

**UFG**

# PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL

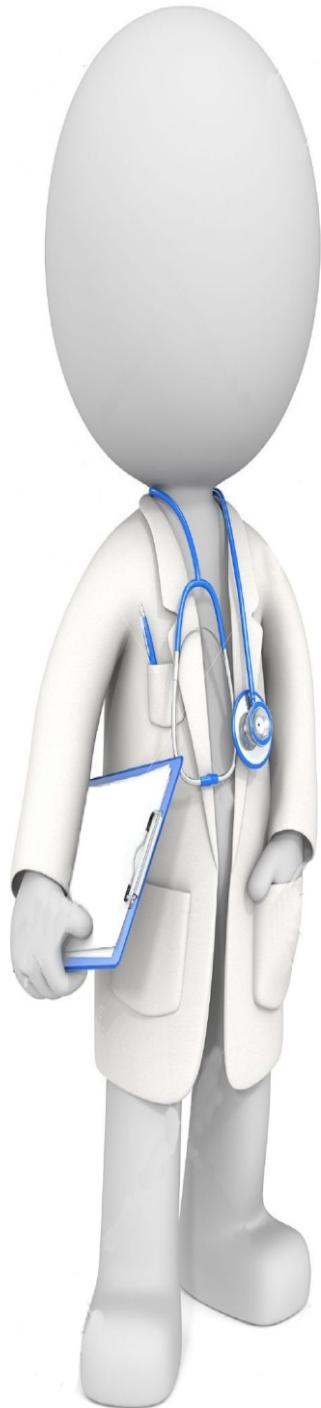
**08/11/2020**

**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:

**Põe quanto és no mínimo que fazes.**



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 prova.
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 —**

Qual a principal causa de estenose de uma fistula arteriovenosa?

- (A) Fibrose Cicatricial.
- (B) Hiperplasia miointimal.
- (C) Aterosclerose.
- (D) Trombo crônico reorganizado.

**— QUESTÃO 02 —**

Qual dos aneurismas a seguir acomete com maior frequência pessoas do gênero feminino?

- (A) Aneurisma de A. hepática.
- (B) Aneurisma de A. esplênica.
- (C) Aneurisma de A. mesentérica superior.
- (D) Aneurisma de A. renal.

**— QUESTÃO 03 —**

Qual é a localização mais comum de ruptura aórtica traumática?

- (A) Aorta ascendente.
- (B) Aorta descendente proximal.
- (C) Aorta descendente distal.
- (D) Aorta abdominal.

**— QUESTÃO 04 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 35 anos com história de ataque isquêmico transitório ocorrido há cinco semanas. Realizada angiografia cerebral que demonstrou artéria carótida interna esquerda mais alongada que o habitual e com alongamento em espiral bilateralmente, sendo visualizado um padrão em “conta de rosário”.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é:

- (A) dissecção espontânea.
- (B) arterite de Takayasu.
- (C) displasia fibromuscular.
- (D) kinking carotídeo hemodinâmico.

**— QUESTÃO 05 —**

Na ativação da resposta inflamatória aguda:

- (A) o padrão molecular associado ao dano (PMAD) ativa o sistema imune e tem como gatilho proteínas denominadas alarminas.
- (B) os Toll-like receptors (TLRs) ativam a cascata anti-patógena para PMADs intracelulares.
- (C) os inflamassomos respondem a PMADs extracelulares.
- (D) as Interleucinas I beta e I 8 são ativadas pelos TLRs.

**— QUESTÃO 06 —**

No choque,

- (A) a tríade letal: acidose, hipotermia e insuficiência renal tem como fator crítico a diminuição de produção de ATP pela célula.
- (B) um índice de choque modificado (CIM) alto significa uma circulação hipodinâmica.
- (C) fazem parte controle de danos: uso intenso de soluções cristaloides e início de hemoderivados mais tardio.
- (D) as soluções salinas hipertônicas têm demonstrado aumentar a resposta inflamatória.

**— QUESTÃO 07 —**

No metabolismo das proteínas,

- (A) os aminoácidos ingeridos por dieta enteral chegam ao fígado pela artéria hepática e cerca de 50% são convertidos em ureia.
- (B) após traumas maiores, o glucagon estimula o fígado a produzir piruvato por meio do ciclo de ureia.
- (C) sua síntese requer 18 aminoácidos ditos essenciais, por não poderem ser sintetizados de novo a partir de outros aminoácidos.
- (D) o principal catabolismo dos aminoácidos ocorre no músculo esquelético, com exceção da leucina, isoleucina e valina, que são catabolizadas no fígado.

**— QUESTÃO 08 —**

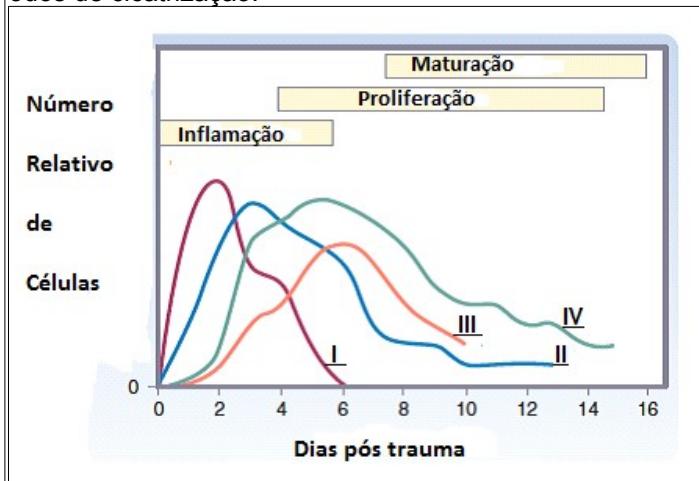
Que deficiência vitamínica é responsável pela diminuição na atividade de células T helper?

- (A) A.
- (B) B.
- (C) C.
- (D) D.

**— RASCUNHO —**

**— QUESTÃO 09 —**

Analise o gráfico a seguir que representa o aparecimento de diferentes células na ferida pós-trauma durante os períodos de cicatrização.



Segundo este gráfico, que população celular representa a curva de número IV?

- (A) Neutrófilos.
- (B) Macrófagos.
- (C) Fibroblastos.
- (D) Linfócitos.

**— QUESTÃO 10 —**

Quando aplicada a medicina regenerativa, a transferência nuclear da célula somática (TNCS)

- (A) não gera reação imune no receptor.
- (B) cria uma cópia idêntica à célula do núcleo doador.
- (C) cria antibióticos em larga escala.
- (D) envolve a transferência do núcleo de uma célula somática para uma sem núcleo.

**— QUESTÃO 11 —**

Na cirurgia baseada em evidência,

- (A) uma categorização em grupo de estudo incorreto “não diferencial” poderá levar a um viés em direção à hipótese nula.
- (B) o desfecho de interesse em um estudo pode ser objetivo como, por exemplo, a qualidade de vida pós-intervenção.
- (C) estudos que avaliam a segurança de uma intervenção geralmente são de longo seguimento.
- (D) o estabelecimento de “guidelines” por sociedades tem diminuído o índice de procedimentos que são desnecessários.

**— QUESTÃO 12 —**

Na tentativa de antever o risco cirúrgico perioperatório, o American College of Surgeons criou um programa de risco para monitorar pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos o ACS NSQIP. Este programa

- (A) foi baseado nos dados do hospital mais referendado dos Estados Unidos.
- (B) utiliza com preditores de risco do paciente, entre outros dados, a idade, a classe de ASA e o IMC (índice de massa corporal).
- (C) utiliza o PMP (postdischarge mortality predictor), uma ferramenta que se baseia nos resultados de hemograma, EAS e ECG para prever a possibilidade de mortalidade pós-operatória.
- (D) embora avalie a possibilidade de vários desfechos pós-operatórios, não é capaz de avaliar a possibilidade de tromboembolismo.

**— QUESTÃO 13 —**

Qual dos seguintes fatores não se enquadra em risco aumentado para tromboembolismo venoso?

- (A) Sexo feminino.
- (B) Risco pelo Caprini Risk Assessment Model de seis pontos.
- (C) Estado puerperal.
- (D) Colecistectomia laparoscópica.

**— QUESTÃO 14 —**

Analise a imagem a seguir.

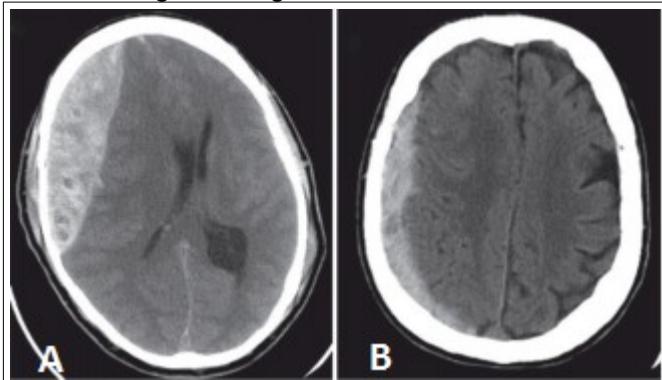


Após o diagnóstico, o paciente em questão deverá ser submetido a uma

- (A) drenagem torácica fechada.
- (B) punção pericárdica.
- (C) hiatoplastia.
- (D) laparotomia exploradora.

**— QUESTÃO 15 —**

Analise as imagens a seguir.



Nas situação pós-trauma,

- (A) a queda representa sua principal causa, em ambas.
- (B) a lesão representada na figura B é, geralmente, consequência de fratura lateral do crânio.
- (C) a lesão representada pela figura A apresenta-se clinicamente com uma rápida perda do nível de consciência.
- (D) a figura A representa um hematoma subdural, enquanto a B, um subdural.

**— QUESTÃO 16 —**

No cuidado cirúrgico do paciente, a descompensação hepática

- (A) pode levar a índices de mortalidade perioperatória acima de 90%.
- (B) tem como melhor marcador da função hepática a dosagem de albumina.
- (C) tem como causa a diminuição de fluxo de nutrientes para o fígado devido à hipovolemia e vasodilatação.
- (D) leva a uma disfunção generalizada do sistema imune.

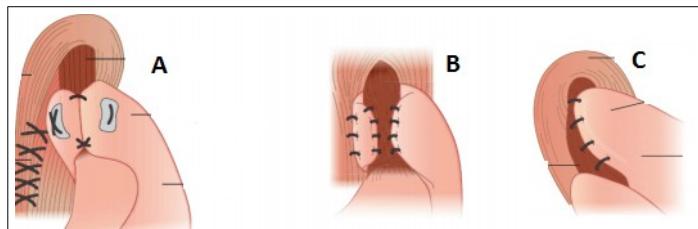
**— QUESTÃO 17 —**

A vitamina D exerce um importante papel na homeostase do cálcio. A vitamina D

- (A) tem no calcidiol sua forma mais ativa.
- (B) sofre um primeiro processo de metabolização no fígado pela enzima 1 alfa hidroxilase.
- (C) após primeira etapa de metabolização é transportada ao pulmão para segunda etapa de hidroxilação.
- (D) após ser hidroxilada pela 24 alfa hidroxilase atuará no osteoblasto.

**— QUESTÃO 18 —**

Analise as imagens a seguir que representam procedimentos cirúrgicos sobre a transição esôfago-gástrica.

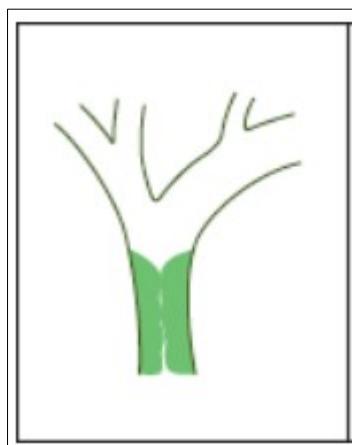


A respeito destes procedimentos, sabe-se que:

- (A) o procedimento A está indicado para miotomia esofageana.
- (B) o procedimento C é mais indicado para pacientes com complicações respiratórias do refluxo gastroesofágico.
- (C) o procedimento B é indicado quando há um seguimento curto de esôfago intra-abdominal.
- (D) todos os procedimentos apresentados respeitam o princípio de restabelecer o ângulo de His.

**— QUESTÃO 19 —**

Analise a imagem a seguir que representa acometimento tumoral da via biliar.



Segundo a classificação de Bismuth-Corlette, o acometimento tumoral representado é do tipo

- (A) I.
- (B) II.
- (C) III.
- (D) IV.

**— QUESTÃO 20 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Um paciente de 20 anos, submetido à uma laparotomia exploradora devido à apendicite aguda complicada, evolui no pós-operatório imediato apresentando intensa resposta inflamatória sistêmica.

Nesse caso, quais citocinas pró-inflamatórias são produzidas durante esta resposta?

- (A) TNF- $\beta$ , Interleucina-4 e Interleucina-10.
- (B) TNF- $\alpha$ , Interleucina-1 e Interleucina-13.
- (C) Interferon- $\gamma$ , TNF- $\beta$  e Interleucina-6.
- (D) Fator transformador de crescimento  $\beta$ , Interleucina-5 e Interleucina-10.

**— QUESTÃO 21 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Um homem de 73 anos, de 70 kg, deu entrada no pronto-socorro no sétimo dia de pós-operatório de retosigmoidectomia abdominal devido à diverticulite aguda complicada. O paciente se queixa de dor abdominal, febre e diminuição do trânsito intestinal. Ao exame físico, apresenta bom estado geral, temperatura axilar de 38 °C; frequência cardíaca de 110 BPM. Pressão arterial média de 55mmHg. Abdome flácido, doloroso à palpação, em hipogastro e fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal. Leucograma = 17.000 com 10% de bastões. O médico do pronto-socorro fez uma suspeita clínica de abscesso intraperitoneal associado a sepse.

Ao indicar a drenagem, deve-se manter quais metas terapêuticas?

- (A) PVC entre 4-6 mmHg, saturação venosa central e leucograma menor que 12.000 mm<sup>3</sup>.
- (B) Diurese maior que 35 mL/h, pressão arterial média > 65 mmHg e saturação venosa central > 70%.
- (C) Manter frequência cardíaca < 90 bpm, pressão arterial média > 80 mmHg e saturação periférica de oxigênio > 90%.
- (D) Diurese > 20 mL/h, pressão arterial sistólica > 140 mmHg e saturação venosa central > 60%.

**— QUESTÃO 22 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 62 anos, do sexo masculino, foi submetido a uma hepatectomia parcial para tratamento de tumor maligno de fígado (colangiocarcinoma periférico). Antes da indução anestésica, recebeu 1 grama de cefazolina como antibioticoprofilaxia. A cirurgia durou aproximadamente quatro horas e o sangramento estimado foi de 200 mL.

Neste caso, pode-se concluir que a antibioticoprofilaxia:

- (A) não deveria ser indicada por se tratar de cirurgia limpa.
- (B) deveria ter sido associado metronidazol pelo risco aumentado de infecção na cirurgia.
- (C) é importante em cirurgia de grande porte, pois também reduz a incidência de infecções urinárias e pneumonias.
- (D) está bem indicada, e o repique da dose deve ser feito de acordo com a meia-vida da droga e o tempo da cirurgia.

**— QUESTÃO 23 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Uma mulher de 50 anos, deu entrada no pronto-socorro com dor abdominal há 72 horas. É hipertensa, diabética, obesa e tabagista. Na época, foi feito diagnóstico de abdome agudo perfurativo, sendo submetida à laparotomia exploradora que evidenciou diverticulite aguda perfurada. A cirurgia realizada foi uma retosigmoidectomia com anastomose primária. No quinto dia de pós-operatório, a paciente apresentou saída de grande quantidade de líquido sero-hemático por entre os pontos da ferida operatória. A paciente encontra-se hemodinamicamente estável, sem febre e com evacuação pastosa.

Nesse caso, qual é a principal hipótese diagnóstica?

- (A) Deiscência da aponeurose.
- (B) Fístula da anastomose.
- (C) Infecção de ferida operatória.
- (D) Abscesso intraperitoneal.

**— QUESTÃO 24 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Uma mulher de 42 anos, obesa, com queixa de dor no epigastro e hipocôndrio direito irradiada para o dorso há três dias, que piora com alimentos gordurosos. Relata ainda náuseas e vômitos associado ao quadro. Nega febre e outros sinais e/ou sintomas. Ao exame: bom estado geral, temperatura axilar de 37 °C; frequência cardíaca de 90 BPM. Pressão arterial 120x70 mmHg. Abdome flácido, doloroso à palpação em hipocôndrio direito. Sinal de Murphy positivo. O médico do pronto-socorro pediu uma ultrassonografia de abdome conforme a imagem a seguir.



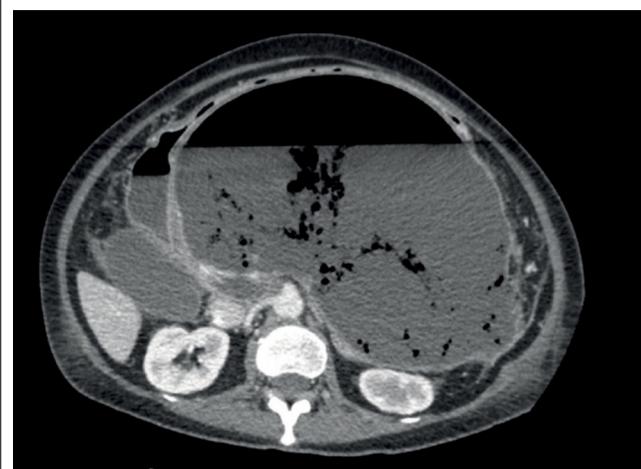
De acordo com o quadro clínico e o exame complementar, qual a alteração ultrassonográfica e o tratamento para esta paciente?

- (A) Vesícula biliar de paredes finas, com imagens hipoelegantes no interior com sombra acústica. Iniciar analgesia e programar colecistectomia videolaparoscópica.
- (B) Vesícula biliar de paredes espessadas, com imagens hipoelegantes no interior, sem sombra acústica. Iniciar analgesia, antibioticoterapia e programar colecistectomia videolaparoscópica eletiva.
- (C) Vesícula biliar de paredes finas, com imagens hiperelegantes no interior com líquido livre pericístico. Indicar colecistectomia videolaparoscópica imediata.
- (D) Vesícula biliar de paredes espessadas, com imagens hiperelegantes no interior com sombra acústica. Indicar colecistectomia videolaparoscópica imediata.

**— QUESTÃO 25 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Um paciente do sexo masculino, de 50 anos, deu entrada no Hospital das Clínicas há 25 dias com quadro de pancreatite aguda grave. Ele estava apresentando boa evolução clínica; no entanto evoluiu com queda do estado geral, desconforto abdominal e leucocitose. O paciente estava no segundo dia da antibioticoterapia (Meropenem). Ao exame, apresenta regular estado geral, consciente, orientado. Pressão arterial de 110 x 70 mmHg, frequências cardíaca de 105 BPM e respiratória de 28 IPM. Abdome semigloboso, distendido, intensamente doloroso à palpação em epigastro, sem sinais de irritação peritoneal. Hoje, foi realizada uma tomografia de abdome conforme imagem a seguir.



Nesse caso, qual a conduta inicial mais adequada?

- (A) Laparotomia exploradora com necrosectomia.
- (B) Videolaparoscopia com necrosectomia.
- (C) Drenagem percutânea guiada por imagem.
- (D) Trocar o antibiótico.

**— RASCUNHO —**

**— QUESTÃO 26 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Um paciente do sexo masculino, de 25 anos, deu entrada no Hospital das Clínicas com ferimento por arma branca em região torácica anterior no hemitórax esquerdo há duas horas. O paciente se queixa de dor no local do ferimento e cansaço. Ao exame, apresenta consciente, orientado, murmúrio vesicular diminuído em hemitórax esquerdo com hipertimpanismo à percussão. Sat<sub>O<sub>2</sub></sub> = 88%, pontuação na escala de coma de Glasgow = 15. Pressão arterial = 110 x 70mmHg mmHg, pulso = 100 BPM e frequência respiratória = 26 IPM. Semiologia cardíaca normal. Abdome flácido e pouco doloroso à palpação em hipocôndrio esquerdo, sem irritação peritoneal. Presença de lesão corto-contusa de 1,5 cm de extensão, no sétimo espaço intercostal em linha axilar anterior do hemitórax esquerdo.

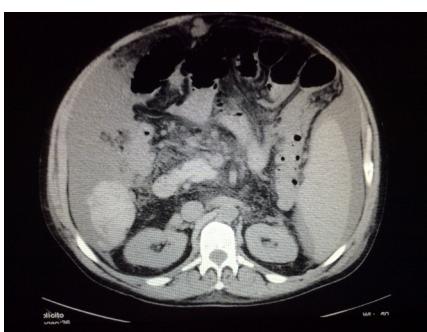
Após administrar oxigênio e hidratar o paciente com 1000 ml de solução fisiológica a 0,9%, qual a conduta para o caso?

- (A) Exploração digital do ferimento do tórax.
- (B) Drenagem de tórax e indicar videolaparoscopia diagnóstica.
- (C) Drenagem de tórax e observação clínica.
- (D) Sutura do ferimento do tórax e indicar laparotomia exploradora.

**— QUESTÃO 27 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Uma paciente de 41 anos, do sexo feminino, vítima de espancamento, dá entrada em pronto-socorro do Hospital das Clínicas. Já chegou intubada no local devido a rebaixamento do nível de consciência. Avaliação inicial da paciente: via aérea definitiva com colar cervical. Semiologia pulmonar normal; estável hemodinamicamente; Glasgow 3T, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Sem alterações nos demais parâmetros. FAST-USG positivo para líquidos. Hb = 10 g/dL, Ht = 30%. É encaminhada para tomografia computadorizada que não apresenta evidência de trauma em fígado e baço, conforme imagem a seguir.



Nesse caso, qual a conduta mais indicada?

- (A) Encaminhar o paciente para UTI e solicitar endoscopia digestiva para descartar lesão gástrica.
- (B) Realizar tratamento operatório (videolaparoscopia ou laparotomia exploradora).
- (C) Paracentese diagnóstica.
- (D) Indicar arteriografia.

**— QUESTÃO 28 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Uma mulher de 23 anos, obesa mórbida (IMC = 46 kg/m<sup>2</sup>), está no quarto dia de pós-operatório de gastroplastia em Y de Roux por videolaparoscopia. Ao exame, apresenta regular estado geral, frequência cardíaca de 130 BPM, pressão arterial de 130 x 70mmHg. Murmúrio vesícula diminuído em bases pulmonares. Saturação de oxigênio igual a 96%. Abdome globoso, flácido, doloroso à palpação em epigastro e hipocôndrio esquerdo. Sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais: Hb = 14 g/dL, Ht = 41%, leucograma = 16.500 mm, creatinina = 1,7 g/dL, ureia = 85 g/dL.

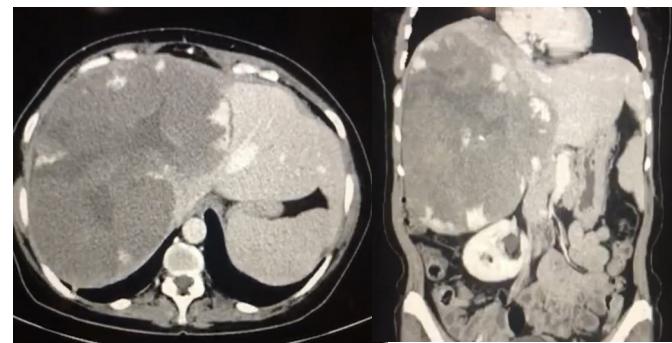
Nesse caso, qual a hipótese diagnóstica principal e a conduta mais adequada?

- (A) Atelectasia pulmonar – fisioterapia respiratória.
- (B) Tromboembolismo pulmonar – anticoagulação plena.
- (C) Fístula de anastomose – tomografia de abdome.
- (D) Hérnia de Petersen – tratamento operatório.

**— QUESTÃO 29 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Uma paciente de 35 anos, do sexo feminino, em uso de anticoncepcional oral há um ano, queixa-se de empachamento pós-prandial associado à regurgitação após uso de refrigerantes. O gastroenterologista a encaminhou devido ao resultado de uma tomografia de abdome, mostrando lesão homogênea, regular, com realce globular periférico centrípeto na fase portal, conforme imagens a seguir.



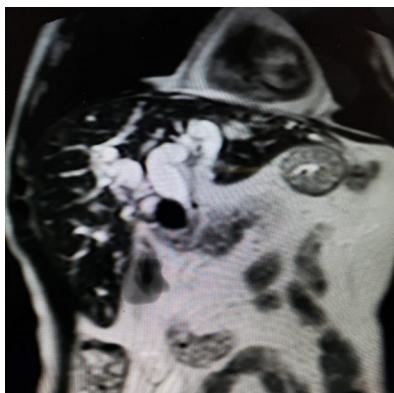
Nesse caso, qual a conduta para esta paciente?

- (A) Suspensão do anticoncepcional oral.
- (B) Hepatectomia direita.
- (C) Embolização arterial.
- (D) Observação clínica.

**— QUESTÃO 30 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Um homem de 63 anos deu entrada no pronto-socorro com queixa de dor abdominal em hipocôndrio direito, em cólica, associado a icterícia. Relata que nos últimos três anos foi internado cinco vezes para tratamento de inflamação na vesícula. Nega febre e perda de peso. Ao exame físico, apresenta bom estado geral, icterico (++/4+), temperatura axilar de 36,5 °C. Frequência cardíaca de 90 BPM. Pressão arterial média de 75 mmHg. Abdome flácido, doloroso à palpação em hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. Murphy negativo. Exames laboratoriais: Hb = 13 g/dL, Ht = 39%, Leucograma = 8.000 mm. BT = 6 mg/dL, BD = 5 mg/dL, GGT = 450 U/L, FA = 337 U/L. A colangiorressonância foi solicitada conforme imagem a seguir.



Nesse caso, qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Coledocolitíase primária.
- (B) Síndrome de Mirizzi.
- (C) Cisto de colédoco.
- (D) Neoplasia periampular.

**— QUESTÃO 31 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Um homem de 43 anos, com dor abdominal em cólica há sete dias acompanhada de náuseas, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. Relata que a dor piorou nas últimas 24 horas. Ao exame: regular estado geral, desidratado (+/4+), com frequência cardíaca de 95 BPM, pressão arterial de 120x70 mmHg; abdome distendido, doloroso e com sinal de irritação peritoneal. Ao indicar laparotomia exploradora, o achado intraoperatório foi de hérnia interna, com necrose de 12 cm de intestino delgado, há dois metros da válvula ileocecal, mas sem perfuração.

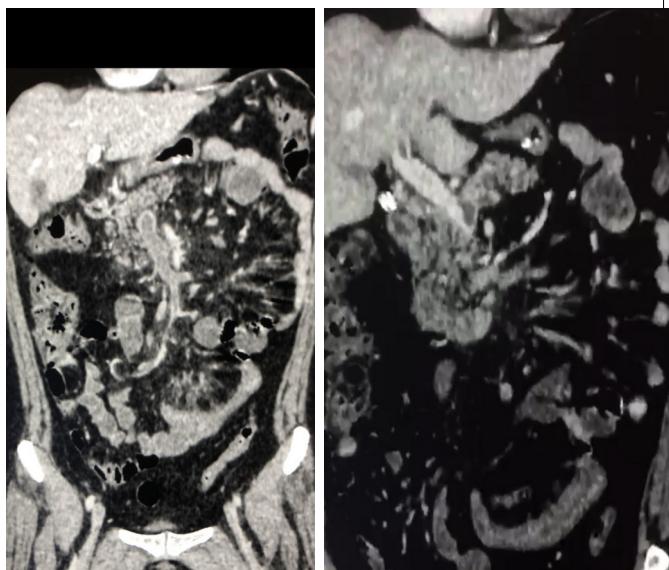
Nesse caso, a melhor conduta cirúrgica após a enterectomia segmentar é:

- (A) anastomose primária.
- (B) entero-anastomose com ileostomia de proteção.
- (C) ileostomia terminal.
- (D) ileostomia em dupla-alça.

**— QUESTÃO 32 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Uma mulher de 42 anos, deu entrada no pronto-socorro com queixa de dor abdominal há sete dias, de caráter progressivo, com piora após alimentação. Relata ainda distensão abdominal discreta, associado a náuseas e redução do hábito intestinal, porém diz ter evacuado hoje. Nega febre, perda de peso e sangramentos. Relata ter sido submetida à apendicectomia há três anos. É hipertensa, tabagista, sedentária e faz uso de anticontraceptivo oral há oito anos. Ao exame: bom estado geral, hidratada, anictérica e afebril. IMC = 43 kg/m<sup>2</sup>. Frequência cardíaca de 90 BPM. Pressão arterial de 145 x 75 mmHg. Abdome flácido, pouco distendido, com discreto hipertimpanismo, pouco doloroso à palpação difusamente, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais: Hb = 14 g/dL, Ht = 39%, Leucograma = 8.000 mm. Amilase = 130 U/L. TGO = 52 U/L. TGP = 68 U/L. DHL = 620 U/L. Foi solicitado uma tomografia de abdome conforme apresentado a seguir.



Nesse caso, qual é o provável diagnóstico?

- (A) Pancreatite aguda.
- (B) Trombose mesentérica.
- (C) Obstrução intestinal.
- (D) Doença diverticular.

**— QUESTÃO 33 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Um paciente de 66 anos, do sexo masculino, deu entrada no ambulatório do Hospital das Clínicas com queixa de pirose retro-esternal há 12 anos, evoluindo com disfagia para alimentos sólidos há seis meses. Relata ter sido tratado por diversas vezes com omeprazol neste tempo, sem melhora nos últimos meses. Ele traz uma endoscopia digestiva alta, com evidência de lesão ulcerada em transição esôfago-gástrica. O anatomo-patológico ainda está em análise.

Qual o provável diagnóstico e estadiamento para este caso?

- (A) Carcinoma espino-celular – Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT).
- (B) Carcinoma espino-celular – Tomografias de tórax, região cervical e abdome.
- (C) Adenocarcinoma – Tomografia de tórax e videolaparoscopia.
- (D) Adenocarcinoma – Tomografias de tórax, região cervical e abdome.

**— QUESTÃO 34 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Uma paciente do sexo feminino, de 30 anos, deu entrada no ambulatório de cirurgia geral do Hospital das Clínicas com história prévia de pancreatite aguda biliar há quatro meses, sendo realizado colecistectomia na mesma internação. A paciente atualmente encontra-se sem sintomas, no entanto, apresenta alteração da glândula pancreática em exame de tomografia conforme apresentado a seguir.



Exames laboratoriais: Hb = 13.3 g/dL, Ht = 38%. Amilase = 130 U/L. Lipase = 35 U/L. TGO = 32 U/L. TGP = 35 U/L.

Nesse caso, qual é a conduta mais adequada?

- (A) Punção aspirativa por agulha fina.
- (B) Observação clínica.
- (C) Enucleação por videolaparoscopia.
- (D) Pancreatectomia segmentar com preservação esplênica.

**— QUESTÃO 35 —**

A face “achatada”, também conhecida como “dish-face”, é sinal característico de fratura

- (A) de maxila.
- (B) bilateral de zigoma.
- (C) de nariz.
- (D) orbitoetmoidal.

**— QUESTÃO 36 —**

A excisão tangencial é muito utilizada em pacientes vítimas de queimaduras. Esse procedimento possui características específicas, pois

- (A) causa pouco sangramento, podendo ser utilizado em grandes áreas acometidas.
- (B) está indicado para qualquer tipo de queimaduras.
- (C) tem por finalidade remover camadas de necrose e atingir tecido viável.
- (D) deve ser feito sob anestesia local.

**— QUESTÃO 37 —**

Qual intervenção é a mais adequada para melhorar a viabilidade de um retalho cutâneo isquêmico de origem arterial?

- (A) Aplicar pasta de nitroglicerina sobre o retalho.
- (B) Elevar a área afetada.
- (C) Aplicar sanguessugas medicinais sobre o retalho.
- (D) Adequar a ressuscitação de líquidos.

**— QUESTÃO 38 —**

Qual é o ganho teórico em comprimento obtido pela realização de uma zetoplastia com ângulos de 75 graus?

- (A) 25%.
- (B) 50%.
- (C) 75%.
- (D) 100%.

**— QUESTÃO 39 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 19 anos, vítima de acidente motociclístico. Ao ser admitida no pronto-socorro, realiza-se avaliação preconizada pelo ATLS® e observa-se: (A - vias aéreas e coluna cervical): vias aéreas pétias e coluna cervical imobilizada; (B - ventilação e respiração): expansibilidade do tórax diminuída à direita, diminuição de murmurio vesicular à direita, FR 24IRM, Sat. 90%; (C – circulação e perfusão): pulsos radiais finos, taquicárdicos, simétricos, PA: 100x70 mmHg, ausculta cardíaca com RCR em 2T, FC 120BPM; (D – déficit neurológico): consciente e orientada, ansiosa, ECG 15; (E – exposição e evitar hipotermia): escoriações e hematomas difusos em parede anterior do hemitórax direito, com presença de legeiro abaulamento e crepitações à palpação e presença de enfisema subcutâneo na região ântero-lateral do hemitórax à direita. Turgência jugular presente.

Dante deste quadro clínico, o diagnóstico e a conduta imediata são, respectivamente:

- (A) hemotórax traumático. Solicitar tipagem sanguínea, reserva de hemocomponentes e acionar o centro cirúrgico.
- (B) hemopneumotórax hipertensivo. Toracocentese descompressiva, seguida de toracostomia com drenagem em selo d'água.
- (C) tamponamento cardíaco. Pericardiocentese descompressiva guiada por U-Som FAST, seguida de pericardiotomia em ambiente de centro cirúrgico.
- (D) tórax instável e contusão pulmonar. Intubação traqueal com ventilação por pressão positiva.

**— QUESTÃO 40 —**

Qual é uma contraindicação para o transplante pulmonar?

- (A) Fibrose cística com infecções pulmonares de repetição.
- (B) Doença intersticial pulmonar fibrosante progressiva.
- (C) Analfabetismo e condições socioeconômicas incompatíveis com o rigor dos cuidados pós-operatórios.
- (D) Hipertensão arterial pulmonar com pressão média de artéria pulmonar acima de 50 mmHg.

**— QUESTÃO 41 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 45 anos, não tabagista, ao realizar raio X de tórax motivado por suspeita de Covid-19, fora encontrada alteração que justificou a realização de uma tomografia computadorizada do tórax, a qual está demonstrada a seguir.



Nesse caso, qual é a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta a seguir?

- (A) Osteossarcoma – cintilografia óssea.
- (B) Tumor neurogênico do mediastino – ressonância magnética.
- (C) Carcinoma epidermoide de pulmão – mediastinoscopia.
- (D) Adenocarcinoma broncogênico – PET-Scan FDG.

**— QUESTÃO 42 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, 49 anos, queixando-se de cansaço, desconforto respiratório progressivo, disfagia, ptose palpebral e diplopia. Apresentou à Tomografia Computadorizada de Tórax, a seguinte imagem no plano coronal:



Nesse caso, a hipótese diagnóstica provável é:

- (A) sarcoma de Ewing.
- (B) tumor de Eaton-Lambert.
- (C) tumor de Pancoast.
- (D) linfoma linfoblástico confluente (supraclavicular e esclênico).

**— QUESTÃO 43 —**

Para alcançar resultados funcionais e oncológicos de excelência, um bom cirurgião colorretal necessita ter conhecimentos anatômicos e funcionais bastante apurados ao abordar cirurgicamente um paciente. Nesse sentido, deve estar ciente que:

- (A) as artérias cólica média, cólica direita, pancreaticoduodenal inferior e ileocecoapendicular são ramos da artéria mesentérica superior.
- (B) o músculo esfínter interno do ânus é composto de fibras musculares lisas inervadas por fibras simpáticas (troco simpático paravertebral) e ramos parassimpáticos (S1 a S3 do plexo sacral).
- (C) o músculo esfínter interno, involuntário, representa aproximadamente 60% da pressão de repouso do canal anal, sendo menos espesso anteriormente no sexo feminino.
- (D) o esfínter anal externo é inervado por nervos retais inferiores, ramos do nervo pudendo interno e ramos da primeira raiz sacral.

**— QUESTÃO 44 —**

Na síndrome de Peutz-Jeghers, cujo local mais acometido é o intestino delgado, a mutação genética encontrada é a

- (A) HLA-B57.
- (B) MLH-1 e MSH-2.
- (C) STK11 no cromossomo 19.
- (D) mutação nos Genes S.

**— QUESTÃO 45 —**

As doenças inflamatórias intestinais tem incidência crescente em nosso meio, particularmente a doença de Crohn. Novas abordagens terapêuticas surgiram nos últimos anos, trazendo um grande benefício aos pacientes. Na terapia biológica, o

- (A) Infliximabe é um agente anti-TNF, de uso intravenoso, e deve ser administrado a cada 12 semanas após o período de indução.
- (B) Vedolizumabe, anticorpo monoclonal humanizado (anti-integrina α4β7), é uma boa opção para pacientes com doença de Crohn e menos eficaz na retocolite ulcerativa inespecífica moderada ou grave.
- (C) Adalimumabe, também um antagonista de TNF-alfa, pode desencadear reações adversas mais frequentemente, quando comparado com o Infliximabe, por conter na sua formulação componentes murínicos.
- (D) Ustequinumabe, inibidor seletivo da interleucina 12 e 23, é administrado por via intravenosa (indução da remissão) e subcutânea (manutenção).

**— QUESTÃO 46 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 62 anos, do sexo masculino, submetido à colectomia direita há três semanas em decorrência de um adenocarcinoma de ceco. O anatomapatológico da peça cirúrgica mostrou tratar-se de uma lesão invadindo a camada serosa do cólon, com dois linfonodos comprometidos por neoplasia em 27 dissecados. Invasão angio-linfática ausente.

Nesse caso, qual é a melhor conduta adjuvante?

- (A) Leucovorin, 5-fluorouracil e Irinotecano (FOLFIRI).
- (B) Radioterapia e Capecitabina, seguido de Capecitabina com Oxaliplatina (CAPOX).
- (C) Leucovorin, 5 fluorouracil e oxaliplatina (FOLFOX).
- (D) 5 fluorouracil e octreotide.

**— QUESTÃO 47 —**

O abscesso perinéfrico se estende além da cápsula renal, mas é contido pela fáscia de Gerota e geralmente resulta da ruptura de um abscesso cortical agudo no espaço perinefrico, extravasamento de urina infectada por obstrução ou de disseminação hematogênica de locais de infecção. Sobre os abscessos perinefréticos, sabe-se que:

- (A) pacientes com pionefrose, especialmente sem cálculo no rim, são suscetíveis à formação de abscesso perinefrético.
- (B) o diabetes mellitus está presente na maioria dos pacientes com abscesso perinéfrico.
- (C) em cerca de um terço dos casos, é causado por disseminação linfática, geralmente a partir de infecção cutânea.
- (D) hematoma perirrenal pode ser infectado secundariamente pela via hematogênica ou por extensão direta de uma infecção renal primária.

**— QUESTÃO 48 —**

Para homens de 25 anos ou menos, a torção do testículo é três vezes mais comum do que o câncer de testículo, com uma incidência estimada de 4,5 casos por 100.000 por ano. Os achados da biópsia testicular contralateral são anormais em 57% a 88% dos homens quando ocorre a torção, o que sugere que a torção despercebida está danificando o testículo antes que a torção se torne clinicamente evidente ou que alguma patologia subjacente está presente manifestando-se como anatomia escrotal anormal e disfunção espermatogênica. Sobre torção de testículos e seu efeito na espermatogênese sabe-se que:

- (A) quase todos os homens com torção desenvolvem efeitos espermatogênicos adversos.
- (B) no geral, após a torção, aproximadamente 1/3 dos homens terão concentrações de espermatozoides abaixo de 20 milhões/mL.
- (C) a torção interrompe a arquitetura intratesticular, incluindo as junções estreitas entre as células de Leydig que compõem barreira hematospermática.
- (D) quase todos os homens que sofrem torção desenvolvem anticorpos antiespermatozoides após o evento.

**— QUESTÃO 49 —**

Nefrolitotripsia percutânea é o método de escolha para o tratamento de cálculos renais coraliformes, com a ressalva de que rins com funcionamento deficiente ou não funcionantes e aqueles associados à pielonefrite xantogranulomatosa podem ser mais bem tratados com nefrectomia. As taxas de ausência de cálculos são maiores com nefrolitotripsia percutânea do que com litotripsia extracorpórea ou cirurgia aberta. Em relação ao tratamento dos cálculos coraliformes,

- (A) a observação e o manejo não operatório devem ser geralmente desencorajados, porque a história natural dos cálculos coraliformes sem tratamento está associada a um aumento de mortalidade geral.
- (B) a tomografia computadorizada, mesmo com reconstrução de imagens sagitais e coronais, fornece poucos detalhes anatômicos e dimensionais do cálculo coraliforme, tornando-o de pouco valor no planejamento pré-operatório.
- (C) a nefroureterorrelolitotripsia flexível pode ser considerada uma alternativa à nefrolitotripsia percutânea para cálculos coraliformes complexos em pacientes com anatomia favorável ou com contraindicações a nefrolitotripsia percutânea.
- (D) as técnicas laparoscópicas e assistidas por robótica têm se mostrado viáveis para tratamento de cálculos coraliformes com altas taxas de ausência de cálculos, porém sem nenhuma vantagem óbvia sobre a nefrolitotripsia percutânea.

**— QUESTÃO 50 —**

O tratamento preferencial de cálculos renais do polo inferior gerou controvérsia apreciável nas últimas décadas. Quando comparado aos cálculos intrarrenais não do polo inferior tendem a ter taxas de eliminação cirúrgicas piores em comparação com outros locais quando estratificados por tamanho e composição. A estratégia de tratamento para cálculos polares inferiores continua a evoluir na medida que as capacidades ureteroscópicas melhoram, a miniaturização da instrumentação de remoção percutânea de cálculos progride e as limitações das novas gerações de litotritores por ondas de choque tornam-se mais evidentes. No tratamento dos cálculos renais, de polo inferior de

- (A) 2 cm ou maiores, podem ser abordado com nefrolitotripsia percutânea porque ela oferece uma taxa de eliminação de cálculos semelhante à de um único procedimento de ureterorrenolitotripsia flexível.
- (B) 1 a 2 cm são melhores abordados por ureterorrenolitotripsia flexível, opção de tratamento mais eficiente e menos invasiva que a nefrolitotripsia percutânea, e preferida quando as tentativas anteriores de litotripsia extracorpórea não tiveram sucesso.
- (C) 1 cm ou menos, pode ser recomendado como uma modalidade de tratamento inicial para tais cálculos, uma vez que nesses casos os resultados da litotripsia extracorpórea são razoáveis.
- (D) 1 cm ou menos, pode ser razoavelmente abordado com qualquer modalidade de tratamento, incluindo observação, se completamente assintomático, embora seja provável a progressão futura da doença de cálculo.