EDITAL N. 07/2021

PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA/2022

PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL

23/01/2022

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:

Recria tua vida, sempre, sempre.

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

Um homem de 84 anos é internado proveniente do setor de emergência com diagnóstico de trombose venosa mesentérica subaguda. A causa subjacente mais provável nesse caso é:

(A) deficiência de proteína S.

(B) neoplasia colônica.

(C) doença de Crohn.

(D) síndrome de Schirmer-Hasselbach.

QUESTÃO 02

Leia o caso clínico a seguir.

> Uma mulher tabagista de 75 anos, com história de claudicação dos membros inferiores e doença coronariana, apresenta-se com história de dor abdominal pós-prandial há três meses. Às vezes seu desconforto abdominal é acompanhado por diarreia. Ela não tem se pesado, porém acredita que pode ter perdido 2 kg.

De acordo com o quadro descrito, qual é a propedêutica mais apropriada nesse momento?

(A) Arteriografia mesentérica.

(B) Angiorressonância magnética.

(C) Ecodoppler mesentérico.

(D) Angiotomografia com contraste oral e venoso.

QUESTÃO 03

Leia o caso clínico a seguir.

> Um homem de 73 anos foi tratado há três anos pela implantação de um endoenxerto modular aortobiilíaco para um aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. O diâmetro do aneurisma ao primeiro exame de angiotomografia pós-operatória era de 62 mm. Os exames subsequentes de angiotomografia foram realizados com 6, 12, 18 e 24 meses. Foi observado aumento gradual do diâmetro, que atingiu 70 mm. Não foi observada qualquer evidência de vazamento endovascular em qualquer um dos exames de angiotomografia, nem na arteriografia em diferentes níveis proximal, dentro e distais à reconstrução. A mensuração da pressão intra-aneurismática por punção translombar direta foi realizada e registrada uma onda de pressão pulsátil (130 mmHg sistólica e 100 mmHg pressão média). O paciente encontrava-se em boas condições clínicas.

A partir do quadro de endotensão apresentado, a conduta adequada nesse momento é:

(A) conversão para reparo cirúrgico aberto do aneurisma em expansão.

(B) observação com exames seriados.

(C) ligadura ao redor do colo infrarrenal.

(D) embolização de qualquer artéria lombar que se comunica com o saco aneurismático.

QUESTÃO 04

Leia o caso clínico a seguir.

> Um lactente de três meses apresenta uma “marca de nascença” vermelho-violácea de 4 cm de diâmetro sobre a fronte, perto da linha de implantação dos cabelos. Ela aumentou de tamanho desde a lesão, com o tamanho de uma ervilha pequena observada pela primeira vez com três semanas de idade. Ela é ligeiramente irregular e saliente. Existe uma veia de drenagem proeminente que se dirige para a parte anterior da orelha ipsolateral. O ecodoppler mostra um padrão de alta velocidade e baixa resistência, com velocidade venosa aumentada.

O diagnóstico mais provável é:

(A) malformação arteriovenosa associada à mancha cor de vinho do Porto.

(B) granuloma piogênico.

(C) hemangioma infantil.

(D) malformação capilar.

QUESTÃO 05

Leia o caso clínico a seguir.

> Um homem de 36 anos previamente saudável apresenta-se com trombose venosa profunda (TVP) da veia femoral do membro inferior direito após um vôo transcontinental. Uma triagem de trombofilia é positiva para a mutação do fator V de Leiden, e o paciente é tratado apropriadamente na condição de paciente ambulatorial com heparina de baixo peso molecular e, a seguir, warfarina. Subitamente, duas semanas depois, ele desenvolve, simultaneamente, hemiplegia esquerda e isquemia da perna direita. Apresenta frialdade, mosqueamento e perda sensorial na perna direita; o pulso femoral direito é muito vigoroso, porém não há pulsos palpáveis abaixo desse nível.

De acordo com o quadro descrito, a explicação mais provável para a isquemia da perna direita é:

(A) obstrução embólica aguda das artérias carótida e femoral direita (a última na sua bifurcação) por embolização de um forame oval patente.

(B) obstrução trombótica aguda da artéria femoral superficial direita.

(C) phlegmasia caerulea dolens causada pela progressão da TVP femoral direita.

(D) dissecção aórtica aguda.

— QUESTÃO 06 —

A terapia nutricional vem recentemente ganhando importância na atenção ao paciente crítico, desde que passou a fazer parte do cuidado essencial de unidades de terapia intensiva. O reconhecimento da necessidade de implementar de forma precoce a terapia nutricional, principalmente em pacientes em risco nutricional, bem como estudos demonstrando o efeito da perda de massa magra no desfecho de pacientes críticos, são exemplos desse fenômeno. Segundo a Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional, qual é a oferta proteica ideal para o paciente crítico?

(A) Entre 0,2 e 0,5 g/kg/dia de proteína.

(B) Entre 0,5 e 1 g/kg/dia de proteína.

(C) Entre 1,5 e 2 g/kg/dia de proteína.

(D) Entre 2,5 e 3 g/kg/dia de proteína.

— QUESTÃO 07 —

A desnutrição e desordens metabólicas são muito prevalentes em pacientes com câncer e impactam negativamente no tratamento da doença (cirurgia, radioterapia e terapias farmacológicas). O déficit do estado nutricional está associado à diminuição da resposta ao tratamento oncológico e da qualidade de vida do paciente. Estima-se que cerca de 10 a 20% dos óbitos nos pacientes com câncer possam ser atribuídos à desnutrição e não à doença oncológica. Neste contexto, em que situação a utilização de nutrição parenteral deverá ser postergada?

(A) Obstrução intestinal.

(B) Fístulas enterocutâneas de alto débito.

(C) Síndrome de intestino curto.

(D) Ingesta oral menor que 60% da necessidade por mais de duas semanas.

— QUESTÃO 08 —

Para facilitar a compreensão e o reconhecimento das estruturas anatômicas na cirurgia videolaparoscópica da hérnia inguinal, a imagem de um Y invertido na região inguinal foi criada com os seguintes elementos: vasos epigástricos inferiores (superiormente), vasos deferentes (medialmente) e vasos espermáticos (lateralmente). A relação do “Y” invertido com o ligamento inguinal formam a imagem dos “cinco triângulos”. O reconhecimento desses elementos é a base para a compreensão dos passos técnicos para reparos de todos os tipos de hérnias inguinais por laparoscopia. Quais dos nervos estão representados no “triângulo da dor”?

(A) Nervo cutâneo lateral da coxa e ramo femoral do nervo genitofemoral.

(B) Ramo genital do nervo genitofemoral e ilioinguinal.

(C) Iliohipogástrico e ilioinguinal.

(D) Femoral e ramo genital do nervo genitofemoral.

— QUESTÃO 09 —

O conhecimento da anatomia topográfica dos órgãos que compõem o sistema digestório é fundamental para a formação do cirurgião. Nesse contexto, qual a origem da artéria gastroduodenal?

(A) Artéria gastro-omental direita.

(B) Artéria hepática comum.

(C) Tronco celíaco.

(D) Artéria pancreaticoduodenal superior.

— QUESTÃO 10 —

A pancreatite aguda é uma condição inflamatória do pâncreas com ou sem comprometimento de outros órgãos, podendo provocar lesão local, síndrome da resposta inflamatória sistêmica e falência de múltiplos órgãos. As técnicas avançadas de imagens apresentam uma grande importância no manejo dessa doença. Nesse contexto, qual o melhor uso da tomografia na pancreatite aguda?

(A) Em até 72 horas, para avaliar surgimento de complicações em pacientes com persistência de hiperamilasemia.

(B) Após 72 horas, em todos os pacientes com dor abdominal típica e níveis séricos de lipase ou amilase pancreática no mínimo três vezes acima do limite normal.

(C) De 5 a 7 dias, para avaliar a presença de complicações em pacientes moderadamente grave e grave.

(D) Na admissão e após 48 horas para classificar a gravidade da pancreatite.

QUESTÃO 11

Leia o caso clínico a seguir.

> O cirurgião do plantão é chamado para reavaliar paciente no quarto dia de pós-operatório de laparotomia exploradora com hepatorrafia e enterorrafia, evoluindo com piora clínica progressiva desde cirurgia. Trata-se de paciente de 32 anos, vítima de PAF abdominal em hipocôndrio direito há cinco dias. Na descrição da primeira cirurgia, há relato de rafia de lesão hepática e rafia de duas lesões entéricas puntiformes: uma na segunda porção duodenal e outra 3 cm distalmente ao ângulo de Treitz. Sem outras lesões descritas. Deixado dreno tubo-laminar sub-hepático. Paciente apresentando taquicardia desde o primeiro dia de pós-operatório, sendo investigado com tomografia de abdome com contraste oral no segundo dia de pós-operatório, sem sinal de fístula. Realizou ainda teste com azul de metileno no terceiro dia de pós-operatório, sem extravasamento pelo dreno. Devido à piora clínica contínua dos exames laboratoriais, acidose metabólica e persistência da dor, o paciente é levado para nova laparotomia que identifica lesão duodenal complexa com cerca de 3 cm em borda pancreática de segunda porção, com bloqueio omental desfeito na exploração e coleção entérica retroperitoneal.

Diante do quadro, qual a melhor opção cirúrgica no momento?

(A) Rafia da lesão duodenal e passagem de SNE pós-Treitz.

(B) Drenagem, cerclagem pilórica e gastroenteoanastomose latero-lateral.

(C) Duodenopancreatectomia com reconstrução em Y de Roux.

(D) Duodenopancreatectomia com reconstrução após estabilização clínica.

QUESTÃO 12

As hérnias incisionais ou hérnias ventrais de sítio cirúrgico são complicações sérias de cirurgias abdominais. Ocorrem em 11% das cirurgias abdominais e 23% quando as mesmas são acompanhadas de infecção de sítio cirúrgico. Sobre o posicionamento da tela nos reparos de hérnias incisionais sabe-se que

(A) a técnica “Inlay” consiste no posicionamento da tela sobre a aponeurose anterior do abdome, logo abaixo do subcutâneo na região pré-fascial.

(B) na técnica “Onlay”, ocorre o posicionamento da tela nas bordas do defeito ou da parede. Tem sido progressivamente abandonado em função da alta incidência de recorrência nos bordos da tela.

(C) na técnica “Sublay” ou retromuscular, as bainhas posteriores são aproximadas com sutura e é colocada uma tela sobre estas posteriormente aos músculos retos.

(D) a técnica “Onlay” é originalmente denominada técnica de Rives-Stoppa.

QUESTÃO 13

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente chagásico de 58 anos, apresentando parada de eliminação de gazes e fezes há três dias, associados a dor e distensão abdominal. Radiografia de abdome é sugestiva de volvo de sigmoide, além da presença do sinal de Rigler.

Nesse caso, qual a melhor conduta?

(A) Colostomia descompressiva.

(B) Retossigmoidectomia à Hartmann.

(C) Distorção do volvo por via laparoscópica e colopexia.

(D) Retossigmoidectomia com anastomose coloanal.

QUESTÃO 14

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente paraplégico há 15 anos por PAF raquimedular, usuário de crack, deu entrada no pronto-socorro com queixa de calafrio e piora na escara sacral. Ao exame físico, apresentava-se consciente, desorientado, taquipneico, desidratado 3+/4, com FC de 120 bpm e PA 100x70 mmHg. À inspeção, observou-se hiperemia em todo períneo, com crepitação à palpação e escara acometendo a pele perianal, com necrose e fezes na ferida.

Diante do quadro exposto, qual a melhor conduta?

(A) Tomografia de abdome e pelve com triplo contraste.

(B) Debridamento em centro cirúrgico.

(C) Debridamento em centro cirúrgico e confecção de colostomia em alça.

(D) Debridamento em centro cirúrgico e confecção de colostomia terminal.

QUESTÃO 15

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente de 56 anos admitido com quadro de abdome agudo obstrutivo por tumor retal há 5 cm da borda anal. Durante a laparotomia, observou tratar-se de obstrução em alça fechada, com isquemia e microperfuração em parede do ceco.

Nesse caso, qual é a melhor conduta cirúrgica?

(A) Proctocolectomia total com linfadenectomia.

(B) Rafia do ceco com ileostomia proximal protetora.

(C) Colectomia direita com ileotransversostomia em dupla boca.

(D) Retossigmoidectomia com linfadenectomia e rafia de ceco.

— QUESTÃO 16 —

A hipertensão intra-abdominal e a síndrome compartimental abdominal são duas entidades estudadas com grande interesse como causadoras de grande morbidade e mortalidade em pacientes críticos nas últimas duas décadas. Nesse contexto, sabe-se que

(A) a síndrome compartimental abdominal é definida pelo aumento repetido e sustentado de forma patológica da pressão intra-abdominal maior ou igual a 12 mmHg.

(B) a medida indireta da pressão intra-abdominal pode ser realizada por meio de sonda nasogástrica, vesical ou cateter venoso central na veia cava inferior, todavia sem boa correlação com a medida direta.

(C) a pressão de perfusão abdominal é um importante parâmetro para definir conduta, sendo calculada pela soma da pressão arterial média do paciente com sua pressão intra-abdominal.

(D) na hipertensão intra-abdominal e síndrome compartimental abdominal, antes de a descompressão cirúrgica ser considerada, alternativas menos invasivas devem ser instituídas.

— QUESTÃO 17 —

O câncer gástrico é doença complexa, com diferentes formas de apresentação e evolução clínica. Desta forma, muitos aspectos relacionados ao diagnóstico, estadiamento, tratamento e seguimento permanecem em constante modificação. De acordo com o II Consenso Brasileiro de Câncer Gástricos

(A) a ecoendoscopia digestiva alta não está indicada quando há sinais endoscópicos claros de que o câncer é invasivo.

(B) o principal método de estadiamento é a tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT).

(C) a laparoscopia diagnóstica deve ser evitada nos casos em que haja dúvida na tomografia computadorizada quanto à presença de carcinomatose peritoneal.

(D) as lesões precoces com invasão de camada submucosa, ulceradas, do tipo difuso e maiores que 2 cm podem ser ressecadas por endoscopia em pacientes com baixo risco cirúrgico.

— QUESTÃO 18 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente vítima de trauma torácico contuso (colisão moto x anteparo fixo) com quadro de hemopneumotórax moderado e fratura de três arcos costais. Exame físico: FC 100 bpm, PA 120x80 mmHg, FR 26 ipm. Escoriações e crepitação em hemotórax à direita, com enfisema de subcutâneo.Tomografia de abdome sem alterações. Tomografia de tórax revelando discreto pneumomediastino.

Nesse caso, qual a melhor conduta?

(A) Drenagem torácica em selo d'água.

(B) Boncoscopia e endoscopia digestiva alta.

(C) Toracotomia com ampla abertura de mediastino para avaliação de traqueia, brônquios e esôfago.

(D) Esofagostomia, drenagem torácica e gastrostomia.

— QUESTÃO 19 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente vítima de politrauma dá entrada no pronto-socorro com frequência cardíaca de 130 bpm, pressão arterial de 90 x 60 mmhg e frequência respiratória de 36. Apresentava confusão mental e agitação.

De acordo com o quadro clínico, o paciente se encontra em qual classe de choque?

(A) I.

(B) II.

(C) III.

(D) IV.

— QUESTÃO 20 —

Qual é a melhor conduta imediata para um paciente vítima de lesão perfurante precordial por PAF, apresentando tríade diagnóstica de Beck na sala de emergência?

(A) Punção de Marfan.

(B) Janela pericárdica.

(C) Toracotomia na sala de emergência.

(D) Toracotomia em centro cirúrgico.

— QUESTÃO 21 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Homem de 62 anos de idade com queixa de epigastralgia há cerca de 30 dias. Previamente hígido. Realizou endoscopia digestiva alta, sendo observada lesão antral de 3 cm, Borrmann tipo III, cuja biópsia resultou em adenocarcinoma e tipo histológico difuso de Lauren. Tomografia de tórax e abdômen normais.

Em relação à conduta, qual deverá ser o próximo passo terapêutico?

(A) Quimioterapia perioperatória.

(B) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia a D2 com ressecção de pelo menos 15 linfonodos.

(C) Gastrectomia total devido ao tipo de infiltração gástrica.

(D) Gastrectomia com ressecção das estações linfonodais de 1 a 7.

— QUESTÃO 22 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente de 42 anos, com queixas dispépticas há longa data, realizou endoscopia que identificou lesão ulcerada em antro gástrico com 1,8 cm. Biópsia confirmou adenocarcinoma indiferenciado do tipo difuso de Lauren. Ecoendoscopia identificou lesão restrita à submucosa, com muscular própria livre de doença.

Nesse caso, considerando a conduta atual, na neoplasia gástrica precoce,

(A) a dissecção endoscópica submucosa não é opção curativa.

(B) o paciente deverá ser encaminhado para quimioterapia adjuvante após a ressecção endoscópica.

(C) o caso não é elegível para ressecção endoscópica.

(D) após a ressecção endoscópica, o resultado da biópsia (margens e presença de invasão angiolinfática) definirá a necessidade de terapia adjuvante.

— QUESTÃO 23 —

Qual o tratamento de primeira escolha na maioria dos casos de linfoma gástrico tipo MALT (mucosa-associated lynphoid tissue)?

(A) Ressecção cirúrgica.

(B) Quimioterapia.

(C) Radioterapia.

(D) Erradicação do H. pylori.

— QUESTÃO 24 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Mulher de 57 anos com queixa de sangramento e aparecimento de tumoração anal durante evacuação, com necessidade de redução digital. Exame proctológico revelou hemorroidas mistas com predomínio de componente interno, com prolapso à manobra de Valsalva, redutível ao toque.

Nesse caso, qual deverá ser a próxima conduta indicada?

(A) Tratamento clínico contínuo.

(B) Colonoscopia.

(C) Ligadura elástica.

(D) Tratamento cirúrgico, Milligan-Morgan.

— QUESTÃO 25 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente com queixa de pirose e regurgitação pós alimentar. Sem outras queixas. Uso irregular de IBP, com melhora discreta. Refere cirurgia bariátrica há três anos. Realizou endoscopia digestiva alta que demonstrou hérnia hiatal com 3 cm, esofagite erosiva distal Grau C de Los Angeles, estômago tubulizado com fácil transposição para o duodeno.

Qual a melhor opção em caso de tratamento cirúrgico?

(A) Hiatoplastia e fundoplicatura.

(B) Hiatoplastia com colocação de tela.

(C) Gastrectomia total.

(D) Gastroplastia em Y de Roux.

— QUESTÃO 26 —

De acordo com a classificação de Strasberg das lesões iatrogênicas das vias biliares, a do tipo C corresponde à

(A) fístula do ducto cístico ou do ducto Luschka.

(B) obstrução do ducto hepático posterior direito.

(C) fístula biliar do ducto hepático comum ou ducto colédoco.

(D) fístula do ducto hepático posterior direito.

— QUESTÃO 27 —

Qual a estrutura anatômica determinante na diferenciação entre as hérnias inguinais direta e indireta?

(A) Ligamento de Cooper.

(B) Ligamento inguinal.

(C) Vasos epigástricos inferiores.

(D) Fáscia transversalis.

— QUESTÃO 28 —

Considerando a importância do domínio das técnicas e manobras cirúrgicas para o cirurgião em formação, no que consiste a manobra de Pringle?

(A) Clampeamento do hilo hepático no forame de Winslow.

(B) Controle vascular das veias hepáticas.

(C) Clampeamento vascular hemi-hepático.

(D) Mobilização cirúrgica medial do duodeno, dando acesso ao retroperitônio.

— QUESTÃO 29 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente de 19 anos, do sexo masculino, é atendido na emergência com relato de ter sofrido ferimento por arma branca (punhal) em abdome há cerca de duas horas.
> Ao exame: bom estado geral, corado, hidratado, anictérico, FC 90 bpm, FR de 12 irm, PA 120x80 mmHg. Ausculta pulmonar normal. Ferimento com 3 cm em quadrante superior direito do abdome, linha axilar média, ao nível de uma costela flutuante, sem sangramento ativo. O abdome está flácido, pouco doloroso em hipocôndrio direito, sem irritação peritoneal.

Nessas condições, qual é a melhor conduta para avaliação abdominal?

(A) Anestesia local e exploração digital.

(B) Tomografia de abdome.

(C) Usg FAST.

(D) Lavado peritoneal diagnóstico.

— QUESTÃO 30 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente de 45 anos, do sexo masculino, tabagista e etilista, apresentou dor abdominal súbita em epigástrio há cerca de 12 horas, associada a abdômen em tábua e desaparecimento da macicez à percussão em topografia hepática.

Nesse caso, qual deve ser a conduta?

(A) A endoscopia digestiva alta está indicada de imediato, pela alta sensibilidade e especificidade em caso de úlceras gástricas.

(B) A tomografia de abdome é fundamental para diferenciar a origem do pneumoperitôneo e planejar a topografia da incisão.

(C) Observar o desaparecimento da macicez à percussão em topografia hepática, que é o sinal de Gersuny.

(D) A radiografia de tórax pode ser o único exame necessário para confirmação da suspeita clínica e indicação cirúrgica.

— QUESTÃO 31 —

Considerando o uso de anestésicos locais, qual é a dose máxima de lidocaína sem epinefrina recomendada para pacientes adultos?

(A) 4-5 mg/kg de peso corporal.

(B) 6-7 mg/kg de peso corporal.

(C) 8-10 mg/kg de peso corporal.

(D) 12-14 mg/kg de peso corporal.

— QUESTÃO 32 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Mulher de 45 anos procura cirurgião com história de icterícia e colúria há 15 dias, quando realizou ultrassonografia que mostrou litíase biliar e dilatação discreta do colédoco. Apresentou resolução espontânea da icterícia. As enzimas canaliculares estão aumentadas e bilirrubina atualmente normal.

Nesse caso, qual a conduta mais adequada?

(A) Tomografia de abdome superior para esclarecimento diagnóstico.

(B) Colangiorressonância magnética para esclarecimento diagnóstico.

(C) Colecistectomia convencional com colangiografia.

(D) Colecistectomia com derivação biliodigestiva.

— QUESTÃO 33 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente no terceiro dia do pós-operatório de laparotomia exploradora por úlcera péptica perfurada. Apresenta ferida operatória sem flogose, com pontos íntegros em pele, todavia com saída de líquido com aspecto de “água de carne” pela ferida operatória.

Nesse caso, qual o diagnóstico mais provável?

(A) Seroma.

(B) Abscesso subfrênico.

(C) Eventração.

(D) Evisceração.

— QUESTÃO 34 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente do sexo masculino de 53 anos foi submetido a colonoscopia para prevenção de câncer colorretal. Durante exame, foi identificado distensão abdominal e dor desproporcional. Realizada TC de abdome e pelve, que mostra pneumoperitôneo e borramento da gordura junto ao sigmoide.

Nesse caso, qual a melhor conduta?

(A) Antibioticoterapia, internação e dieta zero.

(B) Colostomia de proteção proximal à lesão e rafia.

(C) Cirurgia de Hartmann.

(D) Colorrafia primária por videolaparoscopia.

— QUESTÃO 35 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Vítima de ferimento por arma branca em hemitórax direito chega ao pronto-socorro apresentando agitação, FC 130 bpm, PA 80 x 40 mmHg, FR 32 ipm. À inspeção, nota-se diminuição da expansibilidade torácica à direita.

Qual conduta imediata definirá o diagnóstico e o tratamento desse paciente?

(A) Percussão torácica.

(B) Ausculta torácica.

(C) Raio X de tórax.

(D) Tomografia de tórax.

— QUESTÃO 36 —

O nervo trigêmeo (V par craniano) possui função motora responsável por auxiliar

(A) na elevação da região superciliar.

(B) na musculatura da mastigação.

(C) na região periauricular.

(D) em toda a região frontal e glabelar.

— QUESTÃO 37 —

Na fratura da mandíbula, quando não se consegue abrir a boca, apresentando trismo, a provável localização da ruptura será

(A) na sínfise.

(B) no corpo.

(C) no ramo.

(D) no processo condilar.

— QUESTÃO 38 —

Quanto à irrigação da região abdominal, a artéria responsável pela nutrição principal da região xifoide até a sínfise púbica é a artéria

(A) epigástrica inferior.

(B) epigástrica superior.

(C) femoral circunflexa superficial.

(D) pudenda externa.

— QUESTÃO 39 —

Na rinoplastia atual, a técnica conhecida como preservadora tem como principal característica a

(A) preservação do dorso e de conexões ligamentares.

(B) abertura e visualização completa das estruturas anatômicas.

(C) preservação total do dorso nasal.

(D) preservação da cartilagem septal.

— QUESTÃO 40 —

Quanto à anatomia de pacientes com fissura labial bilateral, sabe-se que

(A) apresentam conexão contínua do músculo orbicular em toda sua extensão.

(B) em apenas um dos lados apresenta interrupção da conexão do músculo orbicular em sua porção superior.

(C) no prolábio não apresenta fibras musculares.

(D) as fibras musculares são contínuas e se encontram na maxila e na base nasal.

— QUESTÃO 41 —

A literatura sugere a colonoscopia como método de rastreamento de neoplasia de reto. Em qual das situações a seguir sugere-se a realização deste método endoscópico a cada três anos?

(A) Presença de um adenoma viloso em exame anterior.

(B) Paciente em tratamento de Retocolite em remissão.

(C) Presença de dois adenomas tubulares medindo 5 mm.

(D) Presença de três pólipos hiperplásicos de 3 mm em reto e sigmoide.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões **42** e **43**.

> Paciente de 30 anos foi submetida a cirurgia ginecológica e recebeu antibioticoterapia com clindamicina por dez dias. Evoluiu com diarreia e cólicas abdominais após sete dias de tratamento. O médico assistente pensou na possibilidade desse evento diarreico estar relacionada ao uso do antibiótico.

— QUESTÃO 42 —

Qual a alternativa que melhor relaciona o caso clínico?

(A) Escherichia coli / diarreia dos viajantes.

(B) Pseudomonas / Ceftazidime.

(C) Clostridium difficile /Colite pseudomembranosa.

(D) Bifidobacterium lactis / translocação bacteriana.

— QUESTÃO 43 —

Qual é o agente terapêutico mais adequado para o paciente?

(A) Levofloxacino.

(B) Ceftriaxona.

(C) Cloranfenicol.

(D) Metronidazol.

— QUESTÃO 44 —

Doença de Crohn é uma entidade inflamatória crônica que tem predileção pelo acometimento do íleo terminal. Há casos em que há formação de estenose fibrótica distante 10 cm da válvula ileocecal com dilatação a montante identificada por ressonância magnética. Em um paciente jovem de 22 anos em uso de mesalazina e azatioprina evoluindo com perda peso, astenia, cólicas, distensão abdominal e vômitos frequentes, qual a melhor opção terapêutica para seu tratamento?

(A) Iniciar terapia biológica.

(B) Internação e corticoterapia venosa prolongada.

(C) Tratamento cirúrgico.

(D) Nutrição parenteral total até regredir a estenose.

— QUESTÃO 45 —

Dentre as manifestações extra intestinais ocorridas nas doenças intestinais inflamatórias, as mais frequentes são as

(A) articulares.

(B) cutâneas.

(C) oftalmológicas.

(D) hepáticas.

— QUESTÃO 46 —

A ultrassonografia renal continua sendo uma modalidade de imagem de primeira linha na avaliação de um paciente com suspeita de obstrução do trato urinário devido à sua disponibilidade, baixo custo e falta de radiação ionizante. Também não requer a administração de contraste iodado e, portanto, pode ser realizado com segurança em pacientes com insuficiência renal ou alergia ao contraste. A ultrassonografia renal fornece principalmente informações anatômicas sobre o rim, incluindo tamanho renal, espessura cortical, diferenciação corticomedular e grau de dilatação do sistema coletor. Sobre a ultrassonografia renal nos pacientes com obstrução do trato urinário, pode-se dizer que

(A) embora a presença de hidronefrose seja sugestiva de obstrução subjacente, é importante reconhecer que a hidronefrose é um achado anatômico, não um diagnóstico funcional, e que a hidronefrose por si só não indica obstrução do trato urinário.

(B) o adelgaçamento do parênquima e um pequeno tamanho renal podem ser evidências de obstrução renal aguda, e a distensão da bexiga em associação com hidronefrose pode ser sugestiva de obstrução infravesical. A ultrassonografia renal padrão pode parecer normal em 50% dos pacientes com obstrução urinária aguda, e distinguir a dilatação do sistema coletor obstrutivo de não obstrutivo pode ser difícil.

(C) a ultrassonografia com duplex doppler foi sugerida como meio de melhorar a capacidade da ultrassonografia de diagnosticar obstrução renal. As mudanças nas formas de onda arterial intrarrenal mostraram estar associadas à obstrução urinária, e o índice resistivo (definido como velocidade sistólica de pico – velocidade diastólica final/velocidade sistólico de pico) foi um avanço como técnica para melhorar a detecção de obstrução urinária durante a ultrassonografia.

(D) após curto período de vasodilatação mediada por prostaglandina, o fluxo sanguíneo renal diminui e há uma diminuição da resistência vascular renal em resposta à obstrução. Em geral, um índice resistivo de 0,70 é considerado o limite superior do normal em adultos, embora exceções importantes a esse valor tenham sido relatadas.

QUESTÃO 47

A obstrução ureteral crônica leva à inflamação renal, aumentando a formação de matriz extracelular, fibrose tubulointersticial e apoptose, limitando assim o potencial de retorno da função renal. A infiltração inflamatória não é uma característica proeminente da obstrução renal fetal, sugerindo um mecanismo fundamentalmente distinto para a fisiopatologia da obstrução congênita em comparação com a obstrução renal adquirida pós-natal. Sobre mecanismos bioquímicos e moleculares envolvidos na uropatia obstrutiva sabe-se que

(A) o TGF-β1 é um importante regulador da fibrose renal por meio da inibição da transição epitelial para mesenquimal, proliferação de fibroblastos, síntese de matriz extracelular e inibição simultânea de colagenase e metaloproteinases de matriz degradativa.

(B) a produção de angiotensina II é rapidamente inibida após o início da obstrução renal e isso foi associado a muitos dos processos fisiopatológicos envolvidos na obstrução, incluindo alterações hemodinâmicas, infiltração inflamatória e fibrose renal.

(C) os fibroblastos no interstício renal são considerados a fonte primária de matriz intracelular, e a fibrose tubulointersticial está associada a um acúmulo significativo de fibroblastos produtores de matriz.

(D) as evidências sugerem que, sob condições patológicas, as células epiteliais tubulares renais podem sofrer uma transformação fenotípica em miofibroblastos produtores de matriz por um processo denominado transição epitelial para mesenquimal.

QUESTÃO 48

Por definição, um ureter ectópico é qualquer ureter, único ou duplex, que não entra na área trigonal da bexiga. Se estiver simplesmente próximo ao colo da bexiga, não é tecnicamente ectópico, o que requer a entrada no nível do colo da bexiga ou distal. Sobre o ureter ectópico sabe-se que

(A) em um sistema duplex, este é inevitavelmente o ureter do polo inferior, presumivelmente por causa de seu brotamento do ducto mesonéfrico mais tarde do que o polo superior, com incorporação posterior no seio urogenital e desenvolvimento.

(B) nas mulheres, o ureter ectópico pode entrar em qualquer lugar do colo da bexiga ao períneo e na vagina, útero, e até reto. Pode ser associado a um cisto do ducto de Gartner, o remanescente do ducto Mülleriano, a partir do qual os botões do ureter podem incluir dilatação cística do ducto.

(C) nos homens, o ureter ectópico sempre entra no sistema urogenital acima do esfíncter externo ou assoalho pélvico e geralmente nas estruturas de Wolff, incluindo os canais deferentes, vesículas seminais ou ducto ejaculatório.

(D) a apresentação em pacientes do sexo masculino não envolve incontinência, mas sim infecção e dor nos órgãos afetados (testículos e epidídimo). Quando associada a uma ausência renal ipsilateral e cisto prostático, é denominada de síndrome de Zinner.

QUESTÃO 49

A veia cava pré-ureteral é comumente conhecida pelos urologistas como ureter circuncaval ou retrocaval, termos que são anatomicamente descritivos, mas enganosos em relação ao desenvolvimento. O termo “veia cava pré-ureteral” enfatiza que o ureter circuncaval resulta de desenvolvimento vascular alterado, em vez de ureteral. Este é o termo mais preciso. Sobre a veia cava pré-uretral e as alterações relacionadas a ela sabe-se que

(A) esse distúrbio envolve o ureter direito que normalmente se desvia medialmente na frente da veia cava inferior, girando e cruzando atrás dela de uma direção medial para lateral, para retomar um curso normal, distalmente, à bexiga.

(B) a pelve renal e o ureter superior são tipicamente alongados e dilatados em forma de J ou anzol, antes de passar por trás da veia cava. O sistema de coleta é inevitavelmente obstruído.

(C) os sintomas da veia cava pré-ureteral são os de obstrução. A lesão é congênita e a apresentação, na maioria dos pacientes, ocorre até a terceira ou quarta década de vida.

(D) os pacientes podem apresentar sintomas de dor ou infecção no flanco ou abdominal, ou o distúrbio pode ser descoberto acidentalmente durante outros exames radiológicos.

QUESTÃO 50

Após obstrução do trato urinário superior, há desregulação dos canais de água de aquaporina no túbulo proximal, alça descendente e ducto coletor, o que pode contribuir para a poliúria em longo prazo. Várias outras mudanças funcionais com a obstrução podem ocorrer. Na obstrução do trato urinário, sabe-se que

(A) a excreção de potássio após o alívio da obstrução ureteral bilateral é maior do que após a obstrução ureteral unilateral porque, na obstrução bilateral, há retenção de sódio, água, ureia e outras substâncias osmóticas e aumento do fator natriurético atrial.

(B) a recuperação da função renal após o alívio da obstrução é afetada pela duração, grau, idade do paciente, função renal basal, complacência do sistema coletor e infecção.

(C) a obstrução ureteral pode resultar em diminuições prolongadas na capacidade de concentração, alcalinização urinária e transporte de eletrólitos muito depois de a obstrução ser liberada.

(D) o crescimento renal compensatório diminui progressivamente com o aumento da idade. O rim aumenta com o aumento de néfrons e do número de glomérulos após o nascimento.