



Prova objetiva - R+CG

FAMERP 2025

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.

Boa prova!

QUESTÃO 01

Paciente masculino 67 anos, tabagista de 5 cigarros de palha ao dia, etilista de meia garrafa de pinga por dia e portador de Doença de Chagas. Iniciou dificuldade para engolir há 3 meses, com emagrecimento e sensação de fraqueza. Procurou atendimento médico realizando uma EDA (endoscopia digestiva alta) que visualizou uma lesão vegetante em esôfago médio com obstrução de 90% da luz do esôfago. O resultado anatomopatológico ainda não ficou pronto. Sobre o quadro clínico exposto acima, assinale a resposta correta:

- ☐ (A) Sugere CEC (carcinoma espinocelular) de esôfago associado ao tabagismo e etilismo.
 - ☐ (B) A localização da no terço médio do esôfago sugere adenocarcinoma associado ao tabagismo e etilismo.
 - ☐ (C) A associação de neoplasia do esôfago com doença de Chagas está mais associada ao adenocarcinoma de terço superior do esôfago
 - ☐ (D) Provável CEC (carcinoma espinocelular) associado com a doença de Chagas que aumenta a incidência de esôfago Barret.
-

QUESTÃO 02

Paciente feminina de 65 anos, chagásica, portadora de megaesôfago chagásico Grau IV, tem disfagia e perda de peso importante. Dentre as alternativas abaixo, qual o procedimento cirúrgico mais adequado para este caso:

- ☐ (A) Píloroplastia Heinecke Mikulicz associado a vagotomia troncular
 - ☐ (B) Cardioplastia a Thal-Hatafuku associada a píloroplastia a Finney
 - ☐ (C) Derivação gastrojejunal á Jaboulay associada a vagotomia troncular.
 - ☐ (D) Cardioplastia a Grondahl associada a gastrectomia subtotal com reconstrução em " Y de Roux "
-

QUESTÃO 03

Tumores da transição esofagogástrica (TEG), usualmente estratificados pela Classificação de Siewert, são neoplasias agressivas com tendência a aumento em sua incidência. Sobre estas neoplasias, assinale a alternativa correta:

- ☐ (A) O Tipo I pela Classificação de Siewert, de localização propriamente na cárdia, devem ser submetidos a quimioterapia nos moldes do esquema CROSS.
- ☐ (B) O Tipo II, CAC (carcinoma espinocelular) de esôfago, deve inicialmente receber neoadjuvância nos moldes FLOT 4
- ☐ (C) Tipo III de Siewert são neoplasias subcárdicas, tratadas cirurgicamente com gastrectomia total, esofagectomia distal associado a linfadenectomia.
- ☐ (D) Pela Classificação de Siewert, o Tipo I corresponde ao 1º grau histológico da lesão com melhor prognóstico.

QUESTÃO 04

Paciente feminina, 54 anos, sem comorbidades, com PS (Performance Status) zero e apresentando dispepsia com discreta perda de peso. Realizou EDA (Endoscopia Digestiva Alta) mostrando lesão ulcerada na incisura angularis de 3cm, cuja biopsia revelou adenocarcinoma tipo difuso. Realizou tomografia de tórax e abdome que evidenciaram proeminência de linfonodos em pequena curvatura. Com relação a condução do caso assinale a alternativa correta:

- ☐ (A) Deverá ser submetida cirurgia "up front", sem indicação de quimio e radioterapia adjuvante
 - ☐ (B) Pela presença de aumento linfonodal está indicado rádio e quimioterapia de 1ª linha definitiva
 - ☐ (C) Realizar uma videolaparoscopia para completar o estadiamento, e se não evidenciar disseminação, indicar esquema perioperatório com quimioterapia e cirurgia
 - ☐ (D) Indicar gastrectomia total com dissecação linfonodal a D com quimio e radioterapia adjuvante após procedimento cirúrgico
-

QUESTÃO 05

Um homem de 37 anos com pneumonia no lobo inferior direito, desenvolve derrame parapneumônico. Qual achado conferiria a maior possibilidade de sucesso no tratamento com drenagem com tubo de pequeno calibre e antibióticos?

- ☐ (A) Derrame de fluxo livre confinado a 25% do hemitórax
 - ☐ (B) pH do líquido pleural inferior a 7,20
 - ☐ (C) Pleura parietal espessada
 - ☐ (D) Glicose do líquido pleural de 40 mg/dL
-

QUESTÃO 06

Um homem de 68 anos com doença pulmonar obstrutiva crônica apresenta dispneia acentuada principalmente quando está em decúbito dorsal. Sua radiografia torácica apresenta elevação do hemidiafragma esquerdo. Neste caso, o diagnóstico de paralisia unilateral do hemidiafragma esquerdo é feito de forma mais confiável por:

- ☐ (A) Fluoroscopia
- ☐ (B) Ressonância magnética
- ☐ (C) Estimulação do nervo frênico
- ☐ (D) Tomografia computadorizada do tórax e abdome

QUESTÃO 07

Um homem de 79 anos apresenta dispneia e radiografia de tórax com opacificação no hemitórax direito. A tomografia computadorizada mostra colapso do pulmão direito com derrame pleural direito não loculado. Na toracocentese apresenta drenagem de um litro de líquido seroso com melhora da dispneia. Após a toracocentese, a radiografia torácica mostra um pneumotórax. Um dreno torácico é colocada mas o pulmão não se expande. Não há escape de ar. A citologia indica células atípicas. Suspeita-se de derrame maligno. Qual é o próximo passo no manejo desse paciente?

- ☐ (A) Um segundo dreno torácico e maior sucção
 - ☐ (B) Toracotomia direita com decorticação do pulmão
 - ☐ (C) Biopsias pleurais por toracoscopia vídeo-assistida e escleroterapia com talco
 - ☐ (D) Biópsias pleurais por toracoscopia vídeo-assistida com cateter pleural tunelizado
-

QUESTÃO 08

Uma mulher de 69 anos é encaminhada ao ambulatório de oncologia torácica com um novo diagnóstico de câncer de pulmão. A tomografia computadorizada mostra uma massa de 4.0 cm no lobo inferior direito, múltiplos nódulos pulmonares de até 1,5 cm, linfadenopatia hilar direita e mediastinal bilateral e três lesões realçadas no fígado de até 2,4 cm. A biópsia percutânea por agulha grossa de um dos nódulos hepáticos revela carcinoma pouco diferenciado que é imuno-histoquimicamente positivo para CK7, TTF-1 e napsina A e negativo para CK20, p63 e CK 5/6. Quais estudos de diagnóstico molecular seriam úteis para determinar a terapia de primeira linha apropriada para esse paciente?

- ☐ (A) Sequenciamento genético para mutação PD-L1
 - ☐ (B) Sequenciamento de próxima geração para mutações genéticas
 - ☐ (C) Concentração sérica do fator de crescimento endotelial vascular (VEGF)
 - ☐ (D) Imuno-histoquímica para expressão do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR)
-

QUESTÃO 09

Uma mulher de 64 anos, com história de tabagismo de longa data, é encaminhada ao ambulatório de oncologia médica para discutir o tratamento do carcinoma espinocelular de pulmão recém-diagnosticado. A tomografia computadorizada do tórax mostra uma massa do lobo superior esquerdo de 7,0 cm com linfonodos hilares e mediastinais aumentados. A PET/TC mostra avidéz de fluordesoxiglicose (FDG) na massa do lobo superior esquerdo e nos linfonodos hilares e mediastinais, mas nenhuma evidência de metástases à distância. A ressonância magnética do cérebro não mostra metástases. A biópsia percutânea do nódulo do lobo superior esquerdo mostra carcinoma espinocelular. Qual é o próximo passo no tratamento deste paciente?

- ☐ (A) Quimioterapia paliativa em função dos resultados dos exames
- ☐ (B) Sequenciamento de próxima geração para mutações genéticas
- ☐ (C) Biópsia guiada por ultrassom endobrônquico de linfonodos mediastinais
- ☐ (D) Quimiorradioterapia definitiva e solicitar novos exames após tratamento inicial

QUESTÃO 10

Um trabalhador de fundição, aposentado, 75 anos de idade, apresenta derrame pleural direito na radiografia de tórax durante um exame de rotina. Ele tem hipertensão arterial e uma história de tabagismo de longa data. O exame físico revela boa capacidade funcional, sinais vitais normais e murmúrios vesiculares diminuídos com macicez à percussão no terço inferior do campo pulmonar direito. A tomografia computadorizada (TC) mostra tecido mole hilar direito proeminente, derrame pleural direito moderado com espessamento pleural nodular irregular e linfonodos paratraqueais e subcarinais direitos ligeiramente aumentados. A toracocentese direita produz 800 ml de líquido serossanguinolento e com citologia negativa. A video-toracoscopia mostra espessamento pleural nodular difuso e a biopsia pleural histoquímica de células tumorais é positiva para CK 5/6, calretinina e WT1 e negativo para CEA, TTF1, napsina A, p40 e BAP1. Qual é o diagnóstico mais provável?

- ☐ (A) Mesotelioma
 - ☐ (B) Carcinoma tímico
 - ☐ (C) Tumor fibroso solitário
 - ☐ (D) Câncer de pulmão de células não pequenas
-

QUESTÃO 11

Um homem de 56 anos é avaliado quanto a dor torácica e dispneia. Durante investigação diagnóstica foi encontrado uma massa mediastinal anterior de 8 cm, sendo submetido à ressecção cirúrgica. A patologia revelou ser um carcinoma tímico indiferenciado com invasão na veia cava superior e pericárdio, sendo que as margens e oito linfonodos mediastinais são negativos para carcinoma (ressecção R0). Qual é a conduta mais apropriada para o paciente?

- ☐ (A) Quimioterapia adjuvante apenas
 - ☐ (B) Radioterapia adjuvante pós-operatória
 - ☐ (C) Radiação definitiva com quimioterapia concomitante
 - ☐ (D) Observação com tomografias computadorizadas de vigilância
-

QUESTÃO 12

Mulher de 44 anos, icterica há 4 dias, tem ultrassonografia do abdome com diagnóstico de coledocolitíase obstrutiva (ducto colédoco medindo 12mm em seu maior diâmetro com presença de cálculo de 10mm no seu terço distal). Realizou colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) com papilotomia e retirada do cálculo com balão extrator. Após 24 horas do procedimento, apresenta dor abdominal de forte intensidade, vômitos, febre e taquicardia. Exames laboratoriais: amilase sérica = 170mg/dl (limite de referência = 81mg/dl), lipase sérica = 62mg/dl (limite de referência = 30mg/dl). Tomografia do abdome demonstra distensão gasosa difusa das alças delgadas e colônicas, sem pontos de obstrução, associada a pneumoretroperitônio moderado e aparente descontinuidade da parede duodenal na segunda porção medindo 5mm. Assinale a alternativa que melhor descreve o diagnóstico e seu tratamento:

- ☐ (A) Perfuração livre da parede duodenal (tipo I de Stapfer), tratamento endoscópico com prótese autoexpansível recoberta.
- ☐ (B) Perfuração duodenal secundária a lesão periampular (tipo II. de Stapfer), tratamento endoscópico com prótese autoexpansível recoberta.
- ☐ (C) Perfuração do ducto biliar (tipo III de Stapfer), tratamento endoscópico com prótese biliar.
- ☐ (D) Perfuração do ducto pancreático (tipo IV de Stapfer), tratamento endoscópico com prótese no ducto pancreático principal.

QUESTÃO 13

Mulher de 40 anos, colecistectomizada, em uso de Nivolumabe e Relatlimabe devido a melanoma metastático, queixa-se de dor abdominal difusa de leve intensidade, associada a diarreia e hiporexia, há 30 dias. Refere vômitos esporádicos. O abdome é flácido, difusamente doloroso a palpação e sem sinais de peritonite. Realizou TC abdome para investigação etiológica do quadro, com o achado de intussuscepção ileo-ileal, com leve distensão gasosa das alças de delgado a montante. Com relação a intussuscepção intestinal em adultos, é correto afirmar:

- (A) A intussuscepção íleo-ileal e o comprimento do intussuscepto > 20mm na tomografia computadorizada são preditores de intussuscepção complicada.
 - (B) Quando indicado tratamento cirúrgico, deve-se tentar a redução da área invaginada anteriormente à demarcação da área de ressecção intestinal, diminuindo, assim, a extensão desta.
 - (C) Está frequentemente associada a um ponto patológico, sendo este atribuído a uma neoplasia maligna em aproximadamente de 60% dos casos.
 - (D) O melanoma é o carcinoma que mais metastatiza para o trato gastrointestinal devido a forte expressão do receptor de quimiocina CCR9 na sua superfície celular, tornando-o a causa mais comum de intussuscepção intestinal em adultos.
-

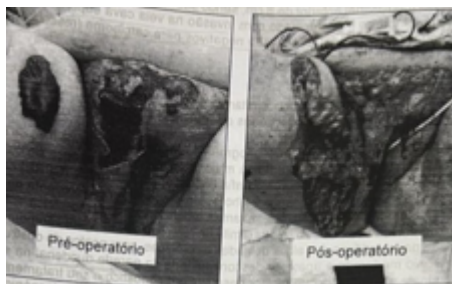
QUESTÃO 14

Paciente masculino, 17 anos, com dor na fossa ilíaca direita há 2 dias, realizou tomografia de abdome com diagnóstico de apendicite aguda não complicada. Em relação ao tratamento cirúrgico e suas técnicas, é correto afirmar:

- (A) A apendicectomia videolaparoscópica é realizada através de três portais inseridos na cavidade abdominal sob visão direta, sendo o primeiro inserido na fossa ilíaca esquerda, seguido de outros dois alocados na região periumbilical e supra-púbica.
- (B) A incisão de McBurney é a incisão oblíqua realizada no ponto de McBurney e que atravessa os planos musculares do músculo oblíquo externo, oblíquo interno e transversos do abdome.
- (C) A incisão mediana infra-umbilical é reservada para apendicectomia em pacientes obesos e sua estratigrafia consiste em pele, subcutâneo, linha alba, músculo reto abdominal e peritônio.
- (D) A apendicectomia robótica apresenta resultados pós-operatórios semelhantes aos da apendicectomia laparoscópica, com maior custo, não se justificando a adoção da técnica para cirurgia de urgência.

QUESTÃO 15

Mulher de 60 anos, obesa e diabética, foi submetida a desbridamento cirúrgico de fasciite necrotizante do períneo, conforme as figuras abaixo: Considerando-se as modalidades diagnósticas e terapêuticas, assinale a alternativa correta:



- (A) O tratamento antimicrobiano empírico deve constituir-se em terapia de amplo espectro que inclua atividade contra microrganismos gram-positivos, gram-negativos e anaeróbios, sendo um esquema aceitável: piperacilina/tazobactam + vancomicina + clindamicina
- (B) A ressonância magnética é o principal exame complementar diagnóstico e deve ser realizado para avaliação da extensão do acometimento gangrenoso e planejamento cirúrgico estratégico.
- (C) Trata-se de emergência cirúrgica e o objetivo principal é a realização de desbridamento agressivo de todo o tecido necrótico até que tecido saudável e viável seja alcançado, poupando-se as fáscias e planos musculares para evitar prejuízos funcionais e melhorar a reabilitação.
- (D) Espécimes clínicos derivados do desbridamento cirúrgico devem ser enviados para bacterioscopia e cultura, além de exame anatomo-patológico para definição do diagnóstico definitivo de fasciite necrotizante e diagnóstico diferencial com outras condições infecciosas superficiais da pele e tecido subcutâneo.

QUESTÃO 16

Homem de 38 anos, hígido, com diagnóstico clínico e ultrassonográfico de colecistite aguda litiásica, classificado como classe I de acordo com o guideline de Tóquio 2018, foi submetido a colecistectomia videolaparoscópica, sem intercorrências, há 1 dia e está em programação de alta hospitalar. Assinale a alternativa que indica a melhor opção em relação ao tratamento antimicrobiano para o paciente em questão:

- (A) Ceftriaxona + Metronidazol endovenosos, descontinuados 24 horas após a cirurgia.
- (B) Ampicilina/Sulbactam endovenoso por 10 dias.
- (C) Piperacilina/Tazobactam endovenoso por 7 dias.
- (D) Ciprofloxacina endovenoso, descontinuado 24 horas após a cirurgia.

QUESTÃO 17

Homem de 48 anos, com história de hematêmese há 18 horas, é internado na UTI com diagnóstico de Úlcera duodenal FORREST IIa, tratada endoscopicamente com injeção submucosa de adrenalina. Mantido em dieta zero, em uso de IBP (Inibidor de Bomba de Prótons) em infusão contínua na dose de 8mg/h e ácido tranexâmico 1000mg EV ao dia. Considerando-se a conduta adotada para no tratamento, é correto afirmar:

- (A) A adrenalina não deve ser utilizada como monoterapia no tratamento endoscópico das úlceras com alto risco de ressangramento.
- (B) O uso do ácido tranexâmico é recomendado no tratamento destes pacientes, uma vez que determina diminuição na taxa de ressangramento e mortalidade.
- (C) Terapia endoscópica hemostática está indicada para toda úlcera com alto risco de ressangramento (úlceras com sinais de sangramento ativo).
- (D) O uso de inibidores da bomba de prótons diminui o pH gástrico, aumentando a estabilidade dos coágulos e diminuindo o risco de ressangramento.

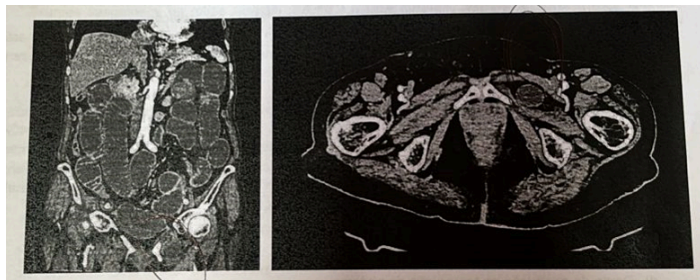
QUESTÃO 18

Homem, 35 anos, admitido no setor de emergência devido a sangramento via anal intermitente há 1 semana. Relata que, no início, o sangramento ocorria após as evacuações, mas que nos últimos 2 dias se tornou constante e sem relação com o hábito evacuatório. Nega dor abdominal e demais sintomas. Apresenta-se estável hemodinamicamente (FC = 68bpm, PA = 130 X 70 mmHg), com abdome inocente e toque retal positivo para sangue vivo em dedo de luva, sem doenças orificiais à inspeção. Exames laboratoriais: Hb = 7,2 g/dl, Ht = 22,5%, INR = 1,00, creatinina = 0,8 mg/dl, uréia = 22 mg/dl. Considerando-se o caso clínico e o diagnóstico de hemorragia digestiva baixa (HDB), assinale a alternativa correta:

- (A) O foco do exame físico deve ser a avaliação hemodinâmica e a perfusão tecidual global do paciente, que apresenta um shock index = 0,5, estando, assim, associado a um prognóstico desfavorável.
- (B) De acordo com a pontuação no Oakland score (que atribui pontos considerando idade, sexo, comorbidades, história prévia de HDB, toque retal e Hb) o paciente pode ser encaminhado para investigação ambulatorial.
- (C) A relação creatinina/uréia menor ou igual a 1 levanta a suspeita de uma fonte de sangramento no trato gastrointestinal superior, indicando a necessidade de endoscopia digestiva alta na internação.
- (D) A colonoscopia é o exame de escolha e deve ser realizada após preparo intestinal adequado e preferencialmente em até 24h, embora o momento ideal para sua realização ainda seja controverso.

QUESTÃO 19

Mulher de 82 anos, refere dor abdominal localizada na fossa ilíaca e região inguinal a esquerda, com irradiação para face medial da coxa ipsilateral há 3 dias, com piora progressiva, tornando-se difusa há 1 dia, agora associada a vômitos. Refere ainda constipação intestinal e parada de eliminação de flatos desde o início da dor. Nega constipação intestinal, mas relata mudança no padrão evacuatório há aproximadamente 4 meses, relacionando-a com a alteração na medicação para depressão prescrita pelo geriatra. Apresenta-se emagrecida (IMC = 17 kg/m²), em posição antálgica, desidratada (2+/4+), abdome distendido, doloroso à palpação difusa, mais importante a palpação da fossa ilíaca esquerda, sem sinais de peritonite. Tem discreto hematoma na região medial da coxa esquerda, próximo à região inguinal. Submetida a tomografia de abdome, com as imagens abaixo: Assinale a alternativa correta em relação ao diagnóstico:



- (A) O sinal de Howship-Rhomberg associado a sinais tomográficos de obstrução intestinal deve levantar a suspeita diagnóstica de hérnia obturatória encarcerada.
- (B) A presença de linfonodomegalia inguinal associada a sinais clínicos e tomográficos de obstrução intestinal, sugere o diagnóstico de neoplasia de cólon sigmóide avançada, indicando a realização de transversostomia descompressiva.
- (C) São considerados fatores de risco para o desenvolvimento do abdome agudo obstrutivo: idade avançada, sexo feminino, condições que aumentam a pressão intra-abdominal (ascite, constipação intestinal, DPOC), obesidade e nuliparidade.
- (D) O quadro clínico está associado a migração de conteúdo intra-peritoneal (alças de delgado) para o canal femoral, delimitado pelos músculos sartório e adutor longo (lateral e medialmente) e pelo ligamento inguinal (inferiormente).

QUESTÃO 20

Mulher de 59 anos, diabética insulino-dependente, foi submetida a drenagem de abscesso secundário e aplicação inadequada de injeções subcutâneas, além de desbridamento cirúrgico de tecido desvitalizado em parede abdominal, sendo posteriormente optado pela instalação de curativo a vácuo, como mostrado nas figuras abaixo. Sobre a terapia por pressão negativa no tratamento das feridas complexas e no abdome aberto, é correto afirmar:



- (A) Sua principal indicação consiste no tratamento de feridas complexas com necrose superficial e profunda, tais como as úlceras de pressão infectadas, as feridas traumáticas profundas e feridas cirúrgicas (deiscências) infectadas.
- (B) Dentre os objetivos da terapia por pressão negativa, estão a promoção da formação de tecido de granulação, a redução do edema e do exsudato das feridas e a melhora da perfusão tecidual local.
- (C) Suas contraindicações incluem: presença de necrose sobre o leito da ferida, úlceras malignas, úlceras venosas e diabéticas, queimaduras, enxertos e feridas por radiação.
- (D) As vantagens do seu uso no abdome aberto incluem a manutenção da integridade da parede abdominal, a remoção de fluido peritoneal e o direcionamento das fístulas de alto débito, promovendo seu fechamento mais precocemente.

QUESTÃO 21

Homem de 33 anos, queixa-se de dor abdominal difusa, em cólica, associada a vômitos e parada de eliminação de fezes e flatos há 3 dias. Apresenta-se febril (Tax = 38°C), FC = 100bpm, PA = 140X90 mmHg. O abdome é distendido, timpânico, com sinais de peritonite em fossa ilíaca direita. Leucometria = 8720/mm³, creatinina = 1,5mg/dl, lactato na gasometria arterial = 1,4. Tomografia de abdome: distensão de alças delgadas, com provável ponto de obstrução por brida próximo à válvula ileocecal. Assinale a alternativa que indique a necessidade de tratamento cirúrgico:

- (A) Febre
- (B) Peritonite
- (C) Frequência cardíaca
- (D) Ponto de obstrução na tomografia do abdome

QUESTÃO 22

Paciente de 68 anos, sexo feminino, colecistectomizada há 10 anos, evoluindo com coledocolitíase de repetição. Já realizou várias CPRE (Colangio Pancreatografia Retrograda Endoscópica) com retirada de cálculo. Apresentou nesse período algumas crises de pancreatite aguda leve. Colangiorressonância magnética evidencia colédoco de 2,0 cm presença de cálculos. Diante deste histórico, a conduta é:

- (A) Nova CPRE
- (B) Derivação biliodigestiva
- (C) Nova CPRE com endoprótese
- (D) Ácido ursodesoxicólico contínuo

QUESTÃO 23

Paciente de 62 anos, sexo masculino, fez exames de rotina com urologista e no ultrassom de abdome foi encontrado um cisto no pâncreas, no colo pancreático, de 15 mm de diâmetro. Foi solicitado ressonância magnética, mas paciente referiu claustrofobia. Então foi solicitado ecoendoscopia sendo visualizado duas imagens císticas, justapostas, conteúdo anecóico, paredes finas e regulares, sem nódulo parietal, sem realce ao doppler, não sendo identificado sinais nítidos de comunicação com o ducto pancreático principal, medindo 16,1x10,7 mm e 8,9x7,5 mm. O ducto pancreático principal com calibre e trajeto preservados, medindo 1,6 mm na cabeça pancreática. Foi realizado punção do cisto, e a dosagem do CEA foi de 8591 ng/ml, amilase sérica de 120 U.I (normal até 100). Paciente nega etilismo e tabagismo. A principal hipótese diagnóstica é:

- ☐ (A) IPMN
 - ☐ (B) Cisto seroso
 - ☐ (C) Cisto mucinoso
 - ☐ (D) Cistoadenocarcinoma
-

QUESTÃO 24

Paciente masculino, 65 anos foi admitido com queixa de fraqueza e emagrecimento de 9 kg em 3 meses e há 15 dias apresentou icterícia, colúria e acolia fecal. Tabagista. Exame físico: hipocorado ++/4; icterícia +++/4. Ultrassonografia: dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. Vesícula biliar distendida e sem cálculos. Pâncreas não visualizado. Tomografia de abdome: lesão hipocaptante de contraste na cabeça pancreática com sinais de invasão da artéria mesenterica superior mais de 180 graus e adenomegalia interaortocaval de 2,6 cm. Qual a conduta de imediato:

- ☐ (A) Colangiopancreatografia endoscópica retrograda e prótese biliar
 - ☐ (B) Quimioterapia neoadjuvante
 - ☐ (C) Duodenopancreatectomia
 - ☐ (D) Radioterapia
-

QUESTÃO 25

Paciente de 50 anos fez ultrassom de rotina e foi observado um nódulo de 1,0 cm no corpo pancreático. Exames sanguíneos de rotina normais. CA 19.9 e CEA normais. Negava emagrecimento, icterícia, adinamia. Foi solicitada uma tomografia e tinha uma lesão nodular hipercaptante na fase arterial precoce e wash out na fase tardia no corpo pancreático, de 1,1 cm. Qual o diagnóstico:

- ☐ (A) Adenocarcinoma
- ☐ (B) Linfoma pancreático
- ☐ (C) Neoplasia neuroendócrina
- ☐ (D) Neoplasia intraductal mucinosa de pâncreas (IPMN)

QUESTÃO 26

Paciente masculino, 45 anos foi encaminhado devido a lesão cística de cabeça pancreática de cerca de 4 cm e icterícia há 20 dias. Não referia dor abdominal no momento. Há cerca de 3 meses apresentou quadro de dor abdominal por 3 dias e procurou serviço de saúde, sendo hidratado, medicado e orientado a procurar UBS posteriormente. Etilista diário e tabagista. TC: lesão cística de 4 cm, paredes regulares, sem nódulos, em contato com o estômago. Ao exame físico tinha bom estado geral, abdome flácido, indolor e icterícia de +++/4. Qual é a hipótese diagnóstica:

- ☐ (A) Pseudocisto de pâncreas-
 - ☐ (B) Cistoadenoma seroso de pâncreas
 - ☐ (C) Cistoadenoma mucinoso de pâncreas
 - ☐ (D) Cistoadenocarcinoma
-

QUESTÃO 27

Paciente do sexo feminino, 45 anos, fez exame ultrassonográfico de rotina com ginecologista e observou uma lesão cística na cauda pancreática de 5 cm, multilobulada com finos septos e componente espesso em sua parede. A paciente não tinha comorbidades. A ressonância magnética do abdome mostrou uma formação expansiva na cauda pancreática, hipointensa em T1 e hiperintensa em T2, medindo aproximadamente 6 x 5 x 4 cm. O CEA era 3 (normal até 5) e o CA 19.9 era 20 (normal até 37). Qual conduta:

- ☐ (A) Observação e nova ressonância magnética em 6 meses
 - ☐ (B) Pancreatectomia corpo caudal laparoscópica
 - ☐ (C) Ecoendoscopia com punção da lesão
 - ☐ (D) Pancreatectomia total
-

QUESTÃO 28

Uma mulher de 37 anos apresenta uma massa aumentada no braço direito. Após a investigação apropriada, ela é diagnosticada com um tumor desmoide. Qual das alternativas a seguir é verdadeira sobre essa condição?

- ☐ (A) A colonoscopia é indicada.
- ☐ (B) Esses tumores surgem de células condroblásticas proliferativas.
- ☐ (C) Eles têm uma alta taxa de metástase sem tratamento adequado.
- ☐ (D) A chance de recorrência local é baixa após intervenção apropriada.

QUESTÃO 29

Uma mulher de 50 anos retorna à consulta após uma biópsia de uma lesão pigmentada anterior da coxa direita. O resultado anatomopatológico mostra melanoma extensivo superficial com índice de Breslow de 1,6 mm de espessura; nível de Clark III; sem ulceração; taxa de mitose 1/mm². Seu exame físico revela uma cicatriz de biópsia na coxa anterior direita sem linfadenopatia observada. O restante do exame físico era normal. O tratamento cirúrgico apropriado é a excisão do local da biópsia com:

- ☐ (A) Margem de 1-2 cm sem pesquisa de linfonodo sentinela.
 - ☐ (B) Margem de 1-2 cm e pesquisa de linfonodo sentinela.
 - ☐ (C) Margem de 3 cm e pesquisa de linfonodo sentinela.
 - ☐ (D) Margem de 3 cm sem pesquisa de linfonodo sentinela.
-

QUESTÃO 30

Um homem de 38 anos de idade é submetido a litotripsia para cálculos renais de oxalato de cálcio. Os valores de exames laboratoriais encontrados no dia da litotripsia foram: cálcio sérico de 10,8 mg/dl (8,5-10,2 mg/dl), fósforo de 3 mg/dl (2,5-4,5 mg/dl), cloreto de 102 mEq/l (95-105 mEq/l), creatinina de 1,2 mg/dl (0,4-1,30 mg/dl) e paratormônio intacto de 62 pg/ml (10-65 pg/ml). A imagem pré-operatória foi imprecisa para localizar as paratireoides. Qual das seguintes afirmações sobre a conduta do caso é verdadeira?

- ☐ (A) A paratiroidectomia é indicada.
 - ☐ (B) A observação clínica é a melhor conduta.
 - ☐ (C) Recomenda-se restrição dietética de cálcio.
 - ☐ (D) É improvável que o hiperparatireoidismo primário contribua para a doença calculosa.
-

QUESTÃO 31

Uma mulher de 59 anos com doença renal crônica fez uma tomografia computadorizada de tórax para acompanhar um nódulo pulmonar estável de 1 cm. Os cortes inferiores demonstraram uma massa adrenal direita de 3 cm com atenuação sem contraste maior que 10 HU (unidades Hounsfield) e o wash out menor que 60%. A investigação bioquímica adicional é consistente com o nódulo não funcionante. Diante desses achados, você deve recomendar:

- ☐ (A) Biopsia percutânea.
- ☐ (B) Adrenalectomia direita.
- ☐ (C) Ressonância magnética.
- ☐ (D) Repetir a tomografia computadorizada em 3 meses.

QUESTÃO 32

A paciente é uma mulher de 47 anos que apresenta um nódulo tireoidiano direito de 9 mm encontrado depois que ela solicitou um ultrassom da tireoide porque sua irmã foi diagnosticada com câncer papilífero de tireoide no ano passado. Ela não apresenta sintomas relacionados ao nódulo, embora observe alguns problemas com rouquidão intermitente. Sua história médica pregressa é significativa para o tratamento de linfoma de Hodgkin quando criança com radiação de feixe externo no tórax e na parte inferior do pescoço. Sua história familiar é significativa para bócio em sua avó materna, mas não em outros parentes de primeiro grau. Ela faz uso levotiroxina para hipotireoidismo (100 mcg/dia). Ela não relata cirurgia ou trauma prévio na região da cabeça ou pescoço. Ao exame físico os sinais vitais eram normais e uma mulher de aparência saudável. O pescoço não apresenta massas ou inchaço à observação e à palpação, uma textura tireoidiana normal e não é fixa. Não há linfadenopatia palpável nas regiões laterais do pescoço à esquerda ou à direita. Qual o tipo mais provável de câncer de tireoide nesta paciente?

- ☐ (A) Câncer folicular da tireoide.
 - ☐ (B) Câncer medular de tireoide.
 - ☐ (C) Câncer papilífero de tireoide.
 - ☐ (D) Câncer anaplásico de tireoide.
-

QUESTÃO 33

Um homem de 42 anos apresentou uma massa cervical palpável ao exame físico. A ultrassonografia da tireoide mostrou nódulo tireoidiano direito de 2,0 x 1,4 cm. Foi realizada punção aspirativa por agulha fina do nódulo tireoidiano direito, positivo para câncer medular de tireoide. O teste genético foi realizado e foi positivo para mutação germinativa do proto-oncogene RET. Foram dosados os níveis séricos de cálcio e paratormônio e ambos estavam dentro da faixa normal. Qual é a conduta para o caso diante do quadro apresentado?

- ☐ (A) Dosagem dos níveis de metanefrina livre na urina ou no plasma.
 - ☐ (B) Dosagem do nível de hormônio estimulante da tireoide.
 - ☐ (C) Tireoidectomia total.
 - ☐ (D) Radiação.
-

QUESTÃO 34

Um homem de 79 anos procurou seu médico com queixas de hemorroidas por 3 meses. Ele nega qualquer dor ao evacuar, mas notou listras de sangue vermelho brilhante no papel higiênico quando ele se limpa. No exame da região anal ele apresentou uma lesão perianal pedunculada, vermelha, de 2 cm, adjacente à borda anal. A biópsia foi positiva para uma lesão intraepitelial escamosa de alto grau. Ele foi submetido a uma excisão trans anal local com patologia mostrando carcinoma de células escamosas superficialmente invasivo com margens negativas. Quais os subtipos de HPV (vírus do papiloma humano) são precursores desse tipo de câncer?

- ☐ (A) HPV-06 e HPV-11
- ☐ (B) HPV-16 e HPV-18
- ☐ (C) HPV-40 e HPV-42
- ☐ (D) HPV-61 e HPV-70

QUESTÃO 35

Uma mulher de 53 anos sem histórico médico pregresso significativo procurou seu médico para uma consulta anual de rotina. Ela foi submetida a uma colonoscopia na qual se encontrou um pólipó pedunculado no cólon transverso. O pólipó foi ressecado completamente. A avaliação patológica do pólipó mostra um carcinoma invasivo grau 1 invadindo a submucosa, mas não a muscular própria, com margens de ressecção negativas e sem invasão linfovascular. Qual é a conduta apropriada para o caso considerando o estágio da doença?

- ☐ (A) Colectomia total
 - ☐ (B) Colonoscopia 1 ano após a ressecção
 - ☐ (C) 5-fluorouracil adjuvante (5-FU) e oxaliplatina (FOLFOX)
 - ☐ (D) 5-fluorouracil adjuvante (5-FU) e irinotecano (FOLFIRI)
-

QUESTÃO 36

Um homem de 35 anos diagnosticado com colite ulcerativa há 1 ano procurou o pronto-socorro com queixa de icterícia. Ele foi internado e a investigação foi consistente com colangite esclerosante primária. Qual das opções a seguir seria recomendada para o paciente?

- ☐ (A) Colonoscopia imediata com biópsias aleatórias
 - ☐ (B) Colonoscopia orientada por sintomas, conforme necessário
 - ☐ (C) Colonoscopia imediata de rastreamento sem biópsias aleatórias
 - ☐ (D) Colonoscopia com biópsias aleatórias 8 a 10 anos após o diagnóstico de colite ulcerativa
-

QUESTÃO 37

Um homem de 35 anos apresenta uma história de anorexia há 1 dia, dor e sensibilidade no quadrante inferior direito e febre baixa. Foi submetido à cirurgia e o apêndice cecal tinha aspecto normal. No entanto, tanto o ceco quanto o íleo terminal estavam vermelhos e inflamados. Qual a conduta neste caso?

- ☐ (A) Apendicectomia
 - ☐ (B) Hemicolectomia direita
 - ☐ (C) Fechar a ferida sem intervenção adicional
 - ☐ (D) Biópsia da parede cecal e do íleo terminal
-

QUESTÃO 38

Uma mulher de 78 anos com múltiplas comorbidades médicas significativas apresenta prolapso retal. Ela tem uma história de constipação crônica. Os resultados da colonoscopia são negativos. O tratamento seria melhor alcançado por meio de:

- ☐ (A) Retossigmoidectomia perineal (procedimento de Altemeier)
- ☐ (B) Cerclagem anal com fio de prata (procedimento de Thiersch)
- ☐ (C) Fixação do reto com tipoia protética (procedimento de Ripstein)
- ☐ (D) Ressecção de hérnia perineal e fechamento do fundo de saco (procedimento de Moschcowitz)

QUESTÃO 39

Uma mulher assintomática de 32 anos foi encaminhada para tratamento de nódulos tireoidianos. Uma tomografia computadorizada após um acidente automobilístico demonstrou incidentalmente uma tireoide nodular. A ultrassonografia subsequente mostrou um cisto de 1 cm a esquerda e uma lesão indeterminada de 7mm à direita. A conduta mais apropriada para o caso é:

- ☐ (A) Tireoidectomia total
 - ☐ (B) Ultrassonografia de acompanhamento em 6 meses
 - ☐ (C) Aspiração guiada por ultrassom de ambos os nódulos tireoidianos
 - ☐ (D) Aspiração guiada por ultrassom do nódulo tireoidiano do lado direito
-

QUESTÃO 40

Um homem de 75 anos apresenta ginecomastia sintomática associada ao tratamento do câncer de próstata. A condição está presente há 6 meses. Qual tratamento terá a melhor chance de sucesso no tratamento de sua ginecomastia?

- ☐ (A) Orquiectomia bilateral
 - ☐ (B) Radioterapia profilática
 - ☐ (C) Mastectomia subcutânea
 - ☐ (D) Terapia antiandrogênica não esteroide
-

QUESTÃO 41

Uma mulher de 48 anos procura seu médico clínico para exames de rotina anual. Ela tinha cálcio sérico de 11,5 mg/dl (8,5-10,2 mg/dl). Seu nível de paratormônio era de 70 pg/ml (10-65 pg/ml). Sua excreção urinária de cálcio era baixa (<100 mg/dia). Ela afirma que não tem queixas. A ultrassonografia do pescoço é normal. Qual é o próximo passo mais adequado?

- ☐ (A) Cintilografia com sestamibi
- ☐ (B) Exploração bilateral do pescoço
- ☐ (C) Tomografia computadorizada de tórax
- ☐ (D) Dosagem do nível de vitamina D

QUESTÃO 42

Um homem de 44 anos é submetido a tomografia computadorizada abdominal após uma colisão de veículo motorizado. A tomografia computadorizada revela apenas uma lesão adrenal direita incidental de 3,5 cm (<10 unidades Hounsfield). O paciente está saudável e não apresenta outros ferimentos relacionados à colisão. Seus eletrólitos estão normais. Metanefrinas livres de plasma são normais. Qual dos exames a seguir seria mais apropriado para avaliar sua lesão adrenal?

- ☐ (A) Ressonância magnética
 - ☐ (B) Teste de supressão com dexametasona
 - ☐ (C) Cintilografia com metaiodobenzilguanidina
 - ☐ (D) Dosagem da concentração plasmática de aldosterona e atividade de renina
-

QUESTÃO 43

Uma mulher de 30 anos apresenta uma grande massa abdominal associada à dor abdominal. Ela foi submetida a uma proctocolectomia total por câncer de colón secundário à polipose adenomatosa familiar (PAF) há 4 anos seguida de quimioterapia adjuvante para doença positiva para linfonodos. Uma endoscopia esofagogástrica recente revelou um adenoma tubuloviloso no duodeno e a tomografia computadorizada (TC) revelou uma massa de 10 cm preenchendo a pelve. A biópsia mostrou ser um tumor desmóide. Qual afirmação é verdadeira em relação aos tumores desmóides?

- ☐ (A) Recomenda-se radiação adjuvante
 - ☐ (B) Recomenda-se quimioterapia adjuvante.
 - ☐ (C) Os tumores desmóides são uniformemente agressivos e localmente invasivos
 - ☐ (D) Os tumores desmóides representam a segunda causa mais comum de morte por pacientes com PAF
-

QUESTÃO 44

Paciente do sexo feminino, 45 anos, apresentou fortes dores abdominais em hipocôndrio direito, associadas a náuseas e vômitos, após ingestão de gordura. Procurou a emergência, sendo realizado ultrassom de abdome, com evidências de colecistite. Internada e submetida a colecistectomia videolaparoscópica. Apresenta boa evolução, com alta no dia seguinte. Retorna ao ambulatório após 15 dias, para reavaliação e, anátomo patológico evidencia adenocarcinoma de vesícula com invasão de tecido perimuscular. Com base na AJCC 8ª edição, assinale a alternativa com o estadiamento correto e conduta mais adequada:

- ☐ (A) T1a, acompanhamento clínico
 - ☐ (B) T2, indicar reabordagem cirúrgica para hepatectomia do leito da vesícula e linfadenectomia
 - ☐ (C) T2, acompanhamento clínico, visto que o tumor já foi retirado na colecistectomia
 - ☐ (D) T3, quimioterapia e radioterapia
-

QUESTÃO 45

Paciente do sexo masculino, 52 anos, administrador rural, foi internado devido à linfonodomegalia em axila direita com aumento progressivo, além de edema, hiperemia, calor local e perda de 8kg em 1 mês. De antecedentes relatava retirada de carcinoma espinocelular em dorso de mão direita em outro serviço médico há seis meses. Ao exame físico apresentava na região axilar direita massa palpável de aproximadamente 10-15cm, endurecida, com sinais flogísticos locais e aparente ponto de flutuação. Ultrassom da axila direita mostrou espessamento de pele e subcutâneo da região axilar direita, que poderia estar relacionado a processo inflamatório e/ou infeccioso. Massa heterogênea em região axilar direita, com áreas necróticas, em liquefação de permeio, de etiologia a esclarecer. Foi submetido à cirurgia com rotação de retalho mostrado na figura abaixo, que é um retalho em ilha, de vascularização confiável e dissecação simples, descrito pela primeira vez em 2003 e utilizado em cirurgias oncológicas. Qual a denominação desse retalho?

QUESTÃO 57

Paciente de 26 anos de idade com diagnóstico de isquemia distal em membro inferior esquerdo, fumante de dois maços de cigarro por dia foi avaliado e sugerido o diagnóstico associado ao cigarro. Qual a principal doença:

- ☐ (A) Doença de Buerger
- ☐ (B) Doença de Takayassu
- ☐ (C) Arteriosclerose obliterante
- ☐ (D) Trombose venosa profunda

QUESTÃO 58

Paciente de 56 anos de idade, do gênero feminino, relata ter sido submetido a cirurgia para tratamento do câncer de mama com ressecção dos linfonodos na região da axila há três anos. Há um ano relata de observou que seu braço do lado da cirurgia começou a edemaciar e vem agravando com o passar do tempo. Neste caso, podemos afirmar que:

- ☐ (A) A trombose venosa profunda do membro é a principal hipótese diagnóstica
- ☐ (B) A principal hipótese diagnóstica é o linfedema secundário
- ☐ (C) A angiotomografia é o principal exame a ser realizado
- ☐ (D) A principal forma de tratamento é cirúrgica

QUESTÃO 59

Homem de 30 anos, com massa em bolsa escrotal, é diagnosticado com tumor de células germinativas. Qual deve ser a conduta para este paciente?

- ☐ (A) Orquiectomia direita simples.
- ☐ (B) Orquiectomia direita com esvaziamento ganglionar abdominal.
- ☐ (C) Orquiectomia bilateral com esvaziamento ganglionar abdominal.
- ☐ (D) Orquiectomia radical com remoção do testículo e cordão espermático até a altura do anel inguinal.

QUESTÃO 60

Homem de 65 anos procura serviço de urologia com as seguintes queixas: dificuldade de urinar, demora em começar e terminar de urinar, diminuição do jato de urina e necessidade de urinar mais vezes durante a noite. No exame de toque retal a próstata está endurecida posteriormente e aumentada de tamanho. Exame de Antígeno Prostático Específico (PSA) está aumentado. O exame do sedimento urinário mostrou hematúria microscópica. Qual o próximo passo na condução deste paciente?

- ☐ (A) Biopsia transretal guiada por ultrassom com obtenção de doze fragmentos de toda a superfície do órgão, ou seja, medialmente e lateralmente, à direita e à esquerda nas regiões anterior, média e posterior.
- ☐ (B) Biopsia transretal guiada por ultrassom com obtenção quatro fragmentos da região endurecida posteriormente.
- ☐ (C) Biopsia a céu aberto com obtenção de quatro fragmento da porção endurecida.
- ☐ (D) Solicitar avaliação e exames pré-operatórios e realizar prostatectomia radical.

QUESTÃO 61

Homem de 58 anos, alcoólatra, procura emergência do hospital com quadro de dor perianal com evolução de uma semana, quando começou a apresentar abaulamento com hiperemia e edema local e queda do estado geral. Ao exame clínico, ele está descorado, levemente dispneico, febril (38,7°C), prostrado e hemodinamicamente estável. O exame da região perineal revela área de necrose, com secreção purulenta, crepitação, edema e eritema acometendo bolsa escrotal, região perianal, Edema e eritema acometendo bolsa escrotal, região perianal e região perineal. Hemograma mostrou leucocitose (27.500) com desvio à esquerda. Sobre a doença que acomete o paciente, assinale a alternativa incorreta:

- ☐ (A) Doença vascular periférica é um fator de risco para o desenvolvimento da doença.
 - ☐ (B) Frequentemente o processo infeccioso acomete os testículos e o pênis causando destruição tecidual da túnica vaginalis e da fâscia de Buck
 - ☐ (C) É uma afecção poli microbiana com a presença de microrganismos anaeróbicos, aeróbicos, gram-negativos e gram-positivos.
 - ☐ (D) O tratamento exige a drenagem cirúrgica urgente com o desbridamento agressivo do tecido necrótico, antibióticos intravenosos de largo-espectro, e monitoração intensiva.
-

QUESTÃO 62

Qual medicamento utilizado no tratamento da hiperplasia benigna da próstata age bloqueando a conversão da testosterona em diidrotestosterona na próstata, com subsequente redução do volume prostático, reduzindo a resistência a escoamento de urina:

- ☐ (A) Beta-3 agonistas
 - ☐ (B) Inibidores da enzima 5-alfa-redutase
 - ☐ (C) Bloqueadores dos receptores alfa1-adrenérgicos
 - ☐ (D) Extrato de Saw palmetto (*Serenoa repens*)
-

QUESTÃO 63

Durante o atendimento inicial a um paciente masculino de 21 anos, vítima de acidente motociclístico com intensa dificuldade respiratória, o médico assistente faz a hipótese diagnóstica de hemotórax maciço esquerda e, indica a passagem de um dreno torácico no sexto espaço intercostal a esquerda. Logo após a passagem do dreno, observou a saída de restos alimentares pelo dreno. Neste momento, a melhor conduta seria:

- ☐ (A) Retirar o dreno, repassar um segundo dreno acima e indicar videotoracosopia.
- ☐ (B) Manter o dreno e indicar toracotomia anterolateral esquerda para higiene pleural.
- ☐ (C) Retirar o dreno e indicar laparotomia exploradora;
- ☐ (D) Manter o dreno inicial, repassar um segundo dreno e indicar laparotomia exploradora seguida de toracotomia anterolateral esquerda;

QUESTÃO 64

Um homem de 58 anos, vítima de soterramento, e levado a um Hospital Terciário após o atendimento pré-hospitalar. Na cena do acidente, foi realizado intubação orotraqueal e drenagem torácica bilateral por dificuldade respiratória e rebaixamento do nível de consciência. Encontra-se hemodinamicamente normal. Após atendimento inicial, foi submetido a tomografia computadorizada de corpo inteiro que evidenciou contusão pulmonar bilateral e hemopneumotórax residual a direita. Os drenos são funcionantes normal e o paciente satura bem com ventilação mecânica. No terceiro dia de internação, foi indicado pela equipe médica, fixação de arcos costais, conforme foto abaixo. Com relação a este procedimento, é correto afirmar que



- ☐ (A) Este procedimento deve ser evitado em pacientes com contusão pulmonar, independente da extensão da lesão,
- ☐ (B) Este procedimento é pouco tolerado em pacientes idosos com múltiplas fraturas de arcos costais, prolongando o tempo de internação:
- ☐ (C) Pacientes com fraturas consecutivas dos três últimos arcos costais se beneficiam desta técnica por melhora na dinâmica ventilatória.
- ☐ (D) Quando houver a presença de hemotórax retido, deve ser associado a Video-Toracoscopia Assistida (VATS)

QUESTÃO 65

Você faz parte de uma equipe médica de um Hospital Terciário, referência em trauma. Acaba de chegar um jovem de 21 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em abdômen. Encontra-se acordado, queixando de dor abdominal intensa, próximo a um orifício de entrada em região de hipocondrio direito, sem orifício de saída. Sua Pressão Arterial é de 80/56 mmHg; Frequência Cardíaca de 138 ppm; e Saturação de O₂ de 91%, com máscara a 2 l/min. O ultrassom abdominal evidencia líquido em espaço hepato-renal. No pré-hospitalar foi realizado 1,0 grama de Ácido Tranexâmico e 500 ml de Ringer Lactato. Com relação a ressuscitação hemodinâmica, podemos afirmar que a melhor opção neste momento é:

- ☐ (A) Iniciar droga vasoativa em veia periférica por apresentar Pressão Sistólica inferior a 90 mHg;
- ☐ (B) Ativar protocolo de transfusão maciça pois o ABC score é de quatro pontos e o Shock Index de 1,7;
- ☐ (C) Manter hipotensão permissível, sem reposição de volume até que o paciente seja levado ao bloco cirúrgico;
- ☐ (D) Manter a ressuscitação com mais um litro de Ringer Lactato em veia periférica pois o ultrassom abdominal evidenciou líquido apenas em espaço hepato-renal.

QUESTÃO 66

Um jovem de 16 anos, vítima de agressão física, é levado a emergência por familiares. Encontra-se hemodinamicamente normal e queixa-se de dor abdominal difusa, sem sinais de peritonite. Solicitada uma tomografia de abdômen que evidenciou lesão esplênica Grau IV, segundo a AAST (The American Association for the Surgery of Trauma), com evidência de blush em fase arterial. A conduta, neste momento seria:

- (A) Encaminhar o paciente a UTI e indicar laparotomia exploradora caso a hemoglobina caia dois pontos;
- (B) Encaminhar o paciente a enfermaria para tratamento não operatório com coleta seriada de hematimetria;
- (C) Encaminhar o paciente para arteriografia e angio-embolização com o intuito de manter o tratamento não operatório;
- (D) Encaminhar o paciente a videolaparoscopia e manter o tratamento conservador caso não haja evidência de sangramento esplênico ativo.

QUESTÃO 67

Um homem de 56 anos, vítima de acidente de moto com alta energia há 15 minutos, vem encaminhado ao Hospital com equipe pré-hospitalar. Encontra-se hemodinamicamente instável, com Pressão Arterial de 94/65 mmHg; Frequência Cardíaca de 134 bpm; pálido e sudorese fria. Sem queixas respiratórias, satura 92% com máscara de O₂ a 5 l/min. Iniciado a reanimação com dois frascos de concentrado de hemácias O negativo, sem melhora. O ultrassom abdominal é negativo para líquidos intraperitoneal. A radiografia de tórax e bacia na emergência é normal. Apresenta lesão em membro inferior com fraturas expostas e esmagamento maciço (figura abaixo). O pulso distal a fratura é presente, porém diminuído. Segundo o Score de MESS (Mangled Extremity Severity Score) podemos afirmar que a conduta é:



- (A) Encaminhar o paciente ao bloco cirúrgico para amputação do membro inferior lesado;
- (B) Encaminhar o paciente para arteriografia e estudo arterial da lesão;
- (C) Encaminhar o paciente ao bloco cirúrgico para colocação de fixador externo e manter fasciotomia;
- (D) Encaminhar ao bloco cirúrgico para exploração cirúrgica e possível enxerto vascular.

QUESTÃO 68

Um homem de 32 anos é atendido na emergência, vítima de ferimento por arma branca, seu exame físico abdominal é normal, sem dor à palpação, e sem peritonite. A inspeção, apresenta uma lesão de 2.0 cm em região dorsal e face anterior abdominal. O médico assistente solicita uma tomografia abdominal que evidencia líquido peritoneal, sem lesões de vísceras maciças e sem lesão de parede. A conduta é:

- (A) Indicar videolaparoscopia;
 - (B) Indicar tratamento não operatório.
 - (C) Indicar exploração digital do ferimento;
 - (D) Indicar tomografia com triplo contraste
-

QUESTÃO 69

Um homem de 30 anos, vítima de queimadura por escaldadura, chega a emergência com queimadura de primeiro e segundo graus, em membro superior esquerdo e tronco, como mostra a foto abaixo. Sem comorbidades, refere dor intensa no local. Após avaliação inicial, a conduta seria:



- (A) Analgesia com opioides, hidratação venosa, antibiótico de largo espectro;
- (B) Analgesia com opióide, hidratação venosa, toxóide tetânica, curativo oclusivo;
- (C) Analgesia com opióide, antibiótico de largo espectro, curativo oclusivo
- (D) Analgesia com opióide; antibiótico de largo espectro; toxóide tetânica; curativo oclusivo.

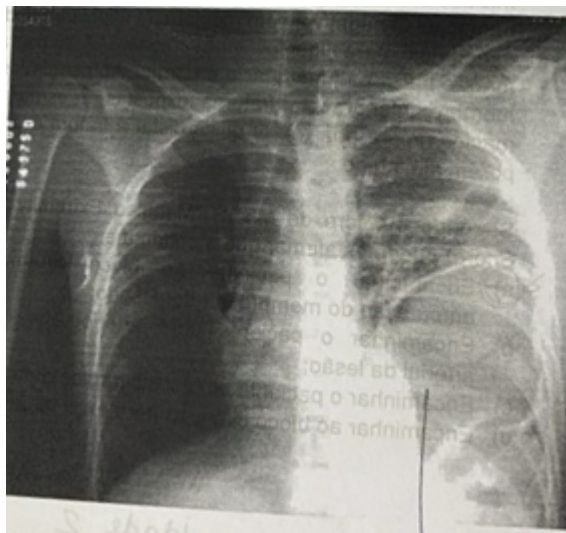
QUESTÃO 70

Uma mulher de 35 anos chega à emergência vítima de feminicídio, com um ferimento em região dorsal a direita, causado por uma faca. Encontra-se hemodinamicamente normal. O exame físico abdominal normal, sem dor à palpação. O toque retal é negativo para sangue e não apresenta hematúria. 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. Podemos afirmar que:

- (A) A arteriografia pode ajudar no tratamento não operatório desta lesão;
 - (B) O tratamento não operatório deve ser evitado pelo risco de formação de abscesso retroperitoneal;
 - (C) A passagem de Duplo J e drenagem percutânea do hematoma diminui o tempo de internação;
 - (D) Se houver queda de série vermelha, deve ser indicado laparotomia exploradora e nefrectomia.
-

QUESTÃO 71

Paciente de 24 anos, vítima de colisão frontal em alta velocidade. Consciente e orientado, Glasgow de 15. Hemodinamicamente normal. A ausculta respiratória está diminuída à esquerda e sua saturação de oxigênio é de 93% com máscara à 8 litros / minuto. Foi realizada uma radiografia torácica na sala de trauma. A conduta mais adequada diante desta imagem é:



- (A) Ventilação não invasiva;
- (B) Laparotomia exploradora;
- (C) Toracotomia exploradora.
- (D) Intubação orotraqueal seletiva;

QUESTÃO 72

Paciente feminina de 23 anos, refere que iniciou com quadro de diarreia inicialmente aquosa após uso de antibióticos por quadro de sinusopatia. Evolui com persistência da diarreia, porém com presença de muco e sangue associado. Apresentava ritmo intestinal normal até início do quadro. O exame físico abdominal evidencia uma dor leve, difusa e sem sinais de peritonite. Encaminhado à ileocolonoscopia que mostrou enantema, friabilidade da mucosa em todos os segmentos avaliados, inclusive ileo-terminal. O anatomopatológico revela sinais inflamatórios, com presença de microabscessos. Qual a hipótese diagnóstica?

- ☐ (A) Colite ulcerativa
 - ☐ (B) Doença de crohn
 - ☐ (C) Colite infecciosa
 - ☐ (D) Colite pseudomembranosa
-

QUESTÃO 73

Uma mãe leva seu filho, de sete semanas de vida, à emergência com queixa de que a criança apresenta vômitos pós-prandial. Vômitos em jato e precedidos por cólica intensa abdominal. A mãe também informa que notou uma diminuição no número de evacuações nos últimos dias. Ao exame, encontra-se levemente desidratada e com distensão epigástrica discreta, timpânica à percussão. O provável diagnóstico e exame de escolha é:

- ☐ (A) Invaginação intestinal; enema opaco;
 - ☐ (B) Refluxo gastroesofágico; seriografia esôfago-estômago.
 - ☐ (C) Volvo do intestino médio; radiografia simples de abdome;
 - ☐ (D) Estenose hipertrófica congênita do piloro; ultra-som abdominal;
-

QUESTÃO 74

Uma criança de quatro anos, com dor à palpação de fossa ilíaca direita e com hipótese diagnóstica de apendicite aguda, foi levada ao centro cirúrgico para apendicectomia. Durante o ato cirúrgico, o cirurgião observa que na verdade o diagnóstico é Diverticulite de Meckel. A conduta mais sensata nesse momento para esta criança é:

- ☐ (A) Ressecção em "V" do Divertículo de Meckel;
 - ☐ (B) Ressecção do segmento ileal com anastomose;
 - ☐ (C) Ressecção em "V" do Divertículo e Apendicectomia;
 - ☐ (D) Ressecção do segmento ileal com anastomose e Apendicectomia.
-

QUESTÃO 75

Uma jovem procura um cirurgião para queixar-se de uma cicatrização espessa que ocorreu na ferida da apendicectomia, há um ano. Na avaliação, nota-se realmente uma cicatrização espessa e elevada e que permanece dentro dos limites da ferida original. Por esta definição, trata-se de:

- ☐ (A) Quelóide;
- ☐ (B) Retração da ferida;
- ☐ (C) Cicatriz hipertrófica;
- ☐ (D) Resquício de infecção por se tratar de uma cirurgia infectada.

QUESTÃO 76

Paciente de 60 anos que faz acompanhamento de rotina com médico gastroenterologista pois é cirrótico e, ao fazer um ultrassom de rotina detecta uma lesão de 4,5cm, o médico por achar a lesão atípica indica uma biopsia a qual confirma ser um carcinoma hepatocelular, este paciente tem um MELD de 13 e tem a sua cirrose classificada como Child-Pugh B (9 pontos). Diante deste quadro pergunta-se qual deve ser a melhor conduta para este paciente.

- ☐ (A) Fazer ablação com alcoolização pois o tumor é periférico
 - ☐ (B) Fazer avaliação para a realização da hepatectomia, pois o tumor é precoce.
 - ☐ (C) Fazer ablação por radiofrequência seria a melhor opção para este paciente
 - ☐ (D) Encaminhar para avaliação de uma equipe que realize transplante de fígado, pois a doença é avançada.
-

QUESTÃO 77

Paciente de 35 anos do sexo feminino com diagnóstico de adenoma hepatocelular gigante sendo indicado tratamento cirúrgico. Durante a cirurgia apresenta sangramento na secção do parênquima hepático e o cirurgião resolve fazer a manobra de Pringle para diminuir a perda de sangue. Esta manobra consiste em:

- ☐ (A) Exclusão vascular total
 - ☐ (B) Clampeamento da veia cava infra-hepática
 - ☐ (C) Clampeamento do pedículo arterial e portal hepático
 - ☐ (D) Clampeamento da veia cava supra e infra-hepática
-

QUESTÃO 78

Paciente do sexo masculino de 42 anos, com história de cirrose hepática pelo vírus da hepatite B, é atendida na emergência de um hospital terciário referindo que pela manhã apresentou um episódio de hematemesa seguido de dois episódios de melena. Refere já ter apresentado episódio prévio de hemorragia por varizes de esôfago. A melhor opção para tratamento deste paciente na emergência é:

- ☐ (A) Acesso venoso para reposição volêmica + terlipressina.
 - ☐ (B) TIPS - "shunt intra hepático porto sistêmico"
 - ☐ (C) Endoscopia digestiva alta + colonoscopia.
 - ☐ (D) Beta bloqueador não seletivo.
-

QUESTÃO 79

Uma paciente de 65 anos foi admitida em um serviço de vias biliares com icterícia de padrão obstrutivo. Durante investigação diagnóstica foram realizados exame de imagem e a colangiografia endoscópica retrograda foi realizada. Foi constataram colelitíase com dilatação das vias biliares intra e extra-hepática. Uma colangiografia endoscópica retrograda foi realizada em seu interior com impossibilidade de retirada dos mesmos por via endoscópica. A melhor conduta a ser tomada diante do quadro descrito é:

- ☐ (A) Colecistectomia com colocação de "dreno em T".
- ☐ (B) Colecistectomia com coledocotomia e retirada dos cálculos.
- ☐ (C) Tentativa de litotripsia endoscópica dos cálculos em várias sessões.
- ☐ (D) Aguardar a melhora da icterícia uma vez que a árvore biliar já se encontra drenada.

QUESTÃO 80

Paciente de 21 anos, vítima de atropelamento, com fratura exposta de fêmur e ausência de pulsos poplíteos e distais do membro inferioresquerdo membro inferior direito (MID) sem ferimentos e com pulsos distais presentes. Durante exploração cirúrgica, encontra-se lesão extensa (15 cm) da artéria femoral superficial esquerda, veia femoral aparentemente sem lesões e contaminação local. A melhor opção de restauração do fluxo arterial é:

- ☐ (A) Ressecção do segmento lesado, enxerto de veia safena ipsilateral.
- ☐ (B) Ressecção do segmento lesado, trombectomia, enxerto de PTFE.
- ☐ (C) Ressecção do segmento lesado, trombectomia, enxerto de veia safena do MID.
- ☐ (D) Arteriotomia, trombectomia com cateter de fogarty e e fechamento da arteriotomia.

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					