



Centro Universitário do Espírito Santo

Credenciado pelo Decreto Federal s/nº, de 02.10.2000, D.O.U. de 03.10.2000, Pág. 2, Seção 1.
Recredenciado pela Portaria MEC nº 923 de 01.08.2017, D.O.U. de 02.08.2017, Pág. 12, Seção 1.
Credenciado para oferta de cursos superiores na modalidade a distância pela Portaria MEC nº 436 de 29.04.2015, D.O.U. de 30.04.2015, Pág. 60, Seção 1.

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA- 2023

A Comissão Coordenadora do Processo Seletivo – ProSel apresenta o resultado das contestações ao gabarito, de acordo com os critérios do Edital do Processo Seletivo para Residência Médica - 2023.

Contestações ao Gabarito Preliminar dos Programas de Cirurgia Vasculuar e Oncológica:

- Questão 05 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 10 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.

A Comissão Coordenadora comunica que não cabem novas contestações ao gabarito.

Colatina/ES, 11 de dezembro de 2022.

Coordenação do Processo Seletivo 2023



RESIDÊNCIAS UNESC 2023/1

Médicas

CIRURGIA VASCULAR | CIRURGIA ONCOLÓGICA

Inscrição nº:



CIRURGIA GERAL

Questão 01

Durante o tratamento cirúrgico de uma hérnia em topografia inguinal encarcerada à direita, em uma mulher, após a inguinotomia, o cirurgião observa que o conteúdo herniário passa por baixo do ligamento inguinal. Levando-se em consideração o tipo de hérnia encontrada, assinale a alternativa que indica onde deve ser realizado o principal ponto de fixação durante o reparo, considerando a técnica cirúrgica mais amplamente aceita, para que seja o mais efetivo e reduza o risco de recorrência:

- a) Músculo oblíquo externo.
- b) Músculo oblíquo interno.
- c) Ligamento inguinal.
- d) Ligamento pectíneo.**
- e) Ligamento obturador.

Questão 02

Paciente de 57 anos, admitido em Pronto Socorro com quadro de dor abdominal de forte intensidade. Realizada rotina de abdome agudo com evidência de pneumoperitônio. Ao toque retal, foi diagnosticada lesão de reto a 5 cm de margem anal, estenosante. Submetido a laparotomia de urgência, com identificação de válvula ileocecal competente e perfuração de ceco. Diante dos achados pré e intra-operatórios, qual a melhor conduta a ser tomada durante a cirurgia de urgência?

- a) Rafia de ceco com ileostomia em alça à montante da lesão.
- b) Rafia de ceco com amputação abdominoperineal do reto.
- c) Colectomia direita com ileostomia à Mikulicz.**
- d) Colectomia total com ressecção da lesão primária e íleo reto anastomose.
- e) Colectomia total com ressecção de lesão primária e ileostomia terminal.

Questão 03

A úlcera duodenal é uma doença com inúmeras causas. Os únicos requisitos são a secreção de ácido e pepsina em combinação com infecção por *H. pylori* ou a ingestão de AINEs. A inflamação aguda do duodeno pode levar à obstrução mecânica, com uma obstrução funcional da saída do conteúdo gástrico, manifestado por retardo no esvaziamento gástrico, anorexia, náuseas e vômitos. Das alternativas a seguir, qual o distúrbio associado a esse quadro?

- a) Acidose metabólica hipoclorêmica hipernatrêmica.
- b) Acidose metabólica hiperclorêmica hipercalêmica.
- c) Alcalose metabólica hiperclorêmica hiponatrêmica.
- d) Alcalose respiratória hipocarbônica hipercalêmica.
- e) Alcalose metabólica hipoclorêmica hipocalêmica.**

Questão 04

Uma boa técnica de sutura começa com a incisão com o bisturi em ângulo correto em relação à pele e continua com a manipulação tecidual cuidadosa a fim de evitar a desvitalização das margens cutâneas, desbridamento das bordas da pele. A incisão, segundo as linhas de Langer com o objetivo de se obter uma cicatriz mais estética, deve ser realizada:

- a) Perpendicular às linhas de colágeno.
- b) Perpendicular aos tendões.
- c) Paralela à fáscia muscular.
- d) Paralela às linhas de tensão da derme.**
- e) Não há relação entre as linhas de Langer e a cicatrização.

Questão 05

Um homem de 50 anos está no 5º pós-operatório de ulcerorrafia gástrica, com patch de omento. Refere dor abdominal de forte intensidade e mal-estar geral. Pulso: 120 bpm, PA: 90 × 50mmHg, temperatura: 37,2 °C. Ao exame, o abdome apresenta distensão, doloroso a palpação profunda difusamente. Dreno abdominal com saída de 900 mL de líquido bilioso nas últimas 24 horas. Assinale a alternativa que indica a conduta mais adequada no momento:

- a) Nova abordagem cirúrgica.
- b) Nutrição parenteral total e observação clínica rigorosa, sonda nasogástrica e antibioticoterapia.
- c) Jejum, sonda nasogástrica aberta e antibioticoterapia. Realizar tomografia para diagnóstico e drenagem de eventuais coleções não contempladas pelo dreno.
- d) Endoscopia para confirmação da provável deiscência da sutura e planejamento cirúrgico.
- e) Exames laboratoriais e tomografia de abdome com contraste oral, para confirmar a suspeita diagnóstica.

Questão 06

Homem, 65 anos, foi submetido a duodenopancreatectomia, sem complicações. Encontra-se no 2º dia de pós-operatório, em boa evolução. Apresenta-se estável clinicamente. PA=130×70mmHg; FC=110bpm; T= 37,2°C. Nesta fase da resposta metabólica ao trauma, é correto encontrar:

- a) Diminuição do cortisol plasmático.
- b) Diminuição do débito cardíaco.
- c) Aumento de aldosterona e ADH.
- d) Aumento da insulina.
- e) Balanço nitrogenado positivo.

Questão 07

Um homem de 30 anos de idade, vítima de acidente automobilístico, foi levado ao pronto-socorro, estando torporoso, com palidez cutânea, com sudorese, e PA 80x60mmHg. A avaliação radiológica inicial evidenciou fratura do anel pélvico, com alargamento da sínfise púbica maior que 3 cm. Foi realizado FAST com evidencia de líquido livre abdominal. Nesse caso clínico, entre as opções a seguir, a melhor conduta é:

- a) Monitorização clínica, expansão volêmica e manejo conservador.
- b) Estabilizar o anel pélvico e, em seguida, realizar a laparotomia exploradora.
- c) Proceder à laparotomia exploradora e, posteriormente, estabilizar o anel pélvico.
- d) Proceder à embolização, seguida de estabilização externa do anel pélvico.
- e) Estabilizar o anel pélvico e proceder à transfusão e à monitorização hemodinâmica rigorosa.

Questão 08

Uma mulher de 47 anos procura o pronto socorro com queixa de dor intensa em hipocôndrio direito há 72 horas, náuseas, vômitos e sensação de febre. Ao exame físico, apresenta dor a palpação em hipocôndrio direito, com interrupção da inspiração. FC: 80 bpm e PA: 120x80 mmHg. O ultrassom de abdômen evidencia espessamento da parede da vesícula biliar, com líquido peri-vesicular. Possui amilase de 110 U/L e leucócitos de 19.000/mm³. Segundo o guideline de Tóquio de 2018, podemos afirmar que se trata de uma colecistite aguda:

- a) Severa, Grau IV.
- b) Severa, Grau I.
- c) Severa, Grau III.
- d) Leve, Grau I.
- e) Moderada, Grau II.

Questão 09

Homem, 18 anos, 70kg, é levado ao Pronto Socorro por sofrer queimaduras por fogo. Ao exame físico, apresenta lesões térmicas totalizado 18% de queimaduras de primeiro grau e 36% de queimaduras de segundo grau de superfície corporal queimada. Considerando ATLS 10ª ed., o volume correto para reposição é:

- a) 1750 ml em 12 horas.
- b) 3520 ml em 8 horas.
- c) 5040 ml em 24 horas.
- d) 7560 ml em 24 horas.
- e) 10080 ml em 24 horas.

Questão 10

Um homem de 25 anos, vítima de colisão automobilística, deu entrada na emergência com frequência respiratória de 32 irpm, glasgow 8 e com grande quantidade de sangue na cavidade oral, na face e no nariz, além da presença de múltiplos dentes fraturados. À inspeção, sinal do Guaxinim bilateral, sinal de Battle e otorragia à direita. À palpação, apresentou crepitação em região mandibular. Nesse caso clínico, além de estabilizar a coluna cervical do paciente, deve-se, nesse momento:

- a) Realizar cricotireoidostomia.
- b) Realizar traqueostomia.
- c) Aspirar cavidade oral, nasal e suporte com cateter de oxigênio.
- d) Proceder à intubação nasotraqueal.
- e) Colocar cânula orofaríngea e iniciar ventilação.

Questão 11

Paciente de 35 anos com quadro de dor abdominal, principalmente em epigástrio e hipocôndrio direito, plenitude pós-prandial, além de alguns episódios de náuseas. G4P4A0 e, atualmente, faz uso de anovulatórios orais. Ao exame físico, está em bom estado geral, corada, anictérica e com exame abdominal normal. Submetida a ultrassonografia e tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou tumoração sólida, bem de limitada e com realce homogêneo na fase arterial entre segmento II e III do fígado de 7,0 cm. Outros exames revelaram bilirrubina total de 0,6 (normal até 1), alfa fetoproteína igual a 2,2 (normal até 7) e sorologias negativas para hepatite A, B e C. Com base nesse caso hipotético e nos conhecimentos acerca de tumores hepáticos, assinale a alternativa que apresenta a conduta CORRETA.

- a) A hepatectomia esquerda está indicada porque o provável diagnóstico é de hepatocarcinoma.
- b) A biópsia guiada por ultrassom está indicada por se tratar de hepatocarcinoma.
- c) Está indicado observação clínica com acompanhamento tomográfico de 6 em 6 meses inicialmente e conforme estabilidade acompanhamento anual.
- d) Deve-se indicar arteriografia hepática com embolização da lesão devido à sua característica hipervascular.
- e) Deve-se realizar segmentectomia lateral esquerda preferencialmente videolaparoscópica devido ao diagnóstico de adenoma hepático.

Questão 12

Paciente de 55 anos realizou colonoscopia para rastreio. Submetido a polipectomia de pólipos pediculados de 2 cm em cólon transverso proximal. Anatomopatológico: carcinoma bem diferenciado, invasivo, infiltrando até submucosa camada Sm3, com invasão angiolinfática. Qual é a melhor conduta diante do caso clínico exposto?

- a) Transversectomia.
- b) Colectomia direita ampliada com linfadenectomia.
- c) Programação de colonoscopia de controle precocemente em 3 meses.
- d) Colonoscopia para tatuagem de área cicatricial para controle endoscópico em 1 ano.
- e) Colonoscopia em 5-10 anos.

Questão 13

O uso crescente dos exames radiológicos, têm aumentado diagnóstico de nódulos hepáticos. É fundamental que haja a familiaridade com os aspectos clínicos, evolução, características das imagens e as indicações cirúrgicas para estes tumores. Com relação às neoplasias hepáticas, assinale a alternativa correta:

- Os adenomas são lesões benignas, sem potencial de malignização, e nunca devem ser ressecados.
- As hiperplasias nodulares devem ser abordadas cirurgicamente em lesões maiores que 5 cm devido alto risco de malignização.
- A presença de nódulo em fígado cirrótico, com washout no exame tomográfico e alfa fetoproteína elevada, prescinde de biópsias para o diagnóstico de carcinoma hepatocelular.
- Os hemangiomas maiores que 3 cm devem ser ressecados em razão do risco de sangramento espontâneo ou traumático.
- Todos os cistos hepáticos são benignos e a indicação cirúrgica deve ser feita somente em casos sintomáticos.

Questão 14

Mulher, 30 anos, portadora de Polipose Adenomatosa Familiar Difusa, com centenas de pólipos no cólon e mais de 40 pólipos no reto, sem sinais de neoplasia e/ou manifestações extra intestinais. Qual a conduta indicada para condução dessa paciente?

- Colonoscopia seriadas da 3 em 3 meses para polipectomias preventivas.
- Segmento colonoscópico anual.
- Colectomia total com fechamento do coto retal e ileostomia definitiva.
- Colectomia total com anastomose ileorretal.
- Proctocolectomia com anastomose ileoanal com bolsa ileal em J.

Questão 15

Síndrome de Lynch, o câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC), é responsável por 2% de todos os cânceres colorretais. O amplo fenótipo do HNPCC tem predominância de localização à direita dos cânceres colônicos (70% proximal à flexura esplênica) que aparece em uma idade precoce (média de idade ao diagnóstico, 45 anos), com maior probabilidade de cânceres sincrônicos e metacrônicos. As alterações genéticas mais comumente encontradas neste grupo de pacientes é:

- BRCA1 e BRCA2.
- Deleções do p53.
- Mutações no K-ras.
- Instabilidade microssatélite.
- Alterações do APC.

Questão 16

Homem, 65 anos, com queixas de disfagia, realizou endoscopia digestiva alta. Nos 3 cm distais da junção esôfago gástrica (JEG), observou-se lesão vegetante de 3 cm. A biópsia revelou adenocarcinoma. Em relação a classificação de Siewert e adequada condução cirúrgica, avaliando o caso acima, é correto afirmar que:

- É um Siewert I e devemos indicar uma esofagectomia transtorácica.
- É um Siewert II e devemos indicar uma gastrectomia total com esofagectomia distal.
- É um Siewert III, devemos indicar uma gastrectomia total com esofagectomia distal e linfadenectomia gástrica.
- Por ser um câncer de estômago, não podemos usar a classificação de Siewert.
- É um Siewert III e devemos indicar uma esofagectomia transtorácica.

Questão 17

Homem, 50 anos, Performance status 0, com diagnóstico de carcinoma espinocelular de esôfago médio. Proposto tratamento trimodal e submetido a químico e radioterapia neoadjuvante. Realizado reestadiamento clínico com tomografia de pescoço, tórax, abdome e pelve, negativo para metástases e endoscopia demonstra retração cicatricial em topografia do tumor, com biópsias negativas para neoplasia. Dentre as alternativas abaixo, qual a melhor conduta para o caso nesse momento?

- a) Esofagectomia a Mckeown.
- b) Ultrassom endoscópico com biópsias seriadas.
- c) Radioterapia complementar.
- d) Esofagogastrectomia e transposição colônica.
- e) Novo estadiamento clínico em 6 meses.

Questão 18

Paciente, 60 anos, com epigastralgia de longa data. Atendido em USF e solicitada endoscopia digestiva alta (EDA). Visualizado, em corpo gástrico em grande curvatura, lesão subepitelial de 3 cm. Imediatamente encaminhado para serviço de referência em centro de tratamento oncológico. Ao avaliar laudo hitopatológico de EDA, evidenciada apenas mucosa gástrica habitual, com ausência de neoplasia. Solicitada ecoendoscopia que verificou lesão de 3 cm, situada na camada muscular própria do estômago, bem delimitada. Na ocasião, foi realizada nova biópsia cujo resultado da imunohistoquímica foi positiva para marcadores CD117, CD34 e DOG1. Diante do achado diagnóstico e considerando estadiamento negativo para doença a distância, marque a alternativa com melhor proposta de tratamento:

- a) Gastrectomia total com linfadenectomia a D2.
- b) Gastrectomia atípica.
- c) Gastrectomia parcial com linfadenectomia a D2.
- d) Gastrectomia parcial com linfadenectomia a D1.
- e) Manejo expectante e conservador.

Questão 19

O câncer gástrico, em todo o mundo, é o quarto câncer mais comum e a segunda principal causa de morte por câncer. É especialmente prevalente no leste da Ásia e América do Sul e tem aumentado nos países em desenvolvimento. Alguns estudos indicam evidências de que uma ressecção D2 formal deve ser o padrão no tratamento do câncer gástrico. Diante da necessidade da adequada linfadenectomia, o conhecimento das cadeias linfonodais é imprescindível durante essa cirurgia. Sendo assim, quais são as cadeias linfonodais correspondentes à artéria gástrica esquerda, artéria hepática comum e tronco celíaco respectivamente?

- a) 1, 3 e 9.
- b) 2, 4 e 6.
- c) 7, 8 e 9.
- d) 8, 9 e 10.
- e) 9, 10 e 11.

Questão 20

Paciente, 80 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma de fundo gástrico, estágio IV para fígado e peritônio. Levada ao pronto socorro devido hematemese volumosa. À avaliação, mantendo estabilidade hemodinâmica, porém com hemoglobina de entrada 7,0 g/dl. Endoscopia digestiva revela sangramento difuso do tumor. Qual a melhor conduta para o caso?

- a) Hemostasia por endoscopia digestiva com cliques de titânio.
- b) Radioterapia hemostática.
- c) Gastrectomia parcial proximal.
- d) Gastrectomia total com linfadenectomia D2 e reconstrução em Y de Roux.
- e) Hemostasia por endoscopia digestiva alta com injeção de cianocrilato.

Questão 21

Paciente 45 anos, Performance status 0 e diagnóstico de adenocarcinoma gástrico em antro com estadiamento cT4N1M0. Dentre as alternativas abaixo, qual a melhor opção para tratamento curativo deste paciente?

- a) Antrectomia com linfadenectomia seguida de quimioterapia.
- b) Radioterapia seguida de gastrectomia subtotal com linfadenectomia.
- c) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia sem necessidade de radioterapia ou quimioterapia.
- d) Tratamento exclusivo com quimioterapia e radioterapia.
- e) Quimioterapia neoadjuvante seguida de gastrectomia subtotal com linfadenectomia e quimioterapia adjuvante.

Questão 22

Um paciente de 70 anos, em pós-operatório tardio de duodenopancreatectomia em "Y de Roux" devido neoplasia de cabeça pancreática, internado devido síndrome icterica obstrutiva, febre 38°C e dor abdominal. Diante do quadro clínico atual, qual seria a melhor conduta para esse paciente?

- a) Colectectomia.
- b) Colangiopancreatografiaretrógrada endoscópica(CPRE) com papilotomia.
- c) Ácido ursodesoxicólico.
- d) Drenagem biliar por via transparieto hepática.
- e) Colangiorressonância.

Questão 23

Homem, 69 anos, há 2 meses com perda ponderal (10% do peso habitual) e anorexia. Há 10 dias evoluiu com prurido generalizado, icterícia e colúria. Performance status de 1. Tomografia computadorizada de estadiamento com mostra massa tumoral sólida de 3 cm na topografia da cabeça do pâncreas, com envolvimento de 180° da veia mesentérica superior. Entre as opções abaixo, a melhor conduta a ser realizada neste caso é:

- a) Gastroenteroanastomose para evitar quadro obstrutivo duodenal.
- b) Quimioterapia neoadjuvante.
- c) Duodenopancreatectomia com pretensão curativa.
- d) Bypass bileodigestivo e Gastroenteroanastomose paliativos.
- e) Bypass bileodigestivo paliativo.

Questão 24

Paciente, 85 anos, internado em UTI devido choque séptico de foco indefinido. Em anamnese, relato de dor abdominal inespecífica, mais acentuada no abdome superior. Ao exame físico: Ruim estado geral, confuso, FC: 110 bpm; PA: 80 × 60 mmHg (uso de noradrenalina 1 mcg/Kg/min), Sat.O2: 90% (máscara de oxigênio 15L/min), FR: 28 irpm. Abdome: distensão abdominal difusa e dor mais intensa em hipocôndrio direito. Exames laboratoriais: Hb11,5g/dL; Leucócitos 15000 mm³; Creatinina: 3,3 mg/dL; Ureia: 150 mg/dL FA: 330; GGT: 440; Bilirrubina total: 5,0. Realizada ultrassonografia de abdome que evidenciou distensão da vesícula biliar com espessamento de parede e líquido perivesicular dos planos adjacentes, bile espessa e cálculo de 1 cm impactado no infundíbulo, sem dilatação da via biliar. Qual é a conduta mais adequada neste momento?

- a) Drenagem percutânea trans-hepática da vesícula biliar.
- b) Colectectomia por laparotomia com colangiografia.
- c) Colectectomia laparoscópica com colangiografia.
- d) Colectectomia com exploração da via biliar e colocação de dreno de Kerhr.
- e) Colangiografia endoscópica retrógrada com papilotomia

Questão 25

A complicação mais temível da cirurgia da vesícula biliar é a lesão do ducto biliar extra-hepático. A colecistectomia é a causa da maioria das lesões biliares pós-operatórias e estenoses. A incidência de lesões do ducto biliar, após a colecistectomia laparoscópica, varia de 0,4% a 0,7%. Se durante a realização de uma colecistectomia videolaparoscópica por colecistite aguda, com dificuldade de dissecação, fosse identificado dois possíveis ductos císticos indo para o infundíbulo, qual o procedimento deve ser adotado para resolução do imbróglio cirúrgico?

- a) colecistectomia parcial.
- b) dissecação do colédoco no ligamento hepatoduodenal.
- c) colangiografia intraoperatória.
- d) Doppler do ligamento hepatoduodenal intraoperatório.
- e) Colecistectomia com ligadura e secção dos dois possíveis císticos, pois ambos "chegam" na vesícula.

Questão 26

Durante a gravidez, níveis aumentados de hormônios reprodutivos (por exemplo, estrogênio, progesterona) induzem uma variedade de mudanças fisiológicas no sistema biliar que promovem a formação de cálculos biliares. Qual a conduta terapêutica mais adequada para paciente de 37 anos, primigesta, no final do segundo trimestre de gestação, apresentando primeiro episódio de colecistite aguda?

- a) Colecistectomia videolaparoscópica.
- b) Colecistectomia por mini-incisão.
- c) Tratamento clínico até segunda crise de colecistite.
- d) Tratamento clínico até o nascimento.
- e) Tratamento clínico até o 3º trimestre e colecistectomia videolaparoscópica.

Questão 27

Paciente de 40 anos, sexo feminino, submetida a Gastrectomia Vertical a Sleeve há 5 anos. Apresentou adequado controle das comorbidades prévias. Após a cirurgia, vem apresentando azia constante, controlada apenas com uso de inibidor de bomba de prótons (IBP) de forma contínua. Submetida a nova endoscopia digestiva alta que evidenciou esofagite erosiva grau C e no esôfago distal mucosa com epitélio cor rosa salmão, com biópsia demonstrando metaplasia intestinal. Diante do quadro clínico descrito acima, qual a melhor opção de tratamento para este paciente?

- a) Tratamento cirúrgico, com funduplicatura gástrica e hiato plastia.
- b) Tratamento cirúrgico, com conversão para by-pass gástrico em Y de Roux.
- c) Tratamento clínico com IBP de forma contínua, já que os sintomas são controlados com o uso da medicação.
- d) Tratamento cirúrgico, com conversão para switch duodenal.
- e) Tratamento endoscópico, com dilatação pilórica para reduzir a pressão intragástrica.

Questão 28

“A síndrome de Dumping pode ser precoce (20 a 30 minutos após a ingestão) ou tardia (duas ou três horas após uma refeição). É mais comum, com sintomas gastrointestinais e menos efeitos cardiovasculares. Os sintomas gastrointestinais incluem náuseas e vômitos, sensação de plenitude epigástrica, dor abdominal em cólicas e frequentemente diarreia explosiva. Os sintomas cardiovasculares incluem palpitações, taquicardia, diaforese, desmaios, tonturas, rubor e, ocasionalmente, visão turva”.

Assinale a alternativa que responda as perguntas a seguir, respectivamente:

Qual técnica cirúrgica, dentre as listadas abaixo, está mais associada a esse complexo sintomático?

Está associada à exposição do intestino delgado a qual característica dos alimentos?

- a) Derivação biliopancreática(Scopinaro) - baixa osmolaridade.
- b) Gastrectomia parcial com reconstrução de Billroth II - elevada osmolaridade.
- c) Gastrectomia Vertical a Sleeve - elevada osmolaridade.
- d) Gastrectomia tipo Billroth I - baixa osmolaridade.
- e) Switchduodenal- elevada osmolaridade.

Questão 29

Neoplasia (literalmente significa “novo crescimento”) é a proliferação descontrolada de células degeneradas. O termo tumor, que era originalmente usado para descrever a tumefação causada pela inflamação, é hoje utilizado de forma intercambiável com neoplasia. Na cirurgia oncológica, com relação ao volume de doença residual pós-ressecção, podemos dizer que as cirurgias:

- a) R0 são aquelas de caráter paliativo em que nenhuma ressecção foi realizada.
- b) R1 são aquelas em que ocorreu ressecção incompleta do tumor, restando doença microscópica residual.
- c) R2 são aquelas em que ocorreu ressecção completa do tumor, associada à linfadenectomia ampla.
- d) R3 são aquelas associadas à dissecação para-aórtica, inter-cavo-aórtica e para-caval.
- e) R4 são aquelas associadas a dissecação completa, não restando doença residual.

Questão 30

Como é denominado o tumor maligno da cavidade peritoneal, que surge após uma ruptura de uma neoplasia maligna ovariana ou de um adenocarcinoma apendicular, em que o peritônio se torna coberto por um tumor secretor de muco que preenche a cavidade peritoneal com muco semissólido e grandes massas císticas loculadas?

- a) Adenocarcinoma invasivo.
- b) Mesotelioma peritoneal.
- c) Carcinomatose invasiva.
- d) Carcinoma indiferenciado.
- e) Pseudomixoma peritoneal.

Questão 31

Recém-nascido do sexo masculino, em aleitamento materno exclusivo, é levado, aos 21 dias de vida, ao ambulatório de pediatria, pois sua mãe queixa que ele tem "um apetite insaciável", mas vomita tudo o que mama. O vômito, segundo ela, é apenas o leite que mamou. Diz que a criança quase não evacua e que está perdendo muito peso. Na avaliação, presença de choro sem lágrima, boca seca e hipoatividade. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) Estenose hipertrófica de piloro.
- b) Atresia de duodeno.
- c) Megacólon aganglionar.
- d) Intussuscepção.
- e) Atresia do esôfago.

Questão 32

Menino, 13 anos, com dor testicular à direita, de forte intensidade, de início há 7h durante a madrugada, nega febre, nega trauma. Ao exame físico, testículo direito encontra-se horizontalizado e não tem melhora da dor com a elevação manual do testículo direito. Diante do caso clínico em questão, assinale a melhor conduta:

- a) Internar, para fazer antibioticoterapia, analgesia e observação.
- b) Deve ser submetido à escrototomia exploradora imediata e orquidopexia contralateral.**
- c) Realizar USG doppler de bolsa testicular, para fazer o diagnóstico de torção de hidátide de morgani.
- d) O Sinal de Prehn é positivo, portanto indicar manejo clínico com compressa morna e analgesia.
- e) Realizar USG doppler de bolsa testicular, para fazer o diagnóstico de torção de testículo.

Questão 33

Paciente feminino, 1 mês de idade, em puericultura, com relato, há 01 semana, de um aumento do grande lábio direito, que aumenta ao choro, mas diminui quando ela está calma. Ao exame físico, tumefação lisa, lateral ao tubérculo púbico que desaparece mesmo com pressão leve. Qual a conduta diante do caso em questão?

- a) Solicita ultrassonografia.
- b) Solicita transiluminação.
- c) Encaminha para correção cirúrgica.**
- d) Indica cirurgia para quando paciente completar 2 anos de idade.
- e) Indica observação apenas.

Questão 34

Qual das citocinas abaixo é uma citocina pluripotente, intimamente associada à resposta inflamatória a trauma ou infecção e pode ser produzida não apenas por imunócitos (p. ex., monócitos, macrófagos, linfócitos), mas também por muitos outros tipos celulares, incluindo células endoteliais e epiteliais intestinais?

- a) IL-2.
- b) IL-4.
- c) IL-6.**
- d) IL-10.
- e) IL-13.

Questão 35

Suporte prolongado de peso, como em pacientes imobilizados ou paralisados, pode elevar a pressão tecidual acima da pressão de perfusão capilar arterial (32 mmHg) e resultar em comprometimento da oxigenação, isquemia e eventual necrose tecidual. Essa morbidade agride o paciente e afeta negativamente no tempo e custos nas internações. O acompanhamento e tratamento correto das feridas do tipo escaras demandam conhecimento sobre curativos. Assinale a alternativa correta sobre essa terapêutica:

- a) Os hidrogéis são mais úteis para feridas exudativas. Eles inicialmente aumentam a temperatura do ambiente da ferida que cobrem, o que proporciona alívio da dor.
- b) Os esfacelos devem ser tratados com desbridamento cirúrgico, principalmente na fase proliferativa.
- c) Em feridas com áreas friáveis e sangrantes, devemos evitar princípios ativos que realizem trocas iônicas (Ca⁺⁺, Na⁺, pois interferem diretamente na cascata de coagulação.
- d) O uso do carvão ativado encontra sua melhor indicação em feridas exudativas e com odor.**
- e) Os ácidos graxos essenciais (AGES), devem ser, de preferência, utilizados em dois períodos, na fase supurativa e no momento da formação cicatricial.

Questão 36

O conceito de escada reconstrutiva é utilizado para direcionar a reconstrução cirúrgica. Ascender os degraus da escada representa se mover a partir das técnicas de reconstruções simples para as mais complexas de um modo sistematizado, que considera as necessidades do defeito a ser corrigido. Um retalho cirúrgico consiste em um tecido mobilizado de uma parte à outra do corpo com um pedículo vascular, para manter o suprimento sanguíneo. O retalho miocutâneo peitoral, muito usado em cirurgias de reconstrução na cabeça e pescoço, é um retalho baseado na artéria:

- a) Mamária.
- b) Toraco-acromial.
- c) Supra-escapular.
- d) Peitoral Maior.
- e) Tireoideana Inferior.

Questão 37

É essencial para o cirurgião geral estar intimamente familiarizado com a anatomia pélvica para realizar procedimentos cirúrgicos gerais padrão, evitar a lesão iatrogênica e lidar com anatomia anormal. Diante de tal necessidade, o conhecimento da fásia de Denonvilliers é um importante marco anatômico da cirurgia pélvica. Assinale a alternativa que corresponde a descrição da localização dessa fásia:

- a) Fásia reto-vesical.
- b) Fascia pré-sacral.
- c) Fásia endopélvica.
- d) Fásia puborretal.
- e) Espaço pré vesical.

Questão 38

Paciente procura atendimento com queixa de rouquidão, submetido a videolaringoscopia com identificação de paralisia da prega vocal direita. Levando-se em consideração o trajeto do nervo laríngeo recorrente, qual é a possível causa para o quadro acima?

- a) Carcinoma brônquico esquerdo.
- b) Tumor do lobo temporal direito.
- c) Carcinoma brônquico direito.
- d) Tumor de seio maxilar.
- e) Tumor de ápice de pulmão direito.

Questão 39

Quilotórax ocorre quando a linfa do ducto torácico se acumula no espaço pleural. Sintomas de quilotórax são semelhantes aos de qualquer derrame pleural (p. ex., dispneia, tosse). Além disso, devido as consequências nutricionais da perda crônica de quilo (p. ex., perda de gordura, proteína) e ao volume do vazamento (0,5 a 3,0 litros/dia), reposição de líquidos, suporte nutricional e correção do problema subjacente são necessários. Em relação ao quilotórax, podemos afirmar:

- a) As lesões traumáticas são as principais causas de quilotórax.
- b) O quilotórax não está relacionado ao linfoma.
- c) O quilotórax à esquerda é o mais comum.
- d) O seu conteúdo(quilotórax) é estéril.
- e) Se medidas conservadoras falham, a intervenção cirúrgica pode ser considerada após 30 dias.

Questão 40

Paciente de 20 anos, após internação prolongada por COVID-19, evolui com estenose traqueal de 1,0 cm de extensão em traqueia média. Já submetido a tratamento por dilatação evolui com recidiva da estenose. Considerando que o paciente não tem nenhuma outra comorbidade, qual o tratamento ideal para esse caso?

- a) Dilatação com colocação de endoprótese autoexpansível.
- b) Colocação de tubo T de Montgomery.
- c) Ressecção e anastomose de traquéia.
- d) Traqueostomia definitiva.
- e) Traqueoplastia com enxerto.

Questão 41

Homem, 70 anos, apresenta grande úlcera maleolar medial direita, com edema significativo do membro inferior. A úlcera é dolorosa e crônica. No momento, em uso de bota de unna e, ainda assim, com crescimento progressivo. Seu ITB (índice tornozelo-braquial) direito é de 0,2. Nesse caso, qual a conduta mais adequada?

- a) Continuar curativo com bota de unna.
- b) Utilizar meia de compressão elástica.
- c) Realizar arteriografia do membro inferior direito.
- d) Realizar fleboextração da safena magna direita.
- e) Encaminhar a tratamento hiperbárico.

Questão 42

Paciente 70 anos, diabético, com queixa de ferida no 5º dedo do pé esquerdo há 20 dias. Ao exame físico do membro inferior esquerdo, apresenta pulsos femoral e poplíteo +++ e podálicos ausentes. Além disso, há necrose seca do 5º pododáctilo esquerdo com índice tornozelo/braço de 0,3. Apresenta alterações da função renal com creatinina de 3,0 mg/dL e ureia de 100 mg/d. Qual a melhor conduta nesse caso?

- a) Mapeamento arterial com ecodoppler e revascularização.
- b) Arteriografia e revascularização.
- c) Antibioticoterapia e curativo.
- d) Amputação de 5º pododáctilo e antibioticoterapia.
- e) Simpatectomia lombar e desbridamento.

Questão 43

A insuficiência venosa primária é uma entidade idiopática adquirida. É a maior categoria clínica e representa a maioria das insuficiências venosas superficiais encontradas no consultório. A insuficiência venosa secundária surge de um estado pós-trombótico ou obstrutivo e é causada por um trombo de veia profunda ou por um processo obstrutivo crônico primário. Quais são os achados ao exame físico de um paciente com insuficiência venosa crônica?

- a) Hiperpigmentação secundária à deposição de hemossiderina, lipodermatoesclerose, eczema e palidez dos pés.
- b) Hiperpigmentação secundária à deposição de hemossiderina, diminuição de pelos, eczema, úlcera em face interna da perna e lipodermatoesclerose.
- c) Eczema, úlcera em face externa da perna, lipodermatoesclerose e varizes calibrosas.
- d) Hiperpigmentação secundária à deposição de hemossiderina, eczema, úlcera em face externa da perna e lipodermatoesclerose.
- e) Hipopigmentação secundária à deposição de hemossiderina, diminuição de pelos, eczema, úlcera em face interna da perna e lipodermatoesclerose.

Questão 44

O reparo endovascular de um aneurisma de aorta abdominal foi relatado pela primeira vez por Parodi et al., em 1991 e, desde então, demonstrando menores índices de morbidade e mortalidade precoces quando comparados ao reparo cirúrgico aberto de aneurismas aórticos infra-renais em pacientes com anatomia favorável. Em um homem, 70 anos, submetido a reparo endovascular há 1 ano, na angiotomografia de controle observou-se falha de selamento na porção proximal da prótese. Pode-se afirmar que este vazamento é classificado como endoleak de que tipo?

- a) IA.
- b) IB.
- c) II.
- d) III.
- e) IV.

Questão 45

A dissecação aórtica ocorre quando uma laceração na camada íntima do vaso permite que o sangue crie um falso canal na parede aórtica, tipicamente entre as camadas média e adventícia. A aorta fica dividida em lumens, verdadeiro e falso, que são separados por um septo denominado retalho de dissecação. Dentre os tipos de dissecação de aorta, qual pode ser manejado sem a necessidade de intervenção cirúrgica de urgência?

- a) Dissecação tipo A de Stanford sem sinais de isquemia de órgãos.
- b) Dissecação tipo B de Stanford com sinais de isquemia mesentérica.
- c) Dissecação tipo I de DeBakey sem sinais de isquemia de órgãos.
- d) Dissecação tipo II de DeBakey sem sinais de isquemia de órgãos.
- e) Dissecação tipo III de DeBakey sem sinais de isquemia de órgãos.

Questão 46

Os aneurismas são definidos como o aumento no tamanho em mais de 50% do diâmetro arterial normal, podendo ocorrer em qualquer região da aorta, da raiz até a bifurcação. Apesar de muitos aneurismas não rotos serem assintomáticos, vários são os fatores de risco para o desenvolvimento, expansão e ruptura dos aneurismas de aorta abdominal. No que diz respeito ao diagnóstico clínico do aneurisma de aorta abdominal roto, assinale a alternativa correta.

- a) A tríade clássica composta por dor abdominal, dor lombar e massa abdominal pulsátil está presente na maioria dos pacientes.
- b) Em cerca de 80% dos casos, o diagnóstico inicial é equivocado, sendo os mais comuns, cólica renal, diverticulite e infarto agudo do miocárdio.
- c) Atualmente, a porcentagem dos pacientes que não conseguem chegar a um hospital após a rotura é mínima devido ao diagnóstico precoce.
- d) A rotura crônica da Aorta Abdominal não existe devido ao alto fluxo do local de rotura.
- e) A dor abdominal ocorre com maior frequência no lado esquerdo, pois a parede que mais rompe é a posterolateral esquerda.

Questão 47

Qual a próxima conduta para um homem com 55 anos, hígido, assintomático, com PSA = 21 ng/mL e biópsia de próstata que revelou adenocarcinoma Gleason 6 (3+3)?

- a) Quimioterapia.
- b) Radioterapia e quimioterapia.
- c) Cintilografia óssea e tomografia de abdome e pelve.
- d) Prostatectomia radical e quimioterapia.
- e) Bloqueio androgênico.

Questão 48

Paciente, sexo masculino, 18 anos vítima de ferimento por arma branca, na área de Ziedler. Trazido à emergência em estado de agitação, taquipneico e hipocorado. Nota-se estase jugular bilateral e não há desvio de traqueia. À ausculta pulmonar, o murmúrio vesicular está diminuído à esquerda, embora sem hipertimpanismo, e normal à direita. Pressão arterial: 70 × 40 mmHg, pulso: 150 batimentos por minuto. Abdome indolor à palpação. Evolui com parada cardíaca e é intubado prontamente. Diante do caso exposto qual o diagnóstico mais provável e a próxima conduta?

- a) Pneumotórax hipertensivo esquerdo. Drenagem torácica.
- b) Tamponamento cardíaco. Toracotomia anterolateral esquerda.**
- c) Choque hipovolêmico. Sangue tipo O Rh negativo e massagem cardíaca externa.
- d) Hemotórax maciço. Drenagem torácica.
- e) Balanço mediastinal. Drenagem torácica.

Questão 49

Homem, 75 anos, dá entrada na urgência com retenção urinária aguda, globo vesical palpável a nível da cicatriz umbilical, refere que faz tratamento para hiperplasia prostática benigna há anos de forma irregular e nunca realizou nenhum procedimento urológico. Trouxe ultrassonografia de próstata realizada há 6 meses, identificando próstata de 150 gramas. Qual a primeira medida a ser realizada diante do caso exposto?

- a) Sondagem vesical de demora, com sonda foley, número 20 de duas vias.**
- b) Sondagem vesical de demora, com sonda foley, número 14 de duas vias.
- c) Sondagem vesical de alívio, com sonda de nelaton.
- d) Cistostomia.
- e) Punção supra-púbica.

Questão 50

Em 1950, a primeira reconstrução aórtica por Doença oclusiva aortoiliaca (síndrome de Leriche) foi realizada por Jacques Oudot, na França. Ocorreu através de abordagem retroperitoneal utilizando homoenxerto. Seguindo o trabalho investigativo e clínico de Arthur Voorhees, da Universidade de Columbia, enxertos protéticos de Vinyon B e náilon foram utilizados para a reconstrução de doença aórtica oclusiva e aneurismática. A síndrome de Leriche, causada pela doença arteriosclerótica, é caracterizada por:

- a) Tonturas e síncope, com hemiplegia.
- b) Dor e perda da força muscular de membro superior unilateral, com hipotermia.
- c) Dor e claudicação de membro inferior unilateral, com hipotermia localizada.
- d) Dor e claudicação intermitente bilateral, com hipotermia de membros inferiores.**
- e) Dor abdominal súbita e hipotensão, por aneurisma dissecante da aorta.