

## PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, CIRURGIA VASCULAR



**ATENÇÃO:** transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO), com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a frase a seguir:

**A saúde é a maior riqueza do ser humano.**

### ANTES DE COMEÇAR A FAZER AS PROVAS:

1. Verifique se este caderno contém um total de 50 (cinquenta) questões, sequencialmente numeradas de 01 a 50.
2. Caso haja algum problema, solicite ao aplicador a substituição deste caderno, imediatamente, após o início da prova.

### AO RECEBER A FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO):

3. Confira seus dados e, havendo erro, solicite ao aplicador a correção na Ata de Sala.
4. Assine à CANETA nos espaços indicados.

### AO TRANSFERIR AS RESPOSTAS PARA A FOLHA DEFINITIVA (GABARITO):

5. Use somente caneta azul ou preta e aplique traços firmes dentro da área reservada à letra correspondente a cada resposta, conforme modelo:



6. Sua resposta NÃO será computada se houver marcação de mais de uma alternativa.
7. A folha de respostas não deve ser dobrada, amassada ou rasurada.

### AO TERMINAR AS PROVAS:

8. Você deve chamar a atenção do aplicador levantando o braço. Ele irá até você para recolher sua FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO) e este CADERNO DE PROVAS.
9. Recolha seus objetos, deixe a sala, e em seguida o prédio. A partir do momento em que você sair da sala e até sair do prédio, continuam válidas as proibições sobre o uso de aparelhos eletrônicos e celulares, bem como não lhe é mais permitido o uso dos sanitários.

Terá suas provas anuladas e será automaticamente eliminado do processo seletivo, o candidato que, durante a sua realização for surpreendido portando (mesmo que desligados) quaisquer aparelhos eletrônicos, tais como bip, telefone celular, relógio de qualquer espécie, walkman, agenda eletrônica, notebook, palmtop, ipod, ipad, tablet, pen drive, receptor, gravador, máquina de calcular, máquina fotográfica, chaves integradas com dispositivos eletrônicos, controle de alarme de carro e moto, controle de portão eletrônico etc., bem como quaisquer acessórios de chapelaria, tais como chapéu, boné, gorro etc., e ainda lápis, lapiseira/grafite, borracha, caneta em material não-transparente, óculos de sol (exceto com comprovação de prescrição médica), qualquer tipo de carteira ou bolsa e armas.

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO:**

Após a prova você poderá levar consigo somente o Gabarito Rascunho.

Duração total destas provas, incluindo o preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO):

**QUATRO HORAS**



**PROVA DE PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL****QUESTÃO 01**

O traumatismo vesical contuso tem como causa mais comum os acidentes automobilísticos, sendo comum em pacientes alcoolizados ou durante longas viagens.

Por sua vez, o traumatismo penetrante está diretamente associado à violência urbana e deve ser sempre considerado, quando da presença de orifícios, no baixo ventre, região pélvica e perineal.

Considerando o diagnóstico e tratamento de lesões de bexiga no paciente politraumatizado, qual alternativa está **CORRETA**?

- (A) A presença de fraturas pélvicas deve sempre levantar a suspeita de lesões vesicais. Estima-se que as rupturas vesicais estão presentes em até 90% dos pacientes com fraturas pélvicas.
- (B) A ruptura vesical no traumatismo contuso está relacionada principalmente a penetração de fragmentos ósseos da bacia sendo o rápido aumento da pressão intravesical outro fator predisponente de menor relevância.
- (C) Os sinais e sintomas relacionados ao trauma vesical, muitas vezes, estão mascarados pela ocorrência de fraturas pélvicas, lesões vasculares ou viscerais. O principal sinal associado ao trauma vesical é a incapacidade de urinar.
- (D) A presença de uretrorragia associada à fratura pélvica é outro sinal de lesão vesical, sendo necessário a sondagem vesical para descompressão da mesma e lavagem de coágulos.
- (E) A maioria dos pacientes vítimas de traumas contusos com lesões extra-peritoniais pode ser tratada com drenagem vesical simples, sem a necessidade de rafia cirúrgica.

**QUESTÃO 02**

Endometriose é um termo definido como a presença de tecido endometrial fora de sua localização esperada anatomicamente. Normalmente, o tecido é localizado nos ovários, ligamento útero-sacro e fundo de saco.

Até 10 % das mulheres sexualmente ativas podem ser acometidas pela doença, trazendo intenso sofrimento físico e emocional.

Considerando a proximidade anatômica do trato urinário, é **CORRETO** afirmar.

- (A) O envolvimento do trato urinário é predominantemente ureteral, em até 80% dos casos, sendo a bexiga secundariamente acometida.
- (B) O envolvimento ureteral pode ser intrínseco ou extrínseco, sendo a forma mais comum de acometimento, a intrínseca ocorrendo, predominantemente, à esquerda.
- (C) A utilização de exames de imagem do trato urinário superior está indicado em todas as pacientes com endometriose, devido ao risco potencial de exclusão funcional assintomática secundária à obstrução ureteral.
- (D) O tratamento cirúrgico do acometimento ureteral faz-se necessário, em todas as pacientes.
- (E) A nefroureterectomia é o tratamento de escolha para pacientes com acometimento ureteral.

**QUESTÃO 03**

Os sintomas do trato urinário inferior constituem uma síndrome clínica que pode ser causada por várias condições, e a Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) é a mais frequente dessas causas.

Um homem de 55 anos apresenta-se com redução do jato urinário, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, nictúria (até 4 vezes por noite) e relato de dois episódios isolados de hematúria macroscópica. Ultrassonografia de próstata endorretal - 50 g, lobo médio aumentado e resíduo pós-miccional significativo de 80mL.

Diante do exposto, qual das alternativas está **INCORRETA**?

- (A) Como exames laboratoriais iniciais deverão ser solicitados: rotina de urina com cultura, PSA total, PSA livre, hemograma, uréia e creatinina.
- (B) O tratamento cirúrgico para este paciente é uma opção, considerando-se a Ressecção transuretral da próstata, como melhor alternativa.
- (C) O tratamento clínico com alfa-bloqueadores associado ou não a inibidores da enzima 5-alfa-redutase pode ser uma opção para este paciente, como primeira abordagem.
- (D) A uretrrocistoscopia diagnóstica está contra-indicada por ser invasiva e desnecessária para a definição de diagnósticos diferenciais.
- (E) A cirurgia aberta está contra-indicada para este paciente, sendo esta indicada para pacientes com próstatas maiores do que 80 g ou com complicações associadas, como divertículos ou cálculos intravesicais.

**QUESTÃO 04**

O carcinoma de células renais (CCR) é considerado o décimo terceiro câncer em incidência, no mundo, apresentando variações regionais. Estima-se que, aproximadamente, 100 mil óbitos são decorrentes do câncer renal, anualmente. No Brasil, estima-se que 4000 casos são diagnosticados por ano com uma mortalidade de 54%.

Paciente, 32 anos, encaminhado para avaliar achado incidental de ultra-sonografia, que evidenciou massa renal esquerda medindo 4,0cmx3,7cmx4,2cm. Tomografia computadorizada evidenciou tumor de localização polar inferior medindo 4,0 cm x 3,8 cm x 4,0 cm, sem evidências de linfadenomegalias ou metástases a distância.

No acompanhamento deste paciente, é **CORRETO** afirmar:

- (A) A nefrectomia radical é o padrão ouro no tratamento dos CCR, nos dias atuais, sendo assim, a melhor alternativa por via aberta ou laparoscópica, no caso em questão.
- (B) O receio de que a nefrectomia radical possa induzir à doença renal crônica e aumentar o risco de morte por doenças cardiovasculares, faz desse paciente jovem com tumor polar, um bom candidato à nefrectomia parcial aberta ou preferencialmente laparoscópica.
- (C) O tempo de isquemia quente permitido, durante uma nefrectomia parcial, não deve ser superior a 15 minutos, sob risco de dano renal irreversível.
- (D) Neste paciente, após a cirurgia, faz-se necessária a complementação de tratamento com imunoterapia.
- (E) O acompanhamento pós-tratamento do paciente, em questão, deve incluir uretrrocistoscopia devido ao risco de lesão metacrônica na bexiga.

**QUESTÃO 05**

A litíase urinária é um problema muito frequente na prática urológica, com ônus significativo, tanto em nível pessoal para o paciente, quanto financeiramente para o sistema de saúde. Há relatos de litotomias terapêuticas realizadas, na Índia, há aproximadamente 3.000 anos. A prevalência da doença vem aumentando nas últimas décadas e, apesar dos avanços tecnológicos permitindo abordagens cada vez menos invasivas, a morbimortalidade em casos complicados com infecção continua a surpreender médicos e pacientes.

Considerando o tratamento da litíase potencialmente obstrutiva do trato urinário superior e o risco de sepse urinária, qual dos pacientes a seguir apresentados não foi tratado adequadamente?

- (A) Idosa de 55 anos, diabética e hipertensa, descompensada clinicamente, apresentando ureterolitíase proximal à esquerda e hidronefrose, foi submetida somente a implante endoscópico de cateter duplo jota.
- (B) Jovem do sexo masculino com cólica renal e vômitos, devido à ureterolitíase distal direita medindo 9,0 mm, submetido à ureterorenolitripsia rígida e colocação endoscópica de cateter duplo jota.
- (C) Jovem do sexo feminino com cólica, náuseas e vômitos, com ureterolitíase distal à direita medindo 4,5 mm, submetida à analgesia, orientações específicas e liberada para casa, visando a tratamento expectante.
- (D) Senhora de 42 anos, com quadro de pielonefrite aguda à esquerda associada à obstrução ureteral por cálculo impactado, no cruzamento do ureter com os vasos ilíacos, submetida à nefrostomia percutânea, após tentativa frustrada de implante endoscópico de cateter duplo jota.
- (E) Senhor de 42 anos, com quadro de cólicas recorrentes nos últimos 3 meses, associadas ao diagnóstico de litíase coraliforme parcial medindo 3,5 cmx2,8 cm, tratado com litotripsia extra-corpórea.

**QUESTÃO 06**

Paciente masculino, 25 anos, chega ao ambulatório de proctologia com queixa de incomodo anal, presença de secreção perianal e prurido. Nega comorbidades. Ao exame proctológico, presença de nodulação com tecido de granulação em região anterior, à 2 cm da borda anal, com saída de pus.

Com relação ao caso clínico, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) Trata-se de um caso de fissura anal crônica e o tratamento inicial é clínico, com dieta rica em fibra e uso de pomadas como a nifedipina.
- (B) Trata-se de um caso de fístula pilonidal e o tratamento é cirúrgico, com incisão e curetagem do leito.
- (C) Trata-se de um caso de fistula perianal e uma das opções cirúrgicas é a fistulotomia, com curetagem do leito e cicatrização por segunda intenção.
- (D) Trata-se de um caso de doença hemorroidária interna, onde o tratamento baseia-se na classificação da hemorróida.
- (E) Trata-se de um caso de doença hemorroidária externa, onde o tratamento cirúrgico consiste em excisão do mamilo hemorroidário e cicatrização por segunda intenção.

**QUESTÃO 07**

Divertículos colônicos são saculações da parede intestinal, que contem somente mucosa e submucosa e podem ser assintomáticos ou se apresentar com complicações potencialmente fatais.

Em relação a essa patologia, conclui-se que:

- (A) Os divertículos estão associados com altas pressões intra luminais. Essas pressões predispoem a herniações da mucosa e submucosa através da muscular, em áreas onde ocorre a penetração dos vasos para alcançar a mucosa e submucosa, geralmente no lado antimesentérico do cólon.
- (B) A localização mais comum é no cólon sigmoide devido ao seu maior diâmetro, levando a uma maior pressão intra colônica e predispondo-se ao aparecimento dos divertículos. É nessa localização também que a diverticulite é mais frequente.
- (C) A presença de fistula colovesical apresenta-se clinicamente com pneumaturia e fecaluria e é mais comum em mulheres. O melhor método de imagem para o diagnóstico é a tomografia de abdome, em que se visualiza ar dentro da bexiga.
- (D) A diverticulite corresponde ao processo inflamatório dos divertículos, que se inicia através da perfuração do mesmo, podendo ser tamponada por órgãos adjacentes ou se espalhar para a cavidade, levando a um quadro de peritonite generalizada.
- (E) Uma das indicações de sigmoidectomia eletiva, após um quadro de diverticulite não complicada, é a idade inferior a 55 anos, pois a chance de um novo quadro de diverticulite é alto e com maior risco de complicações

**QUESTÃO 08**

O prolapso retal é uma condição clínica que ocorre mais comumente em mulheres idosas, em que toda a parede do reto se insinua para dentro do canal anal, podendo ou não se exteriorizar através da borda anal.

Em relação a essa patologia, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) A grande maioria dos pacientes tem uma história de constipação e esforço evacuatório, porém alguns podem se apresentar com diarreia.
- (B) A incontinência pode ocorrer nesses pacientes, porém é um sintoma raro.
- (C) A colonoscopia deve ser realizada na investigação desses pacientes, pois uma neoplasia pode ser o ponto de intussuscepção. Além disso, a colonoscopia é capaz de fornecer o diagnóstico através da demonstração do prolapso retal para dentro do canal anal.
- (D) Se o paciente tiver queixas de incontinência fecal, a manometria irá revelar diminuição da pressão de repouso e aumento na pressão de contração.
- (E) A correção cirúrgica por via perineal deve ser a preferida em pacientes idosos com comorbidades importantes, pois há uma menor morbidade, menos dor pós operatória e melhor resultado quando comparado à correção por via abdominal.



**QUESTÃO 09**

A maioria dos polipos colônicos são assintomáticos e são achados de exame de colonoscopia, podendo serem classificados como adenomas, inflamatórios e hiperplásicos.

Com relação aos pólipos adenomatosos, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) Se for diagnosticado e ressecado durante uma retossigmoidoscopia, há indicação de nova retossigmoidoscopia, em 1 ano, para avaliar a ocorrência de novos pólipos.
- (B) Se o pólipo for suspeito de malignidade e, se for ressecado via colonoscopia, não há necessidade de tatuar o local da polipectomia, pois mesmo se o histopatológico vier como adenocarcinoma, não há necessidade de ressecção do colon.
- (C) Fatores de risco para malignização incluem adenoma do tipo tubuloviloso e pólipos maiores que 1 cm. Nesses casos, há necessidade de vigilância colonoscópica mais rigorosa.
- (D) Pólipos adenomatosos sesséis, em reto inferior, não passíveis de ressecção via colonoscopia, podem ser excisados cirurgicamente por via endoanal.
- (E) Segmento colonoscópico deve ser feito em todo paciente com pólipos adenomatosos, a cada 2 anos, independente do tipo histológico, do tamanho e número dos pólipos.

**QUESTÃO 10**

Paciente feminina, 30 anos, com queixa de sangramento anal indolor, que pinga no vaso associado a prolapso redutível espontaneamente, há 6 meses. Refere que, no início do quadro, o sangramento era ocasional, mas que ultimamente ocorre em toda evacuação. Nega perda de peso, alteração do hábito intestinal e dor abdominal, de início recente. Refere hábito intestinal de 3/3 dias, com esforço e endurecido. Não possui ingestão adequada de fibras e ingere 1 litro de água por dia. Nega história familiar de câncer colorretal.

Baseado no caso clínico, é **CORRETO** afirmar.

- (A) Não há indicação de orientação para aumento na ingestão de fibras e água, pois isso não influencia na progressão da doença.
- (B) O sintoma de sangramento, geralmente, melhora com a suplementação de fibras, mas o prolapso não.
- (C) O uso de pomadas proctológicas e de supositórios deve ser indicada para essa paciente, pois traz resultados bastante satisfatórios, tanto no tratamento do sangramento quanto do prolapso.
- (D) Essa paciente tem indicação de ligadura elástica, pois é o método não cirúrgico mais realizado para o tratamento da doença hemorroidária externa e consiste na aplicação de um anel de borracha acima da linha pectínea, levando ao estrangulamento do mamilo hemorroidário.
- (E) A escleroterapia é uma opção para o tratamento dessa paciente, onde se injeta substâncias esclerosantes levando à fibrose e fixação da mucosa, porém deve-se evitar injeções repetidas, pelo risco de estenose anal.

**QUESTÃO 11**

A isquemia cerebral de origem extracraniana é um evento bastante prevalente em nosso meio, estando a artéria carótida envolvida na maioria dos casos.

Sobre a etiopatogenia da doença estenótica carotídea, assinale a alternativa mais **CORRETA**:

- (A) A aterosclerose é a causa mais frequente do ataque isquêmico transitório (AIT) e acidente vascular cerebral (AVC).
- (B) A displasia fibromuscular envolve as artérias carótidas e vertebrais, bem como as artérias intracranianas, podendo estar associada a formações aneurismáticas intracranianas.
- (C) As arterites, dentre elas a arterite de Takayasu, podem estar envolvidas na gênese da isquemia cerebral.
- (D) O kinkin ou o acotovelamento da artéria carótida interna pode ser uma causa importante de isquemia cerebral.
- (E) Todas as afirmativas estão corretas.

**QUESTÃO 12**

A doença aterosclerótica oclusiva, que envolve a aorta abdominal infrarrenal e artérias ilíacas, é uma causa comum de insuficiência arterial sintomática das extremidades inferiores. Sobre a doença oclusiva aorta-ilíaca, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) A oclusão arterial sempre provoca diminuição da pressão arterial pós-obstrutiva, e esse efeito hemodinâmico se expressa na diferença entre os valores da pressão arterial sistólica (PAS) do tornozelo e do braço.
- (B) A imagem em color Doppler e Doppler de ondas pulsadas pode definir o grau de estenose de acordo com as medidas de velocidade.
- (C) A arteriografia é considerada "padrão ouro" no diagnóstico da doença oclusiva aorta-ilíaca.
- (D) A angiogramografia (AngioTC) realizada com equipamentos com 64 canais podem ser utilizada no diagnóstico da doença oclusiva aorta-ilíaca.
- (E) A angiorressonância (AngioRNM) tem acurácia superior a AngioTC e arteriografia.

**QUESTÃO 13**

O linfedema é manifestação clínica com diferentes formas de lesão do sistema linfático.

Sobre os linfedemas, assinale a afirmação **CORRETA**:

- (A) A trombose venosa profunda é a causa mais importante do linfedema.
- (B) As neoplasias não estão relacionadas com a gênese dos linfedemas.
- (C) O linfedema congênito familiar, também conhecido como doença de Milroy, é uma doença rara, e deve ser aventado em recém nascidos com linfedema.
- (D) A filariose é a causa mais comum de linfedema primário.
- (E) A síndrome de Turner (X0) não apresenta relação com linfedema.

**QUESTÃO 14**

A trombose venosa profunda (TVP) dos membros inferiores é uma doença que se caracteriza pela formação aguda de trombos no sistema venoso profundo.

Sobre o diagnóstico clínico desta patologia, assinale a alternativa **CORRETA**:

- (A) A dor, o edema e o aumento da consistência muscular nos membros inferiores (MMII) são os sinais e sintomas mais frequentes.
- (B) A cianose é o sinal mais frequente no diagnóstico da TVP dos MMII.
- (C) O sinal de Homans é o aparecimento de veias no pé e trajeto anterior da perna.
- (D) Os critérios de Wells não podem ser utilizados para predição clínica do diagnóstico clínico da TVP.
- (E) Nenhuma das alternativas está correta.

**QUESTÃO 15**

A lesão de veia cava inferior pode causar morte por perda polêmica grave. Entretanto, pelo regime de baixa pressão, a maioria das lesões da veia cava inferior é tamponada por hematoma retro peritoneal.

Sobre as lesões de veia cava inferior, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) Uma hemorragia grave pode ocorrer durante exploração e destamponamento destas lesões.
- (B) A rotação medial do cólon direito e do duodeno promove amplo acesso à veia cava inferior infra e suprarrenal.
- (C) A ligadura da veia cava inferior é procedimento de escolha em pacientes instáveis e com lesão em segmento infrarrenal.
- (D) Em caso de lesão da veia cava retro-hepática, deve-se evitar o uso da manobra de exclusão vascular hepática (manobra de Pringle).
- (E) Quando necessário, o uso de enxerto autógenos com safena (espiralados) ou enxertos sintéticos (politetrafluoretileno) podem ser utilizados.

**QUESTÃO 16**

A hemorragia digestiva é uma das emergências médicas mais comuns, sendo a úlcera péptica uma das principais causas.

Em relação ao atendimento ao paciente com hemorragia digestiva causada por uma úlcera péptica, é **CORRETO** afirmar.

- (A) A classificação de Forrest modificada é a mais utilizada para avaliar o risco de ressangramento, pois além da avaliação endoscópica é utilizado parâmetro clínico do paciente para prever o risco de ressangramento;
- (B) A endoscopia digestiva alta deve preceder qualquer outro exame ou tratamento, uma vez que será um método de diagnóstico para a hemorragia e de um possível tratamento através da escleroterapia.
- (C) O tratamento cirúrgico é o mais indicado para o tratamento das úlceras hemorrágicas, sendo a endoscopia utilizada para a localização da úlcera e hemostasia para melhor estabilização do paciente, obtendo-se menores complicações cirúrgicas, quando comparado com pacientes instáveis, que não realizaram o tratamento endoscópico prévio.
- (D) Pacientes com hemorragia por úlcera péptica devem ser investigados e tratados para a infecção pelo *H. pylori*, quando presentes.
- (E) Com a queda de 15% do hematócrito ou da hemoglobina, devemos somar 2 pontos aos critérios de Rockall.

**QUESTÃO 17**

A endoscopia digestiva alta é utilizada no diagnóstico do paciente com suspeita de doença do refluxo gastroesofágico, podendo identificar e quantificar quando presente os graus de lesões esofágica, além de reconhecer uma possível complicação da doença.

A presença de estenose esofágica, em paciente com complicação da esofagite de refluxo, é classificada, de acordo com a classificação de Savary-Miller, em:

- (A) grau 1
- (B) grau 2
- (C) grau 3
- (D) grau 4
- (E) grau 5

**QUESTÃO 18**

O esôfago de Barrett é a substituição do epitélio escamoso esofágico pelo epitélio colunar com metaplasia intestinal.

O seu tratamento é imperioso, principalmente, com objetivo de evitar sua progressão para o adenocarcinoma.

Com relação ao risco de progressão do esôfago de Barrett para adenocarcinoma, avalie as afirmativas apresentadas como verdadeiras ou falsas e indique a alternativa **CORRETA**.

- I. Barrett sem displasia: 0,25% ao ano.
- II. Barrett com displasia de baixo grau: 1,5% ao ano.
- III. Barrett com displasia indefinida: 3,0% ao ano.
- IV. Barrett com displasia de alto grau: 4 a 8% ao ano.

- (A) I-V; II-F; III-F; IV-V.
- (B) I-F; II-F; III-F; IV-F.
- (C) I-V; II-V; III-V; IV-V.
- (D) I-F; II-V; III-V; IV-F.
- (E) I-F; II-F; III-F; IV-V.

**QUESTÃO 19**

O esôfago de Barrett eleva o risco de adenocarcinoma em 30 a 125 vezes, se comparado o paciente com esôfago de Barrett com a população em geral.

Com relação ao tratamento do paciente com esôfago de Barrett, é **CORRETO** afirmar.

- (A) É indicada a cirurgia antirrefluxo, em caso de persistência de displasia de baixo grau, após 3 meses de tratamento clínico intensivo.
- (B) A melhora sintomática do paciente em tratamento clínico com inibidor de bomba de próton é o principal fator preditivo para manter o tratamento clínico permanente do paciente com esôfago de Barrett.
- (C) Paciente com esôfago de Barrett, sem displasia associada, deve ser mantido em tratamento clínico intensivo e, caso evolua para algum grau de displasia estará indicado a cirurgia antirrefluxo.
- (D) Em paciente com displasia de alto grau, a cirurgia antirrefluxo é o tratamento de escolha, uma vez que a regressão da doença é comum com este tratamento.
- (E) A esofagectomia distal é indicada em qualquer grau de displasia e, de acordo com o seu grau, é indicado a linfadenectomia ou não.

**QUESTÃO 20**

O câncer gástrico precoce é aquela lesão limitada à camada mucosa ou submucosa, independente da presença de metástases linfonodais.

De acordo com a classificação da Sociedade Japonesa de Endoscopia, a lesão IIb seria a lesão:

- (A) polipóide
- (B) ulcerada
- (C) escavada
- (D) superficial escavada
- (E) superficial plana

**QUESTÃO 21**

Cerca de 10 a 15% dos pacientes submetidos à colecistectomia por colelitíase apresentam litíase das vias biliares. Com relação ao diagnóstico e terapêutica da litíase das vias biliares, é **CORRETO** afirmar.

- (A) É preferível o tratamento cirúrgico em pacientes que apresentem a via biliar fina.
- (B) Mesmo em pacientes com alta probabilidade de litíase das vias biliares (histórico sugestivo, bilirrubina total maior que 2, ultrassom com dilatação de vias biliares), constata-se ausência de coledocolitíase, em até 50% dos casos.
- (C) O risco de sepse grave é o fator impeditivo à manipulação endoscópica das vias biliares por via endoscópica, em paciente com colangite.
- (D) Colelitíase associada à coledocolitíase é mandatória a realização de cirurgia aberta, uma vez que é comprovada a menor incidência de fístulas biliares se comparada à videocirurgia.
- (E) O risco de pancreatite aguda após colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) gira em torno de 3-5%, devendo a CPRE ser evitada, em casos de coledocolitíase com história de pancreatite prévia.

**QUESTÃO 22**

Menina, 7 meses de idade, encaminhada para avaliação de nódulo endurecido localizado em terço inferior do músculo esternocleidomastóideo direito, não aderido à pele, medindo aproximadamente 2 cm de diâmetro. Ao exame, nota-se discreta inclinação da cabeça para a direita. Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Cisto Branquial do primeiro arco.
- (B) Cisto Tireoglosso.
- (C) Torcicolo Congênito.
- (D) Linfadenopatia cervical anterior.
- (E) Cisto Branquial do segundo arco.

**QUESTÃO 23**

Em relação a Hérnia Diafragmática Congênita, avalie as afirmações a seguir apresentadas.

- I. Por se tratar de um procedimento de emergência, a correção cirúrgica, nas primeiras horas após o nascimento, é relacionada a melhores índices de sobrevivência.
- II. O procedimento cirúrgico se faz por rafia do defeito diafragmático associado à lobectomia do segmento pulmonar hipoplásico.
- III. Não há indicação de abordagens terapêuticas no período fetal.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) Todas as afirmativas são verdadeiras.
- (B) Somente as afirmativas I e II são verdadeiras.
- (C) Somente as afirmativas I e III são verdadeiras.
- (D) Apenas uma afirmativa é verdadeira.
- (E) Todas as afirmativas são falsas.

**QUESTÃO 24**

Menino, 60 dias de vida, apresentando icterícia e acolia fecal, desde os 15 dias. Ao exame: bom estado geral, ativo, icterício +3/+4 na zona 3, Fígado a 2 cm de rebordo costal direito, endurecido, com borda romba. Após exames laboratoriais retornarem com resultados sugestivos de icterícia obstrutiva, foi indicada a realização de ultrassonografia abdominal. A ultrassonografia notou-se a ausência de vesícula biliar associada à hiperecogenicidade triangular cranial à veia porta (sinal do cordão fibroso). O setor de imagem de sua unidade hospitalar dispõe apenas de radiografias (RX), tomografia

computadorizada (TC) e ultrassonografia (US), assim outros exames são realizados fora deste hospital e sob agendamento. Dentre as alternativas apresentadas a seguir, indique a que corresponde a **MELHOR CONDUTA** a ser tomada.

- (A) Realizar Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada.
- (B) Agendar Colangiiorressonância Magnética.
- (C) Observar o paciente e realizar ultrassografias seriadas para seguimento.
- (D) Submetê-lo à laparotomia exploradora com biópsia hepática e colangiografia intra-operatória.
- (E) Pedir cintilografia com Tc-99 para avaliação da eliminação do radiofármaco no duodeno.

**QUESTÃO 25**

Comparece em sua unidade uma gestante de 32 semanas buscando aconselhamento, pois o ultrassom pré-natal do primeiro trimestre evidenciou gastrósquise, no feto. Nas ultrassonografias de controle, notam-se alças intestinais não recobertas por membranas, com ausência de dilatações, exteriorizadas em relação à parede abdominal anterior associado a sinais de crescimento intra-uterino restrito.

Dentre as alternativas, indique aquela que corresponde a **MELHOR CONDUTA** a ser tomada, neste momento.

- (A) Aconselha o obstetra a antecipar o parto, o quanto antes.
- (B) Comunica a gestante que esta anomalia apresenta risco de vida materno-fetal e sobrevivência muito pequena.
- (C) Informa que a sua via de parto, até o momento, segue a indicação obstétrica, podendo ser realizado precocemente entre 36 a 38 semanas, de acordo com a evolução do caso, estando a intervenção cirúrgica indicada imediatamente ao nascimento.
- (D) Baseado em fortes evidências na literatura, sugere que a paciente busque um centro terciário para realização de intervenção, ainda, no período fetal.
- (E) Orienta a mãe que aparentemente trata-se de um defeito da parede abdominal não complicado, de bom prognóstico pós-natal, porém frequentemente associado a outras malformações como atresias intestinais, cardiopatias, criptoquirdia, e principalmente má-rotação intestinal.

**QUESTÃO 26**

Menino, 3 anos de idade, encaminhado da Unidade Básica de Saúde para avaliação de tumor abdominal. A mãe afirma ter notado a presença desta alteração durante o banho na última semana. Refere que seu filho era previamente hígido e sem comorbidades, com exceção de episódios de febre baixa (38C), recorrente nos últimos 15 dias. Ao exame físico, nota-se criança em bom estado geral, eupneica, hidratada, hemodinamicamente normal; abdome com abaulamento em flanco esquerdo, relacionado à tumoração abdominal endurecida, pouco móvel, indolor, localizada a aproximadamente 8 cm do rebordo costal esquerdo. A Radiografia de Abdome realizada na origem observa-se presença de imagem volumosa radiopaca, com efeito de massa em flanco esquerdo, deslocando alças intestinais para a direita e ausência de sinais radiológicos sugestivos de obstrução intestinal.

Considerando a investigação do tumor abdominal na infância, qual é o primeiro exame de imagem a ser realizado e o diagnóstico mais provável para o caso clínico descrito?

- (A) Tomografia computadorizada de abdome e Neuroblastoma.
- (B) Tomografia computadorizada de abdome e Tumor de Wilms.
- (C) Ultrassonografia de abdome total e constipação.
- (D) Ultrassonografia de abdome total e Tumor de Wilms.
- (E) Enema opaco e constipação.

**QUESTÃO 27**

Como definição, retalho é a transferência de um segmento de tecido de um local do organismo para outro, mantendo-se um pedículo vascular.

Considerando o retalho juntamente com os enxertos, os dois pilares de sustentação da Cirurgia Plástica, tanto na cirurgia reparadora quanto na cirurgia estética, indique a alternativa **INCORRETA**.

- (A) A classificação dos retalhos cutâneos pode ser realizada de acordo com o suprimento sanguíneo em randomizados e axiais.
- (B) O uso de cigarros aumenta as chances de necrose dos retalhos.
- (C) Os retalhos musculares e musculocutâneos foram classificados por Mathes e Nahai, quando à sua irrigação, em quatro tipos.
- (D) Na tentativa de aumentar a viabilidade e a segurança dos retalhos e o segmento de pele a ser transferido, surgiram estudos que propuseram a autonomização dos mesmos.
- (E) Existem várias indicações para o uso dos retalhos musculares, inclusive já foi relatado o uso do grande dorsal para tratamento de insuficiência cardíaca.

**QUESTÃO 28**

A reconstrução cirúrgica foi durante séculos um desafio aos cirurgiões. Com o intuito de restaurar forma e função, foram desenvolvidas várias técnicas como os retalhos cutâneos, miocutâneos, fasciocutâneos, microcirúrgicos e retalhos expandidos. O expansor de tecido consiste em um balão de silicone e válvula metálica acoplada, que é geralmente introduzido sob o tecido celular subcutâneo, acima da fáscia muscular. Através de injeções múltiplas e periódicas de fluido, consegue-se a distensão gradual e progressiva dos tecidos sobrejacentes.

Considerando os princípios e a aplicação da técnica dos expansores teciduais, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) O princípio básico a ser seguido consiste na utilização de expansor com comprimento, no mínimo, semelhante a largura do defeito a ser reparado, salvo quando estiver indicado o uso de mais de um expansor.
- (B) A expansão deve se iniciar imediatamente logo após a introdução do expansor, independente da localização da área a ser expandida.
- (C) O intervalo entre as sessões da expansão é, normalmente, de 7 dias. Caso seja necessário, pode-se ultrapassar o volume máximo da capacidade do expansor especificado pelo fabricante.
- (D) A exposição do expansor, mesmo na ausência de infecção, impede a progressão da expansão, devendo o mesmo ser retirado imediatamente.
- (E) Quando um expansor é posicionado sob o tecido celular subcutâneo ocorrem alterações no suprimento sanguíneo da pele sobrejacente. Dessa forma, com a expansão temos uma diminuição do número e do tamanho dos vasos sanguíneos.

**QUESTÃO 29**

O conceito de queimadura é bastante amplo, porém, basicamente, a queimadura é uma lesão dos tecidos orgânicos, com destruição do revestimento epitelial, a partir de um agente externo. Pode variar desde uma pequena bolha ou flictena até formas mais graves, capazes de desencadear um grande número de respostas sistêmicas.

Em relação às queimaduras, indique a alternativa **INCORRETA**.

- (A) O paciente queimado é constantemente submetido à estresse doloroso diário, porém devemos evitar o uso de opioides, como por exemplo, a morfina, por induzir tolerância, sendo necessárias doses progressivas para alcançar a analgesia efetiva.
- (B) Nos pacientes com queimaduras múltiplas e, particularmente, naqueles com traumas abertos de extremidades, está indicada a profilaxia do tétano. O esquema profilático a ser adotado depende da imunização prévia do paciente e das características do ferimento.
- (C) Os critérios de internação não são definidos somente pela porcentagem da superfície corporal queimada, mas pela análise dos prós e contras da opção de manter-se em caráter ambulatorial queimaduras que acarretem riscos de complicações graves e/ou grandes desconfortos ao paciente.
- (D) Queimaduras circulares no tórax podem reduzir a excursão ventilatória, e uma escarotomia do tórax pode ser necessária em adultos e crianças.
- (E) Dois eventos principais resumem a fisiopatologia das queimaduras: aumento da permeabilidade e edema, causados pela liberação de histamina pelos mastócitos, tendo como resultado final hipovolemia.

**QUESTÃO 30**

A região da face possui diversos elementos anatômicos e é rica em estruturas nobres. O conhecimento detalhado da anatomia cirúrgica da face é fundamental para qualquer cirurgião que decida se aventurar por essa região, tão importante sede de estruturas que, se inadvertidamente lesadas, podem levar a graves problemas. Este conhecimento é extremamente necessário para importantes reconstruções faciais.

Levando em consideração a anatomia facial relacionada às cirurgias craniofaciais e suas reconstruções, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) Quando ocorrem lesões nasais, por se tratar de uma região com pele de característica especializada, mesmo em lesões não extensas, a sutura simples é um procedimento que deixa a desejar, necessitando, na maioria das vezes, retalhos locais para permitir bom resultado estético.
- (B) O conhecimento da irrigação e drenagem da face é muito importante. A artéria carótida interna emite um ramo no pescoço chamado artéria facial, que por sua vez emite vários ramos: artéria labial inferior, superior, nasal lateral, angular; por sua vez, a artéria carótida externa emite um ramo importante: a artéria oftálmica.
- (C) Ferimentos com perda de espessura total do lábio inferior são reparados seguindo o princípio de que lesões que comprometam até um quarto do lábio podem ser coaptadas diretamente, com sutura apropriada em todos os planos.
- (D) O retalho frontal é indicado para reconstrução dos terços médio e inferior da face (pálpebras, nariz, bochechas, lábios, língua), cervical, cavidade oral, seio frontal e maxilar; permanece com a área doadora exposta, coberta apenas por curativos.
- (E) Na presença de lesões da pálpebra superior, deve ser dada atenção especial à investigação de lesões do músculo elevador da pálpebra, pois quando não identificadas de imediato, o paciente evolui tardiamente com ectrópio.



**QUESTÃO 31**

As mamas se constituem no principal símbolo de identificação da personalidade da mulher, nas mais variadas culturas e civilizações. Essa consciência unânime vem fazendo com que a reconstrução mamária cada vez mais seja considerada atualmente parte imprescindível do tratamento do câncer de mama, numa tentativa de preservar ou restabelecer também o equilíbrio psicoemocional da paciente e visando, portanto, à cura completa com uma boa qualidade de vida.

Reconhecendo a importância do aprimoramento técnico, nesse ramo da cirurgia reparadora e as opções de reconstruções, que possuímos atualmente, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) A microcirurgia é hoje uma boa opção, especialmente, para casos de reconstrução mamária imediata, com retalhos miocutâneos livres. Embora os músculos glúteo e tensor da fáscia lata possam ser utilizados, atualmente, a primeira escolha pesa sobre o reto abdominal.
- (B) Na reconstrução mamária com retalhos locais ou de vizinhança, a abordagem tardia se impõe, uma vez que a manipulação desses retalhos randomizados e fasciocutâneos envolvendo tecido irradiado, na abordagem imediata, apresenta uma incidência alta de perdas tecidas, infecção e dificuldades na cicatrização, por causa basicamente das alterações crônicas do tecido irradiado.
- (C) A utilização do retalho miocutâneo do músculo grande dorsal torna-se vantajosa uma vez que pode ser usado mesmo após radioterapia; transfere uma grande quantidade de músculo para a região anterior do tórax, permitindo a reconstrução da área infraclavicular, e oferece uma boa segurança vascular por ser todo irrigado com pedículo de bom fluxo e geralmente constante.
- (D) O retalho miocutâneo do músculo reto abdominal (TRAM) monopediculado, atualmente, é empregado na reconstrução mamária monolateral, imediata ou tardia. As três indicações principais para a reconstrução com este retalho são: más condições do tegumento da região torácica, contratura capsular envolvendo reconstrução prévia com implante ou desejo da paciente de ter uma reconstrução sem implante mamário.
- (E) Para a reconstrução mamária com expansores de tecidos, as características da pele remanescente da mastectomia são fatores importantes na escolha da opção pela expansão cutânea. Na reconstrução imediata, é fundamental a viabilidade e a qualidade dos retalhos cutâneos, pois pequena espessura e presença de estase venosa inviabilizam a reconstrução.

**QUESTÃO 32**

Paciente do sexo feminino, 64 anos, tabagista, há 40 anos maço/dia, emagrecida. Relata história prévia de quadros infecciosos pulmonares, além de disfagia evoluindo com dispnéia e tosse relacionada à alimentação, principalmente para líquidos. Buscou atendimento médico devido a piora importante do quadro, há 10 dias. Durante investigação diagnóstica foi realizada radiografia de tórax evidenciando condensação pulmonar, em base direita. Na endoscopia digestiva alta, foi identificada lesão ulcerada em esôfago médio e visualizada fístula traqueoesofágica.

Qual o melhor procedimento?

- (A) Tratamento clínico paliativo.
- (B) Sutura primária do esôfago e traqueoplastia com ressecção de fístula.
- (C) Esofagostomia + Jejunostomia para melhorar condições clínicas, posteriormente, discutir tratamento definitivo.

- (D) Intubação orotraqueal para evitar maiores complicações pulmonares, até obtenção de quadro clínico favorável para tratamento definitivo.
- (E) Reparo primário da fístula traqueoesofágica com ressecção e interposição de tecido muscular.

**QUESTÃO 33**

Paciente, 48 anos, sexo masculino, trabalhador rural assintomático, foi encaminhado ao serviço ambulatorial para avaliação de achado de imagem em radiografia de tórax. Nega comorbidades prévias, tabagista 5 anos.maço/dia, história de contato com doente portador de tuberculose e tabagista 5 anos.maço/dia. Em radiografia de tórax atual, visualizada opacidade em ápice esquerdo, com diâmetro de 1,5 cm, sem outras alterações.

Diante do caso, como proceder?

- (A) Realizada Tomografia de Tórax e identificado nódulo pulmonar único em lobo superior esquerdo de 18 mm, bordas regulares, com aumento da densidade de 8HU após o contraste.  
Conduta: Nodulesctomia e congelação intraoperatória.
- (B) Realizada Tomografia de Tórax e identificados 3 nódulos pulmonares de 2 cm, 1 cm e 0,8 cm, todos com calcificações difusas. Além de linfonodos mediastinais de 8mm, com áreas de calcificações.  
Conduta: Lobectomia superior esquerda e linfadenectomia mediastinal.
- (C) Realizada Tomografia de Tórax e identificado nódulo pulmonar único, em lobo superior esquerdo de 10 mm, com bordas irregulares e aumento da densidade de 35HU, após contraste.  
Conduta: Conservadora, repetir exame em 01 ano e reavaliar características do nódulo.
- (D) Realizada Tomografia de Tórax e identificado nódulo pulmonar único de 2,9 cm, em lobo superior esquerdo, bordas regulares e múltiplas calcificações.  
Conduta: Nodulesctomia e congelação intraoperatória.
- (E) Realizada Tomografia de Tórax e identificado nódulo pulmonar único de 10 mm, em lobo superior esquerdo, bordas regulares, com aumento de densidade de 8HU, após o contraste.  
Conduta: Conservadora, repetir exame em 01 ano e reavaliar características do nódulo.

**QUESTÃO 34**

Sobre os tumores benignos da parede torácica,

Podemos de forma **CORRETA** afirmar:

- (A) Sarcoma de Ewing – terceiro tumor mais comum da parede torácica, apresenta-se como dor intermitente. Radiografia com aparência de casca de cebola.
- (B) Displasia fibrosa do osso – responsável por 30% dos tumores benignos da parede torácica, prevalente na sexta década, sem preferência por sexo, de crescimento rápido. Pode causar dor e desenvolver fraturas patológicas.
- (C) Lipoma na parede torácica – raro tumor de partes moles, crescimento lento, acompanhado de dor, com indicação de ressecção cirúrgica.
- (D) Condromas – tumores assintomáticos, de crescimento lento da junção costochondral anterior. Apresentam-se na radiografia como lesão lítica, com margens escleróticas.
- (E) Condrossarcoma – responsável por 20% dos tumores ósseos, podem estar associados ao trauma. Na radiografia, observa-se destruição de cortical.

**QUESTÃO 35**

Paciente masculino, 68 anos, deu entrada no Serviço com quadro de dor torácica importante e perda de 5 kg nos últimos 3 meses. Nega melhora após uso de analgésico. Nega comorbidades prévias. Nega história de trauma. Tabagista, 40 anos. Maço/dia, aposentado, ex funcionário na indústria de asbestos. Rx de tórax com espessamento pleural em terço médio do hemitórax direito, região posterior e derrame pleural em moderada quantidade. Tomografia de tórax: espessamento pleural irregular com invasão óssea, além de derrame pleural moderado à direita.

Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Pneumonia complicada com empiema pleural.
- (B) Metástase pleural com invasão óssea.
- (C) Mesotelioma Pleural maligno.
- (D) Sarcoma de Ewing.
- (E) Fratura patológica com hemotórax.

**QUESTÃO 36**

Paciente, 23 anos de idade, sexo masculino, deu entrada no Serviço com quadro de dor torácica de início súbito à direita, acompanhada de tosse seca e dispneia, de piora progressiva há 01 dia. Refere quadro clínico semelhante há 3 meses, com diagnóstico de pneumotórax espontâneo. Na época, foi realizada drenagem de tórax com evolução satisfatória do quadro e alta hospitalar após 7 dias de internação. No momento, relata melhora do quadro algíco, mantendo quadro de desconforto respiratório. Ao exame: bom estado geral, anictérico, afebril, acianótico, hidratado, corado, taquipneico, lúcido e orientado. Murmúrio vesicular diminuído à direita e timpânico à percussão, saturando 90% em ar ambiente. Radiografia de tórax com área de hipertransparência em 50% do hemitórax direito, evidenciando distanciamento entre pleuras visceral e parietal.

Qual a conduta mais indicada?

- (A) Drenagem de tórax em selo d'água; aguardar expansão pulmonar e melhora clínica para alta hospitalar.
- (B) Videotoracoscopia para diagnóstico e tratamento.
- (C) Toracotomia exploradora, em caso de fístula aérea persistente, por mais de 4 dias.
- (D) Tratamento clínico conservador com analgesia e oxigenioterapia.
- (E) Videotoracoscopia, em caso de fístula aérea persistente, por mais de 4 dias.

**QUESTÃO 37**

Homem de 42 anos, vítima de FAB, na região cardíaca, chegou ao centro de trauma com sinais de vida, e evoluiu logo para uma parada cardiorrespiratória presenciada. O uso da reanimação cardiorrespiratória convencional (compressão torácica externa) em doentes traumatizados frequentemente não é eficiente e o uso da toracotomia de reanimação na sala de emergência pode ser indicado.

Observando o nível de evidencia, evidencia nível II. A toracotomia de reanimação na sala de emergência é indicada em pacientes com ferimentos cardíacos penetrantes, que apresentam quais parâmetros fisiológicos (sinais de vida)? Indique a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Resposta pupilar.
- (B) Ventilação espontânea.
- (C) Pulso femoral.
- (D) Movimento da extremidade.
- (E) Atividade elétrica cardíaca.

**QUESTÃO 38**

Homem, 19 anos de idade, chega à emergência com ferimento por arma branca em pescoço, zona III. O pescoço é uma pequena região do corpo, que contém estruturas críticas muito próximas, que podem colocar em risco a vida do doente traumatizado ou causar sequelas relevantes. Qual a alternativa que apresenta a MELHOR CONDUTA para este caso?

- (A) Esofagoscopia, laringoscopia, ultrassonografia com doppler.
- (B) Esofagoscopia, laringoscopia, ultrassonografia com doppler, tomografia de crânio.
- (C) Ultrassonografia com doppler, angiotomografia, tomografia de crânio.
- (D) Ultrassonografia com doppler, angiotomografia, tomografia de crânio, tomografia de tórax.
- (E) Ultrassonografia com doppler, angiotomografia, tomografia de crânio, tomografia de tórax, esofagografia.

**QUESTÃO 39**

Paciente, sexo masculino, 45 anos de idade, entra no pronto socorro com trauma abdominal, depois de várias avaliações, os cirurgiões decidem como conduta videolaparoscopia. Indique a alternativa **CORRETA**, quanto às indicações da videolaparoscopia no trauma.

- (A) Trauma com dúvida quanto à penetração do agente vulnerante.
- (B) Trauma contuso com exame clínico duvidoso.
- (C) Ferimentos tangenciais abdominais.
- (D) Ferimentos da região toracoabdominal.
- (E) Todas as alternativas estão corretas.

**QUESTÃO 40**

O trauma de reto, em muitos aspectos, é semelhante ao trauma de colón. Diferenças anatômicas, no entanto, modificam a abordagem no tratamento. O reto é dividido em um segmento intraperitoneal (um terço proximal) e outro extraperitoneal (dois terços distais) que é protegido pelos ossos da bacia, pelo assoalho pélvico e pelos órgãos urogenitais. No trauma de reto, a conduta nas lesões por projétil de arma de fogo deve-se considerar alguns princípios. Indique a conduta que **NÃO** corresponde a estes princípios.

- (A) Drenagem pré sacral e irrigação do reto.
- (B) Derivação do conteúdo fecal.
- (C) Debridamento da lesão.
- (D) Sutura da lesão.
- (E) Antibioticoterapia.

**QUESTÃO 41**

O traumatismo craniofacial é comum em pacientes politraumatizados, sendo que o mesmo deve ser atendido em centros especializados e por equipe multiprofissional. O diagnóstico da fratura da face é essencialmente baseado na avaliação clínica dos pacientes. O relato detalhado do acidente, localização exata do trauma e o exame local minucioso permitem o diagnóstico topográfico da lesão. Exames tomográficos permitem um planejamento terapêutico mais adequado. As fraturas podem ser denominadas pela sua localização anatômica, e nos casos mais complexos, é utilizada a classificação de René LeFort. Assinale a alternativa que descreve a fratura LeFort II.

- (A) Fratura da maxila, da região nasoetmoidal e fratura piramidal da face.
- (B) Fratura transversa da maxila.
- (C) Disjunção craniofacial.
- (D) Fratura transversa da maxila e da região orbitária.
- (E) Fratura da região posterior da maxila.

**QUESTÃO 42**

O trauma do tórax pode comprometer a parede torácica, coluna vertebral torácica, coração, pulmões, aorta torácica, grandes vasos e, raramente, o esôfago. A maioria destas lesões pode ser avaliada por exame físico e radiografia de tórax.

No trauma torácico, quantos litros de sangue é possível acumular no espaço pleural?

- (A) 1 litro.
- (B) 2 litros.
- (C) 3 litros.
- (D) 4 litros.
- (E) 5 litros.

**QUESTÃO 43**

Paciente de 55 anos, masculino, tabagista e etilista com rouquidão persistente há 6 meses. Ao exame de videolarigoscopia observa lesão infiltrativa de prega vocal, que acomete desde o processo vocal da cartilagem aritenoidea até a comissura anterior. A prega vocal é móvel. A biópsia revelou carcinoma epidermóide. O estadio clínico é T1bN0M0.

Dentre os tratamentos cirúrgicos abaixo, qual é o melhor indicado?

- (A) Cordectomia.
- (B) Hemilaringectomia.
- (C) Laringectomia horizontal supraglótica.
- (D) Laringectomia frontolateral.
- (E) Laringectomia total.

**QUESTÃO 44**

Os tumores ósseos maxilomandibulares são divididos em dois grandes grupos. O primeiro é o grupo dos tumores odontogênicos e o segundo dos tumores ósseos não odontogênicos.

Dentre os tumores odontogênicos abaixo, escolha a alternativa que representa a seguinte descrição: é o mais frequente, de comportamento incerto, altamente recidivante após simples curetagem, 80% deles é do tipo sólido/multicístico, assintomático com a presença de abaulamento do osso mandibular, onde sua localização é mais comum. Tem como característica radiográfica de lesão radiolúcida multilocular tipo "bolhas de sabão" ou "favo de mel":

- (A) Odontoma.
- (B) Tumor odontogênico ceratocístico.
- (C) Mixoma odontogênico.
- (D) Ameloblastoma.
- (E) Sarcoma de Ewing.

**QUESTÃO 45**

O bócio simples da tireoide é uma doença de origem complexa. A deficiência de iodo alimentar é um fator ambiental importantíssimo. O bócio pode ser uninodular ou multinodular. Diante das abordagens diagnósticas abaixo, do paciente eutireoidiano, qual é o melhor método diagnóstico isolado?

- (A) Avaliação clínica cuidadosa e completa.
- (B) Exames laboratoriais como o T4 livre e TSH.
- (C) Ultrassonografia.
- (D) Tomografia computadorizada.
- (E) Punção biópsia aspirativa com agulha fina dirigida pelo ultrassom.

**QUESTÃO 46**

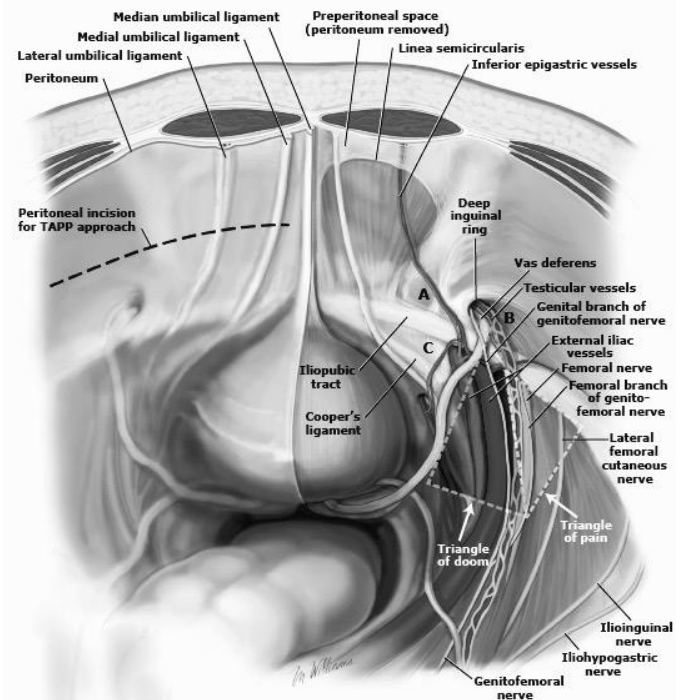
A acalásia resulta da degeneração progressiva das células dos plexus ganglionares da parede do esôfago, levando a um relaxamento incompleto do esfíncter inferior do esôfago e aperistalse, no corpo esofágico distal.

Para paciente com acalásia avançada e alto risco cirúrgico, qual o melhor tratamento?

- (A) Esofagectomia.
- (B) Miotomia laparotômica.
- (C) Miotomia laparoscópica.
- (D) Dilatação pneumática.
- (E) Toxina botulínica.

**QUESTÃO 47**

O tratamento vidoelaparoscópico das hérnias inguinais está tornando-se cada vez mais popular porque possui menos dor pós-operatória e retorno mais rápido às atividades. A curva de aprendizado é prolongada e estimada em 50 a 100 procedimentos. Entretanto, para realização deste procedimento, é necessário o conhecimento da anatomia laparoscópica da região inguinal.



UpToDate, 2016

Baseado na ilustração apresentada e no conhecimento anatômico laparoscópico da região inguinal, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) O espaço representado pela letra "B" corresponde à hérnia femoral.
- (B) O espaço representado pela letra "C" corresponde à hérnia obturatória.
- (C) O espaço representado pelos triângulos de Doom e da dor não devem receber grampo de fixação da tela.
- (D) Na abertura do peritônio parietal, não existe risco de lesão vascular.
- (E) As áreas referentes aos dois triângulos representados na figura não devem ser dissecadas.

**QUESTÃO 48**

A úlcera péptica é uma lesão de descontinuidade da parede gástrica ou duodenal com acometimento além da muscular da mucosa em profundidade. O tratamento desta situação clínica consiste na terapia antissecretora por 12 semanas e erradicação do *Helicobacter pylori*.

São indicações para a terapêutica de manutenção, os pacientes dos grupos de riscos abaixo, **EXCETO**:

- (A) Úlcera > 2 cm.
- (B) Falha na erradicação do *Helicobacter pylori*.
- (C) Úlceras recorrentes (> 2 episódios de recorrência ao ano).
- (D) Histórico de hemorragia digestiva alta.
- (E) Uso continuado de anti-inflamatório não esteroidal.

**QUESTÃO 49**

Nos pacientes com cirrose, varizes de esôfago se formam numa taxa de 5 a 15% ao ano e, destes, um terço desenvolverão sangramento destas varizes. São considerados episódios de *ressangramento precoce* àqueles que ocorrem no período compreendido entre 120h e 6 semanas do tempo zero do sangramento.

São fatores de risco para *ressangramento precoce*, **EXCETO**:

- (A) Idade > 60 anos.
- (B) Ascite.
- (C) Encefalopatia.
- (D) Cirrose por hepatite viral.
- (E) Insuficiência renal.

**QUESTÃO 50**

O esvaziamento cervical é o procedimento cirúrgico indicado para o tratamento de metástases cervicais com a retirada de conjuntos de linfonodos comprometidos ou potencialmente doentes.

Dentre os tipos de esvaziamento cervical: radical, radical modificado, seletivo e ampliado, qual das descrições abaixo corresponde ao esvaziamento cervical radical?

- (A) Ressecção das cadeias de linfonodos dos níveis I a V, com preservação de pelo menos uma das estruturas: nervo acessório, veia jugular interna e músculo esternocleidomastoideo. As estruturas não linfáticas ressecadas devem ser nomeadas.
- (B) Ressecção das cadeias de linfonodos, com a preservação de uma ou mais cadeias de linfonodos relacionadas no esvaziamento cervical radical.
- (C) Ressecção das cadeias de linfonodos dos níveis I a V, nervo acessório, veia jugular interna e músculo esternocleidomastoideo.
- (D) Ressecção de cadeias de linfonodos ou estrutura não linfática não mencionada no esvaziamento cervical radical.
- (E) Ressecção da cadeia de linfonodo dos níveis I a V.