UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA- COREME

PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA INGRESSO NA RESIDÊNCIA MÉDICA EM 2019

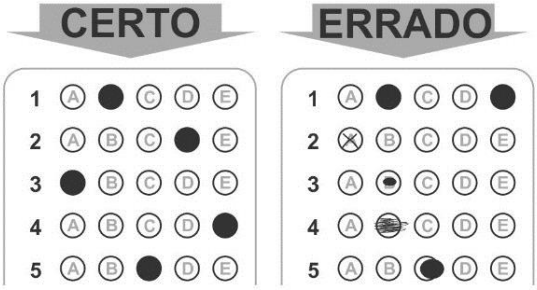
Programas credenciados e autorizados pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM/SESU/MEC - BRASÍLIA/DF,

EDITAL nº 02/2018 – COREME/HUUFMA

Caderno de Prova

Instruções

- A prova terá duração de duas horas e meia.
- Não rasure sua folha de resposta, pois será anulada a questão que contiver emenda, rasura ou, ainda, que apresentar mais de uma alternativa assinalada.
- Verifique, na folha de resposta, se seu nome, número de inscrição e número de documento de identidade estão corretos.
- Use, ao marcar a alternativa na folha de resposta, caneta esferográfica de tinta preta (preferencialmente) ou azul, ponta grossa, seguindo o modelo ao lado
- Marque, em cada questão, somente uma das alternativas.
- Verifique se este caderno contém todas as questões.
- Os gabaritos provisório e oficial e uma cópia deste caderno de provas, em formato pdf, serão disponibilizados no endereço http://www.concursos.ufma.br, no dia seguinte ao dia da aplicação da prova, de acordo com cronograma estabelecido no Edital nº 02/2018 - COREME/HUUFMA.



Programas com pré-requisito em CIRURGIA GERAL ou ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA

NEC CEN
Núcleo de Eventos e Concursos

Anote aqui o seu gabarito, em seguida, dobre e destaque na linha pontilhada.

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

1) Paciente, com história de hemoptise que cessou espontaneamente, realizou broncoscopia onde foi vista lesão perolada bem delimitada com vascularização visível ocluindo quase totalmente o óstio do segmento lingular superior do pulmão esquerdo. Realizada biópsia da lesão que se mostrou bem sangrante. Histopatológico mostrou, dentre outras alterações células com núcleos arredondados com cromatina finamente dispersa, nucléolos pequenos e discretos, a ausência de mitoses e necrose em 10 campos de grande potência. Qual o diagnóstico **MAIS PROVÁVEL**?

a) Tumor carcinoide atípico.
b) Carcinoide neuroendócrino de grandes células.
c) Carcinoma indiferenciado de pequenas células.
d) Tumor carcinoide típico.

2) Homem com 37 anos de idade e história de cansaço aos esforços associado a desconforto progressivo retroesternal. Fez tomografia de tórax que mostrou grande massa no mediastino anterior. Alfa-fetoproteína positiva. Assinale a alternativa **CORRETA** em relação ao caso.

a) O tratamento inicial deve ser com quimioterapia.
b) Seminoma é o diagnóstico mais provável.
c) O tratamento inicial deve ser ressecção da massa.
d) A ressecção cirúrgica deve ser sempre indicada após completada a quimioterapia.

3) Qual o tipo de intussuscepção **MAIS COMUM** na população pediátrica?

a) Ceco-cólica
b) Íleo-ileal
c) Íleo-cólica
d) Jejuno-jejunal

4) A traqueia e o esôfago são derivados do intestino anterior primitivo. Inicialmente, eles aparecem como um divertículo ventral único nos primeiros dias de gestação. Subsequentemente, há um alongamento e separação do divertículo em via aérea e esôfago, na direção cefálica e caudal. Erros neste processo resultam em atresia, fístula traqueo-esofágica e suas variantes. Segundo a classificação de Gross. o tipo **MAIS COMUM** é:

a) A
b) B
c) C
d) D

5) Com relação às doenças do esôfago, assinale a alternativa **INCORRETA**.

a) O carcinoma de células escamosas é o tipo histológico mais comum do câncer de esôfago, inclusive sendo endêmico em países como China e Índia, com predileção pela população de baixo nível socioeconômico.
b) A causa mais frequente de perfuração esofágica é espontânea. Conhecida como síndrome de Boerhaave.
c) O divertículo de Zenker tipicamente afeta homens na sétima e oitava década de vida. Seu sintoma mais comum é a disfagia.
d) A manometria esofágica e a cintilografia gástrica são exemplos de exames utilizados para afastar distúrbios de motilidade nos pacientes com doença do refluxo gastroesofágico.

6) Com relação às doenças do estômago, assinale a alternativa **INCORRETA**.

a) As úlceras gástricas benignas localizadas ao longo da pequena curvatura são as mais comuns e a infecção por *H. pylori* está ausente na maioria dos casos.
b) As úlceras classificadas como tipo II e III pela classificação de Johnson estão associadas à hipersecreção ácida.
c) Infecção por *H. pylori*, pólipos gástricos, tabagismo e cirurgia gástrica prévia são exemplos de fatores de risco para câncer gástrico.
d) Segundo a classificação TNM, o câncer gástrico que invade o peritônio visceral é classificado como T4.

7) Segmento anatômico do fígado que deve ser sistematicamente ressecado no tratamento cirúrgico do colangiocarcinoma hilar é:

a) Segmento III.
b) Segmento IVa.
c) Segmento VI.
d) Lobo caudado.

8) A neoplasia maligna do pâncreas mais comum em mulheres jovens, com distribuição uniforme no pâncreas, com bom prognóstico após ressecção cirúrgica é:

a) Neoplasia sólida pseudopapilar (Frantz).
b) Cistoadenoma seroso.
c) Cistoadenoma mucinoso.
d) Neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN).

9) Segundo a classificação de Bordeaux, o adenoma hepatocelular que apresenta mutação do gene β-catenina:

a) Pode ser acompanhado.
b) Tem maior risco de malignidade.
c) É adenoma associado com hemangioma.
d) Está relacionado com contraceptivo oral.

10) A imagem radiológica de "escara central" é **MAIS COMUMENTE** observada em qual tumor do fígado?

a) Cisto hepático.
b) Hemangioma hepático.
c) Hiperplasia nodular focal.
d) Adenoma hepatocelular.

11) As hemorragias digestivas baixas podem se apresentar de várias formas clínicas, podendo ser classificadas como hematoquezias de baixo e alto volume. Em paciente idoso com hematoquezia de alto volume que determina instabilidade hemodinâmica, palidez cutâneo mucosa e perda da consciência, **NORMALMENTE** é causada por:

a) Doença inflamatória intestinal.
b) Doença diverticular dos cólons.
c) Fissura anal aguda em paciente em uso de anticoagulante.
d) Câncer colorretal.

12) Para rastreamento populacional do câncer colorretal deve considerar-se que:

a) Está indicada a colonoscopia a todos os pacientes acima de 45 anos, independente de serem ou não sintomáticos.
b) A pesquisa seriada de sangue oculto nas fezes demonstrou redução nos índices de mortalidade por câncer colorretal.
c) O CEA é um importante marcador seriado para determinar pessoas com risco aumentado de desenvolver câncer colorretal.
d) Pacientes com história familiar de câncer colorretal não merecem rastreamento diferenciado da população geral.

13) A fissura anal é uma doença orificial de alta prevalência nos consultórios dos coloproctologistas, quando crônicas, são caracterizadas por uma tríade composta por:

a) Constipação intestinal, dor e sangramento às evacuações.
b) Plicoma sentinela, fissura propriamente dita e papila hipertrófica.
c) Diarreia, muco e sangue vermelho vivo misturado às fezes.
d) Sangramento após as evacuações, dor e ardência anal persistente.

14) Pacientes portadores de colite ulcerativa têm risco aumentado de desenvolver câncer colorretal. São fatores de maior risco para este paciente:

a) Proctite, colangite esclerosante e sexo masculino.
b) Diagnóstico endoscópico de pseudopólipos e envolvimento do íleo terminal.
c) Envolvimento de doença perineal, áreas de estenoses e fístulas enterocólicas ao estudo radiológico.
d) Tempo de doença superior a 10 anos, pancolite e displasia acentuada em mucosa cólica biopsiada aleatoriamente.

15) Diante de um paciente com história clínica sugestiva de diverticulite aguda, qual o melhor exame de imagem para confirmar o diagnóstico, avaliar a extensão e gravidade da doença, e excluir outros diagnósticos servindo também para planejar e acompanhar o tratamento?

a) USG de abdome superior e pelve associada à tomografia computadorizada de abdome total.
b) Ressonância nuclear magnética de abdome com contraste venoso.
c) TC de abdome superior e pelve, especialmente quando utilizados contrastes oral, venoso e retal, apesar de não ser esta uma condição essencial.
d) TC de abdome superior e pelve sem utilização de contrastes quer seja oral, venoso e/ou retal.

16) Um homem de 30 anos, caminhoneiro, com antecedente de nefrolitíase, procura o pronto-socorro com dor aguda, lancinante no flanco esquerdo, associada a náuseas, com irradiação para fossa ilíaca e canal inguinal do mesmo lado, há 2 horas. Apresentava estado geral bom, afebril e sinal de Giordano ausente. São administrados cetoprofeno e dipirona IV e solicitados exames. Sobre a hipótese diagnóstica levantada neste caso, assinale a alternativa **CORRETA.**

a) A maioria dos pacientes pode ser conduzido conservadoramente com analgesia durante o episódio agudo. O tratamento inicial da cólica renal é realizado com analgésico potente, opiáceo ou anti-inflamatório. A hidratação forçada na cólica renal aguda não é indicada.
b) A diminuição na prevalência de cálculos urinários é um fenômeno mundial.
c) Para cálculos ureterais menores ou iguais a 20 mm, o acompanhamento pode ser conservador com analgesia e terapia medicamentosa que aumenta a probabilidade de liberação do cálculo.
d) O exame que apresenta a maior probabilidade para encontrar o cálculo no paciente com urolitíase é a ultrassonografia das vias urinárias.

17) O diagnóstico do câncer da próstata é feito pelo estudo histopatológico do tecido obtido pela biópsia da próstata, que deve ser considerada sempre que houver anormalidades no toque retal ou na dosagem do psa. De acordo com o escore de Gleason 3, existe cerca de 25% de chance de o câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, com dano em outros órgãos, afetando a sobrevida. Assinale a alternativa que completa **CORRETAMENTE** a afirmativa anterior.

a) São candidatos a tratamento com intuito curativo todos os pacientes com expectativa de vida mínima de quinze anos.
b) A maioria dos casos diagnosticados de próstata corresponde à doença avançada.
c) O tratamento padrão-ouro para eliminação da produção gonadal de testosterona é o bloqueio androgênico com fármacos.
d) A proposta do *watchful-waiting* (ww) é clássica em algumas escolas e consiste em observar os pacientes e apenas intervir quando houver progressão ou sintomatologia.

18) A infecção do trato urinário (ITU) pode ser classificada quanto à localização em ITU baixa (cistite) e ITU alta (pielonefrite) e, quanto à presença de fatores complicadores, em ITU não complicada e ITU complicada. Sobre as infecções do trato urinário, assinale a alternativa **CORRETA.**

a) O tratamento de ITU baixa (cistite) de origem comunitária, em mulheres jovens imunocompetentes e sem fatores associados à ocorrência de ITU complicada, não pode ser instituído empiricamente sem a solicitação de urocultura.
b) A pielonefrite xantogranulomatosa é tratada de forma eficaz com o uso de antibioticoterapia intravenosa agressiva, dispensando o tratamento cirúrgico.
c) A ultrassonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética devem ser solicitadas rotineiramente, com preferência para os casos de cistite/pielonefrite não resolvidos com terapia empírica.
d) Os cálculos de estruvita decorrentes de infecção do trato urinário predominam em homens e associam-se a bactérias produtoras de urease.

19) Paciente de 38 anos de idade, sexo masculino, chega ao ambulatório de urologia com queixa de sangramento urinário iniciado há cerca de 5 dias, ocorrendo apenas no início do jato urinário. De acordo com essa informação, deve considerar-se que o sangramento **PROVAVELMENTE** tem origem:

a) Na bexiga e provavelmente é secundário a um tumor urotelial.
b) Na uretra e usualmente é causado por processo inflamatório.
c) No trato urinário superior e presume-se que seja devido a um cálculo renal.
d) No colo vesical e deve ser secundário a uma infecção do trato urinário.

20) Paciente de 63 anos de idade comparece ao urologista com lesão peniana e informa estar ulcerada há alguns meses. Ao exame, encontra-se lesão vegetante no terço médio do pênis, com extensão proximal e distal, parcialmente ulcerada, medindo cerca de 6cm de diâmetro, com evidente invasão de glande e do corpo cavernoso à direita. Apresenta linfonodos inguinais palpáveis bilateralmente. A biópsia incisional revela carcinoma de células escamosas do tipo usual. Qual das alternativas a seguir apresenta a **MELHOR** opção de tratamento para o tumor primário?

a) Fulguração com laser.
b) Excisão cirúrgica progressiva com análise das margens até atingir margem negativa para a neoplasia.
c) Aplicação tópica de 5-fluoracil+imiquimode.
d) Penectomia total.

21) Assinale a alternativa **CORRETA** sobre a modalidade de tratamento do carcinoma basocelular (CBC).

a) CBC próximo a áreas cosmeticamente sensíveis - cirurgia micrográfica de mohs.
b) CBC infiltrativo - eletrodissecção.
c) CBC recidivado - crioterapia.
d) Carcinoma basoescamoso - imunomudulador tópico.

22) A morte relacionada ao carcinoma bem diferenciado da tireoide (folicular e papilífero) está predominantemente relacionada a:

a) Doença não controlada no compartimento central do pescoço.
b) Doença não controlada no compartimento lateral do pescoço.
c) Complicações causadas por metástases pulmonares.
d) Complicações do tratamento com iodoterapia.

23) Qual o exame não invasivo com melhor custo-benefício no pós-operatório das revascularizações arteriais?

a) Flebografia.
b) Angiotomografia.
c) Arteriografia.
d) Ecografia vascular.

24) Qual a causa mais comum de falência de enxerto de safena em membro isquêmico entre 30 dias e 2 anos de pós-operatório?

a) Infecção.
b) Hiperplasia de neoíntima.
c) Falha da técnica cirúrgica.
d) Aterosclerose.

25) Considerando o índice tornozelo-braquial (ITB), qual o achado do índice na faixa 0,26 + 0,13?

a) Assintomático.
b) Dor em repouso.
c) Claudicação.
d) Gangrena.

26) Qual o exame padrão ouro para o estudo dos vasos renais?

a) Cintilografia renal.
b) Ecografia vascular.
c) Angiografia com subtração digital por cateterismo.
d) Angiotomografia.

27) Em qual situação a carótida externa pode participar da irrigação cerebral mais comumente?

a) Oclusão da carótida interna.
b) Oclusão da vertebral.
c) Oclusão da carótida comum.
d) Oclusão do Polígono de Willis.

28) Em relação à resposta metabólica ao trauma anestésico e cirúrgico, assinale a alternativa **CORRETA**.

a) A liberação de hormônios contrarregulatórios, tal qual o cortisol, adrenalina e glucagon, determina um efeito hipoglicemiante durante a fase inicial da resposta inflamatória, após grandes cirurgias abdominais.
b) A resposta metabólica ao trauma anestésico e cirúrgico é caracterizada por maior lipogênese e síntese proteica estrutural com consequente ganho de massa muscular magra.
c) A síntese hepática de proteínas de fase aguda, tal como a proteína C reativa e a procalcitonina, está reduzida devido à liberação de citocinas pró-inflamatórias como a interleucina-6 e o fator de necrose tumoral alfa.
d) O fígado desempenha um papel importante na resposta ao estresse determinado pelas grandes cirurgias, ele é considerado um órgão-chave nas alterações cardinais no metabolismo da glicose, proteínas e lipídeos.

29) A presença de desnutrição está relacionada à maior morbiletalidade no pós-operatório de grandes cirurgias do trato digestório. Em relação a esse tema, marque **"V"** para verdadeiro e **"F"** para falso.

( ) O suporte nutricional perioperatório está indicado a todos os pacientes candidatos a cirurgias envolvendo o trato digestório.
( ) As dietas imunomoduladoras podem ser administradas no perioperatório de grandes cirurgias oncológicas do trato digestório.
( ) O suporte nutricional parenteral apresenta melhores resultados tróficos, menor taxa de complicações infecciosas e menor custo em comparação ao suporte enteral.
( ) A administração do suporte nutricional enteral precoce está proscrito no pós-operatório de cirurgias gastrointestinais, onde haja anastomoses que envolvam o intestino delgado, devido ao risco de deiscência e fístulas entéricas.

Assinale a sequência **CORRETA** de cima para baixo.

a) F – V – F – F
b) V – F – V – F
c) V – F – V – V

d) F – V – F – V

30) Em relação ao acesso venoso profundo, assinale a alternativa **INCORRETA**.

a) O hematoma cervical, pneumotórax, hemotórax, falso trajeto e infecção de corrente sanguínea são complicações que podem estar associadas ao acesso venoso central por via subclávia.
b) Recomenda-se a troca agendada dos cateteres venosos centrais para prevenção de complicações infecciosas relacionadas ao sítio de punção ou cateter venoso.
c) Durante a punção da veia jugular interna, o emprego da ultrassonografia pode melhorar a taxa de sucesso na primeira tentativa e minimizar o risco de complicações mecânicas relacionadas ao acesso.
d) A versão modificada da técnica de Seldinger é sugerida atualmente como padrão mais adequado para cateterização venosa central.

31) A infecção de sítio cirúrgico (**ISC**) apresenta importante impacto nos resultados clínicos e custos pós-operatórios. Em relação a esse tema, assinale a alternativa **CORRETA**.

a) Devido ao elevado risco **ISC**, recomenda-se o emprego de antibioticoterapia em pacientes com apendicite aguda por, no mínimo, 3 a 5 dias em todas as formas (estágios) da doença.
b) Devido à farmacocinética da cefazolina, sua administração deve preceder à incisão da pele em 180 minutos para que seus níveis teciduais sejam considerados ideais.
c) Considera-se **ISC** aquela que desenvolve até 60° dia de pós-operatório ou dentro de 3 meses, caso um implante tenha sido utilizado no ato cirúrgico.
d) A administração da cefazolina para antibioticoprofilaxia pode ser recomendada na realização de hernioplastias incisionais com o emprego de telas compostas de polipropileno.

32) Em relação aos cuidados perioperatórios das cirurgias do trato digestório, assinale a alternativa **INCORRETA**.

a) Devido ao risco elevado de complicações infecciosas relacionadas ao sítio cirúrgico, nas operações onde há abertura do trato digestório (ex.: gastrectomia parcial), justifica-se o uso da antibioticoprofilaxia por 96 horas.
b) A prevenção de náuseas e vômitos pós-operatórios pode ser alcançada efetivamente por estratégia multimodal pelo uso de anestesia intravenosa total com propofol, administração de dexametasona (4 a 8 mg na indução anestésica) e antagonistas dos receptores de serotonina (4 a 8 mg de ondansetron ao final do procedimento anestésico-cirúrgico), bem como a redução do uso de opióides endovenosos no pós-operatório.
c) A prevenção de trombose venosa profunda, bem como de tromboembolismo pulmonar pode ser alcançada pelo emprego de heparinoprofilaxia (heparina de baixo peso molecular ou fracionada) no perioperatório, compressão pneumática dos membros inferiores, meias de compressão elástica, deambulação precoce e filtro de veia cava em casos específicos.
d) Justifica-se o controle glicêmico do paciente diabético antes da realização de cirurgias eletivas o qual pode ser avaliado pela dosagem sérica da hemoglobina glicada e glicemia de jejum.

33) Em relação às infecções intra-abdominais, marque **"V"** para verdadeiro e **"F"** para falso.

( ) A apendicite aguda é uma das formas mais comuns de abdome agudo não traumático no adulto e o emprego da apendicectomia videolaparoscópica não é capaz de reduzir as taxas de infecção de sítio cirúrgico.
( ) A escolha do regime da antibioticoterapia empírica deve levar em consideração a procedência do paciente (comunitário ou hospitalar) e os riscos de insucesso e óbito relacionados a cada caso.
( ) Nos pacientes adultos nos quais não haja indicação imediata de laparotomia ou videolaparoscopia, a tomografia computadorizada do abdome é o exame de imagem de escolha para determinar a presença e a fonte da infecção intra-abdominal a esclarecer.
( ) Devido à morbiletalidade associada ao manejo da infecção intra-abdominal por peritoneostomia, seu emprego em casos de sepse abdominal difusa está contraindicado em todos os cenários.

Assinale a sequência **CORRETA** de cima para baixo.

a) V – F – V – F
b) V – F – V – V
c) F – V – V – F

d) F – V – F – F

34) Em relação às infecções necrosantes de pele e partes moles (INPPMs), assinale a alternativa I**NCORRETA**.

a) As INPPMs podem ser monomicrobianas (causadas por bactérias anaeróbicas tais como clostrídios, estreptococos ou bacteroides) ou polimicrobianas, sendo que a maioria dos patógenos secretam exotoxinas (hemolisina, colagenases, lecitinases e proteases) que determinam uma rápida evolução da necrose tissular ao longo das fáscias e planos musculares.
b) Pacientes imunocomprometidos, incluindo pacientes com diabetes mellitus, vírus da imunodeficiência humana (HIV), desnutrição, doença vascular periférica e uso de drogas injetáveis aumentam o risco de desenvolvimento de INPPMs.
c) Alto índice de suspeição e diagnóstico precoce são críticos, devido à rápida progressão para as alterações hemodinâmicas (choque) e falências orgânicas associadas ao retardo no diagnóstico e manejo clínico e cirúrgico adequados das INPPMs.
d) Assim como ocorre nas infecções clostridianas (gangrena úmida), a amputação do membro está recomendada como abordagem cirúrgica de escolha nos pacientes com fasceíte necrosante não clostridiana, envolvendo os membros inferiores, com o objetivo de se minimizar a morbiletalidade do episódio.

35) Em relação às fístulas digestivas pós-operatórias, marque **"V"** para verdadeiro e **"F"** para falso.

( ) A abordagem cirúrgica precoce está indicada no manejo de todas as fístulas digestivas pós-operatórias em função das elevadas taxas de insucesso no tratamento conservador.
( ) Devido à presença de enzimas digestivas proteolíticas, as fístulas duodenais de alto débito apresentam risco elevado de lesão cutânea, desnutrição e distúrbios hidroeletrolíticos.
( ) As fístulas digestivas classificadas como enteroatmosféricas comumente evoluem sem a necessidade de tratamento cirúrgico, pois apresentam elevada taxa de sucesso com a abordagem conservadora.
( ) A abordagem terapêutica das fístulas enterocutâneas pós-operatórias está centrada na prevenção e tratamento da desnutrição, sepse, distúrbios hidrossalinos, cuidados com a pele e suporte psicológico.

Assinale a sequência **CORRETA** de cima para baixo.

a) V – F – V – F
b) F – V – F – V
c) V – F – V – V
d) F – V – V – F

36) Em relação às hérnias da virilha em adultos e às técnicas de hernioplastia inguinal, marque **"V"** para verdadeiro e **"F"** para falso.

( ) Há um aumento no risco de infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos ao reparo aberto de hérnia inguinal bilateral e das hérnias recorrentes.
( ) As hérnias femurais apresentam um menor risco de encarceramento ou estrangulamento em comparação às hérnias inguinais.
( ) As técnicas laparoendoscópicas estão indicadas exclusivamente no reparo da recorrência herniária após hernioplastia anterior aberta.
( ) As técnicas de hernioplastia inguinal com o emprego de telas são recomendadas para o reparo da hérnia inguinal em homens adultos.

Assinale a sequência **CORRETA** de cima para baixo.

a) V – F – F – V
b) V – F – V – F
c) F – V – F – V
d) F – F – V – V

37) Em relação às hérnias incisionais de parede abdominal e seu tratamento, marque **"V"** para verdadeiro e **"F"** para falso.

( ) As técnicas de reparo das hérnias incisionais, com ou sem o emprego de telas apresentam semelhantes taxas de recorrência herniária após 5 e 10 anos de acompanhamento pós-operatório.
( ) O emprego de técnicas com separação dos componentes da parede abdominal impossibilita o uso de telas no reparo das hérnias incisionais.
( ) As hérnias incisionais constituem-se numa das mais frequentes complicações após cirurgias abdominais eletivas ou de urgência, com incidência entre 10 a 20%, alcançando taxas mais elevadas, 30 a 40%, nos pacientes com fatores de risco associados.
( ) O uso da tela de polipropileno é proscrito no tratamento de hérnia incisional encarcerada, devido ao risco de seroma e infecção crônica da prótese.

Assinale a sequência **CORRETA** de cima para baixo.

a) V – F – V – F
b) V – F – V – V
c) F – F – V – F
d) F – F – V – V

38) Paciente do sexo feminino, 40 anos de idade, sobrepeso, com história de múltiplas gestações. Há 2 dias, relata que deu início a um quadro de dor abdominal epigástrica com irradiação para o hipocôndrio direito e dorso, associada a episódios de náuseas sem vômitos e febre baixa. Entretanto, nega colúria, icterícia e hipocolia. Ao exame físico, apresenta o sinal de Murphy positivo, A ultrassonografia do abdome evidencia sinais sugestivos de colecistite aguda litiásica. Em relação a esse caso, marque **"V"** para verdadeiro e **"F"** para falso.

( ) Justifica-se o emprego da colangiorressonância pré-operatória devido à baixa acurácia da ultrassonografia no diagnóstico da colecistite aguda litiásica em caráter de urgência.
( ) Em função do tempo de evolução desse episódio de colecistite aguda, recomenda-se a colecistectomia videolaparoscópica de intervalo, após melhora do quadro com tratamento conservador.
( ) O sexo feminino, a idade, o sobrepeso e a multiparidade podem ser considerados fatores de risco para litíase biliar.
( ) Justifica-se o emprego da antibioticoterapia sistêmica voltada para germes Gram-negativos entéricos e controle mecânico do foco de infecção em casos complicados com empiema de vesícula biliar.

Assinale a sequência **CORRETA** de cima para baixo.

a) V – F – V – F
b) V – F – V – V
c) F – V – F – V
d) F – F – V – V

39) Paciente obeso, 55 anos de idade, com história de dor em epigástrio com irradiação para o hipocôndrio direito há 2 anos, associada a náuseas, vômitos e episódios isolados de febre. Realizou ultrassonografia do abdome há 1 ano, que evidenciou colelitíase (cálculos pequenos e médios). Relata que há 3 dias, passou a apresentar episódio de dor abdominal em andar superior com irradiação em barra para o dorso, colúria, icterícia, febre e calafrios. Submetido à colangiorressonância que evidenciou colelitíase, coledocolitíase (2 cálculos em vias biliares extra-hepáticas) e colédoco com dilatação de 14 mm. Em relação a esse caso, marque **"V"** para verdadeiro e **"F"** para falso.

( ) A presença da coledocolitíase é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de colangite aguda e pancreatite aguda biliar.
( ) A colecistectomia videolaparoscópica com exploração das vias biliares com coledocolitotomia está contraindicada nesse caso em função do calibre do colédoco.
( ) A antibioticoterapia sistêmica endovenosa e a descompressão endoscópica podem ser utilizadas em casos

de colangite aguda supurativa associada à coledocolitíase.

( ) Devido ao risco de hemorragia, perfuração duodenal e pancreatite aguda, a realização da colangiopancreatografia endoscópica retrógrada com papilotomia e coledocolitotomia está proscrito.

Assinale a sequência **CORRETA** de cima para baixo.

a) F – F – F – V
b) V – F – V – F
c) V – F – V – V
d) F – F – V – V

40) Em relação à pancreatite aguda, marque **"V"** para verdadeiro e **"F"** para falso.

( ) A presença de disfunções orgânicas persistentes e necrose peripancreática têm valor prognóstico no curso clínico da pancreatite aguda.

( ) O manejo escalonado (*step-up*) da necrose infectada leva em consideração a realização prioritária de procedimentos de drenagem percutânea ou endoscópica transluminal, seguida pelo desbridamento retroperitoneal videoassistido ou endoscópico transgástrico quando a drenagem falha em controlar a infecção.

( ) O refluxo duodenopancreático transpapilar é considerado a fonte mais importante de contaminação da necrose pancreática.

( ) A presença de necrose pancreática diagnosticada pela tomografia computadorizada do abdome implica a necessidade imediata de abordagem cirúrgica para realização de necrosectomia devido ao risco de infecção da necrose.

Assinale a sequência **CORRETA** de cima para baixo.

a) V – V – F – V
b) F – V – F – F
c) V – V – F – F
d) F – F – V – V

41) Paciente do sexo feminino, 45 anos de idade, diagnóstico prévio de litíase vesicular, com relato de dor abdominal intensa em andar superior do abdome com irradiação para o dorso, há 24 horas, associada a náuseas, vômitos, distensão abdominal, desidratada, taquicárdica, dor à palpação de todo abdome, em especial no epigástrio. Realizou exames laboratoriais que evidenciaram elevação da amilase e lipase (8 x valor normal) e leucocitose 17.000/mm^3. Com o diagnóstico de pancreatite biliar aguda, foi encaminhada à Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Em relação ao caso, assinale a alternativa **INCORRETA**.

a) Na tomografia computadorizada com realce de contraste (CT-dinâmico), as coleções necróticas agudas se apresentam com aspecto heterogêneo, contendo quantidades variadas de tecidos necróticos e fluidos, podem ser únicas ou múltiplas, embora na fase inicial da doença possam apresentar um aspecto homogêneo duvidoso.
b) O emprego de antibióticos (carbapenêmicos) de forma pré-emptiva é considerado consensual e eficaz para profilaxia da infecção da necrose pancreática e/ou peripancreática, a fim de minimizar o risco de sepse tardia, falência orgânica e morte na pancreatite aguda.
c) A necrose encapsulada (circunscrita) ou *walled-off necrosis* é representada por uma coleção encapsulada, delimitada por uma parede de tecido inflamatório, contendo tecido necrótico pancreático e/ou peripancreático, comumente a maturação de sua parede inflamatória ocorre após 4 semanas de evolução de uma pancreatite aguda necrosante.
d) Após um episódio de pancreatite biliar aguda, recomenda-se a realização da colecistectomia ou da esficterotomia endoscópica para prevenir novos surtos de pancreatite aguda, por outro lado, a colecistectomia é capaz de prevenir também crises de cólicas biliares, colecistite aguda ou crônica, bem como outras complicações inerentes à litíase vesicular.

42) O *Bypass* gástrico e o *Sleeve* gástrico são técnicas cirúrgicas empregadas para o tratamento da obesidade. Marque **"V"** para verdadeiro e **"F"** para falso.

( ) O *Bypass* gástrico e o *Sleeve* gástrico podem ser empregados para o tratamento de pacientes com índice de massa corpórea maior que 40 kg/m².
( ) O mecanismo pelo qual o *Bypass* gástrico pode determinar a remissão parcial ou completa do diabetes mellitus envolve alterações nos níveis plasmáticos das incretinas como a redução dos níveis séricos do *glucagon like peptide* (GLP-1).
( ) A redução do apetite é um achado comum no pós-operatório do *Bypass* gástrico e *Sleeve* gástrico, essa alteração é determinada essencialmente pela persistente elevação nos níveis séricos da grelina.
( ) A técnica cirúrgica do *Sleeve* gástrico envolve a realização de uma gastrectomia vertical, após desvascularização da grande curvatura do estômago e ausência de desvios intestinais, portanto configura-se como um método essencialmente restritivo.

Assinale a sequência **CORRETA** de cima para baixo.

a) V – F – F – V
b) F – F – F – V
c) V – F – V – F
d) F – F – V – V

43) Paciente do sexo feminino, 42 anos de idade, com IMC de 47,6 kg/m², com história de diabetes melitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e esteatose hepática, será submetida à gastroplastia *(Bypass* gástrico com reconstrução em Y de Roux - BGYR) para tratamento da obesidade mórbida. Assinale a resposta **INCORRETA** em relação à cirurgia bariátrica e metabólica.

a) Podem ser considerados candidatos ao *Bypass* gástrico (BGYR) os pacientes com índice de massa corpórea (IMC) maiores que 35 kg/m² que apresentam comorbidades associadas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus tipo 2, apneia do sono, artropatias e esteatose hepática), bem como os obesos com IMC maiores que 40 kg/m² com ou sem comorbidades associadas.
b) O desvio do trânsito intestinal do arco duodenal e jejuno proximal pelo *Bypass* gástrico (BGYR) predispõe os pacientes a desenvolverem desnutrição de nutrientes tais qual o ferro, cobre e zinco, o que pode contribuir para o surgimento de anemia no pós-operatório.
c) Espera-se o melhor controle glicêmico nos pacientes diabéticos tipo 2 submetidos à cirurgia metabólica que apresentam idade ≥ 40 anos, IMC < 27 kg/m² e peptídeo C < 2 mmol/L.
d) A reposição inadequada de vitamina D, no pós-operatório do *Bypass* gástrico (BGYR), pode predispor o paciente a desenvolver hiperparatiroidismo secundário com consequente comprometimento ósseo.

44) Em relação aos tumores carcinoides, marque **"V"** para verdadeiro e **"F"** para falso.

( ) A localização mais comum dos tumores carcinoides é o trato respiratório seguido pelo trato digestório.
( ) A síndrome carcinoide, presente na minoria dos pacientes portadores de tumores carcinoides, pode incluir diarreia, broncoespasmo, miopatias, artropatia, lesões cutâneas urticariformes, fibrose pulmonar ou cardíaca.
( ) O diagnóstico laboratorial dos tumores carcinoides é feito pela dosagem sérica da cromogranina A e do ácido 5-hidroxiindolacético na urina de 24 horas.
( ) O tratamento cirúrgico dos tumores carcinoides depende de sua localização anatômica e tamanho, sendo que para as lesões do apêndice cecal, com até 1 cm, sugere-se a apendicectomia e, para tumores maiores que 3 cm, a hemicolectomia direita.

Assinale a sequência **CORRETA** de cima para baixo.

a) V – V – F – V
b) F – V – V – V
c) V – F – V – V
d) F – F – V – V

45) Paciente politraumatizado vítima de atropelamento é admitido no setor de urgência com evidente fratura de fêmur à direita e laceração traumática em perna esquerda. A **PRIORIDADE**, na avaliação primária nesse caso, segundo o Suporte de Vida Avançado ao Trauma - ATLS® é:

a) Garantir a permeabilidade das vias aéreas com proteção da coluna cervical e a administração de oxigênio suplementar.
b) Avaliação do status neurológico pelo escore de coma de Glasgow.
c) Controle do sangramento em perna esquerda com torniquete, antibioticoterapia e soro antitetânico.
d) Iniciar a reposição volêmica com 2000 mL de soro glicosado a 5%.

46) Em relação ao trauma penetrante do pescoço e tórax, assinale a alternativa **CORRETA**.

a) A combinação de exames radiológicos contrastados e esofagoscopia flexível tem baixa acurácia no diagnóstico de perfurações esofágicas, após trauma penetrante do pescoço, o que torna a condução desses casos um grande desafio técnico.
b) A compressão digital direta ou por coxim de gazes de ferimento sangrante por arma branca na zona II do pescoço é considerada inapropriada para controle temporário da hemorragia externa devido a sua baixa eficácia em conter o sangramento.
c) Os objetivos que podem ser alcançados durante a toracotomia ressuscitativa de emergência incluem drenagem de tamponamento cardíaco, controle de hemorragia cardíaca ou intratorácica, clampeamento da aorta e massagem cardíaca aberta.
d) A toracotomia ressuscitativa de emergência está indicada nos pacientes com trauma torácico penetrante e contuso com parada cardíaca assistida no departamento de emergência e nos pacientes sem sinais de vida na cena (local de ocorrência do traumatismo).

47) Paciente do sexo feminino, 50 anos de idade, com história recente (3 meses) de dor abdominal em barra no andar superior com irradiação para o dorso, náuseas, plenitude pós-prandial, episódios de diarreia e discreta perda de peso. Nega icterícia, colúria, hipocolia, febre, calafrios, hematêmese e melena. Submeteu-se à tomografia computadorizada do abdome com a infusão de contraste oral e venoso sendo evidenciada lesão cística (microcistos – cistos menores que 2 cm) com aspecto de "favo de mel" e escara central na topografia da cabeça do pâncreas, com dimensões de 5,5 x 5,0 cm. A ressonância pancreática não evidencia comunicação entre a lesão e os ductos pancreáticos. Sem alterações dos marcadores tumorais (CA 19.9, CA 125 e α-fetoproteina). Em relação ao provável diagnóstico da paciente em questão, assinale a alternativa **CORRETA**.

a) Pseudocisto pancreático.
b) Neoplasia mucinosa do pâncreas.
c) Neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN).
d) Neoplasia cística serosa do pâncreas.

48) Paciente vítima de trauma abdominal contuso, após acidente de motocicleta há dois meses, evoluiu com sintomatologia dolorosa em andar superior do abdome, associado a um aumento de volume epigástrico, plenitude pós-prandial, náuseas, vômitos e perda de peso. A tomografia computadorizada do abdome contrastada evidenciou volumosa coleção cística em retrocavidade dos epiplons, sugestiva de pseudocisto traumático do pâncreas. Assinale a alternativa **INCORRETA**.

a) O tratamento cirúrgico inicial das lesões pancreáticas pós-trauma em nada difere da abordagem e técnicas empregadas para o reparo tardio de suas complicações, sendo fundamentado no grau de lesão do ducto pancreático principal e sua localização.
b) As indicações cirúrgicas para tratamento dos pseudocistos pancreáticos pós-trauma incluem compressão dos órgãos vizinhos (efeito de massa), infecção e sangramento.
c) O exame físico inicial do paciente com trauma pancreático é pouco confiável, pois sua localização retroperitoneal pode retardar as manifestações clínicas, sendo recomendado alto grau de suspeição e detalhamento dos mecanismos do trauma para um diagnóstico mais precoce e tratamento adequado.
d) A tomografia computadorizada contrastada do abdome desempenha um papel chave no diagnóstico do trauma pancreático e seu comprometimento deve ser suspeito nas situações em que se observa borramento, hematoma ou coleções peripancreáticas.

49) Paciente de 45 anos de idade, internado há 10 dias para tratamento de pneumonia bacteriana, evolui com desconforto respiratório, febre e piora da leucocitose. Realizou radiografia de tórax que evidenciou velamento de 2/3 inferiores do hemitórax direito com suspeita de derrame pleural. Qual a **MELHOR** conduta para o paciente?

a) Drenagem torácica no 5º espaço intercostal direito sob selo d'água.
b) Toracocentese de alívio no 2º espaço intercostal na parede anterior do hemitórax direito.
c) Toracocentese de alívio na parede posterior do hemotórax direito e coleta de material para exame.
d) Trocar o antibiótico para cobertura de germes hospitalares.

50) Em relação ao adenocarcinoma de pâncreas, analise as afirmativas abaixo.

I- Cerca de 75% dos pacientes cursam com perda de peso, icterícia obstrutiva e dor abdominal.
II- A icterícia é permanente na maioria dos pacientes, mas flutuante em cerca de 10%.
III-A maior utilidade do marcador tumoral CA 19-9 é no acompanhamento dos pacientes tratados.
IV-A TC de abdome com contraste oral e venoso é o padrão ouro para o diagnóstico.
V- A mortalidade pós-operatória é causada por complicações como fístulas pancreáticas e biliares, hemorragias e infecção.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

a) Apenas as afirmativas I, IV e V corretas.
b) Apenas afirmativas I, II, III e V corretas.
c) Apenas as afirmativas III, IV e V corretas.
d) Todas as afirmativas estão corretas.