

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA- 2024

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 - 2024.

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

- Questão 01 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 02 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 03 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 05 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.

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

Colatina/ES, 21 de novembro de 2023.

Coordenação do Processo Seletivo 2024



RESIDÊNCIAS UNESC 2024/1

Médicas

CIRURGIA VASCULAR | CIRURGIA ONCOLÓGICA

Inscrição nº:



CIRURGIA GERAL

Questão 01

Um homem de 70 anos, com fibrilação atrial e sem claudicação intermitente prévia, apresentou dor de início súbito em membro inferior esquerdo há 4 horas. A frequência cardíaca é 130 bpm e a PA: 185 × 100 mmHg. A extremidade inferior esquerda está fria e pálida, com déficits motor e sensitivo. O pulso femoral neste membro está ausente, sendo que no membro inferior direito todos os pulsos estão presentes. Qual a conduta inicial mais apropriada, após a administração de heparina sistêmica?

- a) Trombólise sistêmica por acesso venoso periférico.
- b) Angiografia no setor de hemodinâmica.
- c) Trombólise intra-arterial local por cateter.
- d) Anticoagulação plena e aquecimento do membro.
- e) Tromboembolectomia cirúrgica imediata.

Questão 02

No Hospital Maternidade São José, foi indicada cirurgia para correção de uma hérnia na região inguinal (acima da prega inguinal) em uma mulher de 70 anos, múltipara de 5 filhos (partos normais), portadora de obesidade e doença pulmonar obstrutiva crônica, devido ao tabagismo (35anos/maço). Com esses dados, pode-se concluir que o tipo mais provável de hérnia da paciente é:

- a) Inguinal indireta.
- b) Inguinal direta.
- c) Obturatória.
- d) Crural.
- e) Spigel.

Questão 03

Paciente de 70 anos, sexo masculino, admitido no PS com quadro de Hemorragia Digestiva Baixa (HDB). Relata dois episódios de sangramento, hoje não associados a evacuação. No momento paciente estável, lúcido e orientado, acianótico e normocorado. Pressão arterial 120x70mmHg e frequência cardíaca de 80 bpm. Frente ao caso em questão, assinale a alternativa correta:

- a) A maioria cessa espontaneamente e a colonoscopia é o exame padrão-ouro.
- b) A avaliação inicial compreende o exame proctológico e a pesquisa de sangue oculto fecal.
- c) A abordagem cirúrgica está indicada no 3º episódio de hemorragia digestiva baixa quando a doença diverticular for a causa.
- d) A forma hipertônica da doença diverticular é causa de sangramento maciço e está indicada a arteriografia.
- e) A neoplasia colorretal é a principal causa de HDB nessa faixa etária e está indicada colonoscopia, tomografia e solicitação de marcadores tumorais.

Questão 04

Paciente masculino de 65 anos, sem antecedentes prévios, chega ao pronto-socorro com dor abdominal progressiva em quadrante inferior esquerdo 48 horas, associado a parada de eliminação de gases e fezes com distensão abdominal. Submetido a tomografia de abdome total que diagnosticou diverticulite aguda Hinchey 2. Como pode ser descrita a tomografia desse paciente e qual o tratamento indicado?

- a) Borramento da gordura pericolônica, sem coleção, e antibioticoterapia.
- b) Abscesso pericolônico confinado, laparotomia e antibioticoterapia.
- c) Abscesso paracolônico, laparotomia e antibioticoterapia
- d) Abscesso pericolônico com extensão para pelve, drenagem percutânea e antibioticoterapia.
- e) Ruptura de abscesso pélvico, laparotomia e antibioticoterapia.

Questão 05

Um paciente de 30 anos é internado com distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes há 7 dias. Nega episódios anteriores parecidos, febre e emagrecimento, mas refere náuseas e vômitos. De histórico patológico progressivo, refere laparotomia devido acidente automobilístico.

Quais achados radiográficos e a conduta imediata frente ao caso em questão?

- a) Níveis hidroaéreos; laparotomia exploradora.
- b) Sinal do "grão de café"; passagem de sonda retal.
- c) Sinal "de empilhamento de moedas"; passagem de sonda nasogástrica e hidratação intravenosa.
- d) Sinal de "maçã mordida"; lavagem intestinal com clister.
- e) Sinal de Rigler; desobstrução Intestinal por videocolonoscopia

Questão 06

Paciente, 44 anos, com quadro de dor em hipocôndrio direito recorrente associado a náuseas e vômitos. Submetida a ultrassonografia abdominal com evidências de vesícula biliar de paredes de 1mm, com imagens hiperecogênicas em seu interior e sombra acústica posterior e colédoco de 1,2 cm de diâmetro e com imagens hiperecogênicas e sombra acústica posterior. Qual a melhor abordagem terapêutica para a paciente?

- a) Colectomia Videolaparoscópica com exploração de via biliar e anastomose entre hepático-jejunal em Y de Roux.
- b) Colectomia aberta com exploração de vias biliares e colocação de dreno de Kher.
- c) Colangiopancreatografia retrógrada (CPRE) seguido de Colectomia Videolaparoscópica.
- d) Colectomia Videolaparoscópica seguida de Colangiopancreatografia retrógrada (CPRE).
- e) Colectomia Videolaparoscópica com exploração de vias biliares.

Questão 07

Um paciente de 14 anos, submetido à uma laparotomia exploradora devido à apendicite aguda fase 4, evolui no primeiro pós-operatório com intensa resposta inflamatória sistêmica. Nesse caso, quais citocinas pró-inflamatórias estarão elevadas durante esta resposta?

- a) TNF-alfa, Interleucina-1 e Interleucina-6.
- b) TNF-Beta, Interleucina-4 e Interleucina-10.
- c) Interferon-gama, TNF-Beta e interleucina-4.
- d) Fator transformador de crescimento Beta, Interleucina-5 e Interleucina-10.
- e) PDGF, FGF, TNF-alfa.

Questão 08

Fístulas enterocutâneas são comunicações anormais entre o trato gastrointestinal e a pele. Estão geralmente associadas a uma tríade de sepse, desequilíbrio líquido eletrolítico e desnutrição. A gravidade dessas manifestações depende da anatomia e fisiologia cirúrgica da fístula. Considerando as manifestações relacionadas às fístulas enterocutâneas, assinale a alternativa correta:

- a) Nos pacientes com fístulas de indicação cirúrgica, deve-se evitar grandes disseções intracavitárias, pois se trata normalmente de doentes graves, anêmicos e desnutridos. O ideal, nestes casos, é a menor abordagem possível com exteriorização apenas do segmento doente e posterior ressecção e anastomose.
- b) Existe indicação cirúrgica sempre que a fístula apresentar secreção fecalóide.
- c) As fístulas de anastomoses gástricas em geral têm bom prognóstico.
- d) Para prevenção das fístulas o octreotida deve ser sempre utilizado durante a indução anestésica.
- e) Processos suboclusivos distal à fístula, alto débito, fístulas labiadas, desnutrição e doenças intestinais como Chron e tuberculose são situações de mau prognóstico para fechamento espontâneo.

Questão 09

Quais as alterações esperadas para um paciente vítima de acidente automobilístico, com trauma torácico e contusão pulmonar, associado a trauma hepático grau III e esplênico grau IV, considerando a resposta endócrino metabólica secundária ao trauma, especificamente na fase "flow precoce"?

- a) Poliúria, com alta densidade urinária excreção aumentada de potássio e retenção de sódio.
- b) Poliúria, com baixa densidade urinária, excreção aumentada de cloro e retenção de magnésio.
- c) Poliúria, com alta densidade urinária, excreção aumentada de sódio, retenção de potássio.
- d) Oligúria, com alta densidade urinária, excreção aumentada de potássio e hidrogênio e retenção de sódio.
- e) Oligúria, com baixa densidade urinária, retenção de potássio e de sódio.

Questão 10

Homem, 40 anos, procura serviço de urgência, referindo dor lombar a direita, há 3 dias, com irradiação pra fossa ilíaca e testículo ipsilateral, de forte intensidade, tipo cólica, associado a hematúria leve, relata disúria e febre. No momento paciente referindo mal estar geral, dor importante em fossa ilíaca e náuseas. Está com frequência cardíaca de 110 bpm e frequência respiratória de 22 irpm. Tomografia de abdome identificou que paciente tem rim único a direita, com cálculo de 8 mm em ureter distal direito, com importante uretero-hidronefrose a montante. Leucócitos: 18 mil, creatinina: 7,8 ng/dl; uréia: 193 ng/dl.

Qual a conduta correta neste caso?

- a) Realizar analgesia com antiespasmódico, pois segundo a fisiopatologia da cólica renal é o melhor analgésico para tratamento.
- b) Antibioticoterapia, analgesia e realizar imediata desobstrução ureteral com cateter duplo j, sem a retirada do cálculo ureteral neste procedimento de urgência.
- c) Associar analgesia endovenosa com opióide a hiper-hidratação e diurético, pois ajudarão no controle da dor e tratamento da disfunção renal.
- d) Com antibioticoterapia e controle da dor, e o paciente preenche critérios para realizar a terapia expulsiva medicamentosa com Tansulosina.
- e) Antibioticoterapia, analgesia e realizar ureterolitotripsia endoscópica com a colocação de cateter duplo j.

Questão 11

Alterações genéticas em um gene supressor tumoral e em um proto-oncogene podem resultar em síndromes da neoplasia endócrina múltipla (NEM) tipos 1 e 2, respectivamente. Essas síndromes de cânceres hereditários são caracterizadas pela predisposição à transformação neoplásica em múltiplos tecidos endócrinos alvo, bem como pelo envolvimento patológico de tecidos não endócrinos. Qual a característica clínica que se desenvolve em mais de 90% dos indivíduos com NEM tipo 1?

- a) hipertireoidismo.
- b) hiperinsulinismo.
- c) hiperaldosteronismo.
- d) hiperparatireoidismo.
- e) Síndrome de Cushing.

Questão 12

Mulher, 50 anos, assintomática, realiza ultrassonografia da tireoide solicitado em Unidade Básica de Saúde. Resultado: Glândula tireoide de volume aumentado e presença das seguintes formações nodulares:

Lobo direito: Nódulo 1- sólido, hipocogênico, contornos lobulados, sem focos ecogênicos, localizado no terço médio, medindo 1,4x1,1x1,0 cm (TIRADS 5);

Lobo esquerdo: Nódulo 2 - nódulo misto, predominantemente sólido, hipocogênico, contornos regulares, em terço superior, medindo 1,4x0,8x0,6 (TIRADS 3).

Volume total da glândula = 35 cm³ (nl de 7 a 14 cm³).

Considerando o manejo do nódulo tireoidiano, qual a conduta correta frente ao caso em questão?

- a) A paciente tem indicação de tireoidectomia total pelo risco de malignidade conferido pelo nódulo N1.
- b) A paciente tem indicação de tireoidectomia total pelo volume tireoideano.
- c) A paciente necessita de uma dosagem de TSH e da citologia oncótica dos nódulos suspeitos.
- d) A paciente pode ser acompanhada com ultrassonografias seriadas a cada 6 meses.
- e) A paciente necessita de tireoidectomia parcial devido risco de malignidade conferido apenas a um dos nódulos examinados.

Questão 13

Paciente, 35 anos, feminino, apresentando, há 7 dias, dor no último molar inferior direito, procurou atendimento médico com queixa de dor cervical e dificuldade de abertura da cavidade oral nas últimas 24 horas. Ao exame físico: Regular estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, acianótica, anictérica. PA= 90x58 mmHg, FC= 130 bpm, FR= 24 irpm, Oximetria de pulso (ar ambiente) = 93%; Face: hiperemia, calor, dor e área de flutuação na região mandibular e submandibular direita com extensão para região cervical. Tomografia computadorizada cervical e torácica: áreas de coleções acima da carina até pescoço associados com espessamentos dos tecidos adjacentes e níveis hidroaéreos. Frente ao caso em questão, qual a conduta inicial a ser realizada?

- a) Coletar de exames laboratoriais, hemoculturas, expansão volêmica, antibioticoterapia, oxigênio suplementar.
- b) Realizar drenagem cervical cirúrgica.
- c) Aguardar resultados de culturas para redirecionar antibioticoterapia.
- d) Realizar broncoscopia.
- e) Reavaliar exames laboratoriais e de imagem após 24 horas.

Questão 14

O nervo laríngeo superior separa-se do nervo vago na base do crânio e desce para o pólo superior da tireoide ao longo da artéria carótida interna. No corno hioide, divide-se em dois ramos. O ramo interno, maior, tem função sensitiva e entra na membrana tireo-hioide, onde inerva a laringe. O ramo externo, menor, continua a percorrer a superfície lateral do músculo faríngeo inferior e, em geral, desce anterior e medialmente em conjunto com a artéria tireóideia superior. Essa é uma relação extremamente importante porque, durante a execução de uma lobectomia tireóideia, o ramo externo não é, em geral, visualizado, uma vez que já entrou na fáscia do músculo faríngeo inferior. Qual seqüela esperada em caso de secção inadvertida do nervo laríngeo superior durante uma tireoidectomia?

- a) Rouquidão.
- b) Alterações da deglutição.
- c) Pneumonia por broncoaspiração.
- d) Alterações da mobilidade cervical.
- e) Alterações na qualidade e potência da voz.

Questão 15

Mulher, 25 anos, em uso de anticoncepcional oral combinado, realizou ultrassonografia abdominal devido à dor em quadrante superior direito do abdome, que então evidenciou imagem arredondada única, 4,5 x 3,8 cm no lobo caudado do fígado. Tomografia computadorizada confirmou a presença do nódulo heterogêneo, com focos hemorrágicos e realce precoce pelo contraste na fase arterial. Qual o diagnóstico mais provável dessa lesão é:

- a) Hemangioma.
- b) Adenoma hepático.
- c) Hiperplasia nodular focal.
- d) Esteatose hepática.
- e) Carcinoma hepatocelular.

Questão 16

Mulher, 45 anos, em uso de anticoncepcional oral há 12 anos, procura pronto socorro com queixas de empachamento pós-prandial, vômitos e perda de peso não aferida há 6 meses. Relata, ainda, equimoses e hematomas espontâneos. Exames laboratoriais evidenciaram trombocitopenia e coagulopatia. Tomografia de abdome com contraste mostrou um padrão de preenchimento nodular periférico inicial, seguido por um realce centrífugo posterior no setor lateral esquerdo do fígado, com diâmetro máximo de 12 cm e compressão da parede gástrica anterior. Qual a melhor conduta para o caso?

- a) Solicitar ressonância magnética com contraste hepatoespecífico.
- b) Ressecção da lesão hepática.
- c) Seguimento clínico e realizar ultrassonografia de abdome de controle em 6 meses.
- d) Seguimento clínico e realizar ultrassonografia de abdome de controle em 12 meses.
- e) Biópsia guiada por ultrassonografia.

Questão 17

Qual a síndrome que está associada a mutações entre os códons 1.403 e 1.578 e, além de câncer colorretal, caracteriza-se por osteomas da mandíbula ou crânio, cistos epidérmicos e múltiplos tumores de pele e de tecido mole, em especial desmoides e tumores da tireoide?

- a) Ruvalcaba.
- b) Turcot.
- c) Peutz-Jeghers.
- d) Li-Fraumeni.
- e) Gardner.

Questão 18

Os tumores que surgem no canal anal, ou na zona transicional e que têm um epitélio escamoso, basalóide, cloacogênico ou mucoepidermóide compartilham um comportamento similar na apresentação clínica, na resposta ao tratamento e no prognóstico. Qual alternativa indica a primeira linha de tratamento do carcinoma espinoelular invasor do canal anal?

- a) Quimioterapia e radioterapia, exclusivos.
- b) Quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes e amputação abdominoperineal do reto (cirurgia de Miles).
- c) Radioterapia neoadjuvante, cirurgia e quimioterapia adjuvante.
- d) Ressecção cirúrgica com linfadenectomia inguinal bilateral e quimioterapia adjuvante.
- e) Amputação abdominoperineal do reto (cirurgia de Miles) e radioterapia.

Questão 19

Homem, 65 anos, com alteração do hábito intestinal, submetido a colonoscopia que evidenciou neoplasia retal a 6 cm da margem anal. Realizadas tomografias de estadiamento que evidenciaram lesão hepática única de aproximadamente 4 cm, com características de lesão secundária. Diante do caso clínico em questão, qual a conduta mais adequada para o tratamento do paciente?

- a) cuidados paliativos e suporte de fim de vida.
- b) cirurgia precoce, com posterior quimioterapia e radioterapia.
- c) quimioterapia associada à radioterapia com 5-fluoracil.
- d) quimioterapia, radioterapia pélvica e posterior ressecção do tumor intestinal e da metástase hepática.
- e) quimioterapia com bevacizumab e irinotecan exclusiva.

Questão 20

A dissecação retal pode lesar o plexo pélvico e as suas subdivisões. O grau e o tipo de disfunção são afetados pelo nível de lesão neural. Uma ligadura próxima a origem da artéria mesentérica inferior, seccionando os nervos hipogástricos próximo ao promontório sacral, resulta em disfunção simpática. Qual o desfecho clínico esperado após a lesão nervosa mencionada?

- a) Impotência sexual.
- b) Incontinência fecal.
- c) Ejaculação retrógrada.
- d) Parestesia perineal.
- e) Hipertonía de canal anal.

Questão 21

Com o envelhecimento, a dismotilidade cricofaríngea é importante causa de broncoaspiração no paciente idoso e pode resultar no aparecimento de divertículos de Zenker. Como se denomina a região anatômica na parede esofágica em que ocorre o divertículo de Zenker?

- a) Orifício de Fruchaud.
- b) Triângulo de Killian.
- c) Triângulo de Sedillot.
- d) Triângulo de Larrey.
- e) Triângulo de Hasselbach.

Questão 22

Paciente 60 anos, dá entrada na unidade de emergência devido à queixa de hematêmese franca associada à lipotímia. Após estabilização, é submetido à endoscopia digestiva alta (EDA) que revela úlcera duodenal ativa Forrest IIa. A capacidade de prever a possibilidade de um novo sangramento possibilita a implementação de uma terapia profilática, monitoração rigorosa e a detecção mais precoce da hemorragia em pacientes de alto risco. A classificação de Forrest foi desenvolvida em uma tentativa de avaliar esse risco com base nos achados endoscópicos. Assinale a alternativa que correlaciona a sua descrição endoscópica, apresentada no caso em questão, a seu de risco para ressangramento:

- a) Sangramento ativo não pulsátil - alto risco.
- b) Sangramento ativo e pulsátil - baixo risco.
- c) Úlcera com coágulo aderente - baixo risco.
- d) Úlcera de fundo hematínico - alto risco.
- e) Vaso visível não sangrante - alto risco.

Questão 23

João, um homem de 45 anos, foi admitido no hospital com dor abdominal aguda no quadrante inferior direito. Ele foi submetido a uma apendicectomia de urgência devido a um quadro de apendicite aguda. Achado histopatológico: Neoplasia mucinosa de 3 cm, margens cirúrgicas livres, invasão angiolinfática presente, invasão perineural negativa e extensão da tumoral até a serosa. Após a descoberta da neoplasia de apêndice no exame histopatológico, exames adicionais foram realizados para avaliar a extensão da doença. A tomografia computadorizada não mostrou evidências de disseminação para outros órgãos. Com base no caso clínico, qual é a alternativa correta em relação ao tratamento do paciente?

- a) O paciente deve ser submetido a uma hemicolectomia direita para ampliar a margem cirúrgica e estadiar o paciente.
- b) Não é necessário nenhum tratamento adicional, uma vez que as margens cirúrgicas foram consideradas livres.
- c) O paciente deve ser submetido a uma cirurgia de ressecção local para remover a neoplasia e garantir margens livres.
- d) Uma vigilância ativa de 3 em 3 meses com colonoscopia e tomografia.
- e) É recomendada a realização de uma laparoscopia exploratória para avaliar a disseminação da neoplasia para outros órgãos.

Questão 24

Paciente de 30 anos de idade, do sexo feminino, foi atendida no serviço de emergência 3 horas após tentativa de suicídio com ingestão de soda cáustica. Foi realizada endoscopia digestiva a alta que encontrou queimaduras de segundo grau, sem perfuração, distribuídas por todo o esôfago. Qual é a melhor conduta diante do caso em questão?

- a) Internação, dieta oral líquida ou pastosa e inibidores da bomba de prótons.
- b) Observação por 12 horas em ambiente hospitalar, dieta líquida e uso de inibidores da bomba de próton (IBP).
- c) Internação em unidade de terapia intensiva, dieta oral zero, hidratação venosa, uso de inibidores da bomba de prótons.
- d) Internação em unidade de terapia intensiva e colocação de stent por via endoscópica na área lesionada.
- e) Liberação após a endoscopia digestiva com programação de revisão da mesma após uma semana.

Questão 25

Um paciente de 50 anos, não tabagista, procura atendimento devido quadro de disfagia para sólidos e perda ponderal de 7 kg nos últimos 3 meses (peso atual 54 kg). Submetido a endoscopia digestiva alta que evidenciou lesão esofágica estenosante em nível de esôfago médio/distal que impediu a passagem do aparelho. Biópsia revelou carcinoma epidermoide escamoso. O paciente iniciará tratamento com radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes, porém é definida necessidade de via alimentar alternativa. Qual é a melhor estratégia de via alimentar a ser indicada para esse paciente?

- a) Realizar uma gastrostomia endoscópica.
- b) Realizar uma gastrostomia laparoscópica.
- c) Realizar uma ileostomia.
- d) Realizar uma jejunostomia.
- e) Sondagem nasoenteral.

Questão 26

A história da cirurgia do esôfago constitui-se de relatos de muitos cirurgiões corajosos que se esforçaram como pioneiros em território anatômico inexplorado. Em 1901, o Dr. Dobromysslow realizou a primeira ressecção esofágica segmentar intratorácica e anastomose primária. Em 1946, foi modificada a abordagem, entrando pelo hemitórax direito. Como é denominada a técnica de esofagectomia com reconstrução de trânsito com anastomose gastroesofágica intratorácica?

- a) Braun.
- b) Marischino.
- c) Billroth.
- d) Ivor Lewis.
- e) McKewon.

Questão 27

Paciente portadora de neoplasia de esôfago médio, submetida a tratamento neoadjuvante com quimioterapia e radioterapia. Programada esofagectomia em três campos com anastomose cervical. Durante confecção do tubo gástrico, quais vasos serão necessariamente preservados?

- a) Gastroepilóicos direitos.
- b) Gastroepilóicos esquerdos.
- c) Gástricos esquerdos.
- d) Gástricos direitos.
- e) Gástricos curtos.

Questão 28

Paciente com história de refluxo gastroesofágico, em seguimento de esôfago de Barrett, evolui com disfagia rapidamente progressiva. Realizada a endoscopia digestiva alta e biópsia com visualização de lesão a 39 cm que se estendia até 41 cm da arcada dentária superior (ADS), sendo a transição esofagogástrica a 40 cm da ADS. Diagnóstico histológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado e invasor. Conforme a classificação topográfica de Siewert, como se classifica esta lesão?

- a) Tipo 1.
- b) Tipo 2.**
- c) Tipo 3.
- d) Tipo 4.
- e) Lesão não passível de classificação.

Questão 29

Paciente 60 anos, assintomático, submetido a exames de rotina com identificação de uma lesão cística de cabeça de pâncreas, com 2,5 cm de diâmetro, com ducto pancreático de 8 mm, identificada por ressonância magnética de abdome. Assinale a alternativa que apresenta, corretamente, a melhor conduta diagnóstica:

- a) Colangiografia retrógrada endoscópica (CPRE).
- b) Dosagem sérica de CA 19-9.
- c) Punção guiada por ultrassom endoscópico.**
- d) Repetir ressonância em 6 meses.
- e) Tomografia por emissão de pósitrons/PET-CT.

Questão 30

Durante uma intervenção cirúrgica do pâncreas, qual o nome da técnica que é utilizada para separar o istmo pancreático do tronco portal, sendo guiado pelo trajeto dos vasos cólicos médios?

- a) Manobra de Warren.**
- b) Manobra de Whipple.
- c) Manobra de Blumgart.
- d) Manobra de Halsted.
- e) Manobra de Kocher.

Questão 31

Paciente, 55 anos de idade, 64 quilos, com relato de epigastralgia, há 3 meses, empachamento e vômitos de repetição há 30 dias, com piora na frequência na última semana. Refere perda ponderal importante, não quantificada. Paciente hipertenso e diabético, nega alergias. História de acidente automobilístico com necessidade de laparotomia e esplenectomia. Indicada endoscopia digestiva alta que evidenciou lesão bormann III em antro gástrico de 3 cm de diâmetro, biópsia endoscópica evidenciando adenocarcinoma, moderadamente diferenciado, tipo intestinal. Realizadas tomografias de estadiamento e laparoscopia estadiadora que detectaram cT3N1M0. Encaminhado para tratamento perioperatório com quimioterapia e posterior programação cirúrgica. Qual a cirurgia indicada para o tratamento oncológico do paciente em questão?

- a) Gastrectomia parcial + linfadenectomia a D1 e reconstrução em Y de Roux.
- b) Gastrectomia parcial + linfadenectomia a D0 e reconstrução a Billroth I.
- c) Gastrectomia parcial + linfadenectomia a D2 e reconstrução em Y de Roux.
- d) Gastrectomia total + linfadenectomia a D2 e reconstrução em Y de Roux.**
- e) Gastrectomia total + linfadenectomia a D3 e reconstrução em Billroth II.

Questão 32

Paciente 30 anos, apresenta lesão por cerol em zona II cervical, trazido ao pronto socorro em franca insuficiência respiratória, estridor respiratório, sangramento ativo em ferida cervical medindo 2 cm e enfisema subcutâneo extenso em região cervical e torácica. Qual a conduta inicial adequada para o caso?

- a) Mascara laríngea de emergência.
- b) Traqueostomia de emergência.
- c) Entubação orotraqueal em sequência rápida.
- d) Cricotireoidostomia de emergência.
- e) Ventilação não invasiva.

Questão 33

Homem, 30 anos, foi admitido em um pronto-socorro após ter sofrido um acidente de alta energia cinética. Identificada em hemitórax direito fratura do segundo ao quinto arco costal (cada arco estava fraturado em dois pontos). Submetido a tomografia, que evidenciou áreas de consolidação e vidro fosco subjacentes, além de mínimo derrame pleural. Após reavaliação, paciente com dor intensa aos movimentos respiratórios, permanecendo com frequência respiratória adequada e expansibilidade preservada; murmúrios vesiculares presentes em ambos os lados do tórax. Frente ao caso em questão, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta em relação ao trauma torácico desse paciente:

- a) analgesia e fisioterapia respiratória, apenas.
- b) analgesia, fisioterapia respiratória e uso de antibióticos, apenas.
- c) analgesia, fisioterapia respiratória e drenagem pleural em selo d'água, apenas.
- d) analgesia, fisioterapia respiratória, uso de antibióticos e drenagem pleural em selo d'água, apenas.
- e) analgesia, fisioterapia respiratória, uso de antibióticos, drenagem pleural em selo d'água e fixação cirúrgica os arcos costais fraturados.

Questão 34

Homem, 60 anos, vítima de queda do telhado da sua casa. Acionada equipe de resgate e atendido no local após 50 minutos do acidente, devido dificuldade de acesso ao local da queda. Sinais vitais no primeiro atendimento: FC: 120 bpm, PA: 90 × 70 mmHg, Glasgow: 15. Levado ao pronto socorro pela equipe de bombeiros, imobilizado com colar cervical e prancha rígida, cerca de 90 minutos da hora do acidente. Ao atendimento inicial, apresentava via aérea pérvia. SatO₂, com máscara de 12 L/min: 90%. Expansibilidade torácica preservada e simétrica, com murmúrio vesicular fisiológico. FC: 150 bpm, PA: 75 × 40 mmHg. Abdome com irritação peritoneal. Na pelve, a sínfise púbica tem disjunção acentuada e nota-se instabilidade. Toque retal sem alterações. Neurológico permanece com Glasgow 15 e pupilas isocóricas e fotorreagentes. Apresenta hematoma escrotal e exteriorização de sangramento em meato uretral. O e-FAST (extended focused assessment with sonography for trauma) é positivo em janela hepatorenal. Além de solução cristalóide, a reanimação hemodinâmica deste paciente deve incluir necessariamente:

- a) transfusão de concentrado de hemácias, plasma e hipotensão permissiva.
- b) ácido tranexâmico, transfusão maciça e hipotensão permissiva.
- c) ácido tranexâmico, hipotensão permissiva, transfusão de plasma e plaquetas.
- d) ácido tranexâmico e transfusão maciça.
- e) hipotensão permissiva, transfusão de concentrado de hemácias e plasma.

Questão 35

Paciente dá entrada no pronto socorro levado por próprios meios, apresentando ferimento por arma branca em hipocôndrio direito, com quadro de dor abdominal. Ao exame, encontra-se lúcido e orientado em tempo e espaço, com frequência respiratória de 22 irpm, pressão arterial de 130/70 mmHg e frequência cardíaca de 90 bpm, com pulsos periféricos amplos e simétricos. O exame abdominal mostra um ferimento de 3 a 4 cm abaixo de rebordo costal direito. A palpação revela sinais de irritação peritoneal. Diante do caso em questão qual conduta necessária?

- a) Exploração da ferida para ver se há penetração na cavidade peritoneal.
- b) Realização de ultrassonografia abdominal na sala de emergência.
- c) Tomografia computadorizada do abdome.
- d) Observação com exame físico seriado.
- e) **Laparotomia exploradora.**

Questão 36

Mulher, 70 anos, tem úlcera dolorosa sobre o maléolo medial da perna esquerda há 6 meses. A úlcera é superficial em granulação, sem sinais infecciosos, mas vem apresentando aumento de diâmetro progressivamente. O índice tornozelo-braquial (ITB) esquerdo é 0,4. Como deve ser o manejo desta paciente?

- a) Enxerto de pele parcial cobrindo a úlcera.
- b) Safenectomia interna esquerda com ligadura das veias perforantes.
- c) Continuar com o uso de bota de Unna.
- d) Administração de antibióticos por via oral.
- e) **Angiotomografia arterial do membro inferior esquerdo.**

Questão 37

A maioria dos pacientes com melanoma recém-diagnosticado é ansiosa e preocupada com a possibilidade de morrerem em decorrência da doença. No entanto, deve ser reconhecido que a grande maioria dos pacientes com melanoma são curados, em grande parte devido à detecção precoce. Por isso, é fundamental estratificar o risco e prever o prognóstico para orientar as decisões de tratamento apropriado. Dentre as alternativas, qual é o fator prognóstico isolado mais importante para prever a sobrevida no tratamento do melanoma?

- a) **Status linfonodal regional.**
- b) Espessura de Breslow.
- c) Nível de Clark.
- d) Índice mitótico.
- e) Localização anatômica.

Questão 38

Cálculos impactados na ampola de Vater, que não podem ser removidos via coledocotomia, ou múltiplos cálculos em uma árvore biliar não dilatada, podem ser tratados com esfínteroplastia transduodenal. Após completar a manobra de Kocher, uma duodenotomia longitudinal é realizada na parede lateral. A compressão da parede lateral contra a parede medial possibilitará a palpação da ampola para planejar o posicionamento de uma duodenotomia, apropriadamente. Após a duodenotomia, qual a localização ideal para incisão na ampola de Vater e realização da esfínteroplastia transduodenal?

- a) 3 horas
- b) 5 horas
- c) 7 horas
- d) 9 horas
- e) **11 horas**

Questão 39

Paciente 70 anos, procura pronto socorro devido quadro de dor abdominal e icterícia. História de cirurgia bariátrica pela técnica de Bypass com colecistectomia videolaparoscópica há 15 anos. Submetida a avaliação ultrassonográfica, que evidenciou colédoco de 2 cm de diâmetro. Realizada colangiorrressonância com evidencia de dilatação de via biliar e cálculo único de 1 cm localizado em porção distal de colédoco. Diante do caso clínico, marque a alternativa que contempla a melhor conduta terapêutica:

- a) Drenagem transparieto-hepática + posicionamento de prótese de via biliar interna e externa.
- b) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica + esfinterotomia + exploração de via biliar endoscópica.
- c) Duodenotomia + colédocotomia + exploração de via biliar + esfinteroplastia.
- d) Coledocotomia + exploração de via biliar + coledococenterostomia.**
- e) Uso permanente de ácido ursodesoxicólico.

Questão 40

Homem, 70 anos, cadeirante, portador de diabetes mellitus tipo II mal controlado, procura atendimento devido dor intensa na região perineal e febre diária de início há 3 dias. Ao exame físico: edema e hiperemia do escroto, com áreas de flutuação, crepitação e saída de conteúdo com odor fétido. Exames laboratoriais: leucocitose com desvio à esquerda e aumento das provas de atividade inflamatória. Qual a hipótese diagnóstica e tratamento recomendado para o caso em questão?

- a) Torção de testículo com abscesso; drenagem de abscesso e orquidopexia.
- b) Hidradenite supurativa; antibioticoterapia e suporte clínico.
- c) Gangrena de Fournier; antibioticoterapia de amplo espectro e desbridamento agressivo urgente.**
- d) Orquiepididimite; prescrição de analgesia e antibioticoterapia a nível ambulatorial.
- e) Cisto pilonodal infectado; marsupialização e antibioticoterapia.

Questão 41

Mulher, 44 anos, com quadro de dor abdominal recorrente em região de hipocôndrio direito principalmente relacionada à ingestão de alimentação gordurosa. Nega febre. Ao exame físico: Estável hemodinamicamente; icterícia (1+/4+). A ultrassonografia (US) de abdome superior: vesícula biliar com parede de 2 mm contendo cálculo de 3 cm em seu interior, fixo em infundíbulo; dilatação de via biliar intra-hepática e extra-hepática até nível de ducto cístico. Pode-se afirmar que a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta mais adequada são:

- a) Colangite / colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
- b) Colecistite aguda / colecistectomia.
- c) Síndrome de Mirizzi tipo II / ressecção de via biliar e derivação biliodigestiva.
- d) Síndrome de Mirizzi tipo I / colecistectomia.**
- e) Neoplasia de vesícula / colecistectomia oncológica

Questão 42

A estenose hipertrófica do piloro (EHP) é um dos distúrbios cirúrgicos do trato gastrointestinal mais comuns no início da infância. A hipertrofia do músculo circular do piloro resulta na constrição e obstrução da saída gástrica, levando a vômitos em jato sem bile. Diante de uma suspeita clínica de Estenose Hipertrófica do Piloro, qual alternativa abaixo apresenta marcadores que são altamente sugestivos de tal patologia?

- a) Hiponatremia e hipercalemia.
- b) Hiperglicemia e acidose metabólica.
- c) Hipoglicemia e acidose metabólica.
- d) Acidose metabólica, hiponatremia e hipercalemia.
- e) Alcalose metabólica, hipocloremia e hipocalemia.**

Questão 43

A causa específica de hérnia diafragmática congênita é desconhecida, mas acredita-se que seja resultante de falha no fechamento do canal pleuroperitoneal no feto em desenvolvimento. Normalmente, as cavidades pleuroperitoneais se tornam separadas pelo diafragma em desenvolvimento, entre a oitava e a décima semana de gestação. Quando esse processo falha, o fechamento do canal pleuroperitoneal é incompleto, resultando em defeito diafragmático posterolateral. Essa falha pode levar a hipoplasia do pulmão e ser causa de insuficiência respiratória do paciente neonatal. Como é conhecida a hérnia nessa localização?

- a) **Hérnia de Bochdalek.**
- b) Hérnia de Richter.
- c) Hérnia de Morgagni.
- d) Atresia pleuro-diafragmática tipo II.
- e) Hérnia de Landzert.

Questão 44

Na 11ª semana de gestação, o intestino médio retorna à cavidade celômica e submete-se à rotação adequada e fixação, juntamente com o fechamento do anel umbilical. Se o intestino não retornar, a criança nasce com os conteúdos abdominais exteriorizados através do anel umbilical. Qual alternativa contempla as características relacionadas ao paciente com gastrosquise?

- a) Esta malformação está associada a síndromes cromossômicas.
- b) Associa-se com frequência a malformação cardíaca.
- c) **Existe frequentemente prolongado fêleo adinâmico, após o reparo cirúrgico.**
- d) O defeito fascial é geralmente maior do que 4 cm de diâmetro, com um saco membranoso intacto.
- e) Raramente associa-se a atresia intestinal.

Questão 45

Homem, 25 anos, 75kg, vítima de queimaduras por combustão de álcool ao acender churrasqueira, no interior do estado do Espírito Santo. Após 3 horas, foi admitido no pronto-socorro de hospital terciário na região metropolitana, trazido pelo Corpo de Bombeiros, tendo recebido no transporte aéreo 500 ml de solução de ringer lactato. Ao exame: lúcido e orientado, Glasgow 15, saturação de oxigênio em ar ambiente de 96%, ventilação com murmúrio vesicular presente e simétrico, frequência respiratória de 20 ipm, frequência cardíaca de 90 bpm, pressão arterial de 130 × 85 mmHg, queimaduras de segundo e terceiro grau em toda região peitoral, abdômen e todo membro superior direito. De acordo com a 10ª edição do ATLS, como deve ser realizada a reposição volêmica deste paciente nas próximas horas?

- a) **1525ml de solução cristalóide nas próximas 5 horas.**
- b) 2025 ml de solução cristalóide nas próximas 8 horas.
- c) 4050 ml de solução cristalóide nas próximas 24 horas.
- d) 8100 ml de solução cristalóide nas próximas 24 horas.
- e) 3550 ml de solução cristalóide nas próximas 5 horas.

Questão 46

Paciente 30 anos e 55kg, com ferimento cortante em região de antebraço até falange distal de indicador de mão direita, de aproximadamente 25cm, apresenta-se na sala de sutura do pronto-socorro em que você está de plantão. Para a realização desta sutura você solicita um anestésico local para a infiltração. A técnica de enfermagem que está na sala de sutura informa da disponibilidade de lidocaína 2% com e sem epinefrina. Marque a alternativa que contempla quanto do anestésico local poderá ser infiltrado nesse paciente?

- a) **Há possibilidade de infiltração de aproximadamente 10ml de lidocaína sem vasoconstritor.**
- b) Há possibilidade de infiltração de aproximadamente 17,5ml de lidocaína com vasoconstritor.
- c) Há possibilidade de infiltração de aproximadamente 25ml de lidocaína com vasoconstritor.
- d) Há possibilidade de infiltração de aproximadamente 30ml de lidocaína sem vasoconstritor.
- e) Há possibilidade de infiltração de aproximadamente 40ml de lidocaína sem vasoconstritor.

Questão 47

Mulher, 58 anos, com diagnóstico de oclusão arterial aguda em artéria femoral do membro inferior esquerdo, foi submetida a embolectomia à Fogarty. No pós-operatório imediato evoluiu com dor no membro, dispneia, taquicardia e oligúria. No exame clínico encontra-se com bulhas rítmicas, SatO₂ 87%, pressão arterial 90/65 mmHg e frequência cardíaca 130 bpm. Exames laboratoriais com CPK 9.700 U/L, troponina 0,02ng/mL, potássio: 6,1mmol/L e acidose metabólica. ECG com taquicardia sinusal. Ecodopplercardiograma normal. Conforme o caso em questão, assinale a alternativa com diagnóstico do paciente:

- a) Embolia pulmonar maciça.
- b) Reoclusão aguda do membro.
- c) Oclusão aguda de aorta abdominal.
- d) Trombose venosa profunda.
- e) Síndrome de isquemia reperfusão.

Questão 48

Homem, 78 anos, hipertenso, totalmente assintomático, procura urologista para realizar exame da próstata que não realizava há 4 anos. Ao exame físico apresenta próstata de 70 gramas, fibroelástica, sem nódulos. PSA = 4,9 ng/dL. Submetido à biópsia prostática que revelou adenocarcinoma de próstata Gleason 6 (3+3) em 40% de 3 fragmentos entre 14 analisados. Diante do caso em questão, marque a conduta correta:

- a) O paciente é candidato a vigilância ativa do câncer de próstata. Não é necessário estadiamento e a prostatectomia radical não é uma opção.
- b) O paciente é candidato à vigilância ativa do câncer de próstata, devendo realizar toque retal, PSA e biópsia de próstata anualmente.
- c) O paciente é candidato a vigilância ativa do câncer de próstata. Não é necessário estadiamento, mas existe recomendação de ressonância multiparamétrica neste caso. A radioterapia não é uma opção.
- d) O paciente deve ser estadiado com ressonância magnética multiparamétrica da próstata e cintilografia óssea com tecnécio visando possível tratamento cirúrgico.
- e) O paciente tem indicação de prostatectomia radical seguida de radioterapia e hormonioterapia.

Questão 49

Paciente de 35 anos, hipertenso e diabético, submetido a Gastroplastia com derivação em Y de Roux (Bypass gástrico) para tratamento de obesidade. Em pós-operatório tardio evoluiu com reganho de 80% do peso perdido no último ano. Estudo radiológico contrastado demonstra gastro-jejuno anastomose em bom aspecto, sem sinais de refluxo gastroesofágico e estômago excluído contrastado. A melhor conduta em relação ao reganho de peso é:

- a) Cirurgia revisional com alongamento de alça alimentar.
- b) Cirurgia revisional com conversão para cirurgia de Scopinaro.
- c) Cirurgia revisional com correção de fístula gastro-gástrica.
- d) Não há indicação cirúrgica nesse momento, devendo-se intensificar o acompanhamento com nutricionista e psicologia.
- e) Alta do acompanhamento devido a má aderência ao programa instituído.

Questão 50

Uma mulher de 40 anos é encaminhada pela dermatologista, após biópsia excisional de lesão cutânea enegrecida de cerca de 1cm de extensão em região dorsal. A análise histológica revelou melanoma nodular com Breslow de 3,5 mm de profundidade, com ulceração e índice mitótico de 4/10 CGA e com margens livres. Após o estadiamento adequado, a melhor conduta, entre as seguintes, é:

- a) Seguimento clínico, com nova avaliação em 4 meses.
- b) Ampliação de margens em 1cm, com pesquisa de linfonodo sentinela guiado por linfocintilografia.
- c) Ampliação de margens em 4cm, com pesquisa de linfonodo sentinela guiado com azul patente.
- d) Ampliação de margens em 2 cm, com pesquisa de linfonodo sentinela guiado por linfocintilografia.
- e) Ampliação de margens em 2 cm, sem indicação de pesquisa de linfonodo sentinela.