



Apoio às Residências em Saúde
Edital N° 02/2019

PSU/RESMED/CE - 2020

PROGRAMA PRÉ-REQUISITO: CIRURGIA GERAL

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

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) 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!

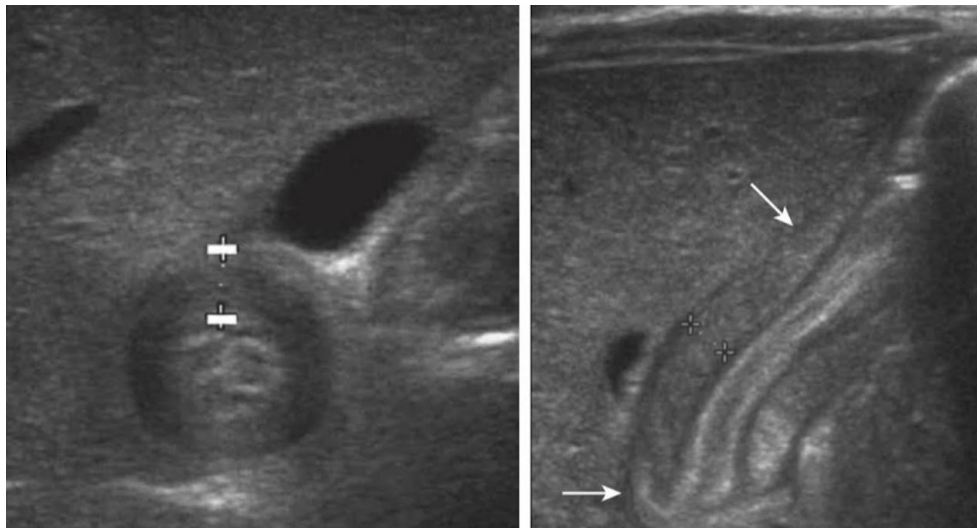
Fortaleza, 17 de novembro de 2019.

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

Inscrição

Sala

01. O Residente de cirurgia é chamado para auxiliar uma cirurgia pediátrica de uma criança de 5 meses. No intra-operatório ele observa que se trata de uma lesão cística multiloculada, medindo cerca de 10 cm, localizada em trígono cervical posterior, apresentando íntimo contato com a veia jugular. Qual deve ser a proposta cirúrgica para esse paciente?
- A) Excisão cirúrgica radical e ligadura da veia jugular.
 - B) Ressecção associada à esclerose da lesão com bleomicina.
 - C) Ressecção completa da lesão, seguindo a técnica de Sistrunk.
 - D) Ressecção da lesão com isolamento e ligadura dos ramos linfáticos.
02. Lactente, masculino, 8 semanas de vida, é trazido a emergência, com quadro clínico de vômitos, pós alimentares, não biliosos, além de desidratação. Ao exame físico, observa-se à ausculta abdominal, aumento dos ruídos hídricos em andar superior do abdome, além de massa palpável em quadrante superior direito. Foi solicitado uma ultrassonografia de abdome conforme figura anexa.



Qual deverá ser a conduta do caso em questão?

- A) Pilonidectomia laparoscópica.
 - B) Duodenoduodenostomia látero-lateral.
 - C) SNG em aspiração, NPT e redução hidrostática por enema.
 - D) Diverticulectomia em forma de V com fechamento transversal.
03. A equipe avançada do SAMU 192 chega na Sala de Emergência do Centro de Trauma com um homem de 44 anos vítima de atropelamento por carro há cerca de 30 minutos. Apresenta os seguintes achados da avaliação primária: intubado, SaTO₂ 93%, colar cervical, ausculta pulmonar presente bilateral, pele fria, pálida, pulso radiais não palpáveis, PA = 77 x 52 mmHg, FC = 138 bpm, pupilas isocóricas e fotorreagentes, lesão complexa na perna esquerda abaixo do joelho com curativo extravassando sangue. Quais são as condutas mais adequadas neste momento do atendimento?
- A) Realizar uma reanimação agressiva com 2 litros de cristaloides aquecido, curativo compressivo na lesão hemorrágica na perna, realizar ultrassom (FAST) e iniciar drogas vasoativas.
 - B) Priorizar a realização dos exames complementares de imagem como tomografias de crânio, abdômen e pelve; reposição de cristaloides 20 ml/kg a cada 20 minutos e considerar hemotransfusão.
 - C) Realizar uma reanimação hemostática, restringir uso de cristalóide, iniciar antifibrinolítico, acionar protocolo de transfusão maciça, controle efetivo da lesão hemorrágica e realizar o ultrassom (FAST).
 - D) Aquecer o doente, reposição volêmica com cristaloides, curativo hemostático na lesão da perna, iniciar ácido tranexâmico 500 mg a cada 8 horas, infundir concentrado de hemácias e plasma na proporção 3:1.

04. Um motociclista de 21 anos, alcoolizado, sem capacete, perde o controle de sua moto e colide contra o muro. O médico da equipe da UTI do SAMU 192 decide por transporte rápido até o Hospital de Emergência que estava há 10 minutos da cena. Na admissão na Sala de Emergência verifica-se uma evidente fratura de face grave, com distorção anatômica, sangramento na via aérea, taquipneico, respiração ruidosa e gorgolejos. Qual a sequência de condutas mais adequadas no tratamento inicial da via aérea deste doente dentre as opções abaixo?
- A) Manobra de tração da mandíbula, aspiração, ofertar oxigênio suplementar por máscara facial, pedir ajuda, preparar material para realizar uma cricotireoidostomia cirúrgica.
 - B) Abrir a via aérea, aspiração, ofertar oxigênio suplementar via máscara laríngea, utilizar bougie para técnica de intubação retrógrada e em caso de falha considerar fibroscopia.
 - C) Aspirar, iniciar ventilação assistida com dispositivo bolsa - válvula - máscara, ofertar oxigênio 6 litros/minuto, aplicar cânula orofaríngea e preparar traqueostomia de emergência.
 - D) Realizar 3 tentativas de intubação orotraqueal farmacologicamente assistida com uso de bloqueador neuromuscular, caso seja falha realizar ventilação a jato via cricotireoidostomia por punção com jelco 16.
05. Um paciente vítima de ferimento penetrante por projétil de arma de fogo deu entrada na sala de emergência do hospital de trauma. Verifica-se apenas uma lesão de entrada cerca de 2 cm abaixo do ramo da mandíbula esquerda. O paciente queixa-se de dor local e no exame cervical não tem escape de ar pela ferida, sem enfisema subcutâneo, ausência de hematoma expansivo, mas observa-se um sangramento mínimo pela ferida. Os parâmetros iniciais são PA = 109 x 84mmHg, FC = 104 bpm, FR = 22irpm e SaTO₂ = 95%. Qual a melhor conduta para o paciente?
- A) Exploração cirúrgica por incisão em "colar", raio x cervical e torácico.
 - B) Endoscopia digestiva alta, aplicar collar cervical e encaminhar em seguida para cirurgia.
 - C) Tomografia cervical com contraste venoso, endoscopia digestiva alta e conduta expectante.
 - D) Broncoscopia, colocação de folley com balão insuflado para prevenir sangramento pela ferida e ultrassom com doppler cervical.
06. Um jovem de 17 anos colide sua moto em um poste e é levado para Sala de Emergência do Hospital Terciário de Referência com queixa de dor abdominal. Sinais vitais FR = 22 irpm, PA = 118 x 74 mmHg, FC = 100 bpm, temperatura 36,7 °C, SaTO₂ = 96% em ar ambiente. Ao exame físico, dor abdominal na palpação do flanco esquerdo onde apresenta uma área de escoriação (figura) e sem sinais de irritação peritoneal. Realizado o ultrassom (FAST) que identificou cerca de 500 ml de líquido livre. Com base nestas informações do enunciado, qual a conduta mais adequada neste momento?



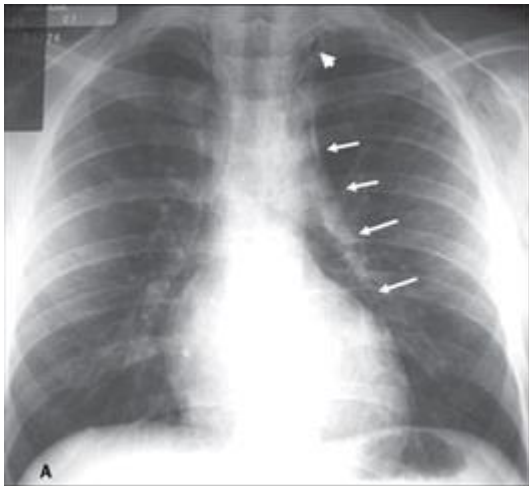
Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

- A) Indicar laparotomia exploradora.
- B) Realizar o lavado peritoneal diagnóstico.
- C) Solicitar uma tomografia abdominal com contraste venoso.
- D) Deixar em observação, exame físico e laboratorial seriados.

07. A Unidade de Suporte Avançado do SAMU 192 atende um jovem de 18 anos vítima de ferimento por projétil de arma de fogo no tórax. Durante o atendimento, seguindo a sistematização do Prehospital Trauma Life Support, o doente tem uma parada cardíaca que é prontamente assistida por reanimação cardiopulmonar, intubação, descompressão bilateral do tórax e remoção rápida até o hospital de trauma. Na sala vermelha o doente chega em atividade elétrica sem pulso com complexo largo. Qual a conduta recomendada para o caso, neste momento?
- A) Realizar uma toracotomia de emergência do tipo Clamshell, autotransfusão e drogas vasoativas.
 - B) Suspender as medidas de reanimação pois trata-se de uma atividade elétrica sem pulso de complexo largo.
 - C) Continuar a reanimação cardiopulmonar, considerar a toracotomia de reanimação, uso de reanimação volêmica com cristaloides e hemoderivados.
 - D) Manter reanimação cardiopulmonar por 2 minutos, uso de adrenalina em bolus e se manter atividade elétrica sem pulso com complexo largo suspender as manobras de reanimação.
08. Bombeiro, 35 anos, procurou atendimento médico terciário com relato de dor de forte intensidade na mucosa oral e rouquidão. Refere que, há aproximadamente 18 horas, participou de resgate de uma família em casa em chamas e que, antes do ocorrido, não apresentava tais queixas. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, estável hemodinamicamente, eupneico, saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente, afebril e orientado. Mucosa oral bastante edemaciada e com bolhas. Qual a conduta mais adequada, neste momento?
- A) Intubação endotraqueal e analgesia.
 - B) Dosagem dos níveis séricos de Carboxihemoglobina.
 - C) Aplicação de pomada antimicrobiana na mucosa oral.
 - D) Suporte ventilatório não-invasivo, hidratação e analgesia.
09. Paciente 70 anos com diagnóstico de câncer gástrico do tipo intestinal, localizado em antro gástrico, com história de perda de peso de 10 kg em 2 meses (peso atual 54 kg), vômitos e hiporexia. Foi submetido à gastrectomia subtotal. Exames pré-operatórios: TC: espessamento gástrico pré-pilórico e em pequena curvatura com adenomegalias fusionadas em tronco celíaco; Hb 10,2 g/dl; leucócitos 8700mm³; plaquetas 280.000/mm³; albumina 2,5 g/dl. A cirurgia durou cerca de 3 horas. Foi uma gastrectomia subtotal a DII em Y de Roux, sem intercorrências. Após 24 horas da cirurgia o paciente ainda não conseguiu ser extubado. HPP: sem outras patologias prévias, nega tabagismo e etilismo. Qual a provável causa do retardo na extubação do paciente?
- A) Complicação abdominal.
 - B) Má assistência anestésica.
 - C) Desnutrição pela perda de peso.
 - D) Insuficiência respiratória senil.
10. Paciente, sexo masculino, 30 anos, vítima de explosão em fábrica de pólvora, foi encaminhado para serviço terciário em Queimaduras com 40% da superfície corporal queimada com características de 2º e 3º graus e hipoalbuminemia. Quanto ao suporte nutricional neste contexto, qual a conduta mais adequada?
- A) Dieta oral em livre demanda complementada por alimentação enteral.
 - B) O suporte enteral ou parenteral orientado pelo nível sérico de albumina.
 - C) NPT, já que há comprometimento do trato gastrointestinal na maioria dos grandes queimados.
 - D) Estratégias farmacológicas, cirúrgicas e comportamentais devem ser utilizadas para conter efeitos anabólicos e atenuar resposta metabólica.
11. Paciente, 34 anos, vítima de acidente automobilístico deu entrada na emergência de hospital secundário apresentando TCE grave, com instabilidade hemodinâmica. Após medidas iniciais para estabilização clínica e punção de acesso venoso central em veia jugular interna direita foi transferido para tratamento definitivo em hospital especializado em trauma após 7h da admissão. Que medida deve ser tomada em relação ao cateter venoso central?
- A) Deve ser mantido na veia jugular interna direita uma vez que foi puncionado há menos de 24h.
 - B) Deve ser removido o cateter venoso central e deve-se realizar uma nova punção em sítio diferente.
 - C) Deve ser trocado o cateter venoso central através de fio guia mantendo-se o mesmo sítio de punção.
 - D) Deve ser removido o cateter venoso central após 24h da punção e, se necessário, realizar nova punção.

12. Paciente, 39 anos, no 1º pós-operatório de abdominoplastia, evoluiu com hiperemia e crepitação subcutânea, frequência cardíaca 99 bpm e febre 38,5 °C. Sobre o caso, qual o diagnóstico e conduta mais adequada?
- A) Infecção superficial de sítio cirúrgico. A conduta é a retirada de alguns pontos e a lavagem de ferida com soro fisiológico.
 - B) Seroma e atelectasia, pela dor abdominal. A conduta é a retirada de alguns pontos com expressão da ferida e fisioterapia respiratória.
 - C) Infecção de ferida operatório por clostridium perfringens ou estafilococos aureus. A conduta é a abertura de pontos e antibioticoterapia de amplo espectro.
 - D) Infecção necrotizante de sítio cirúrgico. A conduta é a intervenção cirúrgica imediata com debridamento extenso de áreas necróticas identificadas.
13. Paciente do sexo feminino, 45 anos, é transferida para o hospital terciário com história de dor súbita em membro superior direito, de forte intensidade, acompanhada de frieza, palidez e parestesia. É hipertensa e refere piora progressiva dos sintomas. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, eupneica, taquicárdica com frequência cardíaca irregular, orientada e cooperativa. O membro superior direito encontra-se pálido, frio, com áreas de cianose que clareiam à digitopressão, mobilidade preservada e ausência de pulsos braquial, radial e ulnar. O membro superior esquerdo não apresenta alterações e os pulsos são normais. De acordo com o caso clínico acima qual o tratamento definitivo para esta paciente?
- A) Amputação do membro superior direito.
 - B) Tratamento com trombolítico sistêmico.
 - C) Embolectomia com cateter tipo Fogarty.
 - D) Analgesia, aquecimento do membro e anticoagulante endovenoso.
14. Paciente do sexo feminino, 65 anos, obesa, sem outras comorbidades, com diagnóstico de câncer de ovário será submetida a tratamento cirúrgico com histerectomia total ampliada. Qual das seguintes medidas é mais eficiente para prevenir eventos tromboembólicos nesta paciente?
- A) Rivaroxabana 20 mg, via oral, 1x dia.
 - B) Heparina de baixo peso molecular 40mg, via subcutânea, 1x dia por 30 dias.
 - C) Deambulação precoce e dispositivo de compressão pneumática intermitente.
 - D) Heparina de baixo peso molecular 40mg, via subcutânea, 1x dia por 7-10 dias.
15. Paciente, sexo feminino, 35 anos, em uso de anticoncepcional oral, procurou a emergência de um hospital com quadro súbito de dor e edema em perna esquerda. Realizou US doppler venoso que identificou trombose venosa profunda aguda em veias poplítea e tibial anterior esquerdas. A paciente foi avaliada pelo plantonista e liberada para casa com prescrição de um anticoagulante oral inibidor direto do fator Xa. Quais as opções da paciente?
- A) Dabigatrana e rivaroxabana.
 - B) Dabigatrana e argatrobana.
 - C) Argatrobana e apixabana.
 - D) Apixabana e rivaroxabana.
16. Paciente do sexo masculino, 28 anos, sem comorbidades, é admitido na emergência de um hospital terciário vítima de ferimento por arma de fogo em abdome. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, eupneico, taquicárdico, hipocorado e hipotenso. Realizou US FAST que identificou presença de líquido livre na cavidade abdominal. Foi submetido à laparotomia exploradora e identificado lesão vascular em abdome com sangramento ativo. O cirurgião vascular realizou a ligadura do vaso sangrante pois sabe que não trará prejuízo para o paciente. Qual dos vasos abaixo era a possível fonte do sangramento do paciente?
- A) Veia porta.
 - B) Veia mesentérica superior.
 - C) Artéria mesentérica inferior.
 - D) Artéria mesentérica superior.

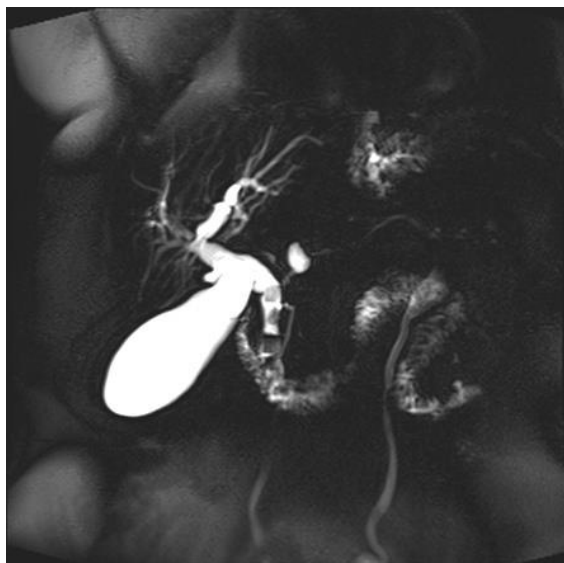
17. Paciente, 55 anos, evoluiu no 1º PO de uma correção de hidrocele com retenção urinária aguda. Foi passada sonda vesical de alívio, mas 6 horas após, evoluiu com novo quadro de retenção urinária. Ao exame físico, foi identificado volumoso bexigoma. Qual a melhor conduta para este caso?
- Cistostomia.
 - Sondagem vesical de alívio.
 - Reduzir a hidratação venosa.
 - Sondagem vesical de demora.
18. Rafael, 38 anos, sem comorbidades, IMC 20, procura atendimento especializado no ambulatório de infertilidade de um hospital terciário, referindo ter relações sexuais regulares, há 3 anos, sem usar nenhum método contraceptivo, com sua companheira e que a mesma era saudável e teve 02 filhos em um relacionamento anterior. Ao ser interrogado sobre os seus antecedentes, negava fazer uso de medicações, drogadicção, tabagismo ou etilismo e referia ter sido submetido a uma herniorrafia bilateral na infância, além de cirurgia aos 28 anos para correção de hérnia inguinal recidivada bilateral, com colocação de tela de polipropileno. Sobre o caso é correto afirmar:
- O histórico de cirurgia para correção de hérnia inguinal é importante, uma vez que danos à vascularização do funículo espermático ou vasos deferentes, ou retenção destes à tela usada, pode causar infertilidade.
 - O suprimento sanguíneo dos vasos deferentes e dos testículos pode ser lesado durante uma hernioplastia inguinal, portanto é fundamental a dissecação cuidadosa e extensa do saco herniário até a bolsa escrotal.
 - Se durante uma herniorrafia, os vasos deferentes forem lesionados em um paciente em idade reprodutiva, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação urológica ambulatorial e correção cirúrgica eletiva.
 - Caso o perfil hormonal seja normal, é esperado, para esse paciente que o espermograma evidencie uma quantidade adequada de sêmen e espermatozoides.
19. Paciente, 35 anos, com histórico de bulimia, procura a emergência referindo dor torácica retroesternal e dispneia leve. Ao exame físico, observou-se enfisema subcutâneo em região cervical, FC 102 bpm, PA 100x 60mmHg e abdome inocente. Exames laboratoriais: Hb 10,8g/dl; leucócitos 16.000/mm³, 4% de bastões. Foi submetida à radiografia de tórax que evidenciou: Após o Rx de tórax a paciente foi encaminhada para a tomografia de tórax e abdome que não evidenciaram coleções. Sobre o caso, qual a melhor estratégia terapêutica?



- Desbridamento e rafia da lesão.
 - Esofagectomia parcial e esofagostomia.
 - Sonda nasogástrica imediata e antibioticoterapia de amplo espectro.
 - Passagem de um stent endoscópico, sonda nasoenteral e antibioticoterapia de amplo espectro.
20. Paciente foi ao ambulatório de cirurgia tendo realizado US abdominal de rotina que evidenciou lesão cística no baço de 5 x 4 cm. Refere ser assintomático, não ter história de trauma abdominal e não ter realizado viagens para fora do Estado. Qual o diagnóstico provável dessa paciente?
- Cisto desmoide.
 - Cisto epidermoide.
 - Cistoadenocarcinoma.
 - Cisto por infecção por Echinococcus.

21. Com relação às reconstruções do esôfago qual a opção correta?
- A) O cólon poderá ser utilizado para restabelecer a continuidade utilizando seus segmentos mais longos, permitindo uma anastomose sem tensão e sem risco de dilatação a longo prazo.
 - B) O jejuno deverá ser preferido para reestabelecer a continuidade por ser longo e bem vascularizado, atingindo qualquer altura de substituição esofágica, sem necessidade de anastomose enteroentérica adicional.
 - C) O estômago é o órgão preferido para restabelecer a continuidade, porém os vasos gastroepiploicos e gástricos curtos devem ser ligados para permitir a extensa liberação e anastomose sem tensão ao esôfago cervical.
 - D) Um retalho livre do antebraço poderá ser utilizado para reconstruções de segmentos curtos do esôfago, sendo mantida por anastomose microvascular para a artéria e veia mamária interna ou vasos cervicais disponíveis.
22. Paciente masculino, 45 anos, com IMC de 41 Kg/m², hipertenso, não diabético, sem sucesso com tratamento clínico para perda de peso há mais de dois anos e com obesidade estável há mais de cinco anos, realizou exames pré-operatórios que detectaram presença de pólipos adenomatosos gástricos de 5 mm. Avaliação multiprofissional favorável à realização de cirurgia bariátrica. Qual a melhor conduta para esse paciente?
- A) Desvio biliopancreático.
 - B) Gastrectomia em Manga.
 - C) Colocação de balão gástrico.
 - D) Bypass gástrico em Y-de-Roux.
23. Paciente masculino, 31 anos, hipertenso em uso de captopril, espironolactona e nifedipina procurou cirurgião apresentando fraqueza muscular, polidipsia, poliúria, noctúria, cefaleia e fadiga. Realizou exames bioquímicos sendo evidenciado níveis séricos de potássio de 2,9 mmol/L, e níveis de atividade plasmática de renina e aldosterona colhidas com o paciente deitado e em repouso de respectivamente 0,2 ng/ml/h (VR de 0,3 a 0,8 ng/ml/h) e 25 ng/dl (VR de 4 a 15 ng/dl). Submeteu-se à TC de abdome que evidenciou nódulo em adrenal direita de 1 cm. Qual o diagnóstico mais provável?
- A) Incidentaloma.
 - B) Feocromocitoma.
 - C) Síndrome de Conn.
 - D) Síndrome de Cushing.
24. Paciente feminina, 42 anos, procurou assistência médica com dor de leve intensidade em quadrante superior direito do abdome não relacionada à alimentação. Realizou US abdominal compatível com nódulo em segmento VI do fígado de 5 x 4 cm. TC de abdome evidencia lesão nodular de 4,5 x 3,5 cm com margens definidas, com enchimento centrípeto do contraste na fase arterial e esvaziamento lento na fase venosa. Relata uso de anticoncepcional oral há dez anos. Qual a melhor conduta para essa paciente?
- A) Conduta expectante e seguimento ambulatorial.
 - B) Segmentectomia hepática por videolaparoscopia.
 - C) Biopsia aspirativa por agulha fina guiada por TC.
 - D) Hepatectomia direita videoassistida com hand assisted.
25. Paciente masculino, 56 anos, iniciou quadro de dispepsia e anemia ferropriva, e procurou assistência médica que observou exame físico sem maiores alterações, exceto pela palidez cutâneo mucosa (+/4). Foi orientado a realização de EDA, sendo esta compatível com lesão em antro gástrico Borrmann II. Realizou TC que evidenciou aumento da espessura em parede gástrica em terço distal com três linfadenomegalias em grupo linfonodal pré-pilórico. Submeteu-se a US endoscópico que concluiu por invasão tumoral da camada muscular própria do estômago. O resultado histopatológico da biópsia endoscópica foi compatível com adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Qual a justificativa para realizar tratamento cirúrgico videoassistido?
- A) O resultado oncológico é superior ao da cirurgia aberta.
 - B) A linfadenectomia a D2 é melhor realizada que na cirurgia aberta.
 - C) O início da alimentação oral é mais precoce que na cirurgia aberta.
 - D) A cirurgia R0 tem mais chance de ser realizada neste que na cirurgia aberta.

26. Paciente do sexo feminino, de 39 anos, submetida a Gastroplastia a Capella há 5 anos. Há 10 dias vem buscando a emergência com quadro de dor em hipocôndrio direito e icterícia de padrão colestático. Ultrassonografia do abdome mostrou colelitíase e leve dilatação de ducto colédoco. Foi solicitado uma colangiografia por ressonância magnética, cujas imagens seguem abaixo. Qual o procedimento terapêutico a ser realizado?

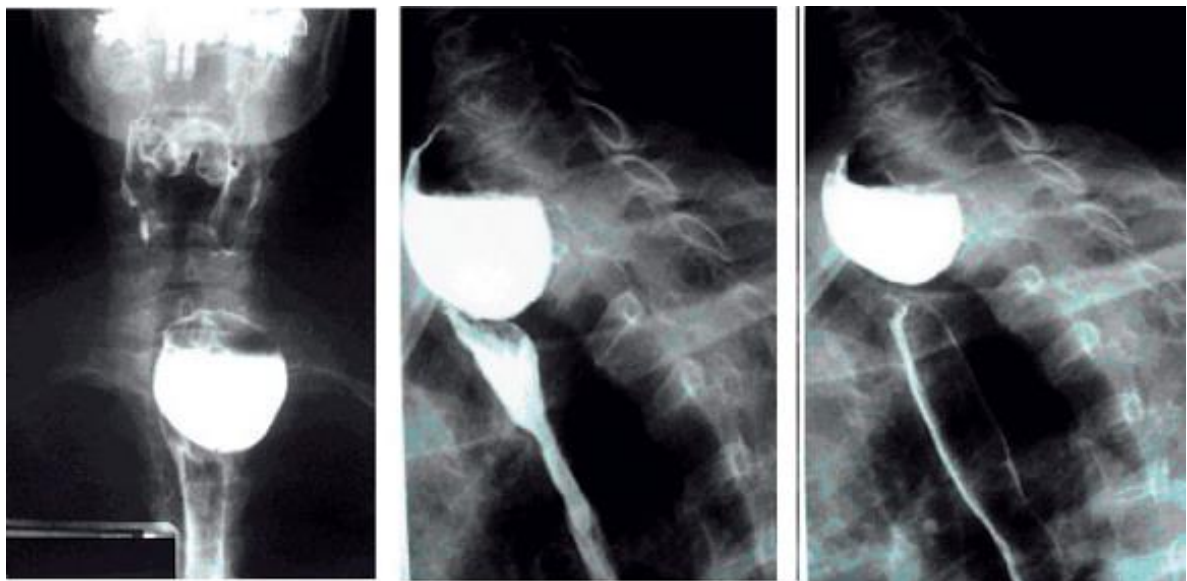


- A) Colectomia videolaparoscópica.
B) Colectomia + exploração de vias biliares.
C) Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
D) Colangiografia percutânea trans-hepática com extração de cálculos.
27. Paciente do sexo feminino, 67 anos, apresentou-se para atendimento ambulatorial com quadro de icterícia progressiva de padrão colestático, prurido intenso e perda de peso. Em tomografia de abdome havia evidência de massa heterogênea em topografia da vesícula biliar, dilatação da árvore biliar intra-hepática e ascite moderada. Foi realizada videolaparoscopia diagnóstica que confirmou os achados, esvaziou a ascite e visualizou implantes peritoneais, cujo diagnóstico histopatológico foi de adenocarcinoma. Qual a melhor conduta?
- A) Colectostomia a Torek.
B) Drenagem de via biliar percutânea com prótese auto-expansível.
C) Quimioterapia e radioterapia paliativas, e tratamento do prurido com naloxone.
D) Colectomia, hepatectomia segmentar, ressecção da via biliar principal e linfoadenectomia.
28. Paciente do sexo feminino, de 22 anos, apresentou quadro de dor abdominal súbita e choque hipovolêmico. Após compensação, realizou tomografia computadorizada que mostrou lesão sólida periférica no segmento IVa de 4,0cm com sinais radiológicos de sangramento. Refere uso de anticoncepcional oral (ACO). Na emergência, foi optado por abordagem endovascular da lesão com sucesso terapêutico imediato após embolização. Qual o próximo passo?
- A) Enucleação da lesão.
B) Hepatectomia esquerda.
C) Ressecção do segmento IVa.
D) Suspensão do anticoncepcional e reavaliação em seis meses.
29. Paciente do sexo masculino, 61 anos, apresentou-se para atendimento ambulatorial queixando-se de empachamento nos últimos dois meses. Na investigação, foi realizada tomografia de abdome que evidenciou lesão cística de 3,0 cm na cabeça do pâncreas com alguns componentes sólidos. Foi optado pela realização de ecoendoscopia com punção, que evidenciou os seguintes achados: Antígeno Carcinoembrionário = 12600ng/ml e Amilase = 6350U/L. Qual a conduta apropriada?
- A) Acompanhamento clínico.
B) Duodenopancreatocistectomia.
C) Ressecção local da lesão cística.
D) Drenagem endoscópica da lesão cística para o estômago.

30. Paciente do sexo masculino, 41 anos, apresenta há oito meses quadro de dor epigástrica, diarreia e perda de peso. Apresenta histórico de paratireoidectomia prévia por hipercalcemia há quatro anos e tratamento de úlcera gástrica há seis meses. Tem história familiar importante de paratireoidectomias na família. Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou presença de úlceras de aspecto péptico em bulbo duodenal. Tomografia de abdome, a seguir. Foram realizados os seguintes exames laboratoriais: antígeno carcinoembrionário = 3,5ng/ml; CA19-9 = 33,0U/ml e gastrina sérica = 728pg/ml. Qual o procedimento cirúrgico mais indicado?



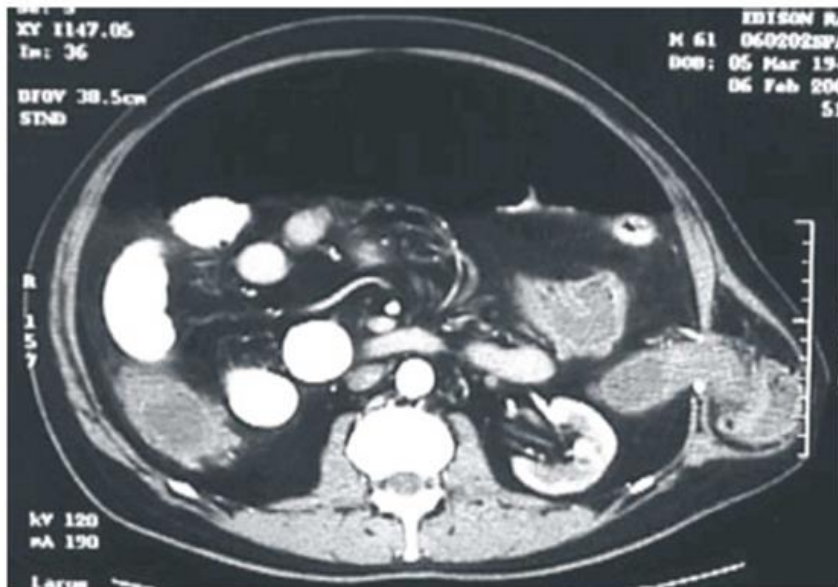
- A) Gastrectomia total.
B) Duodenopancreatectomia.
C) Vagotomia superseletiva.
D) Enucleação da lesão pancreática.
31. Um homem de 73 anos vem apresentando sensação de "aperto na garganta", tosse, salivação excessiva e regurgitação de material não digerido de odor fétido. Realizou esofagograma a seguir: que descreve uma lesão de 4 cm. Qual a melhor proposta de tratamento para esse paciente?



- A) Miotomia do cricofaríngeo por cervicotomia.
B) Ressecção da lesão com grampeador linear.
C) Miotomia do tireofaríngeo mais uma pexia da lesão.
D) Divisão endoscópica da parede comum com o esôfago.

32. Qual dos seguintes pacientes apresenta melhor indicação para tratamento cirúrgico com valvuloplastia anti-refluxo videolaparoscópico?
- A) Paciente de 45 anos com esofagite moderada e IMC 32.
 - B) Paciente de 34 com refluxo ocasional e esôfago de Barret.
 - C) Paciente de 67 anos com esofagite endoscópica, DM e coronariopata.
 - D) Paciente de 30 anos com endoscopia mostrando hernia tipo I, 3 cm acima do hiato.
33. Paciente 40 anos realiza uma endoscopia digestiva alta que identifica uma lesão polipoide séssil de 3 cm no estômago em pequena curvatura justa-pilórico. O histopatológico da biópsia foi de adenoma tubuloviloso. Qual a melhor estratégia para tratamento dessa lesão?
- A) Gastrotomia para ressecção seguida de gastrorrafia.
 - B) Gastrectomia parcial videolaparoscópica + Billroth II.
 - C) Ressecção endoscópica fragmentada com alça com seguimento.
 - D) Ressecção endoscópica com infusão de SF 0,9% e adrenalina submucosa.
34. As obstruções intestinais de delgado por neoplasia estão principalmente associadas a qual origem?
- A) Carcinomatose peritonial.
 - B) Carcinóides de íleo terminal.
 - C) Metástase intestinal de melanoma.
 - D) Tumores estromais gastrointestinais.
35. Uma mãe traz uma criança de 2 anos com queixa de hérnia umbilical para consulta com o cirurgião. Ela refere que ocasionalmente quando a criança chora com intensidade a hérnia fica abaulada e dolorida. E que ela tem dificuldade para 'empurrar pra dentro a bolinha'. Ao exame: hérnia umbilical redutível com colo de 2 cm. Qual a melhor conduta para essa criança?
- A) Indicar correção da hérnia eletivamente.
 - B) Indicar correção da hérnia em caráter de urgência.
 - C) Aguardar completar 5 anos para indicar cirurgia, caso ela persista.
 - D) Não indicar cirurgia pois a tendência é que se torne assintomático.
36. Um paciente de 50 anos é portador de um câncer de reto distando 2 cm da linha pectínea. Foi submetido a quimiorradioterapia neoadjuvante e será submetido a ressecção. Qual desvio intestinal que provavelmente este paciente será submetido?
- A) Colostomia terminal.
 - B) Colostomia a Hartmann.
 - C) Colostomia lateral transversa.
 - D) Ileostomia lateral de proteção.
37. Uma paciente de 42 anos apresentou quadro de dor em FIE de forte intensidade com duração de 3 dias até que passou a sentir febre e procurou atendimento médico. Foi solicitada uma Tomografia abdominal total que detectou abscesso pélvico por provável diverticulite complicada. A paciente foi submetida a drenagem de abscesso e após 10 dias de antibiótico encontra-se bem: abdome flácido, afebril, flatulando e com boa tolerância a dieta branda. Qual a melhor conduta para essa paciente?
- A) Realizar colectomia esquerda nesse internamento.
 - B) Programar alta e indicar cirurgia se apresentar nova crise.
 - C) Realizar uma colonoscopia para avaliar extensão antes da alta.
 - D) Aguardar 6 semanas e indicar colectomia videolaparoscópica.
38. Paciente de 54 anos é submetido a colonoscopia preventiva. Um pólipó séssil de 1,5 cm foi ressecado no Cécum após infusão submucosa com soro fisiológico. O estudo histopatológico confirma adenoma viloso com componente invasor pouco diferenciado atingindo até muscular da mucosa, com margens livres. Qual a conduta mais apropriada para esse paciente?
- A) Ressecção segmentar do Cécum.
 - B) Repetir a colonoscopia após 1 ano.
 - C) Repetir a colonoscopia após 3 meses.
 - D) Colectomia direita com linfadenectomia.

39. Qual a cirurgia para tratamento de *Pectus Excavatum* que demonstra melhor resultado funcional e com menos agressão, para pacientes jovens?
- A) Osteotomia esternal isolada
 - B) Prótese para preencher o defeito.
 - C) Suporte esternal interno com barra.
 - D) Dissecção muscular, remoção de cartilagens costais e estabilização do esterno.
40. Paciente de 53 anos apresenta quadro de distensão e dor abdominal. Ao exame RHA aumentados; distensão +++/4+. HPP: Nefrectomia direita por cálculo coraliforme. Realiza TC abdominal a seguir. Qual o diagnóstico provável?



- A) Hérnia de Petit.
- B) Hérnia incisional.
- C) Hérnia de Spiegel.
- D) Hérnia de Grynfelt.