



## **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. A folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área privativa na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.18 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, 22 de novembro de 2020.

**Inscrição**

**Sala**

- 01.** Pais levam seu filho, Marcos, 7 meses de idade, para consulta médica relatando que, desde o nascimento, não se identifica o testículo direito da criança na bolsa e, mais recentemente, perceberam um abaulamento em região inguinal ipsilateral. Marcos nasceu a termo, de parto normal e não apresenta qualquer outra afecção. Ao exame físico, testículo esquerdo tóxico e testículo direito é palpável em canal inguinal não sendo passível de ser trazido à bolsa com manobras. Além disto, é possível palpar conteúdo herniário inguinal redutível à direita. Qual a conduta mais adequada para essa criança, neste momento?
- A) Proceder à herniorrafia inguinal e orquidopexia direitas.
  - B) Reavaliar clinicamente a criança, após 1 ano de idade.
  - C) Solicitar ultrassonografia de pelve com doppler testicular.
  - D) Corrigir a hérnia e, com 2 anos de idade, reavaliar o testículo.
- 02.** Criança, sexo masculino, 5 meses de vida, foi trazido ao Pronto Atendimento devido a sangramento retal inicialmente vivo, em grande quantidade, que se iniciou na noite anterior, sem qualquer outro sintoma. Família informa que a gestação da criança transcorreu sem intercorrências, tendo nascido a termo e ainda se encontra em aleitamento materno exclusivo. Também, pais negam que criança tenha tido qualquer outro episódio similar no passado, nega episódios de cólica ou alterações do hábito intestinal, bem como nega internações ou cirurgias prévias. Ao exame físico: bom estado geral, ativa, reativa, com abdome flácido, sem visceromegalias, sem dor à palpação e sem sinais de peritonite. O aspecto da fralda está na figura.



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

- Qual a hipótese diagnóstica mais provável?
- A) Polipose intestinal.
  - B) Invaginação intestinal.
  - C) Divertículo de Meckel.
  - D) Angiodisplasia colônica.
- 03.** Menina, 10 anos, vítima de acidente automobilístico (carro versus carro). A criança estava no banco traseiro, utilizando cinto de 3 pontas com posicionamento do componente abdominal sobre a região umbilical. Após atendimento inicial, foi transferida para unidade de emergência com equipe especializada em atendimento pediátrico, onde realizou uma avaliação focada com ultrassonografia abdominal (FAST). Como deve ser a conduta para esta criança?
- A) Pode ser conservadora mesmo que o FAST revele grande quantidade de sangue intra-abdominal.
  - B) Conservadora apenas se o FAST for negativo e a criança estiver hemodinamicamente estável.
  - C) Cirúrgica, se o FAST revela pequena quantidade de sangue intra-abdominal, após expansão volêmica com Ringer.
  - D) Cirúrgica, se o FAST revelar grande quantidade de sangue intra-abdominal, independente da condição hemodinâmica da criança.

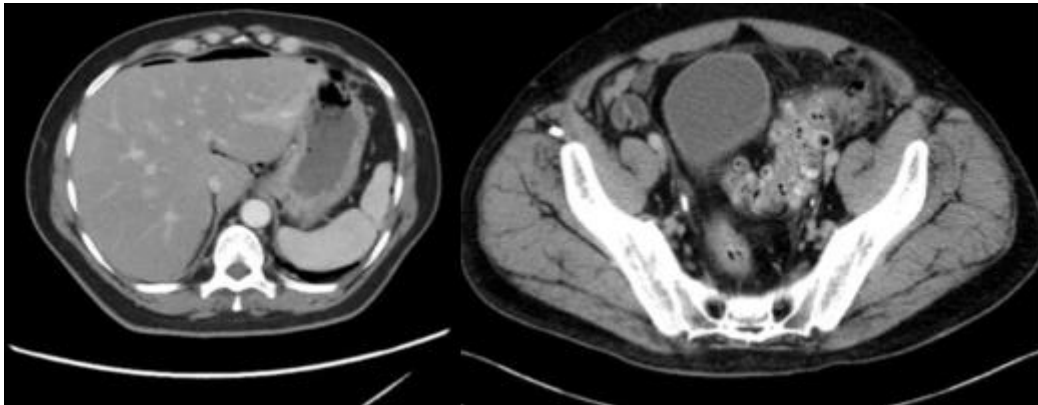
- 04.** Criança, 6 anos de idade, iniciou tratamento com antibiótico oral por pneumonia comunitária em uma Unidade Básica de Saúde. Após 48 horas, evoluiu com dispneia progressiva, tiragem intercostal e piora da tosse e da febre. Rx de tórax sugestivo de pneumonia com derrame pleural importante à direita. Foi, então, internado em unidade pediátrica terciária, sendo iniciada antibioticoterapia venosa e submetido a toracocentese seguida de drenagem pleural sob selo d'água, com débito de líquido purulento. Apresentou melhora inicial, porém, após 72 horas houve recrudescimento da febre e piora da dispneia. Dreno de tórax oscilante, sem débito significativo. Raio X de tórax revelou hemitórax direito velado e ultrassonografia de tórax demonstrou derrame pleural à direita com lâmina de 2 cm e septações espessas. Qual a conduta mais apropriada para esta criança?
- A) Toracotomia com ligadura do ducto torácico.
  - B) Redrenar o tórax e manter em aspiração contínua.
  - C) Videotoracosopia para limpeza da cavidade pleural.
  - D) Descorticação pulmonar com pleurodese mecânica ou química.
- 05.** Menino, 13 anos de idade, é atendido na UPA por dor testicular direita aguda há quatro horas. Relata que a dor iniciou de baixa intensidade, com piora progressiva. Nega vômitos, disúria e febre. Exame físico demonstra ausência de abaulamento em região inguinal, presença de testículos tópicos, reflexo cremastérico preservado bilateralmente e sinal de Angel ausente. No testículo direito, não há dor à palpação do mesmo, exceto de modo significativo em sua porção cranial junto à transição com epidídimo. Considerando o diagnóstico mais provável, qual a conduta mais apropriada?
- A) Biópsia cirúrgica por acesso inguinal.
  - B) Exploração testicular e orquidopexia direitas.
  - C) Prescrição de anti-inflamatório não-esteroidal.
  - D) Exploração testicular direita e orquidopexia bilateral.
- 06.** Homem, 66 anos, procura atendimento médico queixando-se de polaciúria e dificuldade de esvaziamento vesical. Relata que vinha apresentando jato urinário fraco e esforço miccional, além de um PSA de 5,8ng/dl, realizado 2 anos antes. Ao exame: abdome flácido, levemente doloroso à palpação profunda de hipogástrio, sem visceromegalias. O toque retal evidenciou próstata aumentada de volume, sem nodulações. Sobre o caso, qual deverá ser a melhor conduta?
- A) Solicitar sumário de urina, PSA e urodinâmica e prescrever um bloqueador alfa-adrenérgico.
  - B) Solicitar hemograma e sumário de urina e, após descartar quadro infeccioso, indicar prontamente uma RTU de próstata.
  - C) Realizar a sondagem vesical de demora e iniciar, um inibidor da 5-alfa redutase, uma vez que este não interfere nos níveis de PSA.
  - D) Realizar cistostomia guiada por ultrassom para descomprimir o trato urinário e, após, proceder investigação com sumário de urina, PSA e urodinâmica.
- 07.** Homem, 63 anos de idade, apresentando lesão pigmentada, medindo 3 cm em coxa direita. A biópsia excisional da lesão evidenciou um melanoma nodular com Breslow de 2,5 mm, nível de Clark IV, presença de ulceração, margens cirúrgicas livres, porém exíguas. Ao exame físico, o paciente apresenta linfonodomegalia inguinal direita, endurecida, pouco móvel, com cerca de 2 cm de diâmetro. Tomografias de tórax, abdome e pelve revelaram apenas a presença da referida linfonodomegalia, suspeita para acometimento secundário. Sobre o caso em questão, deve-se considerar, nesse momento, como a conduta mais adequada:
- A) Realizar a ampliação de margens para 2 cm e a linfadenectomia inguinal, seguida de quimioterapia e radioterapia adjuvantes.
  - B) Realizar, inicialmente, uma punção aspirativa por agulha fina (PAAF), a fim de obter confirmação patológica da disseminação regional.
  - C) Realizar ampliação de margens para 1cm, indicar pesquisa de linfonodo sentinela e a depender da biópsia do linfonodo sentinela, indicar linfadenectomia regional.
  - D) Realizar ampliação de margens para 3cm e a linfadenectomia inguinal.

08. Paciente, 36 anos, há 6h apresentando dor em fossa ilíaca esquerda, com irradiação para a genitália, além de febre com calafrios. Realizou exames laboratoriais que evidenciaram: Hb 12,5g/dl; 22.000 leucócitos/mm<sup>3</sup>; Bastões 3%; creatinina 0,8 mg/dL; ureia 22mg/dL; sumário de urina com moderada quantidade de bactérias, leucocitúria, nitrito positivo. Foi submetida a TC de abdome, conforme figura anexa.



Qual a melhor conduta para o caso?

- A) Analgesia, antibioticoterapia e colocação de duplo J.
  - B) Analgesia, antibioticoterapia e litotripsia extracorpórea.
  - C) Analgesia, antibioticoterapia, alfa bloqueador e diuréticos.
  - D) Antibioticoterapia, Ureterolitotripsia endoscópica e colocação de duplo J.
09. Mulher, 80 anos, diabética e hipertensa, chega à emergência com quadro de dor abdominal localizada em região do flanco e fossa ilíaca esquerda, associada à calafrios, distensão abdominal e parada de eliminação de flatos e fezes. Pressão arterial = 80 x 60 mmHg, pulso = 120 bpm, Sat O<sub>2</sub> 88%. Exames laboratoriais: Hb 12g/dl; 16.000 leucócitos/mm<sup>3</sup>, 3% de bastões, creatinina de 1,5 mg/dL. Foi submetida à reposição volêmica, e antibioticoterapia empírica de amplo espectro e encaminhada à tomografia de abdome. (figura anexa) Após TC, a paciente evoluiu com piora da instabilidade hemodinâmica, sendo iniciada droga vasoativa.



Qual é a melhor conduta nesse caso?

- A) Lavagem da cavidade e colostomia lateral.
  - B) Drenagem percutânea das coleções guiada por tomografia.
  - C) Lavagem da cavidade, sigmoidectomia à Hartman e aposição de dreno.
  - D) Lavagem da cavidade, sigmoidectomia com anastomose colorretal e aposição de dreno.
10. Mulher, 45 anos, no 20º dia de internação hospitalar por pancreatite aguda biliar grave, evoluindo com melhora clínica. Qual a conduta em relação a colecistectomia?
- A) É mandatória e deve ser sempre precedida por uma CPRE.
  - B) Deve ser realizada 6 semanas após o quadro agudo de pancreatite grave.
  - C) Deve ser realizada, após melhora da SIRS, obrigatoriamente, na mesma internação.
  - D) Deve ser realizada nessa internação desde que os níveis de amilase e lipase normalizem.

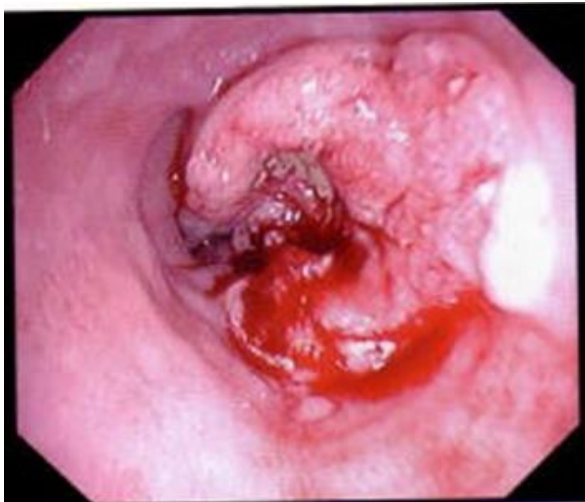
11. Homem, 62 anos, procura atendimento médico com quadro de dor abdominal e parada de eliminação de flatos e fezes há 2 dias. Ao exame físico apresenta distensão abdominal importante, sem irritação peritoneal e ao toque retal encontra-se lesão endurecida tocável a 5cm da borda anal. Realizada tomografia de abdome que mostra distensão importante dos cólons, além de espessamento circunferencial ao nível do reto médio, determinando importante redução da luz do órgão. Qual a melhor conduta?
- A) Proctocolectomia total a Milles com linfadenectomia e ileostomia terminal.
  - B) Colostomia em alça e encaminhamento para quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes.
  - C) Retossigmoidectomia com ligadura das artérias sigmoidianas nas origens e com anastomose colorretal.
  - D) Retossigmoidectomia ligadura da artéria mesentérica inferior em sua origem, com anastomose colorretal e ileostomia em alça protetora.
12. Durante colecistectomia de urgência por colecistite aguda, observou-se vesícula biliar bastante inflamada, intrahepática, além aderência firme entre o infundíbulo e via biliar principal. No momento da dissecação do triângulo de Callot, utilizando a pinça de Maryland, além de sangramento continuado, o cirurgião identificou bile saindo do pedículo biliar e optou por realizar a colangiografia transoperatória, conforme figura anexa.



- Nesse momento, qual a melhor conduta?
- A) Prosseguir com a cirurgia, já que a colangiografia tem aspecto normal.
  - B) Rafia da via biliar principal, com fio inabsorvível, e colocação de dreno próximo à sutura.
  - C) Aposição de dreno de kehr, rafia da via biliar, com fio absorvível e colocação de dreno próximo à sutura.
  - D) Converter para técnica aberta e realizar hepatico jejunostomia em Y de Roux com fio absorvível e colocação de dreno próximo à sutura.
13. Mulher, 42 anos, internada para realizar colecistectomia eletiva, referindo episódio prévio de olhos amarelados. Trouxe um ultrassom abdominal, que evidenciou vesícula com paredes finas, apresentando microcálculos no seu interior, sem dilatação de vias biliares. Durante a colecistectomia, o cirurgião optou por realizar colangiografia trans-operatória que mostrou colédoco com diâmetro de 2,5 cm e cálculo próximo à papila. Diante deste achado, qual deve ser a conduta de escolha?
- A) Colecistectomia e derivação bileodigestiva.
  - B) Colecistectomia e colocação de dreno de Kehr.
  - C) Colecistectomia e encaminhar para CPRE ambulatorial.
  - D) Colecistectomia e exploração trans-cística por videolaparoscopia.

14. Paciente, 60 anos, com diagnóstico de lesão duodenal subestenótica, referindo hiporexia e vômitos pós-prandiais, além de perda ponderal de 15 kg em 3 meses (peso habitual 65 kg). Foi internado para ser submetido a duodenopancreatectomia. Exames admissionais: albumina 2,8g/dl; Hb 10g/dl e 6.600 leucócitos/mm<sup>3</sup>. Em relação ao suporte nutricional, qual deverá ser a melhor conduta para esse paciente?
- A) Programar a cirurgia o mais rapidamente possível e iniciar o suporte nutricional por NPT no pós-operatório imediato.
  - B) Postergar a cirurgia e implementar uma dieta oral hiperprotéica e hipercalórica, sob acompanhamento da nutrição.
  - C) Iniciar dieta enteral por sonda, antes da cirurgia proposta, objetivando diminuir o risco de fístulas e complicações infecciosas.
  - D) Realizar jejunostomia durante o transoperatório, visto ser a melhor forma de suporte nutricional e a que oferece menor risco de complicações.
15. Mulher, 22 anos, internada no setor de psiquiatria por suspeita de transtorno alimentar com disfagia, vômitos recorrentes e regurgitação. Esofagograma e endoscopia digestiva alta revelaram trânsito esofagogástrico lento, com retenção de alimentos e megaesôfago com diâmetro máximo de 8 centímetros. A manometria esofágica evidenciou ausência de relaxamento do EEI durante a deglutição, além de aperistalse do corpo esofágico. Qual a melhor conduta para esta paciente?
- A) Cardiomiectomia de Heller com válvula antirrefluxo.
  - B) Miotomia endoscópica perioral – Poem.
  - C) Esofagectomia com tubo gástrico.
  - D) Cardioplastia de Collis.
16. Paciente, 76 anos, sexo masculino, vítima de atropelamento, deu entrada na emergência de hospital terciário com choque hemorrágico. Realizada punção de acesso venoso central em veia jugular interna direita para hemotransfusão. Após procedimento cirúrgico e estabilização clínica, foi transferido para UTI. Qual a conduta correta em relação ao acesso venoso central?
- A) Fazer antibioticoprofilaxia sistêmica.
  - B) Realizar troca do cateter venoso central através de fio-guia.
  - C) Manter o cateter venoso central uma vez que foi puncionado a menos de 24h.
  - D) Realizar nova punção de acesso venoso central em sítio diferente do atual.
17. Paciente, 56 anos, sexo feminino, diabética, procurou atendimento médico devido à presença de feridas em dedos do pé esquerdo. Relata início das lesões há 4 meses, com piora progressiva. Ao exame: EGB, eupnéica, fáscias de dor, orientada. MIE: presença de lesões necróticas e infectadas em 1º, 2º e 4º pododáctilos do pé esquerdo, pulsos distais palpáveis e normais. Raio X do pé esquerdo evidenciou osteomielite em 1º e 2º pododáctilos. Após avaliação médica, foi decidido por iniciar tratamento com antibióticos, além de procedimento cirúrgico. Qual o tratamento cirúrgico apropriado para a paciente acima?
- A) Amputação em raia.
  - B) Amputação acima do joelho.
  - C) Amputação abaixo do joelho.
  - D) Amputação transmetatarsal.
18. Paciente, sexo feminino, 30 anos, puérpera, apresentou no 4º PO dor e edema em MIE. O US doppler venoso evidenciou trombose venosa profunda em veias femoral e poplítea do membro inferior esquerdo. Iniciou tratamento com anticoagulante (clexane 1mg/kg 12/12h), mas após 7 dias apresentou episódio de dispnéia súbita e dor torácica. Procurou atendimento de emergência, sendo realizados exames laboratoriais e de imagem que confirmaram tromboembolismo pulmonar. Diante da situação, qual a conduta correta?
- A) Colocar um filtro de veia cava.
  - B) Trocar o clexane por um anticoagulante oral.
  - C) Suspender o clexane e iniciar heparina não fracionada.
  - D) Associar o marevan 5mg por dia até obter um INR entre 2 e 3.

19. Paciente, 70 anos, sexo masculino, tabagista e hipertenso foi encaminhado para o serviço de cirurgia vascular com queixa de dor em perna esquerda. Relata há 5 meses início de dor intensa em panturrilha esquerda ao deambular 150 metros. Nega edema, dor em repouso ou outras queixas. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, eunéico e orientado. Pulsos em MIE: femoral e poplíteo normais e ausência de pulsos distais. Como é calculada a medida do índice tornozelo-braquial a ser realizada nesse paciente?
- A) A pressão do braço esquerdo, dividida pela pressão no tornozelo esquerdo.
  - B) A pressão do tornozelo esquerdo dividida pela pressão do braço esquerdo.
  - C) A pressão braquial mais elevada de cada braço, dividida pela pressão mais elevada de cada tornozelo.
  - D) A pressão mais elevada no tornozelo para cada pé, dividida pela pressão mais elevada dentre as pressões braquiais de cada braço.
20. Paciente, 35 anos, sexo feminino, em uso de anticoncepcional oral, foi submetida a tratamento cirúrgico de joelho esquerdo por trauma. No 2º PO evoluiu com dor e edema em panturrilha esquerda. Realizou US doppler venoso que evidenciou trombose venosa profunda. Foi prescrito um anticoagulante chamado de dabigatrana. Qual o mecanismo de ação desse anticoagulante oral?
- A) Inibidor direto da trombina.
  - B) Inibidor direto do fator Xa.
  - C) Inibidor direto do fator IXa.
  - D) Inibidor indireto do fator Xa.
21. Paciente do sexo masculino de 62 anos, ex-tabagista e ex-etilista, apresenta perda ponderal e disfagia progressiva há 3 meses. Realizou endoscopia digestiva alta com o achado no esôfago médio evidenciado na foto, que impediu a progressão do aparelho endoscópico. Enquanto aguardava o anatomopatológico dos fragmentos retirados, foi encaminhado para um centro especializado no tratamento dessa patologia.



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

- Quais os métodos mais efetivos no estadiamento da doença no caso desse paciente?
- A) Ultrassonografia endoscópica e broncoscopia.
  - B) Ultrassonografia endoscópica e esofagograma.
  - C) Tomografia de tórax, abdome e esofagograma.
  - D) Tomografia de tórax, abdome e broncoscopia.
22. Paciente do sexo feminino, de 45 anos, submetida a colecistectomia videolaparoscópica há 3 meses comparece em consulta extra ao ambulatório queixando-se de dor em quadrante superior direito do abdome (semelhante à dor prévia à cirurgia) e febre, além de urina escurecida. Ao exame, apresenta icterícia leve. Realizou ultrassom que evidenciou via biliar com calibre de 10mm e imagem de cálculo de 5mm em seu terço distal. Foi internada e iniciada antibioticoterapia. Enquanto aguardava exames laboratoriais, passou a apresentar hipotensão e sonolência. Qual a conduta terapêutica mais adequada a ser tomada de imediato?
- A) Drenagem percutânea da via biliar.
  - B) Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
  - C) Exploração convencional da via biliar com aposição de tubo em T.
  - D) Exploração laparoscópica da via biliar, com papilotomia anterógrada.

23. Paciente do sexo feminino, de 58 anos, submetida a hemicolecotomia direita por adenocarcinoma de cólon ascendente há 6 meses, comparece assintomática e com bom estado geral à consulta de acompanhamento trazendo tomografia computadorizada de abdome com lesão hipocaptante de 2,5cm no segmento III (periférica) do fígado, além de um CEA = 92ng/mL. Realizou ainda tomografia de tórax e PET-CT sem outras lesões. Qual o próximo passo?
- A) Realização de colonoscopia.
  - B) Hepatectomia esquerda isolada.
  - C) Ablação da lesão por radiofrequência associada a quimioterapia sistêmica.
  - D) Ressecção da lesão com margem mínima de 1,0 cm associada a quimioterapia sistêmica.
24. Paciente do sexo masculino de 66 anos apresentou há um mês um quadro de pancreatite aguda leve. Foi encaminhado a um hospital terciário após realizar tomografia computadorizada, que evidenciou uma lesão cística de 3,5cm na cabeça do pâncreas. Foi submetido a avaliação da lesão por ultrassonografia endoscópica (USE), que confirmou a sua presença, evidenciando-se ainda a presença de nódulos intramurais na lesão e leve dilatação do ducto pancreático próximo à papila de Vater. A punção do líquido evidenciou CEA = 453ng/mL e Amilase = 2300U. Qual a conduta a ser adotada?
- A) Enucleação da lesão.
  - B) Duodenopancreatectomia.
  - C) Drenagem endoscópica da lesão cística.
  - D) Acompanhamento, com USE e Ressonância em 3-6 meses.
25. Uma mulher, de 27 anos, vítima de colisão moto x poste é trazida para a emergência pelo SAMU. De acordo com o médico do pré-hospitalar, ele realizou a intubação pelo rebaixamento de consciência (Glasgow 7) na ambulância. Durante a avaliação inicial, identifica-se uma paciente obesa com volumoso enfisema subcutâneo envolvendo principalmente o hemitórax esquerdo, com murmúrio vesicular abolido também à esquerda. Não há presença de turgência jugular e não é percebido desvio de traqueia no exame físico. A frequência cardíaca é 142 bpm, pressão arterial 82 x 54 mmHg, pele pálida, fria e úmida. Com base nessas informações iniciais e as recomendações atuais de tratamento do doente de trauma, qual a melhor conduta a ser realizada inicialmente?
- A) Drenagem torácica em selo d'água à esquerda e verificar a posição do tubo endotraqueal.
  - B) Realizar o extend – FAST e na presença do sinal do “código de barras” realizar uma descompressão torácica digital.
  - C) Toracocentese com agulha no 2º espaço intercostal da linha clavicular média à esquerda e solicitar radiografia de tórax anteroposterior.
  - D) Descompressão torácica à esquerda com agulha no 5º espaço intercostal na linha axilar anterior e seguir com a drenagem torácica em selo d'água.
26. Durante uma laparotomia de emergência, em um doente com trauma abdominal, os achados cirúrgicos são: uma laceração de 60% do corpo do pâncreas com secção do ducto e uma lesão esplênica com sangramento. Os parâmetros hemodinâmicos estão estáveis. Qual o melhor tratamento para corrigir essas lesões?
- A) Reparo pancreático primário e esplenorrafia.
  - B) Reparo pancreático primário e esplenectomia.
  - C) Pancreatectomia distal, esplenectomia e drenagem.
  - D) Enterostomia pancreática em Y de Roux e esplenorrafia.
27. Paciente vítima de três ferimentos por projétil de arma de fogo em região do tórax e abdome é admitido na sala de emergência do hospital de trauma. A equipe optou por iniciar uma abordagem de reanimação hemostática, considerando os seguintes achados clínicos: PA 76 x 44 mmHg, FC 141 bpm, FR 38 bpm, torpor e palidez cutâneo-mucosa. A gasometria arterial com pH 7,21 e BE -11 mmol/l. Quando a transfusão sanguínea para este doente está indicada?
- A) Se a reposição inicial de 1 a 2 litros de cristaloides não alcançar resposta satisfatória.
  - B) De acordo com o hemoperitônio e dificuldade no controle das lesões hemorrágicas, com uma relação CH:PFC de 3:1.
  - C) Indicar transfusão de concentrado de hemácias e plaquetas lavadas em medidas proporcionais com base no quadro clínico inicial.
  - D) Indicar protocolo de transfusão maciça com medidas proporcionais de concentrado de hemácias e plasma fresco congelado (CH:PFC).



28. Um jovem de 21 anos se envolve em uma colisão moto x caminhão e apresenta múltiplas lesões, sendo que uma delas é uma lesão complexa do membro inferior direito abaixo do joelho. Um sangramento ativo é observado nesse membro e populares realizam um torniquete improvisado. Quando o médico do SAMU 192 chega na cena, com sua equipe, ele nota rapidamente o paciente sonolento e uma semi-amputação do membro com uma poça de sangue no chão. Considerando as informações iniciais deste caso e as recomendações atuais da abordagem do doente de trauma no cenário pré-hospitalar, qual a primeira conduta de avaliação do paciente que deve ser priorizada?
- A) Verificar vias aéreas e aplicar o colar cervical.  
B) Estimar o grau de choque hemorrágico do doente.  
C) Avaliar a efetividade do torniquete aplicado pelos populares.  
D) Ofertar oxigênio suplementar e garantir uma via aérea definitiva.
29. Um paciente comparece ao consultório com história de lesão recorrente axilar com supuração intermitente, conforme figura.

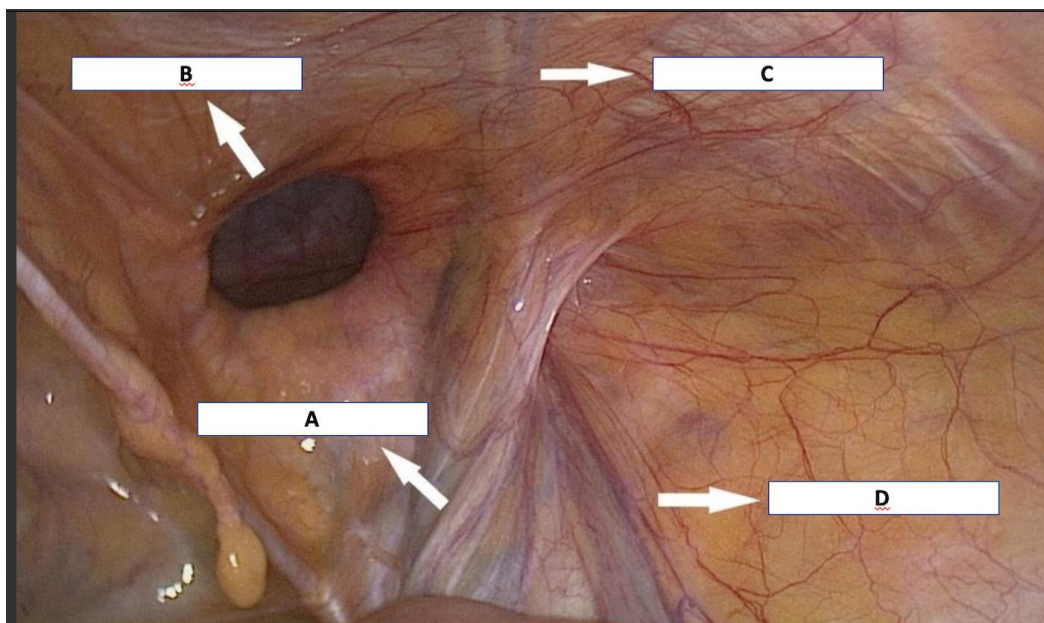


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

- Qual a conduta?
- A) Antibioticoterapia com clindamicina.  
B) Ressecção de pele e confecção de retalho.  
C) Ressecção de pele e confecção de enxerto.  
D) Ressecção da pele e fechamento por segunda intenção.
30. Qual dos seguintes pacientes tem prioridade para um transplante hepático?
- A) Mulher de 54 anos com HBsAg e 5 nódulos hepáticos no lobo D, sendo o maior de 2 cm e alfa fetoproteína 80U/dL.  
B) Homem de 34 anos com Nódulo hepático único de 9 cm em segmentos II e III, com características de fibrolamelar.  
C) Homem de 48 anos com cirrose Child A e um nódulo hepático de 3 cm em segmento VI sugestivo de hepatocarcinoma.  
D) Mulher de 63 anos com cirrose Child C por hemocromatose e 3 nódulos hepáticos de 3 cm nos segmentos I, IV e VIII e alfafetoproteína de 400U/dL.
31. Um paciente de 33 anos, IMC de 43, está em preparo para cirurgia bariátrica. De comorbidades, é portador de HAS, DM II, apneia do sono e DRGE (grau B Los Angeles). Qual dos seguintes procedimentos será melhor indicado para este paciente?
- A) Balão gástrico endoscópico.  
B) Gastroplastia vertical a sleeve.  
C) Bypass gástrico em Y de Roux.  
D) Bypass biliopancreático com duodenal switch

32. Homem de 26 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em abdome, é submetido a uma laparotomia para enterorrafia. Após cinco dias, ainda apresenta grande distensão abdominal e drenagem abundante de secreção serosa pela ferida operatória. Aparentemente há deiscência da parede abdominal (planos profundos) com visualização do alças intestinais sob os pontos da aponeurose em 3 cm de extensão da ferida aberta. Quando o cirurgião deve realizar o fechamento definitivo da parede?
- A) Após término da antibioticoterapia.
  - B) Após melhora da distensão abdominal.
  - C) Imediatamente, para evitar a evisceração.
  - D) Após estabelecimento da hérnia incisional.
33. Um homem de 46 anos é submetido a uma endoscopia digestiva alta por perda de peso e saciedade precoce. Os achados foram: lesão de grande volume, de origem intramural, de cerca de 6 cm provocando dificuldade de esvaziamento da saída gástrica, mucosa semipreservada, exceto por ulceração de 0,5 cm, de provável origem antral. Sem outros achados nos exames pré-operatórios. Qual cirurgia deve ser proposta para este paciente?
- A) Gastrectomia parcial.
  - B) Derivação gastrojejunal.
  - C) Gastroduodenopancreatectomia.
  - D) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia.
34. Uma paciente de 34 anos, casada há 4 anos, está iniciando tratamento para infertilidade. Seu ginecologista solicitou uma ultrassonografia abdominal que identificou um nódulo hepático no lobo E. A TC mostrou uma lesão fortemente captante de contraste na fase arterial e com rápido esvaziamento na fase venosa de 5,4 cm no segmento III. A alfa-fetoproteína foi normal. Um parecer do cirurgião foi solicitado. Qual a melhor conduta para esta paciente?
- A) Indicar biópsia percutânea para decidir sobre a ressecção.
  - B) Indicar embolização arterial hepática, seguida de ressecção.
  - C) Indicar ressecção da lesão em seguida reiniciar tratamento de infertilidade.
  - D) Contraindicar tratamento para infertilidade e observar a regressão da lesão.
35. Qual o tratamento preferencial para Doença de Caroli difusa?
- A) Ressecção hepática com reconstrução em Y de Roux.
  - B) Esficterotomia endoscópica para descompressão biliar.
  - C) Controle clínico das colangites com antibiótico a longo prazo.
  - D) Transplante hepático devido a complicações como colangite e cirrose.
36. Um paciente 74 anos, portador de neoplasia de reto médio/alto localmente agressivo, foi submetido a quimio-radioterapia neoadjuvante para posterior ressecção. Houve resposta a esse tratamento e o tumor não é mais sentido ao toque retal pré-operatório. No ato cirúrgico, foi detectada, aderência ao triângulo vesical. Qual das seguintes cirurgias estaria melhor indicada para este caso?
- A) Ressecção a Hartman com cistectomia parcial.
  - B) Exenteração pélvica com colostomia e neobexiga ortotópica.
  - C) Retosigmoidectomia abdomino-perineal – Cirurgia de Milles.
  - D) Ressecção anterior do reto com anastomose coloanal e Bricker.
37. Em qual das cirurgias abaixo, é necessária a preservação do baço para que esta seja eficaz?
- A) Adenocarcinoma de fundo gástrico.
  - B) Derivação espleno-renal seletiva distal.
  - C) Pancreatectomia distal por tumor neuroendócrino.
  - D) Desconexão ázigo-portal por trombose de veia espênica.
38. Após uma tireoidectomia radical por Neoplasia Folicular, uma paciente de 54 anos queixa-se de alteração da voz, tosse noturna e pneumonias por repetição. Qual a possível origem dessa complicação?
- A) Lesão do N. Laríngeo Superior.
  - B) Lesão do N. Laríngeo Recorrente D.
  - C) Lesão do N. Laríngeo não-Recorrente E.
  - D) Lesão dos Nn. Laríngeos Recorrentes bilateral.

39. Durante uma herniorrafia inguinal videolaparoscópica, o conhecimento dos marcos anatômicos é essencial.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 4)

A que estrutura corresponde a letra "D"?

- A) Vasos gonadais.
  - B) Vasos femorais.
  - C) Vaso deferente.
  - D) Vasos epigástricos.
40. A contaminação crônica pelo *H. pylori* está mais associada ao aumento da incidência de qual das seguintes neoplasias gástricas?
- A) Carcinoide gástrico Tipo II.
  - B) Linfoma de Burkitt gástrico.
  - C) Adenocarcinoma do tipo difuso.
  - D) Adenocarcinoma do tipo intestinal.