

SELEÇÃO DE MÉDICOS RESIDENTES PARA 2026

ESPECIALIDADES E ÁREA DE ATUAÇÃO COM PRÉ-REQUISITO

PROGRAMAS: Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia do Trauma, Cirurgia Geral-Programa Avançado, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Coloproctologia e Urologia

PRÉ-REQUISITO: Cirurgia Geral ou Programa de Pré-Requisito em Área Cirúrgica Básica

CANDIDATO(A): _____

Nº DE INSCRIÇÃO: _____ **DATA:** 20/11/2025

INSTRUÇÕES GERAIS

- 1- Somente abra este **Caderno de Questões** quando o fiscal de sala autorizar.
- 2- O **Caderno de Questões** consta de 100 testes de múltipla escolha. **ATENÇÃO:** antes de iniciar a leitura desta prova, verifique se as questões estão numeradas de 1 a 100.
- 3- Cada questão de múltipla escolha é seguida de quatro alternativas, identificadas de A a D, com somente uma **CORRETA**. A resposta correta deve ser assinalada no **Cartão de Respostas**, que está identificado com os dados fornecidos quando da sua inscrição. A marcação de mais de uma alternativa para a mesma questão implicará na anulação dela. Somente serão consideradas as respostas assinaladas no **Cartão de Respostas**.
- 4- **NÃO ESQUEÇA DE ASSINAR** o seu **Cartão de Respostas** e de verificar se existe algum erro nos dados, bem como no nome do Programa em que você se inscreveu.
- 5- Procure preencher o **Cartão de Respostas** com caneta esferográfica azul ou preta e homogeneamente, todo espaço destinado à alternativa. **NÃO ULTRAPASSE OS LIMITES DE CADA QUADRO**, pois a leitora poderá entender que houve resposta dupla para a alternativa.
- 6- Seu **Caderno de Questões** e seu **Cartão de Respostas** são únicos e não haverá reposição deles, portanto, não os rasure nem os amasse.
- 7- Identifique a primeira página do seu **Caderno de Questões** com nome completo e número de inscrição.
- 8- **AO FINAL DA PROVA, VOCÊ DEVERÁ ENTREGAR AO FISCAL O CARTÃO DE RESPOSTAS E PODERÁ LEVAR O CADERNO DE QUESTÕES.**
- 9- A prova terá duração de 4 horas, quando será recolhido o **Cartão de Respostas**. Você deverá controlar o tempo disponível. **NÃO HAVERÁ TEMPO ADICIONAL PARA CONCLUSÃO DA PROVA E OU PREENCHIMENTO DO CARTÃO DE RESPOSTAS.**
- 10- Você poderá retirar-se da sala somente depois de três horas do início da prova.

01. Homem de 75 anos refere surgimento de tumoração cutânea na região poplítea direita há 8 meses, de crescimento rápido, sobre área de cicatriz de queimadura profunda aos 12 anos de idade, e que não recebera enxertia de pele. A fotografia representa a lesão ao exame físico atual.



Lesão de pele

Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Lesão por pressão.
- b) Melanoma.
- c) Úlcera de Marjolin.
- d) Ceratose seborreica.

02. Homem de 49 anos sofreu queimadura por combustão de álcool em ambos os membros inferiores ao acender a churrasqueira em uma chácara na zona rural de uma cidade pequena. O serviço de resgate médico foi acionado para realizar o transporte do paciente para o hospital de referência localizado a 2 horas do local. Após a chegada do resgate, a equipe encontrou o paciente consciente e orientado, Peso: 100Kg, FC: 88 bpm, PA: 120 x 80 mmHg.

De acordo com a 11ª edição do Advanced Trauma Life Support - ATLS, quais condutas devem ser tomadas pela equipe do resgate médico?

- a) Início imediato de 750 ml de Ringer lactato por hora durante o transporte.
- b) Administração de 750 ml de Ringer lactato em bolus, seguida de 500 ml por hora durante o transporte.
- c) Início imediato de 500 ml de Ringer lactato por hora durante o transporte.
- d) Administração de 500 ml de Ringer lactato em bolus, seguida de 250 ml por hora durante o transporte.

03. Homem de 19 anos foi vítima de queimadura elétrica em ambiente de trabalho com corrente de alta voltagem, com entrada no braço direito e saída na coxa esquerda. Foi rapidamente levado ao pronto-socorro para atendimento. Ao exame: Peso: 60Kg, Altura: 1,62m, FC: 92 bpm, PA: 110 x 70 mmHg. A área total de superfície corporal queimada foi estimada em 20%.

De acordo com a 11ª edição do Advanced Trauma Life Support - ATLS, como deve ser realizada a reposição volêmica endovenosa deste paciente?

- a) Administração de 300 ml de Ringer lactato por hora por 16 horas, tendo como alvo um débito urinário de 90 ml/hora.
- b) Administração de 300 ml de Ringer lactato por hora por 24 horas, tendo como alvo um débito urinário de 90 ml/hora.
- c) Administração de 150 ml de Ringer lactato por hora por 16 horas, tendo como alvo um débito urinário de 30 ml/hora.
- d) Administração de 150 ml de Ringer lactato por hora por 24 horas, tendo como alvo um débito urinário de 30 ml/hora.

04. Mulher de 63 anos, com antecedente de transplante renal há 2 anos, em uso de tacrolimus e prednisona, apresentou erisipela em membro inferior esquerdo que evoluiu para necrose da pele da perna, circunferencial, poupando articulações de joelho e tornozelo. Sem sinais de exposição óssea ou tendínea. Após o desbridamento cirúrgico, o aspecto da ferida pode ser visto na figura.



Ferida em perna

Qual a conduta para o tratamento desta ferida?

- a) Preparo direto do leito com oxigenoterapia hiperbárica multiplace, seguida de retalho cutâneo regional para cobertura do tegumento.
- b) Preparo direto do leito com terapia por pressão negativa em modo intermitente, seguida de enxerto de pele total para cobertura cutânea.
- c) Novo desbridamento cirúrgico, preparo do leito com terapia por pressão negativa em modo contínuo, seguida de enxerto de pele parcial em malha para cobertura cutânea.
- d) Novo desbridamento cirúrgico, preparo do leito com oxigenoterapia hiperbárica monoplace, seguida de retalho cutâneo local para cobertura do tegumento.

05. Mulher de 48 anos apresenta um melanoma primário, localizado na coxa esquerda, com espessura de Breslow de 17,4 mm. O estadiamento clínico e a avaliação com exames de imagem não demonstraram evidência de metástases à distância. O mapeamento pré-operatório por linfocintilografia indicou a presença de um linfonodo sentinela na região inguinal esquerda.

Qual é a conduta cirúrgica mais apropriada e de acordo com as diretrizes atuais?

- a) Realizar ampliação de margens de 2 cm e, no mesmo tempo cirúrgico, realizar biópsia do linfonodo sentinela para estadiamento.
- b) Realizar ampliação de margens de 1 cm e, em um segundo tempo cirúrgico, caso o paciente apresente recidiva da doença, realizar biópsia do linfonodo sentinela.
- c) Realizar ampliação de margens de 2 cm e, em um segundo tempo cirúrgico, realizar biópsia do linfonodo sentinela para estadiamento.
- d) Realizar ampliação de margens de 2 cm e, independentemente do resultado da biópsia do linfonodo sentinela, realizar linfadenectomia inguinal esquerda devido ao valor elevado do Breslow.

06. Homem de 35 anos sofreu acidente motociclístico há 2 semanas e está sendo submetido desde então a terapia por pressão negativa (TPN) após desbridamentos em ferida complexa com ampla perda cutânea e exposição da tíbia (15 cm) no terço médio e distal da perna direita.

Qual seria a próxima proposta cirúrgica correta?

- a) Retalho microcirúrgico, pois a exposição óssea é extensa e a localização limita as opções de retalhos locais.
- b) Retalho local, pois nesta região da perna há muitas opções de retalhos musculares e cutâneos.
- c) Amputação, pois a ferida apresenta mais de 10 cm de exposição da tíbia e não há opções de fechamento.
- d) Enxertia de pele, pois a terapia por pressão negativa (TPN) já preparou o leito da ferida.

07. Mulher de 30 anos sofreu queimaduras em 30% da superfície corporal, com predominância de lesões de 2º e 3º graus, há 6 horas. A paciente evolui com quadro de hipotensão arterial (90x40 mmHg) e taquicardia (120 bpm).

Qual é a conduta inicial mais adequada para este caso?

- a) Iniciar antibioticoprofilaxia de largo espectro.
- b) Administrar vasopressores para aumentar a pressão arterial.
- c) Realizar desbridamento cirúrgico das áreas queimadas.
- d) Realizar reposição volêmica por via intravenosa.

08. Segundo as novas recomendações do ATLS (Advanced Trauma Life Support, 2025, 11ª edição), no atendimento inicial do paciente queimado, as seguintes situações devem levar à intubação imediata, EXCETO:

- a) Redução do nível de consciência, com comprometimento dos reflexos de proteção das vias aéreas.
- b) Queimaduras de vibrissas e fuligem em face.
- c) Rouquidão, estridor, uso de músculos respiratórios acessórios, retração esternal.
- d) Incapacidade de eliminar secreções, fadiga respiratória, oxigenação ou ventilação inadequadas.

09. Homem, 35 anos, sem comorbidades, sofreu queimaduras por combustão de álcool em cerca de 40% do corpo. Foi rapidamente resgatado e levado à UPA mais próxima da cena. Na avaliação inicial, verificou-se que havia 10% de queimaduras de primeiro grau, 20% de queimaduras de segundo grau e 10% de queimaduras de terceiro grau. O paciente foi pesado e tem 80Kg.

Segundo as novas diretrizes do ATLS (11ª edição de 2025), qual deve ser o planejamento de hidratação inicial deste paciente?

- a) Infundir 500mL de Ringer Lactato por hora, a fim de obter diurese de 40mL por hora
- b) Infundir 6400mL de Ringer Lactato, numa velocidade de 400mL por hora, a fim de se obter uma diurese de 40mL por hora
- c) Infundir 6400mL de Ringer Lactato, sendo 3200mL nas primeiras 8 horas, posteriormente infundir 3200mL nas 16 horas restantes, a fim de obter uma diurese de 80mL por hora
- d) Infundir 4800mL de Ringer Lactato, numa velocidade de 300mL por hora, a fim de se obter uma diurese de 40mL por hora

10. Homem de 52 anos sofreu uma mordedura por seu cão. O paciente trouxe a carteira de vacinação do cão confirmando que o animal é corretamente vacinado com as vacinas v10 polivalentes e antirrábica. Houve ferimento na região de lábio superior, formando uma lesão linear de 1,5cm, que não acomete mucosa labial. O paciente chegou para avaliação após 8 horas do ocorrido.

Qual a conduta correta neste caso?

- a) Após 6 horas de trauma deve ser feita higiene local com solução antisséptica, deixar o ferimento aberto e iniciar antibiótico (amoxicilina com clavulanato). Checar vacinação antitetânica do paciente e fazê-la se necessário
- b) Após 6 horas de trauma deve ser feita higiene local com solução antisséptica, deixar o ferimento aberto e curativo antimicrobiano. Não é necessária vacinação antitetânica pois o cão é corretamente vacinado
- c) Deve ser realizada limpeza, desbridamento e síntese do ferimento; iniciar antibiótico (amoxicilina com clavulanato). Checar vacinação antitetânica do paciente e fazê-la se necessário
- d) Deve ser realizada limpeza, desbridamento e síntese do ferimento; iniciar antibiótico (amoxicilina com clavulanato). Checar vacinação antirrábica do paciente e fazê-la se necessário

11. Homem, 64 anos, apresentou queixa de hematúria macroscópica intermitente há 2 semanas, mais intensa ao final da micção. Negou febre associada ao quadro, porém queixava-se de disúria e dor supra-púbica e descarga uretral purulenta no mesmo período. Refere sintomas do trato urinário inferior com International Prostate Symptoms Score (I-PSS) de 12/35, há pelo menos 3 anos - já em uso de doxazosina 4mg/dia. Negou antecedente de litíase urinária. É tabagista, aproximadamente 50 maços/ano. É divorciado, e refere relações sexuais frequentes, sem, entretanto, ter relacionamento estável. Exame digital indica próstata com 40cm³, sem nódulações, dolorosa ao toque. Urocultura positiva - E.coli > 100.000 cols/ml, multissensível. Fez tratamento empírico indicado após atendimento em Unidade Básica de Saúde com ciprofloxacino por 7 dias, iniciado antes da coleta da urocultura. No momento refere melhora da hematúria, mantendo queixa de disúria ocasional de menor intensidade e dor supra-púbica.

Qual o próximo passo na investigação diagnóstica e conduta?

- a) Dosagem de PSA, fluxometria e ultrassom transretal da próstata para discutir tratamento cirúrgico para hiperplasia prostática benigna
- b) Consolidação do tratamento iniciado para infecção urinária estendendo período de tratamento para tratar prostatite; repetir urocultura; e solicitar sorologias, swab uretral, pesquisa gram em secreção uretral pensando em Doenças Sexualmente Transmissíveis
- c) Dosagem de creatinina e uréia, ultrassom de trato urinário superior pela suspeita de neoplasia renal ou urotelial alta
- d) Tomografia de abdome/ pelve sem contraste, dosagem de PTH sérico, cálcio, sódio, citrato e investigação metabólica para litíase

12. Paciente do sexo feminino, 64 anos, iniciou seguimento com urologista por alterações miccionais secundárias ao diabetes mellitus. O especialista alertou a paciente quanto ao risco de complicações, justificando assim o seguimento regular com clínico geral e a solicitação periódica de exames.

Qual o acometimento do trato urinário mais frequentemente esperado nesse caso e qual o exame que deveria ser solicitado para o diagnóstico dessa possível complicação?

- a) Litíase urinária - ultrassom de vias urinárias.
- b) Hematúria - cistoscopia.
- c) Doença renal crônica - creatinina/uréia.
- d) Infecção do trato urinário - urocultura.

13. Mulher durante investigação de cólica nefrética direita realizou tomografia computadorizada sem contraste que não identificou litíase no trato urinário, mas identificou lesão adrenal direita de 4,3cm, densidade de 02 UH, homogênea e limites bem definidos. Paciente encaminhado para endocrinologista que após investigação laboratorial e provas pertinentes constatou-se tratar de incidentaloma não funcionante na glândula adrenal direita. Paciente encaminhado ao urologista para definição de conduta cirúrgica.

Considerando este quadro clínico, qual a melhor conduta a ser recomendada à paciente quanto ao incidentaloma adrenal?

- a) Indicar cirurgia devido à dimensão da lesão adrenal.
- b) Indicar cirurgia devido a não funcionalidade da lesão adrenal.
- c) Não indicar cirurgia devido a não funcionalidade da lesão adrenal.
- d) Não indicar cirurgia devido à dimensão da lesão adrenal.

14. Paciente em cirurgia de transplante renal e durante anastomose ureteral por técnica extravesical necessita-se ligar a extremidade do vaso ureteral no coto ureteral a ser implantado na bexiga.

Qual o fio cirúrgico seria recomendado para realizar esta ligadura?

- a) Algodão 2-0.
- b) Prolene (polipropileno) 5-0.
- c) Algodão 3-0.
- d) PDS (polidioxanona) 5-0.

15. Gestante primigesta com 36 semanas de gestação, durante ultrassonografia gestacional no terceiro trimestre, identifica-se dilatação do rim esquerdo com parênquima renal preservado, diâmetro anteroposterior da pelve com 2 cm, e ausência de dilatação ureteral. Rim contralateral sem alterações, líquido amniótico preservado. Com este quadro é encaminhada ao consultório de urologista pediátrico para orientação.

Qual a melhor conduta a ser orientada à gestante entre as opções a seguir?

- a) Esclarecer a potencial gravidade do quadro e sugerir preparo obstétrico para interrupção da gestação e realizar nova ultrassonografia logo após o parto para avaliar a dilatação do trato urinário com grande chance de intervenção cirúrgica no primeiro mês de vida.
- b) Esclarecer a potencial gravidade do quadro e sugerir preparo obstétrico para interrupção da gestação e realizar nova ultrassonografia logo após o parto para avaliar a dilatação do trato urinário, realizando sondagem vesical de demora no RN imediata.
- c) Tranquilizar a gestante, prosseguir com a gestação segundo protocolo obstétrico habitual, e realizar nova ultrassonografia ao longo da primeira semana de vida do RN, preferencialmente após 48h do nascimento, para avaliar a dilatação do trato urinário.
- d) Tranquilizar a gestante, prosseguir com a gestação segundo protocolo obstétrico habitual, e realizar nova ultrassonografia logo após o parto para avaliar a dilatação do trato urinário.

16. Casal com infertilidade conjugal possivelmente secundária ao fator masculino devido a vasectomia realizada a 17 anos. Marido com 55 anos e esposa com 38 anos. Marido possui 3 filhos, sendo mais novo com 18 anos e esposa nunca gestou. Casal procura urologista para conhecer as possibilidades de concepção.

Qual seria a melhor opção a ser oferecida ao fator masculino e casal considerando o enunciado e particularidades de cada procedimento?

- a) Propor reversão da vasectomia por epididimovasoanastomose e tentativa de gravidez espontânea após.
- b) Propor extração espermática por punção aspirativa do epidídimo (PESA) e tentativa de gravidez por reprodução assistida.
- c) Propor reversão da vasectomia com vasovasostomia anastomose e tentativa de gravidez espontânea após.
- d) Propor extração espermática por biópsia testicular (TESE) e tentativa de gravidez por reprodução assistida.

17. Mulher, 45 anos, já submetida à múltiplos tratamentos endoscópicos para litíase renal, inclusive com necessidade de reimplante ureteral à direita por estenose ureteral secundária às abordagens endourológicas. A análise do cálculo revelou ser oxalato de cálcio puro. Realizou investigação metabólica completa cuja única alteração identificada foi a presença de oxalato urinário de 65 mg/24 horas (VR < 47 mg/24h).

Acerca do tratamento clínico e medidas dietéticas para a prevenção da recorrência da litíase urinária, assinale a alternativa CORRETA.

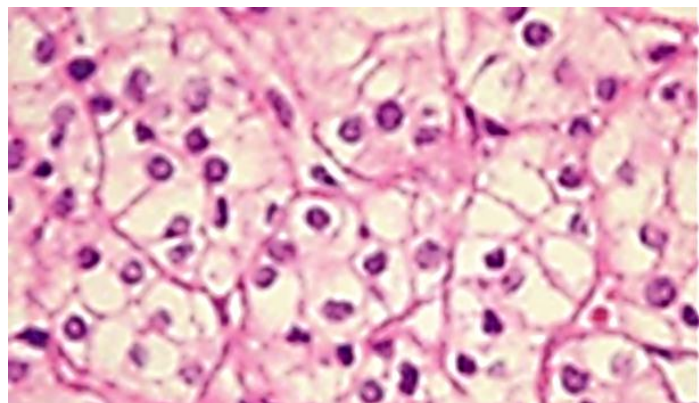
- a) A hidratação com 2,5-3,0 litros de líquidos por dia associada ao citrato de frutas cítricas é suficiente para a maioria dos casos.
- b) A dieta vegetariana ou vegana, mesmo que equilibrada em cálcio, pode impactar negativamente na formação de cálculos.
- c) A suplementação de cálcio na dieta pode ser empregada, com dose titulada a depender da resposta na urina de 24h controle.
- d) O uso de piridoxina (vitamina B6) pode ser considerado como terapia adjuvante em alguns casos de hiperoxalúria primária.

18. Paciente do sexo masculino, 57 anos, portador de DM compensada, procurou o pronto atendimento com queixa de dor em flanco esquerdo de forte intensidade, iniciada há 7 dias com piora há 24 horas, associado a náuseas e vômitos nos picos de dor. Temperatura axilar de 38°C, FC 105 bpm e PA 155 x 90 mmHg à admissão. Realizou tomografia de abdome com achado de ureterolitíase distal à esquerda, ao nível da junção uretero-vesical medindo 0,5cm no maior eixo, com dilatação ureteropielocalicinal à montante com diâmetro anteroposterior da pelve de 1,7cm, associado à borramento dos planos adiposos perirrenais ipsilateral. Exames laboratoriais evidenciando leucócitos 13.600 com 4% de bastonetes, creatinina 1,34 mg/dL e PCR de alta sensibilidade 6,5 mg/dL, urina rotina sem alterações.

Baseado no quadro clínico descrito assinale a alternativa correta:

- a) A litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) permanece como opção de tratamento definitivo em cálculos ureterais menores, sem necessidade de acesso endoscópico.
- b) A terapia expulsiva com tansulosina associada a antibioticoterapia oral pode ser iniciada para promover passagem espontânea do cálculo após estabilização inicial do paciente.
- c) O paciente possui indicação de tratamento cirúrgico endoscópico por meio da ureterorrenolitotripsia à laser utilizando soro de irrigação em baixa pressão.
- d) A derivação do trato urinário com stent uretral ou nefrostomia percutânea seguido de tratamento antibiótico é a melhor conduta.

19. Paciente do sexo feminino, 45 anos, sem síndromes genéticas na família, apresentou achado de lesão nodular em tomografia de abdome com impregnação intensa por contraste na fase corticomedular (120-140 UH) e desimpregnação (lavagem) na fase nefrográfica (90-100 UH). Foi submetida a nefrectomia parcial que apresentou lesão amarelada, com 5cm de diâmetro com pequena área de necrose central. Aspecto da lesão à lâmina corada com hematoxilina-eosina, aumento 40x, representada abaixo.



Visão microscópica - aumento 40x

Qual a histologia mais provável?

- a) Carcinoma de Células Renais variante células claras.
- b) Carcinoma de Células Renais variante cromófoba.
- c) Carcinoma de Células Renais variante papilífera tipo I.
- d) Carcinoma de Células Renais variante ductos coletores.

20. Paciente masculino, 55 anos, procurou atendimento para rastreamento preventivo de câncer de próstata com resultados de exames abaixo. Apresenta sintomas leves do trato urinário inferior com *International Prostate Symptoms Score* (I-SS) de 6/35. Refere antecedente de neoplasia de próstata na família. Exame digital demonstrou próstata com 30g e consistência fibroelástica, sem nódulos, indolor. Ressonância Magnética Multiparamétrica de próstata não demonstrou nódulos ou lesões suspeitas. Volume da próstata à ressonância de 21cm³.

LABORATORIO HC FMRP USP		
EXAMES	RESULTADO	VALOR DE REFERÊNCIA
PSA total	1,2 ng/ml	0 a 3,0 ng/ml
PSA livre	0,51 ng/ml	
Relação livre/total	42%	> 20%
Densidade PSA	0.06ng/ml.cm ³	< 0.20
Urocultura	negativa	

Exames do paciente

Qual a conduta mais apropriada?

- a) Alfa-bloqueador associado a inibidor da 5-alfa-redutase.
- b) Retorno em um ano com novo PSA.
- c) Biópsia de próstata.
- d) Fluxometria.

21. Paciente de 13 anos, sexo masculino, foi levado por seus pais ao Pronto-Socorro referindo dor testicular intensa a esquerda há 4 horas, associada a edema testicular importante. Negou trauma testicular ou litíase urinária. Na avaliação inicial, foi constatada a queixa de dor supra-púbica, sem peritonismo ao exame físico e achado de edema importante em testículo esquerdo, associado a hiperemia e dor intensa local. Com a elevação do testículo não havia melhora da dor. Médico plantonista pediu avaliação da clínica cirúrgica e ultrassom doppler de bolsa escrotal. Após 2 horas de observação o ultrassom ainda não havia sido realizado. Nesse período não houve piora na dor abdominal, porém o paciente queixou-se de náuseas e vômitos.

Qual seria o próximo passo mais adequado nesse caso?

- a) Exploração cirúrgica de bolsa escrotal.
- b) Tomografia de abdome e pelve.
- c) Dosagem sérica de Alfa-feto proteína, β -HCG, LDH, hemograma e proteína-C reativa com ultrassom doppler de bolsa escrotal.
- d) Laparoscopia/ laparotomia exploradora.

22. Homem, 62 anos, diabético há 15 anos, hipertenso, dislipidêmico e tabagista (40 maços/ano), apresenta claudicação intermitente em panturrilha direita há 8 meses, com distância de claudicação de aproximadamente 100 metros. Nega dor em repouso ou lesões tróficas. Ao exame físico, ausência de pulsos pediosos e tibiais posteriores à direita, com pulsos femorais presentes bilateralmente. O índice tornozelo-braquial (ITB) direito é de 0,45 e o esquerdo de 0,85. A angiotomografia de membros inferiores demonstra oclusão da artéria femoral superficial direita em seu terço médio, com boa rede colateral e trifurcação distal pérvia.

Considerando as diretrizes mais atuais para doença arterial periférica, qual a primeira linha de tratamento para este paciente?

- a) Simpatectomia lombar para melhora da perfusão distal seguida de anticoagulação com inibidores diretos anti-Xa em dose arterial.
- b) Angioplastia com stent da artéria femoral superficial seguida de dupla antiagregação plaquetária.
- c) Tratamento clínico otimizado com cilostazol, antiagregação e estatinas além de programa de exercícios supervisionados com controle dos demais fatores de risco.
- d) Revascularização cirúrgica imediata com bypass fêmoro-poplíteo e monoantiagregação plaquetária.

23. Homem, 45 anos, obeso (IMC 32 kg/m²), é submetido a artroplastia total de joelho direito. No 3º dia pós-operatório, apresenta dispneia súbita, taquicardia (FC: 110 bpm), saturação de oxigênio de 88% em ar ambiente e dor torácica pleurítica. Ao exame físico, nota-se edema assimétrico em membro inferior direito, com diferença de circunferência de 3 cm em relação ao contralateral. O paciente não recebeu profilaxia antitrombótica adequada no pré-operatório. A angiotomografia de tórax confirma embolia pulmonar bilateral e o ultrassom Doppler venoso evidencia trombose venosa profunda em veias poplíteas e femoral superficial direitas.

Considerando as diretrizes atuais para o tratamento do tromboembolismo venoso, qual a conduta mais apropriada para este paciente?

- a) Administrar rivaroxabana 15 mg 12/12h por 21 dias, seguida de 20 mg 1x/dia por 3 a 6 meses.
- b) Iniciar dabigatrana 150 mg 12/12h imediatamente, sem necessidade de anticoagulação parenteral prévia.
- c) Realizar trombólise sistêmica com alteplase seguida de anticoagulação com heparina de baixo peso molecular.
- d) Iniciar anticoagulação com heparina não fracionada endovenosa por 24 horas, seguida de varfarina por 3 meses, mantendo INR entre 2,0-3,0.

24. Mulher, 68 anos, hipertensa, diabética e ex-tabagista, procura atendimento médico com queixa de dor abdominal difusa há 6 horas, de início súbito, irradiando para o dorso. Ao exame físico, apresenta-se taquicárdica (FC: 120 bpm), hipotensa (PA: 90x60 mmHg), com abdome distendido e massa pulsátil palpável em região epigástrica. A paciente refere ter realizado ultrassom abdominal há 2 anos que evidenciou aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 4,8 cm de diâmetro, mas não fez seguimento adequado. A angiotomografia de abdome com contraste demonstra aneurisma de aorta abdominal roto de 6,2 cm, com hematoma retroperitoneal e extravasamento ativo de contraste.

De acordo com as diretrizes e recomendações mais recentes, qual a conduta mais adequada para esta paciente?

- a) Arteriografia diagnóstica para melhor caracterização da lesão antes da decisão terapêutica.
- b) Reparo endovascular de urgência (EVAR), se anatomicamente favorável, com controle permissivo da hipotensão.
- c) Estabilização hemodinâmica com reposição volêmica agressiva e correção cirúrgica aberta de urgência.
- d) Tratamento com cirurgia híbrida (endovascular e laparotomia descompressiva) após estabilização clínica.

25. Homem, 72 anos, hipertenso, diabético e dislipidêmico, apresentou episódio de amaurose fugaz em olho direito há 3 meses, com duração de 15 minutos e resolução espontânea completa. Desde então, permanece assintomático. O ultrassom Doppler de carótidas demonstra estenose de 75% da artéria carótida interna direita, com placas heterogêneas e irregulares. A carótida contralateral apresenta estenose de 40%. O paciente está em uso regular de AAS 100mg/dia, atorvastatina 80mg/dia e apresenta controle adequado da pressão arterial e glicemia. A ressonância magnética de crânio não evidencia sinais de infarto cerebral.

Baseando-se nas diretrizes mais atuais para doença carotídea, qual a conduta mais apropriada?

- a) Indicar endarterectomia carotídea direita, pois se trata de estenose sintomática >50%.
- b) Realizar angioplastia carotídea com stent, por ser menos invasiva que a endarterectomia.
- c) Manter apenas tratamento clínico otimizado, pois o paciente está assintomático há mais de 6 meses.
- d) Manter tratamento clínico, pois a indicação de intervenção em assintomáticos é para estenoses >80%.

26. Homem, 28 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em coxa direita, dá entrada no pronto-socorro com sangramento ativo moderado no local da lesão. Ao exame físico inicial, apresenta-se consciente, PA: 100x70 mmHg, FC: 110 bpm, com ausência de pulso pedioso e tibial posterior direitos. O pulso femoral direito está presente, mas diminuído em relação ao contralateral. Há hematoma expansivo em região inguinal direita e déficit sensitivo-motor discreto do pé direito. A angiotomografia com contraste demonstra lesão da artéria femoral superficial direita com extravasamento ativo de contraste e hematoma adjacente.

Qual a conduta mais adequada?

- a) Indicado intervenção com colocação de stent revestido em artéria femoral superficial.
- b) Controle compressivo local, injeção de fibrina e observação clínica por 24 horas.
- c) Embolização endovascular da artéria femoral superficial para controle do sangramento.
- d) Exploração cirúrgica imediata com reparo vascular direto da artéria femoral superficial.

27. Um paciente de 68 anos, com histórico de fibrilação atrial, insuficiência renal crônica (ClCr estimado = 20 mL/min) e anemia crônica (Hb estável em 9,5 g/dL) é admitido com diagnóstico de trombose venosa profunda proximal extensa em membro inferior esquerdo. Não há instabilidade hemodinâmica.

Qual a melhor conduta anticoagulante inicial para este paciente?

- a) Enoxaparina 1 mg/kg, subcutâneo, de 12/12 horas.
- b) Rivaroxabana 15 mg, via oral, 2x ao dia.
- c) Heparina não fracionada (HNF), endovenosa, mantendo TTPa entre 1,5 e 2,5x o controle.
- d) Dabigatrana 150 mg, via oral, 2x ao dia.

28. Uma paciente de 58 anos do sexo feminino, internado na UTI com choque séptico refratário, necessita de acesso venoso central para administração de fluidos, vasopressores e antibioticoterapia. Ele possui os seguintes fatores: história de cateter de dupla via à direita (cateterização venosa central prévia), mastectomia radical esquerda com linfadenectomia axilar há 15 anos, e portador de síndrome de veia cava superior (SVCS) por tumor de ápice pulmonar. As punções das veias jugular e subclávia direitas foram tentadas sem sucesso (não houve progressão do fio guia).

Qual é a melhor alternativa de acesso para esta paciente?

- a) Realizar implante de cateter venoso central via punção de veia femoral.
- b) Realizar acesso venoso central por punção de veia jugular externa esquerda.
- c) Realizar acesso venoso central por punção ecoguiada da veia subclávia esquerda.
- d) Realizar implante de cateter venoso central longo por dissecação da veia basílica direita.

29. Um homem de 70 anos, com histórico de claudicação intermitente para menos de 200 metros, chega ao serviço de urgência referindo piora aguda da dor no pé direito nas últimas 8 horas, com dor mesmo em repouso. Ao exame, o pé encontra-se frio, pálido e com cianose de dedos. Os pulsos femorais são palpáveis, mas os pulsos poplíteo, tibiais e pediosos não são palpáveis e estão ausentes ao Doppler.

Qual é a hipótese diagnóstica mais provável para o agravamento agudo da condição do paciente?

- a) Embolia arterial aguda.
- b) Insuficiência arterial crônica descompensada.
- c) Trombose arterial aguda.
- d) Flegmasia cerulea dolens.

30. Paciente de 60 anos do sexo feminino, diabética tipo 2 há 20 anos, com retinopatia e nefropatia diabéticas conhecidas, busca atendimento por uma úlcera em região plantar do pé esquerdo, sob a cabeça do 5º metatarso, com 3 semanas de evolução. Ele refere que a lesão surgiu após usar um sapato novo. Ao exame, a úlcera é profunda, com bordas calosas e fundo com tecido de granulação. O teste da "sonda-osso" é negativo. O pé encontra-se visivelmente deformado, com dedos em "garra". A pele é seca e fina. Ao teste do monofilamento de 10g (Semmes-Weinstein), o paciente não sente o toque em múltiplos pontos do pé. O exame vascular revela pulsos pedioso e tibial posterior palpáveis e simétricos. Não há sinais flogísticos (eritema, calor, edema) ou secreção purulenta.

Com base nesta apresentação, qual é a conduta de primeira linha e o diagnóstico etiológico principal desta úlcera?

- a) Desbridamento cirúrgico e antibioticoterapia de amplo espectro, tratando-a como uma infecção subclínica de úlcera plantar.
- b) Realizar angiotomografia, tratando-a como uma úlcera de etiologia mista: neuropática e microangiopática.
- c) Realização de radiografia simples do pé para investigar osteoartropatia de *Charcot* ativa, tratando-a como uma deformidade neuropática instável.
- d) Alívio imediato e rigoroso da pressão mecânica na região (descarga) e uso de calçados adequados, caracterizando-a como uma úlcera neuropática pura.

31. Um paciente masculino de 65 anos é submetido a uma embolectomia bem-sucedida do membro inferior esquerdo após 5 horas de isquemia arterial aguda por embolia cardíaca. No entanto, nas 12 horas seguintes, o paciente desenvolve edema muscular maciço no membro e em exames laboratoriais, apresenta elevação abrupta de creatinoquinase (CK) para 85.000 U/L, hipercalemia ($K^+ = 6,8$ mEq/L) e acidose metabólica. A pressão arterial começa a cair, e o débito urinário torna-se escasso.

Qual é o mecanismo fisiopatológico primário responsável por desencadear essa cascata de eventos sistêmicos potencialmente fatais?

- a) Ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) em resposta à hipoperfusão renal causada pela reperfusão, resultando em vasoconstrição e piora da função renal.
- b) Geração de Espécies Reativas de Oxigênio (ROS) ao serem reperfundidos tecidos isquêmicos, causando lesão oxidativa à membrana celular e desencadeando uma resposta inflamatória sistêmica.
- c) Necrose celular direta por hipóxia durante o período de oclusão, com liberação de potássio, mioglobina (rabdomiólise) e ácido láctico.
- d) Liberação de tromboplastina tecidual e ativação da cascata de coagulação no período de reperfusão, levando a uma coagulação intravascular disseminada (CIVD).

32. Homem de 42 anos, previamente hígido, vítima de colisão automóvel-moto, é admitido no pronto-socorro com fraturas costais à direita (arcos 5 a 8), dispneia leve e dor torácica. A radiografia inicial evidencia hemotórax moderado à direita, sendo realizada drenagem com dreno tubular 32 Fr em selo d'água, com débito inicial de 800 mL de sangue. Nas primeiras 24 horas, o débito reduz e o paciente mantém a estabilidade clínica.

No 3º dia de internação, apresenta febre ($38,5^\circ\text{C}$), taquicardia leve e dor torácica persistente. A radiografia mostra velamento basal direito. A tomografia de tórax revela derrame pleural loculado com áreas de alta densidade (coágulos), espessamento pleural parietal e colapso pulmonar parcial. O laboratório mostra leucocitose com desvio à esquerda e PCR de 150 mg/L.

Qual é a conduta mais apropriada neste momento, considerando o quadro clínico-radiológico?

- a) Iniciar instilação intrapleural de alteplase e DNase pelo dreno existente, para favorecer lise de coágulos e reexpansão pulmonar.
- b) Manter antibiótico venoso e observação clínica, uma vez que o quadro ainda é inicial e não há sinais de sepse grave.
- c) Retirar o dreno atual e instalar novo cateter pigtail guiado por imagem na maior coleção pleural identificada, mantendo antibioticoterapia empírica.
- d) Indicar videotoracoscopia para evacuação do hemotórax coagulado, desbridamento e liberação pulmonar precoce.

33. Homem de 60 anos, ex-tabagista há 12 anos, com antecedente de adenocarcinoma de cólon ressecado há 8 anos (estádio III, sem recidiva), encontra-se assintomático. Em controle oncológico, a tomografia de tórax identifica nódulo sólido periférico de 2,8 cm, espiculado, localizado no lobo inferior esquerdo. O PET-CT mostra captação aumentada ($SUV = 6,5$) somente na lesão pulmonar, sem linfonodomegalias ou outras lesões viscerais. A espirometria demonstra função pulmonar preservada.

Diante desse cenário, qual é a conduta mais apropriada?

- a) Repetir a tomografia em 3 meses, observando a evolução do nódulo antes de indicar qualquer procedimento.
- b) Solicitar broncoscopia com lavagem brônquica e escovado, como método diagnóstico inicial antes de qualquer intervenção invasiva.
- c) Realizar biópsia percutânea guiada por tomografia, visando confirmar o diagnóstico e planejar a abordagem cirúrgica definitiva.
- d) Presumir metástase pulmonar tardia do câncer colorretal e iniciar quimioterapia sistêmica com esquema FOLFOX.

34. Homem de 56 anos, tabagista de 40 anos-maço, realiza tomografia de tórax para investigação de dor dorsal inespecífica. O exame evidencia nódulo pulmonar sólido de 1,7 cm, com margens espiculadas, localizado no lobo superior direito. O PET CT demonstra captação aumentada ($SUV = 5,8$) restrita ao nódulo, sem linfonodomegalias mediastinais ou hiliares. A função pulmonar é preservada e o paciente encontra-se assintomático. Exames laboratoriais são normais. Avaliação em reunião multidisciplinar está disponível.

Qual deve ser o próximo passo mais apropriado na abordagem diagnóstica deste paciente?

- a) Discutir o caso em reunião multidisciplinar e programar biópsia percutânea guiada por tomografia para confirmação histológica pré-operatória.
- b) Realizar biópsia cirúrgica por toracotomia exploradora, uma vez que a captação elevada indica alta probabilidade de câncer.
- c) Encaminhar para EBUS com punção transbrônquica de linfonodos mediastinais, mesmo na ausência de linfonodomegalias no PET-CT.
- d) Solicitar ressonância magnética de tórax para avaliar invasão da parede torácica antes de qualquer procedimento invasivo.

35. Homem de 34 anos, previamente hígido, é encaminhado ao ambulatório de cirurgia torácica após achado incidental em tomografia de tórax realizada para avaliação pré-operatória de hérnia inguinal. O exame revela massa ovalada no sulco costovertebral direito, medindo 5,2 cm, homogênea, hipodensa, com limites bem definidos, sem realce heterogêneo, calcificações ou sinais de invasão de costelas, corpos vertebrais ou forames neurais.

A ressonância magnética mostra lesão pouca captante em T1 e discretamente hiperintensa em T2, sem realce pós-contraste, localizada inteiramente no compartimento paravertebral, sem componente intradural. O paciente está assintomático, sem dor, déficit motor ou queixas respiratórias. Espirometria normal.

Qual das condutas abaixo é a mais apropriada, considerando o diagnóstico provável e a abordagem terapêutica atual?

- a) Solicitar biópsia percutânea guiada por TC antes da definição cirúrgica, pois tumores neurogênicos podem ser indistinguíveis de linfomas ou sarcomas nas imagens.
- b) Acompanhar com ressonância magnética seriada, com reavaliação semestral, uma vez que a lesão é assintomática e sugestiva de schwannoma.
- c) Realizar ressecção por toracotomia posterior com auxílio de neuromonitorização, devido à proximidade da cadeia simpática e risco de lesão do plexo braquial.
- d) Indicar ressecção videotoracoscópica da lesão, sem biópsia prévia, dado o padrão de benignidade e acesso seguro ao plano costovertebral.

36. Homem de 66 anos, ex-tabagista, apresenta nódulo pulmonar periférico de 2,5 cm no lobo inferior esquerdo, detectado incidentalmente em tomografia. A lesão é sólida, com margens irregulares e sem sinais de invasão local. O PET-CT revela alta captação metabólica no nódulo ($SUV = 9,2$) e captação moderada em linfonodo subcarinal (estação 7), medindo 1,0 cm no maior eixo. As demais estações linfonodais não apresentam alterações. O paciente encontra-se assintomático, com espirometria limítrofe ($VEF1 = 62\%$; $CVF = 68\%$).

O caso é discutido em reunião multidisciplinar com Cirurgia Torácica, Oncologia e Pneumologia.

Qual a conduta mais adequada em relação ao estadiamento linfonodal mediastinal antes de definir a ressecção cirúrgica?

- a) Realizar EBUS-TBNA com biópsia da estação 7, por ser minimamente invasivo e indicado diante de captação metabólica suspeita.
- b) Prosseguir diretamente para lobectomia com linfadenectomia sistemática, pois não há linfonodos aumentados em tamanho absoluto.
- c) Indicar mediastinoscopia anterior (técnica de Chamberlain), como via ideal para acesso subcarinal.
- d) Solicitar PET-CT com contraste endovenoso e repetir tomografia de alta resolução em 30 dias, para reavaliação da suspeita.

37. Homem de 67 anos, ex-trabalhador da construção civil, é avaliado com quadro de dor torácica insidiosa, dispneia progressiva e perda ponderal de 7 kg em 3 meses. A tomografia de tórax mostra espessamento pleural nodular difuso à direita, com retração do parênquima pulmonar, abaulamento da fissura menor e redução do volume hemitorácico. PET-CT evidencia captação aumentada restrita à pleura parietal e visceral direita, sem linfonodomegalias mediastinais ou metástases à distância. Biópsia pleural obtida por videotoracoscopia confirma mesotelioma pleural maligno (MPM) subtipo epitelióide. O estadiamento clínico é cT3N0M0. O paciente tem bom desempenho funcional e função pulmonar preservada (VEF1 = 2,8 L; DLCO = 92%). Nota: PD (pleurectomia-decorticação): ressecção completa da pleura visceral e parietal, preservando o pulmão; EPP (pneumonectomia extrapleural): ressecção em bloco da pleura, pulmão, diafragma e pericárdio ipsilaterais.

Qual é a estratégia terapêutica mais apropriada neste cenário, com intenção curativa?

- a) Indicar pleurodese por videotoracoscopia e cuidados paliativos, uma vez que o MPM é incurável.
- b) Realizar PD imediata, com ressecção da pleura e decorticação pulmonar, seguida de vigilância com tomografias seriadas.
- c) Iniciar quimioterapia sistêmica com cisplatina e pemetrexede, seguida de imunoterapia de manutenção.
- d) Avaliar em centro de referência para tratamento trimodal com quimioterapia neoadjuvante, seguida de PD ou EPP, e radioterapia adjuvante.

38. Mulher de 65 anos, previamente hígida, retorna ao hospital 7 dias após tratamento ambulatorial de pneumonia com antibiótico oral. Relata febre persistente, calafrios, dor torácica ventilatório-dependente e leve dispneia. A radiografia mostra velamento parcial do hemitórax esquerdo. A tomografia de tórax evidencia derrame pleural loculado, espessamento pleural e pequenas bolhas aéreas, sugerindo empiema. A toracocentese revela líquido pleural espesso com pH 6,7, glicose <20 mg/dL, LDH >1.000 U/L e predominância de neutrófilos degenerados. A paciente está hemodinamicamente estável, sem sinais de sepse grave.

Qual é a conduta inicial mais apropriada nesse cenário de provável empiema pleural na fase fibrino purulenta, considerando limitações ao uso de agentes fibrinolíticos?

- a) Iniciar antibioticoterapia venosa de amplo espectro e realizar nova toracocentese em 48 horas para reavaliação evolutiva.
- b) Instalar cateter pleural tipo pigtail guiado por imagem, com drenagem passiva, e monitorar evolução clínica nas primeiras 72 horas.
- c) Indicar videotoracoscopia precoce com drenagem completa, desbridamento e lise de loculações, devido à falha esperada da drenagem simples.
- d) Proceder toracotomia ampla com pleurectomia parietal, por ser a única forma efetiva de remover septações fibróticas nessa fase.

39. Paciente do sexo feminino, 21 anos, previamente hígida, não tabagista, comparece ao pronto-socorro com dor torácica súbita à direita, iniciada ao despertar, associada a leve dispneia. Nega comorbidades ou episódios anteriores documentados de pneumotórax. Ao exame físico, apresenta murmúrio vesicular diminuído à direita, com leve hipertimpanismo. A radiografia de tórax revela pneumotórax espontâneo à direita, com colapso parcial do pulmão (cerca de 25%). É realizada drenagem pleural com selo d'água. Após 48 horas, o pulmão encontra-se completamente expandido, sem fuga aérea persistente, e a paciente permanece assintomática e estável.

Qual a conduta mais apropriada neste momento, considerando que se trata do primeiro episódio confirmado de pneumotórax primário?

- a) Repetir tomografia de tórax para avaliar possíveis bolhas subpleurais antes de decidir por alta hospitalar.
- b) Manter o dreno por mais 48 horas para reduzir o risco de recidiva precoce, mesmo sem fuga aérea.
- c) Realizar pleurodese química com talco antes da retirada do dreno, como estratégia definitiva e menos invasiva.
- d) Retirar o dreno torácico e orientar seguimento ambulatorial com controle radiológico em até 7 dias.

40. Mulher de 48 anos, sem comorbidades significativas, é avaliada no ambulatório de Cirurgia Torácica com queixas de dispneia progressiva e estridor inspiratório leve há 2 meses. Refere antecedente de intubação orotraqueal prolongada (12 dias) há 6 meses, durante internação por pneumonia grave. Nega tabagismo, asma ou outras comorbidades respiratórias.

A tomografia de tórax mostra estreitamento concêntrico da traqueia cervical, 2 cm abaixo das pregas vocais, com extensão de 1,1 cm. A broncoscopia revela estenose fibrosa concêntrica, comprometendo 70% da luz traqueal, sem instabilidade dinâmica, mucosa pálida, sem secreção purulenta. O serviço dispõe de equipe experiente em cirurgia traqueal e acesso à dilatação, laser e ressecção anastomótica.

Qual é a conduta terapêutica mais apropriada neste momento?

- a) Realizar dilatação endoscópica inicial, com reavaliação clínica e endoscópica subsequente para eventual indicação cirúrgica definitiva.
- b) Indicar ressecção cirúrgica primária com anastomose término-terminal, uma vez que o segmento estenosado é curto e a paciente sintomática.
- c) Implantar stent traqueal recoberto por via broncoscópica, com objetivo de expansão e resolução sintomática definitiva.
- d) Acompanhar clinicamente e repetir tomografia e broncoscopia em 6 meses, pois não há sinais de colapso dinâmico ou infecção associada.

41. Homem de 58 anos, tabagista de 40 anos maço, com diagnóstico conhecido de DPOC grave, faz uso contínuo de oxigênio domiciliar (2 L/min) e broncodilatadores de longa ação. Apresenta dor torácica súbita de início noturno e dispneia em repouso. Ao exame físico, murmúrio vesicular abolido em hemitórax esquerdo, timpanismo à percussão e tiragem subcostal. Radiografia de tórax revela pneumotórax espontâneo à esquerda, com colapso parcial do pulmão. É realizada drenagem pleural com selo d'água. Mesmo após 72 horas de drenagem, persiste fuga aérea contínua, e a radiografia de controle mostra ausência de expansão pulmonar significativa. O paciente permanece estável, sem febre ou sinais de infecção.

Qual a conduta mais adequada neste momento?

- a) Realizar pleurodese química com talco através do dreno torácico.
- b) Retirar o dreno e manter seguimento ambulatorial com radiografias seriadas.
- c) Realizar broncoscopia com instilação de cola biológica no brônquio segmentar afetado.
- d) Realizar videotoroscopia com ressecção de bolhas subpleurais e pleurodese mecânica.

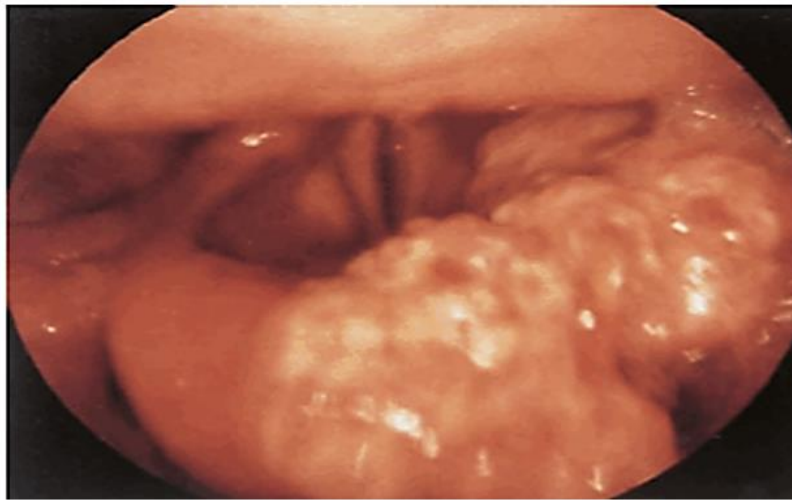
42. Mulher de 52 anos, previamente hígida, apresenta massa mediastinal anterior detectada em tomografia de rotina. A biópsia percutânea confirma timoma subtipo B2. A ressonância magnética e o PET-CT demonstram massa sólida no mediastino anterior medindo 5,8 cm, associada à presença de múltiplos implantes pleurais ipsilaterais em hemitórax esquerdo. Não há linfonodomegalias mediastinais nem lesões à distância. A paciente é assintomática, com função pulmonar preservada e em bom estado geral.

A discussão multidisciplinar com Cirurgia Torácica, Oncologia Clínica e Radioterapia define a necessidade de abordagem oncológica integrada.

Qual é a estratégia terapêutica mais adequada neste caso?

- a) Iniciar quimioterapia neoadjuvante com cisplatina e antracíclicos, visando posterior ressecção cirúrgica e pleurectomia.
- b) Realizar videotoroscopia para ressecção dos implantes e posterior avaliação da resposta, sem necessidade de quimioterapia.
- c) Encaminhar diretamente para toracotomia com timectomia estendida e decorticação pleural, com intenção curativa.
- d) Iniciar quimioterapia paliativa com cisplatina e etoposídeo, por se tratar de doença pleural disseminada.

43. Paciente masculino, 64 anos, tabagista (carga tabágica de 42 maços/ano), foi encaminhado ao ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço devido à suspeita de neoplasia maligna na região de cabeça e pescoço. Durante a avaliação, foi realizada nasofibrolaringoscopia flexível, cuja imagem está apresentada abaixo.



Avaliação nasofibrolaringoscopia durante fonação (vogal “i”)

Diante da imagem do exame, qual sintoma mais provável do paciente apresentar clinicamente?

- a) Sialorreia.
- b) Linfonodomegalia cervical esquerda.
- c) Dispneia.
- d) Disfonia.

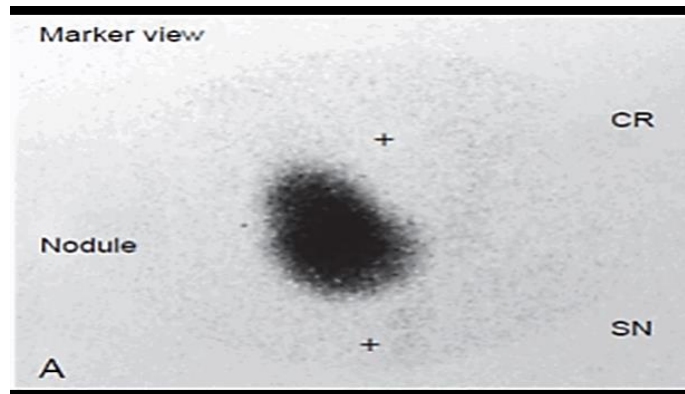
44. Paciente de 26 anos, internado pela equipe de hematologia, apresentava febre, perda de peso e astenia associadas a linfonodomegalia cervical posterior. Tomografias demonstraram conglomerados linfonodais em regiões cervical, mediastinal e retroperitoneal, sugestivos de doença linfoproliferativa.

Foi solicitada avaliação da equipe de cirurgia geral para realização de biópsia ganglionar com objetivo de estabelecer o diagnóstico histopatológico. Na palpação, identificou-se linfonodo facilmente acessível em nível Vb à esquerda, sem sinais de contato ou envolvimento de estruturas vasculares importantes nos exames de imagem, sendo escolhido como primeira opção para biópsia excisional sob anestesia local.

Considerando a localização do linfonodo, o cirurgião deve se atentar ao risco de lesão de qual estrutura nervosa?

- a) Nervo frênico.
- b) Gânglio estrelado.
- c) Nervo hipoglosso.
- d) Nervo acessório.

45. Paciente feminina, 62 anos, hipertensa, menopausada, iniciou investigação para nódulo tireoidiano após identificação de massa palpável em lobo direito da tireoide durante consulta ginecológica de rotina. Ao interrogatório, referia sensação de globus faríngeo e ansiedade recente. Negava alergia a iodo. Exames laboratoriais: TSH: 0,2 mUI/L (VR: 0,4 a 4,5 mUI/L), T4 livre: 2,4 ng/dL (VR: 0,8 a 2,3 ng/dL). Ultrassonografia cervical: nódulo ocupando todo o lobo direito, medindo 4,2 × 2,3 × 3,8 cm, predominantemente sólido, ecogenicidade heterogênea predominantemente hipoecogênica, formato mais largo que alto, com micro e macrocalcificações, classificação ACR TI RADS 5, vascularização predominantemente central. Realizou exame de cintilografia com Tc99m, conforme imagem.



Exame de cintilografia

Qual a conduta mais adequada para este caso?

- a) Punção aspirativa por agulha fina do nódulo.
- b) Hemitireoidectomia direita.
- c) Ablação com radioiodoterapia.
- d) Tireoidectomia total.

46. Homem, 45 anos, com diagnóstico de hiperparatireoidismo primário associado a Neoplasia Endócrina Múltipla tipo I (NEMI) foi encaminhado ao ambulatório de Cirurgia de Tireoide e Paratireoide para tratamento cirúrgico. Clinicamente, apresentava hipercalcemia sintomática com quadros de nefrolitíase de repetição. Realizou os seguintes exames de imagem localizatórios:

(1) ultrassonografia de tireoide e paratireoide: tireoide com dimensões e ecotextura usuais, sem nódulos intraparenquimatosos. Imagem ovalada junto ao polo inferior da glândula tireoide, bem delimitada, hipoecogênica em relação a tireoide, homogênea, medindo 22 x 15 x 10 mm, com vascularização polar, sugestiva de paratireoide aumentada;

(2) cintilografia com sestamibi: imagem focal de retenção tardia de radiotraçador em topografia de paratireoide inferior direita sugestiva de paratireoide aumentada.

Qual a conduta cirúrgica melhor indicada neste caso?

- a) Ressecção da paratireoide inferior direita.
- b) Paratireodectomia a direita (unilateral) e hemitireoidectomia direita.
- c) Paratireoidectomia subtotal e tirectomia.
- d) Paratireoidectomia total.

47. Você está na sala de trauma recebendo um paciente de 20 anos, vítima de ferimento por projétil de arma de fogo em região cervical. Avaliação primária:

A. Paciente com fala espontânea, disfônico, ventilando espontaneamente, sem estridor. Ferimento aberto em Zona II do pescoço com escape de ar visível. Colar cervical em posição.

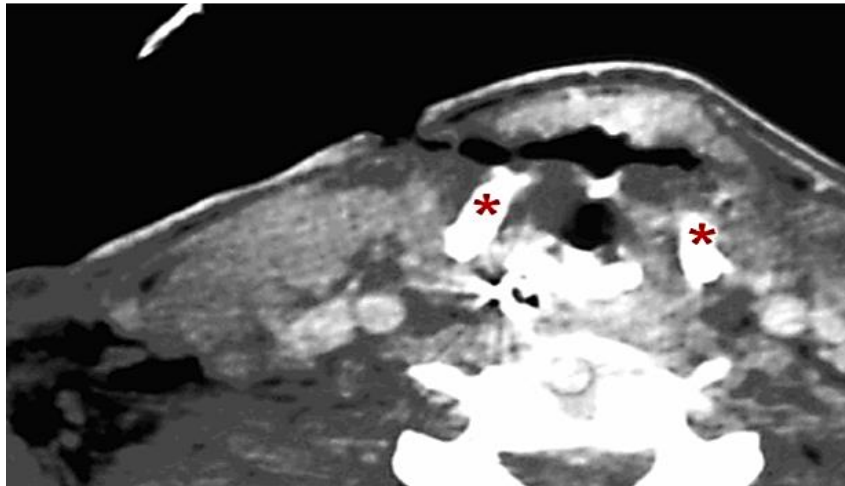
B. Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem tiragem ou assimetria torácica. Saturação periférica de oxigênio 97% em ar ambiente.

C. Pressão arterial 120x75 mmHg, frequência cardíaca 92 bpm, sem sangramento ativo, perfusão periférica preservada.

D. Paciente alerta, consciente (Glasgow 15). Pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits neurológicos aparentes.

E. Enfisema subcutâneo difuso em região cervical anterior. Sem outras lesões abertas ou deformidades evidentes além da descrita em zona II.

Tomografia computadorizada de região cervical evidenciou trajeto do projétil entre a pele e a luz da laringe, sem sinais de obstrução das vias aéreas.



Corte axial da tomografia computadorizada da região cervical. (Asterisco: cartilagem tireoide)

Qual a primeira conduta pela equipe de cirurgia de trauma neste caso?

- a) Passar cânula de ventilação pelo orifício traqueal.
- b) Intubação orotraqueal.
- c) Cricotireoidostomia cirúrgica de emergência.
- d) Traqueostomia convencional sob anestesia local.

48. Homem de 56 anos retorna para consulta de seguimento após cirurgia recente de tireoide. Há cerca de 5 semanas, foi identificado nódulo solitário na glândula tireoide; a punção aspirativa por agulha fina revelou neoplasia originada de células parafoliculares. Foi realizada tireoidectomia total com esvaziamento linfonodal cervical, sem intercorrências.

Encontra-se assintomático e faz uso regular de levotiroxina. Antecedente de hipertensão arterial sistêmica controlada. Nega história familiar de câncer de tireoide. Teste genético para mutação germinativa no gene RET foi negativo.

Sinais vitais normais. Ao exame, incisão cervical anterior inferior bem cicatrizada, sem eritema ou edema. Sem linfonodomegalias cervicais palpáveis. Restante do exame físico normal. Hemograma e perfil bioquímico dentro da normalidade.

Qual é a conduta mais apropriada para acompanhamento pós-operatório deste paciente?

- a) Dosagem sérica de tireoglobulina a cada 6 12 meses.
- b) Ultrassonografia cervical semestral.
- c) Dosagem sérica de calcitonina.
- d) Dosagem sérica de paratormônio.

49. Homem de 61 anos procura atendimento para avaliação de nódulo cervical. Refere ter notado aumento de volume sob a mandíbula esquerda há cerca de 4 meses, percebido inicialmente ao se cortar durante o barbear. O nódulo tem aumentado lentamente de tamanho. Relata dor profunda ocasional no ouvido do mesmo lado. Nega febre, calafrios, tosse ou dispneia. Não houve alteração no apetite nem perda de peso.

Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2. Tabagista de 40 cigarros/dia há 34 anos; etilismo social.

Ao exame físico: massa submandibular esquerda, firme, indolor, medindo cerca de 3 cm de diâmetro. Orelhas sem alterações. Pele sem lesões suspeitas. Cavidade oral com má higiene dentária, sem lesões visíveis de mucosa. Amígdalas pequenas, sem alterações. Ausculta pulmonar sem anormalidades. Abdome flácido e indolor, sem hepatoesplenomegalia. Não há outras linfonodomegalias. Hemograma normal.

Qual é a causa mais provável da condição deste paciente?

- a) Metástase de carcinoma espinocelular de orofaringe.
- b) Leucemia linfocítica crônica.
- c) Linfadenite crônica por Mycobacterium tuberculosis.
- d) Carcinoma mucoepidermoide de glândula submandibular.

50. Mulher de 62 anos procura atendimento ambulatorial para avaliação de nódulo cervical indolor. Refere ter notado aumento de volume em região lateral esquerda do pescoço há cerca de 6 semanas. Nega febre, calafrios, tosse ou dispneia, mas relata redução do apetite e perda de peso recente. Antecedentes: sobrepeso, diabetes mellitus tipo 2 e esteatose hepática não alcoólica. Tabagista de 15 cigarros/dia há 32 anos; etilismo social.

Ao exame físico: sinais vitais normais. Palpa-se linfonodo cervical de 1,8 cm, endurecido e indolor, próximo à glândula submandibular esquerda. Não há outras linfadenomegalias. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Abdome flácido, indolor, com hepatomegalia discreta. Restante do exame físico sem alterações.

A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) do linfonodo revelou carcinoma de células escamosas.

Qual dos exames a seguir é o mais útil, como primeiro passo, para identificar o sítio primário da neoplasia nesta paciente?

- a) PET-CT de corpo inteiro para mapeamento metabólico de possíveis lesões primárias.
- b) Nasofibrolaringoscopia com biópsia dirigida de lesões suspeitas na orofaringe e laringe.
- c) Endoscopia digestiva alta e biópsia de mucosa gástrica de lesões suspeitas.
- d) Tomografia computadorizada de pescoço e tórax com contraste, seguida de pesquisa endoscópica dirigida.

51. Mulher de 36 anos chega ao pronto-socorro com febre em piora e dor de garganta intensa. Há 4 dias, engoliu acidentalmente uma espinha de peixe que causou lesão na garganta e desconforto. Melhorou inicialmente e não procurou atendimento. Nos últimos 2 dias, evoluiu com odinofagia intensa e dificuldade para engolir, além de dor e rigidez cervical.

Ao exame: temperatura 39 °C, pressão arterial 126/80 mmHg, pulso 106 bpm. Acúmulo de saliva na faringe, cuja parede posterior apresenta-se avermelhada e abaulada. Pescoço rígido, com redução da amplitude de movimento passivo. Ausculta pulmonar normal.

Tomografia do pescoço evidencia aumento da espessura dos tecidos moles pré-vertebrais com nível hidroaéreo.

Considerando a possível extensão contígua da infecção, essa paciente está sob maior risco de desenvolver qual das seguintes complicações?

- a) Mediastinite necrosante aguda.
- b) Angina de Ludwig.
- c) Trombose séptica do seio cavernoso.
- d) Abscesso epidural espinal.

52. Homem de 67 anos comparece para consulta de avaliação pré-operatória. Histórico de 12 anos de doença renal crônica em estágio terminal secundária a nefropatia diabética e hipertensiva, em hemodiálise. Faz uso regular de losartana, metoprolol, amlodipino, insulina e eritropoetina. Há 4 meses, suspendeu o uso de carbonato de cálcio e calcitriol devido à elevação do cálcio sérico. O paciente segue aderente às medicações e restrições dietéticas.

Exames laboratoriais recentes:

Cálcio sérico: 10.9 mg/dL (ref: 8.6 a 10.2)

Fósforo sérico: 5.3 mg/dL (ref: 2.5 a 4.5)

Albumina sérica: 3.7 g/dL (ref: 3.5 a 5.0)

Hormônio paratireoideo intacto (PTHi): 780 pg/mL (ref: 10 a 65)

Qual das seguintes é a causa mais provável da hipercalcemia desse paciente?

- a) Aumento da ativação da vitamina D.
- b) Redução da depuração do hormônio paratireoideo.
- c) Hiperplasia das glândulas paratireoides.
- d) Produção ectópica de hormônio paratireoideo.

53. Mulher, 60 anos é admitida no CTI devido a infarto agudo do miocárdio (IAM) com supra de segmento ST em toda parede anterior há 36 horas. Apresenta dispneia e esforço respiratório. Os exames na admissão seguem:

Gasometria arterial pH = 7,32, PO₂=55 mmHg, lactato = 4 mmol/L e troponina elevada. Rx de tórax: infiltrado pulmonar bilateral. Ecocardiograma transtorácico com Doppler: função sistólica do ventrículo esquerdo diminuída, aumento do átrio esquerdo e da pressão sistólica da arterial pulmonar.

Qual dos fatores abaixo melhor explica o quadro pulmonar descrito acima?

- a) Aumento da pressão diastólica do ventrículo esquerdo.
- b) Diminuição da drenagem linfática do interstício pulmonar.
- c) Recrutamento e distensão dos capilares pulmonar.
- d) A baixa capacitância da circulação pulmonar.

54. Mulher 82anos, pós-operatório de abdome agudo obstrutivo com complicações, em ventilação mecânica, estável hemodinamicamente, e com movimentos respiratórios espontâneos. Os parâmetros do ventilador seguem abaixo:



Modalidade ventilatória

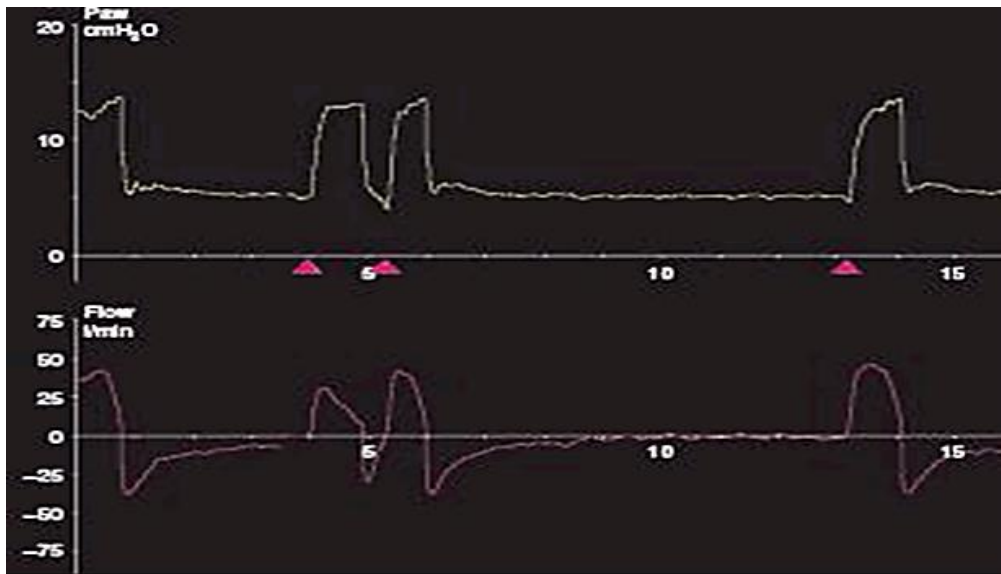
O disparo e a ciclagem na modalidade de ventilação acima são realizados respectivamente a:

- Fluxo e pressão.
- Tempo e volume.
- Tempo e pressão.
- Pressão e fluxo.

55. Homem 72 anos, DPOC internado na enfermaria, apresentou quadro de insuficiência respiratória, e é transferido ao CTI. Está em ventilação mecânica e o volume minuto está elevado. **A hiperinsuflação dinâmica pulmonar pode:**

- Desencadear esforços respiratórios não efetivos.
- Diminuir a resistência vascular pulmonar
- Diminuir a concentração sérica do sódio.
- Aumentar a pré-carga do ventrículo esquerdo.

56. Paciente 25anos, com trauma crânio encefálico e em ventilação mecânica. Abaixo seguem os gráficos de pressão e do fluxo monitorados na tela do ventilador mecânico.



Curva de pressão e fluxo

Analisando os gráficos, podemos afirmar que:

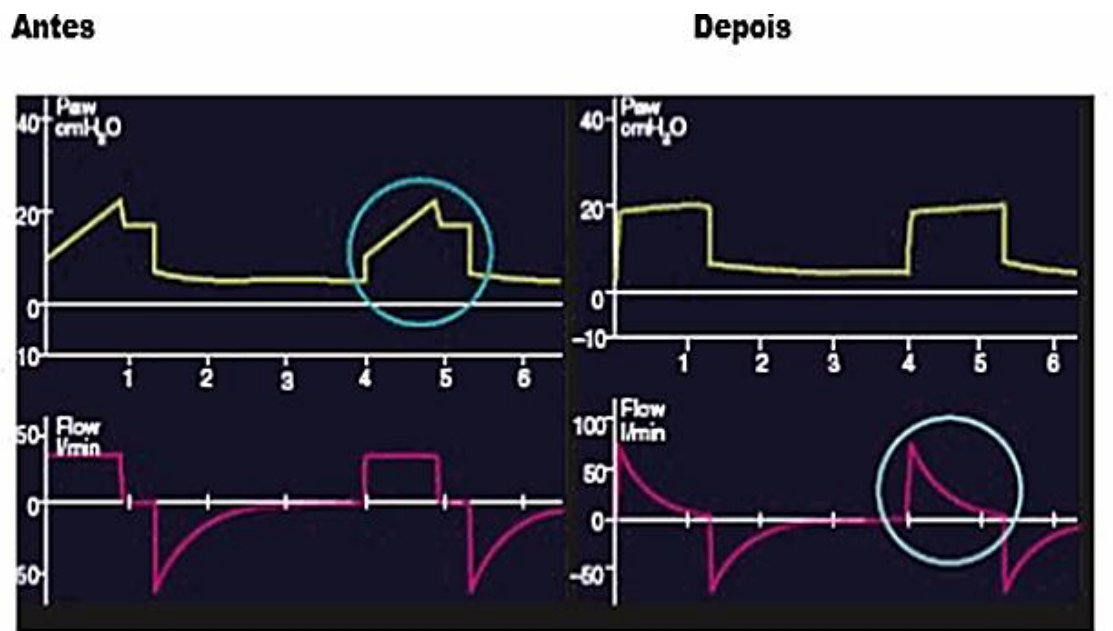
- a) O drive da respiração está baixo e pode justificar o ocorrido.
- b) A ciclagem é tardia no ciclo respiratório e pode explicar o ocorrido.
- c) O suporte de pressão pode estar insuficiente.
- d) A diminuição abrupta da pressão nas vias aéreas pode explicar o ocorrido.

57. Homem 45anos, admitido no CTI em estado grave e choque circulatório de etiologia não esclarecida. A pressão arterial média de 50 mmHg, o lactato = 6 mmol/L valor de referência (0,5- 2,2 mmol/L), o débito cardíaco baixo e a pressão do átrio direito baixa.

Entre as opções abaixo, qual a etiologia mais provável:

- a) Tamponamento cardíaco.
- b) Infarto do ventrículo direito.
- c) Embolia pulmonar.
- d) Trauma raquimedular.

58. Homem 30anos, politrauma internado no CTI e em ventilação mecânica. Os parâmetros do ventilador foram modificados como segue na figura abaixo.



Curva de pressão e fluxo

Observando os gráficos responda:

- a) A mudança gerou aprisionamento de ar no final da expiração.
- b) Houve aumento da pressão nas vias aéreas.
- c) O fluxo quadrado facilita o cálculo da resistência das vias aéreas.
- d) A ciclagem passou a ser a fluxo.

59. Homem, 18 anos admitido no CTI com dor abdominal, náusea e desidratação. Os exames laboratoriais seguem abaixo:

Glicemia = 380 mg/dl;

Sódio = 136 mEq/L (VR: 135-145);

Potássio = 3,3 mEq/L (VR: 3,5-5);

Leucócitos = 12.000/mm³ (VR: 5.000-10.000);

Ph: 7,12 (VR: 7,35-7,45);

Bicarbonato = 8 mEq/L;

Creatinina = 1,9 mg/dl (VR: 0,6-1,2).

Além da hidratação, qual a conduta inicial mais adequada?

- a) Insulina regular em *bolus*.
- b) Iniciar antibiótico.
- c) Tomografia de abdome de urgência.
- d) Reposição de potássio.

60. Mulher, 26 anos, pós-operatório imediato de laparotomia exploradora apresenta densidade urinária de 1.015, sódio sérico de 140 mEq/L e poliúria.

Qual a provável etiologia?

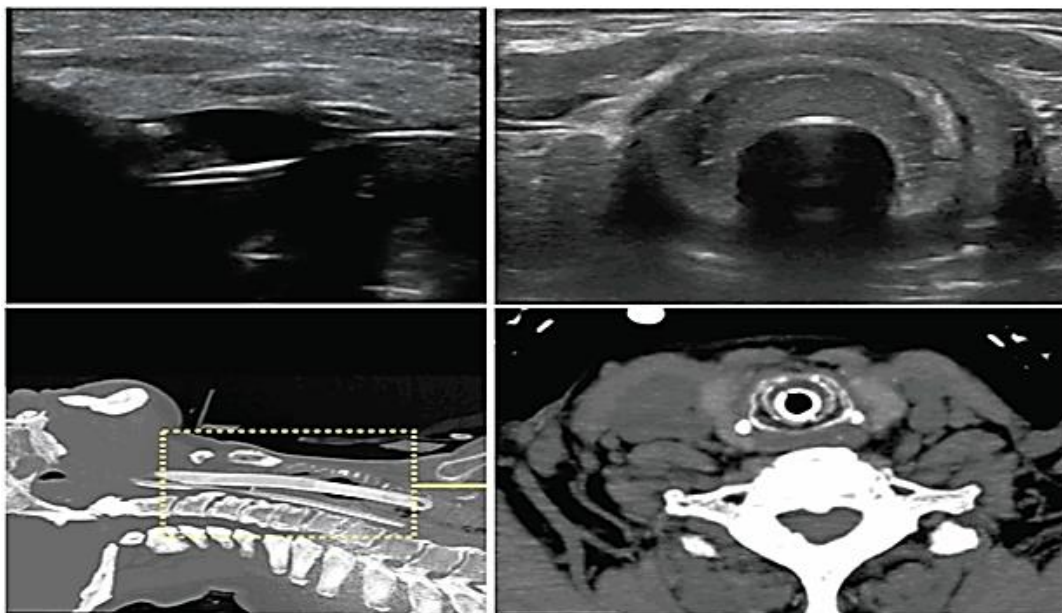
- a) Síndrome inapropriada do hormônio antidiurético.
- b) Hiper-hidratação.
- c) Diabetes insípido central.
- d) Diurético osmótico.

61. Mulher de 40 anos, pós-operatório de cirurgia abdominal, apresenta sintomas respiratórios e pneumonia em lobo inferior direito, iniciado antibiótico. Evolui com insuficiência respiratória aguda e ventilação mecânica (VM). Uma nova radiografia mostra progressão e opacidades difusas nos pulmões. O ecocardiograma com doppler transtorácico evidencia aumento significativo da pressão sistólica da artéria pulmonar sem outras alterações.

Qual dos seguintes fatores abaixo pode explicar os achados acima?

- a) A diminuição da atividade simpática.
- b) Aumento da pós-carga do ventrículo esquerdo.
- c) Diminuição da PO₂ alveolar.
- d) Elevação do pH sanguíneo.

62. Paciente de 52 anos, com pneumonia comunitária grave e insuficiência respiratória. Iniciado ventilação mecânica. As imagens mostram a ultrassonografia e a tomografia computadorizada da região cervical.



Imagens de ultrassom e tomografia cervical

Analisando as imagens, qual a alternativa correta?

- a) A cânula está no esôfago.
- b) Existe seletividade da cânula.
- c) Existe trauma grave da traqueia.
- d) Existe secreção subglótica.

63. Você está no atendimento de urgência de um Hospital terciário. Chega ao serviço uma paciente feminina, 38 anos, submetida à gastrectomia vertical para tratamento de obesidade há 10 dias, com quadro de febre de 38,3°C, dor em hipocôndrio esquerdo e ombro esquerdo, além de taquicardia (100bpm). Relata anorexia e fadiga. Nega vômitos, sangramento ou alterações do hábito intestinal. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, consciente, orientada, saturando 97% em ar ambiente, pressão arterial 120/75 mmHg e frequência respiratória de 18 irpm. Apresenta dor à palpação profunda em epigástrio e hipocôndrio esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal difusa. Exames laboratoriais: leucocitose (16.500/mm³), proteína C reativa elevada. Tomografia computadorizada de abdome com contraste oral evidencia pequena coleção subfrênica à esquerda, com densidade líquida e bolhas de ar, associada a extravasamento de contraste próximo à região proximal do estômago, compatível com fístula da linha de grampeamento.

Qual é a conduta inicial mais adequada?

- a) Endoscopia terapêutica imediata para colocação de prótese autoexpansível, sem outras medidas.
- b) Laparotomia exploradora imediata com revisão da linha de grampeamento.
- c) Antibioticoterapia venosa, jejum e drenagem percutânea guiada por imagem.
- d) Alta hospitalar com antibiótico oral e reavaliação ambulatorial em 48h.

64. No pronto-socorro de um hospital terciário, chega um homem de 72 anos com quadro de febre (38,5°C), dor em hipocôndrio direito há 2 dias e vômitos. O paciente é diabético e hipertenso, com antecedente de infarto agudo do miocárdio há 6 meses (em uso de beta-bloqueador, AAS e clopidogrel) e apresenta doença pulmonar obstrutiva crônica em estágio avançado (usa oxigênio domiciliar). Ao exame, encontra-se taquicárdico (FC 115 bpm), PA 100/60 mmHg, sudoreico. Abdome com dor importante à palpação em hipocôndrio direito, sinal de Murphy positivo e defesa muscular local; leve icterícia (+/4). Ultrassonografia de abdome evidencia vesícula biliar distendida, com parede espessada (6 mm) e cálculo de 1,5 cm impactado no infundíbulo, além de moderada quantidade de líquido pericolecístico. Há dilatação discreta de vias biliares intra-hepáticas, sem cálculo visível no colédoco.

Qual a melhor conduta terapêutica inicial?

- a) Antibioticoterapia venosa otimizada e suporte clínico, postergando a colecistectomia para 6-8 semanas após a resolução do quadro agudo.
- b) Colecistectomia videolaparoscópica de emergência, com o máximo de suporte perioperatório em UTI.
- c) Colecistostomia por via cirúrgica aberta, sem remoção da vesícula, para drenagem do processo infeccioso.
- d) Antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro associada à drenagem percutânea da vesícula biliar guiada por imagem.

65. Você atende no pronto socorro de um Hospital terciário uma paciente de 45 anos, obesa (IMC = 33), sem histórico de etilismo, com quadro de dor intensa em faixa no epigástrio irradiando para dorso há 8 horas, associada a náuseas e dois episódios de vômito. Refere início da dor após refeição gordurosa na noite anterior. Ao exame, está em BEG, afebril, FC 110 bpm, PA 130/80 mmHg, FR 20 irpm, saturação 98% em ar ambiente. Abdome com dor à palpação profunda em epigástrio e hipocôndrio direito, sem sinais de peritonite difusa; sinal de Murphy levemente positivo. Exames laboratoriais: amilase = 1.200 U/L, leucócitos = 14.000/mm³, PCR elevada; AST 200 U/L, ALT 220 U/L, FA 180 U/L, bilirrubinas total e direta 1,8/0,8 mg/dL. Foi realizada ultrassonografia abdominal, evidenciando múltiplos cálculos em vesícula biliar e discreta dilatação do colédoco (8 mm), sem cálculo claramente visível em sua porção distal.

Qual é a conduta inicial mais adequada?

- a) Instituir hidratação venosa vigorosa, analgesia, suporte clínico geral e aguardar evolução, indicando CPRE apenas se houver progressão da icterícia; programar colecistectomia na mesma internação após melhora do quadro.
- b) Antibioticoterapia ampla e admissão em UTI, devido ao risco de infecção pancreática e gravidade do caso.
- c) Realizar colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) de urgência para remover possível cálculo residual no colédoco.
- d) Colecistectomia videolaparoscópica de emergência para resolver a etiologia biliar da pancreatite o quanto antes.

66. Mulher de 62 anos, portadora de cirrose decorrente de infecção pela hepatite C. No momento, encontra-se sem disfunção hepática importante, sendo um A5 na classificação de *Child-Turcotte-Pugh*, MELD-Sódio (*Model End Liver Disease*) 11 e plaquetas de 171.000. Em exame de rastreamento foi encontrado um nódulo no segmento 4b do fígado. Na investigação diagnóstica, foi submetida a uma tomografia de abdome que evidenciou neste segmento uma lesão de 3,7 cm no maior diâmetro com captação de contraste na fase arterial e lavagem do contraste na fase portal, sendo classificado como LI-RADS 5. Foram descritos outros 2 pequenos nódulos LI-RADS 3 nos segmentos 2 e 8.

Qual a conduta mais apropriada?

- a) Biópsia das lesões hepáticas.
- b) Ablação dos nódulos por radiofrequência.
- c) Transplante hepático.
- d) Ressecção dos nódulos hepáticos.

67. Mulher de 56 anos, assintomática, com achado de lesão cística de 2,5 cm na cabeça do pâncreas durante exame de ultrassonografia de rotina. Foi submetida a ressonância de abdome que evidenciou Neoplasia Mucínica Papilar Intraductal (IPMN) de ducto secundário, de 2,8 cm, sem demais fatores de preocupação. Foi proposto acompanhamento com exame de imagem e marcadores tumorais. Repetido exame de imagem que evidenciou IPMN de ducto secundário, de 3,5cm, com ducto pancreático de 4mm, sem espessamento da parede, ausência de linfonodomegalia ou atrofia pancreática, dosagem de CA 19.9: 18 (VR: 37), glicemia de jejum: 88.

Diante do quadro acima, quantos fatores de preocupação teríamos?

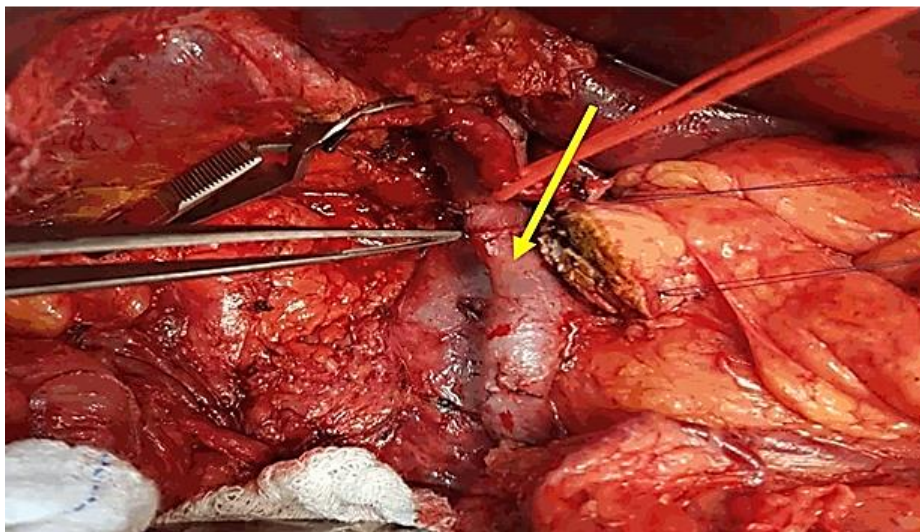
- a) 2.
- b) 3.
- c) 4.
- d) 1.

68. Paciente de 45 anos, natural e procedente de Ribeirão Preto-SP, apresenta disfagia progressiva para sólidos e líquidos, regurgitação noturna e perda ponderal de 5kg em 6 meses. Foi realizada endoscopia digestiva alta sem alterações significativas. A manometria esofágica de alta resolução demonstrou ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI) e aperistalse no corpo esofágico.

Qual das alternativas representa o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada?

- a) Espasmo esofágico difuso; iniciar bloqueadores de canal de cálcio.
- b) Esofagite eosinofílica; manejo inicial deve ser exclusivamente com dieta pastosa.
- c) Acalasia idiopática; miotomia endoscópica ou cirúrgica.
- d) Estenose péptica do esôfago; programar dilatação endoscópica seriada.

69. Homem de 71 anos, com história de 7 semanas de icterícia, colúria e acolia fecal. Foi submetido a ressonância magnética de abdome, com diagnóstico de tumor na via biliar principal (*Bismuth II*). Foi decidido pelo tratamento cirúrgico e submetido previamente à colocação de prótese endobiliar por endoscopia para alívio da colestase. No transoperatório, a biópsia de congelação de linfonodo retroportal foi negativa para neoplasia, mas as margens do colédoco distal e do hepático direito vieram comprometidas com neoplasia. Foi realizado uma hepatectomia direita, seguida de pancreatoduodenectomia e linfadenectomia das cadeias pertinentes. A figura mostra a etapa final da ressecção a que o paciente foi submetido.



Etapa final da ressecção

A fita vermelha está reparando a artéria hepática própria. Qual a estrutura apontada pela seta amarela?

- a) Veia esplênica.
- b) Veia retro hepática.
- c) Veia cava inferior.
- d) Veia porta.

70. Sobre a avaliação pré-operatória de um paciente com hérnia ventral/incisional, considere:

I. O excesso de peso (especialmente IMC $>30 \text{ kg/m}^2$) associa-se a maior risco de complicações de ferida (infecção, seroma), reoperação e recorrência; perda ponderal estruturada antes da cirurgia pode reduzir riscos e facilitar o fechamento sem tensão, devendo ser discutida quando factível.

II. O CeDAR (*Carolinas Equation for Determining Associated Risks*) é um escore validado para estimar risco de complicações de ferida em 30 dias após o reparo de hérnia ventral; incorpora variáveis como tabagismo, diabetes, IMC, tamanho do defeito e tipo de abordagem, e um resultado elevado pode orientar otimização clínica e medidas adjuvantes (p.ex., curativo a vácuo profilático).

III. A tomografia computadorizada (TC) de parede é dispensável na maior parte dos casos e deve ser reservada apenas às recidivas; a ultrassonografia fornece, de forma reprodutível, todas as medidas essenciais (largura do defeito, perda de domicílio, atrofia muscular) para o planejamento de componentes.

IV. A avaliação pré-operatória da hérnia ventral deve prescindir de mensurações objetivas; o exame físico em decúbito supino costuma ser suficiente para estimar relação conteúdo/continente, pois o diâmetro do anel herniário não se altera com manobras dinâmicas.

Qual a alternativa correta?

- a) Apenas I, II e III estão corretas.
- b) Apenas II e III estão corretas.
- c) Apenas I e II estão corretas.
- d) I, II, III e IV estão corretas.

71. Sobre os princípios técnicos e posicionamento de tela em hérnias nas reparações Rives-Stoppa (ventral), IPUM laparoscópico (ventral) e TAPP (inguinal), avalie:

I. Na Rives-Stoppa para hérnias medianas, a tela é posicionada no plano retromuscular (*sublay*), entre o reto e a bainha posterior; recomenda-se sobreposição de cerca de 5 a 7 cm além das bordas do defeito, com fechamento da bainha posterior/peritônio sobre a tela para evitar contato com vísceras.

II. No IPUM laparoscópico, a tela é colocada no espaço pré-peritoneal, externa ao peritônio; por isso, não há necessidade de barreira antiaderente, e a fixação apenas com *tackers* é suficiente mesmo em grandes defeitos, tornando desnecessárias suturas transfascais.

III. No TAPP inguinal, após a confecção do flap peritoneal, a tela deve cobrir todo o orifício miopectíneo de Fruchaud (regiões direta, indireta e femoral); usa-se comumente tela de $10 \times 15 \text{ cm}$; a fixação ao ligamento de Cooper é aceitável quando indicada, devendo-se evitar fixação inferior-lateral abaixo do trato iliopúbico (triângulo da dor) para não lesar nervos.

IV. Em Rives-Stoppa e TAPP, o posicionamento *onlay* (sobre a aponeurose anterior) é preferível por reduzir dor crônica; no IPUM-plus, deixar ponte de tela sem fechamento do defeito reduz a recorrência em relação ao fechamento primário do anel herniário.

Qual a alternativa correta?

- a) Apenas I e III estão corretas.
- b) Apenas I, II e III estão corretas.
- c) Apenas III e IV estão corretas.
- d) I, II, III e IV estão corretas.

72. Mulher de 63 anos apresentou quadro de icterícia, colúria e acolia fecal há 3 meses. Com o diagnóstico de um colangiocarcinoma tipo Bismuth IIIB, foi submetida a uma hepatectomia esquerda estendida, acrescida de linfadenectomia do hilo hepático.

Pensando na reconstrução biliar, qual o tipo de anastomose seria recomendado?

- a) Colédoco-duodeno anastomose.
- b) Hepático-jejuno anastomose à Braun.
- c) Hepático-jejuno anastomose em Y de Roux.
- d) Colédoco-jejuno anastomose em Y de Roux.

73. Homem de 62 anos, tabagista e etilista crônico, apresenta perda ponderal de 12 kg em 4 meses, epigastria e plenitude pós-prandial. Endoscopia digestiva alta revela lesão ulcerada em antro gástrico, de aproximadamente 5 cm, com biópsia confirmando adenocarcinoma gástrico. Tomografia de abdome evidencia espessamento focal da parede gástrica no antro, linfonodos regionais aumentados e ausência de metástases hepáticas ou peritoneais. O paciente apresenta bom estado clínico e não tem outras comorbidades.

Qual é a conduta mais adequada para esse caso?

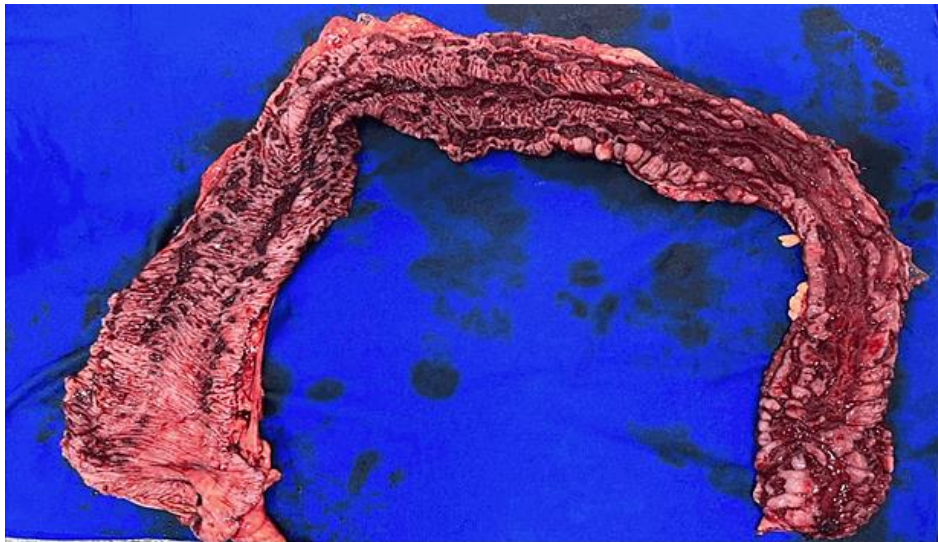
- a) Realizar gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1.
- b) Indicar quimioterapia perioperatória associada à gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
- c) Indicar apenas radioterapia exclusiva pela localização distal da lesão.
- d) Realizar gastrectomia total com linfadenectomia D2.

74. Mulher de 47 anos, com quadro de dor no hipocôndrio direito há 10 dias, associado a colúria, acolia fecal e icterícia. Sem febre ou calafrio. Ultrassonografia mostrava colelitíase e dilatação das vias biliares intra e extra-hepática, sem fator de obstrução. Realizada colangiorressonância que evidenciou coledocolitíase complexa com desproporção da via biliar distal. Realizadas tentativas de coledocolitotomias endoscópicas, sem sucesso.

Diante do contexto, qual seria a intervenção mais apropriada para o caso?

- a) Derivação bileodigestiva coledocoduodenal.
- b) Derivação bileodigestiva coledojejunal.
- c) Derivação bileodigestiva hepaticojejunal.
- d) Drenagem percutânea externa da via biliar.

75. Homem, 28 anos, trazido ao pronto atendimento por familiares com história de dor abdominal difusa e diarreia sanguinolenta intensa. O acompanhante desconhecia mais detalhes sobre o estado de saúde do paciente, porém referia que o mesmo estava em uso de corticoides de longa data. Ao exame encontrava-se torporoso e febril. Apresentava hipotensão e taquicardia. O abdome era difusamente doloroso, distendido e com sinais de peritonite difusa. Foi submetido a colectomia total com ileostomia terminal e fechamento do coto retal baixo. A análise macroscópica da peça cirúrgica mostrou cólons e reto com mucosa difusamente inflamada, hiperemiada e friável, com ulcerações contínuas e difusas (imagem).



Espécime cirúrgico

Considerando o quadro clínico apresentado e a análise macroscópica da peça cirúrgica, qual seria o achado histopatológico mais característico da doença?

- a) Exsudatos pseudomembranosos com placas de fibrina e necrose superficial da mucosa.
- b) Depósitos amiloides na mucosa colônica associados a vasculite transmural.
- c) Inflamação difusa restrita à mucosa e submucosa, com abscessos de cripta e distorção arquitetural.
- d) Inflamação transmural com granulomas não caseosos e áreas de mucosa normal intercalada.

76. Homem, 58 anos, refere exteriorização volumosa e irreductível de tecido pelo ânus, com sangramentos esporádicos, prurido e sensação de “massa” que piora ao evacuar (imagem). Já realizou dieta rica em fibras, hidratação, laxativos osmóticos e medidas comportamentais sem melhora. Exame proctológico mostra prolapso circunferencial persistente com volumoso componente cutâneo externo. Colonoscopia recente normal.



Inspeção anal

Qual é a melhor abordagem terapêutica neste cenário?

- a) Realizar hemorroidectomia excisional com ressecção dos pedículos principais.
- b) Realizar desarterialização hemorroidária guiada por Doppler com mucopexia.
- c) Realizar hemorroidopexia grampeada.
- d) Realizar esclerose dos mamilos hemorroidários com laser de diodo.

77. Mulher, 46 anos, com neoplasia de reto baixo, foi submetida a amputação abdominoperineal após resposta parcial ao tratamento neoadjuvante. No intraoperatório, a equipe optou por confeccionar uma colostomia perineal, posicionando a boca distal do cólon descendente conforme a imagem fornecida.



Colostomia perineal

Em relação a essa técnica, quando comparada à colostomia abdominal convencional, é CORRETO afirmar que:

- a) A colostomia perineal é indicada preferencialmente em pacientes idosos e obesos, devido à facilidade técnica, melhor aceitação e menor risco de complicações locais.
- b) A colostomia perineal elimina a necessidade de reconstruções perineais complexas, sendo associada a menor morbidade em pacientes irradiados previamente.
- c) A colostomia perineal melhora a imagem corporal e a aceitação psicológica em relação à colostomia abdominal, mas está associada a maior risco de deiscência, infecção e hérnia perineal.
- d) A colostomia perineal apresenta menor taxa de complicações locais e é considerada padrão-ouro atual para pacientes submetidos à amputação abdominoperineal.

78. Homem, 19 anos, tabagista, com história de dor anal, drenagem purulenta e diarreia crônica há 2 anos, foi diagnosticado com doença de *Crohn* acometendo íleo terminal, reto e região perianal. Evoluiu com múltiplas fístulas complexas transesfincterianas, abscessos perianais de repetição (já drenados) e úlceras profundas no reto baixo. Foi submetido recentemente ao procedimento cirúrgico demonstrado (vide imagem).

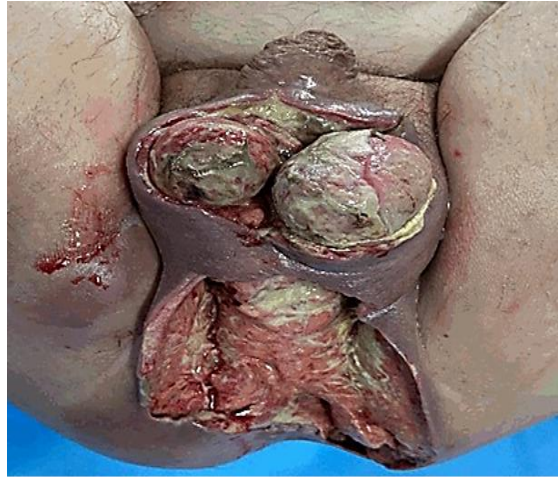


Pós-operatório imediato

Considerando o quadro clínico, qual a conduta adjuvante mais adequada após o tratamento cirúrgico inicial?

- a) Início precoce de terapia biológica anti-TNF-alfa, podendo associar imunossupressor para otimizar resposta e reduzir risco de anticorpos.
- b) Uso prolongado de antibióticos (metronidazol ou ciprofloxacino) como estratégia de manutenção a longo prazo.
- c) Tratamento com oxigenoterapia hiperbárica para promover cicatrização das fístulas, considerada primeira linha em pacientes com *Crohn* perianal ativo.
- d) Manutenção dos sedenhos de drenagem associados a imunossupressão isolada com azatioprina, pelo risco de imunossupressão e sepse perineal.

79. Homem, 52 anos, diabético, foi admitido em choque séptico por fasciíte necrosante perineal (gangrena de Fournier) e submetido a desbridamento cirúrgico inicial. No 3º dia pós-operatório, apresenta piora clínica e laboratorial: febre persistente, aumento da dor local, taquicardia e hipotensão com necessidade de vasopressores, leucocitose acentuada, PCR e lactato em ascensão. Ao exame, há ferida extensa no períneo (imagem), com celulite progressiva e focos de necrose residual.



Períneo

Qual deve ser a conduta a seguir?

- a) Novo rastreamento infeccioso e escalonamento da antibioticoterapia.
- b) Iniciar oxigenoterapia hiperbárica e ampliação do espectro antibacteriano guiado por culturas.
- c) Fechamento da ferida com retalhos musculocutâneos, para reduzir risco de infecção secundária.
- d) Retorno ao centro cirúrgico para novo desbridamento e coleta de tecido para cultura.

80. Homem, 56 anos, com carcinoma epidermoide do canal anal submetido a quimiorradioterapia definitiva (protocolo Nigro). Seis meses após o término, evolui sem resposta e com progressão local, referindo dor anal progressiva e sangramento ao evacuar. Ao exame: massa dolorosa no canal anal. Ressonância pélvica demonstra lesão infiltrativa comprometendo canal anal, complexo esfíncteriano e reto distal, sem invasão de próstata ou bexiga. Sem metástases à distância.



Exame físico

Qual é a melhor opção terapêutica neste cenário?

- a) Ressecção local transanal com margens ampliadas.
- b) Imunoterapia anti-PD-1 (pembrolizumabe/nivolumabe) como monoterapia de primeira linha.
- c) Ressecção abdominoperineal (APR) extraelevadora de resgate com colostomia definitiva.
- d) Repetir quimiorradioterapia com 5-FU/mitomicina para dose ablativa.

Especialidades com pré-requisito em: Cirurgia Geral ou Programa de Pré-Requisito em Área Cirúrgica Básica

81. Homem, 62 anos, hipertenso, procura pronto-socorro com dor em fossa ilíaca esquerda há 6 dias, febre persistente e inapetência. Refere constipação há 1 semana. Ao exame físico: hemodinamicamente estável. Dor localizada em fossa ilíaca esquerda, sem sinais de peritonite difusa. Exames laboratoriais: leucocitose ($18.200/\text{mm}^3$), PCR elevada. A tomografia computadorizada de abdome com contraste mostrou espessamento segmentar do sigmoide, associado a divertículos com borramento da gordura adjacente e uma coleção bem delimitada de 5 cm, com conteúdo líquido e gás, em íntima relação ao cólon afetado.

Qual a conduta mais adequada neste cenário?

- a) Laparotomia exploradora imediata com colectomia e colostomia terminal (cirurgia de Hartmann).
- b) Antibioticoterapia venosa exclusiva, sem intervenção.
- c) Laparoscopia diagnóstica com lavagem peritoneal e drenagem da cavidade.
- d) Drenagem percutânea guiada por imagem da coleção, associada a antibioticoterapia.

82. Homem, 45 anos, submetido a colonoscopia de rastreamento com mucosectomia fragmentada de lesão séssil de 3 cm no cólon sigmoide. Após o exame, evolui com dor na fossa ilíaca esquerda e sinais de peritonite localizada, sem vômitos, sem instabilidade hemodinâmica (PA 118/70 mmHg, FC 96 bpm, SatO_2 98% em ar ambiente, T 37,9 °C). Exames: leucócitos $14.200/\mu\text{L}$ (86% neutrófilos), PCR 9,8 mg/dL, lactato 1,7 mmol/L. Tomografia computadorizada de abdome: discreto espessamento parietal do sigmoide com sutil estriação da gordura adjacente e pequeno pneumoperitônio, sem líquido livre e sem coleções.

Qual é o tratamento mais adequado neste cenário?

- a) Laparoscopia para sutura primária do sigmoide e lavagem peritoneal imediata.
- b) Alta com analgésicos e antibiótico via oral, retorno ambulatorial em 48 a 72 horas.
- c) Internação, jejum, antibiótico endovenoso de amplo espectro, analgesia e reavaliações seriadas.
- d) Colonoscopia de urgência para tentativa de fechamento da escara de polipectomia com cliques.

83. Paciente de 37 anos apresenta lesões dolorosas crônicas na região glútea e perianal há mais de 10 anos. Relata múltiplas drenagens de abscessos, mas evolução progressiva para cicatrizes espessas, retrações e formação de túneis fistulosos intercomunicantes. Nega diarreia crônica, sangramento intestinal ou perda de peso. Colonoscopia recente sem alterações. Foi iniciada terapia com antibióticos orais por 12 semanas, sem resposta clínica significativa. Avaliada pela equipe de cirurgia, foi classificada como *Hurley* estágio III (vide imagem).



Inspeção

Qual a conduta mais adequada neste momento?

- a) Iniciar tratamento imunobiológico com antagonista do TNF-alfa visando controle da doença.
- b) Manter antibiótico oral em esquema prolongado (6 meses) associado a drenagens repetidas das lesões.
- c) Instituir terapia com corticoide sistêmico em altas doses de forma contínua para controle inflamatório.
- d) Indicar ressecção cirúrgica limitada apenas das áreas de drenagem ativa.

84. Homem, 64 anos, submetido à retossigmoidectomia com colostomia em alça à direita para proteção da anastomose colorretal, retorna ambulatorio com queixa de dor abdominal intermitente, abaulamento progressivo e exteriorização exagerada da alça intestinal pelo orifício do estoma (imagem). Apresenta, ainda, dificuldade de adaptação da bolsa coletora.



Estoma

Qual a conduta mais adequada neste caso?

- a) Realizar a colectomia complementar e confeccionar ileostomia protetora em outro sítio.
- b) Redução manual do estoma e associação da cinta de contenção ao uso de placas côncavas.
- c) Realizar correção cirúrgica eletiva do estoma (reparo local, realocização ou fechamento).
- d) Manter tratamento conservador com cintas de contenção abdominal e acompanhamento ambulatorial.

85. Enunciado para as questões 85 e 86.

Menina de 12 anos é levada ao pronto-socorro com história de dor abdominal há cerca de 24 horas, associada a náuseas, vômitos, prostração progressiva e redução da diurese. Ao exame, apresenta-se hipotensa, com sinais de desidratação, abdome distendido e doloroso difusamente. Foi realizada tomografia de abdome com contraste, cuja reconstrução coronal é apresentada a seguir:



Tomografia de abdome com contraste

Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- a) Torção intestinal com comprometimento vascular do delgado.
- b) Obstrução intestinal por corpo estranho com sinais de isquemia.
- c) Intussuscepção ileocólica com necrose colônica.
- d) Apendicite aguda complicada com peritonite generalizada.

86. Considerando o quadro clínico e o exame de imagem, qual seria o tratamento mais adequado?

- a) Internação com antibioticoterapia venosa e reavaliação laboratorial periódica.
- b) Solicitação de ressonância magnética para obter diagnóstico mais preciso.
- c) Estabilização clínica e encaminhamento para tratamento cirúrgico de urgência.
- d) Hidratação venosa, jejum e sonda nasogástrica, com observação hospitalar.

87. Um menino de seis anos é trazido ao Pronto-Socorro com história de trauma abdominal com guidão de bicicleta há 40 minutos. Ao exame apresenta-se com fácies de dor, tatuagem traumática na transição epigástrico-mesogástrico e dor no andar superior do abdome. Tem os seguintes sinais: PA: 100x60 mmHg, FC=126 bpm, FR=28 ipm e saturação O₂= 95%.

Qual a melhor conduta a ser tomada neste caso após atendimento inicial ao traumatizado?

- a) Laparotomia exploradora.
- b) Realizar tomografia computadorizada.
- c) Realizar ultrassonografia abdominal.
- d) Transfusão de concentrado de hemácias.

88. Paciente do sexo feminino com 57 anos apresentando dor abdominal de forte intensidade com irradiação para o dorso e vômitos há 3 dias. Negava febre. Sem alteração de hábito intestinal. Há 2 dias recebeu atendimento na UPA, tendo ficado em jejum e com hidratação vigorosa (3L de Ringer com lactato ao dia). Hoje encaminhada a serviço de referência para avaliação. Na admissão apresentava-se com dor abdominal leve, sem vômitos, referindo fome importante. Apresentava o seguinte exame físico e exames complementares: Exame físico: Abdome pouco distendido, dor a palpação profunda. Escala de Coma de Glasgow: 15, temperatura 37°C, FC 97 bpm, FR 18 ipm. Laboratoriais: Leucócitos 14 000 (VR - 3500-10500/mm³), PCR 20 (VR - até 0,5 mg/dL), creatinina 1,1 (VR - 0,7 - 1,3 mg/dL), ureia 20 (VR - 15-39 mg/dL), amilase 4235 (VR até 125), Bilirrubina Total 1,4 (VR - 0,8 - 1,2 mg/dL), Bilirrubina Direta 0,7 (VR até 0,4), Fosfatase Alcalina 110 (VR - 46 - 116 U/L), GAMA GT 90 (VR - 15 - 85 U/L). Ultrassom de abdome: colelitíase, sem dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, pâncreas não passível de visualização por interposição gasosa. Radiografia de tórax: sem alterações.

Considerando os critérios diagnósticos para SIRS bem como a estratificação de gravidade da doença em questão pelo BISAP, qual a melhor conduta na condução do caso nas próximas 48h?

- a) Hidratação venosa vigorosa.
- b) Tomografia de abdome com contraste.
- c) Colecistectomia videolaparoscópica.
- d) Colangiorressonância magnética.

89. Homem, 27 anos, vítima de colisão automobilística, dá entrada no pronto-socorro hemodinamicamente estável (PA 115x70 mmHg, FC 98 bpm). Refere dor abdominal epigástrica intensa. Ao exame físico, apresenta discreta defesa abdominal na região mesogástrica, sem sinais de irritação peritoneal. Foi submetido a tomografias, sendo um corte da tomografia de abdome demonstrado na figura.



Imagem 1

Qual a conduta mais adequada?

- a) Tratamento não operatório.
- b) Drenagem percutânea.
- c) Laparotomia com pancreaticoduodenectomia.
- d) Laparotomia com pancreatectomia distal.

90. Paciente do sexo masculino, 28 anos, vítima de trauma moto x carro, chega ao serviço terciário trazido pelo SAMU diretamente da cena.

Avaliação primária:

A - Vias aéreas pérvias, colar cervical posicionado.

B - Murmúrio vesicular presente bilateralmente, saturando 98% com cateter de O₂.

C - FC 110 bpm, PA 100x70 mmHg, sem sangramentos visíveis.

D - Pupilas isocóricas e fotorreagentes, ECG 15.

E - Exposição e proteção térmica.

Na avaliação secundária:

Tatuagens traumáticas toraco-abdominais anteriores, dor à palpação abdominal, sem peritonismo. Pela estabilidade, foi submetido a Tomografias: TC de abdome e pelve com os achados mostrados nas imagens 1 e 2 a seguir). Além do achado acima, o laudo da TC de abdome e pelve ainda informava: sem evidências de lesões traumáticas nos órgãos parenquimatosos ou estruturas ósseas.



Imagem 1

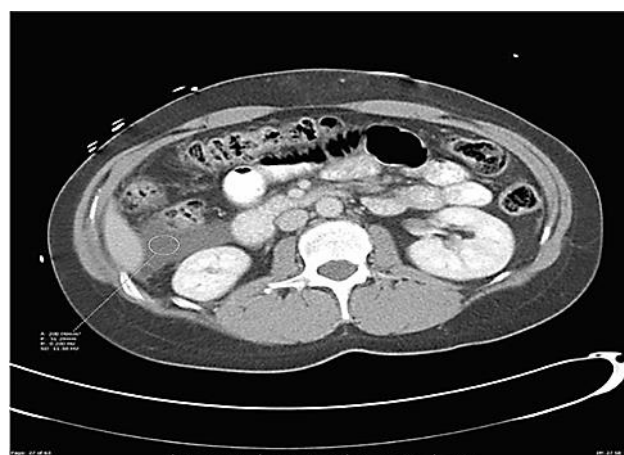


Imagem 2

Qual a melhor conduta frente aos achados?

- a) Exame físico seriado.
- b) Nova tomografia computadorizada em 12 horas.
- c) Laparoscopia diagnóstica.
- d) Laparotomia exploradora.

Especialidades com pré-requisito em: Cirurgia Geral ou Programa de Pré-Requisito em Área Cirúrgica Básica

91. Um senhor de 65 anos sofreu queda de um cavalo enquanto conduzia um rebanho para a fazenda vizinha. Após a queda, foi pisoteado pelo seu cavalo. Ao ser atendido, cerca de 20 minutos após, em um hospital secundário, apresentava-se consciente com uma tatuagem traumática na transição tóraco-abdominal lateral direita onde referia dor espontânea. Os sinais vitais estavam estáveis (PA=145X100 mmHg, FC=72 bpm, FR=22 ipm e saturação O₂ =92%).

Caso você atendesse o paciente, o que faria em relação ao caso?

- a) Transferiria o paciente para realizar tomografia de tórax e abdome.
- b) Realizaria toracostomia à direita e analgesia.
- c) Solicitaria radiografia de tórax e aguardaria avaliação do cirurgião no dia seguinte.
- d) Iniciaria oxigenoterapia, analgesia e manteria em observação por 12 horas.

92. Um homem de 27 anos é atendido no pronto-socorro de um hospital terciário após agressão com garrafa de vidro, apresentando ferimento cervical lateral esquerdo. Ele encontra-se consciente, orientado, com pressão arterial de 120/75 mmHg, frequência cardíaca de 92 bpm e saturação de O₂ de 98% em ar ambiente. O exame físico revela lesão de aproximadamente 5 cm, profunda, de bordas irregulares, com coágulo aderido, sem sangramento ativo.

Qual a conduta inicial mais adequada?

- a) Programar cervicotomia semi-eletiva.
- b) Proceder à exploração manual da ferida, remover o coágulo e realizar sutura.
- c) Solicitar exames complementares direcionados.
- d) Indicar cervicotomia imediata de emergência.

93. Homem de 45 anos, submetido há 10 dias a laparotomia de urgência por abdome agudo secundário a úlcera péptica perfurada, retorna ao pronto atendimento com dor abdominal difusa, febre e mal-estar progressivos. A radiografia de tórax em posição ortostática evidencia, no andar superior do abdome, imagem sugestiva de marcadores radiopacos compatíveis com compressa cirúrgica. O paciente é admitido sob responsabilidade do cirurgião geral de plantão, em hospital com centro cirúrgico disponível.

Qual a conduta mais adequada?

- a) Reconhecer o achado, comunicar o paciente e familiares e organizar a conduta junto à equipe cirúrgica.
- b) Proceder à retirada cirúrgica da compressa, omitindo ao paciente a ocorrência de corpo estranho retido para evitar repercussões negativas.
- c) Manter tratamento clínico geral e comunicar o achado à direção do hospital, sem repasse imediato ao paciente e familiares.
- d) Instituir antibioticoterapia e observação hospitalar, sem comunicar o achado a paciente, familiares ou equipe assistencial.

94. Durante um mutirão de cirurgias eletivas, a equipe do centro cirúrgico demonstra pressa para iniciar uma herniorrafia. Ao chegar à sala, o cirurgião é informado pelo anestesista de que já está tudo conferido, e que o lado a ser operado é o direito. O paciente encontra-se anestesiado e posicionado.

Qual seria uma boa prática nessa situação?

- a) Prosseguir com a cirurgia, confiando na conferência prévia relatada pelo anestesista.
- b) Interromper o procedimento e suspender a cirurgia, reagendando para outra data em que haja mais tempo disponível para as verificações.
- c) Solicitar que seja aplicado o *Checklist* de Cirurgia Segura antes da incisão, mesmo com o paciente já anestesiado.
- d) Solicitar a confirmação com a equipe de enfermagem, sem necessidade de aplicação de protocolos, para não atrasar o fluxo do mutirão.

95. A invaginação intestinal ou intussuscepção é uma doença frequente na infância e caracteriza-se por: dor tipo cólica, distensão, vômitos, desidratação, fezes com muco e sangue semelhantes a geleia de morango.

Qual das afirmações abaixo é INCORRETA?

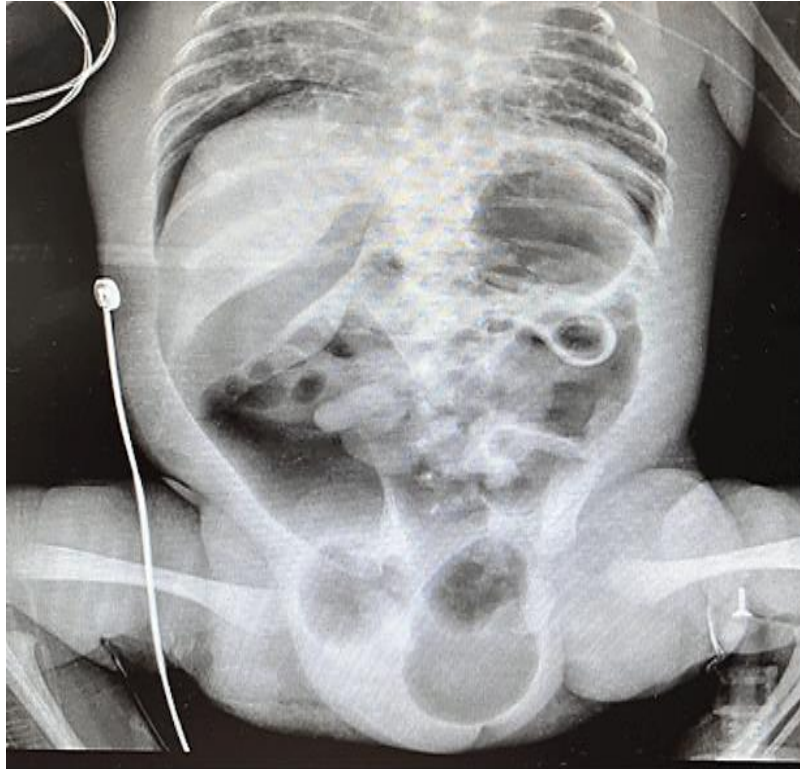
- a) Pólipos intestinais, divertículo de *Meckel* e hiperplasia das placas de *Peyer* são as causas mais comuns da invaginação.
- b) A redução hidrostática pode ser a conduta inicial para desfazer a invaginação.
- c) Nos casos que cursam com necrose, a ressecção e a anastomose primária é a opção cirúrgica mais frequentemente empregada.
- d) O tratamento cirúrgico mais comum consiste na redução do invaginado e cecopexia.

96. A enterocolite necrosante (ECN) é uma doença grave que causa inflamação e necrose intestinal, afetando principalmente recém-nascidos prematuros. Constitui-se, neste grupo, a emergência gastrointestinal mais comum.

Dentre as afirmações abaixo, qual é a INCORRETA?

- a) O tratamento cirúrgico está indicado quando há piora clínica acentuada ou presença de pneumoperitônio.
- b) O tratamento cirúrgico, quando indicado, deve ser a ressecção da área do intestino necrosado sem anastomose primária.
- c) O tratamento clínico consiste em: suporte intensivo, jejum alimentar, hidratação parenteral, decompressão gástrica e antibioticoterapia.
- d) Imaturidade do sistema imunológico, início da alimentação e a disbiose do recém-nascido são fatores predisponentes.

97. Recém-nascido masculino, 7 dias de vida, a termo, peso 2.800 g, parto cesárea por distócia fetal, APGAR 8-9-9. Após o 3 dia de vida evoluiu com distensão abdominal progressiva, vômitos biliosos e peristalse visível. Condição atual: regular estado geral, taquicárdico, dispneico, com enchimento capilar lento, extremidades frias. Sem registro de eliminação do mecônio. Solicitada radiografia simples (figura).



Radiografia de abdome

Qual o achado radiográfico e o diagnóstico mais provável?

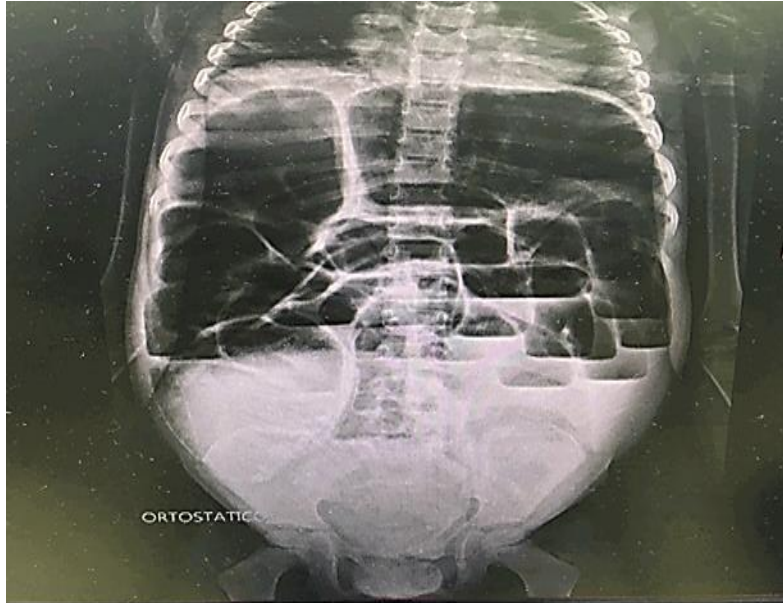
- a) Dupla bolha, volvo intestinal.
- b) Pneumatose intestinal, enterocolite necrotizante.
- c) Sinal de Neuhauser, íleo meconial.
- d) Pneumoperitônio, doença de Hirschsprung.

98. Menina de 7 anos, com dor abdominal há 4 dias, em hipocôndrio direito e febre associada ao quadro. Informante refere que a criança já foi levada ao pronto atendimento 3 vezes no último ano por “hepatite” que evoluiu com melhora espontânea. Exame físico: fácies encaracterística, regular estado geral, febril. Acianótica e ictérica +2/+4. Abdome: globoso, flácido, doloroso a palpação profunda com massa palpável em hipocôndrio direito.

Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Síndrome de Alagille.
- b) Atresia de vias biliares.
- c) Cisto de colédoco.
- d) Colecistite aguda.

99. Menino de 6 anos, com parada de eliminação de flatos e fezes há 4 dias. Evoluiu com distensão abdominal, febre e queda do estado geral. Exame físico: regular estado geral, enchimento capilar lento, febril, porém com extremidades frias. Abdomen distendido, timpânico à percussão e doloroso à palpação. Informante refere tratamento cirúrgico para doença de *Hirschsprung* no período neonatal. Pedido radiografia simples de abdome (figura a seguir).



Radiografia de abdome ortostático

Considerando o diagnóstico mais provável, qual a medida terapêutica mais adequada?

- a) Lavagem intestinal.
- b) Laparotomia exploradora.
- c) Colonoscopia.
- d) Sondagem gástrica.

100. Um cirurgião geral foi surpreendido por dois pareceres da auditoria do convênio. No primeiro parecer o convênio não autorizou um pagamento da herniorrafia que ele realizou em um menino de 5 anos pois o médico não havia pedido ultrassom pré-operatório. No segundo parecer, seu pedido de herniorrafia para uma menina de 4 anos foi negado antes da cirurgia acontecer pois o ultrassom realizado foi normal (sem evidência de hérnia). O cirurgião exigiu o pagamento e a autorização!

Sobre o diagnóstico de hérnia inguinal na criança, quem está com a razão e qual o melhor argumento?

- a) O cirurgião está correto ao pedir o exame por exigência do convênio, no entanto o diagnóstico continua sendo clínico.
- b) O convênio está correto em seu segundo parecer, visto que o ultrassom é normal. Quanto ao primeiro, fica a evidência dos achados cirúrgicos como fato comprobatório.
- c) O convênio está correto pois o diagnóstico é ultrassonográfico.
- d) O cirurgião está correto pois o diagnóstico é clínico.

