



SURCE

SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA
MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

CADERNO DE QUESTÕES

DATA: 16 DE NOVEMBRO DE 2014.

PROGRAMA COM PRÉ-REQUISITO: CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

ESPECIALIDADE: Gastroenterologia (R3)

Área de Atuação: Endoscopia Digestiva

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 50 (cinquenta) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber o Cartão-Resposta, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure o Cartão-Resposta.
05. A prova tem duração de **4 (quatro) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **2 (duas) horas**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. Os participantes poderão solicitar cópia de seu Cartão-Resposta, digitalizado, conforme previsto no subitem 14.12 do Edital da SURCE.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e o Cartão-Resposta no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e o Cartão-Resposta ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente após a assinatura da Ata de aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

Seleção Residência Médica 2015

- 01.** Em relação a classificação de Siewert para adenocarcinoma de cárdia, qual a assertiva é **falsa**?
- A) Independente do epicentro do tumor, todas as lesões serão tratados da mesma forma.
 - B) No Siewert tipo III, o epicentro do adenocarcinoma esta localizado 2 a 5 cm abaixo da junção esofagogástrica.
 - C) No tipo II, o adenocarcinoma tem seu epicentro localizado 1cm acima ou 2cm abaixo da junção esofagogástrica.
 - D) O tipo I se caracteriza por adenocarcinoma do esôfago inferior, quase sempre associado ao esôfago de Barrett, com seu epicentro localizado 1 a 5 cm acima da junção esofagogástrica.
- 02.** Em relação ao estadiamento do câncer gástrico, qual a assertiva é **falsa**?
- A) O estadiamento do câncer gástrico deve ser feito com tomografias do tórax, abdômen e pelve.
 - B) Em pacientes T3 e/ou N+, a laparoscopia deve ser realizada em conjunto com o lavado peritoneal no inicio do procedimento cirúrgico.
 - C) Citologia positiva, na ausência de metástases peritoneais visíveis, não deve ser considerado como mau prognóstico.
 - D) A presença de linfonodos positivos em região para-aórtica (N4) deve ser considerado como um critério de irressecabilidade para a cura.
- 03.** Quanto a ressecabilidade do tumor gástrico, qual a assertiva é **falsa**?
- A) Tumores T4 devem ser ressecados em bloco.
 - B) Tumores T1b-T3 ressecáveis devem apresentar margem macroscópica do tumor de pelo menos 4cm.
 - C) Pacientes com tumores Tis ou T1 limitados a mucosa (T1a) podem ser candidatos a ressecção endoscópica em centros com experiência.
 - D) A ressecção linfonodal deve compreender todos os linfonodos perigástricos (D1) e aqueles ao longo dos vasos do tronco celíaco (D2) sendo retirado um mínimo de 25 linfonodos.
- 04.** Em relação a avaliação de critérios para o risco genético do câncer gástrico , qual a assertiva é **falsa**?
- A) Mutação genética conhecida na família é fator de risco para câncer gástrico.
 - B) Dois casos de câncer gástrico em família, sendo um individuo com menos de 50 anos de idade com câncer gástrico difuso, devem ser encaminhados ao geneticista.
 - C) Três casos confirmados de câncer gástrico difuso na família em primeiro ou segundo grau, somente com idade inferior a 55 anos, devem ser encaminhados ao geneticista.
 - D) Pacientes com historia pessoal ou familiar de câncer gástrico difuso e câncer de mama lobular, sendo um desse diagnosticado antes dos 50 anos de idade, devem ser encaminhados a um geneticista.
- 05.** Em relação as recomendações da gastrectomia profilática no câncer gástrico, qual a assertiva é **falsa** ?
- A) Na gastrectomia profilática, a linfadenectomia a D2 não é necessária.
 - B) Gastrectomia profilática é recomendada para pacientes com idade entre 20 e 40 anos com mutação do gene CDH1.
 - C) Durante a cirurgia, biópsias de congelação são necessárias para verificar a presença de mucosa esofágica e duodenal.
 - D) Pacientes com menos de 20 anos e mutação do gene CDH1 não devem ser submetidos a gastrectomia profilática, mesmo que haja pacientes na família com diagnóstico de câncer gástrico antes dos 20 anos.
- 06.** Em relação ao câncer de pâncreas, qual a assertiva é **falsa**?
- A) O papel do PET/CT ainda permanece incerto no estadiamento.
 - B) A ultrassonografia endoscópica deve ser considerada um exame complementar ao estudo tomográfico.
 - C) As tomografias para estudo do pâncreas devem ser realizadas com protocolos específicos com captação de imagens trifásicas e cortes de 10 mm.
 - D) A decisão sobre o diagnóstico, manejo e ressecabilidade do câncer de pâncreas deve envolver uma equipe multidisciplinar, exames de imagem de alta qualidade para avaliar a extensão da doença e realizado em instituições com pelo menos 15 a 20 ressecções pancreáticas anuais.

07. Tumores de corpo e cauda de pâncreas devem ser considerados irressecáveis se apresentar pelo menos uma das características abaixo, exceto:
- A) Invasão da aorta.
 - B) Metástase a distância.
 - C) Metástase linfonodal além do campo da ressecção.
 - D) Envolvimento de 90 graus da artéria mesentérica superior.
08. Em relação a pancreatoduodenectomia (técnica de Whipple), qual a assertiva é **falsa**?
- A) Margens positivas na ressecção estão relacionadas a uma baixa sobrevida.
 - B) O uso de selantes a base de fibrina não diminui a taxa de fístulas pancreáticas.
 - C) A obtenção de margens negativas requer dissecação meticulosa perivascular e reconhecimento da necessidade de ressecção e/ou reconstrução vascular prontamente.
 - D) A ressecção tumoral sem preservação do piloro tem mostrado superioridade a ressecção com preservação do piloro, pois apresenta menor morbidade pós-operatória e melhor qualidade de vida.
09. As síndromes genéticas abaixo estão associadas ao adenocarcinoma de pâncreas, exceto:
- A) NEM-I.
 - B) Pancreatite familiar.
 - C) Síndrome de Lynch.
 - D) Síndrome de Peutz-Jeghers.
10. Em relação as metástases hepáticas dos adenocarcinomascolônicos, qual a assertiva é **falsa**?
- A) A doença metastática se desenvolve mais frequentemente de maneira sincrônica.
 - B) Aproximadamente 50-60% dos pacientes com câncer colorretal desenvolverão metástase hepática.
 - C) Recentes estudos tem demonstrado que em pacientes selecionados a ressecção a cura parece ser possível.
 - D) Pacientes que apresentam tumor de colón primário e metástase hepática podem ser operados simultaneamente ou em dois ou mais tempos.
11. Quanto ao papel do KRAS, NRAS e BRAF nos tumores de colón, qual a assertiva é **falsa**?
- A) Cetuximab não é um anticorpo monoclonal.
 - B) Receptores EGFR estão presentes em 49-82% dos tumores de colón.
 - C) Testes com esses receptores são importantes para avaliar resposta a terapias com cetuximab e panitumumab.
 - D) Pacientes que apresentam KRAS ou NRAS mutados não devem ser tratados com cetuximab isoladamente ou em combinação com outros agentes quimioterápicos.
12. Em relação ao colangiocarcinomaintrahepático, qual a assertiva é **falsa**?
- A) Laparoscopia diagnóstica para identificar doença avançada deve ser considerada.
 - B) Linfonodo positivo além do hilo hepático deve ser uma contra-indicação a ressecção.
 - C) Biópsia pré-operatória é sempre necessária antes do procedimento definitivo.
 - D) Metástase linfonodal grosseira em hilo hepático confere prognóstico ruim e a ressecção somente deve ser considerada em casos selecionados.
13. Em relação ao colangiocarcinomaextrahepático, qual a assertiva é **falsa**?
- A) As reconstruções biliares geralmente são feita em “Y” de Roux.
 - B) Invasão vascular de ramos portais não contraindicação a ressecção.
 - C) O princípio cirúrgico básico é a ressecção completa da via biliar acometida e linfadenectomia regional.
 - D) Não se deve realizar pancreatoduodenectomia para colangiocarcinomas distais, pois não há impacto na sobrevida.
14. Em relação a Alfa-fetoproteína (AFP), qual a assertiva é **falsa**?
- A) AFP < 20ng/mL não exclui carcinoma hepatocelular em até 46% dos pacientes.
 - B) A AFP pode esta elevada em pacientes com metástases de tumores colônicos.
 - C) A AFP pode esta elevada em pacientes com colangiocarcinomaintrahepático.
 - D) A AFP tem sido usado como um marcador de alta especificidade e sensibilidade em pacientes com carcinoma hepatocelular.

15. O câncer de vesícula biliar é, geralmente, muito agressivo e de pobre prognóstico, qual a assertiva é **correta**?
- A) A incidência entre homens e mulheres é de 1:1.
 - B) O câncer de vesícula é o mais comum dos cânceres das vias biliares.
 - C) A incidência de câncer de vesícula em pacientes portadores de vesícula em porcelana” não esta bem estabelecida.
 - D) Colelitíase na presença de inflamação crônica da vesícula é os fator de risco importante no câncer de vesícula e não esta associado ao tamanho do cálculo.
16. Paciente de 63 anos, sexo feminino, foi submetida a colecistectomia por videolaparoscopia devido quadro de colelitíase sintomática. A avaliação histopatológico revelou se tratar de um adenocarcinoma de vesícula T1a. Assim sendo, qual a assertiva é **correta**?
- A) A simples colecistectomia já realizada foi o tratamento adequado, com sobrevida a longo prazo de 100%.
 - B) A perfuração da vesícula durante o procedimento cirúrgico parece não ter impacto na sobrevida em tumores precoces.
 - C) Paciente deverá ser submetida a nova cirurgia para realizar ressecção dos segmentos IVa e V e linfadenectomia do hilo hepático.
 - D) Por se tratar de um tumor na fase inicial, a sobrevida de 100% somente será alcançada se a paciente realizar linfadenectomia do hilo hepático.
17. Em relação a Neoplasia Endócrina Múltipla Tipo-I (NEM-I), qual a assertiva é **falsa**?
- A) Os insulinomas são mais frequentes que os gastrinomas.
 - B) Existe uma alta incidência de tumores adrenais na NEM-I.
 - C) A hiperplasia de paratireoide afeta quase 100% dos pacientes.
 - D) Tumores pancreáticos funcionantes refratários ao tratamento clínico devem ser ressecados.
18. Paciente de 45 anos apresenta tumor de 2,3 cm na cabeça do pâncreas, hipercaptante de contraste na fase arterial da tomografia e não funcionante apos avaliação clínica. Realizou ultrassom endoscópico com punção por agulha fina que revelou se tratar de um tumor neuroendócrino moderadamente diferenciado. Qual a melhor conduta para este paciente?
- A) Realizar pancreatoduodenectomia com linfadenectomia.
 - B) Realizar pancreatoduodenectomia, sendo a linfadenectomia dispensável.
 - C) Em virtude da complexidade da pancreatoduodenectomia, deve-se repetir exame de imagem de 6 em 6 meses e operar caso haja qualquer crescimento.
 - D) Em virtude da complexidade da pancreatoduodenectomia, deve-se repetir exame de imagem de 6 em 6 meses e somente operar se houver crescimento além de 3cm.
19. Quanto aos critérios de mau prognóstico da pancreatite aguda, qual dos itens abaixo esta relacionado aos Critérios de Ranson?
- A) PCR.
 - B) IMC.
 - C) LDH.
 - D) Amilase.
20. Durante o transplante de fígado são realizadas diversas anastomoses vasculares. Geralmente, qual é a última anastomose a ser realizada durante o implante do enxerto?
- A) Anastomose da Veia Porta.
 - B) Anastomose Coledocociana.
 - C) Anastomose da Artéria Hepática.
 - D) Anastomose da veia cava ou das veias hepáticas.
21. Paciente de 25 anos do sexo feminino realizou tomografia computadorizada de abdômen que revelou volumosa massa hepática, ocupando tanto o lobo direito como o lobo esquerdo do fígado, sem invasão vascular e restrita ao fígado. A biopsia da lesão revelou um carcinoma fibrolamelar. Qual o melhor tratamento para esta paciente?
- A) Cuidados paliativos.
 - B) Transplante de Fígado.
 - C) Quimioterapia com sorafenib.
 - D) Quimioterapia arterial com doxorrubicina e microesferas.

22. Com relação ao prognóstico do câncer colorretal e suas metástases hepáticas. Qual dos itens a seguir, não representa um fator de mau prognóstico?
- A) CEA de 400ng/mL.
 - B) Intervalo livre de doença maior que 1 ano.
 - C) Metástase hepática única de 6 cm de diâmetro.
 - D) Linfonodo positivo na ressecção do tumor primário
23. Em 2002, a agência reguladora de transplantes nos Estados Unidos (**United Network for OrganSharing** – UNOS), pois em prática um novo sistema de alocação de enxertos hepático. Esse modelo ficou conhecido como escore MELD (ModelEnd-tageLiverDisease), sendo adotado no Brasil em 2006. O escore MELD foi baseado nos seguintes exames laboratoriais: bilirrubina, índice de normalização internacional (INR) e o valor da creatinina. Uma abordagem semelhante foi desenvolvida para pacientes pediátricos e chamado de escore PELD. Qual das opções abaixo não faz parte do escore PELD?
- A) INR.
 - B) Albumina.
 - C) Creatinina.
 - D) Bilirrubina.
24. Durante o processo de doação de órgãos, para que haja a confirmação de um doador adulto são necessários diversos exames clínicos, laboratoriais e complementares. Qual das assertivas abaixo é verdadeira?
- A) É necessário duas avaliações clínicas de morte encefálica com intervalo mínimo de 24 horas.
 - B) Dois exames clínicos, com intervalo mínimo de 6 horas, dispensam o exame complementar de morte encefálica.
 - C) Para o diagnóstico de morte encefálica é aceitável somente um exame clínico realizado por um neurologista e um exame complementar.
 - D) Após as duas avaliações clínicas de morte encefálica, é necessário um exame complementar tipo eletroencefalograma, arteriografia ou Doppler transcraniano.
25. O tratamento medicamentoso da pseudo-obstrução intestinal (Síndrome de Ogilvie) baseia-se na utilização de:
- A) Dipirona.
 - B) Atropina.
 - C) Neostigmina.
 - D) Hidrocortisona.
26. O diagnóstico de lesões de intestino delgado nos casos de trauma contuso pode ser difícil, uma vez que o exame físico pode ser pouco sensível numa fase inicial e se torna não confiável quando há dano ou disfunção do sistema nervoso central ou uso de substâncias tóxicas. Dentre os métodos disponíveis, assinale aquele que apresenta maior sensibilidade para diagnóstico desse tipo de lesão:
- A) Ultrassonografia de abdome.
 - B) Lavado peritoneal diagnóstico.
 - C) Ressonância magnética de abdome.
 - D) Tomografia computadorizada de abdome.
27. O adenoma hepatocelular, recentemente, foi classificado em vários subtipos, com riscos diferentes de complicações. O subtipo que apresenta o maior risco de malignização é:
- A) Adenoma inflamatório.
 - B) Adenoma com mutação de HNF-1alfa.
 - C) Adenoma com mutação de beta-catenina.
 - D) Adenoma relacionado com uso de anovulatórios.
28. A hepatopatia crônica é relacionada com alta incidência de carcinoma hepatocelular (CHC), variando de 3 a 9% ao ano. Dentre essas afecções, assinale aquela que apresenta menor risco de desenvolvimento de CHC.
- A) Cirrose vírus B.
 - B) Cirrose vírus C.
 - C) Hemocromatose.
 - D) Cirrose biliar primária.

29. Paciente do sexo feminino, 50 anos, portadora de cirrose pelo vírus C, realizou TC multislice de abdome que revelou nódulo de 4 cm com hipervascularização arterial e depuração rápida na fase portal, localizado no segmento VII do fígado. Após avaliação clínica e laboratorial, a referida paciente foi classificada como MELD 12 e Child B7. O tratamento mais apropriado para esse caso é:
- A) Transplante hepático.
 - B) Segmentectomia hepática.
 - C) Ablação por radiofrequência.
 - D) Quimioembolização transarterial.
30. Paciente do sexo feminino, 28 anos, com queixas de plenitude pós-prandial. No exame físico, massa palpável de consistência sólida ocupando parte do Hipocôndrio direito. Ressonância magnética compatível com volumoso hemangioma de cerca de 10 cm envolvendo os segmentos V e VI do fígado. A conduta mais adequada é:
- A) Conservador.
 - B) Hepatectomia direita.
 - C) Segmentectomias V/VI.
 - D) Arteriografia com embolização dos vasos nutrientes do tumor.
31. A enterocolite pseudomembranosa é uma doença inflamatória do trato intestinal associada ao uso de antibióticos, variando de diarreia moderada e transitória a uma enterocolite grave. Sobre essa doença é verdade afirmar, exceto:
- A) O tratamento de escolha é o metronidazol.
 - B) É causada pelo *Clostridium difficile* em mais de 90% dos casos.
 - C) O diagnóstico pode ser confirmado pela presença de toxina A no teste ELISA.
 - D) O principal sintoma é a diarreia e, em geral, inicia-se após a segunda semana do uso de antibióticos.
32. Paciente de 75 anos, admitido em um grande hospital de urgência, com enterorragia maciça e instabilidade hemodinâmica. Após administração de fluidos por via endovenosa, foi implantado uma sonda nasogástrica com aspiração somente de bile. O próximo exame que deverá ser solicitado com o objetivo de identificar a causa do sangramento é:
- A) Colonoscopia.
 - B) Arteriografia mesentérica.
 - C) Cintilografia com hemácias marcadas.
 - D) Angiotomografia multislice de abdome.
33. Paciente de 60 anos, sexo feminino, com quadro clínico e tomográfico de diverticulite aguda, sendo inicialmente tratada em regime ambulatorial com ciprofloxacino e metronidazol. No entanto, dois dias depois retornou ao hospital com quadro de abdome agudo, sendo submetida a laparotomia exploradora com os seguintes achados: peritonite purulenta com massa infamatória envolvendo o sigmoide. A conduta mais adequada nessa situação é:
- A) Operação de Hartmann.
 - B) Drenagem pericôlica e transversostomia protetora.
 - C) Sigmoidectomia com anastomose primária e colostomia.
 - D) Sigmoidectomia com anastomose primária sem colostomia.
34. Quase todos os cânceres colorretais derivam de adenomas, mas somente uma minoria desses progride para câncer (menos de 5%). Estudos demonstrando a idade média de apresentação de pacientes com pólipos adenomatosos e câncer colorretal sugerem que o tempo de progressão de um adenoma para câncer seja entre 7 e 10 anos. O risco de progressão é maior em adenomas avançados. Por definição, adenoma avançado é aquele com uma das características abaixo, exceto:
- A) Adenoma com dimensão superior a 10 mm.
 - B) Adenoma com displasia de alto grau.
 - C) Adenoma com componente viloso.
 - D) Adenoma sincrônico.

35. Existem fatores clínicos e patológicos que se correlacionam e estão associados à sobrevida dos pacientes com câncer de cólon. O comportamento biológico do tumor é o fator que determina a tendência de um tumor disseminar-se tanto localmente como à distância. Os fatores abaixo estão relacionados com pior prognóstico, exceto:
- A) Tumor pouco diferenciado ou indiferenciado.
 - B) Presença de infiltração linfocítica do tumor.
 - C) Produção de mucina pelo tumor.
 - D) Invasão perineural.
36. Paciente de 30 anos, masculino, com história de melena e anemia crônica (Hb = 7 g). Esofagogastroduodenoscopia e colonoscopia normais. O exame com maior chance de diagnosticar a causa do sangramento é:
- A) TC multislice de abdome.
 - B) Arteriografia mesentérica.
 - C) Estudo com cápsula endoscópica.
 - D) Cintilografia com hemácias marcadas.
37. A artéria hepática é o segundo maior ramo do tronco celíaco. No entanto, até 50% dos indivíduos podem apresentar anomalias da artéria hepática. O conhecimento dessas anomalias tornou-se muito importante com o advento do transplante hepático, ressecções ampliadas e quimioterapia intra-arterial. A variação anatômica mais comum é:
- A) Artéria hepática direita originando-se diretamente da aorta.
 - B) Artéria hepática direita oriunda da artéria mesentérica superior.
 - C) Artéria hepática esquerda proveniente da artéria gástrica esquerda.
 - D) Tronco hepatomesentérico, com artéria hepática própria proveniente da artéria mesentérica superior.
38. Em crianças, hemorragia digestiva alta é quase sempre secundária à ruptura de varizes esofagogástricas, e, geralmente, é a primeira manifestação de hipertensão portal. A causa mais frequente é:
- A) Hepatite autoimune.
 - B) Trombose de veia porta.
 - C) Fibrose hepática idiopática.
 - D) Doenças metabólicas, principalmente a Glicogenólise tipo 1.
39. A mortalidade da hemorragia por varizes em pacientes cirróticos é alta: 25% dos pacientes morrem na primeira semana e 65% após o primeiro ano de sangramento. O transplante é o único tratamento que cura a cirrose e a hipertensão portal. No contexto de indicação de cirurgia para varizes com sangramentos de repetição refratários à terapia endoscópica, em candidatos ao transplante, deve-se evitar procedimentos que dificultem ou impossibilitem o transplante. Nesses pacientes, está mais indicado o procedimento cirúrgico abaixo, exceto:
- A) Shunt portocava calibrado.
 - B) Shunt mesocava calibrado.
 - C) Desvascularização ázigo-portal.
 - D) Shunt esplenorrenal seletivo distal.
40. Ascite é uma complicação grave da cirrose associada com hipertensão portal. O hepatopata crônico tem comprometimento do seu sistema imunológico e está mais propenso a infecções do que a população em geral. Peritonite bacteriana espontânea (PBE) pode estar presente em 1,5 a 3,5% dos pacientes cirróticos ambulatoriais e em 10% dos hospitalizados. A sobrevida em 1 ano após episódio de PBE é estimada em apenas 40% sem o transplante de fígado. Devido a prevalência elevada de PBE, o estudo do líquido peritoneal deve ser realizado de rotina em pacientes hospitalizados com ascite. O diagnóstico é confirmado quando:
- A) Contagem de polimorfonucleares no líquido ascítico > 250 células/mm³.
 - B) Contagem de polimorfonucleares no líquido ascítico > 500 células/mm³.
 - C) Somente quando a cultura do líquido ascítico for positivo para bactérias.
 - D) Contagem de leucócitos no líquido ascético > 1000 células/mm³.

41. Paciente de 70 anos, masculino, com história de 4 meses de icterícia progressiva e perda de 6 Kg peso. TC evidenciou tumor de 3,5 cm de cabeça de pâncreas, envolvendo a artéria mesentérica superior. A conduta mais adequada para este caso é:
- A) Prótese endoscópica.
 - B) Hepaticojejunostomia e gastrojejunostomia.
 - C) Prótese endoscópica e quimioterapia neoadjuvante.
 - D) Gastroduodenopancreatectomia com ressecção de artéria mesentérica superior e anastomose primária.
42. Sobre a Síndrome de Mirizzi é falso afirmar:
- A) A via laparoscópica é a preferida para tratamento definitivo.
 - B) A incidência de carcinoma da vesícula biliar é maior que a de pacientes com litíase biliar sem esta síndrome.
 - C) O tipo I deve-se a compressão externa do canal hepático comum por um cálculo grande impactado no infundíbulo vesicular.
 - D) O tipo II se caracteriza pela formação de uma fístula colecisto-hepática devido à erosão do ducto hepático comum por um cálculo vesicular.
43. O tratamento de pacientes com colecistolitíase assintomática permanece controverso. Atualmente, com o advento da colecistectomiavideolaparoscópica, muitos autores têm indicado essa operação mais frequentemente em situações específicas. Das condições abaixo, marque a opção em que está menos justificado a colecistectomia em pacientes sem sintomas:
- A) Vesícula biliar calcificada.
 - B) Portadores de *diabetes mellitus*.
 - C) Candidatos a transplante de órgãos ou de medula óssea.
 - D) Colelitíase durante o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.
44. A ressecção do colangiocarcinoma hilar permanece como uma das operações hepatobiliares mais complexas. O fator determinante mais importante de recidiva ou de sobrevida na maioria das séries é:
- A) Invasão perineural.
 - B) Diferenciação tumoral.
 - C) Acometimento linfonodal.
 - D) Presença ou ausência de margens histológicas positivas no espécime cirúrgico.
45. O abscesso hepático piogênico é uma doença quase sempre secundária, com o foco primário geralmente demonstrável. A via básica de infecção mais frequente é:
- A) Veia porta.
 - B) Artéria hepática.
 - C) Sistema ductal biliar.
 - D) Extensão direta ao fígado.
46. Paciente de 30 anos, com diagnóstico ecográfico de cálculos de vesícula biliar e 1 cálculo de colédoco. Colangiorressonância evidenciou o hepatocolédoco de 10 mm contendo um cálculo de 1 cm. A conduta atual para este caso é:
- A) Papilotomia com retirada do cálculo por via endoscópica + colecistectomia laparoscópica após 4 a 6 semanas.
 - B) Papilotomia com retirada do cálculo por via endoscópica + colecistectomia laparoscópica no mesmo internamento.
 - C) Colecistectomia e coledocolitotomia por via laparotômica em um só tempo cirúrgico.
 - D) Exploração de vias biliares e colecistectomia por via laparoscópica.
47. Pancreatite aguda é geralmente diagnosticada pela presença de dor contínua em abdome superior com irradiação para o dorso associada à hiperamilasemia. Deve-se sempre ter em mente, entretanto, que nem a dor abdominal, nem elevações da amilase isoladas são específicas para pancreatite. A amilase é secretada não somente pelo pâncreas, mas também pelos seguinte órgãos, exceto:
- A) Parótida.
 - B) Estômago.
 - C) Ductos biliares.
 - D) Trompas de falópio.

48. Sobre adenocarcinoma do pâncreas, é falso afirmar:
- A) O tumor localiza-se mais frequentemente na cabeça do pâncreas.
 - B) O fator ambiental mais importante associado ao carcinoma pancreático é o tabagismo.
 - C) Os tumores da cauda e corpo do pâncreas apresentam melhor prognóstico que o localizado na cabeça.
 - D) Cerca de 95 a 97% das neoplasias malignas do pâncreas são adenocarcinomas que se originam de células glandulares exócrinas dos ductos ou dos ácinos.
49. Paciente sexo masculino, 25 anos, vítima de acidente automobilístico e não usava cinto de segurança. Foi atendido em um hospital de urgência com dor abdominal. TC revelou uma coleção peripancreática. Na exploração cirúrgica, foi encontrado secção do pâncreas na junção corpocefálica. A conduta cirúrgica mais adequada é:
- A) Hemostasia e drenagem externa.
 - B) Pancreatectomiacorpo-caudal + sutura do coto proximal.
 - C) Pancreatectomiacorpo-caudal + anastomose do coto proximal com uma alça jejunal em Y de Roux.
 - D) Sutura do coto pancreático proximal e anastomose do coto distal com uma alça jejunal em Y de Roux.
50. Paciente de 30 anos, masculino, vítima de trauma contuso no abdome superior. Foi atendido em um serviço de urgência com sinais evidentes de hemorragia intraperitoneal. Após estabilização hemodinâmica com 2 L de ringer lactato, foi realizado TC de abdome com contraste que mostrou lesão hepática complexa de cerca de 8 cm nos segmentos VII-VIII do fígado, com cerca de 500 ml de líquido livre no espaço subfrenico. A conduta mais adequada para esse caso é:
- A) Arteriografia hepática.
 - B) Laparotomia imediata com exploração da lesão hepática.
 - C) Conservadora com internamento em UTI e monitorização contínua.
 - D) Videolaparoscopia, aspiração do sangue peri-hepático e drenagem externa.