



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA - EDITAL 19/2014

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO 12-CIRURGIA GERAL – R3

DATA: 14/12/2014

HORÁRIO: das 08 às 10 horas

**LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O
CADERNO DE QUESTÕES**

- ☒ Verifique se este CADERNO contém um total de 50 (cinquenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de respostas. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ☒ O candidato não poderá entregar o caderno de questões antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ☒ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica com **tinta preta** ou **azul escrita grossa**.
- ☒ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

01. Sobre o uso da videolaparoscopia (VLP) em coloproctologia, marque a opção INCORRETA.
- (A) A VLP deve ser usada no tratamento de doenças colônicas benignas, como prolapso retal e doença diverticular, com aumento do tempo cirúrgico, mas com diminuição da morbidade.
 - (B) A doença de Crohn fistulizante é considerada contraindicação para a VLP.
 - (C) A marcação colonoscópica dos tumores é sugerida, já que a falta de tato na VLP pode dificultar o encontro dos mesmos.
 - (D) Há uma redução dos custos com o uso da VLP nas doenças colorretais.
 - (E) A curva de aprendizado é um dos grandes limitadores da utilização da VLP, sendo bem longa principalmente nas ressecções retais.
02. Quanto à doença diverticular, marque a opção em que consta a complicação com tratamento conservador.
- (A) Diverticulite Hinchey I.
 - (B) Fístula colo-vesical.
 - (C) Peritonite fecal.
 - (D) Diverticulites de repetição em paciente HIV positivo.
 - (E) Diverticulite pseudo-tumoral.
03. Em relação às ostomias de proteção, marque a opção CORRETA.
- (A) A incidência de deiscência de anastomose diminui significativamente.
 - (B) Estão indicadas em todas as anastomoses colorretais.
 - (C) Podem ser utilizadas num segundo tempo, em caso de rafia de deiscência de anastomose puntiforme.
 - (D) A escolha entre ileostomia e colostomia traz diferenças significativas no que se refere a complicações pós-operatórias.
 - (E) Em caso de deiscência com abscesso, mesmo com ostomia de proteção, a laparotomia é sempre indicada.
04. Considere o seguinte caso: Paciente de 19 anos iniciou quadro de dor em fossa ilíaca direita, associada à leve náusea, anorexia e queda do estado geral há 2 dias. Abdome apresentava-se plano e flácido, com dor importante em FID, com descompressão brusca positiva. Leucocitose de 17000, com 4% de bastões. Realizada apendicectomia videolaparoscópica sem intercorrências. O estudo histopatológico revelou um tumor carcinoide de ponta de apêndice, de 2,2cm, com base livre, sem invasão de mesoapêndice e sem linfonodos isolados positivos, com baixa atividade mitótica. A conduta imediata a ser tomada é:
- (A) Acompanhamento.
 - (B) Hemicolectomia direita.
 - (C) Radioterapia.
 - (D) Quimioterapia.
 - (E) Terapia com octreotide.
05. O diagnóstico diferencial entre retocolite ulcerativa e a doença de Crohn é:
- (A) A retocolite é mais distal, localizando-se preferencialmente no reto e na região perianal.
 - (B) A doença de Crohn apresenta diarreia sanguinolenta como principal sintoma.
 - (C) A retocolite pode apresentar acometimento de intestino delgado, principalmente na sua forma inflamatória.
 - (D) A estenose colônica por retocolite é comum e pode ser tratada com dilatação pneumática.
 - (E) O tabagismo é fator de piora na doença de Crohn.
06. Considere o seguinte caso: Lactente 6 meses apresenta subitamente vômitos e parada de flatos e fezes, com distensão abdominal. A causa mais frequente desse abdome agudo obstrutivo é:
- (A) Estenose de piloro.
 - (B) Apendicite aguda.

- (C) Doença de Hirschsprung.
(D) Ivaginação intestinal.
(E) Divertículo de Merckel.
07. Quanto aos enxertos de pele, a melhor sensibilidade ocorre no tipo:
- (A) Pediculado.
(B) Parcial.
(C) Total.
(D) Dermoepidêmico.
(E) Não há sensibilidade na pele enxertada.
08. Se, mesmo após a realização da manobra de Pringle, houver persistência do sangramento, pode-se presumir que:
- (A) O sangramento é originário de ramos das veias portais.
(B) O sangramento é originário da artéria hepática.
(C) O sangramento é originário de ramos da veia cava retro-hepática.
(D) O sangramento é originário da artéria esplênica.
(E) O sangramento é originário da artéria gástrica.
09. Considere o seguinte caso: BPM, 2 anos, é admitido no Hospital de Urgência de Teresina – HUT com insuficiência respiratória após ingestão de corpo estranho. Tenta-se a retirada do objeto por broncoscopia, que, apesar de ser visualizado em traqueia proximal, não é extraído. O cirurgião é chamado e a conduta a ser tomada é:
- (A) Cricotireoidostomia.
(B) Traqueostomia.
(C) Entubação orotraqueal.
(D) Ventilação com máscara de venturi.
(E) Passagem de máscara laríngea.
10. Considere o seguinte caso: MPR, 40 anos, 80kg, é admitido na unidade de queimados do Hospital de Urgência de Teresina – HUT, 3h após cair em lagoa repleta de solução ácida provinda de indústria. Ao exame físico, o paciente apresenta os 2 membros inferiores totalmente avermelhados com alguns pontos de erosão. Calcule, de acordo com a fórmula de Parkland, como deve ser a ressuscitação hídrica desse paciente nas próximas 24h.
- (A) Essa fórmula não pode ser aplicada a esse tipo de queimadura.
(B) 5,8 l nas primeiras 8h e 5,8 l nas outras 16h.
(C) 3,8 l nas primeiras 11h e 3,8 l nas outras 14h.
(D) 5,8 l nas primeiras 6h e 5,8 l nas demais 18h.
(E) 3,8 l nas primeiras 8h e 3,8 l nas demais 16h.
11. A opção abaixo que NÃO é um indicativo para se iniciar suporte nutricional em um paciente que será submetido a uma derivação biliodigestiva é:
- (A) Albumina sérica menor que 3g/dl, medida na ausência do estado inflamatório.
(B) Nível de transferrina inferior a 200mg/dl.
(C) Dieta zero prolongada (> 7 dias).
(D) Anergia a antígenos infectados.
(E) Perda de 5% do peso corporal nos últimos 6 meses.

12. Paciente com aparência cushingoide faz uso de prednisona 20 mg por dia há cerca de 1 ano e será submetido à colecistectomia laparoscópica. O cuidado que deve ser realizado no pré-operatório é:
- (A) Administrar a dose usual de glicocorticoide antes da cirurgia.
 - (B) Hidrocortisona 50 mg ev antes da indução anestésica; 25 mg de hidrocortisona a cada 8h e depois disso por 24 – 48h e então retirar.
 - (C) Hidrocortisona em dose de ataque de 200 mg EV antes da indução anestésica.
 - (D) Administrar a dose usual de glicocorticoide após a cirurgia.
 - (E) Não deve ser feita nenhuma suplementação a esse paciente.
13. Considere o seguinte caso: Paciente, 22 anos, foi vítima de perfuração por arma de fogo em região cervical. Ao exame: dispneico (+/4+), hipocorado (+/4+), PA = 80 x 60 mmHg, FC = 105 bpm; orifício de entrada situado entre a fúrcula esternal e cartilagem cricoide. A zona cervical em que está situado o orifício de entrada e qual conduta deve ser tomada são, respectivamente:
- (A) Zona I e cervicotomia exploradora.
 - (B) Zona II e cervicotomia exploradora.
 - (C) Zona III e cervicotomia exploradora.
 - (D) Zona I e angiografia.
 - (E) Zona III e angiografia.
14. Em consulta de retorno de uma paciente que foi submetida à apendicectomia videolaparoscópica, o laudo histopatológico demonstra tumor carcinoide apendicular de 0,8 cm, situado na ponta do apêndice. A melhor conduta a ser tomada em relação a esse paciente é:
- (A) Colectomia total.
 - (B) Hemicolectomia direita.
 - (C) Alta e acompanhamento a nível ambulatorial.
 - (D) Tomografia axial computadorizada de abdômen.
 - (E) Laparoscopia diagnóstica.

Enunciado para as questões 14 e 15.

MJS, 56 anos, sabidamente portadora de hipertensão arterial, é admitida com dor em andar superior do abdômen e vômitos pós-alimentares. Ao exame: icterica (+/4+), afebril, eupneica, consciente e orientada. Abdômen = globoso, depressível, dolor à palpação difusamente, Murphy negativo.

Banco de dados:

Hb = 12,6 g/dl; ht = 37%; leucograma = 9.000 mm³; bilirrubinas = 3,2 mg/dl (2,4 direta); amilase = 980 u/l; fa = 600 u/l; gama gt = 300; Usg de vias biliares = vesícula com microcálculos, paredes finas.

15. Os prováveis diagnósticos dessa paciente são:
- (A) Colecistite, pancreatite biliar e coledocolitíase.
 - (B) Colangite, pancreatite biliar e coledocolitíase.
 - (C) Colecistolitíase, pancreatite biliar e coledocolitíase.
 - (D) Colecistite, colangite e pancreatite biliar.
 - (E) Colangite, colecistolitíase e pancreatite biliar.
16. A melhor conduta é:
- (A) Colecistectomia laparoscópica (COLELAP) de urgência.
 - (B) CPRE e colecistectomia 72h após.
 - (C) Tratamento da pancreatite biliar, após remissão, CPRE e COLELAP 72h após.
 - (D) Drenagem biliar de urgência por qualquer método.
 - (E) Tratamento da pancreatite aguda, após remissão, cirurgia de Fain.

17. Considere o seguinte caso: Um jovem, vítima de acidente automobilístico, é admitido consciente, estável hemodinamicamente e com discreta dor abdominal. A ultrassonografia na urgência (FAST) demonstrou moderada quantidade de líquido peri-hepático e periesplênico. Diante a esse achado, a conduta mais adequada é:
- (A) Indicar laparotomia exploradora.
 - (B) Repetir a ultrassonografia após 4h.
 - (C) Realizar lavado peritoneal diagnóstico.
 - (D) Solicitar TC de abdômen.
 - (E) Apenas analgesia.
18. Considere o seguinte caso: Um homem de 30 anos é admitido após colisão de carro. Ao exame: PA = 70 x 50 mmHg e observa-se extenso hematoma perineal e crepitação óssea no exame da pelve. A ultrassonografia na urgência (FAST) foi positivo. Não responde à administração de volume. A próxima medida a ser tomada é:
- (A) Laparotomia exploradora.
 - (B) Tomografia de abdômen e pelve.
 - (C) Fixação externa da bacia;
 - (D) Lavagem peritoneal diagnóstica.
 - (E) Embolização pélvica.
19. Considere o seguinte caso: Paciente no 30º DPO de bypass laparoscópico em y de roux para tratamento de obesidade é admitido na urgência com suposto quadro de obstrução intestinal. É INCORRETO afirmar que:
- (A) Quando precoce (inferior a 30 dias), a causa mais comum é erro técnico na confecção de êntero anastomose.
 - (B) Muitos casos são tratados com sucesso por laparoscopia.
 - (C) Trata-se de urgência que deve ser abordada imediatamente por cirurgia.
 - (D) A obstrução intestinal por hérnia interna é mais comum na cirurgia laparoscópica do que na operação por via aberta.
 - (E) A obstrução intestinal por hérnia interna é mais comum na transposição pré-cólica do que na transmesocólica.
20. Das assertivas abaixo, aquela que está CORRETA com relação aos linfomas gástricos e sarcomas gástricos (gists) é:
- (A) O estômago é o sítio menos comum de linfomas no sistema gastrointestinal.
 - (B) O tumor estromal gastrointestinal (gist) é o tumor mesenquimal menos comum do trato gastrointestinal.
 - (C) O linfoma gástrico mais comum é o linfoma de célula marginal extranodal (MALT).
 - (D) Como os gists crescem intramural, sua verdadeira extensão é melhor avaliada por endoscopia digestiva alta.
 - (E) Evidências recentes sugerem que os linfomas malt em estágio precoce, assim como alguns pacientes com linfoma de grandes células b difuso muito limitado, podem ser eficazmente tratados apenas pela erradicação do *H. Pylori*.
21. Considere o seguinte caso: Homem, 55 anos, em tratamento de doença do refluxo gastroesofágico há 10 anos, ao realizar vídeo endoscopia digestiva alta de controle, a qual mostrou línguas rosadas da mucosa, sugestivas de Barrett, que se estendem proximalmente a partir da junção gastroesofágica. Histopatológico da biópsia de esôfago revelou metaplasia intestinal com displasia de baixo grau. Teste para *H. Pylori* positivo. A conduta adequada é:
- (A) Ressecção endoscópica do epitélio de Barrett.
 - (B) Hiatoplastia com funduplicatura laparoscópica.
 - (C) Esofagectomia subtotal com esofagogastrostomia cervical.

- (D) Erradicação do *H. pylori*.
(E) Esofagomiectomia à Heller.
22. No tratamento curativo do câncer de esôfago em virtude dos riscos associados com a esofagectomia trans-torácica radical e da baixa sobrevida global dos pacientes, foi proposta uma esofagectomia trans-hiatal sem toracotomia, que consiste em:
- (A) Retirada apenas do segmento de esôfago com o tumor e anastomose intratorácica trans-hiatal.
(B) Retirada apenas do segmento de esôfago com o tumor e confeccionada uma gastrostomia definitiva.
(C) Independentemente do nível do tumor, ressecação de todo o esôfago torácico, que é substituído, quando possível, pelo estômago e realização de uma anastomose com o esôfago cervical remanescente.
(D) Independentemente do nível do tumor, ressecação de todo o esôfago torácico, e confecção de uma gastrostomia definitiva.
(E) Nesse tipo de cirurgia, após a esofagectomia, há contra-indicação da utilização do cólon como substituto do esôfago.
23. Os pacientes portadores ou com suspeita de DRGE com idade inferior a 40 anos podem receber tratamento empírico com inibidores de bomba de prótons (ibps) e serem posteriormente reavaliados, mesmo sem investigação com exames complementares. As assertivas abaixo estão de acordo com o que a literatura e as melhores condutas preconizam, EXCETO:
- (A) Pacientes que não responderam de forma alguma ao tratamento clínico e que, ao serem investigados com video-endoscopia digestiva alta (veda) e ph metria de 24 horas que não esclarecem o diagnóstico, devem ser submetidos à tratamento cirúrgico.
(B) Paciente que ao retornar informa cura dos sintomas e não apresenta recidivas, seguindo as medidas comportamentais, deve ser acompanhado clinicamente.
(C) Pacientes que ao retornarem informam que tiveram melhora dos sintomas, mas apresentam recidivas seis dias após a suspensão do ibps devem usar medicação continuamente ou optar por cirurgia.
(D) Pacientes com menos de 40 anos de idade que têm sintomas de alarme (como perda de peso e disfagia) devem ser investigados com veda.
(E) No retorno, para paciente que realiza veda e que tem diagnóstico de estenose péptica, úlcera ou esôfago de Barret está indicada cirurgia antirrefluxo.
24. Considere o seguinte caso: Paciente do sexo masculino, com 66 anos de idade deu entrada no Hospital de Urgência de Teresina (HUT), sendo transportado pelos seus familiares com hematêmese volumosa. Encontrava-se hipotenso e algo desorientado. Foi realizada endoscopia digestiva alta, a qual constatou úlcera péptica duodenal com sangramento ativo. Foi realizada hemostasia da úlcera com solução esclerosante e adrenalina sem sucesso. Mesmo após tratamento endoscópico, reposição de cristaloides e concentrados de hemácias, o paciente voltou a sangrar e apresentou instabilidade hemodinâmica. Pode-se afirmar sobre o caso que:
- (A) Trata-se de uma úlcera duodenal de parede anterior e a melhor opção terapêutica é ráfia em “u” da úlcera com vagotomia de células parietais.
(B) Trata-se de uma úlcera duodenal de parede posterior e a melhor opção terapêutica é ráfia em “u” da úlcera e vagotomia troncular com piloroplastia.
(C) Trata-se de uma úlcera duodenal de parede posterior e a melhor opção terapêutica é repetir a abordagem endoscópica.
(D) Trata-se de uma úlcera duodenal de parede anterior e a melhor opção terapêutica é gastrectomia distal com vagotomia troncular.
(E) Trata-se de uma úlcera duodenal de parede posterior e a melhor opção terapêutica é gastrectomia distal sem vagotomia troncular.

25. Na acalásia típica, ocorrem alterações características nos traçados da manometria. Com relação a esses achados, marque a opção INCORRETA.
- (A) Na acalásia típica, os traçados da manometria mostram quatro achados clássicos: duas anormalidades do esfíncter esofágico inferior (EEI) e duas do corpo esofágico.
 - (B) Uma das anormalidades do corpo do esôfago é a pressurização – pressão do corpo do esôfago acima do basal.
 - (C) A alteração manométrica do EEI mais importante é que ele falhará em relaxar com a deglutição.
 - (D) O corpo do esôfago também apresentará à manometria forma de ondas de baixa amplitude
 - (E) O EEI estará hipertenso com pressões em geral acima de 35 mmHg.
26. Das opções abaixo, aquela que NÃO está correta quanto ao diagnóstico e tratamento do hepatocarcinoma é:
- (A) A dosagem de alfa-feto proteína acima de 400 já é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hepatocarcinoma.
 - (B) O fígado cirrótico implica em fator de risco para a ocorrência de hepatocarcinoma.
 - (C) Paciente com cirrose deve ser submetido à ultrassonografia e à dosagem de alfa-feto proteína a cada 6 meses.
 - (D) O transplante hepático é considerado uma opção para o tratamento do hepatocarcinoma para tumores únicos menores que 5cm.
 - (E) A cirurgia em cirróticos está contraindicada.
27. Quanto ao colangiocarcinoma, pode-se afirmar:
- (A) A maioria ocorre na bifurcação dos ductos hepáticos direito e esquerdo.
 - (B) Tumor de Klatiskin é epônimo para o tumor de terço médio do colédoco.
 - (C) O tumor de terço distal do colédoco raramente cursa com icterícia.
 - (D) Esse tumor é característico de mulheres em uso de estrogênio.
 - (E) A melhor opção é sempre radioterapia associada à cirurgia.
28. Pode-se afirmar quanto aos nódulos hepáticos:
- (A) A maioria se trata de lesões secundárias, que representam metástases.
 - (B) Dos nódulos benignos, o adenoma é mais frequente.
 - (C) O hemangioma hepático deve ser biopsiado de rotina, pois os métodos de imagem não são bastante sensíveis e específicos.
 - (D) A hiperplasia nodular é uma lesão que apresenta elevado risco de ruptura.
 - (E) A cirurgia só é realizada em nódulo único e menor que 5cm.
29. A ressecção máxima de parênquima hepático que um paciente com função hepática normal suporta é:
- (A) 70%.
 - (B) 50%.
 - (C) 30%.
 - (D) 20%.
 - (E) 10%.
30. Quanto às lesões císticas do pâncreas, pode-se afirmar:
- (A) Representam a minoria dos tumores benignos do pâncreas exócrino.
 - (B) Os cistoadenomas serosos respondem por cerca de 70% dessas lesões.
 - (C) Os tumores mucinosos, mesmo benignos, devem ser considerados potencialmente malignos.
 - (D) A neoplasia mucinosa papilar intraductal é um tumor mais frequente em homens jovens.
 - (E) Os tumores mucinosos quase sempre se apresentam como microcistos.

31. NÃO se pode afirmar que, no câncer de pâncreas:

- (A) Predomina entre a 6ª e 8ª década de vida.
- (B) O marcador CA 19-9 acima de 900u/ml sugere doença avançada.
- (C) Os tumores menores que 3cm têm melhor prognóstico.
- (D) O adenocarcinoma ductal representa 80 a 90% de todas as neoplasias malignas pancreáticas.
- (E) A CPRE - Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada - é um exame pré-operatório obrigatório.

32. Dos sinais e sintomas no câncer da cabeça do pâncreas, o mais frequente é:

- (A) Dor.
- (B) Icterícia.
- (C) Anorexia.
- (D) Perda de peso.
- (E) Prurido.

33. Sobre a vesicular biliar, está CORRETA a indicação:

- (A) A vesícula em porcelana é uma condição pré-maligna
- (B) O pólipos de vesícula é sempre indicação de colecistectomia.
- (C) Na colelitíase assintomática, é indicada a colecistectomia para evitar a evolução para carcinoma de vesícula .
- (D) O diagnóstico de carcinoma incidental de vesícula biliar é feito em 7% de todas as colecistectomias eletivas.
- (E) A colecistite aguda acalculosa responde por 5 a 10% de todos os pacientes com colecistite aguda.

34. Quanto a cistos de colédoco, NÃO se pode afirmar:

- (A) São raras as dilatações congênitas da árvore biliar extra-hepática e/ou intra-hepática.
- (B) A doença é mais comumente diagnosticada em crianças.
- (C) Os mais frequentes são os tipo I (fusiformes ou dilatação cística extra-hepática) da classificação de Todani.
- (D) A tríade clássica associada aos cistos de colédoco inclui dor abdominal, icterícia e massa abdominal.
- (E) A colangiografia (edoscópica ou por ressonância magnética ou percutânea) é necessária para o planejamento da cirurgia.

35. Anomalia congênita de linha média do pescoço, que constitui 25% destas. Tem por característica ser revestida por epitélio e contém evidência de anexos epiteliais e mesodérmicos. Sua apresentação clínica mais comum é um nódulo no soalho da boca, de crescimento lento, supra-hioideo. Este enunciado refere-se ao seguinte tipo de anomalia:

- (A) Cisto tireoglosso.
- (B) Cisto branquial.
- (C) Cisto dermoide.
- (D) Linfangioma.
- (E) Cisto broncogênico.

36. Em uma região de alta incidência solar, o câncer que mais frequentemente acomete lavradores e pescadores na mucosa labial (vermelhão dos lábios) é:

- (A) Carcinoma espinocelular.
- (B) Carcinoma basocelular.
- (C) Melanoma maligno.
- (D) Leucoplasia.
- (E) Queratoacantose.

37. Nódulo solitário do lobo esquerdo da tireoide de 1,5cm, em uma mulher de 43 anos, apresentou na ultrassonografia: calcificação fina, bordos irregulares e vascularização central maior que periférica. Na biopsia aspirativa (PAAF), teve, como resultado citológico, Bethesda IV. A conduta terapêutica correta é:
- (A) Repetir biópsia de 3/3 meses para afastar neoplasia.
 - (B) Tireoidectomia parcial com biopsia peroperatória.
 - (C) Tireoidectomia total, pois já é câncer.
 - (D) Seguimento com ultrassonografia com Doppler colorido.
 - (E) Tireoidectomia total com esvaziamento seletivo.
38. A neoplasia benigna mais frequente da parótida é:
- (A) Ameloblastoma.
 - (B) Tumor de Whartin.
 - (C) Adenoma pleomorfo.
 - (D) Tumor de células claras.
 - (E) Carcinoma mucoepidermoide.
39. Considere o seguinte caso: Paciente, 54 anos, peso de 60kg, no 7º de duodenopancreatectomia por neoplasia de pâncreas, vinha apresentando boa evolução pós-operatória, deambulando sem restrições. Apresentou subitamente dor torácica e taquidispneia, associada à queda da saturação de oxigênio (Sat O₂: 91%), taquicardia (FC 110bpm) e manutenção adequada dos níveis de pressão arterial (PA: 130/70mmHg), evoluindo com piora do padrão respiratório e então transferido para UTI. Diante dessa situação, pode-se afirmar que:
- (A) A possibilidade de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) deve ser considerada e, para o caso apresentado, deve ser solicitada cintilografia de ventilação e perfusão pulmonar, que, após a confirmação do diagnóstico, possibilitaria o início da anticoagulação plena.
 - (B) O TEP deve ser considerado como hipótese diagnóstica e prontamente deve ser iniciada a anticoagulação plena, que pode ser feita através da heparina não fracionada, utilizada em infusão contínua, que apresenta resultados semelhantes na taxa de recanalização aguda e imediata quando comparada à utilização de trombolíticos.
 - (C) Considerando os critérios de Wells para TEP, o paciente encontra-se com probabilidade moderada, devendo ser solicitada a dosagem sérica de d-dímero para confirmação diagnóstica.
 - (D) O TEP apresenta-se como forte possibilidade diagnóstica, estando indicado o implante de filtro de veia cava diante do pós-operatório recente.
 - (E) O TEP apresenta-se como forte possibilidade diagnóstica devendo ser prontamente anticoagulado com a utilização de heparina.
40. A trombose venosa profunda pode acometer membros inferiores, membros superiores ou sítios atípicos, como eixo mesentérico portal. A base do tratamento envolve a utilização de anticoagulantes na grande maioria dos casos. Sobre isso, marque a opção CORRETA.
- (A) A plaquetopenia induzida pela heparina não ocorre com o uso da heparina de baixo peso molecular, já que a estrutura molecular presente é apenas o sítio ativo da molécula original.
 - (B) Uma das complicações do tratamento relacionada à anticoagulação é o sangramento que, por vezes, pode ser ameaçador à vida. Dentre as medidas que devem ser tomadas, destaca-se a utilização da protamina, que reverte a ação da heparina na proporção de 1mg para cada 1000ui de heparina.
 - (C) A plaquetopenia induzida pela heparina, que possui base imunológica, associa-se fortemente a complicações hemorrágicas, mas sem qualquer relação com episódios trombóticos.
 - (D) A ação da heparina não fracionada ocorre através da ativação da antitrombina e então esse complexo inibe o fator XA.
 - (E) A rivaroxabana surge como opção de tratamento para os casos de TVP e TEP, com a vantagem de ser uma droga oral cuja dose varia com o peso e deve ser ajustada através do INR.

41. As lesões vasculares quando presentes num cenário de trauma, pioram bastante o prognóstico do paciente. Sobre trauma vascular, é CORRETO afirmar:
- (A) O trauma vascular periférico em antebraço ao acometer as artérias radial e ulnar simultaneamente pode ser tratado com ligadura das mesmas sem risco de isquemia da mão.
 - (B) A luxação posterior do joelho frequentemente acomete a artéria poplítea, que pode levar à isquemia grave do membro. O reparo vascular, quando necessário, pode ser realizado através da tromboembolectomia com cateter de Fogarty.
 - (C) As lesões cervicais zona II são as que apresentam maior dificuldade na avaliação clínica na busca da presença dos “sinais maiores”.
 - (D) Os pacientes vítimas de trauma vascular cervical zona I, com instabilidade hemodinâmica zona I, exigem mais frequentemente um acesso cirúrgico ampliado, associando a cervicotomia com esternotomia ou toracotomia anterolateral alta para garantir o controle proximal adequado.
 - (E) As lesões arteriais parciais por arma de fogo podem ser adequadamente reparadas com arteriorrafia, sem necessidade de interposição de enxerto venoso.
42. Considere o seguinte caso: Paciente masculino, 67anos, com antecedente claudicação intermitente em membro inferior direito, há 3anos, com episódio de IAM (infarto agudo do miocárdio) há 2 anos, e AVC acometendo o dimidio esquerdo sem déficit motor há 6 meses. Refere dor repentina e intensa em membro inferior direito, iniciado há 3 horas. Ao exame físico no lado acometido: pulso femoral 3/3+ e demais ausentes, associados à parestesia de pododactilos, sem comprometimento de força muscular e ausência de fluxo arterial ao doppler de ondas contínuas, sendo o fluxo venoso presente, associado à palidez e à redução da temperatura em pé. No lado esquerdo, presença de pulsos fe 3/3+ demais ausentes, sem lesões ou outras queixas. Levando em conta o quadro descrito, marque a opção CORRETA.
- (A) O quadro sugere Oclusão Arterial Aguda (OAA), de origem embólica, sendo indicado anticoagulação plena de imediato e seguimento clínico seriado.
 - (B) O quadro sugere Oclusão Arterial Aguda (OAA) embólica sendo indicado tromboembolectomia de urgência.
 - (C) O quadro sugere Oclusão Arterial Crônica (DAOP), exigindo otimização clínica e controle dos fatores de risco e realização de duplex arterial após a alta para seguimento clínico.
 - (D) O quadro apresentado caracteriza Oclusão Arterial Aguda (OAA) de origem trombótica, sendo necessária a realização de angiografia do membro inferior direito e programar revascularização arterial em seguida.
 - (E) O quadro apresenta-se como Oclusão Arterial Aguda (OAA), de origem trombótica, sendo necessária a realização de angiografia dos dois membros inferiores e programação de revascularização arterial do membro inferior direito, e em seguida, em intervalo de 30 dias, agendar a revascularização arterial do membro inferior esquerdo.
43. Sobre os derrames pleurais, é INCORRETO afirmar:
- (A) Em geral, o quilotórax tem aspecto leitoso, com dosagem elevada de triglicerídeos.
 - (B) O tratamento do quilotórax consiste, a princípio, em drenagem e restrição de gorduras na dieta.
 - (C) Pode ser necessária a ligadura do ducto torácico para o tratamento do quilotórax refratário.
 - (D) Na fase fibrino-purulenta do empiema pleural, além da antibioticoterapia, pode ser necessária pleuroscopia para lise das septações.
 - (E) A pleurostomia é o método de escolha para o tratamento do empiema pleural, por ocasionar reexpansão pulmonar precoce.
44. O câncer de pulmão é a principal causa de morte por neoplasias em todo o mundo. Sobre os tipos histológicos do câncer de pulmão, é INCORRETO afirmar:
- (A) O adenocarcinoma é o mais frequente entre não-tabagistas.
 - (B) O tabagismo aumenta a incidência de todos os tipos histológicos, com exceção do bronquíolo-alveolar.
 - (C) Tumores com invasão de parede torácica (como o de pancoast-tobias) são mais frequentemente do tipo carcinoma espinocelular.

- (D) O carcinoma de pequenas células apresenta o pior prognóstico.
- (E) O indiferenciado de grandes células é o mais encontrado nos casos de síndrome da veia cava superior.

45. Sobre as doenças pulmonares supurativas, é INCORRETO afirmar:

- (A) No Brasil, a principal causa de bronquiectasias é a tuberculose pulmonar.
- (B) O tratamento clínico das bronquiectasias pode envolver antibioticoterapia, broncodilatadores e fisioterapia.
- (C) Portador de bronquiectasias localizadas no mesmo lobo que apresente hemoptise importante ou pneumonias de repetição com frequência elevada deve ser submetido a tratamento cirúrgico.
- (D) Portador de abscesso pulmonar de 2,1cm no segmento superior do lobo inferior direito deverá ser tratado com antibioticoterapia e lobectomia inferior direita.
- (E) Paciente hígido e assintomático que apresente cavitação no lobo superior do pulmão direito com imagem sugestiva de aspergiloma em seu interior deve ser submetido a lobectomia superior direita.

46. Vítima de ferimento por projétil de arma de fogo em região precordial durante assalto há 1 hora é trazido pelo SAMU, em prancha rígida e com colar cervical, já intubado, em franco choque hipovolêmico. Durante avaliação inicial, ainda na sala de emergência, evolui com parada cardiorespiratória em atividade elétrica sem pulso. A conduta imediata a ser tomada é:

- (A) Iniciar massagem cardíaca externa.
- (B) Toracotomia antero-lateral esquerda e massagem cardíaca interna.
- (C) Esternotomia mediana e massagem cardíaca interna.
- (D) Dosar hemoglobina e hematócrito.
- (E) Avisar o cirurgião cardiovascular de plantão.

47. Considere o seguinte caso: Paciente 54 anos, masculino, hígido, vem fazer seu primeiro preventivo para câncer de próstata. refere pequeno desconforto para urinar, com fluxo do jato urinário levemente diminuído. Teve um tio materno que teve câncer de próstata. Nega comorbidades. Traz um PSA total de 15 ng/ml. Ao toque retal, próstata de 30g, com 1 nódulo palpável em base do lobo esquerdo. Realizou um biópsia de próstata com achado de adenocarcinoma acinar da próstata, em ambos os lobos, acometendo 7 de 12 fragmentos e com Gleason 4+4. Analise as opções abaixo e escolha a melhor conduta para este paciente conforme os achados.

- (A) Realizar cintilografia óssea e tomografia de abdômen e pelve para estadiamento. Se a cintilografia óssea identificar lesões metastáticas e a tomografia for normal, deve-se propor orquiectomia bilateral.
- (B) Se a cintilografia óssea e a tomografia computadorizada de abdômen e pelve forem negativas para doença metastática, realizar prostatectomia aberta.
- (C) Realizar cintilografia óssea e tomografia de abdômen e pelve para estadiamento. Se a cintilografia óssea identificar lesões metastáticas, realizar radioterapia pélvica externa e quimioterapia sistêmica.
- (D) Realizar tomografia de abdômen e pelve para estadiamento e se negativa para doença metastática, realizar ressecção endoscópica da próstata.
- (E) Se a cintilografia renal e tomografia de abdômen e pelve forem normais, realizar prostatectomia radical com linfadenectomia e quimioterapia sistêmica adjuvante.

48. Considere o seguinte caso: Paciente feminina, 67 anos, hígida, com hematúria macroscópica e ultrassonografia do aparelho urinário com lesão vesical única, vegetante de 5 cm, em parede lateral da bexiga. Foi submetida a ressecção endoscópica completa de lesão vesical e tem, como resultado anatomopatológico da lesão, o achado de carcinoma de células transicionais da bexiga, t1g3, sem identificação da camada muscular em material ressecado durante a análise patológica. Analise as opções abaixo e escolha a melhor conduta a ser adotada.

- (A) Complementar o tratamento com instilação intravesical de BCG.
- (B) Realizar nova ressecção endoscópica da bexiga com 30 dias.
- (C) Realizar tomografia de abdômen e pelve e, se normais, complementar o tratamento com instilação intravesical de BCG.

- (D) Complementar o tratamento com mitomicina C nas primeiras 12 horas após a ressecção vesical.
- (E) Seguimento trimestral com ultrassonografia do aparelho urinário, citologia oncológica da urina e sumário de urina nos primeiros 2 anos após a ressecção vesical.
49. Considere o seguinte caso: Paciente 68 anos, masculino, com sintomas urinários de armazenamento há 2 anos, em uso de alfa-bloqueador, tansulosina, refere que, há um ano, vem sentindo piora gradual dos sintomas, com aumento da frequência urinária diurna e noturna, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga e esforço miccional. Ao exame físico, apresenta uma próstata de 50g, adenomatosa e lisa. PSA total é de 6 ng/ml e a relação PSA livre/ total é de 22%. A ultrassonografia da próstata demonstra uma próstata de 60g, com bexiga de parede espessada e resíduo pós-miccional moderado. Paciente relata que a piora dos sintomas tem prejudicado suas atividades habituais. Analise as opções abaixo e escolha a melhor conduta.
- (A) Realizar biópsia de próstata e, se negativa, trocar a tansulosina por um finasterida.
- (B) Fazer antibioticoterapia por 28 dias e repetir PSA e ultrassonografia da próstata após o término.
- (C) Realizar biópsia de próstata e se negativa para malignidade realizar ressecção transuretral da próstata.
- (D) Realizar tomografia de abdômen e pelve e, se normais, indicar prostatectomia radical.
- (E) Associar finasterida a tansulosina e repetir PSA com 6 meses.
50. Considere o caso: Paciente 23 anos, vítima de acidente de motocicleta, é atendido no Pronto Socorro, refere forte dor abdominal, principalmente em região lombar esquerda. Ao exame físico paciente apresenta-se descorado, hipotenso (PA = 70 x 50mmHg) e frequência cardíaca de 112 bpm, abdômen depressível e doloroso a palpação em região do flanco esquerdo, com leve dor a descompressão abdominal. Após reposição de cristaloides (volume) paciente estabilizou a pressão arterial. Realizado cateterismo vesical com presença de hematúria. Paciente foi encaminhado para tomografia de abdômen total com e sem contraste, que demonstrou uma laceração no parênquima renal com lesão do sistema coletor e um extenso hematoma perirrenal do rim esquerdo. O rim direito estava normal. Analise as afirmações abaixo e escolha a opção que reflete a melhor conduta a ser adotada.
- (A) Laparotomia exploradora e nefrectomia total do rim esquerdo.
- (B) Laparotomia exploradora, drenagem do hematoma perirrenal e sutura do parênquima e sistema coletor do rim esquerdo.
- (C) Lobotomia exploradora e nefrectomia parcial do rim esquerdo.
- (D) Tratamento clínico com repouso absoluto no leito e repetição da tomografia de abdômen com 48 horas.
- (E) Lobotomia exploradora e nefrectomia total do rim esquerdo.