



Edital Nº 02/2016

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 13 de novembro de 2016.

PROGRAMA PRÉ-REQUISITO: CIRURGIA GERAL

ESPECIALIDADE: Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Cirurgia do Aparelho Digestivo; Cirurgia Cardiovascular; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Plástica; Cirurgia Torácica; Cirurgia Vascular; Coloproctologia; Endoscopia; Mastologia; Urologia; Cancerologia Cirúrgica

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, 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 40 (quarenta) 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 a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
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. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data prevista no Anexo III, conforme no subitem 8.4.14 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

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

Boa prova!

Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2017

- 01.** Paciente do sexo masculino, 45 anos, agricultor, hipertenso controlado, em uso de losartana 50 mg, uma vez ao dia, sem outras comorbidades, é diagnosticado com adenocarcinoma de corpo gástrico. Após estadiamento, foi programada gastrectomia total. No ato da avaliação pré-operatória, o paciente informa que é trabalhador braçal e capaz de subir dois lances de escadas sem apresentar sintomas. O eletrocardiograma mostra sobrecarga ventricular esquerda, sem outras alterações. Demais exames pré-operatórios normais. Diante do exposto, qual deve ser o próximo passo em relação a esse paciente?
- A) Agendar cirurgia programada.
 - B) Solicitar cintilografia miocárdica.
 - C) Solicitar ecocardiograma em repouso.
 - D) Prescrever betabloqueador uma semana antes da cirurgia.
- 02.** Paciente do sexo feminino, 38 anos, portadora de megaesôfago chagásico grau III, após avaliação e preparo pré-operatório é encaminhada para realização de esofagocardiomiectomia de Heller. Em jejum há mais de 8 horas, apresenta-se em sala de cirurgia, consciente, ausculta pulmonar normal, pressão arterial 120x80mmHg, frequência cardíaca 86bpm, saturação periférica de oxigênio 97%. Durante indução anestésica, observou-se conteúdo gastroesofágico na orofaringe à realização da laringoscopia, procedeu-se a aspiração da orofaringe seguida de intubação orotraqueal. Após intubação, observou-se sibilos difusos e respiração ruidosa à ausculta pulmonar. Diante do exposto, qual a conduta mais adequada para essa paciente?
- A) Prosseguir com a realização da cirurgia, conforme programado.
 - B) Adiar a cirurgia, realizar radiografia de tórax, administrar corticoides.
 - C) Prosseguir com a cirurgia, administrar corticoide e antibiótico para germes anaeróbios.
 - D) Adiar a cirurgia, realizar radiografia de tórax e iniciar antibióticos para gram negativos.
- 03.** Paciente do sexo masculino, 76 anos, sexo masculino, é encaminhado ao ambulatório de cirurgia digestiva com o diagnóstico de um adenocarcinoma de cabeça de pâncreas. Seguindo o protocolo de estadiamento desse tipo de tumor, não se constata nada que contra-indique a ressecção cirúrgica, motivo pelo qual o paciente foi encaminhado para avaliação pré-anestésica. O anestesista informa em relatório à equipe cirúrgica que o paciente tem história de infarto agudo do miocárdio há 5 meses, apresenta capacidade funcional de 1MET, com presença de 3ª bulha à ausculta cardíaca, já com otimização medicamentosa. O mesmo é diabético, em uso de insulina. Nos exames pré-operatórios, o eletrocardiograma apresenta em média 6 extra-sístoles por minuto e creatinina 2,4mg/dL. Demais exames pré-operatórios dentro da normalidade. O anesthesiologista propõe uma discussão do caso com a equipe cirúrgica em relação a tomada de decisão de operar o referido paciente. Diante do exposto, qual seria a melhor tomada de decisão em relação a esse caso?
- A) Não operar, pois o risco cardiovascular é muito alto.
 - B) Realizar cirurgia paliativa com monitorização invasiva no intra-operatório.
 - C) Encaminhar para o cardiologista solicitando avaliação e liberação para cirurgia.
 - D) Realizar a cirurgia oncológica, com solicitação de vaga de UTI no pós-operatório.
- 04.** Paciente do sexo masculino, 47 anos, é vítima de acidente automobilístico, apresentando politraumatismo envolvendo face e tórax. O mesmo se apresenta na sala de Emergência com colar cervical, agitado, com respiração ruidosa, predominantemente nasal, com avulsão dentária e bastante sangue com coágulos na boca. A saturação periférica do paciente (SpO₂) é 84%. Aspirou-se boca e orofaringe, ofertou-se oxigênio suplementar através de máscara facial com reservatório, com fluxo de oxigênio 12L/minuto. O paciente continuou bastante agitado, com respiração ruidosa, não conseguia falar, apresentando SpO₂ 85%. Diante do exposto, qual deve ser o próximo passo?
- A) Realizar traqueostomia de urgência.
 - B) Preparar para intubação nasotraqueal.
 - C) Tentar intubação orotraqueal em sequência rápida.
 - D) Aumentar o fluxo de oxigênio para 15L/min e observar.

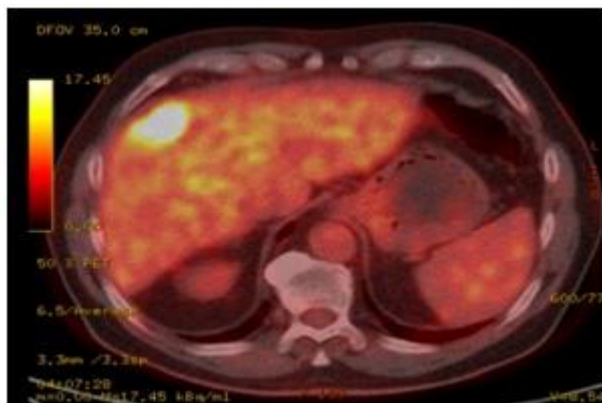
- 05.** Paciente do sexo masculino, 62 anos, hipertenso, sem outra comorbidades, foi submetido a colectomia direita por adenocarcinoma de cécum. No segundo dia pós-operatório, apresenta hemoglobina de 7,8g/dL, demais exames laboratoriais normais. Paciente apresenta-se hemodinamicamente estável, diurese presente, ausência de hipotensão ortostática, dispneia, fadiga ou tonteira. Diante do exposto, qual a conduta mais adequada para esse paciente?
- A) Não transfundir concentrado de hemácias.
 - B) Administrar emulsão de perfluorocarbono.
 - C) Transfundir uma unidade (01) de concentrado de hemácias.
 - D) Transfundir duas unidades (02) de concentrado de hemácias.
- 06.** Paciente de 17 anos dá entrada na emergência com trauma fechado de abdome. Após atendimento inicial e, verificando-se estabilização hemodinâmica após reposição com cristaloides, o mesmo é encaminhado ao setor de imagem. A TC evidencia moderada quantidade de líquido periesplênico e em goteira parietocólica esquerda, alteração na difusão do contraste, na fase arterial, com hipodensidade de 40% do baço, principalmente no pólo superior, sugerindo um pseudoaneurisma intraparenquimatoso. Sobre essa situação específica, podemos afirmar que:
- A) a idade não é fator preditor de insucesso na abordagem não operatória do trauma esplênico.
 - B) o paciente deverá ser monitorizado em ambiente de UTI, e ser solicitado um exame de angiorressonância para melhor caracterização da lesão vascular hilar.
 - C) a conduta não-operatória não está indicada para o caso por tratar-se de lesão esplênica grau IV, apesar da estabilidade hemodinâmica e da idade do paciente.
 - D) a conduta, neste caso, pode ser não cirúrgica. Sendo necessária a realização de arteriografia e, se indicado, terapêutica endovascular com embolização arterial.
- 07.** Paciente de 24 anos, com ferimento por arma de fogo no hipocôndrio direito, é submetido a laparotomia exploradora. O achado operatório foi laceração de 50% da circunferência da segunda porção duodenal. Sobre esse tipo de lesão, assinale a alternativa correta.
- A) Após fechamento primário, fístulas duodenais são muito comuns e o tratamento, geralmente, requer reabordagem cirúrgica.
 - B) Ao contrário do caso exposto, a maioria das lesões duodenais ocorre no trauma abdominal fechado, principalmente pelo efeito da desaceleração sobre a víscera.
 - C) Com frequência, temos lesões em outros órgãos e vasos que se associam ao trauma duodenal. Por tratar-se de procedimento cirúrgico que despense muito tempo, não há papel para a duodenopancreatectomia, mesmo no trauma duodenal complexo.
 - D) No caso em questão, temos uma lesão duodenal grau III. A melhor opção cirúrgica para a situação é desbridamento, reparo primário, exclusão pilórica e drenagem. Ainda temos a duodenojejunostomia látero-lateral em Y-de-Roux como uma alternativa.
- 08.** Menino de 8 anos, com histórico de hematoquezia recorrente e anemia crônica, já tendo feito exames endoscópicos alto e baixo, sem alterações que justificassem o sangramento. Ao exame físico, mostrava-se hipocorado (++++/++++++) e o abdome era plano, flácido e sem massas palpáveis. O diagnóstico presuntivo foi Divertículo de Meckel. A propósito dessa patologia congênita do intestino delgado, podemos afirmar que:
- A) o sangramento é normalmente causado pela erosão péptica da mucosa ileal adjacente ao divertículo de Meckel.
 - B) para crianças pequenas, abaixo de dois anos de idade, a apresentação mais comum é obstrução por intussuscepção.
 - C) a tomografia com contraste (oral, retal e venoso) é o exame mais acurado para o diagnóstico desta condição em adultos.
 - D) para o diagnóstico de divertículo de Merkel, a acurácia da cintilografia em adultos é maior que em crianças, pois em adultos há maior prevalência de mucosa gástrica ectópica captante do radionuclídeo no divertículo.

09. Paciente de 55 anos, com longo histórico de abuso de álcool, apresenta dor crônica em abdome superior que irradia para dorso, de difícil controle clínico mesmo com medicações potentes, e que, recorrentemente, o afasta do trabalho e das atividades habituais. Realizou ainda exame tomográfico que mostrou ducto de Wirsung com dilatação em quase toda sua extensão e áreas de calcificação pancreática. Considerando o tratamento cirúrgico para patologia descrita, **NÃO** se pode afirmar que:
- A) a abordagem cirúrgica deve ser sempre considerada quando houver dor crônica com intratabilidade clínica.
 - B) as múltiplas zonas estenóticas no ducto pancreático são preditivos de falhas dos tratamentos transduodenais, tais como esfínteroplastia.
 - C) na inflamação cônica difusa do pâncreas, porém mais intensamente no corpo e cauda, a pancreatectomia distal é a melhor opção, pois preservaria a função pancreática.
 - D) os pacientes com ducto pancreático difusamente dilatado, em mais de 1 cm, são beneficiados para o alívio da dor com a realização de procedimentos de drenagem, tal como a cirurgia de Partington-Rochelle.
10. Nas últimas duas décadas, observou-se um progresso no manejo dos pacientes vítimas de trauma. Apesar disso, a mortalidade após trauma hepático, permanece relativamente estável. Sobre trauma hepático, qual a afirmativa **INCORRETA**:
- A) pacientes hipotérmicos toleram melhor a isquemia hepática. Um dos motivos é demanda metabólica reduzida em pacientes nestas condições.
 - B) remoção de tecidos desvitalizados e drenagem são alguns dos princípios do manejo da injúria hepática, independente da severidade do trauma.
 - C) o "status" mental e a necessidade do uso de hemoderivados são alguns dos parâmetros que devem ser avaliados ao se considerar o tratamento não operatório para o trauma hepático grau III.
 - D) o "packing" hepático, com controle hemostático temporário, é particularmente importante nos pacientes com acidose grave, coagulopatia e graves injúrias concomitantes em outros órgãos abdominais.
11. Paciente do sexo masculino, 68 anos, portador de insuficiência cardíaca congestiva e fibrilação atrial, evoluiu há 24 horas com dor de forte intensidade no membro inferior direito, associada a empastamento de musculatura de perna, palidez e frialdade. Ao exame físico, o membro encontra-se pálido, edemaciado, com parestesia e parêstesia de pododáctilos e dor intensa à palpação da musculatura da panturrilha e da face lateral da perna, com dor à dorsiflexão do pé. Estão presentes todos os pulsos no membro inferior esquerdo e somente pulso femoral no membro acometido. Sobre o quadro que este paciente apresenta, pode-se afirmar:
- A) o tecido muscular é o mais suscetível aos efeitos da isquemia.
 - B) uma pressão por volta de 30 mmHg no compartimento acometido sugere a existência de uma síndrome compartimental.
 - C) o compartimento posterior profundo é o mais acometido, seguido do posterior superficial, anterior e lateral, em ordem decrescente.
 - D) ao realizar a fasciotomia a pele pode ser mantida íntegra em sua maior parte, importando apenas a extensão da fáscia muscular a ser aberta.
12. Paciente do sexo masculino, 70 anos, hipertenso, etilista, portador de insuficiência coronariana com angina estável, sem história de dor abdominal, durante exame de ultrassom para investigação de elevação de enzimas hepáticas, foi evidenciado aneurisma de aorta abdominal. Foi então submetido a angiotomografia de abdome que apresentou um aneurisma fusiforme da aorta abdominal infra-renal medindo 4,2 cm no maior diâmetro, com trombos murais. Um ano após o achado, a angiotomografia foi repetida e mostrou um aumento do aneurisma, com o mesmo apresentando 4,5 cm no maior diâmetro. Qual medida deve ser tomada?
- A) Correção aberta do aneurisma, devido ao risco de ruptura.
 - B) Controle da hipertensão e repetição do exame após 6 meses.
 - C) Correção endovascular do aneurisma, devido ao alto risco cirúrgico.
 - D) Como só houve crescimento de 3 mm, não há necessidade de manter seguimento.

13. A trombose venosa profunda é uma complicação frequente e potencialmente grave dos procedimentos cirúrgicos. Medidas como deambulação precoce, utilização de compressão pneumática e meias elásticas podem auxiliar na prevenção. Após a ocorrência de trombose, o tratamento de escolha é a anticoagulação. Em qual das situações abaixo está indicada a utilização de filtro de veia cava para diminuir a possibilidade de desenvolvimento da embolia pulmonar?
- A) Paciente que evoluiu com trombose venosa profunda dos dois membros.
 - B) Paciente em uso inadequado de anticoagulação que evoluiu com embolia pulmonar.
 - C) Trombose venosa profunda ocorrida no 2º pós-operatório de cirurgia para correção de hérnia umbilical.
 - D) Paciente em uso adequado de anticoagulante que culminou com o desenvolvimento de novo episódio de trombose venosa profunda.
14. Durante plantão em um hospital terciário, foi solicitada avaliação para uma paciente de 35 anos que estava internada para tratamento de púrpura trombocitopênica imune e que evoluiu com hematúria. Após a passagem da sonda vesical e irrigação com solução salina, a hematúria cessou. Sobre a púrpura trombocitopênica imune, pode-se afirmar que:
- A) o tratamento clínico inicial é feito com imunoglobulina.
 - B) os pacientes assintomáticos com $30.000/\text{mm}^3$ a $50.000/\text{mm}^3$ plaquetas não necessitam tratamento.
 - C) a azatioprina deve ser utilizada previamente à esplenectomia para aumentar a contagem de plaquetas, ou para o parto, em caso de gravidez.
 - D) a esplenectomia está indicada para pacientes com contagem plaquetária menor que $30.000/\text{mm}^3$, com resposta incompleta à terapia primária por 1 mês.
15. Um paciente de 62 anos, portador de insuficiência venosa crônica, procura atendimento devido a uma ferida em região de maléolo medial da perna direita. O mesmo informa não realizar tratamento e que a ferida não cicatriza há 3 anos. Sobre a insuficiência venosa crônica, pode-se afirmar:
- A) os pacientes com úlcera cicatrizada são classificados como classe 6 na classificação clínica de CEAP (sistema de classificação de doenças venosas crônicas).
 - B) a flebografia é um método diagnóstico importante e frequentemente utilizado para avaliação dos casos iniciais de insuficiência venosa crônica.
 - C) a primeira medida para tratamento da insuficiência venosa crônica classe 4 (CEAP) é a compressão externa de 20 a 30 mmHg.
 - D) as veias varicosas apresentam diminuição do colágeno e aumento da elastina, quando comparadas às veias normais.
16. Paciente masculino, 75 anos, apresentando quadro de disfagia intermitente, regurgitação alimentar e halitose. Realizou esofagograma que revelou um divertículo no esôfago proximal. Sobre a patologia em questão, assinale a afirmativa correta.
- A) A endoscopia digestiva alta é fundamental para o diagnóstico.
 - B) Para lesões acima de 5 cm, não há possibilidade de tratamento endoscópico.
 - C) A apresentação clínica mais frequente é a pneumonia aspirativa com a complicação grave mais comum sendo o sangramento.
 - D) Essa condição pode ser referida como Acalasia Cricofaríngea por apresentar tratamento de princípio semelhante à Acalásia de esfíncter esofágico inferior.
17. Sobre a abordagem do paciente com câncer gástrico, assinale a afirmativa correta.
- A) São considerados fatores de risco: infecção pelo H. Pylori, mulheres jovens, consumo excessivo de sal e história familiar de câncer gástrico.
 - B) A laparoscopia está bem estabelecida como opção cirúrgica no tratamento curativo com resultados semelhantes aos da cirurgia aberta.
 - C) O tratamento cirúrgico padrão é a gastrectomia com linfadenectomia D2, margens cirúrgicas com pelo menos 7 cm e contagem linfonodal acima de 12 linfonodos.
 - D) Nos casos metastáticos, a cirurgia está indicada quando há obstrução, sangramento ou perfuração. Fora dessas situações de urgência, nas metástases M1, a cirurgia padrão com linfadenectomia D2 deve ser realizada.

18. Paciente do sexo masculino, 32 anos, IMC = 28 Kg/m², refere sintomas de pirose e regurgitação de longa data, com boa resposta ao tratamento com IBPs. Os sintomas vêm se agravando no último ano, quando ganhou 10 Kg e passou a necessitar de medicação diária. Procura o ambulatório de cirurgia digestiva para se informar sobre a possibilidade de realizar uma cirurgia antirrefluxo. Traz os seguintes exames endoscópicos: EDA (Endoscopia Digestiva Alta) de set 2013 com esofagite-C e HH (Hérnia Hiatal) pequena. Bx gástrica normal; EDA de mar 2015 com esofagite-B e HH pequena. Bx gástrica normal; EDA de set 2015 com esofagite-B e HH pequena; EDA de jul 2016 com esofagite-D e HH. Bx gástrica normal. Sobre a abordagem do paciente acima, assinale a afirmativa correta.
- A) O paciente em questão tem recomendação de cirurgia de Nissen desde o início do quadro clínico.
 - B) Hérnia hiatal predispõe a refluxo e está frequentemente associada a essa doença, porém sua presença não é necessária nem suficiente para o diagnóstico de DRGE.
 - C) A incapacidade de curar a esofagite de refluxo está associada ao aumento de peso e acarreta um risco elevado de câncer de esôfago. Portanto, está indicado o tratamento cirúrgico.
 - D) Aproximadamente 40% dos pacientes com DRGE têm doença erosiva. A piora da esofagite de grau-B de Los Angeles para grau-D no último ano tem relação com a intensidade dos sintomas.
19. Paciente de 42 anos, sexo feminino, realiza EDA por sintomas dispépticos vagos e descobre lesão em fundo gástrico de 3 cm, submucosa e adjacente a junção esofagogástrica. Sobre a abordagem do caso acima, assinale a afirmativa correta.
- A) A biópsia endoscópica ou ECO endoscópica é dispensável já que não tem papel na abordagem das lesões gástricas subepiteliais.
 - B) A ECO endoscopia confirma o padrão subepitelial da lesão e consegue distinguir o GIST das outras lesões da camada muscular própria.
 - C) As lesões gástricas subepiteliais podem representar mais comumente os tumores estromais gastrointestinais (GIST). Entretanto, o leiomioma também é uma possibilidade frequente neste caso.
 - D) A ressecção cirúrgica é indicada pela possibilidade de GIST e pode ser laparoscópica pelo tamanho até 5 cm. Entretanto, a localização no cárdia implica em gastrectomia total com esofagectomia distal.
20. Paciente do sexo feminino, 64 anos, IMC = 36 Kg/m², há vários anos tentando múltiplos tratamentos para perder peso. Apresenta pirose leve com boa resposta a IBP e EDA com esofagite de refluxo grau-A de Los Angeles. Glicemia de jejum de 109 g/dL e Hemoglobina glicada Hb A1c de 7,0% em uso de metformina. Sobre as opções terapêuticas para a paciente, assinale a afirmativa correta.
- A) A indicação absoluta é de Bypass Gástrico em Y-de-Roux por causa do diabetes.
 - B) A Gastrectomia Vertical tipo Sleeve está indicada pela idade e pelo baixo IMC, por ser mais segura.
 - C) A Gastrectomia Vertical tipo Sleeve está contraindicada, pois certamente levará a uma piora da doença do refluxo e não terá nenhum impacto no controle do diabetes.
 - D) As técnicas de Gastrectomia Vertical tipo Sleeve e Bypass Gástrico em Y-de-Roux têm ambos resultados satisfatórios quanto a perda de peso, sendo que a presença de DRGE e de Diabetes pesam a favor do Bypass Gástrico em Y-de-Roux.
21. O MELD (Modelo para Doença Hepática Terminal) foi adotado no Brasil em 2006 com o objetivo de alocar pacientes em fila de espera para o transplante de fígado. Esse modelo utiliza exames laboratoriais como a creatinina, bilirrubinas e INR estabelecendo um escore. Algumas condições podem contemplar pacientes com pontuação extra no Brasil, **EXCETO**:
- A) Ascite refratária.
 - B) Tumor de Klatskin.
 - C) Carcinoma fibrolamelar.
 - D) Carcinoma hepatocelular.
22. Paciente do sexo masculino, 57 anos, chega a uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) com febre alta, icterícia discreta +/4+ e sinal de Torres-Homem positivo. Qual a sua principal hipótese diagnóstica para esse paciente?
- A) Colangite por coledocolitíase.
 - B) Colangite por ascaridíase.
 - C) Abscesso hepático.
 - D) Colecistite aguda.

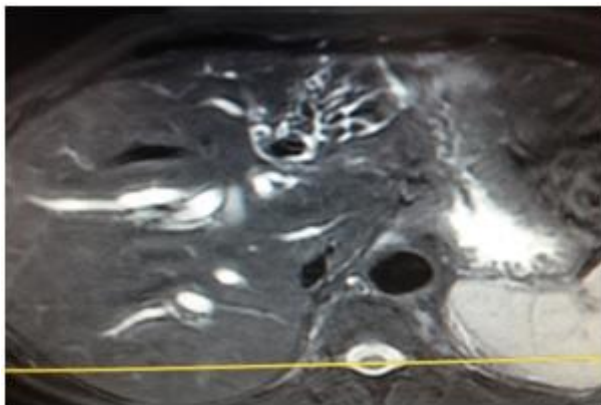
23. Paciente de 55 anos, sexo masculino, foi submetido a retossigmoidectomia há dois anos por um adenocarcinoma. Na ocasião, apresentava estadiamento T3N2M0. Realizou quimioterapia sistêmica com FOLFOX. Atualmente, realizou exames de imagens que identificaram uma lesão hepática de 4 cm no lobo direito do fígado sugestiva de metástase. Vide PET-TC.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

Qual item abaixo não representa critério de mal prognóstico para a metástase hepática de adenocarcinoma colorretal?

- A) Metástase hepática bilobar.
 - B) Metástase hepática única de 3 cm.
 - C) Nível do CEA pré-operatório elevado.
 - D) Surgimento da metástase hepática 7 meses após o diagnóstico do tumor primário.
24. Paciente do sexo masculino, 66 anos, relata dor em hipocôndrio direito, febre com calafrios e icterícia, há 7 dias. Refere ter tido pelo menos 8 episódios semelhantes no último ano. A colangiorressonância demonstrou múltiplos cálculos intra-hepáticos e atrofia nos segmentos II e III.



Qual a melhor opção terapêutica para o paciente em questão?

- A) A melhor opção cirúrgica seria hepatectomia dos segmentos II e III.
 - B) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica para retirada de todos os cálculos.
 - C) Hepatolitíase não deve ser considerado como um fator de risco para colangiocarcinoma.
 - D) Colangite de repetição e atrofia do segmento hepático não indicam tratamento cirúrgico ou endoscópico.
25. Você é chamado para avaliar um paciente do sexo masculino, 77 anos, com história de dor em andar superior do abdome irradiada para região lombar esquerda e associada com náuseas 24 horas após libação alcoólica e sem história de litíase biliar. Após elaboradas as hipóteses, solicita exames de admissão. Quais exames você deverá solicitar, de acordo com os critérios de Ranson e seus respectivos valores para que totalize 3 pontos na admissão.
- A) Leucócitos: 14.000/mm³ ; LDH: 300 U/I ; AST (TGO): 350 U/I ; Glicemia: 240 mg/dl.
 - B) Leucócitos: 17.000/mm³ ; CÁLCIO : 7,2 ; AST (TGO): 420 U/I ; Glicemia: 180mg/dl.
 - C) Leucócitos: 17.000/mm³ ; LDH :400 U/I ; AST (TGO): 300 U/I ; Glicemia: 310 mg/dl.
 - D) Leucócitos: 19.000/mm³ ; LDH:300 U/I ; AST (TGO): 200 U/I ; Glicemia: 180 mg/dl.

26. Paciente masculino, 63 anos, refere icterícia progressiva há 30 dias e prurido. Realizou ultrassom abdominal que demonstrou dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Foi submetido também a uma tomografia computadorizada de abdome que demonstrou lesão na bifurcação dos ductos hepáticos de 2,3 cm hipocaptante de contraste, sugestivo de um tumor de Klatskin e sem comprometimento vascular. Assim sendo, realizou colangiorressonância que demonstrou um tumor na bifurcação dos ductos hepáticos esquerdo e direito classificado como um Bismuth IIIa. Com relação à conduta nos colangiocarcinomas de junção dos hepáticos, pode-se afirmar que:
- A) o volume residual do fígado remanescente não poderá ser superior a 30% do volume total do fígado.
 - B) antes do procedimento cirúrgico, é necessária uma confirmação histológica do tumor com punção percutânea da lesão hepática.
 - C) a cirurgia ideal para esse paciente seria uma hepatectomia esquerda estendida com ressecção do segmento I, linfadenectomia do hilo hepático com ressecção da via biliar extra hepática e anastomose biliodigestiva à direita.
 - D) a cirurgia ideal para esse paciente seria uma hepatectomia direita estendida com ressecção do segmento I, linfadenectomia do hilo hepático com ressecção da via biliar extra hepática e anastomose biliodigestiva à esquerda.
27. Sabemos hoje, diante dos avanços técnicos e do uso de imunossupressores modernos, que podemos obter resultados promissores em todos os tipos de transplante de pâncreas. Qual item **INCORRETO** baseado nos aspectos técnicos e nas complicações do transplante de pâncreas?
- A) Na cirurgia de mesa (backtable), retiramos o baço e mantemos o duodeno ligado à cabeça do pâncreas.
 - B) A drenagem exócrina do pâncreas para a bexiga do receptor é uma alternativa no transplante de pâncreas.
 - C) No transplante simultâneo pâncreas e rim, é realizada a anastomose do ducto pancreático (enxerto) à vesícula biliar do receptor.
 - D) A trombose venosa do enxerto é a complicação vascular mais frequente, ocorrendo, em geral, até o 7º dia e causando a perda do enxerto.
28. Paciente do sexo feminino, 34 anos, submetida há 7 meses a colecistectomia convencional (laparotômica) devido litíase biliar sintomática, em um hospital do interior. Hoje está internada no serviço de emergência do seu hospital apresentando icterícia não flutuante 4+/4+, colúria e acolia fecal associada com dor em hipocôndrio direito e relato de febre não medida. Baseado no quadro clínico e na classificação de Bismuth-Corlette, qual exame de imagem para classificar a lesão da via biliar, e a melhor conduta baseada no tipo de lesão?
- A) Colangiorressonância, lesão Tipo II, CPRE e passagem de Stent Biliar definitivo.
 - B) Colangiorressonância, lesão Tipo IV, Drenagem Percutânea biliar bilateral na urgência e seguir programação para transplante hepático.
 - C) Colangiorressonância, lesão Tipo III, Drenagem percutânea da via biliar na urgência e seguir programação de derivação Hepático-jejunal em “Y” de Roux.
 - D) Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE), lesão Tipo I, Drenagem percutânea da via biliar na urgência e seguir programação de derivação biliar Colédoco-duodenal.
29. Durante o ambulatório de cirurgia, você atende um senhor de 74 anos, com história de desconforto abdominal vago e perda ponderal de 10 % do seu peso em 4 semanas. Nesse período, realizou exames que identificaram uma lesão cística na cabeça do pâncreas compatível com neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) através de ressonância nuclear magnética de abdome. O paciente decidiu procurar serviço especializado para pedir opinião quanto à realização da cirurgia de ressecção do tumor. Na neoplasia mucinosa papilar intraductal do pâncreas, deverá ser considerado a duodenopancreatectomia, **EXCETO** em que circunstância?
- A) Calibre do ducto principal for maior que 10 mm.
 - B) Presença de componente sólido dentro da neoplasia.
 - C) Mudança abrupta do calibre do ducto pancreático em sua porção distal.
 - D) Presença de icterícia obstrutiva associada à lesão cística na cabeça do pâncreas.

30. Com base na questão anterior, o paciente, durante o 4º dia de pós-operatório de gastroduodenopancreatectomia (Cirurgia de Whipple) em seu centro de referência, evolui com quadro de febre, taquicardia e mudança do aspecto da secreção do dreno abdominal. Qual das complicações abaixo é a mais frequente e a mais provável?
- Fístula entérica.
 - Fístula da anastomose pancreática.
 - Trombose da artéria gastroduodenal.
 - Necrose da cauda do pâncreas por trombose da artéria esplênica.
31. Paciente do sexo feminino, 55 anos, diabética, internada com quadro de dor em quadrante inferior esquerdo (QIE) associada à febre e a episódios diarréicos, com abdome doloroso em fossa ilíaca esquerda e com descompressão brusca leve, mas positiva em QIE, foi internada e submetida à tratamento inicial com ciprofloxacino e metronidazol. Após 72 horas do início do tratamento, a paciente evoluiu com persistência da febre, iniciando quadro de dor abdominal em quadrante superior direito e discreta icterícia. Quanto ao exame físico, apresentava-se taquicárdica, taquipneica, com PA 120 x 80 mmHg, com AP diminuída nas bases principalmente à direita, com fígado palpável e doloroso abaixo do rebordo costal e com sinal de Torres-homem positivo. Laboratorialmente, apresentou piora do leucograma de 12.500/mm³ da admissão para 16.800/mm³ com 10% de bastões, FA de 450 U/L (normal < 300 U/L), BT de 3,5 mg/dl às custas de fração direta e AST e ALT discretamente elevadas. Realizou TC de abdome evidenciada abaixo.



Em relação ao caso, a melhor conduta é:

- Indicar hepatectomia direita + tigeciclina.
 - Modificar a antibioticoterapia para imipenem isoladamente.
 - Realizar drenagem percutânea + ceftriaxona e metronidazol.
 - Proceder uma aspiração percutânea + piperacilina tazobactam.
32. Homem de 68 anos, diabético, foi submetido à gastrectomia total com linfadenectomia a D2 por adenocarcinoma do tipo difuso de Lauren, evoluindo satisfatoriamente no pós-operatório (PO). No 7º PO foi realizado teste oral com azul de metileno que resultou negativo, sendo retirada a sonda nasoenteral e iniciada dieta líquida restrita. No 8º PO, paciente apresentou pico febril de 38 °C e passou a ficar taquicárdico e discretamente taquipneico, apresentando dor abdominal difusa em abdome superior. Evoluiu ainda com elevação do leucograma de 11.600/mm³ para 14.000/mm³. Assinale abaixo a opção que contém a condição que mais poderia determinar a evolução descrita.
- O suprimento sanguíneo no bordo do órgão a ser tratado deve ser o mínimo possível para evitar complicações hemorrágicas.
 - Numa anastomose, os dois órgãos unidos devem apresentar-se livre de tensão, de modo que se posicionem próximos entre si.
 - A largura dos lúmens dos dois órgãos a serem conectados deve ser igual e conseguida através de uma variedade de técnicas.
 - A anastomose foi realizada com exposição adequada, manuseio cuidadoso de tecidos, precaução quanto à assepsia e dissecação meticulosa.

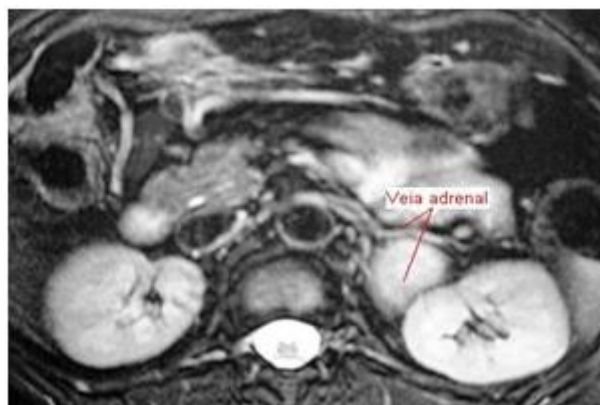
33. Paciente masculino, 28 anos, com histórico de diarreias frequentes com presença de muco e, frequentemente, sangue, associadas a desconforto abdominal, vem há, pelo menos, 08 anos apresentando quadro de fadiga que se associa a icterícia, colúria, acolia fecal e prurido, de forma intermitente, sem que o paciente associe nenhum fator desencadeante ao quadro. No momento, o paciente encontra-se afebril, ictérico (++/4+), com ausculta cardíco-pulmonar fisiológica e abdome flácido com macicez móvel positiva e discreta circulação colateral. A avaliação bioquímica evidenciou Hg 10,2 g/dl, Ht 34%, leucograma 11.500/mm³, FA 570 U/L, GGT 220 U/L, BT 3,3 mg/dl, BD 2,1 mg/dl, AST 84 UI e ALT 128 UI. Realizou US abdominal que evidenciou ascite moderada, fígado heterogêneo com volume reduzido, sem dilatação de vias biliares intra ou extra-hepáticas. Realizou também Colangio RNM que evidenciou estenoses multifocais difusas intra e extra-hepática. Diante do exposto, a melhor conduta é:
- A) colocar stent percutâneo em via biliar intra-hepática.
 - B) realizar dilatação endoscópica da via biliar extra-hepática.
 - C) instituir tratamento clínico exclusivo com ursodesoxicolato.
 - D) encaminhá-lo para triagem em serviço de transplante hepático.
34. O programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” foi estabelecido pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente, da Organização Mundial de Saúde (OMS), com a finalidade de reduzir o número de mortes relacionadas com a cirurgia, em todo o mundo. O objetivo é promover o compromisso político e a vontade clínica para abordar questões importantes de segurança, que incluem práticas de segurança anestésica inadequadas, infecções cirúrgicas evitáveis e comunicação desadequada entre os membros das equipes cirúrgicas. Demonstrou-se que esses problemas são comuns, fatais e evitáveis, em todos os países e em todas as organizações. Para apoiar as equipes cirúrgicas e reduzir o número desses eventos, a Aliança Mundial para a Segurança do Doente da OMS identificou dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica. Baseado nessas informações, assinale a alternativa correta.
- A) Antes da incisão da pele, o enfermeiro confirma verbalmente a contagem de instrumentos, compressas e corto-perfurantes, além da rotulagem de produtos biológicos.
 - B) Antes do doente sair da sala, confirma-se a realização de profilaxia antibiótica e tromboembólica se aplicável, além da esterilização, incluindo os indicadores de resultados.
 - C) Ao entrar na sala cirúrgica, o cirurgião, anestesista e enfermeiro passam informação relevante à equipe de recuperação com as principais preocupações / necessidades do doente.
 - D) Para realização de um procedimento anestésico seguro, o anestesista deve, pelo menos na presença do enfermeiro, confirmar a identidade, o local, o procedimento e o consentimento do paciente.
35. Paciente do sexo masculino 33 anos foi submetido a tratamento cirúrgico de obesidade. No pós-operatório, o paciente evoluiu com fístula intestinal tendo sido abordada e corrigida. Todavia, o paciente evoluiu com resposta inflamatória sistêmica (SRIS) e pulmão de choque. Em consequência, permaneceu na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por 21 dias, intubado, com ventilação mecânica, com cateter venoso central e sonda vesical de demora. Após melhora clínica, o paciente recebeu alta da UTI e permaneceu sob seus cuidados. Já na enfermaria, passou a apresentar febre elevada, calafrios e sinal de Giordano positivo à direita. A análise da urina demonstrou leucócito-esterase e nitrito positivos, presença de incontáveis piócitos por campo e 50 hemácias por campo. No leucograma, foi visto 27.500 leucócitos com desvio a esquerda (5 bastões). Você suspeitou de infecção urinária complicada (pielonefrite aguda) e solicitou uma tomografia computadorizada com contraste que na fase medular precoce mostrou áreas hipodensas no parênquima renal direito. Portanto, o achado da tomografia é compatível com abscessos em parênquima renal direito. Ao retornar para reavaliar o paciente, você verificou que o mesmo estava letárgico, hipotenso (pressão arterial 90x50mmHg), taquicárdico (120bpm) e tempo de enchimento capilar superior 3 segundos.
- Qual deve ser a abordagem recomendada para esse caso?
- A) Iniciar tratamento com antifúngico.
 - B) Iniciar tratamento com uma quinolona venosa sem necessidade de procedimento invasivo.
 - C) Iniciar tratamento com meropenem e teicoplanina e drenar o rim direito com cateter de Foley por via percutânea.
 - D) Iniciar tratamento com quinolona venosa, bem como desobstruir o rim direito passando cateter ureteral tipo duplo j (ureterostomia entubada).

36. Paciente masculino, 44 anos, com paralisia cerebral, foi atendido com história de distensão abdominal progressiva há 24 horas, associada a náuseas, vômitos inicialmente biliosos e depois com odor fétido, além de parada de eliminação de flatos e fezes. Ao exame, encontrava-se desidratado, afebril, com diminuição do turgor da pele, com FC de 104 bpm, FR de 18 ipm, abdome distendido, tenso, pouco doloroso à palpação difusamente, sem dor à descompressão brusca, com RHA discretamente aumentados. Toque retal sem presença de massas palpáveis, sangue ou fezes na ampola retal. Foi prontamente internado, submetido à hidratação venosa, correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e passagem de SNG descompressiva, sendo realizado Rx de abdome, disposto abaixo, e TC de abdome que não evidenciou causas obstrutivas.



Diante do caso, a melhor conduta é:

- A) realizar uma colonoscopia descompressiva, objetivando excluir causas mecânicas.
 - B) iniciar o tratamento com neostigmina, mesmo antes da realização da colonoscopia.
 - C) realizar uma colostomia descompressiva, a fim de evitar síndrome compartimental.
 - D) indicar uma proctocolectomia total com confecção de bolsa ileal, para evitar complicações sépticas.
37. Paciente do sexo feminino, com idade de 47 anos, foi encaminhada para avaliação por achado incidental de nódulo localizado na adrenal esquerda (vide imagem de ressonância) durante investigação de quadro de possível vasculite abdominal, por seu reumatologista. O nódulo media 3,2 cm, era homogêneo e bem circunscrito. Como comorbidades, apresentava hipertensão arterial sistêmica, leve, controlada com anlodipina e hidroclorotiazida.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

Com relação a quadros clínicos como desta paciente, pode-se afirmar que:

- A) a maioria dos tumores incidentalmente descobertos da adrenal são malignos.
- B) pelo tamanho do tumor dessa paciente estaria indicado tratamento cirúrgico para investigação patológica e descartar malignidade.
- C) a maioria dos tumores adrenais descobertos incidentalmente são funcionantes e causam hipertensão arterial por secretarem catecolaminas.
- D) a maioria dos tumores adrenais são adenomas benignos e uma das características marcantes é a densidade inferior a 10 unidades Hounsfield (UH) na tomografia em sua fase sem contraste.

38. O termo carcinoma de células renais (CCR) é usado para descrever tumores que surgem nos rins mas que incluem, na sua definição, uma variedade de diagnósticos histológicos e entidades clínicas distintas. O CCR representa 2-3% de todas neoplasias em adultos. Atualmente, um grande número dos tumores renais são diagnosticados durante exames de imagem feitos de rotina e a maioria são menores que 7 cm e confinados ao rim, portanto, candidatos a operações poupadoras de néfrons, como a nefrectomia parcial. Assinale o item que **NÃO** corresponde a uma indicação de nefrectomia parcial.
- A) Paciente com tumor renal medindo 4 cm localizado no seio renal.
 - B) Paciente diabético com tumor de 4 cm localizado no polo superior.
 - C) Paciente com rim único (agenesia renal) com tumor de 4 cm localizado no polo superior.
 - D) Pacientes portadores de Doença de Von Hippel Lidau com tumores renais bilaterais sincrônicos.
39. Nos últimos 25 anos, os números, tanto absolutos como relativos, de trauma têm aumentado no Brasil. Os rins são os órgãos do trato urinário mais comumente afetados nesses casos. Cerca de 10% dos traumas abdominais cursam com acometimento renal. Baseado nessa realidade, a prática médica de emergência foi acompanhada por uma melhora da qualidade na monitorização hemodinâmica, exames de imagem, surgimento de escore de trauma renal e mudanças no paradigma do seu manuseio. Sobre o trauma renal, pode-se afirmar que:
- A) o grau de hematúria é um bom indicador, por ser proporcional ao grau do trauma renal.
 - B) em todos os pacientes com trauma penetrante com lesões no abdome, flanco ou tórax inferior, os rins devem ser avaliados com exames de imagem.
 - C) todos os pacientes adultos, com hematúria microscópica, após trauma e estáveis hemodinamicamente, devem ter as unidades renais avaliadas com tomografia computadorizada.
 - D) pacientes com trauma abdominal fechado, com lesão renal Grau 3 (American Association for the Surgery of Trauma), não são candidatos para tratamento conservador e devem ser operados pelo risco de sangramento iminente.
40. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se que mais 61.000 novos homens serão diagnosticados com câncer de próstata no Brasil, em 2016. Isso corresponde a aproximadamente 30% dos casos de câncer no homem brasileiro, superando em número qualquer outro tipo de tumor, exceto os casos de tumores de pele não melanoma. Sobre o câncer de próstata, assinale a alternativa que **NÃO** é fator de risco.
- A) Raça negra.
 - B) Tabagismo.
 - C) História familiar de câncer de próstata.
 - D) Inflamação e infecção crônica da próstata.