



Apoio às Residências em Saúde
Edital N° 03/2019

PSU/RESMED/CE - 2020

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

ESPECIALIDADE: Cirurgia do Aparelho Digestivo (R3) - Área de atuação Transplante de Fígado
Gastroenterologia (R3) - Área de atuação Endoscopia Digestiva

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 20 (vinte) 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 **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data estabelecida no Anexo III, conforme subitem 8.4.15 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!

Fortaleza, 17 de novembro de 2019.

Coloque, de imediato, o seu número de inscrição e o número de sua sala nos retângulos abaixo.

Inscrição

Sala

- 01.** Paciente do sexo masculino, 67 anos de idade, agricultor, natural do interior do estado do Ceará, deu entrada em emergência do hospital regional com quadro clínico que se manifestou há 10 dias com início de dor abdominal difusa associada a febre recorrente. O paciente mora em casa de taipa em condições sanitárias precárias, diabético, não dependente de medicação e relata episódios diarreicos e astenia há 2 meses. Ao exame físico, apresenta calafrios, febre de 39°C e PA=90 x 60 mmHg. Ao exame clínico apresenta rebaixamento do sensório, sudorese fria, taquicardia e dor à palpação profunda em hipocôndrio direito. Foi submetido a exames laboratoriais que revelaram Hb=10,2 g/dL; leucócitos=17600 células/mm³, AST/TGO=110; ALT/TGP=45; FA=341 e Glicemia=211 mg/dL. Realizou US Abdominal que revelou lesão expansiva hepática única, não calcificada, com conteúdo amorfo e debris em seu interior, ausência de vascularização ao Doppler, medindo 7,5 cm de diâmetro, localizada em segmento V do fígado. A hemocultura foi positiva para *Escherichia Coli*. Em relação a este paciente, marque a alternativa correta.
- A) A antibioticoterapia em monoterapia com Metronidazol é suficiente para o tratamento deste paciente.
 - B) Em relação ao tratamento deste paciente, em caso de haver obstrução biliar subjacente, não há necessidade de drenagem da via biliar.
 - C) A melhor conduta neste caso é a realização de uma tomografia computadorizada tendo em vista a possibilidade de abscesso amebiano como melhor hipótese diagnóstica.
 - D) A aspiração percutânea guiada por métodos de imagem é medida diagnóstica e terapêutica adequada e a associação com antibioticoterapia reduz a taxa de mortalidade deste caso.
- 02.** Paciente de 52 anos de idade, portador de vírus da Hepatite C, e biópsia hepática com estadiamento de fibrose Metavir F3, realizou tratamento com interferon peguilado e ribavirina com carga viral negativa ao final deste período. Em uma consulta de retorno após 24 semanas do término do tratamento se queixa de astenia, aumento do volume abdominal e apresenta os seguintes resultados de exames: uma carga viral detectável, albumina e bilirrubinas em níveis normais, plaquetas 89.000 mm³ e exame de ultrassonografia do abdome que revelou ascite moderada, sinais de hepatopatia crônica e nódulo medindo 3,0 cm, localizada no lobo direito do fígado. Foi encaminhado para o setor de imagem onde realizou uma tomografia computadorizada com estudo dinâmico cujo laudo revelou lesão nodular localizada em segmento VIII, medindo 3,3 cm, com captação de contraste em fase arterial e lavagem rápida na fase tardia (washout). O nível sérico de AFP coletada foi 200 ng/mL. Baseado no sistema de estadiamento Barcelona Clinic Liver Cancer Group (BCLC), mais utilizado no mundo ocidental, assinale o item correto.
- A) O sistema BCLC avalia tamanho tumoral, classificação de Child-Turcotte-Pugh e escala de grau de performance da Organização Mundial de Saúde (OMS) mas não orienta a terapia de escolha para o hepatocarcinoma.
 - B) O paciente apresentou exame de tomografia de tórax normal. Foi classificado como BCLC B e após uma reunião multidisciplinar foi elegível a realização de um tratamento através de quimioembolização, como condição para ser incluído em fila de transplante hepático.
 - C) O paciente foi submetido a exame de tomografia de tórax cujo laudo foi normal. Foi classificado como BCLC A, tendo em vista que tem um tumor único menor que 5,0 cm em fígado cirrótico, com nível de albumina normal e após uma reunião multidisciplinar foi elegível e incluído em fila de transplante hepático.
 - D) O paciente foi submetido a exame de tomografia de tórax cujo laudo foi normal. Foi classificado como BCLC A, tendo em vista que tem um tumor único menor que 5,0 cm em fígado cirrótico, com nível de albumina normal. Após uma reunião multidisciplinar foi elegível para tratamento cirúrgico com ressecção hepática.
- 03.** Um paciente de 70 anos de idade, fumante, iniciou quadro de anorexia, perda ponderal e dor abdominal de leve intensidade há 4 meses. No último mês, manifestou icterícia de caráter flutuante e deu entrada em um serviço ambulatorial de cirurgia digestiva apresentando fezes escurecidas. Ao exame físico, apresentava sinais de emagrecimento, icterícia leve e uma vesícula biliar palpável, porém indolor. Qual dos diagnósticos citados é mais provável diante do quadro relatado?
- A) Colangiocarcinoma distal.
 - B) Carcinoma de papila de Vater.
 - C) Adenocarcinoma de cabeça de pâncreas.
 - D) Neoplasia maligna da segunda porção do duodeno.

04. Um paciente de 21 anos de idade apresenta-se em um serviço de emergência com quadro de 8 horas de evolução de dor vaga em região inferior do abdome associada a náuseas e anorexia. Na admissão, relata alteração da localização da dor abdominal que passou a se concentrar no quadrante inferior direito do abdome. No exame físico, este paciente apresentava febre baixa, leve taquicardia e dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, porém sem sinais de dor a descompressão do abdome. A avaliação laboratorial solicitada apresentou leucócitos acima de $15.000/\text{mm}^3$ e proteína C reativa com nível =7 mg/dL. O US Abdominal revelou diâmetro total do apêndice medindo 6,8 mm; perda da compressibilidade da parede do apêndice; aumento da ecogenicidade da gordura perpendicular, presença de líquido pericecal com debris e visualização de apendicolito. Em relação ao quadro clínico descrito, assinale a opção correta.
- A) A abordagem laparoscópica tem se tornado o padrão ouro para o tratamento cirúrgico da apendicite, porém no caso descrito acima não deve ser indicada.
 - B) Em quadros abdominais semelhantes ao do caso do paciente descrito acima, se náuseas e vômitos precederem a dor é mais provável que a causa dos sintomas seja apendicite.
 - C) A apresentação clássica da apendicite aguda ocorre somente em 66% dos casos e os pacientes das faixas etárias extremas são mais suscetíveis a desenvolver perfuração do apêndice, com conseqüente maior risco de morbimortalidade.
 - D) A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico em todo o mundo, com uma prevalência de aproximadamente 7% da população. Ocorre com maior frequência no sexo masculino, em adolescentes, adultos jovens e na sexta década de vida. Seu diagnóstico é predominantemente clínico; entretanto muitos exames laboratoriais e uma tomografia sempre é necessária para seu diagnóstico na ausência do sinal de Blumberg.
05. Paciente masculino, 62 anos de idade, diabético tipo 2, entra no serviço de cirurgia digestiva com anemia e lesão polipoide de 3cm na incisura angular da pequena curvatura gástrica. A biópsia revelou adenocarcinoma tipo intestinal de Lauren e a ecoendoscopia mostrou invasão da camada muscular própria.



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

Sobre o caso acima, assinale a afirmativa correta.

- A) A indicação cirúrgica está justificada pela anemia.
- B) Trata-se de um caso Borrmann-II, estágio uT2NxMx.
- C) Por se tratar de caso Borrmann-I está recomendada a linfadenectomia D1 com ressecção de pelo menos 13 linfonodos para análise.
- D) A gastrectomia subtotal com linfadenectomia é o tratamento curativo recomendado, podendo ser por videolaparoscopia com desfechos oncológicos semelhantes à cirurgia aberta bem como expectativa de remissão do diabetes.

06. A equinococose hidática hepática ou cisto hidático do fígado é uma zoonose predominante nas zonas rurais da América do Sul. Produzida pela forma larvária da tênia *equinococcus granulosus*. Os cistos hidáticos, além de comprometerem o sistema venoso portal ou hepático por compressão dos pedículos venosos tendo como consequência a hipertensão portal, podem acometer outros órgãos como pulmões, rins, baço e cérebro. Em relação ao cisto hidático do fígado, assinale a alternativa correta.
- A) O tratamento clínico de primeira linha é o Albendazol 400 a 800 mg/dia durante 28 dias e o tratamento cirúrgico de escolha na equinococose hidática hepática é a ressecção fechada do cisto através de planos de dissecação anatômica do fígado, promovendo a remoção cirúrgica do parasita e de toda adventícia.
 - B) Geralmente os pacientes são assintomáticos. As hemoculturas são positivas em 100% dos casos e os exames de imagem, ultrassonografia e a tomografia computadorizada têm sensibilidade muito elevada (95%) para o diagnóstico da natureza cística da lesão.
 - C) A sorologia (ELISA) apresenta-se positiva em poucos casos, tendo baixa acurácia e a ausência de provas sorológicas positivas exclui a presença de um cisto hidático.
 - D) Os cistos hidáticos costumam ser múltiplos e se localizam predominantemente no lobo direito, produzindo durante seu crescimento atrofia, necrose e desaparecimento do parênquima hepático.
07. Paciente masculino, 27 anos de idade, IMC= 30, procura ambulatório de cirurgia digestiva trazendo endoscopia com esofagite grau-B de Los Angeles e Hérnia Hiatal por deslizamento de tamanho moderado. Faz uso contínuo de Omeprazol 40mg/dia há 2 anos pois sente pirose de frequência diária sempre que tenta interromper o medicamento. Com relação ao caso acima, assinale a alternativa correta.
- A) Hérnia hiatal e obesidade são fatores de risco para DRGE e ao estarem associadas à dependência do Omeprazol constituem razões para indicar o tratamento cirúrgico, neste caso.
 - B) A cirurgia anti-refluxo é contraindicada na obesidade, sendo o by-pass gástrico em y-de-roux a cirurgia mais recomendada para o caso em questão.
 - C) Segundo o consenso de Lyon, os achados endoscópicos em questão são conclusivos para doença do refluxo gastroesofágico.
 - D) Uma monitorização esofágica evidenciando fração de exposição ácida acima de 6% contraindica o tratamento cirúrgico.
08. Sobre a Acalasia esofágica, assinale a alternativa correta.
- A) Trata-se de doença cujo tratamento cirúrgico pode ser curativo.
 - B) É fator de risco para o câncer de esôfago sendo o adenocarcinoma o tipo histológico mais prevalente.
 - C) A operação de escolha é a cardiomiectomia de Heller, sendo consensual a adição de procedimento anti-refluxo parcial tipo Toupet ou D'Or devido a alta prevalência de DRGE com a miotomia isolada tal qual ocorre na miotomia endoscópica (POEM).
 - D) A Classificação de Chicago pela manometria de alta resolução diferencia esta doença em 3 subtipos (clássico, compressão esofágica e espástico) tendo em comum uma IRP > 15mmHg (Integrated Relaxation Pressure maior que o limite superior da normalidade).
09. Sobre cirurgia bariátrica e metabólica, assinale a afirmativa correta.
- A) Em média, diabetes e Apneia do sono são comorbidades que melhoram menos que hipertensão e dislipidemia com a cirurgia bariátrica.
 - B) O conceito de cirurgia metabólica sugere que o critério primário para indicação cirúrgica seja como tratamento primário para o diabetes melitus ou para variáveis metabólicas mais que as variáveis de IMC.
 - C) O Bypass Gástrico proporciona resolução imediata dos sintomas de doença do refluxo em mais de 90% dos casos ao passo que na Gastrectomia Vertical sintomas de refluxo podem surgir em até 5% dos casos.
 - D) Antes de ser realizada como operação primária a Gastrectomia Vertical "Sleeve" foi inicialmente proposta como primeiro passo do Bypass Gástrico Laparoscópico em pacientes com IMC elevado (>60 Kg/m² pois o mesmo tinha altas taxas de morbidade (23%) e mortalidade (7%).
10. Sobre o câncer colorretal, assinale a alternativa correta.
- A) A síndrome de Lynch corresponde a 20% dos casos de câncer colorretal.
 - B) Nos tumores obstruídos, a possibilidade de estoma é maior no acometimento do cólon direito.
 - C) Quanto maior o tamanho do adenoma maior a chance do mesmo albergar um câncer, com risco de 50% no adenoma tubular maior que 2 cm.
 - D) Nos 15 cm distais do intestino grosso a combinação de quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes resultam em dramática redução do tamanho tumoral (downstaging), inclusive podendo levar a erradicação completa do tumor em 20% dos casos.

11. Sobre o Controle de Danos no Trauma, pode-se afirmar:
- A) No pré-hospitalar, o estado do paciente é comunicado precocemente ao centro de trauma, assim como a transfusão durante o transporte pode estar disponível.
 - B) Após a ligadura da veia renal direita numa laparotomia para controle de danos, durante a reoperação, o rim direito pode ser preservado de acordo com o aspecto do órgão.
 - C) A ligadura de vasos como artéria mesentérica superior e artéria ilíaca externa pode ser considerada como conduta definitiva, desde que o paciente esteja hemodinamicamente estável.
 - D) No trauma hepático, está bem estabelecida a manobra de "empacotamento", já no trauma esplênico, a esplenectomia é a conduta mais indicada, independentemente do grau da lesão.
12. Em relação ao trauma abdominal, assinale o correto.
- A) No trauma duodenopancreático, a mortalidade é semelhante para lesões penetrantes e contusas, e está associada às lesões vasculares de maior gravidade.
 - B) O trauma hepático pode ser conduzido de forma conservadora, mesmo com instabilidade hemodinâmica, quando se dispõe de tomografia computadorizada para controle.
 - C) Nas lesões vasculares da zona 3, os principais vasos atingidos são a aorta abdominal infrarrenal e a veia cava inferior, e o controle vascular distal deve ser feito de imediato.
 - D) O trauma abdominal penetrante na gestante se apresenta frequentemente com descolamento de placenta ou rotura uterina, sendo essa última mais rara e associada a impacto de alta energia.
13. Sobre a colangite, marque o correto.
- A) A terapia com antibióticos deve incluir a cobertura para Gram positivos (*S. aureus*) e germes multirresistentes.
 - B) Na maior parte dos casos, a descompressão da via biliar, seja cirúrgica, seja por via endoscópica, é necessária na fase aguda.
 - C) A causa mais comum é a coledocolitíase, que pode favorecer o aumento da pressão intraductal e o crescimento bacteriano pela estase de bile.
 - D) A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada é contraindicada em situações de instabilidade clínica e hemodinâmica devido à alta mortalidade do procedimento.
14. Na colecistite aguda, marque o correto.
- A) A videolaparoscopia é contraindicada nos casos de colecistite grave ou com infecção enfisematosa.
 - B) A colecistite calculosa é a mais diagnosticada, e apresenta alta incidência de gangrena, infecção enfisematosa e perfuração.
 - C) A colecistite acalculosa é encontrada em 10% dos casos, e em pacientes em uso de nutrição parenteral total ou de esteroides, pós-parto e em quadros de sepse e trauma.
 - D) A abordagem cirúrgica deve ser planejada, após a resolução do processo inflamatório, com a finalidade de diminuir o tempo de internação, o tempo de recuperação e a morbidade.
15. Sobre o transplante de pâncreas, pode-se afirmar:
- A) A avaliação do enxerto pancreático é feita exclusivamente por exames séricos e história familiar de diabetes melitus.
 - B) A principal indicação desse tipo de transplante é o paciente com diabetes melitus tipo 2 com resistência periférica à insulina, comprovada.
 - C) A drenagem exócrina para a bexiga é a mais utilizada, principalmente pela facilidade no diagnóstico da rejeição pancreática ao se dosar a amilase na urina.
 - D) O implante pancreático com drenagem portal, teoricamente, é considerado mais fisiológico pois a insulina produzida pelo enxerto passa pela circulação hepática antes de atingir a circulação sistêmica, o que previne a hiperinsulinemia.
16. Com relação às complicações da herniorrafia inguinal por videolaparoscopia, marque o correto.
- A) O risco de lesões vasculares com necessidade de abordagem cirúrgica é menor que 0.1% e mais de 75% das lesões ocorrem durante a inserção da agulha de Veress ou dos trocartes no início do procedimento.
 - B) A recidiva da hérnia após a videocirurgia chega a 20%, e é um quadro facilmente diferenciado de um seroma ou de um lipoma do cordão espermático.
 - C) Nas pequenas lesões de bexiga, sangue e gás podem ser vistos no coletor de urina e a sutura por planos sempre deve ser feita.
 - D) Nas lesões intestinais, o intestino delgado é o mais atingido, e o diagnóstico em geral é tardio.

17. A insuficiência hepática aguda (hepatite fulminante) é uma síndrome clínica grave com alta mortalidade. O transplante hepático está indicado em casos selecionados. Para diagnóstico dessa síndrome é essencial:
- A) INR > 3,5.
 - B) Encefalopatia.
 - C) Insuficiência renal associada.
 - D) Bilirrubina total sérica > 17,5 mg/dl.
18. A cirrose hepática, de qualquer etiologia, constitui a principal indicação de transplante de fígado. Assinale a resposta correta.
- A) No Brasil, o período mínimo de abstinência alcoólica, para inscrição em lista de transplante de fígado é de 1 mês.
 - B) Pacientes com cirrose hepática descompensada (Child C e B) tem no transplante o tratamento mais adequado.
 - C) Pacientes com cirrose pelo vírus C e descompensados devem ser tratados antes do transplante.
 - D) O escore MELD é utilizado para indicar o transplante de fígado.
19. Adenoma hepatocelular é um tipo raro de tumor benigno de origem epitelial, frequentemente associado ao uso de estrógenos. Sobre essa neoplasia, é correto afirmar:
- A) A acurácia diagnóstica da tomografia e ressonância é semelhante.
 - B) Adenoma com mutação do gene beta-catenina são mais frequentes em mulheres em uso prolongado de anovulatórios.
 - C) Classificado em 4 tipos, de acordo com o genótipo/fenótipo. Adenomas com mutação no gene HNF1-Alpha, frequentemente são ricos em gordura.
 - D) Adenoma inflamatório representa cerca de 50% dos adenomas e estão associados a obesidade, síndrome metabólica e consumo elevado de bebidas alcoólicas. É o tipo com maior risco de carcinoma hepatocelular.
20. Em relação ao diagnóstico, estadiamento e tratamento do adenocarcinoma do pâncreas, é correto afirmar:
- A) Os tumores de corpo e cauda são mais frequentes que os de cabeça.
 - B) Tomografia computadorizada com emissão de pósitrons tem baixa especificidade para distinguir processo inflamatório de neoplasia.
 - C) Atualmente, há evidências que pacientes com níveis séricos elevados de bilirrubinas, devem ser submetidos a descompressão pré-operatória da via biliar.
 - D) Atualmente, a neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia, traz benefícios evidentes, mesmo em pacientes com tumores inicialmente ressecáveis.