

NOME

ASSINATURA DO CANDIDATO

INSCRIÇÃO

ESCOLA

SALA

LUGAR NA
SALA

ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

Instruções para a realização da prova

- Esta prova é composta de 80 questões de **MÚLTIPLA ESCOLHA**. Para cada questão, há 4 alternativas, devendo ser marcada apenas uma.
- Assine a folha de respostas com caneta esferográfica preta e transcreva para essa folha as respostas escolhidas.
- Ao marcar o item correto, preencha completamente o campo correspondente, utilizando caneta esferográfica **PRETA**.
- Não deixe nenhuma das questões em branco na folha de respostas.
- A duração total da prova é de 4 horas. **NÃO** haverá tempo adicional para transcrição de gabarito.
- Você somente poderá deixar a sala após 2h do início da prova, podendo levar consigo o **CADERNO DE PROVA** e o controle de respostas.

CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO														
1		11		21		31		41		51		61		71
2		12		22		32		42		52		62		72
3		13		23		33		43		53		63		73
4		14		24		34		44		54		64		74
5		15		25		35		45		55		65		75
6		16		26		36		46		56		66		76
7		17		27		37		47		57		67		77
8		18		28		38		48		58		68		78
9		19		29		39		49		59		69		79
10		20		30		40		50		60		70		80

RASCUNHO

EXAME	VALOR REFERÊNCIA
Ácido úrico	Homem: 3,5 a 7,2 mg/dL; mulher: 2,6 a 6,0 mg/dL
Albumina plasmática	3,5 a 5,2 g/dL
Bilirrubina total	0,3 a 1,2 mg/dL
Cálcio sérico	8,8 a 10,2 mg/dL
Creatinina	Homem: < 1,2 mg/dL, mulher: < 0,9 mg/dL
CPK (creatina fosfoquinase)	Homem: < 190 UI/L, mulher: < 170 UI/L
Colesterol total	< 200 UI/L
LDH (ou DHL)	Homem: < 680 UI/L, mulher: < 450 UI/L
HDL-colesterol	Homem: ≥ 40 mg/dL; mulher: ≥ 50 mg/dL.
LDL-colesterol	< 100 mg/dL
Triglicérides	< 150 mg/dL
Ferro sérico	60 a 180 ug/dL
Fosfatase alcalina	Homem: 40 a 129 UI/L, mulher 35 a 103 UI/L
Fósforo sérico	2,5 a 4,5 mg/dL
Lactato	0,5 a 1,6 mmol/L
Saturação transferrina	20 a 45%
TSH	0,3 a 4,2 uUI/mL
T3L	0,20 a 0,44 ng/dL
T4L	0,9 a 1,7 ng/dL
Glicemia	60 a 99 mg/dL
Ureia	< 65 anos: 17-48 mg/dL. ≥ 65 anos: < 71 mg/dL.
Sódio (Na ⁺)	132 a 146 mEq/L
Potássio (K ⁺)	3,7 a 5,4 mEq/L
TGO	Homem: < 40 UI/L, mulher: < 32 UI/L
TGP	Homem: < 41 UI/L, mulher: < 33 UI/L
TIBC	225 a 450 ug/dL
Magnésio	1,31 a 1,91 mEq/L
Fósforo	3,0 a 4,5 mg/dL
Hemoglobina	Homem: 14 a 18 g/dL, mulher: 12-16 g/dL
Hematócrito	Homem: 41-52%, mulher: 36-46%
Leucócitos	4.000 a 10.000/mm ³
Plaquetas	150.000 a 400.000/mm ³
VCM	81,7 a 96,8fL
CHCM	32,0 a 36 g/dL
Exame de urina	
Densidade	1005 a 1035
pH	5,0 a 8,0
Hemácias	Até 5/campo
Leucócitos	Até 5/campo
Proteína	Negativo/traços
Proteinúria 24 horas	< 0,15 g/24 horas
Albuminúria	< 30 mg/g
Proteína/creatinina (amostra urina)	< 0,20
Gasometria venosa	pH: 7,33 a 7,43 HCO ₃ : 18 a 23 mmol/L PCO ₂ : 38 a 50 mmHg Cloro: 98 a 106 mmol/L
Hemoglobina glicada (HbA1c)	4,5 a 5,6%
Gama GT	Homem < 85UI/L; mulher < 38UI/L
PSA total	< 4,0ng/mL

VALORES DE REFERÊNCIA DOS EXAMES LABORATORIAIS,

01. A biópsia do linfonodo sentinela em pacientes com melanoma cutâneo é um procedimento usado para rastrear na decisão se necessitarão ou não de dissecação dos linfonodos. Geralmente é indicada para melanomas com microestadiamento de Breslow acima de 0,8mm. **OUTRO PARÂMETRO A CONSIDERAR, CASO ESTE MICROESTADIAMENTO SEJA INFERIOR A 0,8mm, É:**

- a) Sexo do paciente.
- b) Idade do paciente.
- c) Presença de ulceração.
- d) Melanomas localizados em membros inferiores.

02. Pacientes submetidos à tireoidectomia total podem apresentar mais complicações no pós-operatório quando comparados à tireoidectomia parcial, incluindo o hipoparatiroidismo. **A CONDUTA QUE PODE ATENUAR A OCORRÊNCIA DESTA COMPLICAÇÃO É:**

- a) Utilização de citrato de potássio.
- b) Reposição intravenosa de potássio e gluconato de cálcio.
- c) Dieta rica em sódio e potássio.
- d) Reposição de cálcio.

03. Observa-se na imagem Q3 (anexo) uma estrutura anatômica e o par craniano que passa dentro desta. **AS ESTRUTURAS NUMERADAS COM NÚMEROS 1 E 2 SÃO, RESPECTIVAMENTE:**

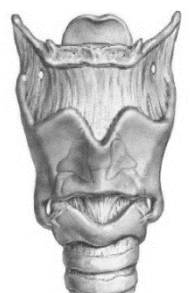
- a) Glândula parótida; nervo facial.
- b) Glândula parótida; nervo trigêmeo.
- c) Glândula submandibular; nervo facial
- d) Glândula submandibular; nervo trigêmeo

04. O carcinoma medular da tireoide origina-se nas células parafoliculares da glândula, e representa 3 a 4% das neoplasias malignas que a acometem. Aproximadamente 25% desses casos são hereditários. **NESTES CASOS DEVE-SE:**

- a) Desconsiderar o valor do antígeno carcinoembrionário como marcador.
- b) Dosar a tireoglobulina previamente ao ato operatório.
- c) Dosar paratormônio e catecolaminas.
- d) Identificar mutações ativadoras no proto-oncogene *RET*.

05. A laringe é um importante órgão de fonação nos adultos, dividida em três principais partes, com várias cartilagens e um osso. **O OSSO QUE COMPÕE A LARINGE É:**

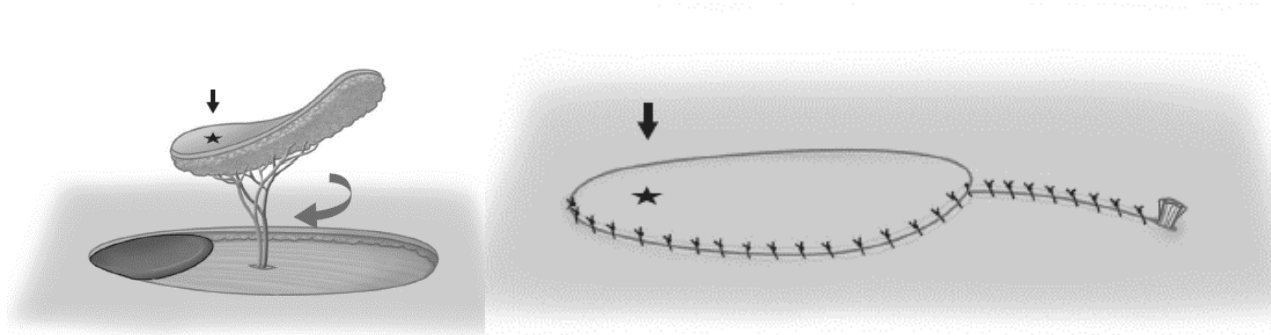
- a) Aritenoide.
- b) Hioide.
- c) Estiloide.
- d) Cricoide.



06. Os três tipos mais comuns de câncer de pele são ilustrados na imagem Q6. **A SEQUÊNCIA, DO MAIS FREQUENTE PARA O MENOS, É:**

- a) Carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular e melanoma.
- b) Carcinoma espinocelular, carcinoma basocelular e melanoma.
- c) Melanoma, carcinoma espinocelular e carcinoma basocelular.
- d) Carcinoma basocelular, melanoma e carcinoma espinocelular.

07. O retalho cutâneo que se mantém baseado apenas pelo seu pedículo vascular de origem profunda, conforme demonstrado na imagem abaixo, **É CLASSIFICADO COMO:**



- a) Retalho de pedículo ao acaso.
- b) Retalho livre.
- c) Retalho perfurante.
- d) Retalho composto.

08. Mulher, 42a, procura tratamento por queixa de assimetria de membros inferiores. Refere aumento progressivo de volume e sensação de peso ao fim do dia, com pouca melhora à elevação dos membros. Exame físico (imagem Q8): presença de edema indolor, compressível com formação de cacofo, e com sinal de Stemmer positivo. Pulsos presentes e sem alterações. Ausência de alterações cutâneas significativas. IMC=27kg/m². **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Angioedema.
- b) Lipedema.
- c) Linfedema.
- d) Adiposidade localizada.

09. Paciente foi vítima de queimadura por exposição a fogo, sendo trazido para avaliação. Observou-se queimadura atingindo toda a extensão do braço e antebraço direito. Apresentava dor intensa no membro e sensação de pontadas e formigamento. Exame físico: área acometida do membro com superfície cutânea de aspecto ressecado, consistência endurecida e a motricidade reduzida. Ausência de perfusão tecidual à digitopressão na área de lesão e lentificada em quirodáticos, que apresentavam edema importante. **O PROCEDIMENTO INICIAL QUE DEVE SER REALIZADO IMEDIATAMENTE PARA TRATAMENTO DA ÁREA DESCRITA DO MEMBRO ACOMETIDO É:**

- a) Fasciotomia.
- b) Escarotomia.
- c) Desbridamento.
- d) Curativo vaselinado.

10. A lesão por inalação é um dos principais fatores de mau prognóstico no paciente queimado. **SOBRE ESTE TIPO ESPECÍFICO DE LESÃO, É CORRETO AFIRMAR QUE:**

- a) O acometimento da via aérea baixa por chama é o mecanismo mais frequente de lesão.
- b) O aumento da função ciliar nas vias respiratórias promove o acúmulo de muco, piorando as trocas gasosas.
- c) A lesão inalatória baixa tende a aumentar a necessidade de fluidos na fase de reposição volêmica.
- d) O exame padrão-ouro para a avaliação da gravidade da lesão de via aérea inferior é a tomografia computadorizada com contraste endovenoso.

11. Você recebe para avaliação um paciente com lesão em região de dorso alto, com aparecimento há cerca de dois anos. Apresenta diâmetro =1,8cm. Biopsia realizada no serviço de atenção primária= carcinoma basocelular nodular, acometendo derme profunda. Invasão perivascular ausente; invasão perineural presente”. **A TERAPÊUTICA DE PRIMEIRA ESCOLHA, QUE TEM MAIOR CHANCE DE CONTROLE ONCOLÓGICO DA LESÃO E MENOR INCIDÊNCIA DE RECIDIVA, SEGUNDO DIRETRIZES DA NCCN (NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK) EM LONGO PRAZO É:**

- a) Excisão com avaliação intraoperatória de margens.
- b) Excisão da lesão com margem ampla de 5mm.
- c) Radioterapia exclusiva de alta dosagem.
- d) Crioablação dermoepidérmica.

12. Um dos objetivos em cirurgias estéticas é a obtenção de cicatrizes com a melhor qualidade possível. **ENTRE OS PRINCÍPIOS TÉCNICOS QUE SÃO FUNDAMENTAIS PARA O MELHOR RESULTADO ESTÉTICO POSSÍVEL, AQUELE QUE INFLUENCIA POSITIVAMENTE NESTE SENTIDO É:**

- a) Utilização de camada única de sutura na pele para redução do trauma tecidual.
- b) Utilização de fios com calibre mais espesso na superfície para redução da tensão.
- c) Manutenção dos pontos por tempo prolongado para evitar deiscências.
- d) Utilização de fios não absorvíveis para redução da reação inflamatória.

13. Na imagem intraoperatória (Imagem Q13), A ESTRUTURA ANATÔMICA IDENTIFICADA COM A SETA É A ARTÉRIA:

- a) Mesentérica superior.
- b) Esplênica.
- c) Gastro-omental direita.
- d) Gastroduodenal.

14. Mulher, 66a, apresenta queixa de diarreia há um ano, com 3 a 7 evacuações de fezes líquidas ao dia, sem sangue ou muco. Nega emagrecimento. Realizada colonoscopia com biópsias que não evidenciou alterações. Há seis meses, evoluiu com queixas de dor retroesternal, epigastralgia e vômitos esporádicos. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA= esofagite erosiva grau B de Los Angeles, gastrite erosiva plana moderada de antro e duas úlceras duodenais A2 Sakita, paredes anterior e posterior. Iniciado tratamento com inibidor de bomba de próton sem melhora dos sintomas. Repetida EDA após 2 meses do tratamento clínico, mantendo achados semelhantes. Tomografia computadorizada de abdome= espessamento parietal na parede anterior da segunda porção do duodeno, medindo 0,6x0,5x0,8cm, com hiper realce pelo meio de contraste, e duas formações nodulares junto à serosa duodenal, também com hiper realce, a maior na terceira porção, medindo 2,6x2,8x3,2cm, e outra na segunda porção, medindo 1,1x1,0x1,1cm. **VISANDO O DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO, DEVE SER SOLICITADA:**

- a) Dosagem de gastrina sérica.
- b) Dosagem da alfafetoproteína.
- c) Cápsula endoscópica.
- d) Dosagem do antígeno carcinoembrionário.

15. A ANASTOMOSE DEMONSTRADA NA IMAGEM INTRAOPERATÓRIA (IMAGEM Q15) É DENOMINADA:

- a) Esofagojejunal término-lateral.
- b) Jejunojejunal látero-lateral.
- c) Gastrojejunal término-lateral.
- d) Duodenojejunal término-lateral.

16. Homem, 45a, vem encaminhado ao ambulatório devido a um carcinoma espinocelular no esôfago torácico, com perda ponderal de 25% do peso corporal. A lesão é avançada, porém permite a passagem do endoscópio. Antecedentes pessoais: tabagismo e etilismo há 30 anos. O paciente apresenta IMC=16,8 kg/m² e refere dificuldade para ingerir líquidos. **ALÉM DE SOLICITAR ESTADIAMENTO, A CONDUTA INICIAL A SER REALIZADA É:**

- a) Gastrostomia endoscópica.
- b) Terapia neoadjuvante.
- c) Esofagectomia subtotal eletiva.
- d) Tratamento paliativo.

17. Mulher, 38a, é atendida no ambulatório com o diagnóstico de câncer gástrico avançado do tipo difuso de Lauren. Antecedentes familiares: dois irmãos e um primo já falecidos por câncer gástrico. **A CARACTERÍSTICA GENÉTICA QUE DEVE SER PESQUISADA NESTA FAMÍLIA É:**

- a) Mutação no gene *p53*.
- b) Mutação no gene *CDH1*.
- c) Instabilidade de microssatélite.
- d) Expressão do *PD-L1*.

18. Homem, 28a, é encaminhado ao Pronto Socorro após a ingestão de uma grande quantidade de soda cáustica, por tentativa de suicídio. Antecedentes: depressão sem tratamento. Apresenta queixa de odinofagia, sialorreia e dispneia, apresentando rouquidão ao falar. **O TIPO DE NECROSE CAUSADA PELA SODA CÁUSTICA É DO TIPO:**

- a) Coagulativa.
- b) Fibrinoide.
- c) Liquefativa.
- d) Caseosa.

19. Mulher, 46a, previamente hígida, apresentou três episódios de pancreatite aguda leve nos últimos dois anos. Durante a investigação, foram realizados os seguintes exames complementares: Ultrassonografia abdominal=sem alterações; Colangiografia por ressonância magnética nuclear=pâncreas *divisum* sem dilatação ductal; ecoendoscopia= pâncreas *divisum* associado a microlitíase em vesícula biliar. **A CONDUTA INICIAL ADEQUADA É:**

- a) Colectomia laparoscópica como tratamento da microlitíase identificada na investigação.
- b) Esfincterotomia da papila menor por via endoscópica com o objetivo de tratar o pâncreas *divisum*.
- c) Colectomia laparoscópica associada à esfincterotomia da papila menor por via endoscópica no mesmo momento.
- d) Acompanhamento clínico expectante, visto que os episódios de pancreatite foram leves e autolimitados.

20. De acordo com a redefinição de 2016 do Grupo Internacional de Estudos de Cirurgia Pancreática (*International Study Group of Pancreatic Surgery - ISGPS*), **A ALTERNATIVA QUE DESCREVE CORRETAMENTE A CONDIÇÃO NECESSÁRIA PARA CLASSIFICAR UMA FÍSTULA PANCREÁTICA PÓS-OPERATÓRIA COMO GRAU B É:**

- a) Drenagem com líquido rico em amilase após o terceiro dia de pós-operatório, com repercussões clínicas relevantes e necessidade de reabordagem cirúrgica.
- b) Presença de líquido com amilase elevada, associada a falência orgânica ou necessidade obrigatória de intervenção endoscópica e/ou radiointervenção.
- c) Detecção laboratorial de amilase aumentada no líquido de dreno, sem impacto clínico e com evolução espontaneamente favorável.
- d) Nível de amilase aumentado no dreno, necessitando suporte clínico, endoscópico e/ou por radiointervenção específico, sem falência orgânica.

21. Em relação aos subtipos histológicos de neoplasia papilífera mucinosa intraductal (*Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm - IPMN*) do pâncreas, **A ALTERNATIVA QUE DESCREVE CORRETAMENTE A ASSOCIAÇÃO ENTRE SUBTIPO, RISCO DE MALIGNIZAÇÃO E TIPO DE CARCINOMA INVASIVO MAIS FREQUENTE É:**

- a) O subtipo gástrico apresenta risco baixo de transformação maligna e, quando invasivo, associa-se tipicamente ao carcinoma mucinoso colóide, de evolução favorável.
- b) O subtipo pancreatobiliar possui risco elevado de malignização e está geralmente relacionado ao adenocarcinoma ductal invasivo, com pior prognóstico entre os subtipos.
- c) O subtipo intestinal apresenta risco intermediário de progressão e pode estar associado tanto ao adenocarcinoma ductal quanto ao carcinoma mucinoso colóide.
- d) O subtipo oncocítico é raro, de comportamento geralmente indolente, e associa-se de forma típica ao carcinoma sólido-pseudopapilar, de curso clínico mais brando.

22. Recentemente um comitê de mais de 75 organizações relacionadas à obesidade publicou na revista *Lancet Diabetes & Endocrinology* (2023) uma nova proposta de classificação da obesidade. **A ALTERNATIVA QUE DESCREVE UM CONCEITO PROPOSTO PELO COMITÊ É:**

- a) O diagnóstico de obesidade clínica pode ser estabelecido exclusivamente pelo valor do índice de massa corpórea (IMC), desde que superior a 30kg/m², independentemente de outros critérios clínicos, laboratoriais ou antropométricos.
- b) A confirmação da obesidade clínica requer excesso confirmado de adiposidade por medidas diretas ou antropométricas, associado a pelo menos um dos seguintes: disfunção orgânica/tecidual atribuível à obesidade ou limitações substanciais das atividades básicas da vida diária.
- c) A obesidade clínica é definida como excesso de adiposidade com risco aumentado de desenvolver doenças metabólicas, ainda que não haja comprometimento funcional de órgãos ou tecidos.
- d) A definição de obesidade clínica restringe-se à presença de uma das comorbidades metabólicas clássicas (diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensão e apneia obstrutiva do sono), não sendo reconhecidos outros sinais ou sintomas relacionados à função de órgãos para o seu diagnóstico.

23. Considerando a recente resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 2.429/2025 para o tratamento cirúrgico da obesidade, **ASSINALE ENTRE CONDIÇÕES ABAIXO AQUELA QUE NÃO É INDICAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA OU METABÓLICA:**

- a) Pacientes com IMC igual ou superior a 40kg/m², independentemente da presença de comorbidade associada.
- b) Pacientes com obesidade classe 2, quando associado a pelo menos uma doença agravada pela obesidade e que melhore com a perda ponderal.
- c) Pacientes com obesidade classe 1 na presença de *diabetes mellitus* tipo 2 com controle clínico inadequado.
- d) Pacientes com obesidade classe 1 ou doença metabólica passível de controle com tratamento clínico.

24. As duas técnicas cirúrgicas mais realizadas no Brasil para o tratamento da obesidade são a gastrectomia vertical e o *bypass* gástrico em Y de Roux (RYGB). **A ALTERNATIVA QUE CORRELACIONA CORRETAMENTE A TÉCNICA COM UMA DE SUAS CARACTERÍSTICAS É:**

- a) O RYGB não é indicado na presença de doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica-MASLD, uma vez que, na presença de esteatose, induz fibrose hepática no pós-operatório.
- b) A gastrectomia vertical não interfere na saciedade, pois não há desvio de trânsito alimentar nesta técnica.
- c) A gastrectomia vertical não é indicada na presença de esofagite de refluxo grave, pois leva a piora da sintomatologia, com difícil controle clínico.
- d) O RYGB induz redução do GLP-1, elevando a resistência insulínica no pós-operatório, e com isso melhorando o diabetes.

25. PARA INÍCIO DOS PROCEDIMENTOS DE DETERMINAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA (ME), SÃO NECESSÁRIO PRÉ-REQUISITOS, DENTRO OS QUAIS:

- a) Presença de lesão encefálica irreversível e capaz de causar ME, cuja causa e etiologia sejam conhecidas.
- b) Presença de encefalopatias metabólicas (por exemplo: urêmica) não impede a abertura dos procedimentos para determinação de ME.
- c) Tratamento e internação sob observação em hospital pelo período mínimo de 24 horas.
- d) Temperatura corporal $>35^{\circ}\text{C}$, saturação arterial de oxigênio $>94\%$ e PAM maior ou igual a 65mmHg.

26. Homem, 24a, com 175cm de altura e previamente hígido, foi admitido na UTI após colisão moto vs. carro, ocorrida há aproximadamente 12 horas. Segundo equipe de resgate, o paciente foi encontrado na cena consciente e orientado, porém, queixando-se de dor torácica importante e dispneia. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou múltiplas fraturas de arcos costais e extensa contusão pulmonar bilateral. Evoluiu com piora progressiva da insuficiência respiratória, necessitando de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Na chegada à UTI, encontrava-se em modo *Volume-Controlled Ventilation* (VCV); $\text{FiO}_2=50\%$; $\text{PEEP}=6\text{cmH}_2\text{O}$; $\text{FR}=14\text{irpm}$; volume corrente=700ml; gasometria arterial da admissão: $\text{pH}=7,25$; $\text{PaO}_2=74\text{ mmHg}$; $\text{PaCO}_2=55\text{mmHg}$; $\text{HCO}_3^-=24\text{mEq/L}$. **EM RELAÇÃO AO MANEJO DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA E DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NESTE PACIENTE, DEVEMOS:**

- a) Aumentar o volume corrente uma vez que o paciente apresentava acidose respiratória grave.
- b) Utilizar rotineiramente o bloqueador neuromuscular para prevenção de *Ventilator-Induced Lung Injury* (VILI).
- c) Indicar ventilação mecânica em posição prona e aumentar o volume corrente do paciente.
- d) Reduzir o volume corrente, idealmente mantendo uma pressão de distensão $<15\text{cmH}_2\text{O}$.

27. A respeito da rabdomiólise, ASSINALE A AFIRMATIVA CORRETA:

- a) São causas não traumáticas: hipolipemiantes inibidores da HMG-CoA redutase, infecções virais como influenza ou SARS-CoV-2, hipocalcemia ou hiperfosfatemia graves e hipertermia maligna.
- b) O diagnóstico laboratorial é baseado no nível da creatinafosfoquinase (CPK) sérica, enzima responsável pela metabolização da creatinina.
- c) Soluções balanceadas ou solução salina 0,9% são fluidos aceitáveis para ressuscitação, com taxa inicial de 400ml/hora, e metas de débito urinário de 1 a 3ml/kg/hora.
- d) A eficácia do uso de bicarbonato de sódio na prevenção da IRA é amplamente aceita e apoiada por estudos clínicos, sendo recomendada para pacientes com CPK maior que 5.000U/L.

28. Homem, 64a, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade, se encontra internado na Unidade de Terapia Intensiva no 6º dia de pós-operatório de lobectomia superior direita por adenocarcinoma de pulmão. Nas últimas horas, apresentou piora da frequência respiratória e queda da saturação de oxigênio, com necessidade crescente de oxigenoterapia. Na avaliação inicial, o paciente se encontra com os seguintes parâmetros: PA=86/50mmHg; FC=128 bpm; FR=30 irpm; tempo de enchimento capilar=4 segundos e temperatura axilar=38,1°C; diurese=480ml (24 horas). Exames laboratoriais: hemoglobina=9,1g/dL; hematócrito=27,3%; leucócitos=21.800/mm³ (10% bastonetes); plaquetas=97.000/mm³. Creatinina=3,1mg/dL (basal=0,9mg/dL); ureia=95mg/dL; sódio=143mEq/L; potássio=5,8mEq/L; cloro=110mEq/L. Gasometria arterial: pH=7,19; paCO₂=44mmHg; paO₂=64mmHg; HCO₃⁻=15mmol/L; Lactato=5,8mmol/L.

A CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO RENAL AGUDA (LRA) APRESENTADA PELO PACIENTE E A CONDUTA SÃO, RESPECTIVAMENTE:

- a) LRA KDIGO 2; início imediato de terapia de substituição renal.
- b) LRA KDIGO 1; administrar fluidos intravenosos até diurese >0,5ml/kg/hora.
- c) LRA KDIGO 3; início imediato de terapia de substituição renal.
- d) LRA KDIGO 3; otimização volêmica e terapia com bicarbonato de sódio.

29. A vasopressina é uma versão sintética do hormônio antidiurético, que é produzido naturalmente no hipotálamo e liberado pela hipófise posterior. Trata-se de uma droga vasoativa amplamente utilizada na prática clínica, e entender suas propriedades é fundamental para médicos envolvidos nos cuidados de pacientes críticos. **A RESPEITO DESTA MEDICAÇÃO, É CORRETO:**

- a) Para pacientes com choque séptico em uso de norepinefrina (dose>0,20 mcg/kg/min) e níveis inadequados de pressão arterial média, é mandatório adicionar vasopressina em vez de aumentar a dose de norepinefrina.
- b) Devido à sua ação predominantemente vasoconstritora, a vasopressina deve ser utilizada com cautela em estados de choque circulatório quando o débito cardíaco estiver baixo (por exemplo, no choque cardiogênico e/ou hemorrágico).

- c) A vasopressina causa mais vasoconstrição pulmonar do que a norepinefrina, sendo, portanto, contraindicada como vasopressor em pacientes com insuficiência aguda do ventrículo direito.
- d) A vasopressina se liga a receptores de membrana dos quais existem duas classes principais (receptores V1 e V2). O receptor V1, promove vasoconstrição e aumento do inotropismo. O receptor V2 leva ao aumento na reabsorção de água livre.

30. A isquemia mesentérica aguda (IMA) é causada pela interrupção repentina do suprimento sanguíneo para o intestino, levando a danos celulares, necrose intestinal e, geralmente, à morte do paciente caso não seja tratada precocemente. Além da IMA oclusiva, temos a isquemia mesentérica não oclusiva (*Non-Occlusive Mesenteric Ischemia-NOMI*), doença relevante para intensivistas porque frequentemente se desenvolve em pacientes gravemente enfermos. **A RESPEITO DA IMA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a) Há uma tendência de aumento de IMA causada por embolia para artéria mesentérica superior e uma redução na incidência de NOMI devido ao uso mais racional de vasopressores e da melhora na monitorização hemodinâmica em pacientes críticos.
- b) A administração de antibióticos de amplo espectro deve ser postergada até que haja sinais inequívocos de infecção secundária.
- c) Dado sua fisiopatologia, que envolve hipoperfusão intestinal e uma intensiva ativação da resposta inflamatória sistêmica, a ausência de leucocitose e hiperlactatemia exclui a possibilidade de isquemia mesentérica aguda.
- d) NOMI deve ser suspeitada em pacientes gravemente enfermos com dor ou distensão abdominal que necessitem de suporte vasopressor e apresentem evidência de disfunção multiorgânica.

31. A possibilidade de desenvolvimento de choque circulatório deve sempre ser considerada em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. **EM RELAÇÃO AOS ESTADOS DE CHOQUE, É CORRETO:**

- a) A presença de pressão venosa central (PVC) elevada num paciente em choque é sempre indicativa de hipervolemia.
- b) Redução na saturação venosa central de O₂, aumento na diferença do conteúdo arteriovenoso de O₂ e aumento do lactato sérico são achados no choque distributivo.
- c) Periferia quente, pressão de pulso aumentada e redução da pressão diastólica são características clínicas do choque distributivo.
- d) Diminuição do *gap* de CO₂, lactato progressivamente em ascensão e disfunção mitocondrial são características típicas do choque cardiogênico.

32. Homem, 67a, refere dor em panturrilha esquerda ao caminhar 300 metros, a qual o obriga a parar. A dor é mais acentuada em subidas e nega dor em repouso. Trabalha sentado em escritório. Antecedentes: tabagismo 40 anos/maço e hipertensão arterial leve em uso de anlodipino. O exame dos pulsos mostrou obstrução do segmento fêmoro-poplíteo. Realizado Doppler segmentar:

LOCAL	PRESSÃO (mmHg)
Braço direito	140
Coxa alta esquerda	160
Coxa baixa esquerda	120
Perna alta esquerda	110
Tornozelo esquerdo	100

CONSIDERANDO O QUADRO CLÍNICO ACIMA, A CONDUTA INICIAL É:

- a) Tratamento clínico conservador.
- b) Angioplastia transluminal percutânea.
- c) Ponte femoropoplíteia com safena.
- d) Revascularização com prótese de PTFE.

33. Na cirurgia de endarterectomia de carótida, o acesso à artéria é feito mobilizando-se lateralmente a veia jugular interna. **PARA ESTA MANOBRA CIRÚRGICA É NECESSÁRIO A LIGADURA DE QUAL TRIBUTÁRIA DA VEIA JUGULAR INTERNA?**

- a) Jugular anterior.
- b) Tirolingofacial.
- c) Lingual.
- d) Hipoglosso.

34. Mulher, 63a, foi submetida a cirurgia de varizes bilaterais. No pós-operatório relata que não consegue realizar a dorso-flexão do pé, sugerindo a lesão acidental de um nervo motor da perna. **O NERVO LESADO DURANTE A CIRURGIA FOI:**

- a) Sural.
- b) Tibial.
- c) Femoral.
- d) Fibular.

35. Na imagem Q35 observa-se a exuberante circulação colateral para os membros inferiores em um caso de obstrução arterial crônica do território aortoilíaco. **O RAMO APONTADO PELA SETA (ARTÉRIA GLÚTEA INFERIOR) É RAMO DA ARTÉRIA:**

- a) Pudenda.
- b) Mesentérica inferior.
- c) Ilíaca interna.
- d) Lombar.

36. Na cirurgia de safenectomia por técnica convencional (fleboextração) é realizada a ligadura da veia safena interna rente à veia femoral no forame oval (Imagem Q36, seta número 1). **DOS RAMOS QUE COMPÕEM A CROSSA DA SAFENA EM SUA CONFIGURAÇÃO MAIS FREQUENTE, A TRIBUTÁRIA APONTADA PELA SETA NÚMERO 2 (IMAGEM Q36) É:**

- a) Epigástrica superficial.
- b) Circunflexa ilíaca superficial.
- c) Pudenda externa superficial.
- d) Safena acessória medial.

37. OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PELA ULTRASSONOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER, QUE CONFIRMAM A HIPÓTESE DE UMA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA RECENTE (MENOR QUE 5 DIAS) SÃO:

- a) Calibre preservado, parcialmente compressível, ausência de fluxo no modo colorido, fluxo *tardus parvus* no modo pulsado.
- b) Calibre aumentado, incompressível, ausência de fluxo no modo colorido, ausência de fluxo no modo pulsado.
- c) Calibre diminuído, espessura da parede aumentada, fluxo parcial no modo colorido, fluxo contínuo no modo pulsado.
- d) Veia não identificável no modo B (igual à musculatura adjacente), circulação colateral no modo colorido, fluxo contínuo no modo pulsado.

38. A PRINCIPAL INDICAÇÃO DE CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA É:

- a) Estenose discreta da artéria descendente anterior proximal.
- b) Doença uniarterial distal sem isquemia.
- c) Doença de múltiplos vasos em paciente diabético.
- d) Estenose menor que 50% da artéria coronária direita.

39. A COMPLICAÇÃO MAIS COMUM DA CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA NA CIRURGIA CARDÍACA É:

- a) Insuficiência hepática fulminante.
- b) Perda permanente da função renal.
- c) Lesão medular isquêmica.
- d) Disfunção pulmonar transitória.

40. Em relação à revascularização do miocárdio, **A PRINCIPAL VANTAGEM DA UTILIZAÇÃO DA ARTÉRIA TORÁCICA INTERNA ESQUERDA (MAMÁRIA INTERNA) COMO ENXERTO É:**

- a) Maior calibre do vaso em relação à safena.
- b) Maior perviedade em longo prazo.
- c) Facilidade de dissecação.
- d) Redução imediata do risco de infarto perioperatório.

41. Em pacientes com endocardite infecciosa, **UMA INDICAÇÃO CLÁSSICA DE CIRURGIA É:**

- a) Endocardite tricúspide em usuários de drogas sem complicações.
- b) Febre persistente após uso menor que 7 dias de antibiótico.
- c) Vegetação menor que 5mm em válvula nativa.
- d) Insuficiência cardíaca refratária causada por disfunção valvar aguda.

42. Em cirurgia de troca valvar aórtica por prótese biológica em paciente jovem, **A PRINCIPAL LIMITAÇÃO É:**

- a) Necessidade de anticoagulação oral crônica.
- b) Degeneração estrutural precoce da prótese.
- c) Maior risco infeccioso imediato.
- d) Alta mortalidade intraoperatória em comparação à mecânica.

43. Na correção cirúrgica da tetralogia de Fallot, **O PRINCIPAL OBJETIVO INICIAL É:**

- a) Evitar arritmia ventricular futura.
- b) Substituir a válvula pulmonar precocemente.
- c) Aliviar a obstrução de saída do ventrículo direito.
- d) Prevenir aneurisma de aorta ascendente.

44. Homem, 54a, queixa-se de dor em flanco direito e febre alta (39°C). Apresenta leucocitose e creatinina elevada. Tomografia computadorizada de abdome: presença de cálculo medindo 8mm no ureter proximal direito, com dilatação pielocalicial. **A CONDUTA INICIAL É:**

- a) Drenagem urinária urgente (duplo J ou nefrostomia) e antibiótico.
- b) Ureterolitotripsia definitiva imediata, sempre que possível.
- c) Antibiótico endovenoso e observação clínica, sem drenagem imediata.
- d) Bloqueador alfa e analgesia, com reavaliação em 48-72 horas.

45. Homem, 27a, portador de anemia falciforme, apresentou ereção dolorosa há 8 horas. Realizada aspiração do corpo cavernoso observando-se sangue escuro, com pO₂ baixo. **O PASSO TERAPÊUTICO A SEGUIR É:**

- a) Terbutalina via oral e hidratação intravenosa.
- b) Injeção intracavernosa de fentolamina isolada.
- c) Irrigação corporal associada a fenilefrina intracavernosa.
- d) Cirurgia de derivação proximal (*shunt* cavernoso-esponjoso).

46. Mulher, 28a, vítima de acidente automobilístico. Deu entrada no Pronto Socorro consciente e estável hemodinamicamente. Tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso= trauma renal esquerdo, grau IV, sem outros achados positivos. **A CONDUTA É:**

- a) Laparotomia exploradora com nefrectomia.
- b) Tratamento não-operatório, com monitorização clínica.
- c) Embolização seletiva, mesmo sem sangramento ativo.
- d) Cirurgia exploradora com autotransplante do rim.

47. Homem, 24a, realizou orquiectomia radical por tumor testicular. Anatomopatológico: carcinoma embrionário puro, pT2 (invasão vascular); marcadores séricos normalizados. **A CONDUTA RECOMENDADA É:**

- a) Radioterapia retroperitoneal profilática devido invasão vascular.
- b) Quimioterapia (1-2 ciclos de BEP) ou linfadenectomia retroperitoneal.
- c) Sem tratamento adicional, sendo realizada apenas vigilância ativa.
- d) Hormonioterapia adjuvante com antiandrogênicos.

48. Paciente com câncer de bexiga músculo-invasivo (Estadiamento: pT2-T4a N0 M0). **O TRATAMENTO PADRÃO ANTES DA CISTECTOMIA RADICAL É:**

- a) Quimioterapia neoadjuvante com cisplatina.
- b) Radioterapia neoadjuvante isolada.
- c) Imunoterapia neoadjuvante aprovada de rotina.
- d) Sem indicação de terapia sistêmica.

49. Homem, 40a, sem comorbidades apresenta-se com tumor renal no pólo superior do rim direito. Estadiamento: T1a (≤4cm) e rim contralateral normal. **A CONDUTA SUGERIDA PELAS DIRETRIZES INTERNACIONAIS É:**

- a) Nefrectomia radical padrão.
- b) Crioablação.
- c) Radioterapia estereotáxica.
- d) Nefrectomia parcial.

50. Homem, 75a, foi submetido a cirurgia por adenocarcinoma de reto distal há 2 anos (Estadiamento: pT3N0M0). Antecedentes: tabagismo (30anos/maço); ex-etilista; neoplasia de próstata tratada com radioterapia e hormonioterapia. No seguimento oncológico, apresentou elevação do antígeno carcinoembrionário (*Carcinoembryonic Antigen-CEA*) e posteriormente à tomografia computadorizada de tórax, nódulo pulmonar em lobo superior direito de 2,5cm. **A CONDUTA EM RELAÇÃO AO NÓDULO É:**

- a) Seguimento tomográfico e laboratorial.
- b) Lobectomia pulmonar.
- c) Radioterapia estereotáxica.
- d) Biópsia transtorácica guiada por imagem.

51. Homem, 65a, submetido a ressecção de extenso bócio mergulhante, com colapso e desvio importante da traqueia para a esquerda, necessitando de abordagem cervical e torácica. No pós-operatório imediato desenvolveu intenso desconforto respiratório sendo indicada reintubação endotraqueal. **A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Recirculação de drogas anestésicas.
- b) Atelectasia pulmonar.
- c) Pneumotórax hipertensivo.
- d) Traqueomalácia.

52. Homem, 76a, foi submetido a drenagem de abscesso em músculo psoas esquerdo. Evoluiu no pós-operatório com piora da leucocitose e elevação da proteína C reativa. Tomografia computadorizada= coleção líquida pleural em hemitórax esquerdo, de aspecto loculado na região posterior (imagem Q52). Toracocentese diagnóstica = líquido de aspecto seroso. Análise laboratorial que confirmou tratar-se de empiema. **SEGUNDO OS CRITÉRIOS CLÍNICO-LABORATORIAIS E DE IMAGEM, A CONDUTA MAIS ADEQUADA É.**

- a) Drenagem pleural tubular.
- b) Videotoracosopia.
- c) Pleurostomia.
- d) Toracocentese terapêutica.

53. Mulher, 54a, apresenta nódulo periférico pulmonar de 10mm no segmento ápico-posterior do lobo superior esquerdo. Antecedente= tabagismo (30anos/maço). Punção transtorácica confirmou tratar-se de adenocarcinoma primário do pulmão. Estadiamento: T1N0M0. Testes de função pulmonar = boa condição funcional. Análise imuno-histoquímica mostrou expressão da proteína PD-L1>50. **O**

TRATAMENTO ONCOLÓGICO ADEQUADO NESTE CASO É:

- a) Lobectomia pulmonar com linfadenectomia hilar.
- b) Segmentectomia regradada com linfadenectomia mediastinal.
- c) Radioterapia esterotática.
- d) Radioablação percutânea + imunoterapia.

54. Homem, 60a, sem comorbidades, submetido a tratamento cirúrgico de timoma há quatro anos (Masaoka-Koga estágio IIb) e radioterapia adjuvante. No seguimento oncológico apresentou lesão pleural isolada em hemitórax direito, cuja punção confirmou tratar-se de uma recidiva do timoma. **A**

CONDUTA INDICADA É:

- a) Quimioterapia exclusiva.
- b) Observação clínica (paciente assintomático).
- c) Ressecção cirúrgica, se tecnicamente possível.
- d) Radioterapia estereotática.

55. Mulher, 26a, apresentou quadro de edema súbito do braço esquerdo associada a sensação de peso do membro e veias superficiais dilatadas no ombro, tórax e braço, com diagnóstico de trombose venosa profunda e sintomas persistentes há 60 dias. Angiorressonância magnética nuclear (imagem Q55) = compressão moderada da artéria e acentuada na veia subclávia. Diante do quadro relatado e após falha do tratamento conservador com anticoagulante, **A CONDUTA É:**

- a) Ressecção da primeira costela.
- b) Angioplastia com *stent* de veia subclávia.
- c) Manter anticoagulação e fisioterapia.
- d) Trombólise exclusiva.

56. Um recém-nascido não evacuou e não eliminou gases nas primeiras 48 horas. Apresentou distensão abdominal e iniciou quadro de vômitos biliosos. Realizou radiograma (imagem Q56). **A**

CONDIÇÃO ASSOCIADA A ESTAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E RADIOLÓGICAS É:

- a) Enterocolite necrosante.
- b) Refluxo gastroesofágico.
- c) Volvo de intestino médio.
- d) Doença de Hirschsprung.

57. Criança, 3a, bem nutrida, apresenta varicocele à esquerda encontrada pelo pediatra em exame de rotina. Ao exame físico, palpou-se tumoração abdominal ocupando hipocôndrio esquerdo. Baseado na história, no exame físico e na tomografia (imagem Q57), **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Neuroblastoma abdominal.
- b) Tumor de Wilms.
- c) Tumor da cortical da adrenal.
- d) Teratoma de retroperitônio.

58. Menina, 5a, apresenta infecção urinária de repetição. Realizou ultrassonografia que mostrou ureterohidronefrose acentuada bilateral e uretrocistografia miccional (imagem Q58). **A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A LEI QUE REGE A ALTERAÇÃO ANATÔMICA SÃO, RESPECTIVAMENTE:**

- a) Refluxo vesicoureteral bilateral; Lei de Paquin.
- b) Hidronefrose obstrutiva D; Lei de Goodsall-Salmon.
- c) Duplicidade pielocalinal completa; Lei de Weigert-Meyer.
- d) Bexiga neurogênica; Lei de Hoover.

59. Lactente, 3 meses de vida, encontra-se no segundo pós-operatório de laparotomia devido ressecção intestinal por abdome agudo perfurativo. Apresenta-se em ventilação mecânica sob pressão positiva ($\text{FiO}_2=50\%$ e $\text{PEEP}=5\text{cm H}_2\text{O}$). O abdome mantém-se tenso, doloroso e sem ruídos hidroaéreos. Realizou radiograma de tórax e abdome (Imagem Q59). **O ACHADO DO EXAME FÍSICO E O TRATAMENTO DE ESCOLHA SÃO, RESPECTIVAMENTE:**

- a) Ausculta pulmonar direita diminuído ou ausente, estertores finos na periferia; fisioterapia respiratória e aumento da PEEP.
- b) Murmúrio diminuído ou abolido no hemitórax direito, ausência de estertores e macicez franca; drenagem pleural.
- c) Murmúrio abolido ou substituído por som bronquial, estertores crepitantes, roncos ou sopro tubário; antibioticoterapia de largo espectro.
- d) Murmúrio aumentado, estertores subcrepitantes, broncofonia e percussão timpânica; broncoscopia.

60. Gestante primigesta de 34 semanas, com diagnóstico pré-natal de defeito congênito de parede abdominal, chega ao pronto atendimento obstétrico com bolsa rota e evolui para trabalho de parto vaginal. Recém-nascido masculino, com defeito de parede (Imagem Q60), apresentando discreto desconforto respiratório, permaneceu em respiração espontânea com cateter nasal de oxigênio. **EM RELAÇÃO A ESTE PACIENTE, É CORRETO AFIRMAR QUE:**

- a) O trabalho de parto vaginal está contraindicado nos defeitos de parede abdominal e, nesse caso, foi o responsável pela rotura de membranas e exposição das alças intestinais.

- b) Este paciente apresenta malformação com alta prevalência de outras anomalias genéticas e deve ser submetido a exames de investigação antes do procedimento cirúrgico.
- c) O paciente deve ser submetido ao tratamento cirúrgico imediato da evisceração com colocação de tela no defeito.
- d) Deve ser submetido à redução do conteúdo intestinal, com fechamento primário da parede ou colocação de silo, se houver aumento importante da pressão intra-abdominal.

61. Menino, 12a, foi submetido à apendicectomia não complicada por incisão transversa em fossa ilíaca direita. No segundo dia de pós-operatório, continua queixando-se de dor abdominal, sem febre. Exame físico: PA=120x70mmHg; FC=90 bpm; FR=40irpm. Abdome plano, doloroso e com ruídos diminuídos. O pediatra de plantão realizou radiograma de abdome (imagem Q61) e solicitou avaliação da equipe cirúrgica. **COM RELAÇÃO AO QUADRO CLÍNICO E RADIOLÓGICO, É CORRETO:**

- a) O pneumoperitônio pode ser residual e deverá ser acompanhado.
- b) O líquido livre entre as alças é indicativo de abscesso peritoneal residual.
- c) O empilhamento de moedas é compatível com o abdome agudo suboclusivo.
- d) A imagem em mesogástrio é compatível com corpo estranho.

62. Homem, 55a, realizou pesquisa de sangue oculto= positivo. Colonoscopia= pólipos pediculados medindo 25mm em cólon sigmoide. Realizado polipectomia com alça diatérmica. Anatomopatológico= adenocarcinoma bem diferenciado (classificação de Haggitt nível 1). **A CONDUTA A SEGUIR É:**

- a) Realização de PET-CT.
- b) Indicação de tratamento cirúrgico.
- c) Acompanhamento com colonoscopia.
- d) Encaminhar para oncologia para quimioterapia.

63. Mulher, 35a, tem antecedente de colectomia por pólipos intestinais. No seguimento apresentou queixas de dor e distensão abdominal, além de episódios de cefaleia intensa, tendo realizado os seguintes exames (imagem Q63). **É POSSÍVEL AFIRMAR QUE A PACIENTE É PORTADORA DA SÍNDROME DE:**

- a) Gardner.
- b) Turcot.
- c) Peutz-Jeghers.
- d) Muir-Torre.

64. Na literatura são descritas várias poliposes adenomatosas e hamartomatosas intestinais. Em relação à polipose juvenil, Peutz-Jeghers e polipose adenomatosa familiar, **OS GENES QUE SE ENCONTRAM MUTADOS SÃO, RESPECTIVAMENTE:**

- a) *SMAD4/BMPR1A, STK11/LKB1 e APC.*
- b) *MUTYH, APC e SMAD4/BMPR1A.*
- c) *STK11/LKB1, MUTYH e APC.*
- d) *SMAD4/BMPR1A, PTEN e APC.*

65. AS CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS NO ESPÉCIME CIRÚRGICO (IMAGEM Q65), PERMITEM AFIRMAR QUE O PACIENTE ERA PORTADOR DE:

- a) Retocolite ulcerativa.
- b) Doença de Crohn.
- c) Colite pseudomembranosa.
- d) Colite colágena.

66. Pacientes com doença diverticular dos cólons podem ter algumas complicações na sua evolução. **ENTRE ESTAS, AS DUAS MAIS PREVALENTES SÃO, RESPECTIVAMENTE:**

- a) Diverticulite e hemorragia.
- b) Transformação maligna e fístula.
- c) Hemorragia e estenose.
- d) Diverticulite e fístula.

67. Este tipo de ileostomia (imagem Q67), descrito em 1952, reduziu muito a ocorrência de uma das complicações frequentes dos estomas intestinais. Esta técnica que consiste na eversão da alça exteriorizada, **É DENOMINADO ILEOSTOMIA DE:**

- a) Kock.
- b) Turnbull-Weakley.
- c) Brooke.
- d) Mikulicz.

68. Homem, 26a, condutor de motocicleta, teve colisão frontal contra anteparo fixo. É trazido pelo SAMU ao pronto socorro. Avaliação inicial: Escala de Coma de Glasgow= 14 pontos; PA=82/56mmHg; FC=134bpm; oximetria de pulso=98% (máscara não reinalante 13l/min). Abdome doloroso à palpação. Iniciado protocolo de transfusão maciça. FAST demonstrou positivo nos espaços esplenorrenal e fundo de saco peritoneal. Após reanimação volêmica, manteve instabilidade hemodinâmica, sendo indicada laparotomia exploradora. **MEDIANTE AS INFORMAÇÕES ANTERIORES, OS LOCAIS MAIS PROVÁVEIS DE LESÃO TRAUMÁTICA SÃO:**

- a) Fígado, mesentério e baço.

- b) Baço, pâncreas e fígado.
- c) Bexiga, baço e rins.
- d) Mesentério, baço e rins.

69. Mulher, 31a, vítima de colisão automobilística, é trazida ao pronto socorro pelo SAMU. No atendimento inicial apresentava-se: Escala de Coma de Glasgow=12 pontos; PA=92/61mmHg; FC=142bpm; oximetria de pulso=99% (máscara não reinalante 14l/min). Presença de equimose pelo cinto de segurança no tórax e abdome. Foram realizados: acesso venoso periférico, administração de solução cristaloide e tipagem sanguínea. FAST positivo no espaço esplenorrenal. Foi acionado protocolo de transfusão maciça, segundo ATLS 10ª edição, baseado no *Assessment of Blood Consumption Score* (ABC escore). **NESTE CASO, ASSINALE O ITEM QUE NÃO É LEVADO EM CONSIDERAÇÃO DENTRO DA AVALIAÇÃO DO ABC ESCORE:**

- a) FAST positivo.
- b) Frequência cardíaca.
- c) Trauma contuso.
- d) Pressão arterial sistólica.

70. Homem, 19a, sofreu queda de andaime de 5 metros, sendo trazido por populares a unidade de pronto atendimento. Apresentava-se: Escala de Coma de Glasgow=8 pontos; pupilas anisocóricas; PA=144/92mmHg; FC=83bpm; FR=16irpm; oximetria de pulso=92% (ar ambiente). Cabeça: presença de hematoma subgaleal em região frontotemporal esquerda; demais segmentos corpóreos sem lesões externas. Foram realizados: oxigênio suplementar 15l/min em máscara não reinalante, acesso venoso periférico e monitorização dos sinais vitais. Durante a aquisição de via aérea definitiva, visibilizou-se parcialmente as cordas vocais à laringoscopia direta. **SEGUNDO A 10ª EDIÇÃO DO ATLS, A MANOBRA QUE AUXILIA NA MELHOR VISUALIZAÇÃO DAS CORDAS VOCAIS É:**

- a) Sellick.
- b) Cormack-Lehane.
- c) O'Donoghue.
- d) BURP.

71. Jovem, 16a, vítima de agressão física durante discussão em jogo de futebol, evoluiu com dor abdominal difusa, de intensidade crescente associado com dor referida em ombro esquerdo. **ESTA DOR REFERIDA ESTÁ RELACIONADA A UM NERVO QUE POSSUI A SEGUINTE CARACTERÍSTICA:**

- a) É formado pelas raízes nervosas C3, C4 e C5.
- b) Pertence ao grupo dos nervos pares cranianos.
- c) Formado pela conexão das raízes nervosas entre T9 e T10 com C7.
- d) Tem trajeto cervical, torácico, abdominal e pélvico.

72. Na sala de Emergência, durante o atendimento de traumatizado grave, pode haver problemas de comunicação interprofissional relacionados a variações na forma como as informações são processadas de forma analítica em comparação com a intuitiva. **SEGUNDO O ATLS, 10ª EDIÇÃO, A BOA COMUNICAÇÃO ENTRE OS MEMBROS ENVOLVIDOS, É FAVORECIDA POR:**

- a) A comunicação entre um membro da equipe e o líder da equipe deve ser direta e unidirecional.
- b) Quando um membro da equipe transmitir as informações, o líder da equipe deve confirmar que ouviu e entendeu as mesmas.
- c) As pausas para discussão e revisão dos achados são recomendadas nos intervalos de 10, 20 e 30 minutos.
- d) Toda a comunicação deve ocorrer em um tom de voz alta, direcionada para o líder da equipe.

73. Na toracotomia de reanimação é realizada uma incisão anterolateral esquerda, no quinto espaço intercostal. Neste acesso, pode ocorrer secção da artéria torácica interna. Após a reanimação, para evitar sangramento tardio da parede após seu fechamento, antes deste tempo cirúrgico, esta artéria deve ser localizada e avaliada. **SUA ORIGEM É:**

- a) No tronco costocervical.
- b) No tronco tireocervical.
- c) Na artéria subclávia.
- d) Na artéria axilar.

74. UMA DAS ESTRUTURAS QUE PERCORREM TRANSVERSALMENTE A REGIÃO FORMADA ENTRE A ORIGEM DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR E A AORTA É:

- a) Veia renal esquerda.
- b) Cólon transversal.
- c) Glândula suprarrenal direita.
- d) Ureter direito.

75. Homem, 45a, apresentou quadro de dor abdominal e perda ponderal. Realizou ressonância magnética nuclear de abdome que demonstrou fígado com dimensões aumentadas, contornos romboidais, aumento dos segmentos laterais esquerdos, apresentando formações expansivas hipovascularizadas e heterogêneas confluentes nos segmentos V, envolvendo a vesícula biliar com 3,5cm, e outra nos segmentos V e VIII medindo 5,1cm; além de linfonodomegalias nas cadeias portocaval e no hilo hepático, de aspecto secundário. **A ALTERNATIVA MAIS ADEQUADA PARA O CENÁRIO APRESENTADO É:**

- a) Com base nos achados, é necessária realização de biópsia da lesão para confirmação do diagnóstico de carcinoma hepatocelular múltiplo, metastático, fora dos critérios de Milão para transplante hepático, sendo indicado tratamento quimioterápico exclusivo.

- b) O aspecto é indeterminado, porém a principal hipótese é um colangiocarcinoma intra-hepático metastático. Deve ser realizada biópsia para confirmação diagnóstica e encaminhamento para quimioterapia, já que não há benefício de tratamento cirúrgico nesse caso.
- c) Paciente jovem, com lesão hepática volumosa, cujo principal diagnóstico é o carcinoma hepatocelular variante fibrolamelar. Nesse caso, é possível ressecção cirúrgica através de hepatectomia direita com linfadenectomia ampla.
- d) O provável diagnóstico é colangiocarcinoma intra-hepático T2N1, havendo benefício na realização de hepatectomia direita e linfadenectomia.

76. Sobre as lesões focais hepáticas avaliadas pela ressonância magnética nuclear, É CORRETO AFIRMAR:

- a) Lesão hiperintensa em T2, com realce arterial homogêneo precoce, e retenção do contraste hepatobiliar na fase tardia, corresponde mais comumente a um adenoma.
- b) Lesão hipointensa em T1, intensamente hiperintensa em T2, com realce periférico nodular na fase arterial e enchimento centrípeto nas fases tardias com contraste extracelular, pode corresponder a uma hiperplasia nodular focal.
- c) Lesão hipointensa em T1 com contraste extracelular, pode corresponder a adenoma hepático ou colangiocarcinoma.
- d) Lesão hepática de 4,5cm que apresenta realce arterial precoce, intenso e heterogêneo, hiperintensa na fase hepatobiliar, pode corresponder a um adenoma hepático.

77. Mulher, 59a, natural e procedente da Bolívia, procurou atendimento médico devido aumento progressivo de volume abdominal, com início há 15 anos. No último ano, houve piora do quadro, sendo associado a dor abdominal, dispneia ao decúbito, emagrecimento e plenitude pós-prandial. Realizou tomografia de abdome que demonstrou múltiplos cistos intra-hepáticos, medindo até 16cm, alguns com paredes espessas, calcificações e conteúdo hiperdensos que se projetam ao interior das lesões císticas. Apresenta importante efeito de massa sobre as estruturas intracavitárias, deslocando as cúpulas diafragmáticas, baço, rins, estômago, duodeno e pâncreas, conforme imagem (Imagem Q77).

O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA NESTE CASO SÃO, RESPECTIVAMENTE:

- a) Doença hepática policística, que pode ocorrer de forma isolada ou associada à doença policística renal, sendo sua principal indicação de transplante hepático a síndrome compartimental, dispneia ou dor refratária, mesmo com função hepática preservada.
- b) Hidatidose hepática, cujo tratamento indicado é medicamento antiparasitário, por exemplo, albendazol, seguido de cirurgia de destelhamento dos maiores cistos para alívio sintomático e da síndrome compartimental.
- c) Doença hepática policística, que é uma doença autossômica recessiva, que pode cursar também com insuficiência renal progressiva, e necessitar de transplante renal e hepático como parte do tratamento.

- d) Equinococose hepática, em provável fase CE5 - fase inativa (classificação da OMS), ou seja, fígado com múltiplos cistos hepáticos, sem captação do contraste, com algumas calcificações na parede e, portanto, não necessitando de tratamento específico.

78. O verde de indocianina tem se tornado uma ferramenta cada vez mais utilizada na cirurgia hepática, principalmente nas áreas de oncologia hepática, cirurgia minimamente invasiva e navegação intraoperatória. **SOBRE O TEMA, É CORRETO AFIRMAR:**

- a) O verde de indocianina é um corante fluorescente com alta afinidade por proteínas plasmáticas, especialmente albumina. Após administração intravenosa, ele é excretado através da metabolização hepática por citocromo P450, assim, apresenta ampla aplicabilidade na cirurgia hepática.
- b) A administração do verde de indocianina deve ser realizada no intraoperatório para delimitação do segmento a ser ressecado e de 24 a 72 horas antes da cirurgia para detecção de lesões tumorais.
- c) O verde de indocianina pode ser usado no intraoperatório de cirurgia hepática para avaliação da perfusão do fígado remanescente após ligadura da veia porta, delimitação do segmento a ser ressecado e rastreio de metástases, principalmente em profundidades maiores que 1cm, não visualizadas, aumentando a detecção de nódulos.
- d) O verde de indocianina é útil para detecção de lesões profundas, porém, não auxilia na detecção de lesões pequenas ou subcapsulares, menores que 1cm, por limitações técnicas.

79. Homem, 66a, foi submetido a transplante hepático devido cirrose de etiologia alcoólica. Apresentava MELD=37; a intervenção cirúrgica durou 4 horas, sem intercorrências, tendo recebido 3 concentrados de hemácias e 12 unidades de plasma fresco congelado. Exames pré-operatórios Hb=10,7mg/dl; RNI=2,9; BIT=25,7mg/dl; Na⁺=121mEq/L; Cr=1,9mg/dl. Exames pós-operatórios imediatos: Hb=8,5mg/dl; RNI=1,4; BIT=11,4mg/dl; Na⁺=146mEq/L; Cr=1,75mg/dl. No sexto dia de pós-operatório, após suspensão da sedação, não apresenta nível neurológico, sendo realizada ressonância magnética nuclear de crânio, com achados de hipersinal em ponte. **O PROVÁVEL DIAGNÓSTICO É:**

- a) Encefalopatia metabólica pelos imunossupressores.
- b) Hemorragia pontina.
- c) Encefalopatia hepática ainda em período de compensação.
- d) Mielinólise pontina.

80. O carcinoma hepatocelular é a neoplasia maligna primária mais comum do fígado, sendo na maioria das vezes associado a doenças hepáticas crônicas, especialmente cirrose decorrente de hepatite B, hepatite C, alcoolismo ou esteato-hepatite não alcoólica. O tratamento varia conforme o estágio do tumor e a reserva hepática. **SOBRE O TEMA, ASSINALE A ALTERNATIVA QUE DEMONSTRA A CONDUTA CORRETA PARA O PACIENTE APRESENTADO.**

- a) Paciente de 61a, hipertenso, diabético, AFP=122ng/ml, MELD=9, Child A, apresentando ressonância de abdome com fígado com dimensões preservadas, contornos regulares, e volumosa lesão nos segmentos II, III e IVa, de 9,5 cm, com hipervascularização arterial e *washout*, além de grande componente lipídico. Deve ser submetido a hepatectomia esquerda
- b) Paciente de 68a, hepatite C, MELD=8, Child A, AFP=2,34ng/ml, apresenta tomografia com sinais de hepatopatia crônica e nódulos hipervascularizados com *washout* no segmento III, de 1,8cm e 3,5cm. Tem como melhor conduta de tratamento e possibilidade de maior sobrevida, a segmentectomia hepática.
- c) Paciente de 64a, hepatite B, MELD=21, Child B, realizou tomografia de abdome que demonstrou sinais de hepatopatia crônica e nódulo hipervascularizado no segmento VII de 4,2cm, com *washout* e hipossinal na fase hepatobiliar (LIRADS 5), AFP=1.133ng/ml. Deve ser indicado transplante de fígado.
- d) Paciente de 73a, portador de hemocromatose, MELD=13, Child A, AFP=12ng/ml, apresentando tomografia de abdome com nódulos em segmento VIII de 1,2cm; segmento IVa, de 1,9 cm e segmento III, de 2,7cm, com hipervascularização arterial e *washout*, LIRADS 5. Deve ser indicada quimioembolização para posterior avaliação de transplante hepático.

IMAGEM Q3

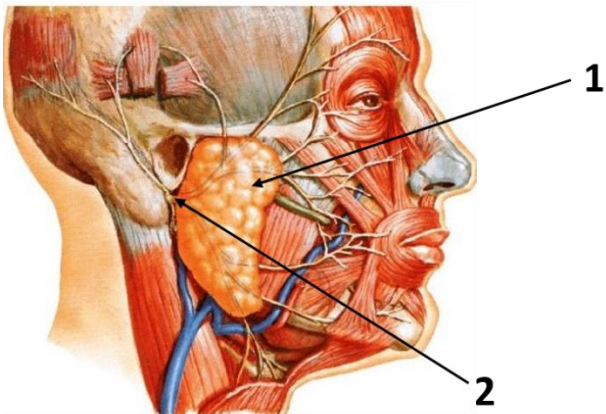


IMAGEM Q6



IMAGEM Q8



IMAGEM Q13



IMAGEM Q15

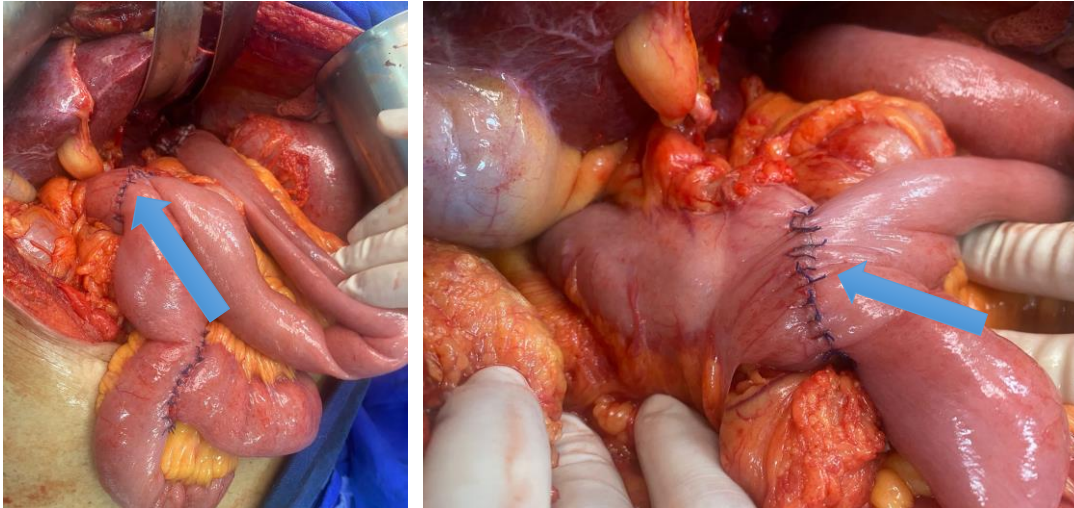


IMAGEM Q35

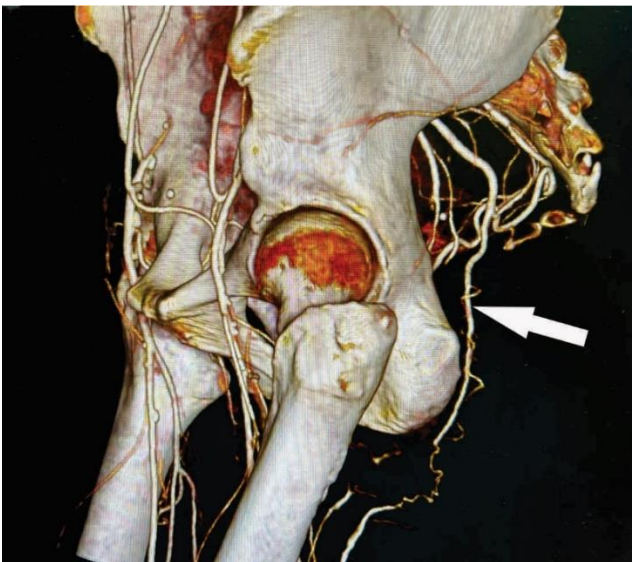


IMAGEM Q36

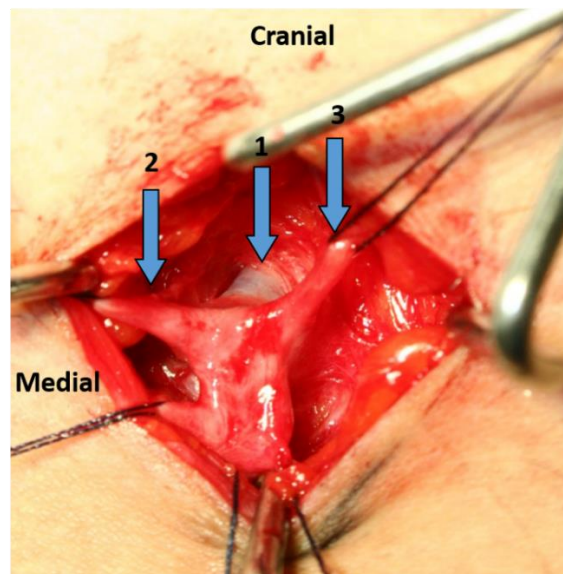


IMAGEM Q52

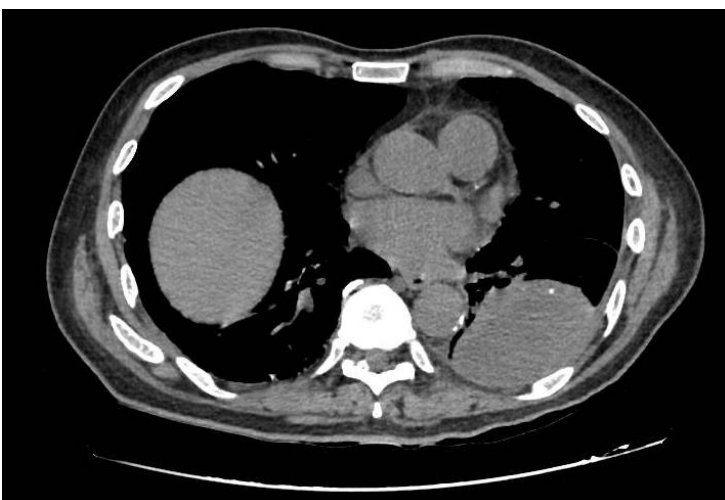


IMAGEM Q55

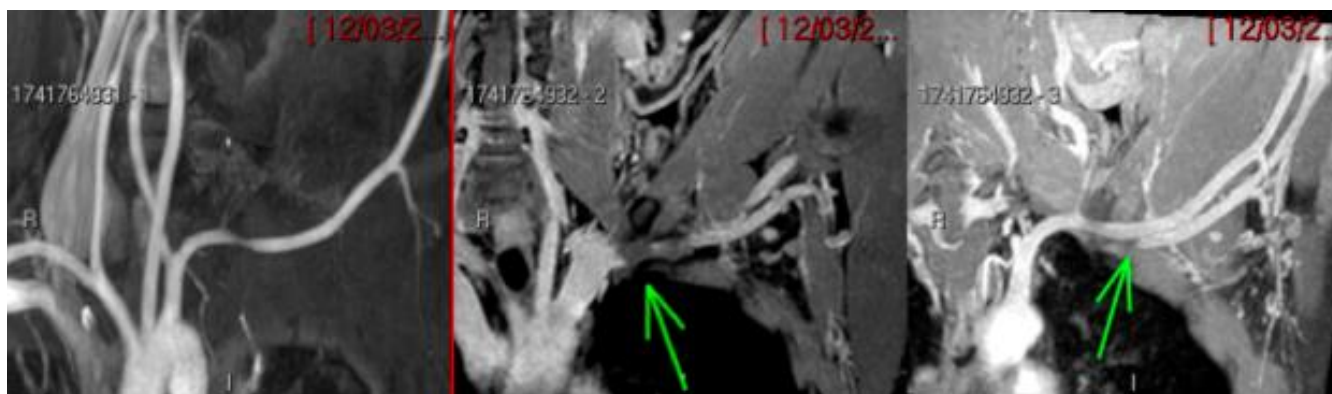


IMAGEM Q56



IMAGEM Q57

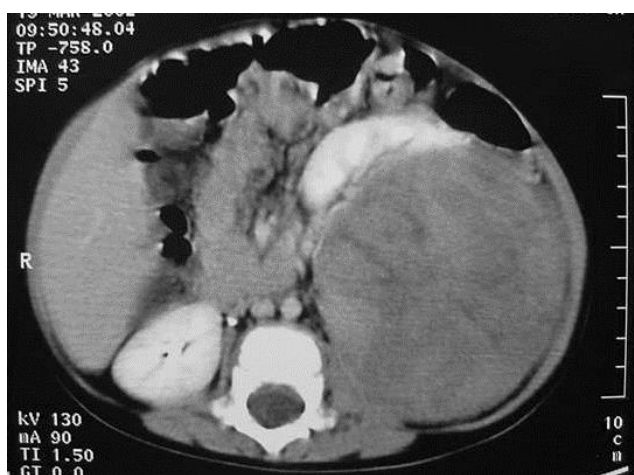


IMAGEM Q58



IMAGEM Q59



IMAGEM Q60



IMAGEM Q61



IMAGEM Q63

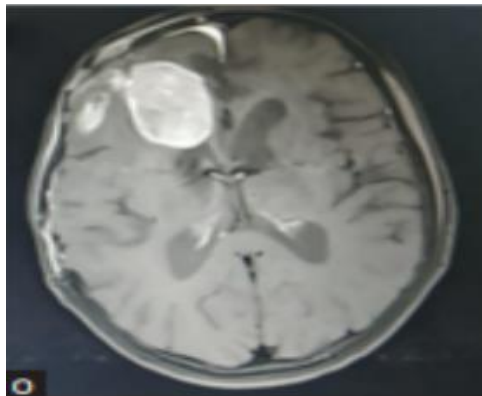


IMAGEM Q65



IMAGEM Q67



IMAGEM Q77

