

PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL

PROGRAMAS: CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO E CIRURGIA VASCULAR



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

A felicidade consiste em três pontos: trabalho, paz e saúde.

ANTES DE COMEÇAR A FAZER AS PROVAS:

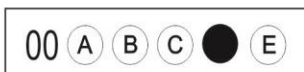
1. Verifique se este caderno contém um total de 40 (quarenta) questões, sequencialmente numeradas de 01 a 40.
2. Caso haja algum problema de impressão ou divergência, solicite ao aplicador a substituição deste caderno, impreterivelmente, até 15 minutos após o início da prova.

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 desligado) 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 chapalaria, 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**

A apendicite, uma inflamação do apêndice vermiforme, é uma das causas mais comuns do abdome agudo e uma das indicações mais frequentes para um procedimento cirúrgico abdominal de urgência em todo o mundo. Para diagnóstico desta doença, a tomografia computadorizada do abdome possui papel importante. São achados tomográficos sugestivos de apendicite aguda, **EXCETO**:

- (A) Edema peritoneal difuso.
- (B) Diâmetro do apêndice aumentado (> 6mm).
- (C) Espessura da parede do apêndice aumentado (> 2mm).
- (D) Edema da gordura periapendicular.
- (E) Apendicolito.

QUESTÃO 02

A cirurgia bariátrica continua sendo a opção mais eficaz na perda de peso sustentada para pacientes obesos mórbidos, e o desempenho destas cirurgias aumentou significativamente nos últimos 10 anos. São contraindicações à cirurgia bariátrica, **EXCETO**:

- (A) Transtornos alimentares não controlados e não tratados (por exemplo, bulimia).
- (B) Depressão maior não tratada ou psicose.
- (C) Cirurgia abdominal prévia.
- (D) Doença cardíaca grave com riscos anestésicos proibitivos.
- (E) Incapacidade de cumprir os requisitos nutricionais, incluindo a reposição de vitaminas ao longo da vida.

QUESTÃO 03

Abordagens cirúrgicas minimamente invasivas são cada vez mais populares, porque oferecem o potencial menor de dor pós-operatória ao paciente e um rápido retorno às atividades normais. O reparo laparoscópico de hérnia inguinal e femoral não é exceção, com abordagens laparoscópicas usadas pela primeira vez para tratar hérnias inguinais em 1992. A curva de aprendizado para reparo de hérnia laparoscópica é prolongada, com estimativas variando entre 50 e 100 procedimentos. No entanto, quando realizada por um cirurgião experiente (> 100 reparos), a recorrência da hérnia é baixa. São contraindicações (relativas) para a correção cirúrgica de uma hérnia inguinal, **EXCETO**:

- (A) Qualquer cirurgia laparoscópica prévia.
- (B) Incapacidade de tolerar anestesia geral.
- (C) Hérnia inguinal encarcerada.
- (D) Ascite.
- (E) Hérnia inguinoescrotal volumosa.

QUESTÃO 04

A indicação mais frequente para cirurgia anti-refluxo tem sido tradicionalmente a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) grave, que não responde à terapia médica ideal, que consiste em terapia medicamentosa e modificações no estilo de vida. São exames importantes da avaliação pré-operatória do paciente com doença do refluxo, **EXCETO**:

- (A) Manometria esofágica.
- (B) Endoscopia digestiva alta.
- (C) Radiografia contrastada do esôfago.
- (D) Avaliação do tempo de esvaziamento gástrico.
- (E) Tomografia computadorizada de abdome superior.

QUESTÃO 05

Endometriose retovaginal e intestinal são formas de endometriose infiltrativa profunda, que é definida como uma lesão endometriótica situada a mais de 5 mm abaixo do peritônio.

São achados compatíveis com endometriose intestinal, **EXCETO**:

- (A) Dor abdominal.
- (B) Sangramento retal.
- (C) Dismenorréia.
- (D) Prolapso retal.
- (E) Nódulo palpável ao toque retal.

QUESTÃO 06

A atresia de vias biliares é uma condição rara caracterizada pela obliteração dos ductos biliares intra e extra-hepáticos.

Sobre a atresia de vias biliares congênita, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Uma atresia de via biliar corrigível exige que ductos hepáticos patentes existam na porta hepatis.
- (B) Recém-nascido a termo com mais de 14 dias de vida, que cursa com icterícia à custa de aumento de bilirrubina direta ou conjugada, deve ser investigado para doenças hepáticas.
- (C) A hepatoportoenterostomia de Kasai tem caráter curativo para a atresia biliar. Apenas uma minoria das crianças apresentará progressão da doença.
- (D) Estima-se que 85% das crianças submetidas ao procedimento de Kasai poderão viver até dez (10) anos antes que o transplante de fígado seja necessário.
- (E) A biópsia percutânea hepática é padrão ouro para o diagnóstico de atresia de vias biliares.

QUESTÃO 07

Criptorquidia é uma condição na qual um ou ambos os testículos não descem para o escroto antes do nascimento.

Sobre a criptorquidia, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Até 30% dos recém-nascidos prematuros podem apresentar um testículo criptorquídico.
- (B) Alguns testículos criptorquídicos, eventualmente, descem em até um ano de idade. Após, esse período, é improvável que desçam.
- (C) Os tumores de células germinativas seminomatosos são os mais associados à criptorquidia.
- (D) O risco de malignidade é significativamente maior em homens com histórico de criptorquidia se comparados aos que não possuem esse histórico.
- (E) A orquidopexia não diminui o risco de malignidade, mas contribui na detecção precoce.

QUESTÃO 08

Paciente de dois (2) meses de idade, apresentando vômitos pós-prandiais em jato não biliares há sete (7) dias, associados: perda de peso progressiva e astenia. Durante a avaliação inicial na palpação de epigástrico, evidencia-se massa palpável. Associado ao quadro: desidratação e alcalose metabólica hipoclorêmica.

Assinale a alternativa **CORRETA** referente ao quadro clínico em questão.

- (A) A alcalose metabólica hipoclorêmica ocorre devido ao edema de alças intestinais e por translocação de bactérias por desuso do intestino.
- (B) A desidratação e os distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos não necessitam de correção pré-operatória, pois a própria cirurgia, em caráter de urgência, é suficiente para corrigi-los.
- (C) Trata-se de um quadro clínico típico de estenose hipertrófica do piloro.
- (D) Trata-se de um quadro clínico típico de invaginação intestinal.
- (E) A ausência de bile no vômito deste paciente é sinal específico de estenose ou atrofia de esôfago.

QUESTÃO 09

A intussuscepção é a telescopagem de uma porção do intestino em outra. É geralmente idiopática, sem um ponto de condução anatômico. Ocorre predominantemente na junção íleo-cecal.

Sobre intussuscepção, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) A incidência de intussuscepção não está associada à gastroenterite viral.
- (B) Existe relação entre a vacina contra rotavírus e a intussuscepção, estando a hiperplasia linfóide associada a sua patogênese.
- (C) O divertículo de Meckel não pode ser considerado uma lesão indutora de intussuscepção.
- (D) A maioria das crianças diagnosticadas com intussuscepção tem mais de um ano de idade no momento do diagnóstico.
- (E) A redução pelo uso de enemas não é uma opção de tratamento.

QUESTÃO 10

O megacólon congênito, também conhecido como doença de Hirschsprung, é um distúrbio do desenvolvimento caracterizado pela ausência de células ganglionares nos plexos mioentérico (Auerbach) e submucoso (Meissner).

Sobre a doença de Hirschsprung, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) O retossigmóide é afetado em aproximadamente 80% dos casos.
- (B) A aganglionose preserva o reto e se inicia na junção retossigmóide.
- (C) O histórico pessoal ou familiar de Síndrome de Down não está associado ao megacólon congênito.
- (D) A biópsia retal não tem valor diagnóstico, visto que a doença é exclusiva do cólon.
- (E) O enema opaco é considerado padrão ouro para o diagnóstico da doença de Hirschsprung.

QUESTÃO 11

A cicatrização é o esforço dos tecidos lesados para restaurar a função e as estrutura normais após o trauma.

Assinale a opção **CORRETA** que corresponda às três fases da cicatrização de feridas da pele segundo a ordem cronológica.

- (A) Inflamação, proliferação, regeneração.
- (B) Granulação, inflamação e reestruturação.
- (C) Granulação, proliferação e remodelagem.
- (D) Inflamação, proliferação e maturação.
- (E) Granulação, maturação e remodelação.

QUESTÃO 12

A mamoplastia mais conhecida é a de aumento, no entanto, também existe a mamoplastia redutora. Algumas mulheres famosas no Brasil realizaram esta cirurgia com fins estéticos, porém, os benefícios desta modalidade cirúrgica vão além da estética: auxiliam na melhora dos sintomas associados a problemas ortopédicos e dermatológicos.

Sobre a mamoplastia redutora, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) Na mamoplastia redutora é removido o tecido mamário central, pedículo, mantendo a gordura circundante que conserva o formato arredondado da mama.
- (B) Não é necessária a realização de triagem para câncer de mama no pré-operatório da mamoplastia redutora, pois, a remoção do tecido mamário serve como biópsia e tratamento definitivo, se forem identificadas células neoplásicas na peça cirúrgica.
- (C) É necessário esperar a estabilização do crescimento mamário por, pelo menos, 12 meses antes da cirurgia em adolescentes que desejam fazer a mamoplastia redutora, mesmo em pacientes com hipertrofia mamária.
- (D) Tabagismo não é contraindicação para a redução mamária.
- (E) Alterações na sensibilidade dos mamilos não são complicações possíveis nesta cirurgia.

QUESTÃO 13

Mais do que em outras áreas cirúrgicas, complicações dentro da cirurgia plástica são muito temidas. A espera pelo resultado estético mais próximo ao ideal quase sempre existe, por parte do paciente, mesmo com toda a orientação quanto às chances de complicações. Neste sentido, os profissionais da área da cirurgia plástica estão constantemente vigilantes em minimizar a ocorrência de complicações.

Em relação às complicações da mastoplastia, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) A colocação do implante mamário subglandular, superficial à fáscia do músculo peitoral, proporciona menor chance de contratura capsular em relação à colocação submuscular, pois diminui o aplainamento da mama e a fibrose muscular.
- (B) Dentre as técnicas de incisões mamárias axilar, periareolar e inframamária, na mastoplastia de aumento, a inframamária fornece acesso excelente e não requer a dissecação do parênquima mamário.
- (C) As complicações perioperatórias são relativamente baixas, com sangramento ou hematoma em 1%-3% e infecção de ferida em 1%-2%. As sequelas que se apresentam semanas ou anos após a cirurgia são mais numerosas e mais sérias.
- (D) A ruptura do implante de silicone pode ocorrer silenciosamente, dessa forma, recomenda-se que os

implantes de gel sejam estudados por ressonância nuclear magnética, em intervalos de 3-5 anos.

- (E) A ruptura capsular de implantes de gel de silicone tem frequência similar ao esvaziamento de implantes preenchidos com solução salina, porém, o esvaziamento da solução salina geralmente tem o diagnóstico precoce por diminuição do volume mamário.

QUESTÃO 14

Um enxerto de pele é um segmento de derme e epiderme que é separado de sua área doadora e de seu suprimento sanguíneo, e transplantado para outra área receptora do corpo. Sobre enxertos de pele, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) A sensibilidade do enxerto não é restituída devido à denervação e à desvascularização ao remover o tecido das áreas doadoras.
 (B) A causa mais comum do insucesso do enxerto de pele é o hematoma sob o enxerto.
 (C) A integração dos enxertos cutâneos ocorre em três fases: circulação plasmática, revascularização e organização.
 (D) Enxertos cutâneos de espessura parcial são enxertos que consistem em epiderme e uma parte da derme.
 (E) Áreas de ossos, cartilagens, tendões expostos e tecidos de granulação crônica fibrótica são superfícies desfavoráveis à enxertia.

QUESTÃO 15

Queimaduras são problemas comuns em unidades de atendimento de urgência e emergência no mundo todo. A complexidade do tratamento e suas graves complicações são motivo de preocupação médica mundial e, devido a isso, é preconizado o tratamento desses pacientes em centros especializados em queimaduras.

Sobre o atendimento inicial ao grande queimado, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) Deve-se considerar e classificar todas as lesões quanto à profundidade e à extensão. Para estimar a área de superfície corporal total queimada, pode ser utilizada a regra de Parkland, Brooke ou Galveston.
 (B) Queimaduras profundas de segundo e terceiro graus, que envolvem circunferencialmente extremidades, podem necessitar de escarotomias.
 (C) A monitorização da pressão intra-abdominal é dispensável, pois, as queimaduras circunferenciais do abdome não afetam diretamente a cavidade abdominal.
 (D) Lesões de queimadura por inalação podem ocorrer em grandes queimados, mas, a entubação orotraqueal deve ser evitada para não piorar o edema da laringe.
 (E) O uso precoce de antibióticos tópicos e sistêmicos não causa impacto na mortalidade de pacientes grande queimados por sepse, pois, não há infecção no momento do atendimento inicial.

QUESTÃO 16

Em relação às complicações no pós-operatório da Cirurgia Torácica, marque a alternativa **CORRETA**.

- (A) As microatelectasias difusas são comuns devido à hipoventilação pós-operatória causada pelo quadro algíco.
 (B) Pacientes com mais de 70 anos de idade tem contra-indicação cirúrgica oncológica, devido à idade avançada e maior risco de complicações pós-operatórias.
 (C) A fisioterapia respiratória está contra-indicada nas primeiras 48 horas de pós-operatório, devido aos riscos de fístula e de sangramento.

- (D) A presença de enfisema subcutâneo localizado junto à ferida operatória deve ser investigada como sinal precoce de complicação pulmonar.

- (E) É possível considerar complicação cirúrgica (fístula pleuro-pulmonar) a persistência do escape aéreo por mais de 24 horas após o término da abordagem.

QUESTÃO 17

Paciente com 65 anos, sexo feminino, acamada devido seqüela neurológica, em "home care", não contactuante. Há quatro (4) dias houve perda acidental da cânula de traqueostomia e paciente manteve-se assintomática até o momento quando iniciou quadro de dispnéia e de estridor. Deu entrada no serviço hospitalar taquipneica, em ventilação espontânea com máscara de oxigênio, saturando 88% e com estridor importante.

Diante do quadro, como proceder:

- (A) Broncoscopia diagnóstica e implante de Tubo T de Montgomery.
 (B) Traqueostomia e posterior investigação com Broncoscopia eletiva.
 (C) Broncoscopia + traqueoplastia.
 (D) Traqueoplastia término-terminal.
 (E) Tratamento conservador, sintomáticos.

QUESTÃO 18

Paciente do sexo masculino, 19 anos, diagnóstico de osteossarcoma de coxa. Há um (1) ano em seguimento oncológico, atualmente assintomático; realizado tratamento cirúrgico e quimioterápico na época do diagnóstico. Apresentou, em radiografia de rotina, dois (2) nódulos pulmonares à direita em lobo superior e médio.

Diante do quadro, assinale a alternativa **CORRETA** sobre a proposta terapêutica.

- (A) Quimioterapia.
 (B) Paciente sem indicação cirúrgica, por se tratar de metástase.
 (C) Quimioterapia e, posteriormente, reavaliar a dimensão dos nódulos e a necessidade de metastasectomia.
 (D) Metastasectomia pulmonar, uma vez que aumenta a sobrevida do paciente.
 (E) Paciente paliativo, sem proposta terapêutica.

QUESTÃO 19

Estudante de medicina, sexo masculino, 22 anos, sem comorbidades prévias ou vícios. Relata dor torácica ventilatório dependente à esquerda de início súbito, evoluindo com dispnéia aos grandes esforços e tosse seca há um (1) dia. Buscou atendimento médico relatando episódio prévio de pneumotórax espontâneo há quatro (4) meses, de tratamento conservador.

Diante do quadro, assinale a alternativa **CORRETA** sobre a conduta a ser adotada.

- (A) Toracotomia com ressecção das bolhas, pleurodese e drenagem pleural.
 (B) Toracocentese de alívio.
 (C) Videotoracoscopia diagnóstica, com ressecção das bolhas e/ou pleurodese e drenagem pleural.
 (D) Sintomáticos e oxigenioterapia.
 (E) Toracostomia e drenagem pleural.

QUESTÃO 20

Paciente do sexo feminino, 34 anos, dá entrada no serviço com história de tosse, dispneia leve e febre há três (3) dias. Ausculta pulmonar diminuída em base direita, com estertores em terço médio e ápice. Leucocitose de 17.300 mm³. Realizada radiografia de tórax para confirmar suspeita diagnóstica de quadro pneumônico, com achado de derrame pleural. Após quatro (4) dias de antibioticoterapia domiciliar, paciente evolui com melhora da febre e da tosse, mas com persistência da dispneia e aumento do derrame pleural à radiografia de tórax.

Diante do quadro, assinale a alternativa **CORRETA** sobre o tratamento indicado.

- (A) Antibioticoterapia endovenosa.
- (B) Drenagem pleural e troca de antibiótico.
- (C) Toracocentese de alívio.
- (D) Toracocentese diagnóstica.
- (E) Aguardar término do ciclo do antibiótico domiciliar.

QUESTÃO 21

Estima-se que amputações de dedos, falanges e parciais de pé representem cerca de 40% das amputações de membro inferior realizadas por associação à doença vascular periférica. Mais de 70% das amputações são realizadas em pessoas com diabetes. Mais de 70% das pessoas que são submetidas à amputações em decorrência do diabetes morrem dentro de cinco (5) anos.

O Cirurgião Vascular depara-se com vários cenários na hora de decidir o nível de amputação: infecção, isquemia, retalho insuficiente, idade do paciente, dentre outros. Na criança, a amputação do membro entre o nível transfemoral e desarticulação do joelho, está última é preferível, porque?

- (A) Aspecto estético.
- (B) Menor tempo cirúrgico.
- (C) Preservação da cartilagem de crescimento.
- (D) Menor índice de infecção.
- (E) Melhora na reabilitação.

QUESTÃO 22

Uma vez descoberto que o paciente é portador de aneurisma de aorta toracoabdominal, a correção cirúrgica deve ser sempre considerada, visto que as lesões são potencialmente fatais. A complexidade do tratamento desses quadros traz uma gama de variáveis a serem avaliadas para se definir quando e como se deve operar esse paciente.

Considerando o diagnóstico e o tratamento dos aneurismas de aorta toracoabdominal, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Atualmente, a angiotomografia é o exame de escolha para todos os tipos de aneurismas toracoabdominais.
- (B) Paralisia de corda vocal e/ou rouquidão podem ser sintomas de aneurisma de aorta toracoabdominal, quando este traciona o nervo vago e o ramo recorrente.
- (C) Em caso de sucesso na cirurgia, a paraplegia continua sendo a complicação mais temida no tratamento do aneurisma de aorta toracoabdominal; ocorre pela isquemia medular consequente da interrupção de fluxo para a artéria espinal anterior.
- (D) É consenso indicar cirurgia eletiva para o tratamento de aneurisma de aorta toracoabdominal em pacientes com baixo risco cirúrgico e com aneurismas maiores de 6 cm.
- (E) Alterações da hemostasia são as principais causas de óbito no pós-operatório.

QUESTÃO 23

Na avaliação do risco pré-operatório, o médico deve avaliar as manifestações clínicas, o tipo de operação e as condições da instituição na qual será feito o procedimento.

Sobre a avaliação pré-operatória, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Cirurgias envolvendo vasos arteriais já configuram risco médio (< 5%).
- (B) Cirurgias que abordem aorta configuram alto risco (> 5%).
- (C) Cirurgias cujo risco seja leve, o percentual de complicações é inferior a 1%.
- (D) Não há diferença significativa de risco de complicações entre cirurgias arteriais e venosas.
- (E) Os aspectos institucionais de infraestrutura hospitalar são importantes para a condução de cirurgias vasculares de maior porte.

QUESTÃO 24

Os pacientes submetidos à EVAR (correção endovascular do aneurisma da aorta) necessitam de rigoroso acompanhamento pós-operatório, com o intuito de reconhecer suas possíveis complicações tardias, que podem culminar em reenchimento e pressurização do saco aneurismático.

Uma das complicações tardias é o Endoleak. Dessa maneira, espera-se que o cirurgião que ofereça a EVAR para seu paciente esteja familiarizado com essa complicação e que seja capaz de lançar mão da propedêutica adequada, de classificar precisamente o tipo de vazamento e de saber indicar o momento oportuno de uma intervenção secundária. É considerado Endoleak tipo II/B:

- (A) Vazamento na ancoragem proximal.
- (B) Vazamento na ancoragem distal.
- (C) Defeito no material.
- (D) Porosidade.
- (E) Vazamento por ramos aórticos.

QUESTÃO 25

Apesar do inquestionável avanço no seu diagnóstico e tratamento, o trauma vascular permanece como um complexo desafio pelo risco potencial de graves complicações precoces e sequelas tardias.

Podem fazer parte dos sinais e/ou sintomas em pacientes com trauma vascular de membros, **EXCETO**:

- (A) Hipotrofia muscular.
- (B) Ausência de pulsos e isquemia distal.
- (C) Hemorragia ativa.
- (D) Hematoma em expansão ou pulsátil.
- (E) Sopro ou frêmito em trajeto vascular.

QUESTÃO 26

O biofeedback anorretal é uma importante ferramenta para o tratamento dos distúrbios funcionais do assoalho pélvico. Portanto, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) É a modalidade menos utilizada no tratamento não cirúrgico da incontinência anal, apesar de ser não invasiva e de baixo custo.
- (B) No tratamento da incontinência anal, a melhora dos sintomas nem sempre está associada a mudanças na pressão da musculatura esfinteriana.
- (C) Os pacientes constipados que mais se beneficiam com o método são aqueles com constipação de trânsito lento ou inércia colônica.

- (D) No tratamento do anismus ocorre um retreinamento da musculatura esfinteriana, sendo que os resultados dependem mais da técnica utilizada do que do número de sessões.
- (E) Apesar de se ter uma boa resposta no tratamento da incontinência e da constipação, não há indicação para o tratamento de outras patologias, como a dor retal crônica e a síndrome dos elevadores do ânus.

QUESTÃO 27

Paciente masculino, 70 anos, com queixa de dor abdominal e diarreia com muco há dois (2) dias; evacua 5-7 vezes ao dia; associado à febre. Hipertenso e diabético. Está em uso de ciprofloxacino e clindamicina há cinco (5) dias para infecção em pé direito. Realizou colonoscopia que evidenciou presença de pseudomembranas alternando com áreas sadias em todo o cólon

Com relação ao caso clínico e o diagnóstico mais provável, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) O diagnóstico poderia ter sido feito através da pesquisa de toxina A para Escherichia Coli.
- (B) O tratamento indicado para esse caso é: internação, jejum e metronidazol EV e vancomicina EV por 7-14 dias.
- (C) A patogenia está relacionada às alterações da microbiota intestinal, secundário ao uso de antibióticos.
- (D) Em casos graves, a tomografia computadorizada de abdome pode demonstrar adelgaçamento de parede colônica associado à ascite.
- (E) Tratamento cirúrgico está indicado em todos os casos, após o tratamento inicial com Metronidazol e Vancomicina.

QUESTÃO 28

Divertículos colônicos são divertículos falsos, que tem sua incidência aumentada com a idade e com a adoção de dieta rica em refinados e pobre em fibras.

Com relação a essa alteração colônica, marque a alternativa **CORRETA**.

- (A) O local mais comumente acometido é o cólon sigmoide e, aproximadamente, 30-40% dos pacientes portadores de divertículo evoluem com diverticulite.
- (B) Na vigência de diverticulite aguda, é recomendado o uso de dieta rica em fibras para diminuir a pressão intraluminal do cólon.
- (C) Uma das causas de recorrências de diverticulite após o tratamento cirúrgico é a realização da anastomose em sigmoide distal
- (D) Obstrução ureteral esquerda por diverticulite aguda é comum, geralmente secundária à compressão do mesmo pelo processo inflamatório.
- (E) Os exames de imagem na avaliação da fistula colo vesical têm como objetivo determinar a sua localização, direcionando o tratamento cirúrgico.

QUESTÃO 29

Paciente 45 anos, masculino, com queixa de prolapso anal às evacuações, com redução manual associado a sangramento anal vivo, indolor, que pinga no vaso. Nega perda ponderal, alteração do hábito intestinal ou dor abdominal recente. Evacua de 3/3 dias, com grande esforço e com fezes endurecidas. Nega história de câncer colorretal na família.

Baseado na principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) O hábito intestinal não tem influência na patologia em questão, portanto, não há necessidade de se questionar sobre os hábitos alimentares do paciente.
- (B) Não se pode classificar a patologia em questão em primeiro, segundo, terceiro ou quarto grau, pois se trata de uma hemorroida externa.
- (C) A ausência de mamilo hemorroidário à inspeção exclui diagnóstico de doença hemorroidária, devendo ser solicitado colonoscopia para averiguar diagnósticos diferenciais.
- (D) A ligadura elástica pode ser indicada para o caso em questão, com o local da ligadura determinado pela anoscopia a 2 cm distal da linha denteada.
- (E) A hemorroidectomia grampeada pode ser utilizada e tem a vantagem, em relação à cirurgia convencional, de menos dor no pós-operatório e retorno mais rápido às atividades habituais.

QUESTÃO 30

Nos últimos anos, grandes avanços ocorreram no campo da fisiologia anorretal, melhorando a compreensão e o diagnóstico de diversas patologias que acometem o assoalho pélvico. Com relação aos testes de fisiologia anorretal, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) A manometria anorretal avalia a função esfinteriana anal, o comprimento do canal anal, a sensação retal e a inércia colônica.
- (B) O teste de expulsão do balão é indicado na avaliação da incontinência anal e analisa a função motora e de coordenação do assoalho pélvico.
- (C) A eletroneuromiografia é indicada para avaliar lesões do músculo esfíncter anal interno, assim como para diagnóstico de contração paradoxal do pubo retal.
- (D) O tempo de latência do nervo pudendo avalia a incontinência secundária à lesão nervosa, que ocorre devido aos traumas obstétricos (parto vaginal e uso de fórceps).
- (E) A principal indicação do exame de tempo de trânsito colônico é na avaliação dos pacientes constipados, portadores de megacólon chagásico.

QUESTÃO 31

A endoscopia digestiva alta é utilizada para o diagnóstico e o estadiamento da doença do refluxo gastroesofágico. Em paciente com erosões confluentes no esôfago distal, acometendo cerca de 60% da circunferência da luz do esôfago, pode-se afirmar que ele possui, segundo a classificação de Los Angeles, uma esofagite de grau:

- (A) grau A de Los Angeles.
- (B) grau B de Los Angeles.
- (C) grau C de Los Angeles.
- (D) grau D de Los Angeles.
- (E) grau E de Los Angeles.

QUESTÃO 32

Com o aumento na incidência da obesidade e do número de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, necessitou-se evoluir nas técnicas endoscópicas para tais pacientes. Com relação à endoscopia em paciente submetido à cirurgia bariátrica, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) A endoscopia digestiva alta nunca deve ser realizada nos primeiros dias do pós-operatório, devido ao risco de deiscência da anastomose.
- (B) As temíveis fístulas após a cirurgia bariátrica podem ser tratadas endoscopicamente em vários casos.
- (C) O reganho de peso pode ser tratado com os balões gástricos de 500-700 ml.

- (D) A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica pode ser desempenhada com a mesma técnica realizada, normalmente, após a dilatação da anastomose gastrojejunal, com balão em paciente que, porventura, apresentem coledocolitíase.
- (E) A impactação por corpo estranho comumente é tratada cirurgicamente, uma vez que o tamanho reduzido do estômago operado inviabiliza a realização de manobras para a sua retirada por via endoscópica.

QUESTÃO 33

A maioria dos sangramentos digestivos baixos são autolimitados. Com relação a um paciente com suspeita de hemorragia digestiva baixa (HDB), assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) O exame proctológico é útil somente na identificação das doenças orificiais.
- (B) A endoscopia digestiva alta não deve ser realizada, uma vez que o sangramento é baixo, levando a um aumento do custo do tratamento e retardo no diagnóstico.
- (C) A colonoscopia não vem sendo realizada, uma vez que o preparo colônico, ou mesmo a sedação para o exame, pode instabilizar hemodinamicamente o paciente.
- (D) Como na maioria dos pacientes com hemorragia digestiva baixa o sangramento é autolimitado, os exames complementares são somente para controle da hemoglobina e do hematócrito.
- (E) A arteriografia pode ser utilizada para a localização do sítio cirúrgico e, em alguns casos, com potencial terapêutico através da embolização.

QUESTÃO 34

A colonoscopia vem sendo cada vez mais empregada na triagem do câncer colorretal. Para que haja um rastreio adequado, em relação ao preparo do cólon para a realização da colonoscopia, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) A escala de Boston é utilizada para analisar as condições do preparo do cólon durante a colonoscopia.
- (B) O preparo com polietilenoglicol (PEG) possui a vantagem de ser necessário um menor volume para o preparo do cólon em relação às demais soluções de preparo.
- (C) O manitol é a solução mais utilizada no Brasil e nos Estados Unidos para o preparo do cólon, devido a sua boa tolerabilidade e eficácia em relação aos outros métodos.
- (D) As soluções de fosfato de sódio possuem boa palatabilidade, porém, devido ao grande volume ingerido, não podem ser utilizados por pacientes com insuficiência cardíaca.
- (E) O preparo retrógrado isolado é o método mais utilizado no Brasil para o preparo colônico.

QUESTÃO 35

A acalasia é um distúrbio motor em que se observa um relaxamento inadequado do esfíncter inferior do esôfago e uma peristalse insuficiente. Com relação às técnicas endoscópicas no tratamento da acalasia, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) O preparo do esôfago não é necessário antes da realização de uma terapêutica endoscópica, uma vez que toda a secreção na luz esofágica pode ser facilmente aspirada durante o procedimento.
- (B) Após a dilatação endoscópica com balão, é realizada uma revisão com o endoscópio para a identificação de possível complicação. Caso haja alguma laceração da mucosa, este paciente deve ser encaminhado imediatamente para tratamento cirúrgico, devido ao risco de mediastinite grave pela perfuração esofágica.

- (C) A passagem de sonda nasoenteral guiada pela endoscopia pode ser necessária em pacientes desnutridos antes do tratamento definitivo.
- (D) A injeção de toxina botulínica em idosos deve ser evitada, devido ao seu grande risco de parada respiratória, pela proximidade do local de injeção com o músculo diafragma.
- (E) A cardiomiectomia endoscópica ultrapassou as técnicas cirúrgicas.

QUESTÃO 36

Em se tratando de infecções de sítio cirúrgico, sabe-se que a profilaxia com antibióticos, iniciada, pelo menos, 30 minutos antes da incisão cirúrgica ou da invasão do trato urinário, pode reduzir o índice de infecções e o risco de sepse urinária.

Na profilaxia de infecções em cirurgias ou em abordagens endo-urológicas, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) Abordagens endourológicas em caráter de urgência devem ser baseadas em culturas de urina, visando à prevenção da sepse urinária.
- (B) A antibioticoprofilaxia deve ter níveis teciduais e séricos superiores à concentração inibitória mínima, não serem dispendiosos e não serem indutores de resistência.
- (C) Bactérias GRAM negativas são as principais causadoras de infecção no período pós-operatório de cirurgias urológicas com abertura ou invasão do trato urinário.
- (D) Cirurgias laparoscópicas assistidas por robô não apresentam modificações de indicação da antibioticoprofilaxia, apesar de o médico cirurgião titular não entrar em contato direto com o paciente.
- (E) Pacientes com considerações ortopédicas especiais, com risco de infecções por via hematogênica, merecem antibioticoprofilaxia, com esquemas envolvendo quinolonas, ampicilina e gentamicina.

QUESTÃO 37

As infecções do trato urinário são responsáveis por altas incidências de absenteísmo no trabalho e, quando não tratadas adequadamente, respondem por grande percentual de internações em unidades de terapia intensiva, quando evoluem para sepse urinária. Nos Estados Unidos, as infecções urinárias levam a sete milhões de atendimentos ambulatoriais e a um milhão de visitas emergenciais, resultando em mais de 100.000 hospitalizações. Estima-se que hoje, 15% dos antibióticos prescritos nos EUA são para o tratamento de infecções do trato urinário.

Considerando a profilaxia e o tratamento das infecções urinárias, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) A bacteriúria assintomática deve ser tratada.
- (B) Em duas ocasiões, a bacteriúria assintomática deve ser tratada: I - em gestantes com bacteriúria assintomática, devido ao risco de parto pré termo, e II - idosas, portadoras de diabetes melitus, devido ao risco de sepse urinária.
- (C) Ao longo dos anos, somente em relação às infecções urinárias, não houve aumento dos mecanismos de resistência pelas bactérias, estando antibióticos como quinolonas e cefalosporinas com altos índices de sensibilidade.
- (D) Em se tratando de infecções urinárias complicadas, como: pielonefrites em pacientes com anomalias do trato urinário, a persistência de febre, após o terceiro dia de antibioticoterapia, deve sempre levantar a suspeita de abscesso renais, cujo tratamento cirúrgico (drenagem aberta ou percutânea) deve ser considerado nas lesões superiores a 3 cm.
- (E) Nenhuma das anteriores.

QUESTÃO 38

O tratamento cirúrgico do câncer de próstata localizado, associado à linfadenectomia pélvica, continua sendo considerado o padrão ouro para o tratamento desta patologia, apesar das opções de realização da radioterapia e ou da braquiterapia e hoje em dia até a opção de tratamento conservador

Trata-se de JAC, 52 anos, portador de adenocarcinoma prostático Gleason 3+3=6, diagnosticado por biópsia transretal, após consulta urológica, evidenciando elevação de PSA (4,5ng/mL). Após ser orientado sobre as opções terapêuticas, o paciente optou pela cirurgia. No acompanhamento deste paciente, o que não condiz com essa opção está descrito em:

- (A) Durante o pré-operatório, expôs-se ao paciente a opção de cirurgia por via retropúbica, perineal, laparoscópica e laparoscópica assistida por robô.
- (B) Após decidir pela cirurgia laparoscópica, foi orientado sobre as vias transperitonal e pré-peritonal, sendo que o cirurgião responsável optou pela via pré peritonal, devido a uma abordagem prévia, por laparotomia mediana neste mesmo paciente, operado de apendicite aguda complicada com peritonite.
- (C) No per-operatório, o cirurgião identificou adequadamente a próstata e, após proceder à ligadura das artérias hipogástricas, realizou a prostatectomia, retirando a peça cirúrgica molhada dentro de endobag, pelo trocar da mão direita.
- (D) A análise da peça cirúrgica revelou tratar-se de um adenocarcinoma prostático Gleason 3+4=7, diferente do diagnóstico pré-operatório, o que não é incomum de ocorrer, devido à baixa amostragem obtida pela biópsia de próstata nem sempre representativa.
- (E) 30 dias após a abordagem cirúrgica, o paciente referiu incontinência urinária e impotência sexual e foi orientado a ter paciência, pois a grande maioria dos pacientes retoma o controle da continência em até seis (6) meses, e a disfunção erétil nesta fase tem causas multifatoriais, com alta probabilidade de melhora em até um (1) ano.

QUESTÃO 39

O primeiro relato conhecido de disfunção erétil é datado em 2.000 AC, em um papiro egípcio, que descrevia duas causas: a natural e a sobrenatural (feitiços). Aristóteles achava que a ereção era causada por um influxo de ar devido à energia carregada por nevos. Coube à Ambroise Pare, em 1585, a primeira descrição detalhada da anatomia peniana e o conceito de ereção. A fisiologia da ereção, bem como a importância do endotélio e, principalmente, do óxido nítrico nesse processo, foram elucidados somente no final do século passado.

No tratamento da disfunção erétil, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) Paciente JMA, no segundo mês de pós-operatório de prostatectomia radical, queixa-se de disfunção erétil, referindo ereções parciais e de curta duração. Neste caso, a melhor indicação seria a terapia de terceira linha com prótese peniana.
- (B) As medicações a seguir são consideradas adequadas no tratamento da disfunção erétil: inibidores da fosfodiesterase 5, inibidores da 5 alfa-redutase e alfa-bloqueadores.
- (C) Paciente AMR refere ser usuário crônico de tadalafila diariamente e, apesar de ter tido boa resposta por dois (2) anos, cita piora das ereções. Para tal paciente, cabe tentar a colocação de prótese peniana inflável e, se não houver resposta, indicar o uso de injeções intracavernosas.

- (D) Dentre as complicações pós-operatórias no tratamento da disfunção erétil, a mais temida após a colocação da prótese é a infecção, que se trata, na maioria dos casos, somente com antibioticoterapia.
- (E) AJJ portador de disfunção erétil, em pós-operatório de prostatectomia radical, menciona manter boa vida sexual com sua parceira, mesmo sem ereções adequadas. Na condução da impotência em tais pacientes, não se deve insistir com terapias de qualquer modalidade, seja clínica ou cirúrgica, uma vez que a sexualidade abrange particularidades inerentes a cada indivíduo e a cada casal. Insistir em terapias com o objetivo de restaurar a capacidade erétil pode incorrer em complicações e, até, em risco de vida. A decisão sobre iniciar qualquer terapia deve levar em conta todos os aspectos envolvidos.

QUESTÃO 40

A hipertrofia prostática benigna (HPB) apresentou, a partir da década de 1980, alta incidência de tratamento cirúrgico, particularmente pela abordagem endoscópica, o que se modificou drasticamente, ao final do século, com o advento dos medicamentos baseados na fisiopatologia da doença.

Com relação ao tratamento medicamentoso da hipertrofia prostática benigna, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Os antagonistas alfa-adrenérgicos são considerados medicações de primeira linha para o tratamento dos sintomas urinários do trato inferior associados à HPB.
- (B) Os inibidores de 5 alfa-redutase podem levar a uma redução de 15 a 32% no volume prostático.
- (C) Dentre os inibidores da 5 alfa-redutase, a finasterida e não a dutasterida é a mais eficaz podendo inibir a produção de diidrotestosterona em até 94%.
- (D) As combinações de drogas alfabloqueadoras e inibidores de 5 alfa-redutase vêm demonstrando alta aceitação e constituem hoje a base do tratamento clínico da HPB.
- (E) Nenhuma das anteriores.