



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



EDITAL n. 017/2020
RESIDÊNCIA MÉDICA

SES PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL

07/11/2020

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

ATENÇÃO: Transcreva no espaço designado da sua FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

A persistência é o caminho do êxito.

1. Quando for permitido abrir o caderno de provas, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se isso ocorrer, solicite outro exemplar ao aplicador de provas.
2. Este caderno consta de 50 questões objetivas. Cada questão apresenta quatro alternativas de respostas, das quais apenas **uma** é a correta.
3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro no preenchimento. Ao recebê-lo, confira se seus dados estão impressos corretamente. Se houver erro, notifique-o ao aplicador de prova.
4. Preencha, integralmente, um alvéolo por questão, rigorosamente dentro de seus limites e sem rasuras, utilizando caneta de tinta AZUL ou PRETA, fabricada em material transparente. A questão deixada em branco, com rasura ou com mais de uma marcação, terá pontuação zero.

— QUESTÃO 01 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma mulher de 30 anos apresenta-se com uma lesão ulcerada e sangrante na ponta do polegar esquerdo. Ela afirma que seu polegar esquerdo é maior do que o direito desde a adolescência e fica hipersensível com frequência. Existe um pulso radial esquerdo proeminente e um sopro audível na base do polegar. O polegar é quente e hiperêmico.

Nesse caso, o diagnóstico provável é:

- (A) malformação venosa.
- (B) malformação arteriovenosa.
- (C) trombose venosa.
- (D) doença de Reynaud.

— QUESTÃO 02 —

A dor pós-operatória em amputados:

- (A) tem componentes tanto cerebrais quanto periféricos.
- (B) é infrequente após a cicatrização das incisões.
- (C) é de natureza constante.
- (D) em geral, pode ser controlada somente com analgésicos comuns.

— QUESTÃO 03 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um paciente com doença obstrutiva em múltiplos níveis apresenta-se com gangrena do pé. Existe uma estenose moderada da artéria ilíaca e obstrução fêmoro-poplítea difusa com reabite da artéria tibial posterior.

Nesse caso, a melhor abordagem a ser adotada é:

- (A) amputação ao nível da coxa.
- (B) amputação transtibial.
- (C) by-pass fêmoro-femoral e by-pass femoral-tibial posterior simultaneamente.
- (D) angioplastia da artéria ilíaca e by-pass femoral-tibial posterior simultaneamente.

— QUESTÃO 04 —

Dentre os critérios anatômicos apropriados de inclusão para o reparo endovascular dos aneurismas aórticos infrarrenais inclui:

- (A) um comprimento de colo proximal menor que 10 mm.
- (B) um diâmetro de colo proximal maior que 30 mm.
- (C) ausência de trombo circunferencial no local de fixação proximal.
- (D) um colo proximal com formato afunilado.

— QUESTÃO 05 —

Na avaliação tomográfica da pancreatite aguda, qual é o significado da classificação de BALTHAZAR C?

- (A) Aumento focal ou difuso do pâncreas.
- (B) Inflamação peripancreática.
- (C) Presença de uma coleção líquida.
- (D) Presença de duas ou mais coleções líquidas.

— QUESTÃO 06 —

As principais complicações locais da pancreatite aguda incluem coleção aguda de fluido peripancreático, coleção necrótica aguda, pseudocisto pancreático e necrose pancreática isolada. Para o tratamento de pseudocisto pancreático sintomático, com 8 cm de diâmetro, detectável dois meses após quadro de pancreatite aguda, qual opção terapêutica deve ser evitada?

- (A) Cistogastrostomia endoscópica.
- (B) Drenagem transpapilar endoscópica com uso de stent.
- (C) Drenagem externa guiada por tomografia computadorizada.
- (D) Cistojejunostomia em Y de Roux.

— QUESTÃO 07 —

Leia o caso clínico a seguir.

Vítima de queda de grande altura (cinco metros), do sexo masculino, de 38 anos, dá entrada no pronto socorro com quadro de dor torácica, FC de 126 BPM, taquipneia, turgência de jugulares e sudorese. Na inspeção, observa-se área de escoriação e hematoma na região anterolateral do hemitórax direito ao nível do quinto espaço intercostal, com crepitação significativa. A ausculta revela ausência do murmúrio vesicular no hemitórax direito e ritmo cardíaco regular em dois tempos.

Nesse caso, qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Pneumotórax hipertensivo.
- (B) Tamponamento cardíaco.
- (C) Hemotórax maciço.
- (D) Tórax instável.

— QUESTÃO 08 —

Qual dos fatores a seguir é preditivo favorável para o fechamento de fístula entérica pós-operatória?

- (A) Localização alta.
- (B) Tecido epitelizado.
- (C) Trajeto fistuloso >2 cm.
- (D) Abertura enteral >1 cm.

— QUESTÃO 09 —

A obesidade é uma preocupação da saúde mundial. No Brasil, esta condição afeta cerca de 15% da população. Atualmente, o tratamento cirúrgico é método que comprovadamente apresenta melhores resultados no tratamento da obesidade mórbida. Existem várias técnicas cirúrgicas reconhecidas e validadas cientificamente, apresentando resultados semelhantes. Segundo o Conselho Federal de Medicina, qual é o procedimento cirúrgico proscrito para o tratamento da obesidade mórbida?

- (A) Bypass gástrico.
- (B) Bypass jejuno-ileal.
- (C) Derivação biliopancreática.
- (D) Gastrectomia vertical.

— QUESTÃO 10 —

A conduta preferencial a ser adotada em um paciente de 70 anos com diverticulite aguda, Hinchey IV, é:

- (A) Cirurgia de Hartmann.
- (B) Colectomia total.
- (C) Sigmoidectomia com anastomose primária.
- (D) Colonoscopia descompressiva.

— QUESTÃO 11 —

Leia o caso clínico a seguir.

Vítima de perfuração por arma branca (faca) em hemitórax esquerdo dá entrada no PS, trazido por familiares. Ao exame: taquipnéico, PA 90/55 mmHg, apesar de ressuscitação hídrica, bulhas cardíacas abafadas e dilatação de veias jugulares.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é:

- (A) Pneumotórax hipertensivo.
- (B) Tamponamento cardíaco.
- (C) Hemotórax.
- (D) Hérnia diafragmática.

— QUESTÃO 12 —

O reparo cirúrgico da hérnia inguinal pela técnica que consiste na fixação de tela de polipropileno, no espaço pré-peritoneal, em que a tela é suturada ao ligamento pectíneo e ao arco aponeurótico do transversos, é caracterizado pela técnica de:

- (A) Lichtenstein.
- (B) PHS.
- (C) McVay.
- (D) Rives.

— QUESTÃO 13 —

Segundo a classificação de Nyhus, das hérnias da região inguinal, qual é do tipo IVA?

- (A) Hérnia inguinal direta recidivante.
- (B) Hérnia inguinal indireta inguino-escrotal volumosa.
- (C) Hérnia inguinal direta com defeito da parede posterior.
- (D) Hérnia inguinal indireta com anel inguinal dilatado e parede posterior intacta.

— QUESTÃO 14 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente com quadro de hematêmese há cerca de três horas, cuja endoscopia digestiva alta revelou presença de varizes de fundo gástrico com sangramento ativo.

Nesse caso, qual a melhor conduta?

- (A) Ligadura elástica.
- (B) Passagem de balão de Sengstaken-Blakemore.
- (C) Escleroterapia de veia gástrica (adrenalina e etanolamina).
- (D) Obliteração de veia gástrica com cola (cianoacrilato).

— QUESTÃO 15 —

O cirurgião tem papel de grande importância na prevenção, diagnóstico, estadiamento e tratamento do paciente com câncer. A cirurgia pode ter caráter paliativo ou ser curativa. A ressecção curativa é aquela em que todo o câncer visível é removido, e as margens cirúrgicas são microscopicamente livres de lesão. O termo *status R* foi criado para descrever o *status* após a ressecção tumoral. Qual das opções indica doença macroscopicamente residual?

- (A) R0.
- (B) R1.
- (C) R2.
- (D) R3.

— QUESTÃO 16 —

O tratamento de escolha para a litíase da vesícula biliar é a colecistectomia, cujo objetivo é o alívio dos sintomas e/ou prevenção de complicações. Todavia, a maioria dos portadores de litíase biliar é assintomática. Nesse sentido, qual situação clínica faz parte das indicações de colecistectomia em portadores assintomáticos de colelitíase?

- (A) Esteatose hepática.
- (B) Cálculos maiores que 1,0 cm.
- (C) Cirrose hepática.
- (D) Anemia falciforme.

— QUESTÃO 17 —

Em pacientes cirúrgicos, um dos principais objetivos da administração exógena de pequenas quantidades de glicose (aproximadamente 50 g/d) é:

- (A) estimular a cetose.
- (B) inibir a gliconeogênese.
- (C) minimizar a perda muscular.
- (D) aumentar o bloqueio à insulina.

— QUESTÃO 18 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, de 34 anos, submeteu-se a cirurgia bariátrica (bypass gástrico) há quatro meses. Há quatro dias evoluiu com dor abdominal tipo cólica em hipocôndrio direito, vômitos e icterícia. Realizou colangiressonância, com diagnóstico de colelitíase e coledocolitíase.

Com relação a esse caso, qual o tratamento mais adequado?

- (A) Colectomia videolaparoscópica seguida de CPRE.
- (B) CPRE seguida de colectomia videolaparoscópica.
- (C) Colectomia convencional e coledocostomia com dreno de Kehr.
- (D) Colectomia com exploração da via biliar por videolaparoscopia.

— QUESTÃO 19 —

No Brasil, o câncer de estômago, excetuando-se o de pele (não melanoma), é o quinto mais frequente. Em ambos os gêneros, a incidência aumenta a partir de 35-40 anos em intensidades diferentes. A incidência desse tipo de tumor vem diminuindo, mas a taxa de mortalidade permanece alta. Sobre o câncer gástrico, qual é fator de melhor prognóstico?

- (A) Câncer na porção proximal do órgão.
- (B) Classificação histológica tipo intestinal de Laurén.
- (C) Linfadenectomia D3.
- (D) Invasão da subserosa em relação à invasão apenas da muscular própria.

— QUESTÃO 20 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente trazido por familiares, vítima de explosão durante manipulação de bomba caseira, com queimadura em toda cabeça, tronco anterior e parte anterior dos membros superiores. Ao exame: A- vias aéreas livres; B- FR 26 IPM com presença de estridores; C- PA 120x80 mmHg e FC 110 BPM; D- Glasgow 14 (confusão mental); E- queimaduras citadas; Peso: 100 kg.

Nesse caso, qual deverá ser a primeira conduta?

- (A) Acesso venoso calibroso, com reposição volêmica de 7.200 a 14.400 mL de ringer lactato, nas primeiras 24 horas.
- (B) Acesso venoso calibroso, com reposição volêmica de 3.200 mL de ringer lactato, nas primeiras oito horas.
- (C) Intubação orotraqueal imediata.
- (D) Realização de escarotomia torácica imediata.

— QUESTÃO 21 —

A retocolite ulcerativa apresenta relação positiva com qual tumores hepáticos?

- (A) Colangiocarcinoma.
- (B) Adenoma.
- (C) Hiperplasia nodular focal.
- (D) Hemangioma.

— QUESTÃO 22 —

Qual condição não é considerada fator de risco para o surgimento do adenocarcinoma gástrico?

- (A) Infecção por *Helicobacter pylori*.
- (B) Anemia perniciosa.
- (C) Adenoma gástrico.
- (D) Úlcera gástrica péptica.

— QUESTÃO 23 —

O manejo das lesões colônicas penetrantes tem evoluído ao longo das últimas décadas. No trauma penetrante de cólon,

- (A) o reparo primário, mesmo com o cólon não preparado, é a técnica preferencial para o tratamento dessas lesões.
- (B) a colostomia deve ser indicada sempre que houver contaminação fecal da cavidade.
- (C) a lavagem da cavidade peritoneal deve ser sempre realizada com soluções concentradas de antibióticos.
- (D) a colonoscopia é fundamental para a avaliação das lesões traumáticas do cólon.

— QUESTÃO 24 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino, de 56 anos, é hospitalizado com quadro clínico e laboratorial de pancreatite aguda. Apresenta boa evolução clínica, porém, em um controle tomográfico, 15 dias após o início dos sintomas, apareceu uma coleção peripancreática de 6 cm que abaula a parede posterior do estômago.

Nesse caso, a melhor conduta para o caso é:

- (A) observação clínica e tomografia de controle em algumas semanas.
- (B) derivação cistojejunal em Y de Roux.
- (C) realizar drenagem percutânea guiada por tomografia.
- (D) realizar cistogastrostomia endoscópica.

— QUESTÃO 25 —

O sinal de Curvoisier-Terrier é sugestivo de qual patologia abdominal?

- (A) Pancreatite aguda.
- (B) Câncer de pâncreas.
- (C) Diverticulite.
- (D) Coledocolitíase.

— QUESTÃO 26 —

Leia o caso clínico a seguir.

Você é convocado para uma área de triagem segura em um shopping, onde várias pessoas são feridas em um tiroteio. O atirador se matou. Você examina rapidamente a situação, determina as condições dos pacientes e estabelece as prioridades para avaliação posterior.

Nesse caso, qual paciente tem prioridade para a avaliação posterior?

- (A) PACIENTE A – Um jovem está gritando: "Por favor, me ajude, minha perna está me matando!".
- (B) PACIENTE B – Uma jovem mulher tem cianose e taquipneia e está respirando ruidosamente.
- (C) PACIENTE C – Um homem mais velho está deitado em uma poça de sangue com a perna esquerda da calça encharcada de sangue.
- (D) PACIENTE D – Um jovem está deitado de bruços e não se move.

— QUESTÃO 27 —

Qual a melhor alternativa de tratamento para paciente portador de megaesôfago chagásico grupo III de Rezende, com 40 anos, sem comorbidades?

- (A) Cirurgia de Nissen.
- (B) Esofagoplastia.
- (C) Cirurgia de Serra-Dória.
- (D) Cirurgia de Heller-Pinotti.

— QUESTÃO 28 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 25 anos, do sexo masculino, é atendido na emergência com história de ferimento por faca durante briga de rua. Apresenta-se em bom estado geral, corado, hidratado, anictérico, com pulso de 96 BPM, frequência respiratória de 16 IRM, pressão arterial de 110x80 mmHg. O ferimento é de cerca de 3 cm em região lombar, linha escapular direita, ao nível da cicatriz umbilical, sem sangramento ativo. O abdome está flácido, pouco doloroso em hipocôndrio direito, sem irritação peritoneal.

Nessas condições, a melhor conduta imediata é:

- (A) laparotomia exploradora.
- (B) exploração da ferida sob anestesia local.
- (C) tomografia computadorizada abdominal.
- (D) FAST.

— QUESTÃO 29 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino, de 67 anos, procura ambulatório de cirurgia com queixa de dor em hipocôndrio direito, icterícia e calafrios. Relato de quatro episódios semelhantes prévios desde uma cirurgia para "retirada de pedra da vesícula e do canal da bile" há cinco anos. Refere icterícia também na época da cirurgia.

Diante da hipótese diagnóstica de "Síndrome Sump", ao solicitar a descrição cirúrgica prévia, que provavelmente consistiu em:

- (A) Colectomia e CPRE.
- (B) Colectomia com exploração de vias biliares devido síndrome de Mirizzi prévia.
- (C) Colectomia com exploração de vias biliares e anastomose colédoco-duodenal.
- (D) Anastomose colecistojejunal.

— QUESTÃO 30 —

Leia o caso clínico a seguir.

Há quatro meses, um paciente de 43 anos apresentou quadro de úlcera gástrica perfurada e foi submetido a gastrectomia parcial e reconstrução à Billroth II, em cirurgia de urgência. Atualmente, queixa-se de desconforto em epigastro e hipocôndrio direito após as refeições. A dor alivia após vômitos biliosos com resíduos alimentares.

Nesse caso, qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Síndrome da alça aferente.
- (B) Síndrome de dumping precoce.
- (C) Síndrome de dumping tardio.
- (D) Cólica biliar.

— QUESTÃO 31 —

O megaesôfago constitui problema de saúde pública em nosso país, pois acomete indivíduos em sua fase de maior produtividade. A acalásia é condição de risco para o desenvolvimento de um tipo de neoplasia de esôfago. Qual o subtipo histológico mais comum dessa neoplasia, na esofagopatia chagásica?

- (A) Adenocarcinoma.
- (B) GIST.
- (C) Sarcoma.
- (D) Carcinoma epidermoide.

— QUESTÃO 32 —

Leia o caso clínico a seguir.

Seis dias após uma sigmoidectomia com anastomose colorretal primária devido a um volvo de sigmoide, uma paciente de 68 anos apresenta distensão e dor abdominal há um dia. Aceitou a dieta e teve dois episódios de evacuação líquida nesse período. Apresenta taquicardia (FC: 120 BPM) e piora da leucocitose com desvio à esquerda. Foi indicada a reoperação. No intraoperatório, foram evidenciadas deiscência posterior de 1 cm da anastomose e pequena quantidade de secreção fecaloide na pelve.

Nesse caso, qual a melhor conduta operatória?

- (A) Realizar sutura da lesão e drenagem da cavidade.
- (B) Realizar sutura da lesão, ileostomia em alça, sem drenagem da cavidade.
- (C) Desfazer a anastomose, sutura de coto retal e colostomia terminal.
- (D) Desfazer anastomose e exteriorizar a lesão em dupla boca.

— QUESTÃO 33 —

O estado nutricional influi diretamente na evolução perioperatória do paciente cirúrgico. A prevalência de desnutrição em pacientes cirúrgicos varia de 22 a 58%. Na triagem, com avaliação e suporte nutricional do paciente cirúrgico, sabe-se que:

- (A) todo paciente deve ser triado na internação e avaliado do ponto de vista nutricional.
- (B) a avaliação subjetiva global subestima o estado nutricional em pacientes cirúrgicos e deve ser evitada.
- (C) o índice de massa corpórea (IMC) vem sendo amplamente utilizada na prática clínica nos últimos anos, favorecendo a avaliação dos riscos nutricionais de pacientes hospitalizados por meio de uma abordagem não invasiva.
- (D) a dosagem de albumina tem sido a mais comumente utilizada, tendo em vista a sua estreita associação com a morbidade e mortalidade, bem como meia-vida curta (três dias), que permite detecções precoces de distúrbios nutricionais.

— QUESTÃO 34 —

Pancreatite aguda necrotizante é caracterizada por inflamação associada à necrose do parênquima pancreático e/ou necrose peripancreática. A infecção pancreática é a principal causa de morbimortalidade na pancreatite necrotizante aguda, ocorrendo em aproximadamente um terço dos pacientes com necrose pancreática. Na pancreatite aguda,

- (A) em pacientes estáveis com necrose infectada, a necrosectomia deve ser realizada o mais precocemente possível, para evitar uma abordagem cirúrgica em vigência de deteriorização clínica.
- (B) o tratamento clínico é uma opção terapêutica, uma vez que alguns pacientes com necrose infectada melhoram clinicamente a ponto de não ser necessário nenhuma intervenção.
- (C) o uso de antibióticos em pacientes com necrose estéril é recomendado para prevenir o desenvolvimento de necrose infectada, diminuindo a morbimortalidade.
- (D) a maioria das infecções (aproximadamente 75%) são polimicrobianas com organismos derivados do intestino, justificando o emprego de antibióticos de amplo espectro.

— QUESTÃO 35 —

O nariz fissurado é um problema de saúde pública e, devido à sua complexidade, necessita de tratamento de centros especializados em rinoplastia. Em Goiás, tem-se um centro especializado em rinoplastias organizado pelo Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital CRER. Qual alteração não é encontrada no nariz fissurado?

- (A) Cartilagem alar sofre distorção sem rotação.
- (B) Narinas assimétricas sem horizontalização do lado acometido.
- (C) Ausência de desvio septal.
- (D) Ausência de assoalho nasal.

— QUESTÃO 36 —

A técnica em avanço utiliza um retalho para corrigir um defeito, porém de três a quatro vezes em extensão do mesmo, perpendicularmente a este. É um exemplo de uso de técnica em avanço:

- (A) retalho de Fricke.
- (B) técnica V-Y.
- (C) triângulo ABC de Pitanguy.
- (D) retalho de Limberg.

— QUESTÃO 37 —

Celso, no século I A.D., descreveu o aparecimento de ferida em cicatriz de queimadura. Em 1860, Herteux fez um relato de uma ferida em cicatriz de queimadura. Em 1828, um cirurgião francês, Jean Nicholas Marjolin, descreveu uma tumoração ulcerada em cicatriz originada de trauma. Este tumor recebeu então o epônimo: úlcera de Marjolin. Este tumor é conhecido por se apresentar em cicatrizes crônicas de áreas onde ocorreu queimadura, sendo um tipo de câncer denominado:

- (A) melanoma maligno.
- (B) câncer de células escamosas.
- (C) carcinoma basocelular.
- (D) linfangioma.

— QUESTÃO 38 —

A anatomia do nariz é uma das áreas mais complexas da compreensão de um cirurgião. O conhecimento desta região e seus termos é essencial para o cirurgião que deseja realizar cirurgia nesta área. A área K (Keystone) é formada pelas seguintes estruturas:

- (A) cartilagens alares, septo nasal e cartilagens triangulares.
- (B) cartilagens sesamoides, cartilagens alares e septo nasal.
- (C) ossos nasais, vômer e cartilagens alares.
- (D) ossos nasais, cartilagens laterais superiores e septo nasal.

— QUESTÃO 39 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 26 anos relata dispneia progressiva há cinco dias. Refere que há um mês, após queda de moto e TCE grave, necessitou de intubação orotraqueal com internação em UTI por seis dias. Após internação por duas semanas, recebeu alta sem sequelas neurológicas aparentes. Todavia, há cinco dias, refere dispneia progressiva, inicialmente para caminhar no plano e atualmente para pequenos esforços, como tomar banho. Apresenta-se taquipnéico e com respiração ruidosa.

Nesse caso, a hipótese diagnóstica para o caso é:

- (A) tromboembolismo pulmonar agudo (TEP).
- (B) laringomalácea.
- (C) estenose inflamatória da traqueia.
- (D) atresia laringo-traqueal pós-trauma.

— QUESTÃO 40 —

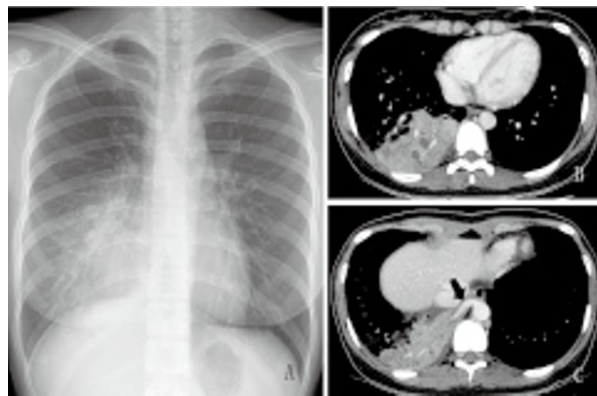
Um paciente é candidato à timectomia por *Miastenia gravis*. Qual dos seguintes fármacos deve ser preferencialmente evitado ou utilizado em titulação mínima na anestesia desse paciente?

- (A) Rocurônio e atracúrio.
- (B) Fentanila e remifentanila.
- (C) Droperidol e propofol.
- (D) Neostigmina e piridostigmina.

— QUESTÃO 41 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 26 anos, apresentando quadros de pneumonia de repetição desde a infância, com episódios esporádicos de hemoptise. Em todas as ocasiões foi tratada com antibioticoterapia apresentando resolução temporária dos episódios. Entre as crises, persistia tosse crônica produtiva e algumas vezes escarro hemoptoico. Apresentou-se há cerca de três semanas na UPA Flamboyant com quadro agudo febril e tosse produtiva, dor torácica em terço inferior do hemitórax direito. Na ocasião, apresentava ao exame físico: sopro tubário em terço inferior do hemitórax direito. O radiograma de tórax solicitado naquela ocasião revelou opacidade em base do pulmão direito, interpretado como infiltrado pneumônico. Foi tratada com antibióticos e cuidados gerais, apresentando melhora clínica. Entretanto, após três semanas, ainda apresentava ausculta pulmonar inalterada e persistência da imagem no radiograma de controle. Considerando a história prévia e a persistência da imagem, foi solicitada tomografia de tórax, conforme as imagens representadas a seguir:



De acordo com a interpretação da imagem, qual a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta a seguir?

- (A) Tuberculose pulmonar – Pesquisa de BAAR no escarro e PPD e tratamento com esquema RHZE (Coxcip 4).
- (B) Sequestro pulmonar – Angiotomografia de tórax e ressecção cirúrgica (lobectomia pulmonar).
- (C) Neoplasia maligna do pulmão (tumor broncogênico) – Biópsia por broncoscopia com lavado e escovado e lobectomia pulmonar inferior direita.
- (D) Abscesso pulmonar – Ressonância magnética do tórax e antibioticoterapia prolongada por quatro a seis semanas.

— QUESTÃO 42 —

A manutenção da ventilação mecânica é, frequentemente, indicada no pós-operatório de grandes intervenções (torácicas ou não). Para tanto, existem algumas indicações específicas quanto à manutenção da ventilação mecânica por um período mais prolongado, a fim de auxiliar a ventilação pulmonar e diminuir o índice de complicações. Nesse sentido, quais são as indicações de se manter a ventilação mecânica por um período mais prolongado?

- (A) Anestesia complicada e prolongada; broncoplastia; ressecções traqueais.
- (B) Dessaturação do sangue arterial; hemorragia intracavitária; ressecções traqueais.
- (C) Dessaturação do sangue arterial; anestesia complicada e prolongada; situação hemodinâmica instável.
- (D) Situação hemodinâmica instável; hemorragia intracavitária; cirurgia de redução do volume pulmonar.

— QUESTÃO 43 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 31 anos refere dificuldade para evacuar, só conseguindo o ato quando as fezes estão líquidas, o que a obriga a usar laxativos. Tem o problema há seis meses desde que operou de fissura anal. Apresenta, ainda, incontinência para gases e fezes líquidas, necessitando usar absorventes para não sujar a roupa. Ao exame proctológico, observa-se subestenose da região anal, enquanto, o toque foi impossível de ser realizado.

Nesse caso, a melhor conduta é:

- (A) dieta líquida, laxativos e dilatação com vela de Hegar.
- (B) esfínterectomia lateral interna.
- (C) secção da fibrose e avanço de retalho.
- (D) secção da fibrose e procedimento de Lord.

— QUESTÃO 44 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente masculino de 18 anos é portador de polipose adenomatosa familiar. Apresenta um número moderado de pólipos intestinais, em torno de 150, sendo apenas três pólipos presentes no reto. Será submetido à cirurgia profilática para neoplasia maligna colorretal.

Nesse caso, a proposta cirúrgica deve ser a

- (A) proctocolectomia, com anastomose ileoanal com bolsa.
- (B) colectomia total, com anastomose ileorretal.
- (C) proctocolectomia total, com anastomose ileostomia definitiva.
- (D) colectomia esquerda, com anastomose colorretal.

— QUESTÃO 45 —

O segmento colônico onde acontece a maior incidência de angioectasias é o

- (A) reto.
- (B) cólon sigmoide.
- (C) cólon ascendente.
- (D) ceco.

— QUESTÃO 46 —

Para paciente com incontinência anal e hipotonia esfínteriana comprovada por manometria, qual exame melhor complementa o diagnóstico da etiologia?

- (A) Exame sob sedação.
- (B) Defecografia.
- (C) Tomografia computadorizada.
- (D) Ultrassonografia endorretal.

— QUESTÃO 47 —

A persistência do úraco é explicada pela ausência de descida da bexiga ou, mais comumente, pela falha do canal uracal revestido com epitélio em obliterar. A obstrução da bexiga durante o desenvolvimento fetal tem sido responsabilizada pela permanência do úraco tubular. Entretanto, o fato de que a permeabilidade uracal está frequentemente ausente em bexigas gravemente obstruídas no útero, lança dúvidas sobre essa teoria. Além disso, no máximo, 14% das pacientes com úraco patente têm confirmação pós-natal de obstrução da bexiga *in utero*. A obliteração do úraco pode ser independente do nível de distensão da bexiga, portanto, a retubularização, ao invés da permeabilidade primária, pode ser a causa da drenagem urinária do umbigo. Esta teoria é apoiada por relatos de fístulas umbilicais urinárias em obstruções adquiridas da bexiga em fases posteriores da vida. Na persistência do úraco,

- (A) os organismos mais comuns cultivados da drenagem umbilical incluem *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Citrobacter* e, mais frequentemente, espécies de *Proteus*.
- (B) suspeita-se de um úraco patente no período neonatal por drenagem contínua ou intermitente de líquido do umbigo, sendo que as manifestações adicionais incluem um umbigo aumentado ou edematoso e cicatrização retardada do coto do cordão.
- (C) é importante diferenciar a condição de um ducto onfalomesentérico patente, uma vez que a presença de ambas as anomalias no mesmo paciente é comum.
- (D) o manejo de um úraco infectado com formação de abscesso inclui a drenagem inicial com cobertura de antibióticos, uma vez que a infecção cedeu, a excisão parcial do úraco patente, incluindo um manguito vesical, é necessária.

— QUESTÃO 48 —

Não se pode atestar que as potenciais comorbidades decorrentes das válvulas de uretra posterior – disfunção renal, refluxo urinário, agravamento da hidronefrose – estão diretamente relacionadas à disfunção da bexiga. Compreender o impacto embriológico das válvulas de uretra posterior no desenvolvimento da bexiga – e subsequente disfunção da bexiga – continua sendo uma área de investigação contínua. Nas disfunções vesicais decorrentes da válvula de uretra posterior,

- (A) é importante notar que as pressões de esvaziamento elevadas patologicamente significativas devem ser distinguidas das pressões de armazenamento elevadas neonatais e infantis normais, que são uma característica normal no desenvolvimento da bexiga.
- (B) a deposição na matriz extracelular causa contração alterada e relaxamento passivo da bexiga, o que pode provocar múltiplas alterações intracelulares que vão desde a redução do fluxo sanguíneo do detrusor, causando isquemia, até a toxicidade dos radicais livres.
- (C) a obstrução valvar levará também à dilatação acentuada da uretra posterior, hipotrofia do colo da bexiga e achatamento do *verumontanum*, com dilatação dos ductos ejaculatórios – achados patognômicos na uretrocistografia miccional.
- (D) o aumento da produção de urina, com crescimento e desenvolvimento normais, combinado com poliúria latente da displasia renal existente e aumento da pressão glomerular causada por esvaziamento insuficiente da bexiga, conspira para aumentar os volumes de urina armazenados no trato urinário superior.

— RASCUNHO —**— QUESTÃO 49 —**

A infecção urinária continua sendo uma significativa apresentação clínica de ureteres ectópicos e ureteroceles, que podem ocorrer em qualquer idade e ter um padrão altamente variável. Embora haja grande variabilidade na apresentação infecciosa do ureter ectópico ou da ureterocele, vários padrões podem ser antecipados. Em processos infecciosos urinários nos portadores de ureterocele ou ureter ectópico,

- (A) a urosepsia generalizada pode ser o cenário clínico de apresentação, e a ultrassonografia da bexiga renal raramente fornecerá o diagnóstico. Devido à extrema variabilidade da qualidade das imagens pré-natais, torna desnecessário que um estudo ultrassonográfico seja obtido em todas as crianças com urosepsia.
- (B) no cenário agudo, a resposta clínica inicial determinará o momento da intervenção. Certamente, a criança com sepse, que não está respondendo rapidamente à terapia apropriada, pode necessitar de incisão transuretral urgente (UIS) de uma ureterocele infectada ou drenagem percutânea ou aberta de um ureter ectópico.
- (C) os ureteres ectópicos frequentemente se manifestam com padrão mais agudo evidenciado por febre alta contínua com picos periódicos. Em alguns casos, uma cultura de urina negativa estará presente simplesmente porque o sistema ectópico infectado não está drenando para a bexiga. Os pais podem descrever uma secreção purulenta do períneo.
- (D) em meninos que apresentem ureter ectópico, com menos frequência, há apresentação do quadro como o de uma epididimite. Embora esse seja um subconjunto comum de meninos com escroto agudo, eles podem ter uma epididimite bacteriana verdadeira ou urina infectada. No cenário de suspeita de epididimite em um menino, é prudente realizar um ultrassom do trato superior para garantir que não haja anormalidades.

— QUESTÃO 50 —

A reprodução é um sistema probabilístico: quanto mais viável o espermatozoide começa sua jornada no trato reprodutivo feminino, maior a chance de penetrar e fertilizar o óvulo. Nesse sentido, há apenas um resultado definitivo de uma análise de sêmen, que é a condição em que nenhum esperma está presente. Assim, somente nesse caso o homem pode ser considerado absolutamente estéril. Em relação à avaliação do sêmen,

- (A) as condições que causam hipovolemia seminal incluem fatores anatômicos, como obstrução ductal ejaculatória ou hipoplasia da próstata e vesículas seminais, como pode ocorrer na deficiência severa de androgênio; problemas funcionais, como na ejaculação retrógrada; condições neurológicas, como lesão da medula espinhal, diabetes mellitus ou esclerose múltipla; e fatores farmacológicos, que podem ocorrer em agentes bloqueadores α -adrenérgicos prescritos para homens, como a tansulosina ou bloqueadores de canais cálcio como o verapamil.
- (B) a aspermia, ejaculação seca e anejaculação referem-se à condição na qual nenhum fluido é expelido da uretra durante o orgasmo masculino. É causada por condições diferentes da hipovolemia seminal. Se aspermia ou hipovolemia seminal for observada, uma análise de urina pós-ejaculatória é realizada para identificar a ejaculação retrógrada e alguma forma de investigação, como ultrassonografia transretal, é conduzida para avaliar se a obstrução ductal ejaculatória pode estar presente.
- (C) a oligospermia é mais apropriadamente definida em um contexto clínico para homens com uma única amostra de sêmen demonstrando 10 milhões/mL. Os que não tiveram dificuldade em engravidar sua esposa podem não ser oligospermicos, ao passo que aqueles com testículos pequenos, FSH elevado e densidades em várias análises de sêmen variando de 20 a 25 milhões/mL, podem ser razoavelmente considerados oligospermico.
- (D) vitalidade se refere à porção do esperma que são células vivas metabolicamente ativas. Necropermia ou necrozoospermia é a condição que descreve um grande número de espermatozoides não vivos. A avaliação sobre se os espermatozoides estão vivos é essencial se for observada astenospermia discreta para discriminar se a falta de motilidade é resultado da morte celular ou da disfunção dos processos moleculares envolvidos na movimentação do esperma.