



**medway**

**USP-RP - 2025 - Objetiva  
- SP**

---



NOME DO CANDIDATO:

---

---

---

ASSINATURA

SALA:

CARTEIRA:

## INSTRUÇÕES

Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES contém 100 questões.

Escreva seu nome completo, sala, carteira e assine no campo indicado.

Utilize caneta de tinta **preta**.

Responda as questões de múltipla escolha no GABARITO.

Não será permitida qualquer espécie de consulta nem o uso de aparelhos eletrônicos.

Leia atentamente as instruções contidas no CADERNO DE RESPOSTAS.

**Boa Prova!**



### QUESTÃO 1.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 59 anos, agricultor, refere surgimento de lesão cutânea em região malar da face esquerda, eritematosa, ulcerada, com crescimento progressivo nos últimos meses. A lesão é indolor, possui bordas mal definidas e apresenta sangramento após manipulação. Após avaliação, o médico suspeita de carcinoma espinocelular. Qual das seguintes características é mais típica para diferenciar o carcinoma espinocelular do carcinoma basocelular?

- A. Lesão com bordas peroladas e deposição de queratina.
  - B. Localização em áreas fotoexpostas da face e pescoço.
  - C. Possibilidade de metástase, principalmente em casos avançados.
  - D. Associação com exposição solar crônica e pele clara.
- 

### QUESTÃO 2.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem negro de 30 anos notou lesão melanocítica há 1 ano, de cerca de 1,5 cm de diâmetro, subungueal no hálux direito, com crescimento rápido nos últimos 3 meses e sangramentos ocasionais. Ao exame, apresenta coloração heterogênea. Qual alternativa está CORRETA sobre o provável diagnóstico e tratamento?

- A. Ceratose seborreica; elevação cirúrgica da unha, cauterização da lesão com eletrocautério e devolução da unha no seu leito.
  - B. Melanoma lentiginoso-acral; amputação do hálux e pesquisa de linfonodo sentinela.
  - C. CBC pigmentado; excisão cirúrgica da unha e do seu leito com margem de 5 mm ao redor da lesão.
  - D. Nevo melanocítico; encaminhamento para acompanhamento por dermatologista ou cirurgião plástico.
- 

### QUESTÃO 3.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 57 anos desenvolveu lesão por pressão sacral grau 4 após internação prolongada em unidade de terapia intensiva para tratamento de choque séptico. A lesão é bem delimitada, com presença de tecido desvitalizado no leito e dimensões de 18 x 12 cm. Quais as próximas condutas indicadas no tratamento deste paciente?

- A. Treinamento de decúbito lateral, desbridamento cirúrgico, matriz dérmica acelular e enxerto de pele.
- B. Treinamento de decúbito ventral, desbridamento cirúrgico, terapia por pressão negativa e rotação de retalhos locais.
- C. Treinamento de decúbito ventral, sulfadiazina de prata 1%, matriz dérmica acelular e enxerto de pele.



D. Treinamento de decúbito lateral, sulfadiazina de prata 1%, terapia por pressão negativa e rotação de retalhos locais.

---

#### **QUESTÃO 4.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher de 64 anos apresentou diagnóstico de melanoma nodular em antebraço direito, com índice de Breslow de 3,7 milímetros sem a presença de ulceração e com índice mitótico de zero. Foi submetida à ampliação de margens de 2 centímetros e à pesquisa de linfonodo sentinela axilar direito, que revelou a presença de micrometástases. Quais as próximas condutas indicadas no tratamento desta paciente?

- A. Realizar uma segunda ampliação de margens de 1 cm e linfadenectomia axilar direita.
  - B. Realizar a linfadenectomia axilar direita, sem a necessidade de nova ampliação de margens.
  - C. Realizar uma segunda ampliação de margens de 1 cm e seguimento clínico da cadeia linfonodal.
  - D. Realizar o seguimento clínico da cadeia linfonodal, sem a necessidade de nova ampliação de margens.
- 

#### **QUESTÃO 5.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Menino de 4 anos sofreu queimadura por escaldamento em perna esquerda após acidente doméstico. Foi trazida pela mãe para avaliação em unidade especializada no tratamento de queimaduras. A lesão é dolorida, possui leito avermelhado, com presença de retorno capilar à digito-pressão e atinge metade da porção anterior da perna esquerda. Qual a conduta mais adequada para esta queimadura?

- A. Em regime ambulatorial, com curativos impregnados com prata trocados a cada 10 a 14 dias, até a epitelização.
  - B. Em regime de internação, com trocas a cada 12 horas de curativos com creme de sulfadiazina de prata 1%, seguida de enxerto de pele homólogo.
  - C. Em regime ambulatorial, com curativos impregnados com prata trocados a cada 5 a 7 dias, até a epitelização.
  - D. Em regime de internação, com trocas diárias de curativos com creme de sulfadiazina de prata 1%, seguida de enxerto de pele autólogo.
- 

#### **QUESTÃO 6.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+



Homem de 38 anos, 80 kg, sofreu queimaduras por chama em 30% da superfície corpórea, atingindo tronco e membros superiores, sendo levado até um pronto-socorro e admitido em unidade de terapia intensiva. De acordo com a 10ª edição do ATLS, qual a conduta correta para a reposição volêmica e monitorização deste paciente nas próximas 24 horas?

- A. O volume de reposição volêmica deve ser calculado pela fórmula de Parkland e administrado rapidamente nas primeiras 12 horas para maximizar a eficácia da ressuscitação, sendo ajustado com base nos níveis séricos de ureia e creatinina.
- B. A reposição volêmica deve ser realizada com solução de Ringer lactato, devendo-se ajustar o volume para manter um débito urinário de 30 a 50 ml/hora. A monitorização do débito urinário é a principal forma de avaliar a adequação da reposição volêmica.
- C. A reposição volêmica deve ser realizada com solução de Ringer lactato, devendo-se ajustar o volume para manter uma pressão arterial média acima de 70 mmHg.
- D. A administração de soluções coloides deve ser realizada nas primeiras 24 horas juntamente com a solução de Ringer lactato para reduzir o risco de sobrecarga circulatória, e a monitorização deve ser baseada na estabilização hemodinâmica e na correção dos eletrólitos.

---

#### QUESTÃO 7.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher de 85 anos apresenta tumoração eritematosa de cerca de 1 cm de diâmetro, bordos perolados e presença de teleangiectasias há 1 ano na ponta nasal. Qual o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada?

- A. Ceratoacantoma; biópsia incisional.
- B. Carcinoma espinocelular; crioterapia.
- C. Melanoma amelanótico; biópsia excisional com margem de 2 mm.
- D. Carcinoma basocelular; biópsia excisional com margem de 4 mm.

---

#### QUESTÃO 8.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 35 anos, 80 Kg, sofreu queimadura profunda, há 3 horas, por explosão de álcool quando acendia churrasqueira. Houve acometimento de aproximadamente 1/3 do membro superior direito, todo o membro superior esquerdo e todo o tronco anterior. Segundo a fórmula do ATLS (Advanced Trauma Life Support) - 10ª edição de 2018, qual alternativa está CORRETA quanto a quantidade e regime de infusão de Ringer Lactato que o paciente deve receber nas próximas horas?

- A. 2.400 ml nas próximas 5 horas.
- B. 9.600 ml nas próximas 21 horas.
- C. 4.800 ml nas próximas 24 horas.



D. 4.800 ml nas próximas 8 horas.

---

### QUESTÃO 9.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 45 anos, sofreu queimadura nas duas mãos, por alta voltagem, há 2 horas, totalizando aproximadamente 1% de superfície corporal queimada (SCQ). Qual alternativa está correta em relação ao seu diagnóstico e a conduta inicial?

- A. Médio queimado; internação em hospital de nível secundário de complexidade.
- B. Pequeno queimado; curativos com sulfadiazina de prata creme 1% em Unidade Básica de Saúde.
- C. Frauma-elétrico; calcular hidratação pela fórmula de Parkland para prevenção de insuficiência renal aguda.
- D. Grande queimado; internação em Centro de Tratamento de Queimaduras.

---

### QUESTÃO 10.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem, 25 anos, sofreu traumatismo de membro inferior por acidente motociclístico há 3 dias. Apresenta ferida extensa na perna com fratura de tíbia já estabilizada pela equipe da ortopedia, e está fazendo uso de Terapia por Pressão Negativa (TPN) na ferida. Qual alternativa está CORRETA em relação ao principal mecanismo de ação da TPN?

- A. A redução de líquidos promovida pela TPN diminui o edema local com consequente melhora da perfusão tecidual.
- B. A TPN, que deve ser trocada a cada 24 horas, promove maior aporte de glicose para as células do leito da ferida.
- C. O vácuo da TPN reduz a oferta de oxigênio local, o que leva a formação de novos vasos sanguíneos no leito da ferida.
- D. A pressão subatmosférica da TPN produz um microambiente com redução de oxigênio que dificulta a colonização bacteriana no leito da ferida.

---

### QUESTÃO 11.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher, 60 anos, com história de câncer de mama, submetida a mastectomia há 3 semanas e em início tratamento quimioterápico complementar. Na consulta ambulatorial observou-se edema súbito em perna direita, associada a dor local. Qual a conduta mais adequada, considerando o diagnóstico mais provável?



- A. Implante de filtro de veia cava inferior.
  - B. Indicar uso de meia elástica e dese profilática de anticoagulante.
  - C. Internação para uso de heparina não fracionada subcutânea.
  - D. Prescrever heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica
- 

### QUESTÃO 12.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem, 75 anos, sexo masculino chega ao pronto-socorro com dor abdominal intensa e irradiada para as costas. Exame físico revela hipotensão e massa abdominal pulsátil e dolorosa. Um ultrassom externo confirma a presença de um aneurisma aórtico abdominal de 6.0 cm iniciando cerca de 20 mm abaixo das artérias renais. Qual é a abordagem terapêutica mais indicada para este paciente, considerando sua condição clínica e as diretrizes atuais para o manejo de aneurismas aórticos abdominais rotos?

- A. Prescrição de amins vasoativas e internação em unidade de terapia intensiva para estabilização e posterior cirurgia.
  - B. Tratamento imediato com reposição volêmica até realização de tomografia.
  - C. Reparo endovascular imediato do aneurisma aórtico com angiografia no centro cirúrgico.
  - D. Cirurgia aberta de emergência para reparo do aneurisma por laparotomia.
- 

### QUESTÃO 13.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem, 68 anos, diabético e tabagista com quadro de dor em panturrilhas, ao deambular cerca de 100 metros no plano há quatro meses. Refere ainda estar com pés formigados. Ao exame nota-se rarefação pilosa bilateral abaixo dos joelhos, pulsos femorais palpáveis bilateralmente e ausência de pulsos poplíteo e pediosos bilateralmente a palpação. DROP Qual afirmativa abaixo está correta referente a este quadro clínico?

- A. O tratamento clínico deve ser iniciado sem qualquer exame de imagem.
  - B. O índice tornozelo-braço jamais pode ser utilizado neste caso uma vez que o paciente é diabético.
  - C. É fundamental o US Doppler ou outro exame de imagem para determinar a melhor terapia para este paciente.
  - D. A indicação cirúrgica só pode ser feita caso paciente pare de fumar.
- 

### QUESTÃO 14.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher, 74 anos, com quadro de amnesia global transitória há cerca de dois meses. Diabética e ex-tabagista. Faz uso de ácido acetil salicílico e losartana e metformina. Ao exame,



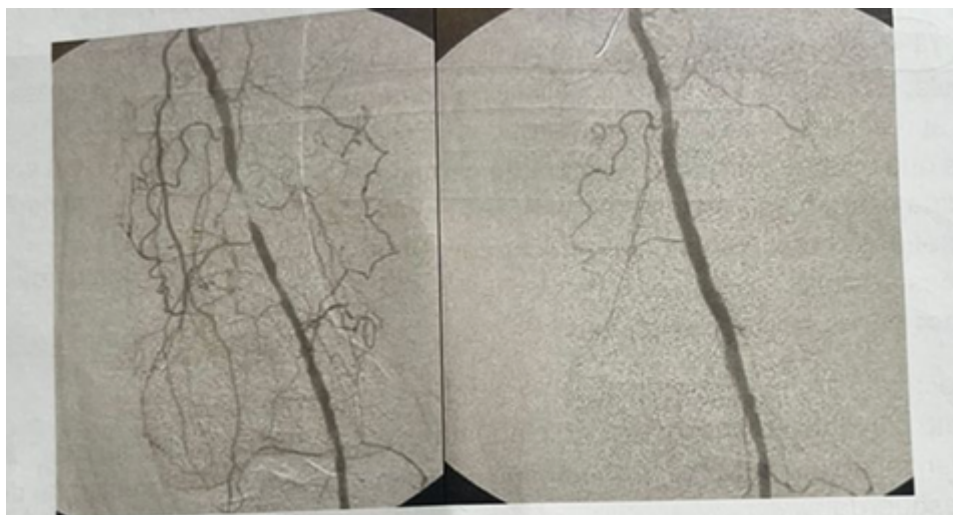
apresentava-se com sopro carotídeo a esquerda. Realizou ultrassom com Doppler de carótidas que mostrou oclusão completa de carótida interna direita e estenose de 70-99 % da artéria carótida externa esquerda. Angiotomografia de carótidas confirmou achados do ultrassom. Demais segmentos carotídeos sem alterações de fluxo. Qual a melhor conduta para este caso?

- A. Endarterectomia carotídea à direita com patch de pericárdio bovino.
- B. Tratamento clínico com antiagregação plaquetária e estatinas de alta potência.
- C. Revascularização com ponte de carótida interna direita e endarterectomia de carótida extrema esquerda.
- D. Angioplastia de carótida externa esquerda com stent e uso de filtro de proteção cerebral.

### QUESTÃO 15.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher de 70 anos, hipertensa e ex-tabagista. Apresenta mobilidade física reduzida com necessidade do uso de cadeira de rodas a maior parte do tempo, por conta de quadro demencial progressivo há 5 anos. Em uso de anladipino e ácido acetil salicílico (AAS). Comparece em rotina com geriatra sem queixas específicas. Ao realizar o exame físico, o médico nota que, apesar do pulso femoral presente e amplo, os pulsos popliteos, tibial posterior e pedioso esquerdos estavam ausentes. No membro contralateral, todos os pulsos estavam presentes, e o esquerdo era discretamente mais palido que o direito e o tempo de enchimento capilar entre 3,5 segundos. Não havia cianose, úlceras ou gangrena. O índice tornozelo braquial era 0,55 à esquerda e 1 à direita. Prosseguiu-se com a investigação e a paciente foi submetida ao seguinte exame / procedimento (figura). Ao final do mesmo, apresentava todos os pulsos em membro inferior esquerdo e ITB de 1. Assinale a alternativa correta em relação ao exame/procedimento realizado:



- A. Não foi bem indicado, pois a melhor conduta seria manejo clínico com anticoagulação plena.
- B. Foi bem indicado, pois a redução de mobilidade é fator de risco para trombose aguda.
- C. Não foi bem indicado, pois tratava-se de doença arterial obstrutiva periférica estável.
- D. Foi bem indicado, pois havia uma estenose crítica (>95%) passível de correção

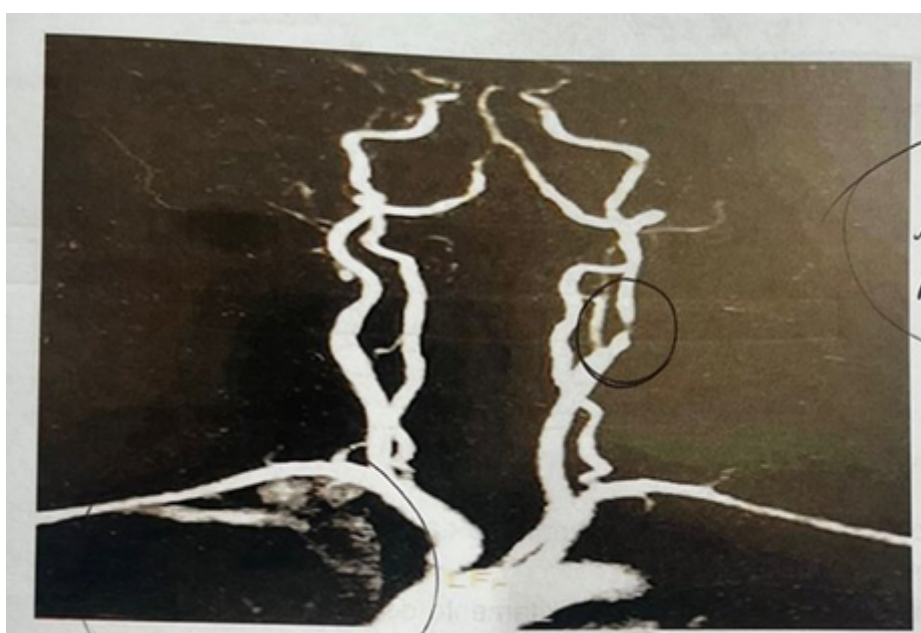


endovascular.

### QUESTÃO 16.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 68 anos, hipertenso e diabético, apresenta queixas de episódios recorrentes parestesia e fraqueza no lado direito do corpo breves (menos de 1 hora de duração) há 1 mês. Realizou avaliação neurológica e cardiológica não sendo encontrado evidências de isquemia miocárdica, arritmias ou outras alterações significativas. Fração de ejeção de 56%. Ultrassonografia de carótidas Doppler revela estenose de 50 a 69% na artéria carótida interna esquerda. Uma angiorressonância foi realizada e está mostrada na figura abaixo. O paciente já está em uso de rosuvastatina e AAS há 1 ano. Qual é a melhor abordagem terapêutica?



- A. Trombectomia mecânica, anticoagulação, seguida de endarterectomia de carótida interna esquerda após 30 dias.
- B. Trombectomia mecânica com colocação de Stent em carótida interna esquerda.
- C. Associar clopidogrel e indicar endarterectomia se houver recorrência dos sintomas.
- D. Associar clopidogrel e realizar endarterectomia de carótida interna esquerda o mais breve possível.

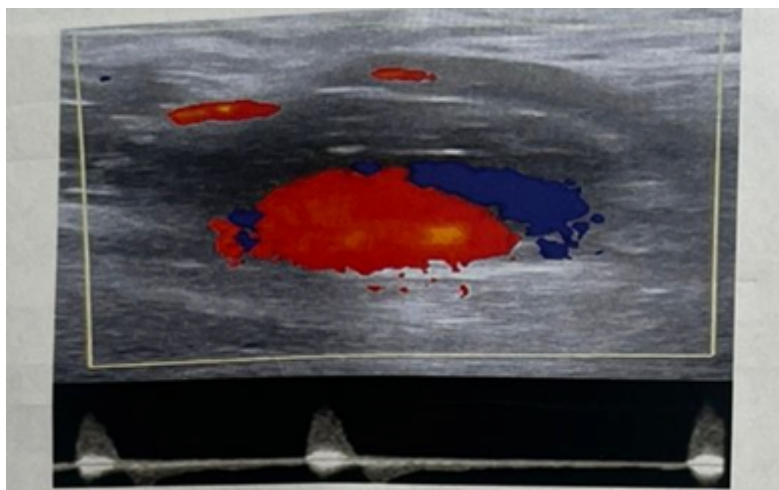
### QUESTÃO 17.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 58 anos, foi submetido a um caeterismo cardiacovia punção de artéria femoral direita para investigação de dor torácica. Dois dias após o procedimento, começa a perceber um aumento volumena região inguinal direita, acompanhado de dor local. Ao exame físico,



palpa-se aumento massa pulsátil com sopro sistólico. Realizado ultrassom com Doppler da região, as imagens são mostradas na figura abaixo: Qual a alternativa correta?



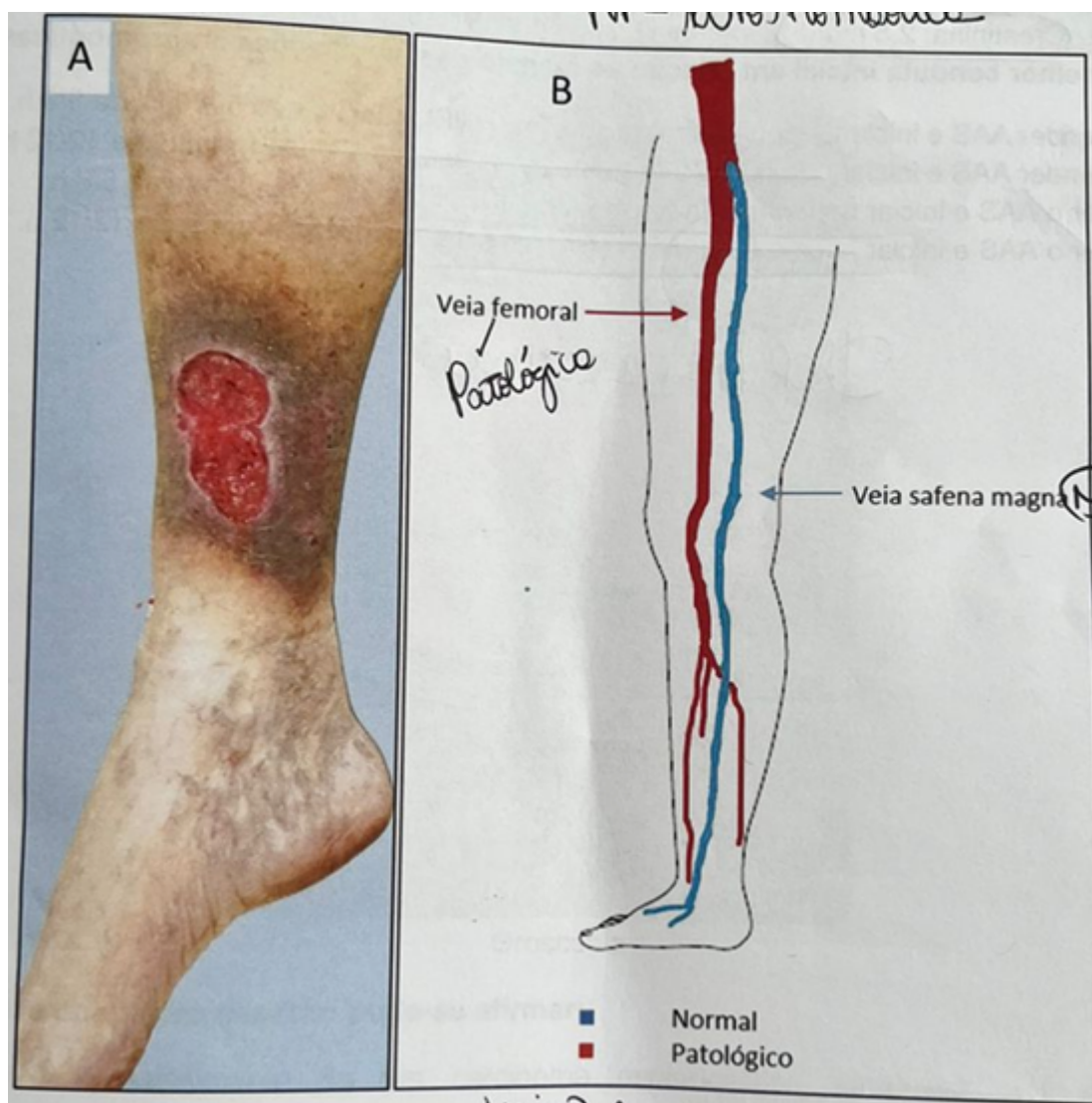
- A. Trata-se de pseudoaneurisma e o tratamento deve ser feito por compressão ecoguiada por ter altas taxas de sucesso.
- B. Trata-se de fistula arteriovenosa e o tratamento de primeira escolha é correção aberta por inguinotomia.
- C. Trata-se de pseudoaneurisma que pode ser tratado por injeção percutânea de trombina ecoguiada.
- D. Trata-se de fístula arteriovenosa e o tratamento pode ser feito por implante de stent recoberto via endovascular.

---

### QUESTÃO 18.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher de 65 anos hipertensa e tabagista, apresenta queixa de dor e edema em coxa e perna do lado direito. Relata que os sintomas se iniciaram há 10 anos quando fazia tratamento para câncer de mama, porém, naquela ocasião, não procurou atendimento médico. Atualmente tem critérios de cura da neoplasia) Há 3 meses, relata surgimento de ferida em perna direita. À inspeção, apresenta a lesão representada na figura abaixo (A). A palpação dos pulsos em pé direito é dificultada pelo edema. Índice tornozelo braquial (ITB) é de 0,9 deste lado. Em membro inferior esquerdo não há nenhuma alteração ao exame físico. Solicitado estudo ecográfico com Doppler com os achados da figura (B) abaixo. Qual a alternativa correta?



- A. Trata-se de afecção venosa primária onde as alterações do sistema venoso superficial são mais comuns.
- B. Trata-se de afecção venosa secundária onde os achados de obstrução e refluxo são comuns.
- C. Trata-se de afecção venosa primária, porém com contribuição significativa da obstrução arterial crônica.
- D. Trata-se de afecção venosa secundária, porém com contribuição significativa da obstrução arterial crônica.

### QUESTÃO 19.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 75 anos, hipertenso e tabagista com queixa de dor em membro inferior esquerdo ao caminhar 50 metros, com melhora completa ao repouso. Interna em leito de enfermaria para tratamento de COVID-19 de gravidade moderada. O índice tornozelo braço à esquerda é 0,4 e à direita é 0,8. Ausência de edema em membros inferiores. Nega antecedentes de infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral. Está em uso de ácido acetil



salicílico (AAS) 100 mg ao dia e Anlodipino 5mg uma vez ao dia. Realizou radiografia de tórax e tomografia de tórax com contraste, sem alterações. Exames laboratoriais de entrada: Hematócrito: 45 %; Glóbulos Brancos: 6500 (sem desvio)/mm<sup>3</sup>; Plaquetas: 250000/mm<sup>3</sup>; Sódio: 145 mM/L; Potássio: 4,4 mM/L; (Creatinina: 2,5 mg/dl; Dímeros D: 755 ng/dl (VN<500 ng/dl). Qual a melhor conduta inicial em relação ao manejo das medicações antitrombóticas?

- A. Suspender AAS e iniciar heparina não fracionada (HNF), subcutânea 5000 UI de 8/8 h.
- B. Suspender AAS e iniciar heparina de baixo peso molecular (HBPM) 1 mg/kg de 12/12h.
- C. Manter AAS e iniciar heparina não fracionada (HNF) 5000 UI subcutânea de 8/8 h.
- D. Manter o AAS e iniciar heparina de baixo peso molecular (HBPM) 1 mg/kg de 12/12 h.

---

### QUESTÃO 20.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Um paciente de 58 anos, tabagista e etilista crônico, apresenta uma lesão ulcerada na borda lateral da língua há cerca de 4 meses, que não cicatriza (figura). A lesão é dolorosa, com bordas endurecidas e áreas de leucoplasia ao redor. Durante o exame físico, a palpação revela induração local e possível infiltração em profundidade. O paciente também apresenta linfonodos cervicais palpáveis. Com base no quadro descrito pode-se afirmar:



- A. Trata-se possivelmente de um carcinoma espinocelular, uma vez que a língua, especificamente em sua borda lateral, é a região de maior incidência desse tipo tumoral em cavidade oral.
- B. A palpação da língua pode ser extremamente dolorosa e por isso pouco confiável na determinação da extensão da lesão oral e planejamento cirúrgico.
- C. Em casos como o descrito, as metástases à distância estão presentes em até 50% dos casos, sendo mais comuns em fígado.
- D. Diante da presença de linfonodos cervicais palpáveis, o esvaziamento cervical eletivo supra-omo-hioideo (profilático) é indicado como parte do tratamento, considerando o alto risco de disseminação linfonodal.

---

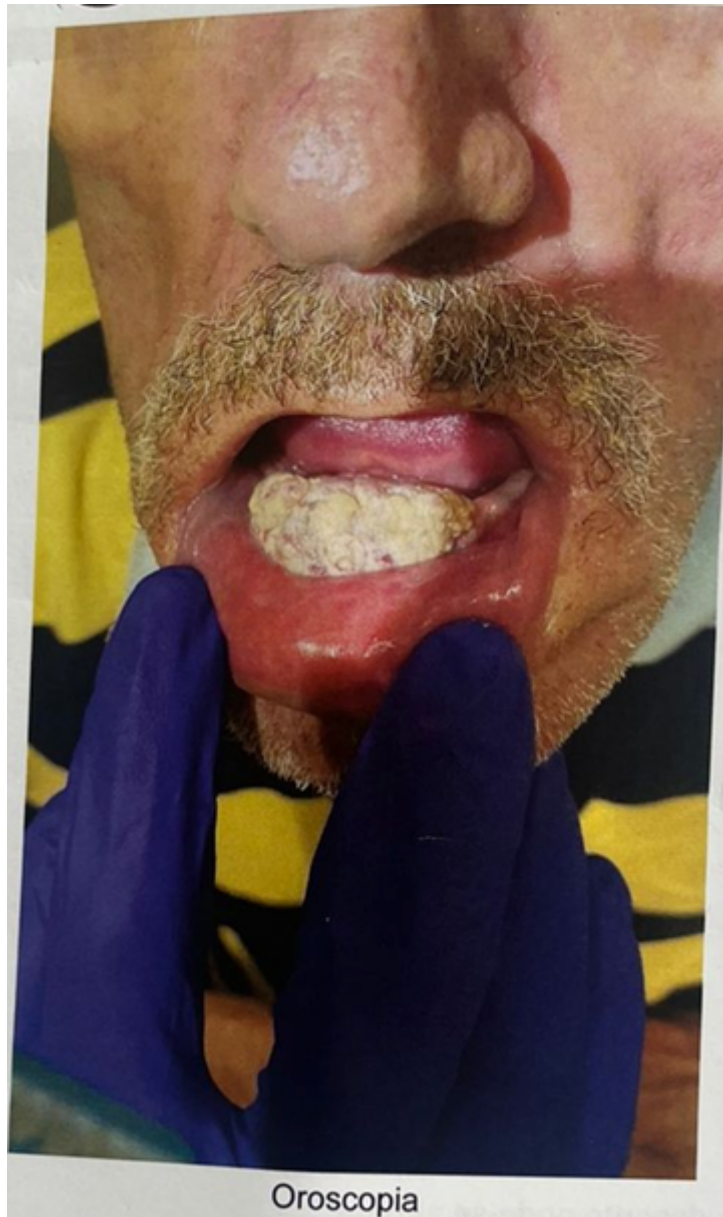
### QUESTÃO 21.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Um homem de 55 anos apresenta uma lesão verrucosa extensa na mucosa da gengiva inferior, conforme ilustrado na figura anexa. A lesão é indolor e tem evoluído lentamente ao



longo dos últimos meses. Após a realização de uma biópsia, o diagnóstico foi confirmado como carcinoma epidermóide (CEC) bem diferenciado. Para fins de planejamento terapêutico, quais das seguintes condutas podem ser necessárias, exceto:



- A. Pan-endoscopia do trato aerodigestivo para identificação de possíveis lesão sincrônicas.
- B. Tomografia computadorizada (TC) para avaliar a extensão local e acometimento secundário.
- C. Imunoistoquímica para P16 para definição de estadiamento tumoral.
- D. Ressonância magnética (RM) para uma avaliação mais precisa de possível infiltração tumoral.

---

**QUESTÃO 22.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+



Um paciente de 60 anos, tabagista há mais de 30 anos e etilista crônico, apresenta uma lesão ulcerada indolor na cavidade oral, notada há aproximadamente 5 meses. Durante a avaliação clínica, observa-se que o paciente também apresenta um nódulo endurecido e fixo no pescoço localizado em nível II a direita (figura). Com base no quadro clínico e considerando que a lesão primária está na cavidade oral, qual é o sítio mais provável de origem do tumor?



- A. Borda da língua.
- B. Mucosa jugal.
- C. Palato duro.
- D. Gengiva inferior.

---

### QUESTÃO 23.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Paciente com diagnóstico de carcinoma espinocelular de base de língua foi submetido a glossectomia parcial com acesso via mandibulotomia e esvaziamento cervical bilateral. No intraoperatório, em um dos níveis cervicais esvaziados, houve o achado de metástase cervical com sinais de extravasamento extranodal, necessitando o sacrifício de um nervo craniano para adequada ressecção da metástase. No pós-operatório, o paciente evoluiu com ombro caído e limitação para elevação do braço ipsilateral. Qual o provável nível cervical onde a metástase nodal estava localizada e o nervo foi sacrificado?



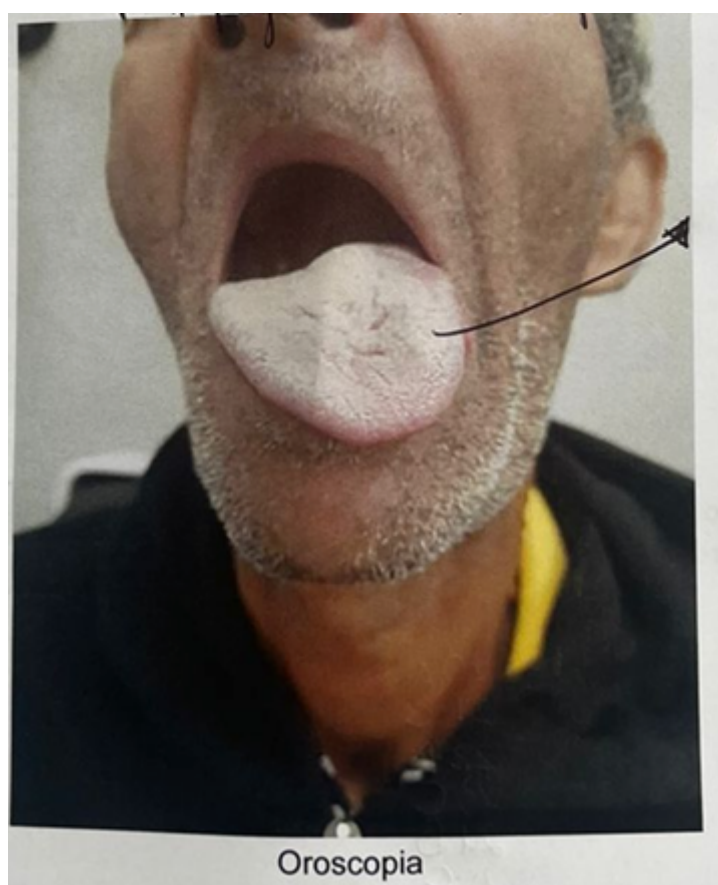
- A. Nível IV.
- B. Nível III.
- C. Nível II.
- D. Nível I.

---

**QUESTÃO 24.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Um paciente de 62 anos, com histórico de tabagismo e etilismo está em investigação de uma nodulação cervical. Durante o exame físico, ao pedir que o paciente projete a língua para fora, observa-se um desvio da língua, como mostrado na figura. Com base nesses achados clínicos, qual o nervo craniano mais provavelmente acometido?



- A. IX a direita.
- B. XII a esquerda.
- C. IX a esquerda.
- D. XII a direita.

---

**QUESTÃO 25.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+



Paciente homem 50 anos, não tabagista, foi encaminhado ao ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço devido a uma massa cervical (conforme imagem) sem outras queixas. Ao exame físico, apresentou uma massa cervical única de 3 cm, indolor, firme e não móvel. A oroscopia não revelou lesões na cavidade oral ou orofaringe. Foi realizada nasofibrolaringoscopia flexível durante a consulta, sem sinais de lesões suspeitas para neoplasia em faringe ou laringe. Qual o procedimento propedêutico mais adequado para diagnóstico da natureza da massa cervical?



- A. Biópsia excisional aberta.
- B. Biópsia por agulha grossa (core biopsy) guiada por ultrassom.
- C. Biópsia por punção aspirativa guiada por ultrassom.
- D. Biópsia incisional aberta.

---

### QUESTÃO 26.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 68 anos, tabagista (40 maços-ano), hipertenso, foi encaminhado ao serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço devido ao achado de lesões hipercaptantes no pescoço durante uma cintilografia com tecnécio-99m. Ao exame físico, apresentava nodulação indolor na região da cauda da parótida direita, com mímica facial simetricamente preservada. O exame ultrassonográfico revelou uma lesão sólido-cística na cauda da parótida direita, medindo 2,0 x 1,5 cm, com contornos bem definidos e mínima vascularização ao estudo Doppler. Observou-se também uma lesão semelhante, porém menor (1,5 x 1,0 cm), na cauda da parótida esquerda. Qual o diagnóstico etiológico mais provável para os nódulos parotídeos?

- A. Tumor de Warthin.
- B. Adenoma pleomórfico.
- C. Linfoma.

D. Carcinoma espinocelular.

### QUESTÃO 27.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Paciente de 29 anos, homem, previamente hígido, foi admitido à unidade de emergência devido a dor cervical esquerda há 7 dias, que evoluiu com trismo, odinofagia, febre e sudorese. Refere história de extração dentária do segundo molar esquerdo há 1 mês, sem intercorrências. Refere ter tido 3 picos febris durante o período. Na avaliação clínica inicial apresentava-se febril, eupneico, consciente, orientado, dispneico. O pescoço mostrava aumento de volume na região submandibular esquerda, associado a hiperemia e calor local, com limitação a rotação e extensão cervical. Foi realizada tomografia computadorizada da face e pescoço (conforme imagem), com diagnóstico de abscesso cervical de provável origem odontogênica. Diante do quadro, foi iniciada antibioticoterapia, corticoterapia e indicada drenagem do abscesso cervical na urgência sob anestesia geral. Para a realização do procedimento cirúrgico, qual a melhor opção para se estabelecer a via aérea definitiva neste caso?



- A. Traqueostomia convencional.
- B. Cricotireoidostomia cirúrgica.
- C. Intubação nasotraqueal guiada por broncoscopia flexível.
- D. Intubação orotraqueal por laringoscopia direta.

### QUESTÃO 28.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Paciente homem, 57 anos, previamente hígido, foi encaminhado ao ambulatório de Cirurgia de Tireoide e Paratireoide devido à suspeita de hiperparatireoidismo. Apresentava quadro de



dor lombar, poliartralgia, astenia e náuseas com evolução há 4 meses, com piora progressiva. Realizou tomografia computadorizada externa da coluna lombo-sacra com redução difusa da densidade óssea, com lesões osteolíticas esparsas em corpos vertebrais e bacia. Trouxe exames laboratoriais realizados no serviço de origem - vide tabela. De acordo com os dados apresentados, qual o melhor diagnóstico para o caso?

| Exame                        | Resultado | Valor de referência |
|------------------------------|-----------|---------------------|
| PTH (pg/ml)                  | > 1900,00 | 14,5 - 87,1         |
| Cálcio total (mg/dl)         | 16,22     | 8,3 a 10,6          |
| Albumina (g/dl)              | 4,01      | 3,2 a 4,8           |
| Cálcio urinário (mg/24h)     | 527,76    | 100 a 300           |
| 25-Hidroxivitamina D (ng/ml) | 17,00     | 20 a 50             |
| Creatinina (mg/dl)           | 1,63      | 0,70 a 1,30         |
| Ureia (mg/dl)                | 64,27     | 19 a 49             |
| Fosfatase alcalina (U/L)     | 467,62    | 46 a 116            |

- A. Hiperparatireoidismo secundário à deficiência de vitamina D.
- B. Hiperparatireoidismo primário por carcinoma de paratireoide.
- C. Hiperparatireoidismo primário associado a neoplasia endócrina múltipla.
- D. Hiperparatireoidismo terciário associado a insuficiência renal.

**QUESTÃO 29.**  
USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Paciente homem, 45 anos, tabagista ativo (12 maços-ano), sem outras comorbidades, foi encaminhado ao ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço com queixas de disfonia há 1 ano. Foi realizado nasofibrolaringoscopia flexível (conforme imagem) e encontrou-se lesão suspeita para carcinoma espinocelular (sítio primário). Diante do caso e das imagens obtidas pela nasofibrolaringoscopia flexível, qual outro sintoma é mais provável que o paciente apresente na avaliação?



- A. Disfonia.
- B. Plenitude auricular.
- C. Dispneia.
- D. Otolgia reflexa.

---

**QUESTÃO 30.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Menino, 11 anos, admitido com apendicite aguda. Durante o inventário de cavidade, confirmado diagnóstico e realizado apendicectomia. Porém, durante a revisão de hemostasia observado divertículo de Meckel, achado diagnóstico. Qual a conduta mais adequada quanto ao divertículo de Meckel?

- A. Ressecção cirúrgica no mesmo ato.
- B. Monitorização ambulatorial com cintilografia.
- C. Expectante, sem indicação cirúrgica.
- D. Ressecção cirúrgica eletiva em ocasião oportuna.

---

**QUESTÃO 31.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem 32 anos, com queixa de tosse produtiva e febre há 5 dias. Evoluiu com piora apresentando dispneia e dor torácica à direita, ventilatório dependente, e febre aferida com mais frequência. Previamente hígido, nega tabagismo. Refere exposição a temperaturas baixas e úmidas por ocasião de prática laboral. Exame físico: regular estado geral, febril, consciente, acianótico, orientado, dispneico. Tórax: expansibilidade diminuída no hemitórax tórax direito à inspeção dinâmica. Som claro pulmonar no hemitórax esquerdo e macicez nos



2/3 inferiores do hemitórax direito Sopra brônquico nos 2/3 inferiores do hemitórax direito. Frêmito toraco-vocal e ausculta da voz aumentada nos 2/3 inferiores do hemitórax direito e sem alterações em hemitórax esquerdo. Mediante a história clínica e os achados de exame físico, qual o diagnóstico mais provável?

- A. Empiema.
  - B. Pneumonia lobar.
  - C. Broncopneumonia.
  - D. Pneumotorax.
- 

### QUESTÃO 32.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem, 42 anos, trabalhador na construção civil, sofreu um ferimento traumático em coxa direita acometendo pele, subcutâneo, aponeurose e músculo. Para o tratamento desta ferida, o médico baseou a sua conduta na biologia da cicatrização das feridas com intuito de obter o melhor resultado anatômico funcional. Qual conceito e proposta provavelmente teria melhor resultado funcional e estético-cosmético?

- A. Cerca de 20 dias após o trauma, feridas adequadamente tratadas atingem cerca de 60% da força tensil.
  - B. O uso de clorexedina está indicado na limpeza do leito da ferida pois previne o aparecimento de infecções e deiscências.
  - C. O uso de colas cirúrgicas ou suturas intradérmicas contínuas permitem resultados estéticos mais favoráveis nas lesões traumáticas.
  - D. O fechamento adequado da aponeurose previne o aparecimento áreas de fragilidade e consequente formação de hérnias.
- 

### QUESTÃO 33.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher, 56 anos, obesa. No segundo dia de pós-operatório de colecistectomia videolaparoscópica por litíase biliar. Cirurgia eletiva. Refere dor em hipocôndrio direito e febre. Exame físico: paciente com dor, temperatura axilar oscilando entre 36,7°C e 37,8°C com três temperaturas aferidas acima de 37°C no período. Antibiótico prescrito em caráter profilático na indução anestésica e suspenso nesta data, no segundo dia de pós-operatório. Qual a conduta mais adequada?

- A. Sintomáticos (antipirético e analgésico).
  - B. Iniciar antibioticoterapia.
  - C. Exame de Imagem para investigar complicação.
  - D. Exames laboratoriais para investigar infecção.
-

**QUESTÃO 34.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem, 27 anos, sexto dia de pós-operatório de apendicectomia. Refere febre abdominal há dois dias. Nega alteração do hábito intestinal e tem boa aceitação da dieta. Em uso de Amoxicilina com clavulanato por orientação médica na ocasião da alta. Exame físico: regular estado geral, temperatura axilar de 37,8°C. Abdome globoso, ferida operatória sem deiscência, com hiperemia e abaulamento em sua topografia. Ruídos-hidro-aéreos sem alterações. Dor à palpação abdominal profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Considerando o diagnóstico mais provável, qual a conduta mais adequada?

- A. Laparotomia exploradora.
  - B. Retirada de pontos de incisão.
  - C. Tomografia computadorizada de abdome.
  - D. Ampliar espectro de antibiótico.
- 

**QUESTÃO 35.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem, 21 anos, admitido com dor aguda em bolsa testicular direita de início há duas horas. Nega trauma no local, nega disúria, polaciúria ou nictúria. Nega alteração na cor, odor e aspecto da urina. Previamente hígido, vida sexual ativa, várias parceiras, sem uso de preservativo. Exame físico: com dor, afebril. Testículos tópicos, direito mais alto que esquerdo, e com hiperemia e dor em escroto a direita. Qual medida de propedêutica ou semiotécnica poderia contribuir para o diagnóstico nesse caso?

- A. Sinal de Giordano.
  - B. Sinal de Chutro.
  - C. Sinal de Murphy.
  - D. Sinal de Prehn.
- 

**QUESTÃO 36.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher, 22 anos, admitida em abdome agudo inflamatório. Submetida à laparotomia exploradora e salpingectomia por gravidez ectópica. Após alta da recuperação anestésica, é encaminhada à enfermaria para suporte clínico geral e cuidados de pós-operatório. Exame físico: bom estado geral, hidratada, corada, eupneica, afebril. Com náusea. Abdome: plano, ruído-hidro-aéreo diminuído, curativo limpo, dor à palpação em topografia de incisão. Aguarda pela prescrição. Considerando esta etapa do pós-operatório, qual item poderia ser subtraído do soro de manutenção?

- A. Magnésio.
- B. Sódio.
- C. Potássio.



D. Cálcio.

---

**QUESTÃO 37.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem 35 anos vítima de 2 ferimentos por arma de fogo em região abdominal, admitido em choque hipovolêmico no pronto atendimento de hospital secundário. Exame físico: Pressão Arterial de 60 x 20 mmHg, intensa palidez, gemente, desorientado e com extremidades frias. Na inspeção do abdome observa-se 2 ferimentos perfurantes em parede abdominal, sendo um em hipocôndrio esquerdo e outro em flanco esquerdo. Na ausência de recursos de imagem o paciente será submetido a laparotomia exploradora de urgência. Qual a melhor incisão para acessar a cavidade abdominal?

- A. Transversa supraumbilical.
- B. Mediana supraumbilical.
- C. Paramediana esquerda.
- D. Subcostal esquerda (Kocher).

---

**QUESTÃO 38.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher, 52 anos, obesa, hipertensa, diabética, fazendo uso irregular de medicamentos para controle das comorbidades, procura uma Unidade de Pronto Atendimento, com queixas de um abscesso em região pré-auricular esquerda. Ao exame nota-se tumoração inflamatória na área citada, de cerca de 2 cm de diâmetro, com flutuação central. Feita a medida da glicemia que resultou 450 mg/dl e PA 150 X 90 mmHg. Qual a conduta mais adequada nesse momento?

- A. Prescrever anti-inflamatório, antibiótico, compressa quente e esperar a drenagem espontânea.
- B. Encaminhar o paciente para controle glicêmico de urgência e drenar somente após a normalização da glicemia.
- C. Regular o paciente para serviço hospitalar de maior complexidade para controle glicêmico e drenagem do abscesso.
- D. Drenar o abscesso, instituir antibioticoterapia e controle glicêmico concomitante.

---

**QUESTÃO 39.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem, 52 anos, será submetido a colectomia subtotal devido a doença diverticular. O paciente tem hipertensão arterial e diabetes mellitus controlados com uso correto e regular



de medicamentos. Qual a classificação pré-operatória desse paciente conforme os critérios de risco cirúrgico-anestésico da Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA)?

- A. Asa II.
  - B. Asa I.
  - C. Asa III.
  - D. Asa IV.
- 

#### **QUESTÃO 40.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Menino de 7 anos é admitido no pronto atendimento com impactação de fezes. Informante refere que a criança está há 8 dias sem evacuar. É constipado desde os 4 meses de vida. Nega constipação no período neonatal e refere eliminação de mecônio com 24 horas de vida. No período fez uso de vários laxantes e medidas como supositório, sem sucesso. Exame físico: bom estado geral, hidratado, corado, eupneico. Abdome distendido, timpânico à percussão. Indolor à palpação. Sinal de Gersuny positivo. Realizado lavagem intestinal com bom resultado (saída de grande quantidade de fezes). Orientado investigação de doença de Hirschsprung. Qual informação da história clínica, ou sinal, ou sintoma, ou achado de propedêutica sugere a doença de Hirschsprung?

- A. Sintomas refratários à laxante e medidas.
  - B. Sinal de Gersuny positivo.
  - C. Eliminação de mecônio com 24 horas apenas
  - D. Início dos sintomas aos 4 meses.
- 

#### **QUESTÃO 41.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Menino, 4 anos, apresenta parada da eliminação de flatus e fezes há 4 dias. Evoluiu com distensão abdominal progressiva, inapetência e febre. Antecedentes: constipação intestinal desde o período neonatal. Eliminou mecônio com 16 horas de vida. Informante refere necessidade frequente de estímulo com supositório para evacuação. Nega eliminação de fezes explosivas. Três internações por enterocolite com 8 meses, 1 ano e 2 anos de idade. Exame físico: regular estado geral, febril(38°C), desidratado (+1/+4), corado, eupneico. Abdome: distendido, ruídos hidro-aéreos diminuídos, sem sinais de irritação peritoneal. Timpânico à percussão. Após radiografia simples de abdome, o paciente foi internado. Prescrita lavagem intestinal, hidratação endovenosa e antibioticoterapia. Diagnóstico do plantonista foi de doença de Hirschsprung. Qual dado é mais compatível com o diagnóstico do plantonista?

- A. Sexo masculino.
- B. Enterocolites de repetição.
- C. Eliminação de mecônio após 12 horas.



D. Ausência de fezes explosivas ao toque.

---

**QUESTÃO 42.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Menina, 4 meses, com anomalia anorretal tipo fistula perineal e em estado de colostomia (realizado ao nascimento). Informante refere febre há dois dias e urina escurecida, com odor fétido e diurese mais requente. Associado ao quadro, refere discreta distensão abdominal. Nega uso de medicação. Questionado quanto a profilaxia de infecção urinária mediante anomalia anorretal, informante nega ter sido orientada quanto a isso. Exame físico: regular estado geral, febril. Eupneica. Abdome globoso, flácido, indolor à palpação. Colostomia em alça, funcionante. Períneo: fistula perineal. Realizado exame de urina (rotina) no local com sinais de infecção urinária. Qual a causa mais provável de infecção urinária neste caso?

- A. Tipo de anomalia anorretal.
  - B. Ausência de profilaxia de infecção.
  - C. Malformação urinária associada.
  - D. Colostomia em alça.
- 

**QUESTÃO 43.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Menino, 5 dias de vida. Internado em pós-operatório de colostomia em duas bocas por anomalia anorretal caracterizado por genitália de fenótipo masculino e imperfuração anal. Submetido a colostomia no primeiro dia de vida, sem intercorrências. Evoluiu com febre, distensão abdominal e queda do estado geral. Exame físico: febril, em regular estado geral. Hidratado, corado, eupneico. Colostomia funcionante, bom aspecto de ferida operatória. Aceitando leite materno. Abdome discretamente distendido. Massa palpável em flanco direito. Qual o provável foco de infecção?

- A. Urinário.
  - B. Respiratório.
  - C. Abdominal.
  - D. Ferida operatória.
- 

**QUESTÃO 44.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Menino, 8 meses de idade, vem encaminhado pelo pediatra para avaliação especializada, devido ao fato de não ter encontrado o testículo direito em bolsa escrotal. Criança nascida a termo, sem problemas de saúde. Exame físico geral sem anormalidades. Testículo esquerdo



está tópico e aparentemente normotrófico. A bolsa escrotal direita está vazia. Qual a medida mais adequada para condução deste paciente?

- A. Solicitar ultrassom abdominal para pesquisa de gônadas.
  - B. Indicar a cirurgia o mais rápido possível para preservar a fertilidade.
  - C. Solicitar ressonância magnética de abdome e pelve para pesquisa de gônadas.
  - D. Palpação do testículo no canal inguinal e tentar posicioná-lo na bolsa escrotal.
- 

#### **QUESTÃO 45.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Menina, 6 meses de idade, submetida a correção de atresia de esôfago com fístula traqueoesofágica aos 2 dias de vida, boa evolução pós-operatória, vem com queixas de traguidos de vômitos e engasgos pós-alimentares iniciados há cerca de 1 mês. Foi tentado uso de domperidona, além de medidas posturais e alimentares, sem sucesso. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Distúrbio de motilidade esofágica.
  - B. Esofagite de refluxo.
  - C. Estenose de anastomose esofágica.
  - D. Recidiva de fístula traqueoesofágica.
- 

#### **QUESTÃO 46.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Menino, 20 dias de vida, é levado pela sua mãe ao pediatra em uma unidade hospitalar, com queixas de vômitos em jatos, com conteúdo de leite, inicialmente discretos e no momento mais intensos, que iniciaram há 3 dias. A mãe relata que criança chora muito, perdeu peso e que evacua muito pouco. Na avaliação o pediatra suspeita de um quadro de suboclusão intestinal sugestiva de estenose hipertrófica do piloro. Qual o achado de gasometria mais compatível com esse caso?

- A. Acidose respiratória.
  - B. Alcalose metabólica.
  - C. Alcalose respiratória.
  - D. Acidose metabólica.
- 

#### **QUESTÃO 47.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+



Menina, 9 anos, apresenta refluxo gastroesofágico não responsivo ao tratamento clínico, sem outras comorbidades. A paciente será submetida a fundoplicatura à Nissen por videolaparoscopia. Qual a classificação pré-operatória conforme o grau de contaminação?

- A. Limpa.
  - B. Potencialmente contaminada.
  - C. Contaminada.
  - D. Infectada.
- 

#### **QUESTÃO 48.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Paciente do sexo feminino, 23 anos, recentemente diagnosticada com retocolite ulcerativa (proctossigmoidite moderada- MAYO 2). Queixas de sangue nas fezes, sem repercussões clínicas. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral e sem achados significativos. Apesar sintomática, ainda estava sem tratamento e veio encaminhada para avaliação especializada. Qual das condutas abaixo deveria ser evitada pelo maior risco à paciente?

- A. Terapia de indução com mesalazina combinada (oral + retal).
  - B. Corticoterapia oral para indução e manutenção da remissão clínica e endoscópica.
  - C. Monoterapia com inibidor da integrina (Vedolizumabe).
  - D. Uso de terapia biológica (anti-TNF) combinada a imunossupressores (Azatioprina).
- 

#### **QUESTÃO 49.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 33 anos, com sangramento anal indolor e de pequena monta há 02 meses. Já havia sido submetido a ligadura elástica de um mamilo hemorroidário por sintomas semelhantes há 1 ano. Veio para avaliação e trazia colonoscopia recente de outro serviço que evidenciou hiperplasia do íleo terminal (não biopsiada). O exame físico era normal, exceto por doença hemorroidária mista na posição lateral esquerda. Qual a melhor conduta?

- A. Repetir colonoscopia com biópsia do íleo terminal.
  - B. Repetir a colonoscopia com biópsia do íleo terminal e desarterialização hemorroidária.
  - C. Nova ligadura elástica.
  - D. Hemorroidectomia excisional.
- 

#### **QUESTÃO 50.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Paciente do sexo feminino, 42 anos, há 2 anos com múltiplos orifícios fistulosos endurecidos nas regiões perianal, de glúteos e axilas. Realizou colonoscopia (com intubação do íleo



terminal) que não observou alterações na mucosa intestinal. Encaminhada para ambulatório especializado para início de tratamento. Considerando-se o diagnóstico de hidrosadenite supurativa, assinale a alternativa correta em relação ao seu tratamento:

- A. Preparações tópicas de metronidazol e ciprofloxacina devem ser preferidas em relação à via oral.
  - B. Pacientes que responderam ao Adalimumabe devem continuar o tratamento por tempo indeterminado.
  - C. Com o advento da terapia biológica, a cirurgia deve ser realizada apenas nas complicações, como drenagem de abscessos.
  - D. Por se tratar de uma doença autoimune, o uso de medicamentos imunossupressores como ciclosporina tem papel fundamental no controle da doença.
- 

### QUESTÃO 51.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Uma mulher de 52 anos com seis meses de diarreia aquosa persistente associada a cólicas abdominais e perda de peso, que não melhoraram com o tratamento padrão para a síndrome do intestino irritável. No histórico havia hipertensão leve e controlada. Sem uso de antibióticos ou viagens recentes. Os exames laboratoriais foram inconclusivos. A colonoscopia revelou achados característicos de colite microscópica, incluindo infiltração linfocitária da mucosa colônica. Das opções abaixo, qual a melhor opção para o início de tratamento da paciente?

- A. Metotrexato por via subcutânea.
  - B. Infliximabe venoso (5mg/kg).
  - C. Budesonida oral.
  - D. Adalimumabe 40mg, por via subcutânea.
- 

### QUESTÃO 52.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Jovem de 23 anos, vítima de ferimento abdominal por arma branca há 12 horas. Indicado laparotomia exploradora que evidenciou laceração quase completa do sigmoide com contaminação grosseira do abdome. Realizado hemostasia e limpeza copiosa da cavidade abdominal, porém o paciente evolui com instabilidade hemodinâmica de difícil controle, refrataria à reposição volêmica e necessidade de doses elevadas de drogas vasoativas. Nesse momento, qual a melhor conduta operatória?

- A. Retossigmoidectomia com estoma protetor.
  - B. Exteriorização da lesão na forma de colostomia.
  - C. Rafia primária da lesão e drenagem tubular da cavidade.
  - D. Retossigmoidectomia com anastomose primária.
-

**QUESTÃO 53.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher de 63 anos, submetida à laparotomia exploradora de urgência por massa palpável no sigmoide. No intraoperatório foi observado plastrão inflamatório volumoso, com perfuração livre para a cavidade abdominal. Após a limpeza da cavidade o cirurgião optou pela retossigmoidectomia com sepultamento do reto e colostomia terminal. Dentre as opções abaixo, qual princípio deve ser obedecido na confecção do estoma?

- A. Exteriorização e maturação evertida para prevenção de dermatite alcalina.
  - B. Um pino de sustentação deve ser utilizado para diminuir o risco de desabamento.
  - C. Fixação do estoma à aponeurose anterior do oblíquo externo nos quatro pontos cardinais.
  - D. Posicionamento do estoma através do reto abdominal.
- 

**QUESTÃO 54.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher, 77 anos, submetida a ressecção transanal de adenoma volumoso do reto médio, com sutura primária. Evoluiu no pós-operatório imediato com sangramento anal de moderada intensidade. Ao exame encontrava-se em bom estado geral e hemodinamicamente estável. Os exames laboratoriais demonstraram queda dos níveis de hemoglobina (de 11 para 10g/dL). Qual a melhor conduta?

- A. Colonoscopia com preparo colônico expresso e clipagem da linha de sutura retal.
  - B. Observação clínica.
  - C. Retorno para o centro cirúrgico e avaliação da sutura retal.
  - D. Arteriografia com embolização da artéria mesentérica inferior.
- 

**QUESTÃO 55.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 65 anos apresentando sangramento anal intermitente, urgência fecal e tenesmo retal, que se iniciaram 3 meses após radioterapia para tratamento de câncer de próstata. Realizado colonoscopia que identificou múltiplas áreas de ectasia vascular no reto baixo, algumas com sangramento ativo e de pequena monta. Não havia enantema significativo ou erosões associadas e colonoscopista sugeriu o diagnóstico de proctite actínica. Qual a melhor conduta?

- A. Programar nova endoscopia com fulguração endoscópica com plasma de argônio.
  - B. Repetir a colonoscopia para biópsias seriadas dos cólons e reto.
  - C. Encaminhar o paciente para embolização endovascular com microesferas.
  - D. Realizar enema de formalina a 75% e irrigação copiosa do reto.
-

**QUESTÃO 56.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Paciente de 85 anos, portadora de insuficiência cardíaca compensada e doença pulmonar obstrutiva crônica por tabagismo de longa data. História obstétrica de 8 partos vaginais prévios. Há 06 meses com incontinência anal para fezes líquidas e sensação de abaulamento anal. O exame proctológico demonstrou prolapso retal volumoso (15cm) passível de redução às manobras de redução manual. Qual a melhor conduta?

- A. Exercícios de fortalecimento da pelve implante de neuromodulador sacral.
  - B. Retossigmoidectomia perineal e exercícios de fortalecimento da pelve.
  - C. Sacropromontofixação do reto por via laparoscópica.
  - D. Videolaparoscopia com retossigmoidectomia e anastomose primária.
- 

**QUESTÃO 57.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 38 anos, previamente hígido. Encontra-se em tratamento intensivo no CTI há duas semanas por queimadura de 3º grau (55% da superfície corporal). Há 02 dias com parada de eliminação de flatos e fezes. Ao exame físico encontrava-se com estado geral regular, desidratado, porém hemodinamicamente estável. O exame do abdome chamava atenção pela distensão difusa e dor à palpação profunda, sem sinais de irritação peritonial. Os exames laboratoriais revelaram hipocalcemia, insuficiência renal aguda e acidose metabólica com níveis elevados (límitrofes) de lactato. Os exames radiológicos demonstraram distensão difusa das alças intestinais sem um ponto evidente de obstrução. Qual a melhor conduta inicial frente ao quadro apresentado?

- A. Passagem de sonda nasogástrica e correção dos distúrbios eletrolíticos.
  - B. Administração de corticoide venoso e opioides para controle da dor.
  - C. Laparotomia exploradora imediata para confecção de cecostomia descompressiva.
  - D. Prepare rápido do cólon com manitol a 20% pela sonda nasogástrica para realização de colonoscopia diagnóstica.
- 

**QUESTÃO 58.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem, 45 anos de idade, obeso grau 3, IMC atual de 65Kg/m<sup>2</sup> (mas já perdeu 38Kg de seu peso máximo). Diabético e hipertenso. Foi submetido a cirurgia bariátrica pela técnica de bypass gástrico em Y de Roux por via laparoscópica. A informação é que sua cirurgia durou mais de três horas por dificuldade técnica em vista de aderências na cavidade abdominal devido colecistectomia realizada por via aberta há 10 anos. Você, como médico hospitalista, foi avaliar o paciente no segundo dia de pós-operatório. O mesmo queixava-se de dor em região dorsal bilateral e fraqueza. Negava febre, dispneia, dor abdominal, disuria, colúria ou



icterícia, mas apresentava urina mais escura. Pensando no diagnóstico mais provável, qual deve ser a conduta para confirmar este diagnóstico e terapia inicial adequada?

- A. Solicitar tomografia de abdome total, iniciar antibioticoterapia com cobertura para gram-negativos e acionar a equipe cirúrgica.
  - B. Solicitar urocultura e hemograma e iniciar antibioticoterapia com cobertura para gram-negativos.
  - C. Solicitar bilirrubinas e enzimas canaliculares hepáticas, aumentar a hidratação do paciente e programar colangiorressonância.
  - D. Solicitar creatinofosfoquinase sérica, aumentar a hidratação do paciente e iniciar bicarbonato de sódio endovenoso.
- 

### QUESTÃO 59.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher de 38 anos de idade foi trazida para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) onde você é o médico de plantão? O acompanhante refere que a mesma foi submetida a cirurgia bariátrica (não sabe qual a técnica operatória realizada) há 36 dias. Vem evoluindo com vômitos de repetição e precisou ser levada diversas vezes na mesma UPA para receber hidratação endovenosa. Na última semana apresentou fraqueza, parestesias nos pés e dores musculares. Há dois dias começou a reclamar que a visão estava ficando turva (SIC) e como acordou confusa no dia de hoje, o acompanhante a trouxe. Ao exame físico, apresentava-se estável hemodinamicamente e com índice de 14 na Escala de Coma de Glasgow. Qual das alternativas abaixo está CORRETA, com relação ao quadro da paciente?

- A. A mesma deve receber hidratação endovenosa e ser encaminhada prontamente para um serviço terciário de urgência para realização de uma tomografia de crânio.
  - B. A fisiopatologia deste quadro está mais relacionada aos vômitos de repetição e não tanto ao tipo de cirurgia bariátrica realizada.
  - C. Pensando no diagnóstico de hipoglicemia secundária a provável síndrome de dumping, recomenda-se infundir imediatamente solução glicosada endovenosa.
  - D. É prioritário tentar descobrir qual foi a técnica cirúrgica a qual a paciente foi submetida, pois depende disto para se chegar ao diagnóstico e assim tratar o quadro.
- 

### QUESTÃO 60.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem, 62 anos, sabidamente portador de cirrose hepática (Child B) associada ao uso abusivo de álcool, admitido no pronto-socorro com hematêmese e melena. Na avaliação inicial está com pressão arterial de 95/60 mmHg e frequência cardíaca de 105 bpm. Seu exame físico revela ascite moderada e sinais de encefalopatia hepática Grau I de acordo com os critérios de West Haven. Exames laboratoriais mostram hemoglobina de 7,2 g/dL, (Referência: 13,9-17,7 g/dL), INR de 2,1 (Referência: até 1,30) e creatinina de 1,5 mg/dL



(Referência: 0,7 a 1,3 mg/dL). Qual é a abordagem inicial mais apropriada para o manejo deste paciente, de acordo com as recomendações do Consenso Baveno VII?

- A. Administrar vasoconstritores esplâncnicos (como terlipressina) e antibióticos profiláticos, e realizar a ligadura endoscópica de varizes o mais rápido possível.
- B. Indicar TIPS precoce (shunt portossistêmico intra-hepático transjugular) de urgência, sem necessidade de terapias medicamentosas ou endoscópicas iniciais
- C. Realizar uma transfusão de plasma fresco congelado para corrigir a coagulopatia antes de qualquer intervenção endoscópica
- D. Iniciar reposição volêmica agressiva com cristaloides e transfusão de hemoderivados para manter a hemoglobina acima de 10 g/dL.

---

### QUESTÃO 61.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem, 65 anos, portador de cirrose hepática compensada secundária à infecção por hepatite C, previamente tratada com sucesso, comparece para consulta trazendo uma ressonância nuclear magnética com lesão focal de 3,6 cm, localizada no segmento V, com hiperrealce na fase arterial, com washout e formação de pseudocápsula (LI-RADS 5) nas fases subsequentes. A função hepática é preservada, com escore MELD de 9, sem sinais de hipertensão portal clinicamente significativa. Ele nunca teve descompensação hepática e está assintomático. A alfafetoproteína (AFP) sérica está em 60 ng/mL. Considerando que o paciente mora no Brasil, qual é a abordagem mais apropriada para o manejo deste paciente?

- A. Realizar biópsia hepática para confirmação histológica antes de qualquer decisão terapêutica.
- B. Realizar quimioembolização transarterial (TACE) como terapia ponte até que o paciente possa ser transplantado.
- C. Indicar transplante hepático, doador cadáver, pois o paciente atende aos critérios de Milão para transplante.
- D. Indicar ressecção hepática como tratamento de primeira linha, devido à preservação da função hepática e ao tamanho da lesão.

---

### QUESTÃO 62.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

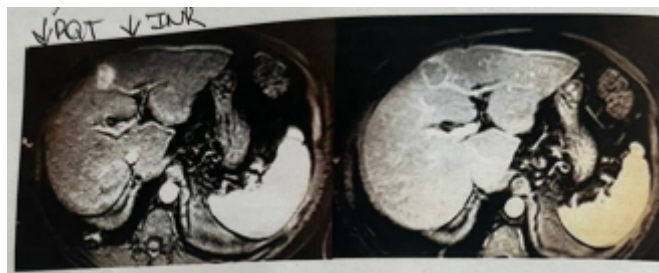
No modelo de hemostasia baseado em células, a fase de amplificação envolve:

- A. A adesão das plaquetas a matrix extracelular e sua ativação pela exposição a trombina e outros estímulos.
  - B. A ativação dos fatores X e IX, respectivamente à, Xa e IXa, que por sua vez ativa fator V à Va.
  - C. A exposição do fator tecidual e sua ligação com o fator VIIa.
  - D. A geração de grandes quantidades de trombina.
-

### QUESTÃO 63.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 51 anos, durante acompanhamento clínico de cirrose hepática por vírus B, sem outras comorbidades, foi submetido a ultrassonografia abdominal que evidenciou nódulo hepático de 4,2cm. Refere apatia e edema de membros inferiores. Investigação complementar detectou bilirrubinas de 2,1 mg/dL; albumina 2,8 g/dL; creatinina 1,2 mg/dL; sódio sérico 132 mmol/L; plaquetas 98000; INR 1,7 e alfafetoproteína de 214 ng/mL. Exame de imagem mostrado abaixo concluiu o diagnóstico e não foram detectadas outras lesões no corpo. Diante deste diagnóstico, qual o melhor tratamento?

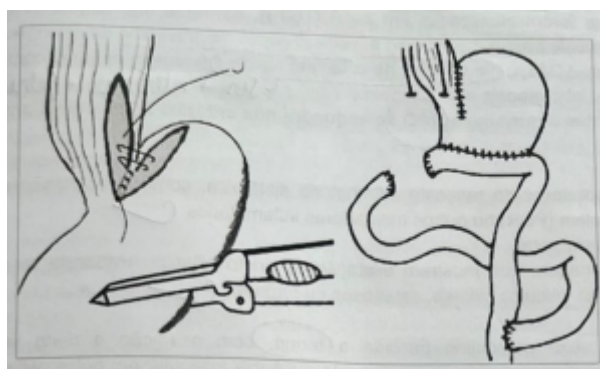


- A. Quimioembolização.
- B. Transplante hepático.
- C. Segmentectomia hepática.
- D. Hepatectomia esquerda.

### QUESTÃO 64.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

A cirurgia mostrada na figura é uma das opções para tratamento de megaesôfago. Com base nesta cirurgia, a probabilidade de esofagite por refluxo gastroesofágico é reduzida devido a redução do estímulo para produção ácida mediadas por quais das seguintes substâncias:



- A. Acetilcolina e histamina.
- B. Gastrina e cálcio.
- C. Histamina e cálcio.
- D. Gastrina e acetilcolina.

**QUESTÃO 65.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem, 43 anos, queixa de epigastralgia contínua há 1 ano, sensação de empachamento principalmente quando ingere alimentos sólidos. Apresenta episódios de vômitos alimentares, sem bile. Nega hematêmese ou melena. Perdeu 13Kg nesse período. Nega comorbidades. Ao exame: emagrecido, IMC = 21 hipocorado (+/4+). Abdome um pouco distendido, presença de macicez móvel, dor a palpação profundo da região epigástrica e prateleira de Blumer palpável. Traz consigo resultado da endoscopia e biópsia, que revelou adenocarcinoma de antro. Possui escore de Karnofsky de 50%. Qual é o tratamento recomendado?

- A. Gastrectomia subtotal seguida de adjuvância.
  - B. Cuidados paliativos de suporte.
  - C. Gastrectomia total seguida de adjuvância.
  - D. Neoadjuvância seguida de gastrectomia subtotal.
- 

**QUESTÃO 66.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Os critérios diagnósticos para colangite aguda são amplamente baseados nas Diretrizes de Tóquio (TG), que foram atualizadas em 2018 (TG18). As TG18 são amplamente aceitas e utilizadas globalmente para o diagnóstico e a classificação da gravidade da colangite aguda. De acordo com as TG18, o diagnóstico de colangite aguda é baseado em uma combinação de achados clínicos, laboratoriais e de imagem. Qual das seguintes alternativas NÃO se enquadra nos critérios acima mencionado?

- A. Icterícia.
  - B. Evidencia laboratorial de resposta inflamatória, sistêmica, como leucocitose, aumento de proteína C-reativa (PCR) ou outros marcadores inflamatórios.
  - C. Queda do estado geral.
  - D. Achados de imagem que mostram dilatação do ducto biliar ou evidência de uma causa etiológica, como cálculos biliares, estenoses ou tumores.
- 

**QUESTÃO 67.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Criança do sexo masculino nascida a termo, com gestação e parto vaginal sem Intercorrências, foi diagnosticado ao nascimento ausência testicular em bolsa escrotal no lado direito e testículo tóxico e sem alterações à esquerda. No momento da alta da maternidade, pais questionam sobre como devem proceder com relação à ausência do testículo na bolsa escrotal direita. Qual a melhor orientação a ser fornecida relacionada ao melhor momento para a criança ser reavaliada por médico especialista na área?



- A. Aguardarem o término do segundo ano de vida para procurarem cirurgião urológico infantil para a condução do quadro.
  - B. Aguardarem o término do primeiro mês de vida para procurarem cirurgião urológico infantil para a condução do quadro.
  - C. Procurarem dentro do primeiro mês de vida cirurgião urológico infantil para a condução do quadro.
  - D. Aguardarem o término do primeiro semestre de vida para procurarem cirurgião urológico infantil para a condução do quadro.
- 

### QUESTÃO 68.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 30 anos com trauma raquimedular torácico há 7 meses, paraplégico e cadeirante. Encaminhado em uso de sonda vesical de demora via uretral 14Fr com sistema fechado, reclamando de vazamento de urina ao redor da sonda uretral e episódios frequentes de infecção urinária. Nega uso de qualquer medicação no momento e está com urocultura negativa. Ultrassonografia evidencia rins sem alterações e bexiga de paredes espessadas. Estudo urodinâmico sugere hiperatividade vesical com contrações não inibidas e bexiga de capacidade preservada e discreta redução na complacência. Paciente deseja retirar sonda uretral e retornar uso da fralda, como fazia anteriormente. Qual a melhor conduta entre as abaixo para ser oferecida ao paciente?

- A. Retirar a vesical de demora, retornar uso da fralda e orientar esvaziamento vesical com prensa abdominal intermitente.
  - B. Trocar sonda uretral por de maior calibre, 18Fr, e transformar sistema de drenagem para aberto em fralda.
  - C. Iniciar bloqueio vesical medicamentoso e iniciar cateterismo intermitente limpo.
  - D. Trocar sonda uretral por de maior calibre, 18Fr, e manter sistema de drenagem fechado.
- 

### QUESTÃO 69.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Menino de 7 meses de idade, nascido à termo por parto vaginal sem intercorrências, apresenta abaulamento na região escrotal direita. Assintomático e notado pelos pais há 1 mês. Pediatra durante exame de puericultura solicitou ultrassonografia que diagnosticou hidrocele à direita com testículo sem alterações ao mesmo. Pais foram orientados a procurarem especialista em urologia infantil para opinião quanto a necessidade de tratamento. Qual o melhor tratamento a ser oferecido aos pais ?

- A. Aguardar o primeiro ano de vida e reavaliar devido à possibilidade de resolução espontânea nesta faixa etária.
- B. Aguardar o segundo ano de vida e reavaliar devido à possibilidade de resolução espontânea nesta faixa etária.
- C. Indicar tratamento cirúrgico de imediato devido à alta possibilidade de associação com



hérnia inguinal encarcerada.

D. Indicar tratamento cirúrgico de imediato devido à ausência de possibilidade de resolução espontânea do defeito anatômico.

---

### QUESTÃO 70.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Urologista finalizando procedimento cirúrgico para correção de hipospádia peniana distal, após realizar ortofaloplastia com plicatura dorsal e neouretroplastia, está no fechamento do prepúcio peniano em criança de 2 anos de idade. Qual o possível fio cirúrgico utilizado nas etapas de ortofaloplastia uretroplastia e fechamento prepucial?

- A. Nylon, polidioxanona e nylon.
- B. Polipropileno, nylon e polidioxanona.
- C. Polipropileno, polidioxanona e polidioxanona.
- D. Nylon, polipropileno e polidioxanona.

---

### QUESTÃO 71.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher de 25 anos deu entrada em serviço de urgência terciário com quadro de sepse de foco urinário. Febril há 3 dias, hoje evoluiu com repercussão hemodinâmica e desconforto respiratório. Exames de imagem diagnosticaram litíase em ureter esquerdo ao nível dos vasos ilíacos de 1,5cm com ureterohidronefrose importante à montante, função renal dentro da normalidade, hemograma com desvio à esquerda e leucocitose de 23.500 sem anemia. Foi levada à sala de cirurgia com indicação de implante duplo J que não foi possível de ser realizado devido à impossibilidade em transpor o cálculo urinário com o fio guia. No modelo de hemostasia baseado em células, a fase de amplificação envolve:

- A. Realizar ureterolitotripsia transureteroscópica e implantar cateter duplo J.
- B. Realizar nefrostomia percutânea.
- C. Realizar ureterolitotomia por cirurgia convencional aberta e implantar cateter duplo J.
- D. Realizar ureterolitotomia por videolaparoscopia e implantar cateter duplo J.

---

### QUESTÃO 72.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 50 anos submetido a herniorrafia inguinal unilateral, sem intercorrências e com raquianestesia. No pós-operatório imediato não consegue urinar e nega queixas urinárias pré-operatórias. Ao exame físico apresenta globo palpável em região do hipogastro e doloroso. Ao toque retal identifica-se próstata de 120cm<sup>3</sup>, sem nodulações e parênquimatosa.



Dosagem de PSA pré-operatória foi de 0,60ng/ml. Qual a melhor conduta a ser adotada neste momento?

- A. Orientar paciente a sentar fora da cama.
- B. Orientar paciente a deambular pelo corredor.
- C. Realizar cateterismo vesical uretral de alívio.
- D. Realizar cateterismo vesical uretral de demora.

---

### QUESTÃO 73.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Paciente Maria, 53 anos, procurou atendimento em Unidade Básica de Saúde por queixa de dor lombar inespecífica, de início súbito. Ela referiu antecedente de litíase urinária em sua anamnese. Na investigação foram solicitados exames laboratoriais e uma ultrassonografia de vias urinárias. Na ultrassonografia houve a descrição de uma imagem cística renal, com paredes finas, apresentando finos septos em seu interior e pequenas calcificações. A paciente procurou um especialista que solicitou uma tomografia de abdome com fase contrastada. As imagens apresentaram características similares, com reforço discreto de paredes do cisto e de septos após administração de contraste. Qual seria a classificação de Bosniak para esse cisto, e qual a conduta?



- A. Cisto Bosniak 1 - sem necessidade de seguimento.
- B. Cisto Bosniak IIF - reavaliação em um ano com tomografia.
- C. Cisto Bosniak III - biópsia da parede do cisto.
- D. Cisto Bosniak V - indicação cirúrgica.

---

### QUESTÃO 74.



Paciente José, 74 anos, caucasiano, procurou atendimento com clínico geral para avaliar seus sintomas urinários. Apresentava queixas de sintomas do trato urinário inferior há pelo menos 3, mas houve piora nas últimas duas semanas. Seu IPSS somou 14 pontos, caracterizado principalmente por polaciúria e nictúria. Negou disúria, hematúria e febre associadas à piora dos sintomas. Negou antecedentes de câncer de próstata na família. Faz seguimento clínico por múltiplas comorbidades, tendo histórico de um acidente vascular cerebral prévio, sem sequelas detectáveis. Hipertenso diabético não-insulino dependente, apresenta angina estável insuficiência renal crônica. Em uso de verapamil, anlodipino, hidroclorotiazida, glifage, clopidogrel tansulosina e dutasterida. Também faz uso de sinvastatina por dislipidemia. Ao exame físico apresentou-se taquipneico, com estertores finos em bases pulmonares bilateralmente; pressão arterial de 100x60 mmHg, frequência cardíaca de 90 bpm; fígado palpável a 2 cm do rebordo costal, indolor; edema moderado, em membros inferiores. Exame específico demonstra aumento de volume de bolsa escrotal, bilateral, com próstata volumosa. aparentando ser maior que 50cm<sup>3</sup>, sem nódulos. Qual o diagnóstico clínico provável e a estratégia que deveria ser assumida?

- A. Hiperplasia prostática benigna - encaminhar para cirurgia de próstata eletiva por falha de tratamento clínico.
- B. Hidrocele bilateral - encaminhar para hidrocelectomia eletiva após avaliação de risco cardíaco.
- C. Insuficiência cardíaca congestiva - internação para avaliação e compensação clínica.
- D. Infecção urinária - solicitar urocultura e iniciar antibiótico empírico.

---

### QUESTÃO 75.

Paciente José, 74 anos, caucasiano, procurou atendimento com clínico geral para avaliar seus sintomas urinários. Apresentava queixas de sintomas do trato urinário inferior há pelo menos 3, mas houve piora nas últimas duas semanas. Seu IPSS somou 14 pontos, caracterizado principalmente por polaciúria e nictúria. Negou disúria, hematúria e febre associadas à piora dos sintomas. Negou antecedentes de câncer de próstata na família. Faz seguimento clínico por múltiplas comorbidades, tendo histórico de um acidente vascular cerebral prévio, sem sequelas detectáveis. Hipertenso diabético não-insulino dependente, apresenta angina estável insuficiência renal crônica. Em uso de verapamil, anlodipino, hidroclorotiazida, glifage, clopidogrel tansulosina e dutasterida. Também faz uso de sinvastatina por dislipidemia. Ao exame físico apresentou-se taquipneico, com estertores finos em bases pulmonares bilateralmente; pressão arterial de 100x60 mmHg, frequência cardíaca de 90 bpm; fígado palpável a 2 cm do rebordo costal, indolor; edema moderado, em membros inferiores. Exame específico demonstra aumento de volume de bolsa escrotal, bilateral, com próstata volumosa. aparentando ser maior que 50cm<sup>3</sup>, sem nódulos. Assumindo que o paciente apresente um valor de PSA: 1,8 ng/dl com relação entre PSA livre/total de 16%; Ultrassom com próstata volume de 75 cm<sup>3</sup>, qual seria sua conduta?

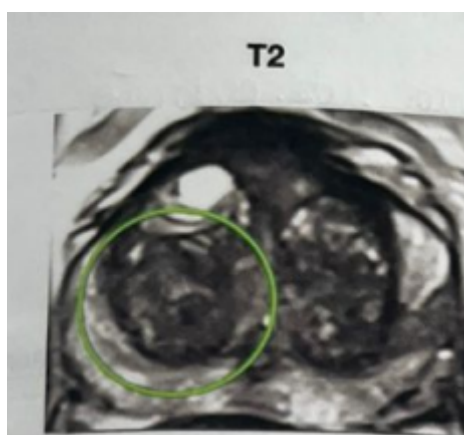


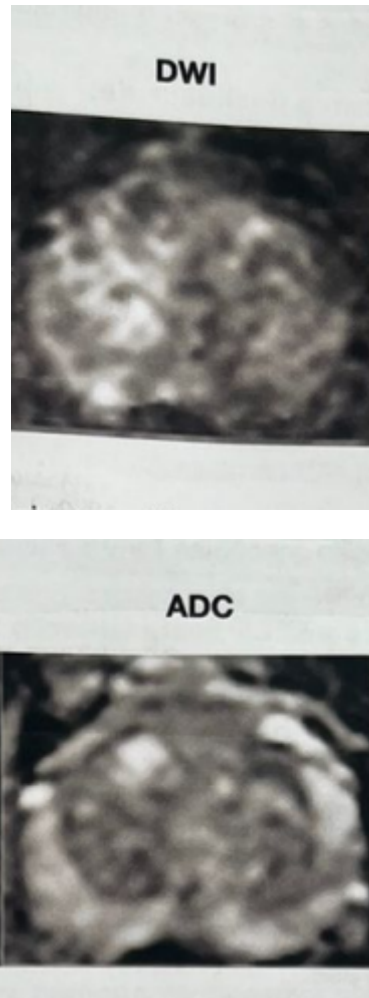
- A. Biópsia de próstata, pois o PSA está alterado pelo uso crônico de dutasterida.
- B. Compensação clínica e reavaliação de sintomas urinários para rediscutir conduta.
- C. Indicar Ressecção transuretral de próstata (RTU) para desobstrução e coleta de fragmentos para diagnóstico.
- D. Ressonância Nuclear Magnética multiparamétrica de próstata para orientar a biopsia e melhorar índices de detecção de tumores clinicamente significativos.

### QUESTÃO 76.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Paciente José, 74 anos, caucasiano, procurou atendimento com clínico geral para avaliar seus sintomas urinários. Apresentava queixas de sintomas do trato urinário inferior há pelo menos 3, mas houve piora nas últimas duas semanas. Seu IPSS somou 14 pontos, caracterizado principalmente por polaciúria e nictúria. Negou disúria, hematúria e febre associadas à piora dos sintomas. Negou antecedentes de câncer de próstata na família. Faz seguimento clínico por múltiplas comorbidades, tendo histórico de um acidente vascular cerebral prévio, sem sequelas detectáveis. Hipertenso diabético não-insulino dependente, apresenta angina estável insuficiência renal crônica. Em uso de verapamil, anlodipino, hidroclorotiazida, glifage, clopidogrel tansulosina e dutasterida. Também faz uso de sinvastatina por dislipidemia. Ao exame físico apresentou-se taquipneico, com estertores finos em bases pulmonares bilateralmente; pressão arterial de 100x60 mmHg, frequência cardíaca de 90 bpm; fígado palpável a 2 cm do rebordo costal, indolor; edema moderado, em membros inferiores. Exame específico demonstra aumento de volume de bolsa escrotal, bilateral, com próstata volumosa. aparentando ser maior que 50cm<sup>3</sup>, sem nódulos. Assumindo que o paciente apresente essa ressonância, com achado múltiplos de nódulos em zona centro transicional de próstata com um deles apresentando classificação PIRADS II, qual seria sua conduta?





- A. Biópsia de próstata com fusão de imagens cognitiva.
- B. Indicar Ressecção transuretral de próstata (RTU) pois achados são compatíveis com hiperplasia prostática benigna (HPB).
- C. Orientar observação e seguimento clínico, contra-indicando rastreamento e biópsia de próstata no futuro.
- D. Solicitar cintilografia óssea e tomografias de tórax, abdome e pelve para avaliar estadiamento provável de neoplasia de próstata, com balanço sobre riscos e benefícios da biópsia frente às comorbidades do paciente.

---

### QUESTÃO 77.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem, 52 anos, é admitido na emergência com edema em membros inferiores, caquexia, pulso paradoxal e dispneia com piora há 20 dias. Ao exame observa-se aumento da pressão venosa em vasos do pescoço associado à presença de atrito pericárdico. De acordo com o quadro descrito acima, assinale a alternativa correta:

- A. Existe um aumento do gradiente de pressão transpulmonar.
- B. A interdependência dos ventrículos direito e esquerdo está diminuída.
- C. Ocorre um deslocamento do septo interventricular em direção ao ventrículo direito.



D. A fase inicial da diástole é mais rápida.

---

### QUESTÃO 78.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem, 30 anos, encontra-se em leito de CTI com síndrome respiratória aguda grave, devido à pneumonia de etiologia viral. Está intubado, em ventilação mecânica modo controlado, com ventilação mecânica foram ajustados e a pressão expiratória no final da expiração (PEEP) foi calculada. O uso da PEEP nesta situação tem a finalidade de:

- A. Aumentar a capacidade residual funcional.
  - B. Diminuir o volume corrente.
  - C. Aumentar o espaço morto.
  - D. Aumentar a elastância pulmonar.
- 

### QUESTÃO 79.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher de 22 anos, vítima de politraumatismo, moto versus carro, admitida com trauma fechado no abdome. Os sinais vitais: PA=70/50 mmHg, Fc=140 bpm, com agitação, hipocorada e diaforese. Nessas condições existe um:

- A. Aumento da pressão diastólica final do ventrículo esquerdo.
  - B. Aumento da taxa de extração de oxigênio nos tecidos.
  - C. Aumento da oferta de oxigênio aos tecidos.
  - D. Aumento da saturação venosa central de oxigênio.
- 

### QUESTÃO 80.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem, 30 anos, admitido em leito de CTI devido a TCE grave. Está intubado, em ventilação mecânica modo volume controlado com fração inspirada de oxigênio (FiO<sub>2</sub>) de 30%. Está monitorizado com oxímetro de pulso e o capnógrafo, devidamente calibrados. Os parâmetros ao monitor mostram: PA=100/80 mmHg, Fc=130 bpm, temperatura axilar 42° contínua nas últimas 12 horas. Admitindo-se a ventilação ser constante e sem interferências espera-se que o CO<sub>2</sub> expirado final aferido esteja:

- A. Nestas condições a mensuração do CO<sub>2</sub> expirado final não é confiável.
- B. Diminuído.
- C. Aumentado.



D. Constante.

---

**QUESTÃO 81.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem, 59 anos, está no 2º pós-operatório de revascularização do miocárdio, consciente, orientado, em ar ambiente e ventilação espontânea. Ainda está com os drenos pleural e do mediastino sem débito há 12 horas. Durante o desmame e retirada das drogas vasoativas, permaneceu estável. Evolui há 1 hora, com hipotensão arterial, taquicardia, sudorese, frialdade nas extremidades, associado à turgência e distensão das veias do pescoço e da cabeça. Neste momento, a curva de pressão arterial invasiva calibrada e sem interferências mostra uma convergência entre a pressão sistólica e a diastólica. Qual é a causa mais provável do quadro descrito acima:

- A. Vasoplegia
  - B. Tamponamento cardíaco
  - C. Pneumotórax
  - D. Hipovolemia
- 

**QUESTÃO 82.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 60 anos, etilista, desnutrido, internado no CTI por hemorragia digestiva alta. Está em uso de nutrição parenteral. Evolui com complicações metabólicas ao uso do suporte nutricional. Assinale a alternativa que NÃO é uma complicação da nutrição parenteral.

- A. Convulsão.
  - B. Hipofosfatemia
  - C. Maior liberação do hormônio Glucagon.
  - D. Rabdomiolise.
- 

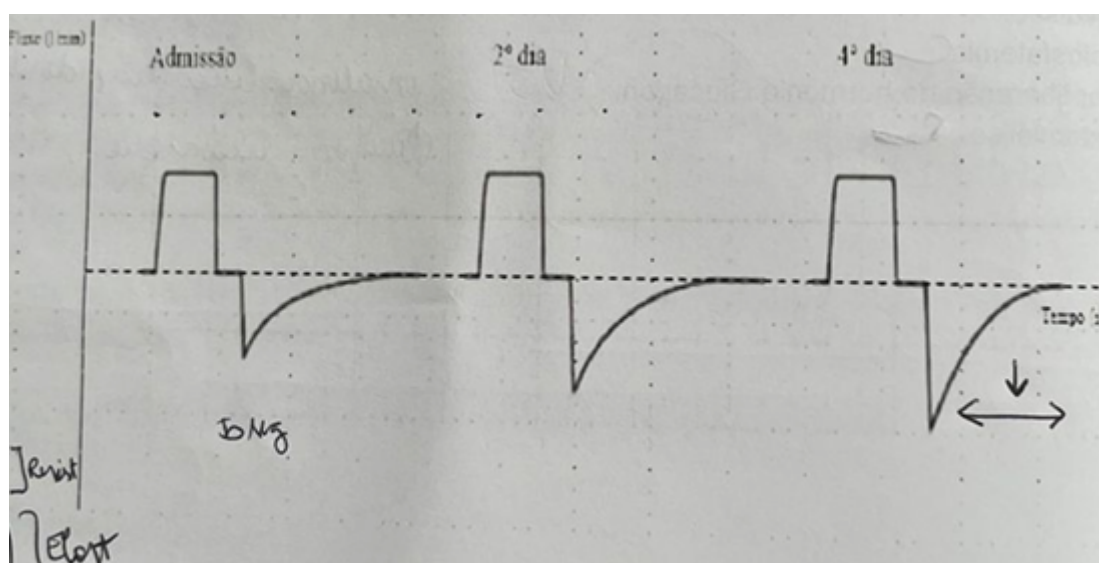
**QUESTÃO 83.**

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 40 anos, vítima de politraumatismo TCE grave, foi admitido no CTI, intubado, com sedoanalgesia contínua e em ventilação mecânica. Exames laboratoriais, parâmetros e os sinais clínicos do paciente, na admissão, 2º dia e 4º dia. Analisando os gráficos de Fluxo/Tempo, exames laboratoriais, parâmetros e os sinais clínicos do paciente, nos três tempos, podemos concluir que existe uma:



|                               |       |       |           |
|-------------------------------|-------|-------|-----------|
| FC (ppm)                      | 90    | 115   | 120 ↑     |
| Temp. axilar (°C)             | 36    | 36    | 36,5      |
| PVC (mmHg)                    | 6     | 12    | 18 ↑ (Ad) |
| Sat O2 (%)                    | 96    | 88    | 86 ↓      |
| Leucócitos (mm3)              | 8000  | 9000  | 8600      |
| Proteína C reativa (mg/dL)    | 10    | 10    | 8         |
| Secreção pulmonar (aspecto)   | Claro | Claro | Claro     |
| Diurese (ml/Kg/hora)          | 0,7   | 0,4   | 0,2 ↓     |
| Pressão arterial média (mmHg) | 80    | 90    | 100 ↑     |



- A. Redução da complacência pulmonar.
- B. Redução da elastância pulmonar.
- C. Redução da resistência nas vias aéreas.
- D. Aumento do PEEP intrínseco.

#### QUESTÃO 84.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher de 60anos, internada no CTI por choque circulatório, confusa em ventilação espontânea, necessitando de oxigênio em máscara com reservatório a 10 L/minuto. Está monitorizada com cateter invasivo e os controles multiparamétricos mostram: Pressão arterial média ((PAM) = 50 mmHg, pressão venosa central = 15 mmHg, Débito cardíaco (Dc) de 0,02 L/segundo, pressão da artéria pulmonar ocluída de 19 mmHg, PA=70/40 mmHg, FC=130 bpm. Nestas condições podemos concluir:

- A. A oferta de oxigênio aos tecidos está elevada.
- B. A volemia está baixa.

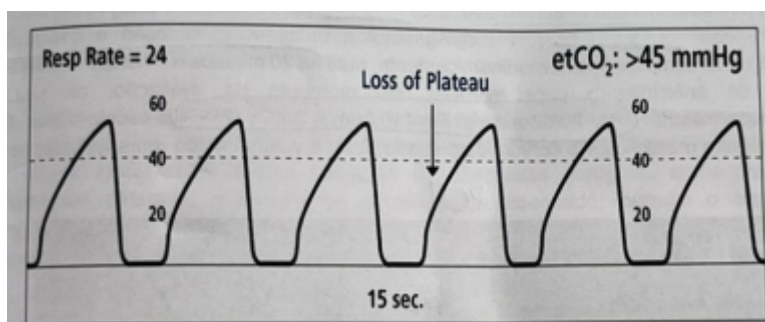


- C. A pressão de pulso é de 10 mmHg.
- D. A resistência vascular sistêmica está elevada.

### QUESTÃO 85.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher 47 anos, intubada e em ventilação mecânica, modo controlado a volume. Está monitorizada e com capnografia. O gráfico do capnógrafo encontra-se abaixo: Escuta-se o soar do alarme do ventilador mecânico. Nestas condições espera-se encontrar:



- A. Aumento da complacência pulmonar.
- B. Aumento da resistência das vias aéreas.
- C. Diminuição do gradiente entre a pressão de pico e a pressão de platô.
- D. Diminuição do espaço morto.

### QUESTÃO 86.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

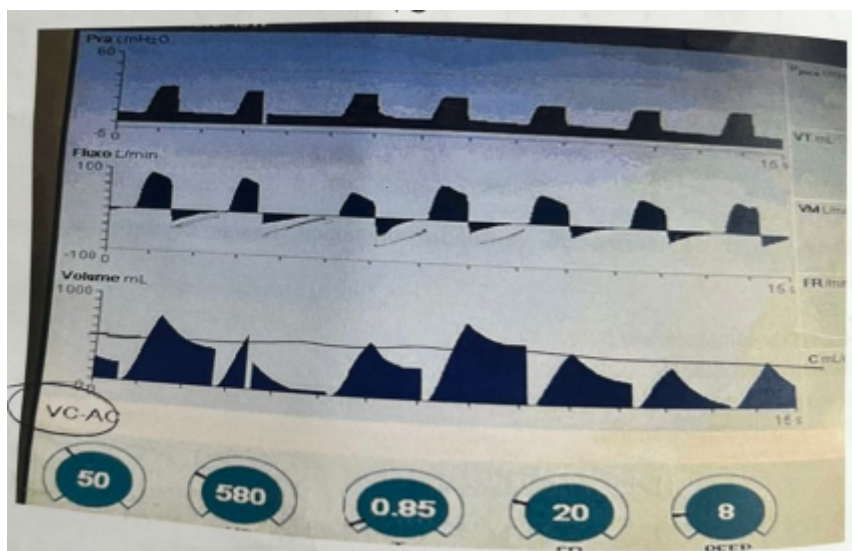
Mulher, 30 anos, admitida na UTI com choque circulatório, foi monitorizada e o perfil hemodinâmico obtido evidencia padrão distributivo. Após estabilização inicial do quadro, já em uso de antibiótico e em desmame das drogas vasoativas, evolui nas últimas 6 horas com hipotensão, redução progressiva do índice cardíaco, da saturação venosa central de oxigênio, elevação do índice de resistência vascular sistêmica. Os exames laboratoriais mostram lactato de 4 mmol, e um alargamento da diferença do CO<sub>2</sub> (arterial-venoso central). Qual a melhor conduta imediata a ser tomada é:

- A. Administração de vasodilatadores.
- B. Infusão de inotrópicos.
- C. Infusão de volume.
- D. Administração de diurético de alça.

### QUESTÃO 87.



Homem de 24 anos, admitido em leito de CTI com diagnóstico de insuficiência respiratória aguda, devido à pneumonia comunitária grave. Está em intubação mecânica em modo controlado. Recebe noradrenalina (0,1 mcg/Kg/minuto), antibióticos, sedação e analgesia. Está compensado hemodinamicamente, mas há 20 minutos o médico é chamado pela equipe de enfermagem para avaliá-lo. No momento da avaliação, os sinais vitais mostram PA=90/60 mmHg, Fc=110 bpm e Sato2 86%. ele escuta o soar do alarme no ventilador mecânico. As curvas, de pressão, fluxo e volume estão representadas nos gráficos abaixo: Analisando as curvas responda qual a provável causa da descompensação ?



- A. Vazamento do circuito.
- B. Pressão de pico elevada.
- C. Obstrução da cânula.
- D. Auto Pressão Positiva no Final da Expiração (PEEP).

### QUESTÃO 88.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

O estadiamento preciso do câncer de pulmão e a correta seleção dos casos para ressecções pulmonares sublobares (como a segmentectomia anatômica) são essenciais em pacientes oncológicos. Durante uma ressecção anatômica, a remoção adequada dos segmentos pulmonares e a amostragem das estações linfonodais mediastinais e hilares são fundamentais para garantir margens livres e estadiamento preciso. Em relação aos segmentos pulmonares e estações linfonodais, a segmentectomia pulmonar anatômica dos segmentos 4 e 5, com linfadenectomia das estações 4R e 7, corresponde a:

- A. Segmentectomia da lingula à esquerda, com esvaziamento linfonodal mediastinal completo dos linfonodos subcarinais e paratraqueais superiores.
- B. Segmentectomia do lobo médio à direita, com remoção dos linfonodos paratraqueais inferiores à direita e subcarinais.
- C. Segmentectomia do lobo superior esquerdo, com linfadenectomia dos linfonodos



paraesofágicos e paratraqueais inferiores à esquerda.

D. Segmentectomia do lobo inferior esquerdo, com amostragem dos linfonodos hilar à direita e infracarinais.

---

### QUESTÃO 89.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

O conhecimento da anatomia do timo e do mediastino, assim como a correta interpretação das características radiológicas (tomografia e ressonância magnética), é fundamental para diferenciar hiperplasias tímicas benignas de neoplasias malignas, como os timomas. A abordagem cirúrgica, associada ao estadiamento adequado, permite o tratamento eo prognóstico ideal. Escolha a alternativa CORRETA em relação aos tumores tímicos:

- A. O estadiamento de Masaoka-Koga foi substituído pela classificação TNM da ITMIG como o único sistema utilizado para timomas em todo o mundo.
- B. Aproximadamente 70-90% dos pacientes com miastenia gravis apresentam timoma, e a remoção cirúrgica do timo é geralmente curativa.
- C. A tomografia computadorizada é o exame de imagem de escolha para diferenciar hiperplasia tímica benigna de timoma maligno, com ressonância magnética indicada apenas em casos muito específicos.
- D. Carcinomas tímicos são tumores epiteliais agressivos com alta taxa de metástase à distância, sendo que entre 50-60% dos pacientes apresentam metástases ao diagnóstico.

---

### QUESTÃO 90.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 70 anos, previamente assintomático do ponto de vista respiratório, com carga tabágica de 30 anos/maço, foi diagnosticado recentemente com adenocarcinoma primário de pulmão. Durante o estadiamento com tomografia computadorizada (TC) de tórax, foi identificado um nódulo de 2,5 cm de diâmetro localizado no segmento 5 do pulmão esquerdo. O mediastino encontrava-se livre de adenomegalias e não havia evidências de metástases à distância. Realizou também uma tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT), que confirmou uma lesão pulmonar única com captação de SUV=5,0, sem outras áreas hipercaptantes. A prova de função pulmonar revelou função respiratória normal. Após discussão em reunião multidisciplinar (tumor board), foi indicada a ressecção cirúrgica como tratamento inicial. Considerando o contexto clínico e os achados de imagem, qual a extensão da ressecção oncolologicamente adequada a ser proposta para este paciente?

- A. Lobectomia superior esquerda com linfadenectomia mediastinal completa, removendo todos os linfonodos em nível 5-9, com margens adequadas para ressecção oncológica.
- B. Segmentectomia pulmonar do segmento 5 com linfadenectomia loco-regional por amostragem de linfonodos mediastinais e intrapulmonares.
- C. Lingulectomia (remoção parcial do lobo superior esquerdo)



D. Lobectomia média eom avaliação de linfonodo sentinela subcarinal e excisão do nódulo.

---

### QUESTÃO 91.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 22 anos, vítima de acidente de moto, foi admitido com múltiplas lesões traumáticas, incluindo fratura de três arcos costais (7º, 8º e 9º) no lado direito e pneumotórax, sendo inicialmente tratado com drenagem pleural fechada. Após boa resposta, com expansão pulmonar adequada e controle do pneumotórax, o dreno foi removido após 72 horas, e o paciente teve alta hospitalar. Cinco dias após a alta, ele retorna ao pronto-socorro com dor pleurítica intensa no hemitórax direito, febre persistente (38,5°C) e cansaço progressivo. Ao exame físico, apresenta taquicardia (FC = 120 bpm), PA = 110/70 mmHg, SpO<sub>2</sub> = 92% em ar ambiente, e macicez à percussão no hemitórax direito. A radiografia de tórax mostra um nível hidroaéreo à direita, sugerindo acúmulo pleural significativo. A tomografia de tórax revela hemotórax coagulado volumoso, com colapso parcial do pulmão e desvio mediastinal discreto para a esquerda. O paciente também apresenta anemia (Hb = 9,0 g/dL) e elevação dos leucócitos (18.000/mm<sup>3</sup>). Dada a história e os achados de imagem, você suspeita de infecção pleural em evolução. Com base nos achados clínicos e radiológicos, qual é a conduta terapêutica mais adequada para esse paciente?

- A. Toracotomia póstero-lateral aberta, com decorticação pulmonar para remoção completa dos coágulos organizados e controle de um possível foco infeccioso, dado o risco de complicações como fibrotórax e empiema pleural.
- B. Inserção de dreno pleural tipo "pigtail" para drenagem minimamente invasiva, com terapia de trombolíticos intrapleurais para facilitar a dissolução dos coágulos e evacuação do conteúdo pleural.
- C. Videotoracoscopia assistida por vídeo (VATS) para remoção dos coágulos, inspeção direta da cavidade pleural, e eventual drenagem de coleção infecciosa, caso presente, sendo a abordagem menos invasiva e preferível neste cenário.
- D. Passagem de dreno pleural calibroso (36F) no mesmo local da drenagem anterior, com irrigação contínua e aspiração a vácuo, para tentar remover os coágulos e aliviar a compressão pulmonar.

---

### QUESTÃO 92.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 65 anos, tabagista de longa data, com diagnóstico de carcinoma espinocelular central de pulmão direito, foi submetido a pneumonectomia direita há oito dias. A cirurgia transcorreu sem intercorrências, e o paciente teve boa evolução inicial. No entanto, no oitavo dia de pós-operatório, ele desenvolve dispneia leve, tosse com expectoração espumosa e discreta, sem sinais de febre. Ao exame físico, observa-se murmúrio vesicular abolido no hemitórax direito, sem estertores ou outros achados significativos. A radiografia de tórax revela um nível hidroaéreo na cavidade pleural pós-pneumonectomia. A gasometria arterial mostra acidose respiratória leve, com pCO<sub>2</sub> elevado. O paciente não apresenta sinais claros



de infecção, como febre ou leucocitose, mas a hipótese de fístula broncopleural é levantada devido ao quadro clínico e ao achado radiológico. Diante dessa situação, qual seria a conduta inicial mais apropriada pra investigar e manejar a suspeita de fístula broncopleural?

- A. Iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro com base no achado radiológico de nível hidroaéreo e realizar broncofibroscopia, enquanto se aguarda a cultura de amostras plenas para possível drenagem cirúrgica.
- B. Realizar broncofibroscopia, com foco na avaliação da integridade do coto brônquico e para orientar a possível necessidade de drenagem cirúrgica por videotoracoscopia (VATS)
- C. Iniciar tratamento conservador com drenagem pleural fechada e broncoscopia virtual para mapear a lesão. Em caso de piora clínica, realizar revisão cirúrgica precoce com retoracotomia.
- D. Realizar broncofibroscopia diagnóstica imediata para confirmar a presença de deiscência do coto brônquico e, se confirmada, planejar intervenção cirúrgica baseada na extensão da fístula, com consideração para suporte ventilatório invasivo, se necessário.

---

### QUESTÃO 93.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 35 anos, previamente saudável, apresentou quadro de infecção respiratória superior há 10 dias, tratado com antibióticos em casa. Evoluiu nos últimos 4 dias com febre alta, dispneia progressiva, tosse produtiva com expectoração purulenta e dor pleurítica à direita. Na admissão ao pronto-socorro: PA = 115/65 mmHg, FC = 110 bpm, temperatura = 39°C SpO2 = 92% em ar ambiente. A radiografia de tórax mostrou derrame pleural moderado à direita. Ultrassonografia de tórax à beira leito evidenciou derrame pleural com septações. A toracocentese inicial revelou líquido pleural amarelado com pH = 7,0, glicose = 5 mg/dL, e LDH elevado. A tomografia de tórax confirmou a presença de empiema pleural loculado com septações. Com base nos achados clínicos e radiológicos, qual é a conduta mais adequada para a condução terapêutica?

- A. Encaminhar para avaliação cirúrgica com toracoscopia, uma vez que o empiema com septações sugere necessidade de intervenção precoce.
- B. Manter antibioticoterapia e solicitar nova toracocentese em 48 horas para avaliar evolução.
- C. Iniciar drenagem pleural com sonda e aguardar resposta ao tratamento clínico antes de considerar intervenção cirúrgica.
- D. Realizar pleurodese precoce à beira leito com substância esclerosante para prevenir a recorrência do derrame pleural.

---

### QUESTÃO 94.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 60 anos, ex-tabagista com carga tabágica de 40 anos/maço, apresenta nódulo pulmonar de 3 cm no lobo inferior direito, identificado em tomografia de rotina. Há 10 anos, foi tratado com sucesso para carcinoma de células escamosas no esôfago, realizando



esofagectomia e quimioterapia adjuvante. O paciente não apresenta sintomas respiratórios ou outros sinais de recorrência da doença esofágica. Considerando os fatores de risco e os dados clínicos do paciente, qual a conduta mais apropriada?

- A. O nódulo localizado no lobo inferior é menos provável de ser um segundo tumor primário, uma vez que os cânceres pulmonares primários são mais comuns nos lobos superiores.
- B. Um segundo tumor primário deve ser fortemente considerado, mesmo com o nódulo no lobo inferior, e o paciente deve ser encaminhado para biópsia diagnóstica.
- C. Dado o histórico de câncer esofágico e o fato de o nódulo estar no lobo inferior, a hipótese de metástase esofágica é mais provável, devendo se iniciar quimioterapia...
- D. O tempo decorrido desde o tratamento oncológico anterior exclui a possibilidade de uma metástase esofágica, sendo o nódulo provavelmente benigno.

---

### QUESTÃO 95.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher de 32 anos, com histórico de tuberculose pulmonar tratada há 6 anos, atualmente diagnosticada com tuberculose pulmonar multirresistente (MDR-TB), em tratamento há 8 meses com esquema adequado para tuberculose multirresistente. Relata episódios frequentes de hemoptise nos últimos 4 meses, sendo que o último episódio foi de grande volume (aproximadamente 200 ml de sangue). A paciente não apresenta dispneia significativa, mas tem perda de peso progressiva e tosse crônica. A tomografia de tórax mostrou uma cavitação no lobo superior esquerdo, compatível com aspergiloma, além de espessamento brônquico. A espirometria mostrou VEF1 = 1,6L, Indicando função pulmonar borderline para cirurgia. Diante do quadro clínico, qual é o tratamento mais adequado?

- A. Realizar pneumonectomia esquerda por toracotomia aberta para remoção completa da cavitação e controle definitivo do sangramento, apesar da função pulmonar borderline.
- B. Continuar com tratamento para tuberculose multirresistente, mantendo vigilância rigorosa da hemoptise e iniciando antifúngico sistêmico. A ressecção cirúrgica deve ser adiada até a negativação da baciloscopia e melhora clínica.
- C. Proceder com embolização arterial brônquica emergencial para controle do sangramento e iniciar terapia antifúngica por 12 meses com voriconazol. Após controle da hemoptise, planejar ressecção cirúrgica.
- D. Indicar lobectomia superior esquerda com linfadenectomia regional para remoção do aspergiloma e da porção pulmonar comprometida, após controle prévio da hemoptise com embolização arterial se necessário.

---

### QUESTÃO 96.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Paciente masculino 27 anos, previamente hígido, relata perda ponderal de 8 kg nos últimos 3 meses, acompanhada de dor torácica anterior e sensação de pressão no peito. Nega tosse ou febre. Ao exame físico, observa-se turgência jugular e discreto edema facial. Realizou



tomografia de tórax, que revelou uma massa mediastinal anterior de aproximadamente 10 cm. Foi realizada dosagem de marcadores tumorais, com alfafetoproteína (AFP) = 750,0 ng/mL (valor de referência até 8,1 ng/mL) e beta-hCG = 20 mUI/mL (valor de referência até 5 mUI/mL). A função renal e hepática estão normais. Qual seria a condução mais adequada para este caso?

- A. O tratamento inicial de escolha é quimioterapia baseada em cisplatina, que apresenta altas taxas de resposta e cura em tumores de células germinativas não-seminomatosos especialmente quando há elevação de alfafetoproteína.
- B. O tratamento deve começar com radioterapia para redução do tamanho tumoral antes de qualquer outro procedimento.
- C. Mediastinoscopia para biópsia do tumor, permitindo diagnóstico histopatológico e painel molecular.
- D. Cirurgia imediata está indicada para descompressão da massa mediastinal, considerando os sinais de síndrome da veia cava superior.

---

### QUESTÃO 97.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

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 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 autorização! Sobre o diagnóstico de hérnia inguinal na criança, identifique quem está com a razão nessa história e qual o melhor argumento.

- A. O convênio está correto em seu segundo parecer, visto que o US é normal. Quanto ao primeiro, fica a evidência dos achados cirúrgicos como fato comprobatório.
- B. O cirurgião está correto ao pedir o exame por exigência do convênio, no entanto o diagnóstico continua sendo clínico.
- C. Cirurgião está correto pois o diagnóstico é clínico.
- D. O convênio está correto pois o diagnóstico é ultrassonográfico.

---

### QUESTÃO 98.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 28 anos, vítima de um grave acidente de moto, foi arremessado contra um poste, impactando diretamente o pescoço e o tórax superior. Ele foi imediatamente levado ao centro de trauma, onde exames iniciais revelaram múltiplas fraturas costais do lado esquerdo (4ª a 6ª costelas), além de contusão pulmonar moderada. O paciente foi estabilizado clinicamente, mas apresentou insuficiência respiratória progressiva nas primeiras 12 horas após o trauma, sendo intubado e ventilado mecanicamente. Durante a evolução na UTI, foi realizada uma broncofibroscopia devido à dificuldade de manter a ventilação e surgimento



de enfisema subcutâneo no pescoço e tórax. O exame revelou uma laceração de 1 cm na via aérea, localizada no brônquio fonte esquerdo, próximo à carina (lesão justacarinal), associada a colapso parcial do pulmão esquerdo e enfisema mediastinal. O paciente apresenta saturação de 88% em ventilação mecânica, com aumento progressivo de pCO<sub>2</sub>, além de diminuição dos sons respiratórios no lado esquerdo. Não há sinais de instabilidade hemodinâmica evidente, mas a gasometria arterial revela acidose respiratória. Considerando a localização da lesão e as condições clínicas do paciente, qual é a melhor via de acesso para reparar essa lesão de via aérea?

- A. Toracotomia anterior esquerda com possibilidade de estender para esternotomia parcial, caso seja necessário maior acesso à lesão no brônquio fonte esquerdo.
- B. Toracotomia direita em terceiro espaço intercostal, permitindo acesso direto à carina e ao brônquio fonte esquerdo para corrigir a lesão e garantir melhor controle da via aérea.
- C. Esternotomia mediana com extensão para toracotomia anterior em quarto espaço intercostal esquerdo e uso de suporte de circulação extracorpórea, caso necessário, para garantir a visualização adequada.
- D. Toracotomia lateral esquerda com provável extensão posterior e paraescapular para proporcionar melhor exposição do brônquio fonte esquerdo.

---

### QUESTÃO 99.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Mulher de 68 anos, tabagista de longa data (60 anos/maco), com diagnóstico recente de nódulo pulmonar detectado em exame de rotina. A paciente está assintomática, sem queixas respiratórias ou sistêmicas, e nega perda de peso ou febre. A tomografia computadorizada de torax revelou uma massa pulmonar de 3,5 cm no lobo superior esquerdo, além de mediastinal subcarina e infonodos pré-renais aumentados. Foi realizado PET-CT (Tomografia por Emissão de Pósitrons associada à Tomografia Computadorizada) realizado para estadiamento mostrou captação aumentada de glicose na massa pulmonar e nos linfonodos mediastinais. A espirometria revelou VEF1 (Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo) de 1,8 L, sugerindo função pulmonar preservada para possível cirurgia. De acordo com a oitava edição do estadiamento TNM (Tumor, Linfonodo, Metástase), qual seria a conduta mais adequada para o manejo deste caso?

- A. Realizar mediastinoscopia ou biópsia guiada por ultrassom endobrônquico (EBUS) para avaliar a natureza dos linfonodos mediastinais. Se positivo para malignidade, indica doença avançada (N2/N3) e contraindica a ressecção pulmonar curativa, direcionando para tratamento sistêmico.
- B. Realizar toracotomia exploratória direta para ressecção do tumor e linfadenectomia mediastinal, dado que o PET-CT mostrou alta captação nos linfonodos, e a ressecção curativa pode ser viável.
- C. Iniciar quimioterapia neoadjuvante baseada no achado de linfonodomegalia mediastinal no PET-CT, seguido de ressecção cirúrgica, uma vez que isso pode reduzir o volume tumoral e aumentar as chances de ressecabilidade.
- D. Prosseguir diretamente com radioterapia associada à quimioterapia, sem necessidade de estadiamento adicional, já que a captação aumentada no PET-CT sugere comprometimento



sistêmico da doença.

---

### QUESTÃO 100.

USP-RP - 2025 - Objetiva - SP | R+

Homem de 69 anos tabagista com carga tabágica de 90 anos/maço, apresenta perda de peso de 10 kg e dor torácica à esquerda nos últimos 3 meses. O paciente relatou que sofreu uma queda recentemente, resultando em um trauma no hemitórax esquerdo. Inicialmente foi avaliado com radiografia de tórax, que revelou um derrame pleural à esquerda. Foi submetido à toracocentese com a drenagem de 1500 ml de líquido sero-hemático, e a citologia foi negativa para malignidade. Após exames adicionais, constatou-se espessamento nodular pleural e sinais de invasão da gordura subpleural. Diante do quadro clínico e dos achados de imagem, qual seria o próximo passo mais adequado?

- A. A citologia negativa para malignidade, associada ao derrame sero-hemático, sugere que o acompanhamento clínico com exames de imagem seriados é suficiente, sem necessidade de intervenções adicionais no momento.
- B. O espessamento pleural nodular e a invasão da gordura subpleural sugerem bemotórax crônico pós-traumático, sendo indicada a decorticação pleural imediata.
- C. A ressecção cirúrgica por toracotomia com decorticação pleural é indicada imediatamente, devido à possibilidade de empiema pleural.
- D. A biópsia pleural por toracosopia está indicada, mesmo com citologia negativa, devido aos achados sugestivos de malignidade, como espessamento nodular pleural e invasão subpleural.



## GABARITO

|                                                                                                     |                                                                                                     |                                                                                                     |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  | 26. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 51. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 76. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 2. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  | 27. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 52. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 77. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 3. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  | 28. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 53. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 78. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 4. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  | 29. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 54. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 79. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 5. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  | 30. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 55. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 80. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 6. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  | 31. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 56. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 81. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 7. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  | 32. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 57. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 82. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 8. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  | 33. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 58. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 83. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 9. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  | 34. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 59. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 84. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 10. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 35. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 60. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 85. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 11. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 36. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 61. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 86. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 12. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 37. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 62. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 87. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 13. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 38. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 63. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 88. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 14. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 39. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 64. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 89. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 15. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 40. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 65. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 90. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 16. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 41. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 66. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 91. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 17. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 42. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 67. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 92. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 18. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 43. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 68. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 93. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 19. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 44. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 69. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 94. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 20. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 45. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 70. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 95. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 21. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 46. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 71. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 96. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 22. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 47. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 72. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 97. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 23. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 48. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 73. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 98. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 24. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 49. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 74. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 99. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D  |
| 25. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 50. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 75. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D | 100. <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D |



## RESPOSTAS

|     |     |     |   |     |         |     |   |      |   |
|-----|-----|-----|---|-----|---------|-----|---|------|---|
| 01. | C   | 21. | C | 41. | B       | 61. | D | 81.  | B |
| 02. | B   | 22. | A | 42. | D       | 62. | A | 82.  | C |
| 03. | B   | 23. | C | 43. | A       | 63. | B | 83.  | A |
| 04. | B D | 24. | B | 44. | ANULADA | 64. | D | 84.  | D |
| 05. | C   | 25. | C | 45. | C       | 65. | B | 85.  | B |
| 06. | B   | 26. | A | 46. | B       | 66. | C | 86.  | C |
| 07. | D   | 27. | C | 47. | A       | 67. | D | 87.  | A |
| 08. | A   | 28. | B | 48. | B       | 68. | C | 88.  | B |
| 09. | D   | 29. | D | 49. | D       | 69. | A | 89.  | D |
| 10. | A   | 30. | C | 50. | B       | 70. | C | 90.  | A |
| 11. | D   | 31. | B | 51. | C       | 71. | B | 91.  | C |
| 12. | C   | 32. | D | 52. | B       | 72. | C | 92.  | D |
| 13. | A   | 33. | A | 53. | D       | 73. | B | 93.  | A |
| 14. | B   | 34. | B | 54. | B       | 74. | C | 94.  | B |
| 15. | C   | 35. | D | 55. | A       | 75. | B | 95.  | D |
| 16. | D   | 36. | C | 56. | B       | 76. | C | 96.  | A |
| 17. | C   | 37. | B | 57. | A       | 77. | D | 97.  | C |
| 18. | B   | 38. | D | 58. | D       | 78. | A | 98.  | B |
| 19. | C   | 39. | A | 59. | B       | 79. | B | 99.  | A |
| 20. | A   | 40. | D | 60. | A       | 80. | C | 100. | D |