



Processo Seletivo - FCM
**Residência
Médica Uerj 2026**

R1 – CIRURGIA GERAL (202 a 206) CADERNO DE QUESTÕES

PROIBIDO FOLHEAR ESTE CADERNO ANTES DA AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PROVA

Além deste caderno de **50** questões OBJETIVAS, você recebeu:

- um cartão-resposta personalizado com questões de múltipla escolha com quatro alternativas.

Duração máxima da prova: **5 horas**

Autorização para deixar o local de prova: **após 2 horas** do início da prova

INSTRUÇÕES

- 1) Na mesa, são permitidos apenas o(s) caderno(s), o cartão-resposta (quando houver) e a caneta esferográfica transparente de tinta preta ou azul **SEM A TAMPA**. Demais pertences devem estar devidamente guardados embaixo da carteira.
- 2) Terminada a prova, **TODO** material de prova deverá ser devolvido aos fiscais.
- 3) As três últimas pessoas candidatas somente poderão deixar a sala, juntas, quando a última entregar a prova. As três deverão assinar a ata de sala, atestando a idoneidade e a regularidade da finalização da prova.

NO CARTÃO-RESPOSTA:

- 4) Confira os seus dados pessoais, número de inscrição e cargo/programa escolhido.
- 5) Assine e transcreva a frase impressa no cartão assim que o receber (cartões entregues sem a assinatura e/ou sem a transcrição da frase **NÃO** serão corrigidos).
- 6) Marque a alternativa correta de acordo com a ilustração instrutiva. Somente as respostas corretamente preenchidas serão objeto de correção.

Atenção: Por motivo de segurança, as respostas **NÃO** poderão ser anotadas em nenhum outro local que não seja o cartão-resposta.

NO CADERNO DE QUESTÕES:

- 7) Após autorização do início da prova, verifique a numeração das questões e das páginas (havendo irregularidade no material, comunique ao fiscal de sala).
- 8) Não arranque, destaque ou rasgue nenhuma folha nem parte dela.

Todos os casos e nomes utilizados nas provas do CEPUERJ são fictícios.

ORGANIZADOR



CEPUERJ

PROVA OBJETIVA

1) Os queloides são um processo patológico de cicatrização que leva à formação de cicatrizes elevadas e volumosas, que resultam em comprometimento tanto estético como funcional. Uma das citocinas que está relacionada ao processo fisiopatológico dessa condição é:

- a) IL-1
- b) IL-6
- c) PDGF
- d) TGF-beta

2) Mulher de 31 anos refere surgimento de lesões eritematosas em parede abdominal que evoluíram, em oito horas, com aparecimento de bolhas e dor importante. Associadas ao quadro cutâneo, refere febre não aferida e astenia importante. Acompanhante informa que a paciente teve diagnóstico de diabetes tipo 1 na adolescência, mas tem acompanhamento irregular da doença. Ao exame, encontra-se orientada, hipocorada (+/4+), desidratada, eupneica e afebril. No exame abdominal, foi identificada existência de lesões eritematosas e bolhosas com presença de crepitação. Foram iniciadas medidas de suporte e antibioticoterapia venosa. O diagnóstico mais provável e a conduta adequada são, respectivamente:

- a) fasciíte necrotizante / desbridamento cirúrgico imediato
- b) hidradenite supurativa / ressecção cirúrgica eletiva
- c) erisipela / associar terapia com corticoide venoso
- d) celulite / curativo com antibiótico tópico

3) Mulher de 39 anos refere história de disfagia progressiva para sólidos associada à regurgitação iniciada há dois anos. Nesse período, refere perda ponderal de, aproximadamente, 15kg. Foi realizada esofagografia que mostrou esôfago com dilatação e importante estreitamento em sua porção distal. Também foi solicitada esofagomanometria de alta resolução em que foi evidenciada integral da pressão de relaxamento do esfíncter esofágico inferior de 19mmHg com presença de pressurização panesofágica e ausência de peristalse. Baseado nos achados clínicos e manométricos, o diagnóstico é:

- a) obstrução ao fluxo da junção esofagogástrica
- b) espasmo esofágico difuso
- c) acalasia tipo III
- d) acalasia tipo II

4) Homem de 66 anos iniciou, há seis meses, quadro de disfagia progressiva para sólidos. Nega dor torácica e regurgitação. Apresentou emagrecimento de 12kg no período. Realizou investigação complementar com endoscopia digestiva, que identificou lesão ulcerada friável em esôfago, localizada a 28cm dos incisivos, ocupando, aproximadamente, 70% da luz do órgão. O restante da endoscopia foi normal. Foram realizadas biópsias com resultado de carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado. A partir desses resultados, foram solicitados exames de estadiamento; ecoendoscopia, que mostrou lesão em esôfago torácico com acometimento parietal até a camada adventícia; tomografia computadorizada (TC) de tórax, que evidenciou a presença de tumoração em esôfago torácico e linfonodo mediastinal suspeito com 15mm em seu eixo vertical; TC de abdômen e pelve, que foram normais, e PET-TC, que mostrou captação do radiofármaco apenas na lesão esofágica e em dois linfonodos mediastinais. Baseados nessas informações, o estadiamento clínico e a conduta terapêutica adequada são, respectivamente:

- a) cT2N0M0 / esofagectomia transtorácica
- b) cT4N2M0 / radioterapia seguida de braquiterapia
- c) cT3N1M0 / radioquimioterapia seguida de cirurgia
- d) cT2N1M0 / quimioterapia associada à imunoterapia

5) Mulher de 38 anos refere história de evacuação de fezes escuras há seis meses, com duração de aproximadamente dois dias. Nega comorbidades, cirurgias prévias e alergias. Foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que identificou lesão elevada, localizada em fundo gástrico, com 5cm de extensão e com mucosa apresentando hiperemia e sinais de sangramento recente. Não foi realizada biópsia durante o exame. A investigação prosseguiu com TC de abdômen e pelve cujo laudo mostrava formação expansiva com densidade de partes moles e contornos regulares, apresentando realce pelo meio de contraste venoso, medindo cerca de 4,2 x 2,3cm, nos maiores eixos axiais, localizada no fundo gástrico, de aspecto suspeito. Foi solicitada ecoendoscopia, que evidenciou lesão de aspecto sólido, heterogênea, predominantemente exofítica. Realizada biópsia, que foi sugestiva de tumoração de origem mesenquimal. O diagnóstico mais provável e o tratamento adequado são, respectivamente:

- a) tumor estromal gastrointestinal / gastrectomia atípica
- b) tumor neuroendócrino tipo 3 / imunoterapia
- c) linfoma gástrico / quimiorradioterapia
- d) adenocarcinoma / gastrectomia total

6) Homem de 69 anos, com história de desconforto epigástrico e perda ponderal, realizou investigação com endoscopia digestiva alta que identificou lesão úlcero-infiltrativa, com aproximadamente 5cm de extensão, em corpo gástrico, localizada a 4cm da junção esofagogástrica. Realizada biópsia que foi compatível com adenocarcinoma pouco diferenciado com células em anel de sinete. Foram solicitados TC de tórax, abdômen e pelve em que foi identificado apenas espessamento do corpo gástrico e linfonodomegalia perigástrica. Realizou quimioterapia neoadjuvante. Após o término da quimioterapia, realizou nova endoscopia digestiva, que mostra redução parcial da lesão gástrica, e TC de tórax, abdômen e pelve sem achados significativos. A conduta adequada para o caso é:

- a) esofagectomia subtotal com linfadenectomia D2
- b) esofagectomia total com linfadenectomia D3
- c) gastrectomia polar com linfadenectomia D3
- d) gastrectomia total com linfadenectomia D2

7) Segundo a classificação de Johnson modificada para as úlceras gástricas, uma lesão localizada na região pré-pilórica é considerada do tipo:

- a) I
- b) II
- c) III
- d) V

8) Os tumores neuroendócrinos gástricos têm apresentado aumento em sua incidência nas últimas décadas. As lesões associadas à hipocloridria, com localização preferencialmente em corpo e fundo e relacionadas à presença de anemia perniciosa ou ao uso crônico de inibidores de bomba de prótons, são classificadas como do tipo:

- a) 1
- b) 2
- c) 3A
- d) 4

9) Mulher de 29 anos realizou exame de ultrassonografia (USG) abdominal de rotina que identificou a presença de lesão localizada no lobo direito, levemente hipoeicoica em relação ao parênquima hepático normal, com 4cm em seu maior eixo e com pequena área hipereicoica central. Nega sintomas abdominais ou história de hepatopatia prévia. Foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia geral, onde foi solicitada ressonância magnética (RM) de abdômen superior com contraste para melhor caracterização da lesão. Nesse exame, foi evidenciada, nas sequências ponderadas em T1, lesão hipercaptante de contraste na fase arterial com área de cicatriz central que não apresentou captação de contraste, com 3,8cm x 3,2cm x 2,9cm, em segmento VI do fígado, e que se torna isointensa em relação ao parênquima hepático adjacente na fase portal. A conduta adequada, nesse caso, é:

- a) biópsia guiada por TC
- b) hepatectomia direita
- c) quimioembolização
- d) observação clínica

10) Homem de 63 anos, com diagnóstico prévio de cirrose por infecção crônica por hepatite C (HCV), é acompanhado no ambulatório de hepatologia. Durante seguimento, realizou TC de abdômen com contraste trifásico que mostrou a presença de fígado reduzido de tamanho, com contornos irregulares, e a existência de duas lesões focais, uma com 2,5cm x 2,2cm x 1,9cm, localizada em segmento VI, e outra com 2,1cm x 1,8cm x 1,9cm, em segmento IVA. Ambas as lesões são hipercaptantes na fase arterial e apresentam *washout* central na fase portal. Não havia sinais radiológicos de trombose portal. Frente a esses achados, foram também solicitados TC de tórax e cintilografia óssea, que foram normais, e dosagem sérica de alfa-fetoproteína (AFP), que foi de 3,2ng/mL. A melhor conduta terapêutica para o caso é:

- a) quimioterapia e imunoterapia
- b) transplante hepático
- c) ressecção cirúrgica
- d) quimioembolização

11) Apesar do impacto positivo da ressecção das metástases hepáticas em pacientes com adenocarcinoma colorretal, alguns subgrupos de pacientes têm sobrevida menor. Um fator que contribui para esse pior prognóstico é:

- a) metástases metacrônicas
- b) lesões hepáticas maiores que 3cm
- c) linfonodos acometidos no tumor colorretal
- d) antígeno carcinoembrionário (CEA) superior a 15ng/mL

12) Em uma hepatectomia esquerda, os segmentos hepáticos ressecados são:

- a) II, III e IV
- b) I, II, III e IV
- c) II, III, IV e V
- d) II, III, IV, V e VIII

13) Mulher de 31 anos, no quinto dia pós-operatório de uma colecistectomia videolaparoscópica, realizada para tratamento de coleciste aguda litiásica, apresentou quadro de desconforto abdominal e icterícia. Foi realizada RM de abdômen superior que identificou área de estreitamento em ducto hepático comum, localizada a 1cm abaixo da confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo, sugestiva de lesão iatrogênica. Segundo a classificação de Strasberg, essa lesão é considerada do tipo:

- a) A1
- b) A3
- c) E2
- d) E5

14) Mulher de 61 anos realizou USG abdominal de rotina em que foi identificada lesão polipoide, com aproximadamente 3cm em vesícula biliar. Nega dor abdominal, história de icterícia e perda ponderal. Encaminhada para o ambulatório, foram solicitadas tomografia de tórax, que foi normal, e de abdômen e pelve, em que foi identificada tumoração sólida com 3,4cm em seu maior diâmetro, na face hepática da vesícula biliar. Não foram identificados implantes secundários, ascite ou linfonodomegalias suspeitas. A conduta terapêutica, nesse caso, é:

- a) quimioembolização percutânea
- b) radioterapia seguida de quimioterapia
- c) colecistectomia videolaparoscópica e biópsia hepática
- d) bissegmentectomia hepática IVB e V e linfadenectomia

15) Homem de 63 anos apresenta quadro de icterícia progressiva e emagrecimento importante. Foi encaminhado ao ambulatório de hepatologia, onde foi realizada RM de abdômen superior e identificada tumoração acometendo a confluência dos ductos hepáticos e parte do ducto hepático esquerdo, sugestiva de colangiocarcinoma. Segundo a classificação de Bismuth-Corlette, esse caso pode ser classificado como tipo:

- a) IV
- b) IIIB
- c) IIIA
- d) II

16) Mulher de 66 anos, com índice de massa corporal (IMC) de 40, obesidade central e estrias marrons, foi levada por uma vizinha a uma emergência, com suspeita de isquemia de lobo frontal. Estava desorientada, com dificuldade de emitir palavras, dor abdominal, náuseas e diarreia. A vizinha diz que a mulher trata diabetes tipo 2 e artrite psoriática. Não sabe informar medicações, mas esclarece que são várias e que também se trata com reumatologista há 30 anos. O resultado do hemoglutoteste foi normal. Ao ser levada para realizar TC de crânio e de abdômen, apresentou hipotensão refratária a volume e noradrenalina. Os achados laboratoriais e diagnóstico mais provável desse choque refratário são, respectivamente:

- a) hipocalcemia, alcalose, hipocalcemia / insuficiência pancreática
- b) hipocalcemia, acidemia, hipocalcemia / insuficiência cardíaca
- c) hipercalcemia, acidemia, hiponatremia / insuficiência adrenal
- d) hipercalcemia, alcalose, hiponatremia / insuficiência renal

17) Paciente com sarcoma de Ewing e múltiplas metástases hepáticas e pulmonares apresenta, durante quinto ciclo de quimioterapia, dor torácica e abdominal pouco intensa, associada a sintomas clássicos de hipocalcemia, como parestesia perioral e parestesia de membros. Nesse caso, as alterações laboratoriais esperadas e a principal hipótese diagnóstica são, respectivamente:

- a) hipermagnesemia, hipofosfatemia e PTH normal / produção ectópica de PTHrP
- b) hiperfosfatemia, hiperuricemia e hipercalcemia / síndrome de necrose tumoral
- c) hipomagnesemia, hipofosfatemia e hipercalcemia / osteomalácia oncogênica
- d) hipofosfatemia, hiperuricemia e PTH normal / síndrome nefrótica

18) O fator técnico de sutura de parede abdominal que está associado ao menor risco de complicações relacionadas ao fechamento da parede abdominal é a utilização de pontos feitos:

- a) equidistantes
- b) sob alta tensão
- c) com 2,5cm de distância
- d) em tecidos desvitalizados

19) Adolescente de 16 anos chega à emergência após queda de bicicleta e apresenta fratura exposta de tíbia grau I de Gustilo-Anderson, com traço de fratura oblíqua com lesão na pele menor que 1cm. Não há ortopedista nessa emergência e o paciente só será removido depois de seis horas para redução cirúrgica. Nesse caso, o antibiótico mais indicado a ser administrado na emergência é a cefalosporina de:

- a) primeira geração e aminoglicosídeo
- b) terceira geração e metronidazol
- c) primeira geração
- d) terceira geração

20) Ao longo de uma paratireoidectomia inferior esquerda por hiperparatireoidismo primário, com exames concordantes de USG cervical e cintilografia com sestamibi, o PTH intraoperatório está sendo dosado. É considerado sucesso da cirurgia, pelos critérios de Miami, que, após 10 minutos da retirada da glândula acometida, haja o decaimento do PTH intraoperatório, em relação ao valor pré-incisão, acima de:

- a) 10%
- b) 20%
- c) 30%
- d) 50%

21) Ao longo de uma tireoidectomia, pode ser difícil localizar o nervo laríngeo recorrente. O marco anatômico fixo em sua dissecação que facilita achá-lo para realizar uma cirurgia segura está:

- a) posteriormente ao tubérculo de Zuckerkandl
- b) lateralmente ao tubérculo de Zuckerkandl
- c) anteriormente ao ligamento de Berry
- d) medialmente ao ligamento de Berry

22) Homem de 76 anos é atendido na emergência com náuseas e vômitos sanguinolentos, sem repercussão hemodinâmica. Familiar refere que o paciente foi submetido a tratamento endovascular de aneurisma de aorta infrarrenal há três anos. Realiza endoscopia digestiva alta (EDA) que chega até a transição da segunda para terceira porção duodenal sem identificação de sangramento. Apresenta leucocitose, anemia, amilase e lipase aumentadas. TC de abdômen evidencia gás ao redor de endoprótese de aorta infrarrenal que se encontra fraturada. Nesse caso, a hipótese diagnóstica principal deve ser:

- a) pancreatite aguda
- b) fístula aortaentérica
- c) pseudoaneurisma pancreático
- d) úlcera terebrante para artéria gastroduodenal

23) Durante uma hepatectomia, o cirurgião mostra para o residente a localização do forame de Winslow (ou omental). As relações anatômicas desse forame são:

- a) situar-se na interface da adrenal direita e o lobo caudado
- b) situar-se na interface do ligamento arqueado e o tronco celíaco
- c) localizar-se entre as camadas do pequeno omento, e, na sua borda direita, estão o ducto hepático comum, a veia porta e a artéria hepática
- d) localizar-se entre as camadas do grande omento, e, na sua borda direita, estão a artéria gástrica esquerda, artéria esplênica e veia gastro-omental direita

24) Durante correção de hérnia incisional subcostal direita por videolaparoscopia, é necessário realizar uma omentoplastia, a fim de recobrir a tela e protegê-la das alças. Para tal, o grande omento tem seu segmento próximo ao ligamento gastrocólico, junto ao ângulo esplênico, seccionado. Nesse caso, os vasos que serão ligados para mobilizar o grande omento para a direita têm origem na artéria:

- a) cólica média
- b) cólica esquerda
- c) gástrica esquerda
- d) gastroepiploica esquerda

25) Paciente chega para consulta ambulatorial para avaliar o aspirado de um cisto complexo em cauda do pâncreas, realizado com ecoendoscopia. Não levou imagem da TC nem da ecoendoscopia, somente a bioquímica do aspirado. O achado no exame que sugere o diagnóstico de neoplasia papilífera mucinosa intraductal (IPMN) é:

- a) mucina positiva, amilase e CEA altos
- b) mucina positiva, amilase baixa e CEA alto
- c) mucina negativa, amilase alta e CEA baixo
- d) mucina negativa, amilase muito alta e CEA baixo

26) Durante a dissecação do processo uncinado pancreático, em sua porção inferior, podem ser visualizadas duas veias, que drenam para veia mesentérica superior, que são as veias:

- a) duodeno-jejunal direita e pilórica
- b) paravertebrais toraco-lombares direitas
- c) gastro-omental direita e coronária direita
- d) pancreaticoduodenais inferior anterior e posterior

27) Homem de 46 anos, internado por infecção por SARS-CoV-2, realizou TC de tórax que evidenciou massa em mediastino anterior. O tumor mais frequente, localizado nesse compartimento mediastinal, é:

- a) linfoma
- b) timoma
- c) teratoma
- d) paraganglioma

28) Durante uma tireoidectomia total com esvaziamento recorrential (nível VI) bilateral, a região anatômica em que os linfonodos devem ser ressecados é delimitada, respectivamente, na localização superior, lateral e inferior por:

- a) osso hioide / artérias carótidas comuns / esterno
- b) membrana cricotireoidiana / cartilagem tireoide/ esterno
- c) osso hioide / membrana cricotireoidiana / istmo da tireoide
- d) cartilagem tireoide / artérias carótidas comuns / istmo tireoide

29) Homem de 76 anos retorna à unidade de pronto atendimento (UPA) com dor lombar há uma semana. Está em tratamento com antibiótico oral para infecção urinária diagnosticada na mesma unidade, na sua última visita há três dias. Desde então, refere piora da dor lombar e abdominal com inapetência. Relata que está sem evacuar há cinco dias, porém sem apresentar náuseas nem vômitos. TC de abdômen demonstra grande distensão de alças colônicas em toda sua extensão, alças de delgado finas, ceco com 7,8cm de diâmetro, afilamento progressivo lento na altura do sigmoide distal e reto proximal, porém sem espessamento de parede nem líquidos livres. No último exame de laboratório, não apresentou anemia, teve leucocitose de 16.000cel/dL, reação em cadeia de polimerase (PCR) de 33U/L, sódio (Na) de 137mEq/L, potássio (K) de 3,2 mEq/L e coagulograma normais. O diagnóstico mais provável é:

- a) doença diverticular pseudotumoral com obstrução intestinal
- b) tumor de cólon esquerdo em alça fechada
- c) pielonefrite complicada
- d) síndrome de Ogilve

30) Menina de 7 anos é levada à emergência com queixas de dor abdominal e fezes com sangue. Seu histórico médico anterior não é significativo. Sua temperatura é de 37,2°C e a frequência cardíaca (FR) é de 108bpm. O exame físico mostra um abdômen flácido, moderadamente sensível e levemente distendido. Os sons intestinais estão aumentados e a dor é mais intensa no quadrante inferior direito. Não há descompressão dolorosa ou rigidez. O exame retal revela sangue vermelho brilhante nas fezes. Uma cintilografia com tecnécio-99 mostra uma maior captação no quadrante inferior direito. O diagnóstico mais provável é:

- a) intussuscepção
- b) divertículo de Meckel
- c) linfangiectasia intestinal
- d) doença inflamatória intestinal

31) Durante a herniorrafia laparoscópica inguinal, devemos identificar o triângulo da morte, cujos marcos anatômicos são:

- a) ducto espermático, ureter e flap peritoneal
- b) ureter, vasos epigástricos e ducto espermático
- c) flap peritoneal, ducto deferente e vasos espermáticos
- d) vasos espermáticos, vasos epigástricos e ducto deferente

32) Mulher de 43 anos vem ao consultório se queixando de aumento da dor osteoarticular durante a relação sexual. Ela também refere grande dificuldade durante a relação sexual devido à limitação dos movimentos do quadril e da abdução da perna, bem como dor intensa na lombar e nas pernas. Ela é uma mulher obesa de 147 quilos com um IMC de 42kg/m². Apresenta diversas comorbidades, como artrite grave no joelho e no quadril, apneia obstrutiva do sono, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia. Seus medicamentos de uso diários incluem orlistat, ibuprofeno e atorvastatina. O exame físico não revela outras anomalias. A melhor conduta para controle dos sintomas dessa paciente é:

- a) solicitar ressonância de coluna
- b) encaminhá-la para cirurgia de *bypass* gástrico
- c) uso de almofadas macias sob as costas da paciente durante a relação sexual
- d) anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) em doses altas ou outros analgésicos

33) Homem de 69 anos chega ao pronto-socorro com queixa de dor abdominal intensa, iniciada 30 minutos antes e piorada gradativamente. A dor é caracterizada como de intensidade 10/10, aguda, sem irradiação, não móvel, localizada principalmente na região periumbilical e sem fatores de agravamento ou alívio conhecidos pelo paciente. Ele se sente enjoado e vomitou "um líquido amarelo-esverdeado". Sua história patológica pregressa é significativa para hipertensão e infarto do miocárdio recente, em virtude disso foi submetido a uma angiografia da artéria coronária. Esta revelou uma oclusão de 100% da artéria descendente anterior esquerda, tratada com *stent*. Os sinais vitais são: pressão arterial (PA) = 110/75mm/Hg, FC = 105bpm, FR = 18irpm e temperatura corporal (T_{ax}) = 37,4°C. No exame físico, observa-se apenas uma leve dor na região umbilical. O eletrocardiograma revela um infarto anterior antigo, taquicardia e ritmo cardíaco irregular. A radiografia simples de tórax não apresenta derrame pleural e a TC do abdômen não revela líquido livre, nem pneumatose, nem distensão de alças. Os exames laboratoriais mostram hemoglobina (Hb) = 15g/dL, leucometria = 15.000, Na = 140mEq/L, K = 4,1mEq/L, Cloreto (Cl) = 105mEq/L, bicarbonato (HCO₃) = 14mEq/L, Creatinina = 1mg/dL, glicose = 118mg/dL e amilase = 250U/L. O diagnóstico mais provável desse paciente é:

- a) isquemia mesentérica aguda
- b) úlcera péptica perforada
- c) pancreatite aguda
- d) volvo gástrico

34) Menino de 3 meses é trazido pela mãe, para avaliação de tumoração na virilha. Ela diz que aparece sempre que a criança chora. Relata história de bronquiolite quando ele tinha dois meses de idade. Ao exame, nota-se presença de tumoração na região inguinal direita que se estende em direção ao escroto quando a criança faz algum esforço. A conduta adequada, nesse caso, é:

- a) observação clínica
- b) reparo cirúrgico emergencial com uso de tela sintética
- c) reparo eletivo o mais precocemente possível, com o uso de órteses
- d) reparo cirúrgico eletivo após de 1 ano de idade sem uso de tela sintética

35) Mulher de 22 anos é hospitalizada após um acidente de carro. Ela sofreu uma fratura de quadril, fratura de várias costelas e uma lesão abdominal contusa com indicação de laparotomia exploradora. Durante a cirurgia, foi identificada laceração hepática e hemoperitônio extenso. No pós-operatório imediato, a paciente apresenta reflexos tendinosos profundos hiperativos. A anormalidade eletrolítica que pode ser responsável por essa condição é:

- a) hipocalcemia
- b) hipercalcemia
- c) hipocloremia
- d) hipermagnesemia

36) Mulher de 56 anos é diagnosticada com câncer de mama metastático para fígado e pleura. O exame histopatológico mostrou que as células tumorais eram negativas para receptores de estrogênio e progesterona. Foi iniciada a quimioterapia com ciclofosfamida. Depois de dois ciclos do tratamento, foi evidenciada pouca resposta clínica ao tratamento. Após realização de novos exames complementares e biópsia percutânea da lesão hepática, foram associados, ao tratamento quimioterápico, anticorpo monoclonal com boa resposta clínica. O achado no exame imuno-histoquímico da lesão hepática, que orientou a mudança no tratamento, foi:

- a) nível de catepsina D estar muito elevado
- b) hiperexpressão da proteína p53
- c) superexpressão de HER-2/neu
- d) baixa expressão de Ki67

37) No paciente vítima de trauma grave com múltiplas lesões sistêmicas, o primeiro marcador bioquímico da gasometria arterial que se altera e apresenta correlação direta com a gravidade do quadro e o prognóstico do paciente é:

- a) PCO₂
- b) relação P/F
- c) hemoglobina
- d) déficit de base

38) Homem diabético é submetido a colecistectomia videolaparoscópica por colecistite crônica. O procedimento é de difícil execução por diversas aderências entre estruturas e fragilidade da parede da vesícula. Durante o descolamento da vesícula do leito hepático, ela rompe com saída de pequena quantidade de bile e cálculos que ficam acumulados no recesso hepático, que são prontamente saneados ao final do procedimento. Nesse caso, a ferida cirúrgica é classificada, de acordo com o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), como:

- a) limpa-contaminada
- b) contaminada
- c) infectada
- d) limpa

39) Motorista é vítima de acidente de automóvel contra anteparo, quando atingiu um poste com a lateral do carro. Ao chegar à emergência, encontrava-se agitado, sudoreico e instável hemodinamicamente. A equipe realiza um FAST, demonstrando líquido livre no quadrante superior esquerdo. Submetido à laparotomia exploradora, evidencia-se lesão grau IV do baço, sendo realizada esplenectomia. Baseado nessas informações, o período ideal para imunização do paciente é de até:

- a) 14 dias após a cirurgia
- b) 30 dias após a cirurgia
- c) 3 meses após a cirurgia
- d) 6 meses após a cirurgia

40) Mulher de 77 anos, hipertensa, foi regulada para atendimento no serviço de cirurgia vascular do hospital, após identificar em exame de imagem um aneurisma de aorta abdominal. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, estável hemodinamicamente, eupneica e normocorada. PA = 130 x 70mmHg, FR = 78bpm, ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas. Abdômen flácido, indolor, peristáltico, sem visceromegalias e sem massas palpáveis. Membros inferiores: pulsos palpáveis amplos, bem perfundidos. Laudo da TC demonstra aorta ateromatosa com presença de aneurisma em região infrarrenal medindo 3cm de diâmetro. A conduta mais adequada para essa paciente é:

- a) realização de arteriografia por acesso femoral para melhor estratificação do aneurisma
- b) reparo cirúrgico com ressecção do aneurisma e colocação de prótese de Dacron
- c) tratamento endovascular do aneurisma com passagem de endoprótese
- d) acompanhamento ambulatorial com exames seriados

41) Homem de 75 anos, hipertenso em uso de olmesartana, retorna para consulta e avaliação de resultados de exames realizados, após ter apresentado episódio de ataque isquêmico transitório duas semanas antes. Ao exame, apresenta-se lúcido, orientado no tempo e espaço. Sem déficits neurológicos focais. PA = 140 x 80mmHg; FC = 74bpm, ritmo cardíaco regular em dois tempos. No ecocardiograma, apresenta remodelamento concêntrico de ventrículo esquerdo. Fração de ejeção preservada, totalizando 60%. Na angiorressonância, evidencia estenose de 70% da artéria carótida interna direita e 45% de estenose da artéria carótida esquerda. A melhor conduta para esse paciente é:

- a) indicar o cateterismo para possível revascularização miocárdica
- b) realizar a trombólise sistêmica, seguida de anticoagulação plena
- c) solicitar risco cirúrgico para realizar a endarterectomia da carótida interna direita
- d) otimização do controle pressórico, iniciando B-bloqueador, clopidogrel e estatinas para estabilização da placa aterosclerótica

42) Paciente de 68 anos foi submetido a cirurgia de laparotomia exploradora por quadro de enterorrágia. Durante o ato operatório, identificou-se lesão em segmento ileal, sendo necessária a realização de enterectomia segmentar com anastomose primária, distando 30cm da válvula ileocecal. Retornou após a alta com laudo histopatológico e imuno-histoquímico. No laudo, está descrito que foi identificado segmento de intestino delgado medindo 38cm de comprimento e contendo área abaulada de 5cm com tumoração sólido-cística. Na microscopia, a tumoração apresenta padrão heterogêneo, alternando em hepatoide, fusocelular e ovoide, com arranjo plexiforme ocasional e presença de áreas sólido-císticas e hemorrágicas. O exame histopatológico foi complementado com exame de imuno-histoquímica, resumido na tabela 1:

Tabela 1 – resultado do exame de imuno-histoquímica

Marcador	Resultado
Actina de músculo liso 1A4	Negativo
C-KIT (CD 117)	Positivo
CD34	Positivo
Cromogranina	Negativo
Desmina	Negativo
Ki67	1% Positiva
Proteína S100	Negativo
Sinaptofisina	Negativo
DOG-1	Positivo

De acordo com o quadro clínico, o resultado histopatológico e imuno-histoquímico, o diagnóstico é:

- a) tumor neuroendócrino gastrointestinal (TNE-GI)
- b) tumor estromal gastrointestinal (GIST)
- c) divertículo de Meckel
- d) liposarcoma

43) Paciente de 40 anos desenvolve hipertensão portal pré-hepática após diversos quadros de pancreatite. Apresentou três episódios prévios de hemorragia digestiva por ruptura de varizes esofagianas e gástricas, controladas com tratamento clínico. Não possui evidências de alterações parenquimatosas hepáticas em resultado de *fibroscan* realizado recente. Nesse caso, a prevenção secundária de hemorragia digestiva terá como melhor tratamento:

- a) esplenectomia total
- b) betabloqueador sistêmico
- c) anastomose das veias esplenorrenal
- d) uso de *shunt* transjugular porto-sistêmico TIPS

44) Paciente de 17 anos, encaminhado para correção cirúrgica de hérnia inguinal, durante a realização da anamnese, informa que na família materna existem casos de hemofilia. Na investigação laboratorial desse paciente, foi confirmado o diagnóstico de hemofilia do tipo A. Os achados laboratoriais que permitiram esse diagnóstico foram a deficiência:

- a) do fator V e trombocitopenia com contagem de plaquetas abaixo de 100 mil por microlitro
- b) de vitamina K, alterando a ativação dos fatores II, VII, IV e X da cascata de coagulação
- c) do fator VIII da cascata de coagulação
- d) do fator IX da cascata de coagulação

45) Mulher de 42 anos apresenta quadro de úlceras pépticas recidivantes há dois anos. Segue em tratamento clínico com uso otimizado de inibidores de bomba de prótons sem apresentar remissão do quadro. Durante investigação, foi realizada dosagem de gastrina sérica basal, obtendo valor de 1400pg/mL. Diante da principal hipótese diagnóstica, a localização de 90% dos gastrinomas está situada num triângulo formado por linhas, conectando:

- a) a junção do ducto cístico com hepático, a terceira porção do duodeno e o tronco celíaco
- b) a junção do ducto cístico com hepático, a quarta porção duodenal e a junção corpo caudal pancreática
- c) a convergência dos ductos hepáticos, a junção da segunda porção duodenal com a terceira porção e o processo uncinado
- d) junção do ducto cístico com hepático, a junção entre a segunda e a terceira porção do duodeno e a junção da cabeça com o corpo pancreático

46) O tromboelastograma é um exame que pode ser utilizado no intraoperatório e pós-operatório imediato de cirurgias, fornecendo informações importantes para hemostasia. Entre seus componentes, os valores elevados de amplitude máxima (AM) podem sugerir:

- a) deficiência de fibrinogênio, aumentando o risco de hemorragia
- b) estados de hipercoagulabilidade, com maior risco de trombose
- c) lentificação da formação do coágulo, com maior risco de trombose
- d) deficiências no número de plaquetas, aumentando o risco de hemorragia

47) A cirurgia de hernioplastia inguinal, com colocação de tela sem tensão pela técnica de Lichtenstein, apresenta bons resultados. Apesar de não ser frequente, pacientes podem cursar com dor crônica no pós-operatório relacionado a lesões da inervação da região inguinal. Os nervos mais comumente lesionados durante o reparo por inguinotomia da hérnia inguinal são:

- a) ilioinguinal, femoral e pudendo interno
- b) ilio-hipogástrico, femoral e nervo cutâneo lateral da coxa
- c) ilioinguinal, ramo genital do genitofemoral e ilio-hipogástrico
- d) ramo genital do genitofemoral, pudendo interno e nervo cutâneo lateral da coxa

48) Paciente de 65 anos, natural da região da Zona da Mata de Pernambuco, morador do estado do Rio de Janeiro há 45 anos, foi encaminhado ao serviço de cirurgia geral, após episódio de hemorragia digestiva alta por ruptura de varizes esofagianas, controlada com uso de terlipressina. Apresenta hepatoesplenomegalia, pancitopenia e hipertensão portal pré-sinusoidal. A melhor indicação de tratamento profilático secundário para esse paciente é:

- a) cirurgia de derivação porto-cava calibrada
- b) cirurgia de desconexão ázigo-portal
- c) transplante hepático ortotópico
- d) manter conduta conservadora

49) Sobre o tratamento da hérnia de hiato e da doença do refluxo gastroesofágico, é correto afirmar que:

- a) a confecção da válvula antirrefluxo deve ser realizada com o fundo gástrico
- b) deve ser obtido idealmente o mínimo de 8cm de esôfago na região intra-abdominal
- c) lacerações esplênicas durante a dissecação dos vasos curtos frequentemente necessitam de esplenectomia
- d) na cirurgia de Toupet, é confeccionada uma válvula antirrefluxo envolvendo 360° o esôfago, impedindo o refluxo gastroesofágico

50) Paciente de 30 anos, vítima de acidente de motocicleta contra caminhão, é trazido para emergência. Foi identificado, na admissão, choque hemorrágico grau IV devido a múltiplas fraturas. Caso, durante a reanimação, seja necessária a utilização de protocolo de transfusão maciça, a proporção correta entre os concentrados de hemácias, plasma fresco e de plaquetas a serem administrados é:

- a) 2:1:1
- b) 1:2:1
- c) 1:1:2
- d) 1:1:1

ORGANIZADOR



CEPUERJ