



Edital Nº 02/2017

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 05 de novembro de 2017.

PROGRAMA PRÉ-REQUISITO: CIRURGIA GERAL

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

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 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 - 2018

- 01.** Sr. Antônio, 65 anos, sem comorbidades, agendado para colecistectomia videolaparoscópica, foi prescrito jejum desde 22 horas do dia anterior. Às 10h do dia da cirurgia ingeriu 200ml de água de coco, inadvertidamente. Foi encaminhado ao Centro Cirúrgico às 12 horas para realização do procedimento cirúrgico. Diante do exposto, qual a conduta mais apropriada para esse paciente?
- A) Cancelar a cirurgia e reagendar para o dia seguinte.
 - B) Realizar a anestesia e cirurgia normalmente no horário de 12h.
 - C) Aguardar completar 4 horas de jejum para realizar o procedimento.
 - D) Aguardar completar 6 horas de jejum para realização do procedimento.
- 02.** Rafaela, 32 anos, indicada para realização de ooforectomia por volumoso cisto de ovário. Nega doença pulmonar, renal, hepática, neurológica ou endócrina. Da parte cardiovascular, apresenta capacidade funcional entre 4 a 6 equivalentes metabólicos (MET), sem sintomas. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular, em dois tempos, bulhas normofonéticas. Ausculta pulmonar normal. Diante do exposto, qual seria a conduta pré-operatória mais apropriada para concluir a avaliação do risco cardíaco para o procedimento cirúrgico programado?
- A) Solicitar apenas eletrocardiograma.
 - B) Solicitar apenas ecocardiograma de repouso.
 - C) Solicitar eletrocardiograma e cintilografia miocárdica.
 - D) Não há necessidade de solicitar exames cardiológicos.
- 03.** Sr. João, 66 anos, tabagista desde 15 anos de idade, em média 20 cigarros/dia, sem história de doença cardíaca, apresenta dispneia aos médios esforços, tosse produtiva com expectoração, sem sinais de infecção respiratória. Relata perda de 10kg em 3 meses, antes pesava 65kg. Exames alterados: hemoglobina 9,8g/dL e albumina sérica 2,7g/dL. É candidato a uma gastrectomia total. Diante do exposto, qual exame é fundamental para avaliação do risco operatório desse paciente?
- A) Espirometria - VEF1 e Capacidade Vital Forçada.
 - B) Tomografia Computadorizada de Tórax.
 - C) Ecocardiograma de Estresse.
 - D) Gasometria arterial.
- 04.** Sr. Otávio, 69 anos, com diagnóstico de obstrução intestinal, apresenta quadro de vômitos que perduram há dois dias. Está indicado laparotomia exploradora. Diante do exposto, qual das estratégias abaixo descritas é a melhor indicada com o objetivo de reduzir o risco de aspiração pulmonar durante o procedimento anestésico-cirúrgico?
- A) Evitar uso de sonda nasogástrica.
 - B) Sedar previamente para diminuir a ansiedade.
 - C) Promover a intubação traqueal do paciente acordado.
 - D) Induzir a anestesia, ventilar os pulmões com máscara sob manobra de Sellick.
- 05.** Sr. Ricardo, 66 anos, 72kg, estado físico ASA I, hematócrito pré-operatório 32%, pressão arterial no início da cirurgia 120x80mmHg. Está sendo submetido a colectomia esquerda por adenocarcinoma de colon transverso. Durante a cirurgia ocorre lesão de baço, com sangramento abrupto de 1.500mL, quantificado através de aspiradores cirúrgicos, a pressão arterial medida agora através do monitor multiparamétrico é 85x45mmHg. Realizou-se reposição volêmica imediata com 2.000mL de soro ringer lactato, a seguir observa-se sangramento clínico microvascular no campo operatório. A pressão arterial sistólica se mantém entre 90 - 80mmHg após esta conduta. Diante do cenário, além do controle do sangramento pelo cirurgião, qual a primeira conduta a ser tomada?
- A) Transfundir imediatamente somente concentrado de hemácias.
 - B) Transfundir imediatamente somente concentrado de hemácias e plasma fresco.
 - C) Transfundir imediatamente concentrado de hemácias, plasma fresco e plaquetas.
 - D) Solicitar exames laboratoriais e aguardar resultados para tomada de decisão em relação à transfusão.

06. Sobre acalasia e a classificação de Chicago, podemos afirmar que:
- A) A classificação de Chicago utiliza dados da avaliação manométrica convencional.
 - B) A acalasia tipo 2 possui prognóstico intermediário, comparada a acalasia tipo 1 e 3.
 - C) A característica manométrica que destaca a acalasia tipo 1 é a mínima pressurização no corpo esofágico.
 - D) A acalasia tipo 3 caracteriza-se pela pan-pressurização no corpo esofágico, também chamada de acalasia vigorosa.
07. Paciente, 55 anos, há 5 anos com histórico de disfagia tanto para sólidos como para líquidos. No último ano, o quadro piorou com regurgitações frequentes, perda de peso e dois episódios de pneumonia. Realizou endoscopia cujo laudo foi: moderada dilatação esofágica, estase alimentar e alguma dificuldade em transpor o esfíncter esofágico inferior. Sobre a patologia em questão, sua abordagem diagnóstica e terapêutica, o que seria mais adequado como próxima conduta?
- A) A pHmetria deve ser solicitada, uma vez que é o exame padrão ouro para a confirmação diagnóstica da patologia descrita.
 - B) Megaesôfago é consequência da acalasia, e pode ser diagnosticado e classificado a partir do esofagograma com ingestão de bário, portanto é um exame fundamental a ser solicitado.
 - C) Solicitar nova endoscopia com biópsias múltiplas aleatórias, principalmente para afastar a possibilidade de neoplasia, uma vez que a incidência de câncer do esôfago, notadamente o adenocarcinoma, aumenta na situação em questão.
 - D) A miotomia endoscópica peroral (Peroral Endoscopic Miotomy - POEM) tem surgido como nova opção terapêutica, menos mórbida que a cirurgia, principalmente com relação aos índices de refluxo gastroesofágico. Está indicado como a melhor opção terapêutica para o caso.
08. Paciente 80 anos, diabético e hipertenso, com DRGE crônico, tem endoscopia que mostra lesão plana de 1cm de diâmetro, em esôfago distal. O histopatológico revelou adenocarcinoma. Qual a conduta mais apropriada?
- A) Funduplicatura a Nissen-Rossetti, que demonstrou fazer regredir a lesão esofágica.
 - B) QT e RT neoadjuvantes, uma vez que demonstraram melhorar os índices de ressecabilidade R0 para as neoplasias do esôfago.
 - C) Realizar uma broncoscopia, que é um exame essencial para a avaliação do comprometimento da árvore respiratória, principalmente nos tumores classificados como Siwert III.
 - D) Ecoendoscopia para avaliação da invasão mural da lesão. Os procedimentos de ressecção endoscópicas, EMR e ESD, podem ser terapêuticos para lesões em estágio inicial: pTis, pT1a ou pT1b superficiais, sem invasão linfovascular, além de serem menos mórbidos.
09. Paciente submetido a cirurgia bariátrica, bypass em Y-de-Roux, há 2 meses. Refere que vem apresentando sintomas após as refeições: empachamento, vômitos, taquicardia, sudorese e palpitações. Relata ainda que os sintomas costumam aparecer meia hora após alimentar-se e melhoram algum tempo depois. Sobre o caso descrito, qual o provável diagnóstico, fisiopatologia e modalidades terapêuticas?
- A) Síndrome de dumping. Quadro causado pela hiperinsulinemia, que leva a uma queda abrupta dos níveis glicêmicos. O paciente pode ser tratado com uma maior oferta de açúcares na dieta.
 - B) O caso diz respeito a encefalopatia de Wernicke. Esta alteração neurológica pode ocorrer após cirurgias bariátricas desabsorptivas, e se dá pela deficiência de vitamina B1. O tratamento é a reposição parenteral da tiamina.
 - C) Trata-se da síndrome do dumping. Causada pela rápida passagem ao intestino de conteúdo hiperosmolar o que estimula a liberação de catecolaminas responsáveis pelos sintomas gastrointestinais e cardiovasculares. O tratamento se faz com o uso de inibidores da absorção de carboidratos, tais como como arcabose e pectina.
 - D) O caso retrata da síndrome do dumping. Está relacionado à rápida passagem do conteúdo alimentar para o intestino. Dessa forma, há um intenso influxo líquido para o lúmen intestinal, distendendo-o e levando a sintomas autonômicos. Análogos da somatostatina podem ser utilizados para o tratamento quando as medidas dietéticas não aliviam os sintomas.

10. Paciente com IMC de 37 kg/m², com dificuldade de perder peso após dois anos de tratamento clínico e dietas. Relata, na consulta, típicos sintomas de pirose e regurgitação além de uma esofagogastroduodenoscopia que revela esofagite grau C de Los Angeles. Não apresenta nenhuma outra comorbidade à avaliação pré-operatória. Com relação ao caso descrito, qual o procedimento mais indicado?
- A) Duodenal switch.
 - B) Balão intragástrico.
 - C) Bypass em Y de Roux.
 - D) Gastrectomia vertical – sleeve.
11. Paciente submetido a by-pass em Y de Roux para tratamento de obesidade mórbida. Em visita ao ambulatório, ao qual vem de modo irregular, o mesmo apresentava queixas de fraqueza, astenia, formigamento nos membros, tonturas e irritabilidade. Sobre o caso em questão, uma opção diagnóstica seria:
- A) Hipovitaminose B12.
 - B) Desnutrição proteico-calórica.
 - C) Deficiência de vitaminas lipossolúveis.
 - D) Carência de tiamina, o que acarreta os sintomas neurológicos característicos.
12. Um paciente de 65 anos foi submetido a cirurgia de colectomia devido a neoplasia. No pós-operatório, o mesmo começou a apresentar dor e empastamento em panturrilha direita, tendo realizado um ultrassom com Doppler venoso que evidenciou trombose venosa profunda extensa com acometimento do eixo ilíaco-femoral. Sobre o uso de anticoagulantes, assinale o item correto.
- A) O fondaparinux é um inibidor seletivo do fator Xa e não induz trombocitopenia.
 - B) A heparina não fracionada é um inibidor direto do fator X, possuindo meia vida de 6h, devendo-se realizar o controle da sua dose através do uso do TTPa.
 - C) A trombocitopenia induzida por heparina ocorre na maioria das vezes nas primeiras horas após seu uso, devendo a mesma ser suspensa devido ao risco de sangramento.
 - D) A protamina pode ser utilizada para neutralizar os efeitos da heparina não fracionada, devendo-se fazer uso de 1mg de protamina para cada 1000 unidades de heparina administrada na última hora.
13. Um paciente de 70 anos, hipertenso e tabagista, apresentava há 6 meses uma dor em hipocôndrio direito, tendo realizado ultrassom para investigação de colelitíase. Ao analisar o resultado do exame, o médico assistente verificou a ausência de cálculo na vesícula biliar, porém havia uma descrição de uma dilatação na aorta abdominal infrarenal, com diâmetro medindo 5,5x6,0 cm (AP/LL). Sobre o aneurisma de aorta abdominal é correto afirmar:
- A) a utilização de betabloqueadores é útil para a diminuição da taxa de crescimento do aneurisma.
 - B) o aneurisma de aorta é definido como uma dilatação > 30% em relação ao diâmetro arterial normal.
 - C) o aumento do diâmetro transversal do aneurisma em mais de 1 cm/ano indica o tratamento cirúrgico independente do seu tamanho.
 - D) são considerados fatores de risco para o desenvolvimento do aneurisma de aorta abdominal a hipertensão, o tabagismo, a diabetes, a história familiar e a idade.
14. Um agricultor de 45 anos procura atendimento devido a dor, edema e hiperemia na perna direita associado a febre, com início há 48 horas. Informa um arranhão no tornozelo antes do início dos sintomas. Ao exame, o paciente apresentava bom estado geral, com presença de todos os pulsos palpáveis, com edema na perna direita, hipertemia e hiperemia que se estendia desde o tornozelo até o joelho, apresentando limites precisos, sem bolhas ou necrose. Sobre o quadro apresentado pelo paciente, marque o item correto.
- A) A profilaxia em pacientes com recorrências frequentes deve ser realizada com oxacilina.
 - B) O *Streptococcus pyogenes* é o agente etiológico mais relacionado ao quadro clínico apresentado.
 - C) A anamnese e o exame físico necessariamente devem ser complementados por exames de imagem para definir o diagnóstico.
 - D) Devido à extensão da lesão, o paciente deve ser internado e tratado com vancomicina para diminuir a chance de evolução para fasciíte necrosante.

15. A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) é uma alteração frequente, acometendo de 10 a 20% da população com idade superior a 65 anos. Conhecer sua evolução, métodos diagnósticos e terapêuticos é extremamente importante para evitar as complicações graves da doença. Sobre a DAOP é correto afirmar:
- A) segundo a classificação de Fontaine, a classe III corresponde à claudicação limitante.
 - B) um paciente com índice tornozelo braquial de 0,7 apresenta baixa probabilidade de apresentar doença arterial obstrutiva periférica.
 - C) os pacientes com claudicação intermitente de membros inferiores apresentam baixo risco de perda de membro, apenas 2-3% em cinco anos.
 - D) a utilização de próteses cirúrgicas impregnadas com heparina tem demonstrado resultados semelhantes ao uso de veias autólogas na revascularização dos membros inferiores, devendo-se reservar o uso da veia safena magna para os enxertos mais complexos.
16. Um paciente de 25 anos foi levado pelo serviço de emergência ao hospital devido a politraumatismo decorrente de queda de moto. No atendimento pré-hospitalar o paciente apresentava trauma crânio-encefálico e hipotensão, tendo sido realizada intubação orotraqueal e reposição volêmica. Após a avaliação inicial na emergência, o plantonista solicitou exames de imagem. O paciente demorou 4 horas para realizar os exames e ao ser reavaliado foi observado edema e palidez do membro superior esquerdo, com ausência de pulso palpável. Como cirurgião geral do plantão, você foi chamado para avaliar o caso. Assinale o item que contém a conduta adequada no tratamento do trauma vascular.
- A) O trauma vascular deve ser sempre tratado pois mesmo as lesões pequenas têm alto risco de complicações embólicas.
 - B) Pacientes com lesões vasculares que causem isquemia grave da extremidade devem ser levados imediatamente ao centro cirúrgico, não sendo necessária a realização de exames para identificar a localização e o tipo da lesão.
 - C) Deve-se dar preferência à veia autóloga para a realização dos reparos vasculares devido à sua maior perviedade, devendo a mesma ser retirada da extremidade traumatizada para evitar traumas adicionais e novos sítios de sangramento.
 - D) A síndrome compartimental deve sempre ser pesquisada em isquemias graves e prolongadas de extremidades, devendo-se realizar a fasciotomia quando a pressão no compartimento muscular acometido for superior a 10 mmHg.
17. Paciente de 57 anos, chega ao pronto-socorro referindo febre com calafrios, icterícia e dor abdominal há 48h. Ao exame, estado geral regular, FC 88 bpm, PA 120 x 72 mmHg, abdome doloroso a palpação profunda em hipocondria direito. Refere etilismo diário há mais de 8 anos e cirurgia e bypass gástrico há 11 anos. Nessa situação, qual seria a conduta mais adequada?
- A) Solicitaria exames laboratoriais, ultrassom abdominal e iniciaria antibióticos.
 - B) Indicaria laparotomia exploradora de urgência com abordagem das vias biliares e aposição de dreno de kehr.
 - C) Indicaria prontamente uma colangiografia retrógrada endoscópica nas primeiras 6 horas do internamento.
 - D) Por se tratar de um provável hepatopatia crônica relacionada a perda de peso nos últimos 11 anos e a ingesta do álcool, iniciariamos uma quinolona ou cefalosporina de terceira geração com o intuito de tratar uma peritonite bacteriana e solicitaríamos exames de perfil hepático.
18. Paciente de 37 anos, masculino, realizou ultrassom de rotina que evidenciou lesão hepática sólida de 3,4 cm. Assim sendo, foi solicitada uma ressonância magnética abdominal com contraste hepatoespecífico que confirmou um adenoma. Diante da situação, qual a melhor opção terapêutica?
- A) Indicar a ressecção do nódulo.
 - B) Indicar quimioembolização do nódulo.
 - C) Repetir exame de imagem com 12 meses.
 - D) Indicar biópsia do nódulo para excluir hiperplasia nodular focal.

19. Paciente de 44 anos, sexo feminino, assintomática, teve diagnóstico recente de um adenocarcinoma de cólon e metástase hepática bilateral. O exame de colonoscopia demonstrou uma lesão de 3 cm não estenosante em sigmoide. Qual a melhor opção terapêutica, no momento?
- A) Indicar esquema de radioterapia neoadjuvante.
 - B) Deve-se iniciar tratamento sistêmico com quimioterapia.
 - C) Indicar esquema de radioterapia e quimioterapia neoadjuvante.
 - D) Programar a retossigmoidectomia com anastomose primária nos próximos 15 dias.
20. A escolha e alocação de um enxerto hepático implica diretamente no sucesso do transplante de fígado. Doadores limítrofes apresentam características que podem aumentar a incidência de disfunção ou não funcionamento do enxerto no pós-operatório imediato. Qual item abaixo não acresce risco ao receptor?
- A) Idade do doador superior a 65 anos.
 - B) Esteatose hepática no enxerto entre 30-60%.
 - C) Doador com 2 mcg/kg/min de noradrenalina.
 - D) Sódio sérico do doador menor que 135 mEq/L.
21. Paciente de 72 anos, sexo masculino, iniciou quadro de icterícia progressiva e prurido há 15 dias. Realizou ultrassom abdominal que evidenciou dilatação das vias biliares intrahepática. A tomografia abdominal mostrou lesão de aspecto infiltrativo de 2cm no hilo hepático determinando dilatação bilateral das vias biliares. Não foi evidenciada invasão dos vasos do hilo hepático. A colangiorressonância sugeriu se tratar de um tumor de Klatskin bismuth IIIa. Em relação ao tratamento do tumor de klatskin, qual a melhor opção?
- A) Os valores da bilirrubina sérica não interferem na estratégia cirúrgica.
 - B) No planejamento cirúrgico, o tamanho do fígado remanescente deve ser inferior a 25% do volume total.
 - C) A cirurgia do tumor de Klatskin deve incluir linfadenectomia do hilo hepático e ressecção segmento I.
 - D) A drenagem percutânea das vias biliares só é indicada em pacientes que receberão quimioterapia neoadjuvante.
22. Os tumores neuroendócrinos do pâncreas são neoplasias raras e de apresentação variável. Com relação a eles pode-se afirmar:
- A) os insulinomas são mais frequentes que os gastrinomas.
 - B) os insulinomas, geralmente, são múltiplos e relacionados a neoplasia endócrina múltipla.
 - C) a hipoglicemia pode esta relacionada aos gastrinomas, sendo esse o sintoma mais frequente.
 - D) os tumores não produtores representam a grande maioria dos tumores neuroendócrinos do pâncreas.
23. Durante consulta semestral com seu geriatra, o senhor Reginaldo, com 67 anos, relatou estar com desconforto abdominal em mesogastro associado com aumento do volume abdominal progressivo e achou melhor encaminhar para o especialista. No decorrer da investigação com o cirurgião do aparelho digestivo, revelou estar com palidez cutâneo e mucosa importante além de uma tomografia computadorizada de abdome mostrando uma massa em topografia de intestino delgado causando moderada distensão de alças de delgado a montante.
- Diante desse enunciado qual a sentença correta sobre as afecções que acometem o intestino delgado?
- A) Não há relação entre polipose adenomatosa familiar e o adenocarcinoma de duodenal.
 - B) De todas as parasitoses, somente a strongiloidíase tem seu tratamento como recomendado no tratamento dos linfomas de intestino delgado.
 - C) Em pacientes com intussuscepção de delgado por tumor, deve-se realizar a biópsia por congelação para decidir a ressecção ou não da lesão.
 - D) Pacientes com Doença de Crohn em atividade apresentam chance 100 vezes maior de apresentar adenocarcinoma de intestino delgado e o íleo terminal é o sítio mais frequente afetado nesses pacientes.

24. Devido ao grande avanço nas últimas 2 décadas no tratamento do câncer colorretal (terceira neoplasia maligna mais comum do mundo), descobrimos uma série de fatores que estão associados com melhor ou pior prognóstico. Qual item faz a correta correspondência entre diagnósticos clínico, cirúrgico e patológico além de um fator de bom prognóstico?
- A) Febre – Coleção peri-colônica – T4 N1 M0 – Margem cirúrgica livre.
 B) Afilamento das fezes – Carcinomatose local – Metástase hepática – Tumor menor que 11 cm.
 C) Distensão abdominal – lesão em ângulo esplênico não palpável – metástase hepática – Invasão angiolinfática.
 D) Pneumatúria – Aderência à cúpula vesical – Invasão da serosa – Ausência de linfonodos comprometidos entre os 12 dissecados.
25. Mulher, 36 anos, chega ao seu serviço de emergência referindo dor abdominal há 15 dias, em cólica em epigastro e mesogastro sem irradiação para dorso e associado com vômitos pós-prandiais. Realizou cirurgia bariátrica (Gastrectomia vertical - Sleeve) há 45 dias evoluindo com perda ponderal importante agravada nos últimos 15 dias. Em exame de tomografia computadorizada de abdome, identificamos distensão gástrica e duodenal até local com estreitamento importante da terceira porção duodenal.



Com base no caso clínico, qual o diagnóstico e conduta plausível?

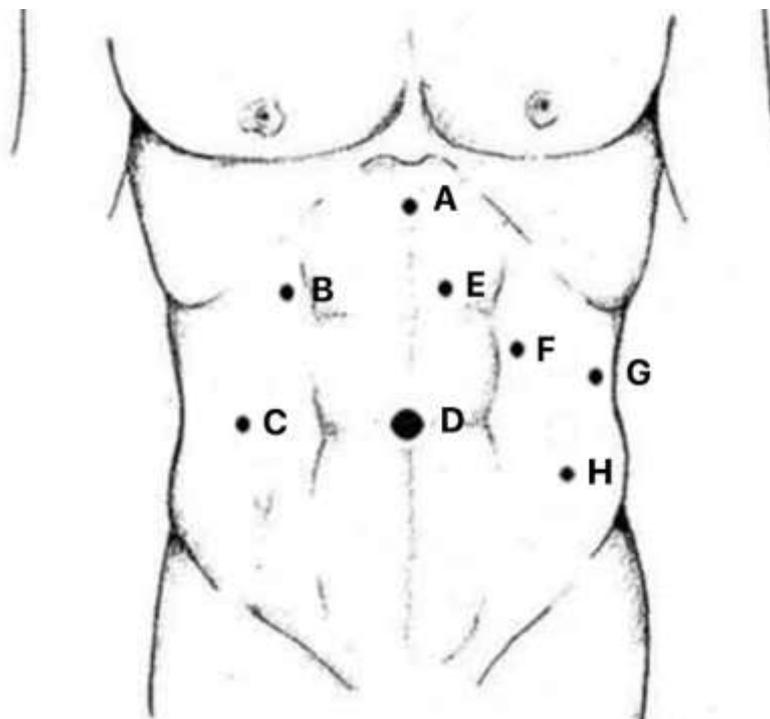
- A) Pâncreas Anular e Duodeno-duodenostomia.
 B) Neoplasia pancreática e Gastroduodenopancreatectomia.
 C) Síndrome da artéria mesentérica superior e Derivação duodeno-jejunal.
 D) Estenose duodenal péptica e Conversão de Sleeve em Bypass Gástrico em Y de roux.
26. Você chega ao hospital para mais um dia de plantão e logo é convocado para avaliar paciente masculino de 73 anos, na enfermaria, o qual apresentou piora clínica após segundo dia de internação por pancreatite aguda biliar. De imediato, como ótimo cirurgião que você é, solicitou ao residente os exames de entrada: Leucócitos: 21.000/mm³; LDH: 152 U/l; Amilase: 1050 U/l; Lipase: 230 U/l; TGO: 261 U/l; Glicemia: 210mg/dl. Com base no texto, qual o Escore de Ranson na entrada e qual o item que todos os exames devem ser solicitados após 48 horas da entrada?
- A) Escore de Ranson 2; Creatinina, Gasometria arterial e Cálcio.
 B) Escore de Ranson 3; Ureia, Hematócrito e PaO₂.
 C) Escore de Ranson 4; Gasometria arterial, Cálcio e Hematócrito.
 D) Escore de Ranson 4 ; Gasometria Venosa, Cálcio e Hematócrito.

27. A Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um protocolo de Cirurgia Segura, devido as complicações cirúrgicas evitáveis representarem uma grande proporção de lesões e mortes, no nível mundial. No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, segurança cirúrgica não tem sido reconhecida como um problema de saúde pública significativo. A despesa frequentemente elevada dos cuidados cirúrgicos tem sido considerada de pouco relevância nos países pobres e em desenvolvimento.

Como base no texto e nos seus conhecimentos sobre o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS, é **errado** afirmar:

- A) o “time out” é uma pausa breve antes da incisão, para confirmar a identificação do doente, o procedimento e o local cirúrgico.
- B) o cirurgião deve referir, em voz alta, o nome do doente, a operação a ser realizada, o lado e o local da cirurgia. O enfermeiro e o profissional de anestesia devem confirmar que a informação está correta.
- C) o cirurgião que vai executar a cirurgia deve marcar o local com apenas uma marcação de caneta, mesmo em casos que estruturas múltiplas ou níveis (por exemplo, um dedo da mão ou do pé, lesão da pele, vértebra).
- D) antes da indução da anestesia, um membro da equipa deve confirmar que o doente está corretamente identificado, geralmente de forma verbal com o doente ou um membro da família e com uma pulseira de identificação ou outros meios adequados de identificação física. A identidade deve ser confirmada a partir não só do nome, mas também de um segundo identificador (por exemplo, data de nascimento, endereço, número hospitalar).

28. Você está em seu ambulatório de cirurgia do aparelho digestivo e recebe um paciente encaminhado da hematologia para realizar a esplenectomia que é o tratamento de escolha para uma série de doenças hematológicas benignas, incluindo a púrpura trombocitopênica idiopática, púrpura trombocitopênica trombótica e esferocitose hereditária, além de também poder ser indicado para algumas doenças malignas específicas que acometem o baço. Com base nos seus conhecimentos sobre a cirurgia de esplenectomia por videolaparoscopia, responda qual a posição mais adequada do paciente e os locais de posicionamento dos trocateres para realizar a cirurgia.



- A) Decúbito dorsal horizontal; Trocateres em A-B-D-H
- B) Decúbito lateral direito; Trocateres em A-E-F-G
- C) Decúbito dorsal horizontal; Trocateres em A-E-F-G
- D) Decúbito lateral direito; Trocateres em A-B-D-H

29. Paciente, masculino, 36 anos, apresenta hérnia inguinal direita classificada como tipo IV-D pela classificação de Nyhus. Sabendo que atualmente a hernioplastia inguinal videolaparoscópica é padrão ouro para correção desses casos, como deveríamos proceder em relação à técnica cirúrgica, após a redução da hérnia e do saco herniário?
- Colocar uma peça de 12 x 14 cm de malha de polipropileno pré-peritoneal por sobre as estruturas do cordão espermático, fixando-a ao ligamento de Cooper, anteriormente à musculatura do reto posterior e transverso, e lateralmente ao trato iliopúbico.
 - Posicionar uma peça de 08 x 06 cm de malha de polipropileno por sobre o fásia transversalis, fixando-a ao tecido aponeurótico que reveste o púbis medialmente, continuando superiormente ao longo do tendão conjunto e inferolateralmente ao trato iliopúbico.
 - Introduzir uma peça de 16 x 18 cm de malha de polipropileno intraperitoneal cobrindo os espaços das hérnias direta, indireta e femoral, fixando-a anteriormente ao arco aponeurótico do transverso do abdome e inferiormente ao trato iliopúbico além da artéria ilíaca externa.
 - Alocar uma peça de 10 x 08 cm de malha de polipropileno diretamente sobre o ducto deferente, os vasos gonadais e vasos ilíacos externos, fixando-a ao ligamento de Poupart, anteriormente ao fásia transversalis, medialmente à bainha do reto abdominal e inferiormente ao forame obturador.
30. Homem, 59 anos, pardo, bancário, iniciou há 3 meses quadro de plenitude precoce, que se associou a náuseas e vômitos intermitentes e por último dor abdominal não específica em abdome superior, principalmente a esquerda. Referia perda de peso de 5 Kg no período. Ao exame físico, presença de massa palpável em quadrante superior esquerdo do abdome, heterogênea, fixa e de consistência firme. Realizou hemograma completo e LDH que foram normais. Foi submetido a uma TC de tórax que estava normal e à TC de abdome, conforme figura em anexo.
TC = Tomografia computadorizada



Com relação ao tratamento deste paciente, a melhor opção é:

- Programar exérese completa da lesão com linfadenectomia radical retroperitoneal.
 - Indicar ressecção total da lesão objetivando bordas microscópicas livres de doença.
 - Realizar cirurgia radical seguida por quimioterapia adjuvante com 5-FU e doxarrubicina.
 - Encaminhá-lo para realização de biopsia percutânea guiada por US e realização de neoadjuvância.
31. Paciente masculino, 24 anos, diabético, asmático em uso rotineiro de corticoesteroides, foi submetido à laparotomia exploradora. Fazia uso diário de levotiroxina sódica de 100 mcg. Em relação às fases de cicatrização da ferida operatória pode-se afirmar que:
- a fase proliferativa é constituída por 3 etapas: epiteliação, angiogênese e deposição de colágeno.
 - a fase de maturação tem como característica mais importante a formação de tecido de granulação.
 - a fase inflamatória se inicia imediatamente após a lesão com liberação de substâncias vasoconstritoras e recrutamento celular.
 - a fase de remodelamento irá propiciar um colágeno tão organizado quanto o da pele sã, atingindo uma força tensil de 100% em 3 meses.

32. Mulher, 60 anos, realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que observou lesão submucosa de aproximadamente 2,0 cm ao nível do corpo gástrico na grande curvatura. Foi solicitado tomografia computadorizada de abdome que comprovou uma lesão nodular intramural de 2,5 cm ao nível da grande curvatura do corpo gástrico, sem nenhum achado adicional.
Diante desse caso, qual a melhor conduta a ser adotada?
- A) Proceder com tratamento expectante, realizando EDA a cada 4 meses.
 - B) Encaminhar paciente para terapia coadjuvante com mesilato de imatinib.
 - C) Realizar gastrectomia subtotal com linfadenectomia a DII e gastroenteroanastomose.
 - D) Realizar gastrectomia em cunha com biópsia de congelação no momento da ressecção.
33. Paciente masculino, 68 anos, submetido à gastrectomia total a D II e ressecção R0 por adenocarcinoma gástrico do tipo difuso localizado na parede anterior e posterior do corpo com 4 cm de diâmetro, teve como estadiamento anatomopatológico pT4a pN0 pM0. De acordo com o National Comprehensive Cancer Network - NCCN, a melhor conduta neste caso é:
- A) iniciar o protocolo de McDonald, com quimio e radioterapia adjuvante.
 - B) assumir conduta de cuidados paliativos sem necessidade de adjuvância.
 - C) instituir o protocolo Magic, com quimioterapia adjuvante.
 - D) realizar acompanhamento.
34. Paciente masculino, 60 anos, apresenta sintomas dispépticos e perda de peso de 6 kg nos últimos 6 meses. Realizou endoscopia digestiva alta que indicou gastrite enantemática antral leve com presença de área irregular na grande curvatura do corpo gástrico, com características de lesão de submucosa, aproximadamente com 2 cm de diâmetro. O resultado histopatológico revelou gastrite crônica atrófica com displasia moderada. O teste da uréase foi positivo. Qual a melhor conduta?
- A) Indicar gastrectomia total com esôfago-jejuno anastomose e linfadenectomia a D II.
 - B) Proceder com gastrectomia em cunha associada à linfadenectomia segmentar nos níveis 2, 4 e 6.
 - C) Iniciar quimioterapia perioperatória com epirrubicina, cisplatino e 5 fluorouracil para posterior re-estadiamento.
 - D) Tratar o H. pylori com um inibidor de bomba de prótons, associado à amoxicilina e claritromicina por 14 dias.
35. No último mês (abril/17) a U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) www.screeningforprostatecancer.org fez uma atualização nas recomendações sobre rastreamento / detecção precoce do Câncer de Próstata (CaP). A nova recomendação é que o médico discuta a detecção do CaP com seus pacientes homens com idade entre 50-70 anos e a decisão de realizar o PSA (do inglês - prostatic antigen specific) e exame digital retal (EDR) seja compartilhada desde que informada sobre aos riscos envolvidos na biópsia prostáticas transretal e os potenciais efeitos adversos do tratamento. A decisão foi baseada no aumento de casos de CaP com risco moderado ou alto que deixaram de ser diagnosticados após 2011. Sendo essa observação consequência da recomendação inicial da USPSTF, e que cerceou / privou a chance de cura do CaP para estes com risco moderado / alto. O diagnóstico do CaP é confirmado por patologia e requer biópsia da próstata guiada por ultrassom transretal (USTR). Todavia, saber indicar precisamente biópsia da próstata com metodologia que permita diminuir o número de biópsias desnecessárias pelos potenciais efeitos adversos da técnica é uma atitude esperada da equipe médica que está envolvida nos cuidados da saúde do homem. Sobre as indicações da biópsia prostática, em qual dos cenários abaixo o exame será desaconselhado?
- A) PSA > 10ng/ml.
 - B) Presença de nódulo palpável no EDR.
 - C) Paciente com PSA total 6,2ng/ml e PSA livre 1,73 ng/ml.
 - D) Rápido aumento do PSA durante seu acompanhamento anual no posto de saúde (aumento superior 0,75ng/ml/ano).

36. O tumor de bexiga mais comum é o tumor de células transicionais que são células situadas no urotélio. Segundo o Instituto Nacional do Câncer houveram 9.670 casos de tumor de bexiga no Brasil em 2016, sendo 7.200 em homens e 2.470 em mulheres. Esse tipo de tumor foi responsável por 3.642 mortes no ano de 2013. Os tumores uroteliais (carcinomas de células transicionais) são divididos em tumores não músculo invasivos ou tumores músculo invasivo.



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

Sobre o diagnóstico apropriado que pode fornecer suporte para adequado estadiamento e, conseqüentemente, a melhor escolha do tratamento para pacientes com tumor de bexiga assinale, a opção FALSA.

- A) O comprometimento da camada muscularis da mucosa classifica o tumor como tumor urotelial músculo invasivo.
 - B) Tumores não músculo invasivos de baixo grau (bem diferenciados) recorrem frequentemente mas raramente progridem para tumores músculo invasivos.
 - C) Os tumores músculo invasivos são responsáveis pelo maior número de causas de morte podendo resultar de progressão do tumor não músculo invasivo ou surgir como tumor músculo invasivo di novo.
 - D) Tumores não músculo invasivos de alto grau (indiferenciados) recorrem frequentemente e progridem para tumores músculo invasivos devendo ser manuseados com tratamento adjuvante para evitar esse comportamento.
37. Paciente sexo masculino, idade de 12 anos, procurou a emergência junto com seus pais. Deu entrada na emergência 04:32h AM. Segundo sua mãe o paciente passou a referir dor testicular direita intensa que o acordou há aproximadamente duas horas. Segundo os pais, a criança foi dormir bem, estava ativa e frequentaram uma festa de aniversário em uma noite anterior. Segundo o paciente, na festa ele jogou futebol com seus amigos e a bola bateu em seus testículos enquanto ele tentou evitar um gol. Negava febre ou outros sintomas associados. A dor estava se tornando progressivamente mais forte à medida que a entrevista médica ocorria e fazia a criança chorar embora permanecesse deitada na maca. A mãe não relatou nenhum passado relevante. No exame físico, nota-se testículo direito mais alto que o esquerdo, estando próximo à raiz escrotal. A palpação e elevação causava muita dor. O reflexo cremastérico estava ausente à direita. Havia edema escrotal à direita. O caso refere-se a escroto agudo na emergência. Qual a conduta apropriada para esse caso?
- A) Trata-se de trauma testicular. Repouso, analgésicos e suspensório escrotal podem solucionar o caso.
 - B) Embora não tenha febre, deve-se tratar de orquite por adenovírus. Recomendado repouso, analgésicos, bolsa de gelo e suspensório escrotal.
 - C) Trata-se de torção de testículo. Recomenda-se exploração escrotal direita imediata. Desfazer a torção testicular fixação do testículo direito. Não se recomenda violar a cavidade escrotal esquerda pelo risco de contaminação e infecção de testículo normal.
 - D) Trata-se de torção de testículo. Recomenda-se exploração escrotal direita imediata. Desfazer a torção testicular fixação do testículo direito. O procedimento deve ser seguido com exploração do testículo esquerdo e fixação do testículo.

38. O melhor tratamento para insuficiência renal terminal é o transplante renal. Todavia, o grande limitante é a baixa disponibilidade de doador cadáver em comparação com o número de pacientes em fila de espera por um órgão. Na tentativa de solucionar esse problema existe a possibilidade na lei de doação de rim vivo relacionado. Para incentivar doadores vivos a doar um rim a realização da nefrectomia por vídeo laparoscopia foi fundamental por tornar o procedimento minimamente invasivo com menor dor, melhor recuperação e melhor aspecto estético comparado com a nefrectomia feita por incisão subcostal. Sobre critérios de doador vivo relacionado, assinale o item que NÃO contraindica a nefrectomia para realizar transplante renal.

- A) Sorologia positiva para chagas.
- B) Doador classificado como mentalmente incapaz.
- C) Presença de cálculo renal nos exames pré-operatórios.
- D) Diabetes mellitus com glicemia de jejum 110 mg/dL e com glicemia de 180 mg/dL 2 horas após carga de 75g glicose.

39. Afecções penianas traumáticas, ou não, são motivos de procura para atendimento médico nas emergências. Portanto, espera-se que o médico esteja preparado para o correto diagnóstico e tratamento dessas condições. Sobre a figura abaixo, assinale o diagnóstico e tratamento mais apropriado.



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

- A) Parafimose. Recomenda-se tratamento de urgência.
- B) Balanopostite provocada por infecção fúngica. Recomenda-se tratamento com antifúngicos.
- C) Fimose primária complicada. Recomenda-se tratamento eletivo em unidade secundária de saúde.
- D) Fimose secundária a processos inflamatórios crônicos. Recomenda-se tratamento eletivo em unidade secundária de saúde.

40. Paciente masculino, 26 anos, médico residente estava em confraternização de conclusão do programa de residência em uma casa de praia no Cumbuco/CE. Lá havia passado boa parte da manhã e toda a tarde ingerindo cerveja. A despeito das recomendações de seus amigos, ele resolveu retornar dirigindo seu próprio carro. Antes de sair, sua amiga lembrou de fixar e ajustar cinto de segurança de três pontos. No caminho alegre e empolgado, ele passou a dirigir em alta velocidade e em uma curva fechada perdeu controle do carro fazendo-o colidir em um poste elétrico da via. O atendimento pré-hospitalar atendeu o paciente na via e o trouxe em prancha rígida para o hospital de emergência no qual você está trabalhando. Segundo o médico que o atendeu no local do acidente o carro foi danificado frontalmente, as bolsas de ar do carro funcionaram mas houve forte desaceleração. O paciente estava respirando normalmente, estável hemodinamicamente, sem sinais de comprometimento neurológico embora estivesse agitado pelo alto consumo de álcool. No exame físico, foi observado dor abdominal intensa com sinais de irritação peritoneal. Ainda na suíte de emergência, você fez um scanning com ultrassom que detectou bexiga vazia com grande quantidade de líquido livre abdominal.

Sobre o caso acima assinale a resposta verdadeira.

- A) É provável que se trate de rotura do baço e o líquido visto no US seja sangue. Indica laparotomia imediata.
- B) É provável que o líquido livre seja urina por rotura intraperitoneal da bexiga. Recomenda-se reparação cirúrgica da bexiga.
- C) É provável que o líquido livre seja urina por rotura extraperitoneal da bexiga. Recomenda-se reparação cirúrgica da bexiga.
- D) É provável que o líquido livre seja urina por rotura intraperitoneal da bexiga. Drenar a bexiga com um cateter vesical deve resolver o caso.