



Prova objetiva - R+CG

FAMERP 2026

NOME DO CANDIDATO

ASSINATURA

SALA:

CARTEIRA:

INSTRUÇÕES

1. Controle seu tempo

O tempo estimado é de aproximadamente **5h 54min** para **80** questões. Evite gastar mais de 4 minutos em uma única questão.

2. Leia o enunciado com atenção

Antes de analisar as alternativas, compreenda completamente o que está sendo perguntado. Observe palavras-chave como "EXCETO", "INCORRETA", "MAIS PROVÁVEL".

3. Analise todas as alternativas

Mesmo que uma alternativa pareça correta à primeira vista, leia todas as opções antes de marcar sua resposta definitiva.

4. Consultas externas

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

5. Marcação da resposta

Use caneta preta para marcar suas respostas na folha definitiva de gabarito. Use o gabarito presente nesta prova para preencher seu rascunho, você poderá levar este gabarito ao final de sua prova.

QUESTÃO 01

Menino de 8 anos é admitido no pronto-socorro após queda de bicicleta, com trauma em abdome superior. Está consciente, pálido, queixando-se de dor abdominal. Sinais vitais: FC = 110bpm, PA = 100X60mmHg, FR = 22ipm, oximetria de pulso = 98% em ar ambiente. O abdome é doloroso a palpação em hipocôndrio esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais: hemoglobina = 11g/dl, hematócrito = 33%. Ultrassonografia abdominal: moderada quantidade de líquido livre e lesão esplênica grau III (segundo AAST), confirmada na TC de abdome. Após a reposição volêmica inicial com cristalóide, a criança mantém estabilidade hemodinâmica. Qual é a conduta mais adequada neste caso?

- ☐ (A) Realizar embolização esplênica seletiva para controle da hemorragia esplênica.
 - ☐ (B) Manter conduta não operatória, monitorização clínica e hematimetria seriada.
 - ☐ (C) Indicar esplenectomia eletiva após estabilização clínica para evitar ressangramento.
 - ☐ (D) Indicar laparotomia exploradora imediata, devido aos sinais de sangramento ativo intra-abdominal.
-

QUESTÃO 02

Lactente de 40 dias é encaminhado para hospital terciário devido a icterícia colestática persistente e acolia fecal. Realiza os seguintes exames de imagem: US: ausência de vesícula biliar, presença de triângulo fibroso. Colangiorressonância: ausência de ductos biliares extra-hepáticos. De acordo com o diagnóstico em questão, assinale a alternativa que indique a melhor conduta a ser adotada e o fator determinante para o prognóstico:

- ☐ (A) Conduta expectante, pois o quadro pode ter resolução espontânea em até 4 meses.
 - ☐ (B) Iniciar uso de ácido ursodesoxicólico e banho de sol, com reavaliação após os 2 meses.
 - ☐ (C) Indicar hepatoportoenterostomia (Cirurgia de Kasai), com tempo ideal para a cirurgia de até 2 meses.
 - ☐ (D) Indicar transplante hepático, uma vez que a hepatoportoenterostomia deve ser realizada até 1 mês de vida.
-

QUESTÃO 03

Menina de 3 anos é levada ao pediatra pelos pais devido a aumento progressivo do volume abdominal nas últimas 3 semanas. Ao exame físico, observa-se uma massa abdominal firme, unilateral, lisa, não dolorosa, que não cruza a linha média. Está afebril e sem sinais de irritação peritoneal. Pressão arterial discretamente elevada (PA=115X75mmHg). Os exames laboratoriais de rotina estão dentro da normalidade, exceto por hematúria microscópica discreta. Ultrassom de abdome mostra (massa renal heterogênea à direita, sem trombo em veia cava inferior. Assinale a alternativa que indique o provável diagnóstico:

- ☐ (A) Cisto renal congênito; diferenciar de hematoma renal, considerando história clínica, exame físico e evolução repentina.
- ☐ (B) Neuroblastoma abdominal; diferenciar de tumor de Wilms, baseado em elevação de catecolaminas urinárias.
- ☐ (C) Tumor de Wilms; diferenciar de neuroblastoma abdominal, considerando localização, idade e características radiológicas.
- ☐ (D) Hiperplasia adrenal congênita; diferenciar de tumor de Wilms, com base em alteração hormonal significativa.

QUESTÃO 04

Recém-nascido submetido à correção cirúrgica de gastrosquise, com fechamento primário, evolui com distensão abdominal e vômitos biliosos persistentes no quinto dia de pós-operatório. A radiografia do abdome mostra distensão de alças intestinal e ausência de gás distal. Qual é a (principal hipótese diagnóstica?

- ☐ (A) Enterocolite necrosante.
 - ☐ (B) Ileo prolongado pós-cirúrgico.
 - ☐ (C) Síndrome do intestino curto.
 - ☐ (D) Obstrução intestinal por brida precoce.
-

QUESTÃO 05

Feminino, 38 anos, procura o cirurgião no consultório devido a perda de força em membro superior direito, associado a edema da mão e hipoestesia no 4º e 5º quirodáctilos. Os sintomas pioraram após iniciar treinos de Crossfit. Dentre os exames abaixo relacionados, qual apresenta menor relevância diagnóstica para o tratamento cirúrgico da referida síndrome?

- ☐ (A) Arteriografia
 - ☐ (B) Radiografia de tórax
 - ☐ (C) Cintilografia pulmonar
 - ☐ (D) Eletroneuromiografia
-

QUESTÃO 06

Homem de 29 anos, tabagista de cigarros eletrônicos, apresenta fraqueza muscular associada a ptose palpebral a direita. A radiografia do tórax mostra alargamento do mediastino. Qual o diagnóstico mais provável?

- ☐ (A) Tumor neuroendócrino com síndrome paraneoplásica
 - ☐ (B) Tumor de Pancoast com síndrome de Horner
 - ☐ (C) Neuroblastoma com miastenia gravis
 - ☐ (D) Timoma com miastenia gravis
-

QUESTÃO 07

Homem de 65 anos, tabagista ativo, em acompanhamento para estadiamento de câncer de pulmão com diagnóstico após biópsia guiada por tomografia de massa no lobo superior direito. O cirurgião torácico indicou a realização de uma mediastinoscopia, para investigação de neoplasia invasiva. Qual condição contraindica absolutamente o tratamento cirúrgico futuro deste paciente?

- ☐ (A) Presença de linfonodo positivo subcarinal.
- ☐ (B) Presença de linfonodo positivo contralateral.
- ☐ (C) Presença de linfonodo positivo paratraqueal inferior.
- ☐ (D) Sangramento da veia cava superior na mediastinoscopia.

QUESTÃO 08

Feminino, 60 anos, sem comorbidades e não tabagista, apresenta nódulo solitário em lobo inferior do pulmão esquerdo. Realizou tomografia computadorizada que evidencia densidade mista de partes moles, gordura e cálcio. Qual a principal hipótese diagnóstica?

- ☐ (A) Granuloma
 - ☐ (B) Hamartoma
 - ☐ (C) Adenocarcinoma.
 - ☐ (D) Carcinoma epidermoide.
-

QUESTÃO 09

Mulher de 70 anos, hipertensa e diabética, submetida a gastrectomia parcial há 6 dias. Nas últimas 24 horas, apresenta febre (39°C), taquicardia (FC = 120bpm), hipotensão (PA = 85X50mmHg) e débito urinário de 0,3ml/kg/h. Ao exame físico: abdome distendido e doloroso difusamente, com ferida cirúrgica íntegra. Gasometria arterial: pH= 7,30 / PaCO₂= 32mmHg / HCO₃⁻= 17mmol/l / lactato= 4,8 mmol/l. Leucograma = 22.000/mm³ com desvio à esquerda. TC de abdome: coleção perianastomótica de 8cm com gás e líquido, associada a extravasamento de contraste. Qual a conduta imediata mais adequada?

- ☐ (A) Aumentar a dose de antibióticos em uso, expansão volêmica e observar resposta clínica nas próximas 24h.
 - ☐ (B) Manter antibioticoterapia, colher hemocultura e realizar drenagem percutânea da coleção guiada por imagem.
 - ☐ (C) Adiar intervenção cirúrgica até estabilização hemodinâmica completa com vasopressores e reposição volêmica plena.
 - ☐ (D) Iniciar protocolo de sepse, com expansão volêmica, antibioticoterapia de amplo espectro e reabordagem cirúrgica urgente para controle da fonte.
-

QUESTÃO 10

Uma mulher de 58 anos, previamente hipertensa e com histórico de carcinoma de cólon tratado há 2 anos, é admitida na UTI por sepse secundária a pielonefrite complicada. Após administração de 30ml/kg de cristalóide e início de norepinefrina (0,2µg/kg/min), sua pressão arterial média estabiliza em 67mmHg, mas ela mantém lactato sérico de 5,0 mmol/l e débito urinário de 0,2 ml/kg/h. A equipe interpreta como possível hipoperfusão e realiza, à beira leito, a elevação passiva das pernas (EPP) com monitorização do débito cardíaco contínuo, observando aumento de 15% no volume sistólico. Qual deve ser a conduta hemodinâmica mais adequada neste momento?

- ☐ (A) Administrar novo bolus de cristalóide, guiado pela resposta dinâmica a EPP.
- ☐ (B) Aumentar a dose de epinefrina até PAM ≥ 75mmHg, para otimizar a perfusão renal.
- ☐ (C) Iniciar dobutamina para melhora da perfusão tecidual independente do resultado da EPP.
- ☐ (D) Realizar nova dosagem do lactato para confirmar a persistência da hipoperfusão antes de qualquer intervenção.

QUESTÃO 11

Homem, 32 anos, é trazido ao pronto-atendimento após colisão automobilística. Chega entubado, com sedação leve, Glasgow 6T, pupilas anisocóricas (D: 5mm não fotorreagente; E: 3mm reagente), PA = 90X60mmHg, FC = 110bpm, SpO2 = 96% sob ventilação mecânica. TC de crânio mostra hematoma subdural agudo à direita de 1,5cm, com desvio de linha média de 8mm. Na UTI, apresenta PIC = 28mmHg e PAM = 70mmHg. Qual é a conduta mais apropriada neste momento?

- ☐ (A) Acionar equipe da Neurocirurgia para craniectomia descompressiva de urgência.
 - ☐ (B) Sedação, normotermia, elevação da cabeceira e nova tomografia em 6 horas.
 - ☐ (C) Hiperventilação sustentada para reduzir a PIC e observação da resposta neurológica.
 - ☐ (D) Administração de diurético osmótico (manitol) isoladamente e reavaliação a cada hora.
-

QUESTÃO 12

Homem de 68 anos, hipertenso e tabagista, é avaliado em consulta ambulatorial por dor lombar inespecífica. Ao exame físico, nota-se massa pulsátil em região periumbilical. O médico solicita exames complementares para investigação. Considerando os critérios diagnósticos de aneurisma de aorta abdominal, qual das opções abaixo é a correta?

- ☐ (A) A ressonância magnética é preferida em casos agudos, por sua rapidez e alta sensibilidade e especificidade
 - ☐ (B) A palpação abdominal é suficiente para confirmar o diagnóstico em pacientes magros e sintomáticos, indicando cirurgia de urgência
 - ☐ (C) O diagnóstico é confirmado quando o diâmetro da aorta abdominal excede 3,0cm e pode ser detectado por ultrassonografia
 - ☐ (D) A tomografia computadorizada é o exame de escolha para o rastreamento inicial em pacientes assintomáticos
-

QUESTÃO 13

Homem de 67 anos com fibrilação atrial não anticoagulada, apresenta início súbito de dor intensa em membro inferior direito, associada a palidez e parestesia. Ao exame físico, o membro está frio, com ausência de pulsos distais e motricidade preservada. Considerando os achados clínicos, qual das alternativas abaixo descreve corretamente os sinais clássicos da oclusão arterial aguda?

- ☐ (A) Dor, hiperemia, edema, pulso aumentado, parestesia e febre.
- ☐ (B) Dor, palidez, parestesia, paralisia, pulso ausente e diminuição da temperatura.
- ☐ (C) Dor progressiva, cianose, pulso amplificado, parestesia e rigidez muscular.
- ☐ (D) Dor leve, coloração normal, pulso presente, parestesia e claudicação.

QUESTÃO 14

Mulher de 60 anos, sem comorbidades, queixa-se de incontinência urinária contínua, não relacionada aos esforços ou com a posição corporal, porém com piora a deambulação. Relata que o quadro teve início cerca de 20 dias após realização de histerectomia devido a miomatose uterina. Dentre as alternativas abaixo, assinale aquela que indique a conduta mais adequada:

- ☐ (A) Indicar a realização de exame de urodinâmica.
 - ☐ (B) Encaminhar a paciente para fisioterapia do assoalho pélvico.
 - ☐ (C) Solicitar Tomografia computadorizada da via urinária com contraste.
 - ☐ (D) Solicitar Ultrassonografia pélvica e endovaginal.
-

QUESTÃO 15

Um homem de 65 anos é submetido à cistectomia radical devido a câncer de bexiga, com reconstrução com conduto ileal. Dois meses após a cirurgia, ele apresenta tontura e fraqueza em ambos os membros inferiores. Os exames laboratoriais mostram acidose metabólica hiperclorêmica com hipocalemia. Qual íon desempenha um papel importante nessas consequências metabólicas após conduto ileal?

- ☐ (A) Sódio
 - ☐ (B) Amônia
 - ☐ (C) Cloreto
 - ☐ (D) Magnésio
-

QUESTÃO 16

Um homem de 58 anos apresenta microhematúria. Ele nega qualquer disúria, frequência urinária ou hematúria macroscópica. Tem histórico médico de infecção por HIV. Nega qualquer histórico familiar de câncer de próstata ou bexiga. Seu exame de urina mostra >10 hemácias/campo de concentração, sem leucócitos e sem bactérias. A tomografia computadorizada não mostra anormalidades. Realizou cistoscopia ambulatorial, que revelou hiperplasia prostática e mucosa vesical normal, sem lesões vesicais. Na mesma noite, o paciente a Emergência com febre e calafrios, sendo internado com urosepse. Qual das condutas abaixo poderia ter prevenido esse quadro?

- ☐ (A) Profilaxia antibiótica oral antes da cistoscopia ambulatorial.
- ☐ (B) Realização de citologia urinária antes da cistoscopia ambulatorial.
- ☐ (C) Aguardar o resultado da urina 1 antes da cistoscopia ambulatorial.
- ☐ (D) Irrigação vesical com solução salina após a cistoscopia ambulatorial.

QUESTÃO 17

Durante o tratamento operatório de hérnia inguinal laparoscópica por via TEP (Totalmente Extra Peritonia) unilateral, o cirurgião observa um defeito herniário de 3cm lateral aos vasos epigástricos inferiores. Frente a esse cenário, assinale a alternativa correta, em relação à conduta operatória:

- ☐ (A) Redução do conteúdo herniário e fechamento do flapping peritoneal, considerando a colocação de tela onlay se apresentar recidiva.
 - ☐ (B) Dissecção medial até o músculo transversso abdominal contralateral e alocação de tela sem a necessidade de fixação.
 - ☐ (C) Dissecção medial até a sínfise púbica e lateralmente até o músculo psoas, sem a necessidade de fixação da tela.
 - ☐ (D) Dissecção medial até o músculo reto abdominal contralateral e lateralmente até o músculo transversso, sem a necessidade de fixação da tela.
-

QUESTÃO 18

Homem de 50 anos, sem comorbidades atuais, com história prévia de prostatectomia radical robótica há 2 anos, apresentando abaulamento inguinal bilateral e desconforto aos esforços, que atrapalham a sua vida cotidiana. Ao exame físico: presença de abaulamento inguinal bilateral durante a manobra de Valsalva, totalmente redutível ao repouso. Dentre as opções abaixo, assinale a alternativa que apresente a melhor conduta cirúrgica:

- ☐ (A) Stoppa
 - ☐ (B) Lichtenstein bilateralmente
 - ☐ (C) TAPP bilateralmente
 - ☐ (D) TEP bilateralmente
-

QUESTÃO 19

Masculino, 63 anos, foi submetido a pancreatectomia devido a adenocarcinoma do corpo pancreático há 6 anos. Após 3 anos da cirurgia, iniciou abaulamento da região mediana do abdome, com aumento progressivo do volume, principalmente aos esforços físicos. Exame físico: IMC (índice de massa corpórea): 32, presença de hérnia da linha mediana do abdome, com perda de domicílio e anel herniário palpável, com diâmetro estimado de 15cm. Neste contexto, qual a melhor conduta a seguir?

- ☐ (A) Avaliação pré-operatória e cirurgia
- ☐ (B) Ultrassonografia de parede abdominal
- ☐ (C) Ultrassonografia de abdome com Valsalva
- ☐ (D) Tomografia de abdome total em Valsalva

QUESTÃO 20

Mulher, 42 anos, sem comorbidades, com história de abaulamento em região umbilical após gravidez e dor aos esforços físicos. Exame físico: hérnia umbilical com protusão de conteúdo gorduroso, com anel palpável de 3 polpas digitais. Realizou tomografia de abdome, que revelou um índice de Carbonell de 1,1 e diástase de 7cm. Assinale a alternativa que descreva a melhor conduta:

- ☐ (A) Aplicação de toxina botulínica no estojo muscular lateral 4-6 semanas antes da cirurgia e correção da diástase junto dos defeitos da linha média.
- ☐ (B) Correção da hérnia umbilical com fio monofilamentar inabsorvível e uso de tela onlay, bem como o fechamento primário das hérnias menores.
- ☐ (C) Cirurgia de fechamento primário com sutura contínua da linha média e correção da diástase abdominal sem uso de tela.
- ☐ (D) Cirurgia de fechamento de todos os defeitos da parede abdominal com sutura primária contínua e colocação de tela onlay.

QUESTÃO 21

Homem, 68 anos, IMC = 22, tabagista, hipertenso e diabético do tipo 2 (DM II - última hemoglobina glicada = 9,0%), em pós-operatório tardio de laparotomia para colectomia esquerda com excisão total do mesorreto, apresenta grande abaulamento na região medial do abdome, com protusão de alças intestinais e defeito estimado, ao exame físico, de 12cm de diâmetro. A tomografia de abdome evidencia um volume intraperitoneal da cavidade de 5000cm³ e o volume peritoneal intra-saco herniário em 1270cm³. Diante do exposto, qual a melhor opção para o tratamento?

- ☐ (A) Correção da hérnia ventral por via convencional com técnica TAR (Transversus Abdominis Release).
- ☐ (B) Cessar tabagismo, controle rigoroso do DM II e somente após indicação de correção cirúrgica.
- ☐ (C) Correção cirúrgica após neoadjuvância com uso de toxina botulínica, por via laparoscópica com tela onlay.
- ☐ (D) Correção cirúrgica após neoadjuvância com toxina botulínica, pneumoperitônio progressivo e separação de componentes abdominais.

QUESTÃO 22

Homem de 62 anos, ex-tabagista (30 maços/ano), com história de refluxo gastroesofágico há mais de 10 anos, realizou endoscopia digestiva alta para investigação de odinofagia leve e disfagia para alimentos sólidos há 2 meses. A EDA revelou lesão vegetante e infiltrativa na transição esôfago-gástrica, aos 40cm dos incisivos, envolvendo parcialmente a cárdia e a junção esofagogástrica (tipo Siewert II), cuja biópsia confirmou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Atualmente, o tratamento com intenções curativas do adenocarcinoma da transição esôfago-gástrica (TEG) e dos tumores propriamente do estômago seguem protocolos estabelecidos que, geralmente, envolvem cirurgia associada a outras modalidades de tratamento. Considerando o tema, assinale a alternativa correta:

- ☐ (A) Tumores da TEG são tratados com radioterapia (Rt) e cirurgia.
- ☐ (B) Tumores gástricos são operados e submetidos a radioterapia (Rt) adjuvante.
- ☐ (C) Tumores da TEG e gástrico recebem tratamento quimioterápico e cirúrgico.
- ☐ (D) Tumores gástricos recebem quimioterapia (Qt) neoadjuvante para indução e radioterapia (Rt) adjuvante.

QUESTÃO 23

Paciente masculino, 56 anos, Performance Status (PS) 1, relata disfagia esofagiana há 5 meses com perda de peso. Realizou uma Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que evidenciou um Carcinoma Espinocelular (CEC) de esôfago médio. Seguiu-se a realização de uma tomografia de tórax e abdome, sem evidências de acometimento de estruturas adjacentes e/ou a distância. Assinale a alternativa correta considerando-se o tratamento mais indicado:

- ☐ (A) O paciente deve seguir tratamento nos moldes do protocolo CROSS.
 - ☐ (B) O esquema FLOT 4 é o mais indicado considerando-se o tipo histológico da lesão.
 - ☐ (C) Seguir protocolos FLOT 4 e CROSS aumenta consideravelmente as possibilidades de cura.
 - ☐ (D) Dadas as condições clínicas do paciente e a localização da lesão, deve ser indicado quimioterapia (Qt) exclusiva.
-

QUESTÃO 24

Homem de 72 anos é diagnosticado com adenocarcinoma moderadamente diferenciado do esôfago distal, ressecável e sem metástases a distância, sendo indicado tratamento cirúrgico. A esofagectomia no tratamento do câncer esofágico, seja ele carcinoma espinocelular (CEC) ou adenocarcinoma, continua sendo uma cirurgia desafiadora pelo seu grau de complexidade associado a condições clínicas geralmente não favoráveis dos pacientes. Várias técnicas cirúrgicas podem ser utilizadas, dependendo da localização anatômica e do tipo histológico das neoplasias. Considerando-se as diversas técnicas cirúrgicas para as esofagectomias, assinale a alternativa correta:

- ☐ (A) A técnica de McKeown envolve o acesso cirúrgico em 3 campos.
 - ☐ (B) A técnica de Ivor Lewis é mais indicada para o CEC de esôfago superior.
 - ☐ (C) A técnica de esofagectomia transhiatal deve ser associada a toracotomia.
 - ☐ (D) Pela técnica de Ivor Lewis o esôfago é ressecado pela incisão cervical.
-

QUESTÃO 25

Paciente masculino, 65 anos, relata sensação de "entalo" ao ingerir alimentos sólidos e, posteriormente, até líquidos, há alguns anos, com piora progressiva, associada à perda de peso, que não soube quantificar. Na investigação, realizou vários exames e recebeu o diagnóstico de megaesôfago. Em relação ao tratamento cirúrgico desta patologia, assinale a alternativa correta:

- ☐ (A) Cirurgia Thal-Hatafuku consiste na cardiomitomia sem funduplicatura para o Grau I.
- ☐ (B) A mucosectomia endoscópica está indicada para os Graus I e II.
- ☐ (C) Cirurgia de Heller Pinotti é o tratamento de escolha para o Grau IV.
- ☐ (D) Cardioplastia e gastrectomia parcial em Y de Roux pode ser usada para o Grau IV.

QUESTÃO 26

Mulher de 56 anos recebe diagnóstico de adenocarcinoma de antro gástrico após realizar endoscopia digestiva alta para investigação de dor epigástrica e episódios intermitentes de melena. Considerando que no tratamento cirúrgico oncológico dessa neoplasia, aspectos como gastrectomias com margem de segurança livre de doença e ressecção linfonodal devem ser seguidos, assinale a alternativa correta:

- ☐ A A margem de ressecção deve ser de, no mínimo, 5cm.
 - ☐ B A margem cirúrgica de até 2 cm é suficiente para lesões invasivas
 - ☐ C A cadeia ganglionar número 10 deve ser ressecada nos tumores de antro e cárdia.
 - ☐ D Nas neoplasias do antro, não é necessário a ressecção da cadeia ganglionar número 9.
-

QUESTÃO 27

Paciente masculino, 64 anos, com queixas dispépticas eventuais, realizou endoscopia digestiva alta (EDA), que mostrou lesão elevada no corpo gástrico, recoberta por mucosa de aspecto normal, medindo 4cm de diâmetro e com sinal da "tenda" positivo. Teve como hipótese diagnóstica Tumor Estromal Gástrico (GIST). Assinale a alternativa correta na condução deste caso:

- ☐ A Para lesões submucosas de até 5cm recomenda-se o segmento com EDA.
 - ☐ B A realização de ultrassom endoscópico pode não ser necessária.
 - ☐ C O tratamento é a gastrectomia com linfadenectomia independentemente do tamanho da lesão.
 - ☐ D O diagnóstico pode ser confirmado com a dosagem de Cromogranina A.
-

QUESTÃO 28

Homem de 57 anos é admitido na emergência cirúrgica de um hospital terciário devido a enterorragia volumosa com início há 12 horas. Na chegada, apresenta FC = 120bpm, PA = 90X60 mmHg. Está pálido 2+/4+ e o abdome é levemente doloroso a palpação da fossa ilíaca esquerda, sem sinais de peritonite. Toque retal positivo para sangue vivo em dedo de luva. Assinale a alternativa que contemple o exame complementar de imagem mais indicado neste momento:

- ☐ A Colonoscopia
- ☐ B Endoscopia digestiva alta
- ☐ C Angiotomografia do abdome
- ☐ D Tomografia do abdome com contraste endovenoso

QUESTÃO 29

Paciente masculino, 32 anos, refere diarreia com muco e sangue há aproximadamente 3 meses, com discreta melhora após tratamento de parasitose. Após esse período de atenuação, o paciente retornou com sintomas, apresentando até 15 evacuações por dia, com presença de muco e rajas de sangue na maioria dos episódios, associado a quadro de puxo, tenesmo e urgência evacuatória. Realizou colonoscopia, que mostrou hiperemia e edema difuso e contínuo do reto até o cólon descendente, recebendo o diagnóstico de retocolite ulcerativa. Diante do quadro clínico, qual região acometida pela doença e qual medicação pode auxiliar, de forma segura e eficaz no controle destes sintomas?

- ☐ A Acometimento do reto / Corticoide
- ☐ B Acometimento do reto / Mesalazina supositório
- ☐ C Acometimento do sigmóide / Mesalazina supositório
- ☐ D Acometimento do sigmóide / Corticoide

QUESTÃO 30

Mulher, 59 anos, submetida a colonoscopia e ressecção endoscópica com alça diatérmica, em fragmento único, de pólipó pediculado em reto médio, medindo 3cm. O exame histopatológico apontou adenocarcinoma bem diferenciado invadindo 1mm da submucosa, ausência de invasão angiolinfática e perineural e margem livre de 5mm. Assinale a conduta correta:

- ☐ A Radioterapia e quimioterapia adjuvante.
- ☐ B Seguimento com exame físico e endoscópico.
- ☐ C Retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto.
- ☐ D Microcirurgia transanal para ampliação de margem.

QUESTÃO 31

Homem, 55 anos, com dor na fossa ilíaca direita, foi submetido a apendicectomia. O exame histopatológico apontou adenocarcinoma de apêndice com margens livres, estadiamento T2NxM0. Assinale a conduta correta:

- ☐ A Hemicolectomia direita com linfadenectomia.
- ☐ B Linfadenectomia pélvica e retroperitoneal.
- ☐ C Quimioterapia sistêmica adjuvante.
- ☐ D Seguimento clínico oncológico.

QUESTÃO 32

Homem, 19 anos, realizou endoscopia digestiva alta para investigação de sintomas dispépticos. O exame demonstra mucosa esofágica de aspecto "traqueizado", recoberta por exsudato fibrinoso pontilhado e esbranquiçado, além da presença de pseudomembranas parcialmente destacáveis. Considerando o diagnóstico em questão, qual é o sintoma que mais diferencia clinicamente a doença do refluxo gastroesofágico da esofagite eosinofílica em pacientes jovens?

- ☐ (A) Disfagia
 - ☐ (B) Pirose
 - ☐ (C) Tosse seca
 - ☐ (D) Dor torácica
-

QUESTÃO 33

Paciente masculino, 35 anos, em pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica (by-pass gástrico em Y de Roux), dá entrada no serviço de emergência devido a dor abdominal difusa há dois dias. O diagnóstico de suboclusão intestinal intermitente por hérnia de Petersen deve basear-se principalmente em qual achado?

- ☐ (A) Hipertimpanismo à percussão do hipocôndrio direito
 - ☐ (B) Dor em cólica, náuseas e vômitos secos pós-prandiais
 - ☐ (C) Borramento da gordura pré-peritoneal na TC de abdome
 - ☐ (D) Presença de níveis hidroaéreos e distensão de alças na TC do abdome
-

QUESTÃO 34

Mulher, 42 anos, submetida a by-pass gástrico em Y de Roux há 10 anos, em seguimento irregular, queixa-se de surgimento de petéquias e equimoses em membros superiores, inferiores, tórax e abdome, há cerca de 30 dias. Qual a principal hipótese diagnóstica?

- ☐ (A) Anemia ferropriva
- ☐ (B) Hipoalbuminemia
- ☐ (C) Hiperpotassemia
- ☐ (D) Hipovitaminose C

QUESTÃO 35

Paciente de 60 anos com história de alcoolismo, relata ter parado o uso há mais de 3 anos. Refere que na adolescência fez uso de droga ilícita. Ao exame físico percebe-se discreta icterícia, presença de circulação colateral no abdome, eritema palmar e à percussão abdominal observamos a presença de macicez móvel. A dosagem de albumina é baixa e a coagulação (INR) alargada. A tomografia de abdome evidencia um nódulo de 2,5cm hipervascularizado com laudo do radiologista confirmando ser o nódulo LIRADS 5 entre os segmentos VI e VII. Com estes dados, qual das condutas abaixo é a mais pertinente?

- ☐ (A) O paciente está muito bem, devemos fazer o seguimento de 6 em 6 meses
 - ☐ (B) O paciente deve ser avaliado para possível transplante de fígado
 - ☐ (C) O tumor é muito pequeno e deve ser indicado tratamento cirúrgico
 - ☐ (D) Como a origem da doença é o alcoolismo, não deve ser indicado tratamento cirúrgico
-

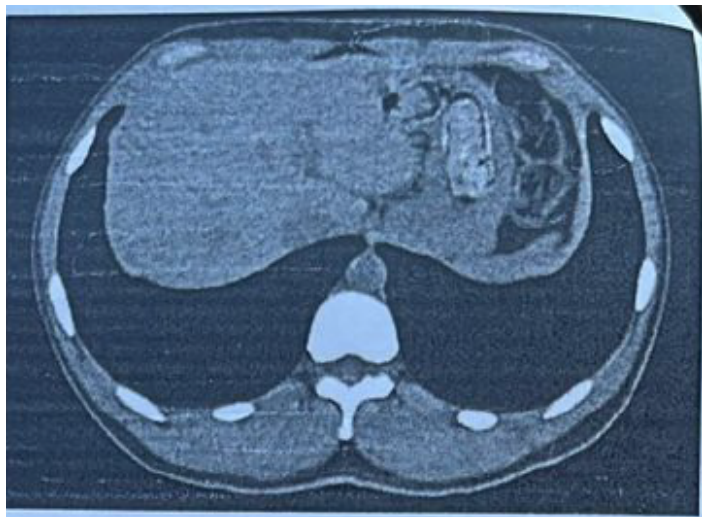
QUESTÃO 36

Mulher de 32 anos, com dor abdominal difusa, em cólica, de forte intensidade, associada a vômitos e parada de eliminação de fezes e flatos há 3 dias. Relata ainda atraso menstrual de 15 dias. Foi apendicectomizada há 15 anos, através de incisão de McBurney. Ao exame físico, PA = 120X70mmHg, FC = 110bpm, o abdome é distendido, hipertimpânico, com sinais de peritonite. Exames laboratoriais - Leucometria = 18000/mm³, PCR = 5,3 mg/dl, Creatinina = 0,7 mg/dl, Lactato = 2,0 mmol/L, BHCG positivo. Realizada ultrassonografia do abdome: distensão difusa de alças intestinais delgadas, moderada quantidade de líquido livre na cavidade, saco gestacional intrauterino, BCF presente. Assinale a alternativa que indica a conduta mais adequada:

- ☐ (A) Tratamento clínico
- ☐ (B) Laparotomia exploradora
- ☐ (C) Ressonância magnética do abdome
- ☐ (D) Tomografia computadorizada do abdome sem contraste EV

QUESTÃO 37

Homem, 28 anos, refere ingestão de "papelotes" de cocaína há 3 horas, na tentativa de evitar flagrante policial ("body stuffer"). Apresenta-se acompanhado por policial, agitado, choroso, referindo cefaleia holocraniana. Nega dor abdominal. Apresentou um episódio de vômito durante o atendimento. Exame físico: PA = 160X90 mmHg, FC = 118bpm, = 37,9°C. A tomografia do abdome confirma a presença de corpos estranhos na cavidade gástrica. Considerando-se (a conduta mais adequada, assinale a alternativa correta:



- (A) Internação em UTI + benzodiazepínicos + retirada cirúrgica de emergência.
- (B) Internação em UTI + carvão ativado e medidas de suporte + retirada endoscópica de emergência.
- (C) Internação hospitalar + lavagem gástrica + retirada endoscópica de emergência.
- (D) Internação hospitalar + benzodiazepínicos + laxativos osmóticos.

QUESTÃO 38

Mulher de 68 anos, tabagista, portadora de fibrilação atrial com acompanhamento e tratamento medicamentoso irregular, é diagnosticada com abdome agudo vascular devido a isquemia mesentérica. Submetida a laparotomia exploradora, visualizado isquemia evidente de aproximadamente 150cm de alça de delgado, além de zona de "penumbra" proximal e distal ao segmento necrosado. Como a paciente se apresenta estável hemodinamicamente e sem contraindicações, o cirurgião optou por realizar a ressecção intestinal guiada por fluorescência com indocianina verde, para permitir maior preservação intestinal. Considerando-se os princípios técnicos do uso da indocianina verde, em qual outro cenário da cirurgia de urgência e emergência pode-se lançar mão deste mesmo recurso?

- (A) Colecistite aguda, para evitar lesão da árvore biliar principal.
- (B) Fístulas digestivas bariátricas (Bypass), para estudo da alça alimentar.
- (C) Trauma abdominal fechado, para estudo do sangramento retroperitoneal.
- (D) Neoplasia obstrutiva do cólon, para determinação de metástases linfonodais.

QUESTÃO 39

Mulher de 40 anos dá entrada na emergência queixando-se de dor abdominal em andar superior há 2 dias. Está hemodinamicamente estável e o abdome não apresenta sinais de peritonite ao exame físico. Realizou tomografia que mostra espessamento da parede duodenal na topografia do bulbo e da segunda porção, com possível área de descontinuidade local, além de pequenos focos de pneumoperitônio adjacentes e restritos a mesma topografia. Não há líquido livre na cavidade abdominal e tampouco retropneumoperitônio. Optado pela realização de endoscopia digestiva alta: úlcera perfurada, possivelmente tamponada, na parede posterior da segunda porção duodenal. Optado pela instalação de curativo endoscópico a vácuo com esponja (endoesponja), devido a estabilidade clínica da paciente e dificuldade de acesso cirúrgico. A despeito dessa modalidade de tratamento, assinale a alternativa correta:

- ☐ (A) As principais indicações deste procedimento são: fístulas pós-operatórias do esôfago, estômago, cólon e reto, úlceras pépticas ou neoplásicas com sangramento ativo ou recente e perfurações digestivas iatrogênicas.
- ☐ (B) A terapia a vácuo promove a cicatrização da área de descontinuidade uma vez que estimula o débito fistuloso, promovendo a neoangiogênese e a formação de tecido de granulação.
- ☐ (C) Fístulas enteroatmosféricas e presença de vaso sanguíneo visível próximo ao local de adaptação da endoesponja são contraindicações ao procedimento.
- ☐ (D) Defeitos grandes (maiores que 1cm) e/ou crônicos (mais de 90 dias de evolução) tem maior probabilidade de sucesso com a terapia endoscópica a vácuo.

QUESTÃO 40

Homem de 27 anos, apresenta hérnia inguinal a esquerda encarcerada há 6 horas, sem sinais de estrangulamento. Indicado tratamento cirúrgico com reparo aberto com tela (técnica de Lichtenstein). O tempo cirúrgico foi de 50 minutos. Assinale a alternativa que indique a classificação da cirurgia de acordo com o risco de infecção e a antibioticoprofilaxia mais adequada:

- ☐ (A) Limpa; ceftriaxona endovenosa 60 minutos antes do procedimento.
- ☐ (B) Limpa; cefazolina endovenosa dose única 60 minutos antes do procedimento.
- ☐ (C) Limpa-contaminada; cefazolina endovenosa 6/6 horas por 24 horas.
- ☐ (D) Limpa-contaminada; ceftriaxona endovenosa 12/12 horas por 7 dias.

QUESTÃO 41

Masculino, 40 anos, vítima de trauma abdominal contuso, foi submetido a laparotomia exploradora e enterectomia segmentar com anastomose primária. O cirurgião opta pela realização de anastomose manual latero-lateral isoperistáltica em dois planos: plano interno com espessura total e plano externo (sobressutura) seromuscular. Considerando-se os princípios da cicatrização do trato gastrointestinal e as propriedades dos fios de sutura, qual a combinação mais adequada de fios?

- ☐ (A) Plano interno com fio de poliglactina 910 (Vicryl®) 4-0 e plano externo com fio de polipropileno 4-0.
- ☐ (B) Plano interno com fio de eatgut simples 2-0 e plano externo com fio de catgut cromado 3-0.
- ☐ (C) Plano interno com fio de polyester monofilamentar 3-0 e plano externo com fio de poliglactina 910 (Vicryl®) 4-0.
- ☐ (D) Plano interno com fio de polidioxanona (PDS®) 4-0 e plano externo com fio multifilamentar 4-0.

QUESTÃO 42

Homem de 35 anos, usuário recreativo de cocaína, dá entrada na emergência de um hospital terciário devido a dor abdominal súbita, principalmente em andar superior, associada a vômitos com raias de sangue. Apresenta-se pálido, PA = 90X60mmHg. FC = 120bpm, oximetria de pulso = 89% em ar ambiente. O abdome é tenso, em "tábua", com peritonite difusa. Toque retal positivo para melena. Radiografia de abdome agudo mostra pneumoperitônio. Porque é contraindicado tratamento videolaparoscópico para o paciente descrito?

- ☐ (A) Peritonite difusa
 - ☐ (B) Presença de melena
 - ☐ (C) Instabilidade hemodinâmica
 - ☐ (D) Insuficiência ventilatória
-

QUESTÃO 43

Mulher de 47 anos, com dor no hipocôndrio direito e vômitos há 2 dias, é diagnosticada com colecistite aguda litiásica, sendo submetida a colecistectomia videolaparoscópica. No intraoperatório, o cirurgião observa a vesícula biliar repleta de cálculos, com intenso processo inflamatório-fibrótico local, acometendo inclusive as estruturas do hilo biliar e impossibilitando a realização da visão crítica de segurança. Assinale a alternativa que indique a conduta cirúrgica mais adequada neste momento:

- ☐ (A) Realização de colecistectomia subtotal, com preservação da parede posterior, com cauterização da mucosa, retirada dos cálculos e drenagem do leito da vesícula.
 - ☐ (B) Realização de colecistectomia subtotal, com preservação do infundíbulo, com sutura superior, retirada dos cálculos e drenagem da via biliar principal.
 - ☐ (C) Realização de colecistectomia subtotal, com preservação da parede posterior, com sutura anterior, retirada dos cálculos e drenagem da via biliar principal.
 - ☐ (D) Realização de colecistectomia subtotal, com preservação do infundíbulo, sem sutura superior, retirada dos cálculos e drenagem do leito da vesícula.
-

QUESTÃO 44

Homem 72 anos, hipertenso, com IAM prévio há 2 meses, tratado com stent, em seguimento regular, é internado devido a dor em hipocôndrio direito, febre e icterícia há 3 dias. Exames laboratoriais Leucograma: 18600/mm³ (92% de segmentados), PCR = 37mg/dl (VR = até 0,5mg/dl), amilase = 82U/L (VR = até 100U/L), lipase = 40U/L (VR = até 60U/L), bilirrubina total = 8,2 mg/dl (VR = até 1,2 mg/dl), bilirrubina direta = 7,1 (VR = até 0,3 mg/dl), creatinina = 3,8mg/dl (VR = até 1,2 mg/dl). Ultrassonografia do abdome: vesícula biliar com paredes espessadas e delaminadas, com cálculo de aproximadamente 20mm impactado no infundíbulo, com provável área de solução de continuidade da parede posterior e formação de abscesso junto a face hepática de cerca de 10mm³, sinal de Murphy ultrassonográfico positivo. Considerando-se o diagnóstico, sua estratificação de gravidade e os fatores prognósticos preconizados pelo Guideline de Tokyo 2018, qual o principal fator preditivo negativo que deve ser considerado antes da instituição do tratamento cirúrgico?

- ☐ (A) Icterícia
- ☐ (B) Proteína C reativa
- ☐ (C) Classificação ASA III
- ☐ (D) Abscesso perivesicular

QUESTÃO 45

Mulher de 68 anos é diagnosticada com pancreatite aguda biliar (lipase sérica = 3800U/L; ultrassonografia de abdome: colelitíase). Está estável hemodinamicamente. Iniciado analgesia endovenosa e reposição fluídica com ringer lactato 1,5ml/kg/h. Dos parâmetros citados abaixo, assinale a alternativa que indique a adequação da terapia fluídica para a paciente em questão:

- ☐ A) PCR < 35mg/dl e hematócrito < 44%
 - ☐ B) Ureia plasmática < 40mg/dl e PCR < 35mg/dl
 - ☐ C) Débito urinário $\geq 0,5\text{ml/kg/h}$ e hematócrito < 44%
 - ☐ D) Débito urinário $\geq 1,0\text{ml/kg/h}$ e uréia plasmática < 20mg/dl
-

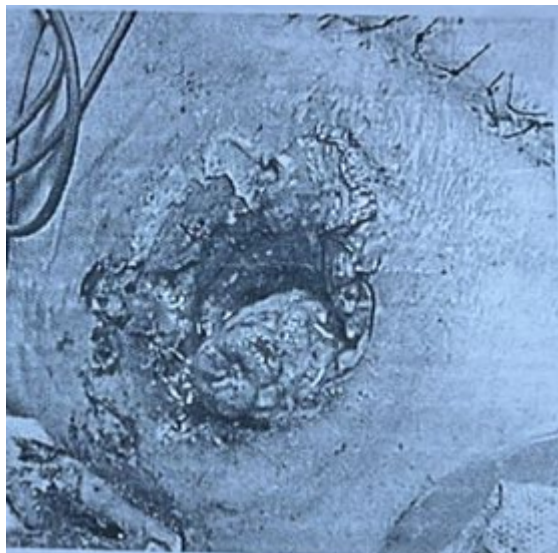
QUESTÃO 46

Mulher de 28 anos, faz uso contínuo de (anticoncepcional hormonal oral para tratamento de endometriose, refere dor e edema na panturrilha direita, iniciados após uma partida amadora de tênis há um dia, com piora progressiva. Exame físico: edema assimétrico da perna direita, com moderado empastamento da panturrilha. Ultrassonografia mostra coleção líquida anecóica, mal delimitada, localizada entre a aponeurose medial do músculo gastrocnêmio e o músculo sóleo. Assinale a alternativa que indique o exame complementar padrão-ouro para o diagnóstico definitivo e o tratamento indicado para a fase aguda desta condição:

- ☐ A) Ultrassom doppler + anticoagulação e meias compressivas.
- ☐ B) Tomografia computadorizada + fasciotomia e drenagem do hematoma.
- ☐ C) Elastografia ultrassonográfica + fisioterapia e anti-inflamatórios esteroidais.
- ☐ D) Ressonância magnética + crioterapia e anti-inflamatórios não hormonais.

QUESTÃO 47

Mulher de 72 anos, submetida a colectomia total e ileostomia terminal devido a abdome agudo obstrutivo em alça fechada secundário a neoplasia de retossigmóide. No pós-operatório, evolui com saída contínua de efluente líquido pela ileostomia, irritação importante da pele periostomal e dificuldade de vedação da bolsa coletora, culminando com a deiscência das bordas da ostomia. Ao exame físico, nota-se estoma plano, quase no nível da pele (foto). A técnica correta para a confecção de ostomias, com a finalidade de evitar esta complicação, inclui:



- (A) Confecção de orifício miofascial justo (menor que 1cm).
- (B) Maturação da ostomia com projeção mucosa adequada ("spout" > 15mm).
- (C) Sutura mucocutânea contínua em plano total com fio inabsorvível.
- (D) Fixação à fáscia abdominal com sutura seromuscular com pontos separados.

QUESTÃO 48

Homem de 65 anos, é submetido a biópsia transretal da próstata, para investigação de nódulo de etiologia suspeita. Logo após a realização do procedimento, apresenta enterorragia em jato volumosa, sendo encaminhado ao atendimento de emergência. Na avaliação primária, tem PA = 110X70mmHg, FC = 90bpm. Iniciado reposição volêmica com solução de ringer lactato endovenoso e colhido exames laboratoriais. Angiotomografia do abdome mostra sangramento ativo em ramo da artéria ilíaca interna. Assinale a alternativa que indique a provável origem do sangramento a conduta mais adequada na sequência do atendimento:

- (A) Artéria retal média; arteriografia + angioembolização.
- (B) Artéria retal superior; cirurgia de controle de danos + empacotamento pélvico.
- (C) Plexo periprostático de Santorini; arteriografia + angioembolização.
- (D) Artéria vesical inferior; arteriografia + empacotamento pélvico.

QUESTÃO 49

Mulher, 61 anos internada há 5 dias devido a pancreatite aguda biliar grave (BISAP = 4 pontos e APACHE = 12 pontos), realizou tomografia do abdome com o seguinte achado: pâncreas aumentado difusamente, com extenso foco de necrose acometendo corpo e cauda, presença de volumosa coleção peripancreática (volume estimado de 265mm³), além de ectasia do ducto pancreático principal distal à coleção, sem focos gasosos associados. Assinale a alternativa correta:

- ☐ (A) A síndrome da desconexão ductal se caracteriza pela completa separação de ducto colédaco intrapancreático e acontece em até 50% dos casos de pancreatite necrotizante.
- ☐ (B) A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada, por meio da injeção ativa de contraste na árvore biliar, é considerada o exame padrão-ouro para o diagnóstico da síndrome de desconexão ductal.
- ☐ (C) A apresentação clínica da síndrome de desconexão ductal varia de pacientes assintomáticos até a presença de fistula pancreática, pseudocistos e novos episódios de pancreatite.
- ☐ (D) O tratamento da síndrome de desconexão ductal envolve a colocação de próteses biliares, como forma de aliviar a icterícia e promover a drenagem interna das coleções.

QUESTÃO 50

Masculino, (65 anos, em acompanhamento com proctologista devido a retocolite ulcerativa, realizou ressonância magnética com os seguintes achados: vesícula biliar contendo imagem sugestiva de pólipos de 7mm em região fúndica; fígado com bordas lisas apresentando dilatações segmentares de vias biliares intra-hepáticas e com áreas de estenoses, sem evidências de hepatolitíase. A biópsia hepática evidencia presença de linfócitos e plasmócitos, com áreas de tecido cicatricial (fibrose) ao redor dos ductos biliares em "casca de cebola". Em relação ao pólipo de vesícula qual melhor conduta:

- ☐ (A) Ultrassonografia de abdome em 1 ano.
- ☐ (B) Ultrassonografia de abdome em 6 meses.
- ☐ (C) Colectomia videolaparoscópica.
- ☐ (D) Colectomia estendida com ressecção do leito hepático (cirurgia de Fain).

QUESTÃO 51

Mulher de 65 anos, assintomática e sem comorbidades, é diagnosticada incidentalmente com cisto de 2,8cm no corpo do pâncreas sugestivo de IPMN durante exame de ressonância magnética. O cisto apresenta septações finas, ducto de Wirsung medindo 3mm de diâmetro e ausência de nódulo mural. Não apresenta linfonodomegalia. Ca19-9 = 8U/ml. Segundo o Guideline de Kyoto 2024, qual é a conduta mais apropriada?

- ☐ (A) Ressonância Magnética em 1 ano.
- ☐ (B) Ressonância Magnética em 6 meses.
- ☐ (C) Pancreatectomia distal videolaparoscópica.
- ☐ (D) Punção com agulha fina guiada por ultrassom.

QUESTÃO 52

Homem de 58 anos, portador de pancreatite crônica e com diagnóstico recente de diabetes mellitus, apresenta dor abdominal severa e perda de peso. Realizou tomografia do abdome que mostra dilatação do ducto pancreático principal e uma massa inflamatória na cabeça do pâncreas, sem sinais de malignidade. Qual é a abordagem cirúrgica mais indicada para alívio dos sintomas e preservação da função pancreática?

- ☐ (A) Cirurgia de Frey
 - ☐ (B) Cirurgia de Duval
 - ☐ (C) Duedenopancreatectomia com preservação do piloro
 - ☐ (D) Cirurgia de Puestow modificada (Pancreatojejunostomia em Y de Roux)
-

QUESTÃO 53

Um paciente de 65 anos é diagnosticado com uma neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) do tipo de ramo lateral. A ressonância magnética mostra um cisto de 2,5cm com comunicação com o ducto pancreático, mas sem nódulos murais visíveis. Segundo o Guideline de Kyoto 2024, qual dos seguintes achados clínicos ou radiológicos indicaria a necessidade de ressecção cirúrgica?

- ☐ (A) Níveis normais de CA 19-9.
 - ☐ (B) Cisto com diâmetro superior a 3cm.
 - ☐ (C) Ducto pancreático principal de 4mm.
 - ☐ (D) Presença de pancreatite aguda recorrente.
-

QUESTÃO 54

Mulher de 77 anos dá entrada no pronto-socorro devido a febre (38°C), dor no quadrante superior direito e icterícia de início agudo. Os sinais vitais na admissão são: PA = 132X85mmHg, FC = 89bpm. Exames laboratoriais: Leucocitos = 11.000/mm³, fosfatase alcalina = 600U/l, bilirrubina total = 6,0mg/dl A ultrassonografia mostra um cálculo biliar impactado ao nível da ampola de Vater, com dilatação do ducto colédoco. De acordo com as diretrizes de Tóquio 2018, qual o diagnóstico, a classificação e o manejo terapêutico corretos?

- ☐ (A) Colangite moderada; antibioticoterapia endovenosa e drenagem endoscópica precoce.
- ☐ (B) Colangite grave; suporte intensivo, antibioticoterapia e drenagem biliar emergencial.
- ☐ (C) Colangite leve; antibioticoterapia endovenosa por 7 dias e drenagem endoscópica.
- ☐ (D) Colangite leve; antibioticoterapia de amplo espectro e drenagem cirúrgica.

QUESTÃO 55

Paciente de 24 anos, feminino, sem comorbidades conhecidas, apresenta episódios recorrentes de sudorese, palpitações, confusão mental e perda de consciência, geralmente em jejum ou após exercícios físicos. Os sintomas se resolvem rapidamente após ingestão de glicose ou alimentos. Em investigação, o teste de jejum prolongado revela hipoglicemia (< 45 mg/dl), insulina sérica elevada ($18\mu\text{U/ml}$) e peptídeo C elevado ($2,3\text{ng/ml}$), compatíveis com hiperinsulinemia endógena. Exame de TC de abdome trifásica localiza uma lesão hipervascular de 0,8cm no colo do pâncreas, sem sinais de invasão local ou metástases. PET-CT com Ga-68-DOTATATE confirma a localização do tumor, e exames laboratoriais afastam diagnóstico de síndrome de MEN-1. Qual é a conduta mais apropriada para este caso?

- ☐ (A) Pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia.
 - ☐ (B) Quimioterapia direcionada para inibição da secreção de insulina.
 - ☐ (C) Enucleação cirúrgica da lesão com preservação máxima do parênquima pancreático.
 - ☐ (D) Seguimento clínico com monitoramento glicêmico periódico, sem intervenção cirúrgica.
-

QUESTÃO 56

Paciente masculino 56 anos, sem comorbidades, apresenta achado incidental de uma lesão sólida de 1,5cm localizada na cauda do pâncreas durante uma ultrassonografia abdominal de rotina. Não apresenta sintomas relacionados à secreção hormonal. TC trifásica de abdome demonstra lesão hipervascular bem delimitada e sem sinais de invasão vascular ou metástases. Foi realizado ecoendoscopia com biópsia da lesão, cujo resultado revelou tumor neuroendócrino grau 2 (G2), com índice Ki-67 de 8%. Qual é a conduta mais apropriada neste caso?

- ☐ (A) Quimioterapia com temozolomida e capecitabina.
 - ☐ (B) Enucleação da lesão com preservação de parênquima.
 - ☐ (C) Seguimento clínico com tomografia computadorizada periódica.
 - ☐ (D) Ressecção cirúrgica com pancreatectomia distal e esplenectomia.
-

QUESTÃO 57

Um homem de 48 anos foi submetido a uma penectomia parcial para tratamento de lesão peniana de 2cm, cuja biópsia confirmou tratar-se de um carcinoma espinocelular. Ao exame físico, não apresentava linfadenopatia inguinal. Qual característica primária do tumor de pênis está associada a metástases linfonodais?

- ☐ (A) História de zoofilia
 - ☐ (B) Invasão linfovascular presente
 - ☐ (C) História do papilomavírus humano
 - ☐ (D) Tumor maior que 2cm de baixo grau
-

QUESTÃO 58

Uma mulher de 44 anos, com história de hipotireoidismo, se queixa de dor epigástrica a direita há um mês. O exame físico é inespecífico. A ultrassonografia abdominal revela múltiplos cálculos na vesícula biliar. A tomografia computadorizada do abdome revelou uma massa de 5X5cm na cabeça do pâncreas. Qual marcador sérico tem maior probabilidade de estar elevado neste caso?

- ☐ (A) Gastrina
- ☐ (B) Serotonina
- ☐ (C) Somatostatina
- ☐ (D) Polipeptídeo intestinal vasoativo

QUESTÃO 66

Um homem de 64 anos, sem história médica pregressa significativa, apresenta dor abdominal em cólica associada a diarreia há cerca de seis semanas. Nega náuseas, vômitos e/ou sangramentos. Refere, ainda, emagrecimento de 5kg no período. Ao exame físico apresenta rubor em face, sibilos expiratórios bilaterais e sopro sistólico do lado direito. Exame de urina de vinte e quatro horas apresenta níveis elevados de ácido 5-hidroxiindolacético. A tomografia do abdome revela uma massa na ponta do apêndice cecal. Qual o significado clínico destes achados?

- ☐ (A) Invasão tumoral através da serosa do apêndice cecal.
 - ☐ (B) Metástase hepática de tumor carcinoide.
 - ☐ (C) Tumor apendicular produtor de dopamina.
 - ☐ (D) Tumor carcinóide do apêndice cecal.
-

QUESTÃO 67

Um paciente masculino, 35 anos vítima de trauma penetrante por arma branca em região cervical (transversa, 4cm acima de fúrcula, profunda), chega ao pronto-socorro já com máscara de O2 facial. Ao exame, apresenta intenso escape de ar em região cervical, dessaturação progressiva (SpO2 82%), taquicardia (FC 130 bpm), ausculta pulmonar reduzida em ambas as bases, taquipneia (FR 32 irpm) e agitação psicomotora, com dificuldade intensa em fonar, emitindo apenas sons ruidosos. Acompanhantes relatam uso prévio de drogas ilícitas. Considerando o quadro clínico e a urgência da situação, qual a mais adequada para este paciente?

- ☐ (A) Encaminhar o paciente para tomografia computadorizada de pescoço e tórax com contraste, para determinar a extensão da lesão traqueal, mantendo ventilação por máscara de O2 facial.
 - ☐ (B) Administrar sedação e bloqueio neuromuscular imediatos, intubação traqueal guiada e encaminhar o paciente imediatamente ao centro cirúrgico para exploração cervical.
 - ☐ (C) Realizar laringoscopia direta e intubação orotraqueal de emergência, com manobra de Sellick, buscando vedar o vazamento cervical para otimizar a ventilação e, encaminhar para tomografia de pescoço.
 - ☐ (D) Executar cricotireoidostomia cirúrgica de emergência e, posteriormente, avaliar a estabilidade hemodinâmica e extensão das lesões antes de decidir pela exploração cervical.
-

QUESTÃO 68

Uma paciente de 25 anos, previamente hígida, é admitida no pronto-socorro 3 dias após trauma perineal por jato d'água de alta pressão do motor de um jet ski. Queixa-se de dor perineal, febre de 38.5°C e constipação. Ao exame, apresenta laceração cutânea posterior ao ânus, com edema, hiperemia e secreção sero-sanguinolenta local. A dor impede o toque retal. Hemograma revela leucocitose (18.000/mm³) com desvio à esquerda. A tomografia computadorizada (TC) de pelve e abdome revela extravasamento de ar e líquido em espaço perirretal, espessamento focal da parede retal lateral direita compatível com lesão, ausência de lesões intraperitoneais significativas, e coleção líquida organizada no espaço retro-retal (pré-sacral). Qual das seguintes condutas representa o manejo terapêutico mais adequado?

- ☐ (A) Drenagem percutânea guiada por imagem da coleção pré-sacral, refiação primária da laceração perineal externa e antibioticoterapia de amplo espectro por 7 dias.
 - ☐ (B) Drenagem cirúrgica da coleção pré-sacral via transanal, refiação primária da lesão retal identificada na TC, e antibioticoterapia de amplo espectro.
 - ☐ (C) Colostomia de derivação no sigmoide, lavagem de reto distal, drenagem do espaço pré-sacral e antibioticoterapia de amplo espectro.
 - ☐ (D) Colostomia em alça no transverso, desbridamento da laceração perineal externa, drenagem cirúrgica do espaço pré-sacral e antibioticoterapia.
-

QUESTÃO 69

Paciente masculino, 40 anos, vítima de acidente motociclístico em rodovia, atendido por uma Unidade Básica de Saúde e encaminhado à Emergência de um Hospital Terciário. O paciente apresenta os hemodinamicamente

QUESTÃO 70

Paciente masculino, 30 anos, é admitido no centro de trauma após ferimento por arma branca em epigastro, com evisceração de omento. Apresenta-se hemodinamicamente estável, sem sinais de irritação peritoneal difusa. Durante a laparotomia exploradora, foi encontrado lesão transfixante no antro gástrico, com perfuração anterior de 5 cm e perfuração posterior de 5cm e, hematoma retroperitoneal em Zona 1 supramesocólico (retropancreática, na topografia da veia mesenterica superior). Considerando a estabilidade hemodinâmica do paciente e os achados intraoperatórios, qual a conduta cirúrgica mais adequada?

- (A) Realizar rafia primária das lesões gástricas anterior e posterior; explorar o hematoma retroperitoneal em Zona 1, e, caso houver lesão completa do corpo pancreático, proceder pancreatectomia corporocaudal.
- (B) Antrectomia gástrica com reconstrução a Y-de-Roux; não explorar o hematoma retroperitoneal em Zona 1 devido ao risco de sangramento incontrolável e dificuldade técnica.
- (C) Antrectomia gástrica com reconstrução a Y-de-Roux; explorar o hematoma retroperitoneal em Zona 1, e, caso houver lesão completa do corpo pancreático, realizar drenagem externa.
- (D) Realizar rafia primária das lesões gástricas anterior e posterior, explorar o hematoma retroperitoneal em Zona 1, e, caso identificar a lesão completa do corpo pancreático, realizar rafia primária da cápsula e drenagem externa.

QUESTÃO 71

Um paciente masculino, 35 anos, vítima de ferimento por arma branca no 4º espaço intercostal esquerdo, próximo ao mamilo, é admitido na Emergência de um Hospital Terciário. Apresenta-se inicialmente com FC 120 bpm, PA 90 x 60 mmHg, ausculta reduzida em hemitórax esquerdo, palidez, sudorese e sonolência, com Sato2 de 90% em ar ambiente, usando máscara facial de O2. Imediatamente, é realizada drenagem torácica no hemitórax esquerdo, com saída inicial de 1200 mL de sangue e escape aéreo. Após reanimação volêmica com 2 unidades de concentrado de hemácias e 1000 mL de Ringer Lactato aquecido, o paciente estabiliza, apresentando PA 120 x 80 mmHg e FC 80 bpm. Não há sinais clínicos de tamponamento cardíaco e o eFAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma estendido) é positivo apenas para líquido no espaço pleural esquerdo. Uma tomografia computadorizada (TC) de tórax subsequente revela grande hemotórax residual à esquerda e um hematoma em mediastino anterior, sugestivo de lesão da artéria mamária interna sem sinais de sangramento ativo. Qual a conduta mais adequada?

- (A) Embolização da artéria mamária interna, seguida de observação clínica rigorosa do hemotórax residual e da condição do paciente.
- (B) Toracotomia de reanimação na sala de trauma para controle imediato da hemorragia e exploração do mediastino, dada a lesão na "área cardíaca".
- (C) Toracosopia por vídeo (VATS) para clipagem da artéria mamária interna, evacuação completa do hemotórax e exploração sistemática.
- (D) Conduta expectante, com otimização da drenagem torácica e monitorização seriada dos sinais vitais e da re-accumulação do hemotórax residual.

QUESTÃO 72

Paciente masculino, 40 anos) vítima de trauma contuso por colisão de motocicleta contra anteparo fixo, chega ao pronto-socorro apresentando fratura de pelve tipo "livro aberto". O paciente encontra-se hemodinamicamente estável desde a admissão. A tomografia computadorizada (TC) de pelve evidenciou uma laceração extraperitoneal da bexiga com 5 cm de extensão, sem sinais de sangramento ativo ou envolvimento do colo vesical. A equipe de Ortopedia informa que o reparo da fratura pélvica será realizado de forma eletiva em 3 semanas. Qual a conduta mais adequada para a lesão vesical?

- (A) Laparotomia exploradora de urgência para rafia primária da laceração de bexiga por via transperitoneal, devido ao alto risco de extravasamento urinário persistente.
- (B) Conduta não operatória com drenagem vesical contínua por sonda Foley por 14 dias, sendo a resolução confirmada por cistografia antes da cirurgia ortopédica.
- (C) Reparo cirúrgico da bexiga concomitantemente à cirurgia ortopédica da pelve, pois o acesso cirúrgico à bexiga será facilitado pela exposição do campo operatório ortopédico.
- (D) Drenagem percutânea guiada por imagem da coleção urinária perivesical, sonda vesical de alívio por 3 dias, seguida de nova TC para reavaliação da lesão.

QUESTÃO 73

Um paciente do sexo masculino 45 anos, vítima de trauma contuso em hemitórax esquerdo, é admitido com dor intensa à inspiração e movimentação. A avaliação por tomografia computadorizada (TC) de tórax revela fraturas de múltiplos arcos costais: 4º, 5º, 6º e 7º arcos costais anteriores à esquerda, e 5º, 6º, 7º e 8º arcos costais posteriores à esquerda. As fraturas posteriores do 6º e 7º arcos costais apresentam desvio superior a 50% da distância da cortical, não apresenta hemo ou pneumotórax associado, porém possui contusão pulmonar moderada associada, necessitando de oxigenoterapia suplementar (4 L/min) para manter uma saturação de oxigênio de 92%. A dor limita significativamente a expansão torácica e a higiene pulmonar. Qual a conduta mais apropriada?!

- (A) Fixação cirúrgica dos arcos costais é contraindicada devido à contusão pulmonar moderada e à SpO2 de 92%, pois a manipulação cirúrgica poderia agravar a lesão pulmonar. O tratamento deve focar exclusivamente em analgesia otimizada e fisioterapia respiratória.
- (B) Fixação deve ser realizada apenas nos 6º e 7º arcos costais posteriores, devido ao desvio significativo, visando a melhora da ventilação e analgesia, pois são os principais responsáveis pela dor e instabilidade.
- (C) Fixação cirúrgica do segmento torácico instável é indicada para restaurar a mecânica da parede torácica, otimizar a ventilação e melhorar a analgesia, sendo a contusão pulmonar moderada uma condição que se beneficia da estabilização.
- (D) Fixação dos arcos costais só deve ser considerada se o paciente desenvolver insuficiência respiratória grave com necessidade de ventilação mecânica prolongada, independentemente da dor e do desvio.

QUESTÃO 74

Paciente masculino, 36 anos, vítima de ferimento por arma branca em flanco esquerdo, chega hemodinamicamente instável com evidente evisceração de alças de delgado. Na laparotomia exploradora foi evidenciada lesão em hilo renal esquerdo com sangramento ativo. A conduta mais segura nesta situação é:

- (A) Realizar nefrectomia total esquerda, se possível após realização de urografia excretora "one shot"
- (B) Realizar tamponamento do sangramento com compressas e manter paciente em peritoneostomia
- (C) Realizar nefrectomia parcial esquerda e drenagem peritoneal
- (D) Realizar refiação da lesão renal e drenagem retroperitoneal

QUESTÃO 75

Uma mulher de 35 anos, chega à emergência após ser vítima de feminicídio com um ferimento em região dorsal a direita, causado por uma faca. Encontra-se hemodinamicamente normal. O exame físico abdominal é normal, sem dor a palpação. O toque retal é negativo para sangue e não apresenta hematuria. A conduta do médico de plantão foi realizar uma tomografia com contraste endovenoso que evidenciou uma lesão renal a direita em parede posterior, classificada como Grau III pela equipe da radiologia e, um hematoma extenso retroperitoneal. Com relação ao tratamento conservador não operatório da lesão renal, podemos afirmar que:

- (A) Deve ser evitado, pela presença e proximidade do hematoma retroperitoneal, com risco de formação de abscesso
- (B) Mesmo que o paciente esteja hemodinamicamente normal, deve ser evitado se houver peritonite difusa;
- (C) Necessita de controles tomográficos para avaliar a melhora do hematoma retroperitoneal e evolução da lesão renal;
- (D) Mesmo que o paciente esteja hemodinamicamente normal, deve ser evitado se houver queda de série vermelha.

QUESTÃO 76

Um jovem de 28 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em face anterior do abdome, chega hemodinamicamente instável na Emergência, sendo iniciado reposição sanguínea e indicado laparotomia exploradora. Durante o procedimento cirúrgico, o médico descreve a seguinte manobra cirúrgica: "mobilização da flexura hepática do cólon e rotação medial do cólon direito, com exposição da veia cava inferior". Essa manobra é conhecida como:

- ☐ (A) Manobra de Kocher
 - ☐ (B) Manobra de Cattell-Braasch
 - ☐ (C) Manobra de Mattox
 - ☐ (D) Manobra de Pringle
-

QUESTÃO 77

Um homem de 25 anos é trazido à emergência após um capotamento. Encontra-se hemodinamicamente normal. Vias aéreas são pervias. Eupnéico, a ausculta pulmonar é presente bilateral e apresenta crepitações e dor à palpação de arcos costais direito. Sua saturação de O₂ é de 96%. Glasgow de 15 e sem dor à palpação abdominal. Após a avaliação inicial, foi submetido a tomografia computadorizada de corpo inteiro. Todos os exames estão normais, exceto a tomografia de tórax que evidenciou um pneumotórax à direita, com uma coluna de ar de 5,6 cm entre a parede torácica e o parênquima pulmonar (entre as pleuras parietal e visceral). Neste caso, a melhor conduta seria:

- ☐ (A) Drenagem em selo d'água do hemitórax direito, no quinto espaço intercostal direito, na linha axilar média;
 - ☐ (B) Tratamento conservador, com radiografia de controle para avaliar o aumento do pneumotórax em 24 horas;
 - ☐ (C) Punção torácica direita, em quinto espaço intercostal, na linha axilar média e controle radiográfico imediato;
 - ☐ (D) Manter o paciente internado por 48 horas, com fisioterapia respiratória e máscara de oxigênio a 2 litros/minuto.
-

QUESTÃO 78

Mulher de 48 anos, em programação cirúrgica para videocolecistectomia devido a colelitíase sintomática, dá entrada na emergência cirúrgica de um hospital terciário devido a dor refratária em andar superior do abdome e vômitos há dois dias. Exames laboratoriais da admissão - Leucometria = $1,5600/\text{mm}^3$ (valor de referência até $11000/\text{mm}^3$), (amilase = 1730U/l (até 100U/l), lipase = 3200 (até 60U/l), PCR = 36mg/dl (até $0,5\text{mg/dl}$). Considerando-se o diagnóstico, assinale a alternativa correta:

- ☐ (A) A reposição fluidica moderadamente agressiva ($1,5\text{ml/kg/h}$) com ringer lactato deve ser iniciada.
- ☐ (B) O aumento da proteína C reativa deve indicar o início da antibioticoterapia com carbapenêmicos.
- ☐ (C) O uso de analgésicos opioides e anti-inflamatórios não esteroidais é contraindicado.
- ☐ (D) A dieta parenteral deve ser iniciada o mais precocemente possível.

QUESTÃO 79

Paciente de 58 anos, internado há 5 dias após cirurgia ortopédica de quadril, apresenta dor em panturrilha esquerda, edema unilateral e aumento da temperatura local. O exame físico revela sinal de Homans positivo. Considerando os fatores fisiopatológicos envolvidos na trombose venosa profunda, quais elementos da tríade de Virchow estão presentes neste caso?

- ☐ (A) Estase venosa pela imobilização, lesão endotelial pela cirurgia e hipercoagulabilidade pela resposta inflamatória pós-operatória.
 - ☐ (B) Estase arterial pela possível hipotensão na indução anestésica, lesão muscular pelo trauma e hipercoagulabilidade pela hemodiluição.
 - ☐ (C) Vasoconstrição reflexa causada pela hipoperfusão cirúrgica, lesão neural periférica e hiperfibrinólise induzida por anestesia.
 - ☐ (D) Estase venosa pela febre, lesão hepática pela medicação e hipercoagulabilidade pela insuficiência renal.
-

QUESTÃO 80

Mulher 65 anos, residente em zona rural, com diagnóstico de megaesôfago grau II. Refere sensação de "entalar" com a alimentação, além de perda de peso. Os sintomas vêm piorando nos últimos anos. Assinale a alternativa que proponha a melhor estratégia terapêutica cirúrgica para esta paciente:

- ☐ (A) Cirurgia de Merendino
- ☐ (B) Cirurgia de Heller-Pinotti
- ☐ (C) Cirurgia de Serra-Dória
- ☐ (D) Esofagectomia por transecção do diafragma

01	A	B	C	D	26	A	B	C	D	51	A	B	C	D	76	A	B	C	D
02	A	B	C	D	27	A	B	C	D	52	A	B	C	D	77	A	B	C	D
03	A	B	C	D	28	A	B	C	D	53	A	B	C	D	78	A	B	C	D
04	A	B	C	D	29	A	B	C	D	54	A	B	C	D	79	A	B	C	D
05	A	B	C	D	30	A	B	C	D	55	A	B	C	D	80	A	B	C	D
06	A	B	C	D	31	A	B	C	D	56	A	B	C	D					
07	A	B	C	D	32	A	B	C	D	57	A	B	C	D					
08	A	B	C	D	33	A	B	C	D	58	A	B	C	D					
09	A	B	C	D	34	A	B	C	D	59	A	B	C	D					
10	A	B	C	D	35	A	B	C	D	60	A	B	C	D					
11	A	B	C	D	36	A	B	C	D	61	A	B	C	D					
12	A	B	C	D	37	A	B	C	D	62	A	B	C	D					
13	A	B	C	D	38	A	B	C	D	63	A	B	C	D					
14	A	B	C	D	39	A	B	C	D	64	A	B	C	D					
15	A	B	C	D	40	A	B	C	D	65	A	B	C	D					
16	A	B	C	D	41	A	B	C	D	66	A	B	C	D					
17	A	B	C	D	42	A	B	C	D	67	A	B	C	D					
18	A	B	C	D	43	A	B	C	D	68	A	B	C	D					
19	A	B	C	D	44	A	B	C	D	69	A	B	C	D					
20	A	B	C	D	45	A	B	C	D	70	A	B	C	D					
21	A	B	C	D	46	A	B	C	D	71	A	B	C	D					
22	A	B	C	D	47	A	B	C	D	72	A	B	C	D					
23	A	B	C	D	48	A	B	C	D	73	A	B	C	D					
24	A	B	C	D	49	A	B	C	D	74	A	B	C	D					
25	A	B	C	D	50	A	B	C	D	75	A	B	C	D					

RESPOSTAS

01	A	B	C	D	26	A	B	C	D	51	A	B	C	D	76	A	B	C	D
02	A	B	C	D	27	A	B	C	D	52	A	B	C	D	77	A	B	C	D
03	A	B	C	D	28	A	B	C	D	53	A	B	C	D	78	A	B	C	D
04	A	B	C	D	29	A	B	C	D	54	A	B	C	D	79	A	B	C	D
05	A	B	C	D	30	A	B	C	D	55	A	B	C	D	80	A	B	C	D
06	A	B	C	D	31	A	B	C	D	56	A	B	C	D					
07	A	B	C	D	32	A	B	C	D	57	A	B	C	D					
08	A	B	C	D	33	A	B	C	D	58	A	B	C	D					
09	A	B	C	D	34	A	B	C	D	59	A	B	C	D					
10	A	B	C	D	35	A	B	C	D	60	A	B	C	D					
11	A	B	C	D	36	A	B	C	D	61	A	B	C	D					
12	A	B	C	D	37	A	B	C	D	62	A	B	C	D					
13	A	B	C	D	38	A	B	C	D	63	A	B	C	D					
14	A	B	C	D	39	A	B	C	D	64	A	B	C	D					
15	A	B	C	D	40	A	B	C	D	65	A	B	C	D					
16	A	B	C	D	41	A	B	C	D	66	A	B	C	D					
17	A	B	C	D	42	A	B	C	D	67	A	B	C	D					
18	A	B	C	D	43	A	B	C	D	68	A	B	C	D					
19	A	B	C	D	44	A	B	C	D	69	A	B	C	D					
20	A	B	C	D	45	A	B	C	D	70	A	B	C	D					
21	A	B	C	D	46	A	B	C	D	71	A	B	C	D					
22	A	B	C	D	47	A	B	C	D	72	A	B	C	D					
23	A	B	C	D	48	A	B	C	D	73	A	B	C	D					
24	A	B	C	D	49	A	B	C	D	74	A	B	C	D					
25	A	B	C	D	50	A	B	C	D	75	A	B	C	D					