as lesões, com os atuais recursos propedêuticos atualmente disponíveis.
- 3) A presença de uma cicatriz central é característica da hiperplasia nodular focal.
- 4) Em geral o tratamento do adenoma hepatocelular deve ser a ressecção cirúrgica, embora, alguns autores recomendem como conduta inicial a suspensão do contraceptivo oral e a monitorização através de tomografia ou ressonância.
- 5) Lesões acima de cinco cm com anátomo patológico confirmando hiperplasia nodular focal devem ser ressecadas cirurgicamente pelo risco de ruptura ou torção.

7- Paciente no 2º dia de pós-operatório de tireoidectomia total por bócio multinodular apresentou crise leve de laringoespasmó. Ao exame clínico constata-se a presença de sinal de Chevestek e de Trousseau. O eletrocardiograma revela prolongamento no segmento Q-T. Qual a melhor opção terapêutica inicial?

- 1) Gluconato de cálcio.
- 2) Sulfato de magnésio.
- 3) Hidralazina.
- 4) Broncodilatador inalatório e corticóide endovenoso.
- 5) Bicarbonato de sódio.

8 - A artéria torácica interna (ATI) é de suma importância nas operações de revascularização miocárdica, já que, apresentam-se patentes por período de tempo significativamente superior, quando comparada aos enxertos venosos. Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- 1) Tanto a ATI direita como a ATI esquerda originam-se frequentemente de forma isolada da artéria subclávia.
- 2) O nível de término mais frequente tanto da ATI direita como da ATI esquerda é no 6º espaço intercostal.
- 3) A disseção isolada, ou seja, de forma “esqueletizada” da ATI, reduz o trauma à parede torácica, preservando a irrigação do esterno, o que traz benefícios principalmente aos pacientes diabéticos.
- 4) Sua relação anatômica com o nervo frênico pode explicar alguns casos de paralisia de diafragma observados em pós-operatório de revascularização do miocárdio.
- 5) A disseção da ATI juntamente com a fásia endotorácica e suas veias satélites, constituindo um pedículo, possibilita atingir o seu maior comprimento, viabilizando anastomoses em terços distais das artérias coronárias.

9 - Com relação à esplenectomia, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- 1) Esferocitose hereditária, eliptocitose hereditária e anemia hemolítica auto-imune são indicações hematológicas clássicas.
- 2) Púrpura trombocitopênica trombótica, anemia falciforme e talassemia major são indicações hematológicas esporádicas.
- 3) O momento ideal para a imunização é no período pré-operatório, com ênfase na cobertura contra bactérias capsuladas tais como: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo B e *Neisseria meningitidis*.
- 4) Pacientes portadores de doenças mieloproliferativas ou esplenomegalia acentuada apresentam maiores índices de morbidade operatória podendo chegar a 40 – 60%.
- 5) A perfuração diafragmática raramente ocorre na esplenectomia aberta, porém pode ocorrer na técnica laparoscópica, sendo que o principal fator causal é a lesão térmica decorrente da disseção do pólo superior do baço.

10- Homem, 39 anos, submetido à apendicectomia laparoscópica sem intercorrências. Recebeu alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório. Retornou ao consultório no 10º dia de pós-operatório sem queixas digestivas ou incisionais. O laudo anátomo patológico revelou: neoplasia neuroendócrina bem diferenciada do terço distal do apêndice cecal com três cm de diâmetro e base apendicular livre de comprometimento neoplásico. Qual a melhor conduta para este paciente?

- 1) Quimioterapia.
- 2) Hemicolecotomia direita com linfadenectomia.
- 3) Observação clínico-oncológica com realização de tomografia de tórax, abdome total e pelve a cada seis meses.
- 4) Ampliação da ressecção na base do apêndice envolvendo o ceco e metade do cólon ascendente.
- 5) Radioterapia.

11- A principal indicação cirúrgica na pancreatite crônica é:

- 1) Dor refratária ao tratamento medicamentoso.
- 2) Pseudocisto de pâncreas.
- 3) Icterícia obstrutiva.
- 4) Degeneração maligna.
- 5) Ascite pancreática.

12 - A artéria mesentérica superior nasce na aorta, cerca de dois cm abaixo do tronco celíaco, com trajeto para baixo e para frente, emergindo no centro de um quadrilátero venoso, também denominado quadrilátero de Rogie. As seguintes veias fazem parte dessa região, **EXCETO**:

- 1) Veia mesentérica superior.
- 2) Veia esplênica.
- 3) Veia mesentérica inferior.
- 4) Veia pancreaticoduodenal póstero-inferior.
- 5) Veia renal esquerda.

13 - Com relação ao divertículo de Zenker, assinale a alternativa correta:

- 1) A manometria esofágica é fundamental para definir a melhor opção terapêutica.
- 2) Para que o tratamento cirúrgico seja bem sucedido é de fundamental importância, além da ressecção do divertículo, também a miotomia do músculo cricofaríngeo.
- 3) Seu pico de incidência é na 2ª e 3ª década de vida.
- 4) Uma das opções terapêuticas não cirúrgicas consiste na injeção endoscópica de toxina botulínica na região do triângulo de Killian.
- 5) Correspondem ao grupo de divertículos esofágicos classificados como divertículos de tração.

14 - Com relação ao empiema pleural, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- 1) É definido como uma coleção de líquido purulento entre os dois folhetos pleurais.
- 2) Na fase exsudativa a drenagem pleural pode ser suficiente para o seu tratamento.
- 3) Desde que não haja evidência de fístula broncopleural a lavagem com soro fisiológico do espaço pleural pode ser realizada em empiemas com grande quantidade de depósitos de fibrina.
- 4) A patogenia mais freqüente é a inoculação bacteriana direta no espaço pleural, como por exemplo, em punções ou drenagens torácicas ou ainda em ferimentos penetrantes no tórax.
- 5) A pleurostomia é uma opção terapêutica para os casos de empiema pleural crônico onde já existe encarceramento pulmonar.

15 - Assinale a alternativa **INCORRETA** em relação à hematuria:

- 1) No adulto, a endometriose, hiperplasia benigna da próstata e exercícios físicos extenuantes são causas de hematuria pós-renal.
- 2) As coagulopatias e a anemia falciforme estão entre as causas hematológicas mais comuns no adulto.
- 3) A uretroscopia não deve ser realizada na urgência.
- 4) Em indivíduos até 20 anos, as causas mais comuns são: glomerulonefrites, infecções do sistema urinário e malformações congênitas.
- 5) Pacientes submetidos a radioterapia na região pélvica têm predisposição de desenvolver episódios de hematuria.

16 - Com relação às anomalias congênitas do peritônio e da parede abdominal, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- 1) Na gastrosquise clássica o defeito da parede abdominal está frequentemente localizado imediatamente para o lado direito da fixação do cordão umbilical.
- 2) Não há relação entre gastrosquise e má rotação do intestino.
- 3) O divertículo de Meckel resulta de uma falha no fechamento do ducto onfalomesentérico.
- 4) A onfalocele é um defeito na região umbilical da parede abdominal, através do qual as vísceras abdominais fazem protrusão para dentro do saco herniário, formado por peritônio parietal e membrana amniótica.
- 5) Mais de 50% dos portadores de onfalocele apresentam também outros defeitos congênitos.

17 - Correspondem aos critérios de indicação absoluta de ressecção endoscópica no adenocarcinoma gástrico, **EXCETO**:

- 1) Tipo histológico bem diferenciado.
- 2) T1a ou T1b.
- 3) Lesão sem ulceração.
- 4) Diâmetro igual ou menor do que 2,0cm.
- 5) Tipo endoscópico I, IIa ou IIb.

18 - Assinale a alternativa **INCORRETA** quanto aos enxertos de pele:

- 1) A integração dos enxertos ocorre em duas fases: fase de embebição plasmática e fase vascular.
- 2) Os enxertos de pele parcial são os mais empregados em pacientes queimados.
- 3) Os enxertos de pele parcial apresentam melhor resultado estético e funcional do que os enxertos de pele total.
- 4) Os enxertos de pele total têm como principal desvantagem, o uso restrito a pequenas lesões pela exigüidade das áreas doadoras.
- 5) São áreas comuns para a retirada dos enxertos de pele parcial: coxa, perna, abdome, tórax anterior e posterior, couro cabeludo e cavo plantar.

19- Homem de 66 anos, no 4º dia de pós-operatório de enterectomia e enteroanastomose por tumor neuroendócrino (carcinóide) obstrutivo de íleo com 6 cm de diâmetro. Evolui com drenagem de aproximadamente 700mL/24hs de débito francamente entérico pelo dreno abdominal em flanco direito. Faz uso de corticóide por enfisema pulmonar avançado. Ao exame físico: FC: 112bpm, PA: 110/60mmHg, FR: 18 ipm; abdome doloroso difusamente, sem descompressão brusca dolorosa. A ferida operatória está limpa e seca. A conduta mais apropriada para este caso é:

- 1) Reoperação e abordagem cirúrgica da fístula.
- 2) Reoperação e cecostomia descompressiva.
- 3) Iniciar nutrição parenteral total central.
- 4) Iniciar nutrição enteral por sonda nasoenteral.
- 5) Manter conduta não cirúrgica ampliando o espectro antimicrobiano.

20 - Homem de 53 anos, cirrótico Child B, em pós-operatório de gastrectomia total por adenocarcinoma gástrico proximal T3N0M0. No 8º pós-operatório foi diagnosticada fístula da anastomose esôfago-jejunal e iniciada nutrição parenteral total. Após 10 dias de nutrição parenteral o paciente apresentou quadro de confusão e agitação psicomotora, elevação dos níveis de bilirrubina, queda da atividade de protrombina e albumina sérica de 1,9g/dL. O débito da fístula vem se mantendo em torno de 90mL/24hs sem piora clínica do exame físico abdominal em relação aos dias anteriores. A primeira hipótese para essa piora clínica é:

- 1) Desbloqueio da fístula para a cavidade abdominal, peritonite e sepse.
- 2) Encefalopatia hepática devido à presença de aminoácidos de cadeia aromática na nutrição parenteral.
- 3) Distúrbio hidroeletrolítico, provavelmente hiponatremia, decorrente da depleção de sódio pela fístula.
- 4) Distúrbio metabólico, por conta da acentuada hipoalbuminemia.
- 5) Mediastinite devido disseminação da fístula para o mediastino.

21 - Paciente, 32 anos, masculino, com quadro de dor anal de forte intensidade, que ocorre no momento da evacuação e perdura por aproximadamente 5 minutos, acompanhada de sangramento rutilante em pequena quantidade, com aproximadamente seis dias de evolução, sendo que nos últimos dois dias está com prurido anal moderado. No exame proctológico, é mais provável que se encontre:

- 1) Fecaloma palpável na ampola retal e hipertonia do esfíncter interno do ânus.
- 2) Prolapso mucoso retal com ulcerações e sinais de sangramento recente.
- 3) Papilite hipertrófica, lesão mucosa com exposição do esfíncter e plicoma.
- 4) Trombose de mamilos hemorroidários.
- 5) Orifício fistuloso perianal com presença de tecido de granulação e endurecimento linear que se estende do orifício fistuloso ao canal anal.

22 - Dentre os sintomas abaixo, qual o mais comum após uma funduplicatura laparoscópica?

- 1) Desconforto temporário para deglutir.
- 2) Aumento da flatulência.
- 3) Distensão abdominal.
- 4) Inabilidade para eructar.
- 5) Inabilidade para vomitar.

23 - Um jovem de 19 anos envolveu-se numa briga sendo agredido com uma paulada na cabeça. Foi admitido no Pronto Socorro com hálito alcoólico, contando a briga. Apresentava um ferimento sem sangramento ativo em região têmporo-parietal D, suas pupilas estavam isocóricas e fotorreagentes. Não tinha déficit neurológico. Durante o atendimento inicial evoluiu letárgico, com rebaixamento do nível de consciência, anisocoria com pupila D > E e paresia a E. Mantinha-se hemodinamicamente normal e foi submetido à intubação orotraqueal.

A melhor hipótese diagnóstica nesse caso é:

- 1) Concussão cerebral temporal que justifica o aparecimento de sinais de hipertensão intracraniana.
- 2) Hematoma subdural agudo, que é mais freqüente e representa 30% dos TCE graves.
- 3) Hematoma epidural ou extradural, pois houve um intervalo lúcido seguido de piora neurológica.
- 4) Lesão axonal difusa devido á piora clínica do paciente.
- 5) Hematoma intraparenquimatoso com inundação ventricular, pois houve rápida deteriorização neurológica.

24 - Homem de 27 anos foi vítima de acidente moto x moto. Estava na garupa e caiu sofrendo um trauma direto na cabeça. Estava sem capacete. No local do acidente apresentou uma convulsão seguida de perda momentânea de consciência. Ao ser admitido no Pronto Socorro após 20 minutos, apresentava-se consciente com 14 pontos na Escala de Coma de Glasgow. A Tomografia de crânio (TC) inicial mostrava contusão têmporo-parietal à E, sem desvio de linha média. Nesse caso é correto afirmar:

- 1) A hiperventilação por tempo prolongado com manutenção de PaCO₂ entre 25 e 30mmHg é mandatória, pois provoca vasoconstrição cerebral minimizando o edema cerebral nesses doentes.
- 2) O uso de esteróides está indicado para reduzir o edema cerebral associado ao trauma craniano agudo.
- 3) Devem ser realizadas TC de controle após 12 e 24 horas da TC inicial, pois há risco da contusão coalescer ou evoluir com hematoma intracerebral exigindo tratamento cirúrgico imediato.
- 4) Tem indicação de instalação imediata da medida da Pressão Intracraniana.
- 5) Esse paciente deve ser submetido à TC de controle em 12 h e se não mudar o padrão tomográfico da lesão poderá receber alta. Após esse período não há risco de piora da lesão.

25 - Numa discussão entre um casal, a mulher foi agredida pelo marido com uma faca de cozinha. Durante a agressão o cabo da faca quebrou ficando a lâmina cravada na face anterior do tórax da vítima, no 4^o EIC à E e na linha hemiclavicular. À admissão no Pronto Socorro apresentava-se consciente, respirando espontaneamente, gemente e muito nervosa. Encontrava-se hemodinamicamente normal e sem alteração à ausculta pulmonar. A melhor conduta nesse caso é:

- 1) Videotoroscopia concomitante à toracotomia mandatória para a retirada da lâmina cravada pelo risco de hemorragia grave.
- 2) Retirada da lâmina cravada sob analgesia na sala de trauma; seguida da realização de um RX de tórax para avaliar necessidade de drenagem torácica.
- 3) Retirada da lâmina na sala de trauma sob analgesia seguida da realização de tomografia de tórax e mediastino.
- 4) Videotoroscopia com retirada da lâmina sob visão direta, em que pese a necessidade de anestesia geral.
- 5) Retirada da lâmina na sala de trauma sob analgesia desde que a arteriografia dos vasos da base seja normal.

26 - Paciente de 46 anos apresentou na evolução de uma parotidite supurativa à direita, um grande abaulamento cervical mais evidente à D, com sinais flogísticos locais e odinofagia. Procurou o Pronto Socorro sendo internado com diagnóstico de abscesso cervical. Nesse caso é correto afirmar que:

- 1) Trata-se de uma infecção cervical cuja disseminação faz-se por via hematogênica o que justifica a agressividade e gravidade do processo, devendo ser tratada por cervicotomia associada à toracotomia.
- 2) O tratamento é clínico, com antibioticoterapia de amplo espectro, pois se trata de uma infecção polimicrobiana, devendo ser instituída de imediato e mantida por três a quatro semanas.
- 3) Trata-se de um paciente imunocomprometido, provavelmente diabético, HIV positivo ou desnutrido grave para justificar essa evolução.
- 4) A parotidite supurativa é atualmente a etiologia mais freqüente de abscesso cervical em adulto no nosso meio; enquanto a faringoamigdalite permanece como principal causa nas crianças.
- 5) A infecção é grave podendo disseminar-se por três vias: linfática, hematogênica e por continuidade e, nesse caso, a complicação mais temida é a mediastinite descendente necrótica.

27- Jovem de 20 anos é vítima de dois ferimentos por arma branca (FAB): um em 8^o EIC à esquerda na linha escapular de 1,5 cm e outro, no 7^o EIC à esquerda na linha hemiclavicular de 1,0 cm. Chega ao PS consciente, com hálito alcoólico referindo dor torácica. Apresenta FC: 88 bpm e PA: 120/80mmHg, murmúrio vesicular diminuído em base esquerda e sem dor ao exame abdominal. O RX feito na sala de trauma mostrou velamento do seio costofrênico esquerdo. A melhor conduta nesse caso é:

- 1) Drenagem torácica e vídeolaparoscopia diagnóstica.
- 2) Observação clínica com RX de controle em 6 horas, desde que, o ecocardiograma seja normal.
- 3) Drenagem torácica, exame contrastado do esôfago- estômago - duodeno e ecocardiograma; para avaliar eventual hérnia diafragmática e lesão cardíaca.
- 4) Videotoracoscopia com avaliação do saco pericárdico e do diafragma seguida da drenagem torácica.
- 5) Drenagem torácica seguida do FAST abdominal e de precórdio, pois se trata de ferimentos na zona de Ziedler e na transição tóraco-abdominal.

28- Uma jovem de 18 anos foi admitida no Pronto Socorro vítima de queda de moto. Usava capacete. Ao chegar estava consciente, com 13 pontos na Escala de Coma de Glasgow, com colar cervical, hematoma periorbital E, respirando espontaneamente com máscara de O₂, braço e perna direitos imobilizados em prancha longa. FC: 120 bpm e perfusão periférica regular. A ausculta pulmonar e o exame do abdome eram normais, inclusive com FAST abdominal negativo. O RX de tórax foi normal e as tomografias de crânio e cervical aparentemente sem lesões. Foi feita reposição volêmica com cristalóide e sangue com melhora hemodinâmica. Foi operada pela ortopedia para fixação das fraturas após 10 h do trauma. Nesse período evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, insuficiência respiratória exigindo ventilação mecânica, mas hemodinamicamente normal. Estava edemaciada, com petéquias na conjuntiva e tórax que desapareceram em poucas horas. Essa evolução é melhor justificada por:

- 1) Embolia gasosa pulmonar e cerebral.
- 2) Edema pulmonar e cerebral.
- 3) Síndrome da embolia gordurosa.
- 4) Concussão cerebral e contusão pulmonar.
- 5) Síndrome da veia cava superior.

29 - No paciente com trauma torácico, após atendimento e tratamento iniciais adequados a toracotomia está indicada em todos os casos abaixo, **EXCETO**:

- 1) Nos ferimentos transfixantes de mediastino em pacientes instáveis hemodinamicamente.
- 2) Nos pacientes vítimas de FAB torácicos que logo após a drenagem apresentam escape aéreo durante o esforço de tosse.
- 3) Nos pacientes instáveis hemodinamicamente vítimas de ferimentos penetrantes torácicos em zona de Ziedler.
- 4) Na vítima de ferimento penetrante torácico que apresenta uma PCR no atendimento inicial.
- 5) Nos ferimentos penetrantes torácicos cuja janela pericárdica é positiva.

30 - Paciente de 23 anos é admitido no Pronto Socorro com queixa de enterorragia há 1 hora. Relata dois episódios de hemorragia digestiva anteriores com parada espontânea do sangramento. Ao exame apresenta-se hipotenso, taquicárdico e descorado, mas após reposição volêmica adequada fica hemodinamicamente normal. A endoscopia digestiva alta e a colonoscopia não mostram lesões, apenas restos hemáticos no cólon. Realizou mapeamento com Tecnécio que mostrou captação anômala em topografia de flanco direito. Optado pelo tratamento operatório, a cirurgia de eleição é:

- 1) Gastrectomia total por Lesão de Dieulafoy.
- 2) Gastrectomia parcial por Síndrome de Gardner.
- 3) Diverticulectomia de delgado por divertículo de Meckel.
- 4) Colectomia direita por tumor carcinóide do ceco.
- 5) Colectomia do cólon transverso por angiodisplasia de cólon.

31 - Mulher de 40 anos, com antecedente de três episódios de hematêmese por varizes esofágicas, sendo o último há 3 meses, foi submetida a investigação da etiologia da hipertensão portal sendo diagnosticada Síndrome de Budd- Chiari. Não tinha sinais de insuficiência hepática. A Tomografia de abdome mostrou grande hepatomegalia com hipertrofia do lobo caudado, obstrução da veia cava retrohepática e ausência de ascite. Qual das alternativas abaixo apresenta a provável etiologia para esse caso?

- 1) Obstrução da veia cava inferior.
- 2) Obstrução proximal da veia porta.
- 3) Obstrução das veias hepáticas.
- 4) Obstrução distal da veia porta.
- 5) Obstrução segmentar do ramo direito da veia porta.

32 - Com relação à doente da questão anterior **(31)**, foi indicado tratamento operatório. Das alternativas abaixo, qual a melhor opção cirúrgica?

- 1) Derivação mesentérico-cava.
- 2) Derivação mesentérico-atrial.
- 3) Derivação porto-cava látero-lateral.
- 4) Derivação porto-cava término-lateral.
- 5) Derivação porto-cava calibrada.

33 - Homem, 52 anos com história de hematêmese e melena há 1 hora chega ao Pronto Socorro descorado ++ / 4+, PA: 90/60 mmHg , FC: 100 bpm e melena ao toque retal. Após reposição volêmica realizou endoscopia digestiva alta que mostrou coágulos sanguíneos em moderada quantidade em câmara gástrica e úlcera duodenal com coto vascular visível sem sangramento ativo. Quanto à classificação de Forrest, essa úlcera é:

- 1) I A.
- 2) I B.
- 3) II A.
- 4) II B.
- 5) II C.

34 - No atendimento ao traumatizado, com relação à cirurgia de “controle de danos”, todas as alternativas estão corretas **EXCETO**:

- 1) No caso do trauma abdominal grave, consiste numa laparotomia abreviada para prevenir a instalação da tríade letal: acidose metabólica, coagulopatia e hipotermia.
- 2) O termo “controle de danos” atualmente pode ser empregado em outras situações graves além do trauma abdominal como, por exemplo, no trauma torácico e mesmo ortopédico.
- 3) Identificamos em geral três tempos na cirurgia de “controle de danos”: operação abreviada, reanimação fisiológica preferencialmente em unidade de terapia intensiva e reoperação programada.
- 4) Uma vez optado pela cirurgia de “controle de danos” a reoperação programada deve ser realizada a partir do 10º dia da operação inicial.
- 5) No caso da laparotomia abreviada na cirurgia de “controle de danos” podemos utilizar para o fechamento da parede abdominal sacos plásticos de soro ou mesmo coletores de urina (“bolsa de Bogotá”).

35 - Paciente de 31 anos foi submetido à laparotomia exploradora por abdome agudo obstrutivo, sendo o achado operatório uma hérnia diafragmática esquerda com encarceramento do ângulo esplênico do cólon no tórax. Havia grande distensão e edema das alças intestinais dificultando a redução do conteúdo herniado e o fechamento da parede abdominal. No pós-operatório imediato o paciente que permanecia sob ventilação mecânica, evoluiu com instabilidade hemodinâmica e oligoanúrico necessitando de drogas vasoativas. A pressão intra-abdominal aferida 6 e 10 horas após a operação foi respectivamente 25 e 28 mmHg. Com relação a essa evolução podemos afirmar que:

- 1) Essa evolução traduz resposta endócrino-metabólica precária ao trauma cirúrgico, podendo ser otimizada com o uso de corticóides em baixas doses.
- 2) Pode ser justificada pela Síndrome Compartimental Abdominal e dessa forma a descompressão do abdome está indicada.
- 3) Essa evolução é comum após a correção de uma hérnia diafragmática, uma vez que a acomodação do conteúdo reduzido na cavidade abdominal demora em média 48 hs.
- 4) Essa evolução não se justifica, pois o paciente apresenta uma Hipertensão intra-abdominal grau II.
- 5) A piora clínica do paciente justifica-se pela escolha da laparotomia exploradora como via de acesso ao invés da toracotomia esquerda que seria a via de acesso de escolha para esse caso.

36- Um jovem de 27 anos sofre acidente de carro x carro com impacto lateral à esquerda. Durante o atendimento inicial é diagnosticado TCE leve, fratura de MIE sem alterações ao exame clínico do tórax e abdome. Encontra-se hemodinamicamente normal. RX na sala de trauma mostra apenas alargamento de mediastino sendo indicada Tomografia Computadorizada que confirmou a presença de hematoma mediastinal e identificou imagem sugestiva de lesão de aorta. Em função do mecanismo de trauma podemos afirmar que a localização mais provável dessa lesão é:

- 1) No arco aórtico entre os chamados vasos da base.
- 2) Na croça da aorta junto ao tronco braquiocefálico.
- 3) Na aorta junto ao ligamento de Botallo (ligamento arterioso).
- 4) Na aorta descendente junto ao hiato diafragmático.
- 5) No terço médio da aorta descendente.

37 - Com relação ao trauma fechado de tórax podemos afirmar que:

- 1) O pneumomediastino é sinal patognomônico de lesão de via aérea, por isso quando presente, a toracotomia está indicada.
- 2) No tórax flácido ou instável a intubação orotraqueal com ventilação mecânica é mandatória, pois permite o controle da insuficiência respiratória através da estabilização pneumática das fraturas de costelas.
- 3) O enfisema de tecido celular subcutâneo piora a hipóxia do paciente por isso a traqueostomia deve ser indicada precocemente nesse caso.
- 4) A presença de choque define o diagnóstico de hipovolemia grave, ou seja, hemorragia volumosa.
- 5) O prognóstico do paciente com tórax flácido está diretamente relacionado à extensão da contusão pulmonar.

38 - Paciente vítima de FAB em flanco esquerdo é admitido no Pronto Socorro hemodinamicamente estável, alcoolizado, com dor à palpação de abdome, mas sem peritonite. A exploração digital do ferimento mostrou tratar-se de um ferimento penetrante sendo indicada laparotomia exploradora. O achado foi de mínima quantidade de sangue na pelve, hematoma de zona II de retroperitônio à esquerda e lesão em cólon descendente. A melhor conduta diante desse hematoma é:

- 1) Só deve ser explorado se for pulsátil ou estiver em expansão, pois se trata de um hematoma de zona II do retroperitônio.
- 2) Não explorá-lo, pois o paciente está hemodinamicamente estável.
- 3) Exploração sistemática do hematoma.
- 4) Exploração não deve ser realizada pelo risco de contaminação pela lesão de cólon.
- 5) Exploração sistemática somente se hemátúria estiver presente.

39 - Considerando o preconizado pelo ATLS sobre as regiões anatômicas do abdome, podemos dizer que um ferimento em flanco esquerdo está localizado entre:

- 1) LAAE e LAPE.
- 2) LAAE e LAME.
- 3) LAME e LAPE.
- 4) LAPE e LPVE.
- 5) LAME e LPVE.

LAAE: Linha axilar anterior esquerda; LAPE: Linha axilar posterior esquerda; LAME: Linha axilar média esquerda; LPVE: Linha paravertebral esquerda

40 - Com relação à pancreatite aguda assinala a correta:

- 1) Na pancreatite aguda com amilase superior a 1000 mg/dL a antibioticoterapia deve ser iniciada precocemente, de preferência nos primeiros 10 a 14 dias.
- 2) Quando associada à colecistite aguda, o tratamento de escolha é a antibioticoterapia por 10 a 14 dias, sendo a colecistectomia contra-indicada nesse período.
- 3) O tratamento da pancreatite necrohemorrágica consiste na pancreatectomia corporo-caudal com drenagem ampla da cavidade.
- 4) O jejum oral deve ser mantido até a normalização da amilase o que ocorre em torno de sete dias de evolução.
- 5) A dieta oral pode ser iniciada em 24 a 48 horas da admissão e, ocorrendo vômitos persistentes ou dor abdominal, a melhor opção é a introdução de dieta enteral.

41 - A embolia pulmonar representa importante causa de morte evitável dos pacientes hospitalizados, sendo decorrente na maioria dos casos da trombose venosa profunda de membros inferiores (TVP). Com relação à trombose venosa profunda todas as alternativas estão corretas, **EXCETO**:

- 1) O ultrassom com doppler é o método diagnóstico mais utilizado para confirmação dessa condição.
- 2) O tratamento inicial é a anticoagulação sistêmica com heparina não fracionada ou de baixo peso molecular.
- 3) Pacientes com alto risco para essa condição devem receber profilaxia para TVP através do uso de antiagregantes plaquetários.
- 4) A anticoagulação oral deve ser iniciada ainda na vigência da heparinização, sendo a heparina retirada quando INR (International Normalized Ratio) estiver entre 2 e 3 em duas aferições com intervalo de 24 horas.
- 5) Em casos selecionados, em pacientes com contra-indicação à anticoagulação, pode ser indicada a passagem de filtro de veia cava inferior.

42 - Jovem de 20 anos é admitido no Pronto Socorro referindo que há 6 dias começou a apresentar dor abdominal em epigastro e vômitos, tendo procurado serviço médico onde foi medicado e liberado. A dor abdominal tornou-se difusa e de forte intensidade, acompanhada de febre e diarreia motivo pelo qual procurou outro Pronto Socorro. Na admissão encontrava-se toxemiado, hipotenso e com sinais de peritonite ao exame clínico. Foi indicado tratamento operatório. O achado foi peritonite purulenta difusa por apendicite aguda em fase IV de evolução, com perfuração de terço médio do apêndice, mas com necrose que se estendia até o ceco, sendo optado por fechamento à ParkerKerr. Caso o cirurgião opte por drenagem da cavidade, essa drenagem é devida:

- 1) À peritonite difusa.
- 2) À sutura do ceco.
- 3) Ao quadro séptico.
- 4) Ao descolamento necessário para a realização da colectomia direita.
- 5) Ao fato de que toda apendicectomia deva ser drenada, pois se trata de uma cirurgia contaminada.

43 - Paciente de 84 anos foi operada por colecistite aguda classe III na classificação de Tóquio. Evoluiu com fístula biliar de baixo débito sem repercussão abdominal. Encontrava-se afebril, hemodinamicamente normal e sem leucocitose. Foram colhidas culturas de controle sendo a hemocultura e o swab positivos para *Cândida*. Com relação ao caso todas estão corretas, **EXCETO**:

- 1) A hemocultura positiva para *Cândida* exige tratamento com antifúngico, mesmo estando a paciente sem manifestação clínica ou laboratorial de infecção.
- 2) Em caso de tratamento com antifúngico o tempo de tratamento é variável, mas deve ser mantido por pelo menos 14 dias após a negatificação da hemocultura.
- 3) A morbidade e a mortalidade da candidemia não tratada são muito altas.
- 4) Se a hemocultura fosse negativa, mesmo com Swab positivo para *Cândida* o tratamento antifúngico não estaria indicado.
- 5) Pela alta toxicidade do antifúngico, o tratamento da candidemia nesse caso, só estaria indicado no caso específico de *Cândida albicans* sendo as demais cepas consideradas não patogênicas.

44 - Com relação ao megacólon chagásico assinale a alternativa **ERRADA**:

- 1) O fecaloma é causa de obstrução intestinal agudo sendo o tratamento inicial clínico.
- 2) O volvulo de sigmóide pode ser diagnosticado pelo Rx simples de abdome.
- 3) O tratamento inicial do volvulo de sigmóide pode ser feito pela manobra de Bruusgaard.
- 4) O sinal de Gersuny sugere o diagnóstico de fecaloma.
- 5) O megacólon tóxico é causa de obstrução mecânica complicada.

45 - Paciente de 42 anos chega ao Pronto Socorro com queixa de dor abdominal em cólica há 4 dias, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. Nega febre. Ao exame clínico apresenta-se distendido, com dor discreta à palpação profunda do abdome, mas sem sinais de irritação peritoneal e com RHA aumentados e metálicos. Toque retal : fezes na ampola. O RX simples de abdome mostra grande distensão de alças de delgado com imagem de “empilhamento de moedas”; o ceco e todo o cólon sem distensão, praticamente sem gás. Com relação ao caso, assinale a alternativa correta:

- 1) O exame físico da região inguinal pode definir o diagnóstico etiológico.
- 2) Está indicada tomografia de abdome com hipótese diagnóstica de volvulo de ceco.
- 3) A presença de fezes ao toque retal afasta o diagnóstico de abdome agudo obstrutivo.
- 4) A ausência de peritonite afasta a possibilidade de tratamento operatório.
- 5) A tomografia está indicada, pois o quadro clínico e o Rx simples não definem o diagnóstico de abdome agudo obstrutivo.

46 - Mulher 38 anos vítima de atropelamento, chega ao Pronto Socorro com instabilidade hemodinâmica com PA: 80/40 mmHg e FC: 120 bpm. Ao exame apresenta MV abolido em hemitórax esquerdo, bacia normal à compressão manual. FAST sem líquido livre na cavidade abdominal. Em relação ao caso acima assinale a correta:

- 1) A instabilidade hemodinâmica não é devido à hemorragia
- 2) Deve-se procurar uma causa extra abdominal para o choque.
- 3) Está indicada vídeo-laparoscopia.
- 4) Está indicada lavagem peritoneal diagnóstica.
- 5) Está indicada laparotomia exploradora.

47 - Paciente de 70 anos é admitido no Pronto Socorro com queixa de dor em HCD, febre não aferida e icterícia há 5 dias. Ao exame clínico apresenta-se desidratado, taquicárdico, febril com 38^o C, icterício. Sinal de Murphy negativo. Apresentava hipocolia e colúria. Com relação a esse caso todas estão corretas **EXCETO**:

- 1) O método inicial de investigação diagnóstica de escolha é o ultrassom de abdome.
- 2) O paciente apresenta a Tríade de Charcot que está presente em 50 a 70% dos casos de colangite aguda, sendo essa a principal hipótese diagnóstica nesse caso.
- 3) Como o paciente é idoso e já apresenta sinais de sepse deve ser submetido à colecistectomia de urgência, pois o quadro clínico é de colecistite aguda classe III de Tóquio.
- 4) A conduta terapêutica definitiva depende do diagnóstico etiológico.
- 5) A base do tratamento inicial na urgência é a hidratação, antibioticoterapia endovenosa e a descompressão da via biliar que deve ser feita preferencialmente por via endoscópica.

48 - Todas as alternativas abaixo representam testes para confirmar suspeita de fístula liquórica em doente com trauma crânio facial, **EXCETO**:

- 1) Teste do Sinal do Alvo.
- 2) Teste do Colar.
- 3) Teste do Tecido.
- 4) Teste da Fita.
- 5) Teste da Veia Jugular.

49 - Com relação ao trauma abdominal fechado é correto afirmar:

- 1) Diante do diagnóstico de lesão hepática deve ser iniciado o tratamento não operatório.
- 2) O achado de sinal de sangramento ativo (Blush) à TC de abdome, contra indica o tratamento não operatório da lesão hepática.
- 3) Caso a lesão hepática seja a causa da hemorragia com instabilidade hemodinâmica durante a laparotomia exploradora, deve ser feito o seu tratamento definitivo nesse momento, independente das condições clínicas do doente.
- 4) Quando se avalia a possibilidade de tratamento não operatório da lesão hepática é importante considerar a disponibilidade de arteriografia e embolização.
- 5) A presença de fraturas ortopédicas cirúrgicas de membros inferiores representa contra indicação absoluta para o tratamento não operatório da lesão hepática.

50 - Assinale a alternativa **ERRADA**:

- 1) A síndrome de Mallory-Weiss é caracterizada por lacerações da mucosa esofágica após episódios de vômitos incoercíveis, levando à hematêmese.
- 2) A lesão de Dieulafoy é malformação vascular, de origem arterial.
- 3) Nos aneurismas de aorta com fístula aortoentérica primária, a fístula forma-se em qualquer região do aneurisma, enquanto na fístula aortoentérica secundária, a fístula ocorre principalmente na anastomose proximal.
- 4) A hemobilia é causa de hemorragia digestiva alta e a principal etiologia é a obstrução biliar por cálculo com fístula colédoco- duodenal.
- 5) As úlceras de Cameron são lesões da mucosa gástrica no estômago herniado em doentes com hérnia hiatal.

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