INSCRIÇÃO	ESCOLA	SALA	LUGAR NA SALA

NOME

ASSINATURA DO CANDIDATO

ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

Instruções para a realização da prova

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

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

RASCUNHO

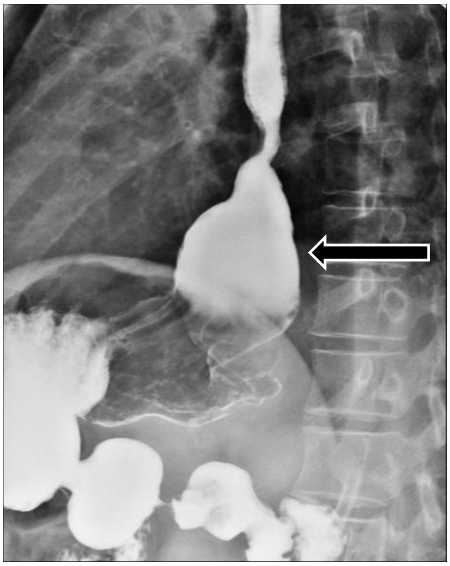
01. CONFORME A FOTOGRAFIA (IMAGEM Q01) DE UMA LAPAROTOMIA, A ARTÉRIA APONTADA NA SETA É:

a) Hepática própria.
b) Hepática direita.
c) Gastroduodenal.
d) Hepática comum.

02. Homem, 22a, foi encaminhado ao Pronto Socorro após ingestão de soda cáustica. Realizou endoscopia digestiva alta: mucosa esofágica apresenta-se acometida em toda a sua extensão, com úlceras múltiplas e profundas de coloração enegrecida, sem se evidenciar ponto de perfuração do órgão. **SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO ENDOSCÓPICA DE ZARGAR *ET AL.*, PROPOSTA EM 1991, A LESÃO CÁUSTICA DESCRITA CLASSIFICA-SE COMO LESÃO DO TIPO:**

a) IIA.
b) IIB.
c) III.
d) IV.

03. BASEADO NO RADIOGRAMA CONTRASTADO (IMAGEM ABAIXO), O PROVÁVEL DIAGNÓSTICO APONTADO PELA SETA É:



a) Megaesôfago.
b) Hérnia de hiato.
c) Úlceras de Cameron.
d) Anel de Schatzki.

04. Homem, 48a, é encaminhado ao Pronto Socorro com queixa de hematêmese há duas horas. Sem antecedente de comorbidades. Exame físico: descorado 2+/4+; PA=110/80mmHg; FC=110bpm; FR=18irpm. Realizada endoscopia digestiva alta: úlcera duodenal Forrest IA, tratada com adrenalina e colocação de clipe. **O ESCORE DE ROCKALL PARA ESTE PACIENTE É:**

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

05. O achado de uma manometria de alta resolução é apresentado na **IMAGEM Q05.** Os eventos números 9 e 10 marcados na primeira linha da imagem se referem a deglutição de água. Os valores pressóricos do esôfago aparecem na barra vertical à esquerda da imagem. **O DIAGNÓSTICO DA MOTILIDADE DO CORPO ESOFÁGICO APRESENTADO NESTE EXAME É:**

a) Peristalse normal.
b) Hipercontratilidade.
c) Aperistalse.
d) Esôfago em quebra-nozes.

06. A TÉCNICA DE FINSTERER-BANCROFT É REALIZADA PARA O TRATAMENTO DE:

a) Úlcera péptica duodenal.
b) Tumor de Klatskin.
c) Adenocarcinoma da papila duodenal.
d) Doença do refluxo gastroesofágico.

07. Homem, 29a, é vítima de explosão de um tanque em usina de etanol. Foi conduzido ao hospital pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, em prancha rígida, colar cervical, intubação orotraqueal, acesso venoso com reposição volêmica e manta térmica. Na sala de emergência apresentava-se: PA=97/59mmHg; FC=131bpm; oximetria de pulso=96% (FiO_2=100%). Exame físico: intubação orotraqueal sob suporte ventilatório; tórax: sem alterações; abdome: normotenso, sínfise púbica sem alargamento, sem crepitação da pelve. Pele: 45% da superfície corpórea, com lesão térmica de segundo e terceiro graus, atingindo face, tórax, abdome e membros superiores. *Focused Assessment with Sonography for Trauma* (FAST) negativo. **NESTE CENÁRIO, A LESÃO TÉRMICA PELA EXPLOSÃO É CLASSIFICADA COMO:**

a) Quaternária.
b) Terciária.
c) Secundária.
d) Primária.

08. A prevenção de hipotermia em um paciente traumatizado é uma preocupação e um cuidado durante o atendimento inicial. **NESTE CENÁRIO, COM A PRESENÇA DE UMA LESÃO TRAUMÁTICA, É CONSIDERADO HIPOTERMIA A TEMPERATURA CORPORAL CENTRAL ABAIXO DE:**

a) 35°C.
b) 35,5°C.
c) 36°C.
d) 36,5°C.

09. No paciente portador de traumatismo cranioencefálico um dos cuidados é a manutenção da pressão de perfusão cerebral (PPC). **A PPC É COMPOSTA PELA EQUAÇÃO:**

a) PAM-PIC.
b) PAS- PVC.
c) PAM-PVC.
d) PAS-PIC.

10. Homem, 34a, motociclista após impacto contra um muro é trazido pelo atendimento pré-hospitalar para um hospital de referência. Na admissão apresentava-se: PA=113/78mmHg; FC=102bpm; FR=16irpm; oximetria de pulso (ar ambiente)=99%. Exame físico: escala de coma de Glasgow=15 pontos; pupilas isofotorreagentes; cabeça/pescoço: sem alterações; tórax: equimose em gradil costal esquerdo posterior; abdome: dor à palpação em flanco/dorso esquerdo, sem irritação peritoneal; sondagem vesical: hematúria macroscópica. Foram realizadas reanimação volêmica e analgesia. A tomografia computadorizada com contraste demonstrou: presença de hematoma subcapsular no rim esquerdo medindo 2cm de espessura, sem extravasamento de contraste, sem lesão do sistema coletor. Foi internado para monitorização dos índices hematimétricos e hemodinâmicos. No terceiro dia de internação, paciente apresenta exame físico inalterado, porém a pressão arterial sistólica (PAS) apresentou medições acima de 180mmHg, sem resposta adequada à terapia medicamentosa. Houve melhora da hematúria, mantendo débito urinário adequado e sem alteração da função renal laboratorial. **NESTE CASO, A ELEVAÇÃO DA PAS ESTÁ RELACIONADA COM:**

a) Rim de Page.
b) Absorção do hematoma.
c) Efeito da analgesia.
d) Síndrome de Cushing.

11. A PROFILAXIA ANTICONVULSIVANTE É INDICADA PARA CRISES CONVULSIVAS PRECOCES EM PACIENTES COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO NAS SEGUINTES SITUAÇÕES:

a) Hematoma epidural; hematoma subdural agudo.
b) Hematoma subdural agudo; hemorragia subaracnoide.
c) Ingesta alcóolica aguda; hematoma subdural agudo.
d) Hemorragia subaracnoide; hematoma epidural.

12. Homem, 27a, vítima de ferimento por projétil de arma fogo foi trazido para hospital de referência. Na entrada apresentava-se: PA=86/63mmHg; FC=133bpm; FR=24irpm; oximetria de pulso=91% (oxigênio 100% em máscara não reinalante=12l/min). Exame físico: escala de coma de Glasgow=14 pontos; tórax: ferimento de entrada ao nível do terceiro espaço intercostal entre a linha axilar anterior e hemiclavicular em hemitórax direito, com saída posteriormente em trajeto linear. Foram realizadas: reanimação volêmica pelo protocolo de transfusão maciça; drenagem torácica à direita em selo d'água com saída de ar e sangue (1.300ml). Apresentou melhora dos parâmetros hemodinâmicos. O débito da drenagem torácica foi de 600ml de conteúdo sanguinolento em duas horas, associado a borbulhamento constante. Evoluiu com hipotensão e taquicardia (PA=88/65mmHg; FC=135bpm), sendo indicado procedimento cirúrgico. Observou-se uma lesão transfixante do pulmão direito e realizada o seguinte procedimento **(IMAGEM Q12), QUE SE DENOMINA:**

a) Tractotomia.
b) Lobectomia.
c) Pleurotomia.
d) Flambagem.

13. Mulher, 32a, vítima de queda de bicicleta, é trazida pelo Serviço Atendimento Móvel de Urgência ao hospital de referência. Exame físico: PA=85/54mmHg; FC=136bpm; FR=22irpm; oximetria de pulso (ar ambiente)=94%; abdome: equimose e dor à palpação em hipocôndrio direito; demais segmentos sem alterações. *Focused Assessment with Sonography for Trauma* (FAST)= positivo nos espaços hepatorrenal e esplenorrenal, e fundo de saco peritoneal. Foram realizados: protocolo de transfusão maciça; oxigênio em máscara não reinalante: 12l/minutos. Após reanimação volêmica: PA=77x47mmHg; FC=139bpm. Foi indicada laparotomia exploradora onde foi constatada lesão hepática com sangramento ativo. **A MANOBRA PARA CONTROLAR ESTE SANGRAMENTO ATIVO DENOMINA-SE:**

a) Mattox.
b) Cattel-Braasch.
c) Whipple.
d) Pringle.

14. Homem, 46a, apresentou episódios recorrentes de dor típica biliar. A ultrassonografia abdominal não evidenciou cálculos ou lama biliar, e a investigação complementar com tomografia computadorizada e endoscopia digestiva não identificaram alterações estruturais que expliquem os sintomas. A cintilografia hepatobiliar com ácido iminodiacético (HIDA), estimulada por colecistocinina (CCK), demonstrou fração de ejeção da vesícula biliar de 29% em protocolo validado. O paciente foi submetido à colecistectomia, mas permaneceu sintomático. Durante a investigação subsequente, identificou-se ducto biliar comum com 12mm de diâmetro, apresentando aumento adicional do calibre após administração de CCK, além de pressão basal do esfíncter de 47mmHg à manometria e elevação de enzimas canaliculares. **CONSIDERANDO OS PARÂMETROS DO CONSENSO DE ROMA V (2026) E DIANTE DESTES ACHADOS, A INTERPRETAÇÃO CORRETA É:**

a) A fração de ejeção vesicular não preenche critério para discinesia da vesícula biliar, pois valores inferiores a um terço são diagnósticos apenas na presença de cálculos; embora a dilatação ductal sugira disfunção do esfíncter de Oddi, pressão>40mmHg associa-se a menor probabilidade de resposta à terapia endoscópica.
b) Os achados iniciais são compatíveis com discinesia da vesícula biliar e justificam a colecistectomia; diante da persistência dos sintomas, a dilatação ductal e a pressão esfincteriana elevada sustentam disfunção do esfíncter de Oddi, sendo a pressão>40mmHg associada a maior probabilidade de resposta à terapia endoscópica**.**
c) A fração de ejeção vesicular confirma discinesia da vesícula biliar, porém a persistência dos sintomas após colecistectomia torna improvável uma segunda disfunção da árvore biliar; além disso, para sustentar disfunção do esfíncter de Oddi, seria esperada redução do calibre ductal após administração de CCK.
d) Os achados iniciais sugerem, mas não confirmam, discinesia da vesícula biliar, pois a fração de ejeção encontra-se acima do limiar diagnóstico; a associação entre dilatação ductal e pressão esfincteriana elevada favorece esfincteroplastia transduodenal, que apresenta resultados superiores à abordagem endoscópica.

15. Mulher, 41a, previamente hígida, apresenta episódios recorrentes de dor em hipocôndrio direito e icterícia intermitente. A tomografia computadorizada evidencia dilatação da árvore biliar, e a colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) demonstra dilatação fusiforme de toda a via biliar extra-hepática, sem ectasia dos ductos intra-hepáticos. A porção distal do colédoco não é adequadamente caracterizada. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) evidencia união do ducto pancreático com o ducto biliar proximalmente à parede duodenal, formando um canal comum alongado. **COM BASE NOS ACHADOS ANATÔMICOS E COLANGIOGRÁFICOS DESCRITOS, A ESTRATÉGIA CIRÚRGICA ADEQUADA É:**

a) A ressecção deve abranger a porção dilatada, associada à colecistectomia e hepaticojejunostomia em Y de Roux, preservando-se distalmente o segmento de colédoco sem dilatação para reduzir o risco de lesão do ducto pancreático.
b) A ressecção deve alcançar proximalmente a árvore biliar não dilatada, associada à colecistectomia e hepaticojejunostomia em Y de Roux; distalmente, o ducto deve ser seccionado próximo à junção pancreatobiliar, preservando o ducto pancreático.
c) A ressecção completa da malformação, associada à colecistectomia e à reconstrução do trânsito biliar, elimina o epitélio sob risco de transformação neoplásica, evitando o desenvolvimento posterior de malignidade na árvore biliar intra-hepática.
d) A ressecção completa da malformação é preferível aos procedimentos de drenagem interna, devido ao risco de complicações biliares tardias; porém, seu limite proximal deve permanecer no segmento dilatado, preservando a via biliar extra-hepática de calibre normal.

16. Durante uma duodenopancreatectomia com preservação pilórica por neoplasia da cabeça pancreática, após mobilização completa da cabeça do pâncreas, identifica-se adequadamente a anatomia arterial. Antes da secção da artéria gastroduodenal, o cirurgião realiza sua oclusão temporária e avalia, por Doppler, o fluxo na porção distal da artéria hepática própria. Durante o teste, ocorre desaparecimento do fluxo arterial hepático**.** A exploração demonstra aterosclerose significativa na origem do tronco celíaco, sem evidência de doença metastática. **CONSIDERANDO O SIGNIFICADO DESTE ACHADO E SUAS IMPLICAÇÕES TÉCNICAS, PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) A interrupção do fluxo demonstra que a artéria hepática recebe suprimento colateral predominantemente da artéria mesentérica superior; contudo, após a secção da artéria gastroduodenal, a reperfusão hepática tende a ser restabelecida pela artéria gástrica direita, permitindo prosseguir a ressecção sem reconstrução arterial adicional.
b) A interrupção do fluxo indica dependência da circulação hepática em relação à artéria gastroduodenal, tornando a duodenopancreatectomia contraindicada; mesmo que seja realizada reconstrução aorto-hepática, a necessidade de ressecção da artéria gastroduodenal impede que se obtenha perfusão arterial hepática adequada.
c) A interrupção do fluxo demonstra dependência da perfusão hepática em relação ao fluxo retrógrado proveniente da artéria mesentérica superior através da artéria gastroduodenal; antes de prosseguir com sua secção, deve-se restabelecer influxo arterial hepático adequado, podendo ser necessária revascularização arterial.
d) A interrupção do fluxo sugere comprometimento do influxo pelo tronco celíaco, mas a preservação da artéria gastroduodenal é desnecessária caso a artéria mesentérica superior esteja pérvia; nesse cenário, a circulação retrógrada mantém a perfusão hepática mesmo após a ligadura da comunicação gastroduodenal.

17. Após a realização de *bypass* gástrico em Y de Roux é frequente observar melhora importante e precoce do controle glicêmico, mesmo antes da perda de peso proporcional. **A MELHORA É CAUSADA PRINCIPALMENTE PELA SEGUINTE ALTERAÇÃO INCRETÍNICA:**

a) Elevação da secreção gástrica de grelina.
b) Supressão sustentada do peptídeo YY (PYY).
c) Elevação acentuada nos níveis circulantes de polipeptídeo insulinotrópico dependente de glicose (GIP).
d) Elevação nos níveis do peptídeo semelhante ao glucagon 1 (GLP-1).

18. Homem, 58a, com antecedente de *bypass* gástrico em Y de Roux há 12 anos, comparece ao ambulatório com queixa de fadiga progressiva, adinamia, lentificação do pensamento e formigamento em pés e mãos há cerca de 3 meses. Teve perda de 88% do excesso de peso (índice de massa corporal [IMC] inicial=48kg/m²; IMC atual=27kg/m²). Nega uso de medicamentos. Exame físico: descorado 2+/4+, anictérico, acianótico, hidratado; língua lisa e eritematosa. Cardiopulmonar: sem alterações. Abdome: flácido, indolor à palpação, sem hepatomegalia ou esplenomegalia. Neurológico: orientado, com fala lentificada; marcha preservada; diminuição da sensibilidade vibratória e proprioceptiva e hiperreflexia patelar em membros inferiores. **CONSIDERANDO A FISIOPATOLOGIA DA CIRURGIA BARIÁTRICA REALIZADA E OS ACHADOS CLÍNICOS, A ALTERNATIVA QUE INDICA A PROVÁVEL ETIOLOGIA DAS ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS E O TRATAMENTO INDICADO É:**

a) Deficiência de ferro pela exclusão duodenal e baixa ingesta proteica pós-operatória; administração de ferro endovenoso.
b) Deficiência de tiamina (vitamina B1) devido o desvio do jejuno; administração de tiamina intravenosa em ambiente hospitalar.
c) Deficiência de vitamina B12 devida redução da acidez gástrica e menor produção do fator intrínseco; reposição de cobalamina por via intramuscular.
d) Deficiência de folato pela má absorção severa; conversão cirúrgica do *bypass* para gastroplastia vertical (*sleeve*) e reposição oral de ácido fólico e vitamina D3.

19. Mulher, 36a, no 5º dia de pós-operatório de gastrectomia vertical, procura o pronto socorro devido febre e dor em ombro esquerdo há um dia. Nega náuseas, vômitos ou alteração do hábito intestinal. Exame físico: regular estado geral, corada, desidratada (2+/4+); FC=122bpm; FR= 18irpm PA=117/82mmHg; temperatura axilar=38ºC. Abdome doloroso difusamente, sinais de irritação peritoneal. **CONSIDERANDO A PRINCIPAL SUSPEITA CLÍNICA, O LOCAL ANATÔMICO ONDE COMUMENTE É OBSERVADA ESTA COMPLICAÇÃO É:**

a) Linha de grampeamento adjacente ao piloro.
b) Transição esofagogástrica (ângulo de His).
c) Anastomose gastrojejunal.
d) Incisura angular.

20. Homem, 33a, deu entrada no Pronto Socorro trazido pelo helicóptero da Polícia Militar após traumatismo apresentando luxação completa do joelho direito, sem apresentar traumatismo de outros segmentos corpóreos. Na avaliação inicial observa-se o membro pálido, frio, com ausência de sensibilidade, e pulsos ausentes de poplítea para distal. **O ACHADO ESPERADO NA AVALIAÇÃO COM O DOPPLER DE ONDAS CONTÍNUAS DAS ARTÉRIAS AO NÍVEL DO TORNOZELO É:**

a) Ausência de som arterial e presença de som venoso provocado.
b) Som arterial de baixa amplitude tipo *tardus parvus.*
c) Índice tornozelo-braço de 0,5.
d) Som contínuo com reforço sistólico, do tipo “em maquinaria”.

21. Homem, 76a, é submetido a correção de aneurisma de artéria poplítea esquerda por acesso posterior sendo que a mesma foi corrigida por um substituto arterial. **NA FOTOGRAFIA DO INTRAOPERATÓRIO (IMAGEM Q21), O TIPO DE PRÓTESE UTILIZADA PARA A CORREÇÃO DESTE ANEURISMA É DE:**

a) Politetrafluoroetileno expandido.
b) Poliéster trançado.
c) Pericárdio bovino.
d) Veia umbilical reforçada com malha de poliéster.

22. Homem, 68a, procura atendimento médico devido dor abdominal em mesogastro há cinco meses, sem relação com alimentação, evacuação ou atividade física. Refere perda ponderal de 5kg no período. Na investigação foi detectado um aneurisma de aorta abdominal medindo 6,5cm de diâmetro transversal, sendo então submetido à cirurgia aberta. O achado intraoperatório é apresentado na fotografia **(IMAGEM Q22)**. **O DIAGNÓSTICO DESTE PACIENTE É:**

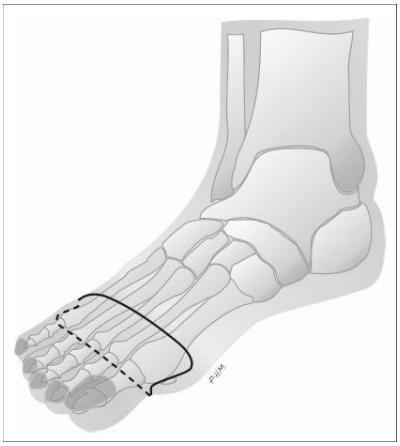
a) Arterite de Takayasu.
b) Fístula aortoentérica.
c) Aneurisma inflamatório de aorta.
d) Síndrome de Loeys-Dietz.

23. Mulher, 79a, procurou atendimento médico devido ter apresentado ao acordar e se levantar da cama, dor súbita em coxa e perna esquerdas. A dor é contínua, piora com a posição ortostática e à deambulação, sendo acompanhada de edema e descoloração do membro **(IMAGEM ABAIXO). O EXAME INDICADO PARA CONFIRMAÇÃO DA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA NESTA PACIENTE É:**



a) Avaliação do índice tornozelo-braço com o Doppler.
b) Dosagem sanguínea de dímero-D.
c) Avaliação do tempo e atividade da protrombina.
d) Ultrassonografia vascular com Doppler.

24. Mulher, 55a, foi submetida a revascularização do membro inferior direito com uma ponte de safena interna invertida. Evoluiu no pós-operatório com delimitação de necrose nos artelhos do pé, sendo submetida no 15º pós-operatório a amputação **(IMAGEM ABAIXO).**



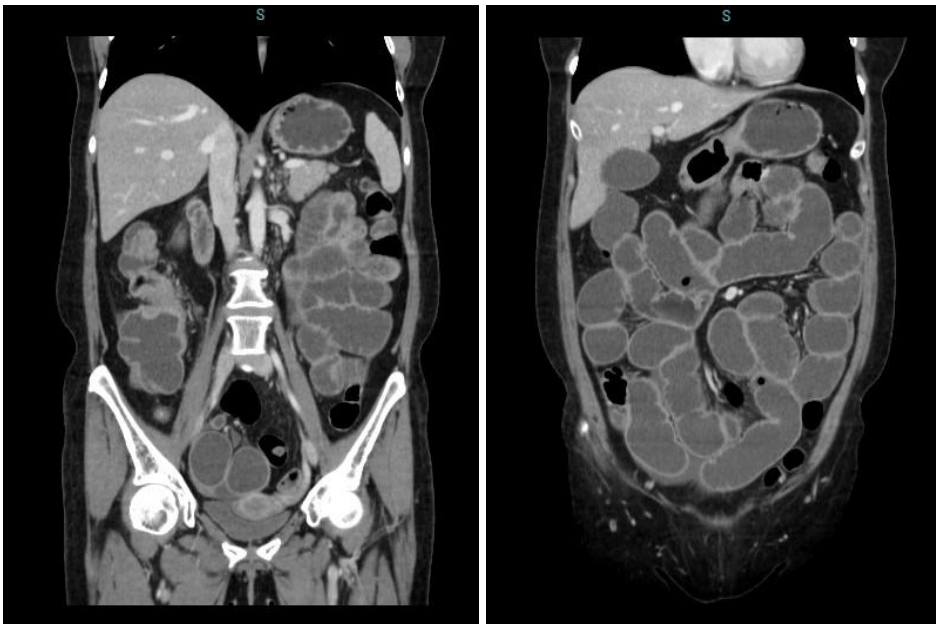
A AMPUTAÇÃO REALIZADA FOI:

a) Transmetatarsiana.
b) Digital do raio.
c) Chopart.
d) Syme.

25. A fotografia **(IMAGEM Q25)** foi obtida durante uma cirurgia de endarterectomia de carótida. **O NERVO IDENTIFICADO COM A SETA É:**

a) Vago.
b) Hipoglosso.
c) Glossofaríngeo.
d) Laringeo recorrente.

26. Homem, 36a, procurou o Pronto Socorro referindo constipação intestinal há três meses, com piora no último mês. Há dois dias refere parada de eliminação de flatos e fezes, associada a distensão abdominal. Nega doenças prévias relevantes ou cirurgias abdominais. Realizou tomografia computadorizada de abdome **(IMAGEM ABAIXO).**



EM RELAÇÃO AO QUADRO CLÍNICO E RADIOLÓGICO, PODE-SE AFIRMAR QUE:

a) Trata-se de um quadro de obstrução intestinal em alça fechada.
b) A principal suspeita diagnóstica é obstrução intestinal por bridas.
c) O quadro clínico e achado radiológico sugerem neoplasia intestinal.
d) O diagnóstico provável é doença de Crohn devido idade do paciente.

27. Uma das classificações atualmente utilizadas na doença de Crohn é a Classificação de Montreal. **EM RELAÇÃO A ESTA CLASSIFICAÇÃO, PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) O modificador “p” significa a ocorrência de doença perianal.
b) A classificação L3 significa uma doença de localização colônica.
c) A classificação B2 significa doença de comportamento penetrante.
d) A classificação A3 significa que o paciente tem mais de 30 anos.

28. Paciente de 28a foi submetido a colectomia total e anastomose ileorretal devido polipose adenomatosa familiar (PAF). Após dois anos da cirurgia evoluiu com dor e distensão abdominal, sendo submetido a laparotomia. A **IMAGEM Q28** mostra: achado da tomografia computadorizada de abdome (A) o achado intraoperatório (B) e o espécime cirúrgico (C).

PODE-SE AFIRMAR QUE ESTAS LESÕES SÃO:

a) Tumores bastante raros e originados das células intersticiais de Cajal.
b) Encontrados em aproximadamente 3% a 5% dos pacientes com PAF.
c) Localmente invasivas, podendo causar também obstrução ureteral.
d) Bem responsivos ao tratamento associando quimioterapia e radioterapia.

29. A doença hemorroidária é uma doença comum na população em geral, cujas principais complicações são sangramento, prolapso e trombose. **AS LOCALIZAÇÕES MAIS FREQUENTES DESTES MAMILOS HEMORROIDÁRIOS SÃO:**

a) Anterior, quadrante posterior direito, quadrante anterior esquerdo
b) Quadrante anterior esquerdo, quadrante posterior esquerdo e lateral esquerdo.
c) Posterior, quadrante anterior direito e quadrante posterior esquerdo.
d) Quadrante anterior direito, quadrante posterior direito e lateral esquerdo.

30. Paciente foi submetido a colectomia esquerda com linfadenectomia intercavoaórtica. Após retirada da peça cirúrgica, são identificadas as estruturas indicadas nas setas **(IMAGEM Q30). AS ESTRUTURAS IDENTIFICADAS PELOS NÚMEROS 1, 2 E 3 SÃO, RESPECTIVAMENTE:**

a) Veia mesentérica inferior, coto da artéria mesentérica inferior, artéria hipogástrica.
b) Veia renal esquerda, coto da artéria mesentérica inferior, ureter esquerdo.
c) Veia renal esquerda, coto da artéria cólica esquerda, ureter esquerdo.
d) Veia renal esquerda, coto da artéria mesentérica inferior, artéria vesical superior.

31. Homem, 68a, apresenta quadro de pneumatúria e fecalúria há 30 dias. **ENTRE AS ETIOLOGIAS DESTES SINTOMAS, A MAIS FREQUENTE É:**

a) Doença de Crohn.
b) Adenocarcinoma de cólon.
c) Adenocarcinoma de próstata.
d) Diverticulite complicada.

32. Mulher, 67a, encontra-se no 5º dia de pós-operatório de ressecção ampla de sarcoma em membro inferior direito, mantida sob ventilação mecânica invasiva. Inicia quadro de febre, aumento da secreção traqueal, piora dos parâmetros ventilatórios e instabilidade hemodinâmica. O radiograma de tórax mostra um novo infiltrado alveolar em base direita. **A RESPEITO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV), PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) O principal mecanismo patogênico para o desenvolvimento da PAV é a colonização e a formação de biofilme na superfície interna do tubo orotraqueal.
b) A elevação da cabeceira da cama, a interrupção diária de sedação e a realização de testes de respiração espontânea são os mais benéficos dentro dos "*bundles*" de prevenção da PAV.
c) O *Clinical Pulmonary Infection Score* (CPIS) é considerado o padrão-ouro para diagnóstico da PAV, já que a presença de bactérias nas vias aéreas inferiores de pacientes intubados não é suficiente para o diagnóstico.
d) A administração intravenosa de antibióticos para PAV apresenta diversas limitações, incluindo a baixa penetração pulmonar. Assim, a coadministração de antibióticos via nebulização é uma alternativa recomendada.

33. Homem, 58a, internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido a choque séptico de foco pulmonar com evolução clínica satisfatória, encontra-se em fase de desmame ventilatório, atualmente em modo pressão de suporte. Durante a visita multidisciplinar, o paciente apresenta-se ansioso e discretamente assíncrono com o ventilador, com escala de agitação-sedação de Richmond (RASS= +1). Visando a continuidade do desmame ventilatório, a equipe médica decide instituir um esquema de sedação leve (alvo RASS=0 a -2). **CONSIDERANDO A FARMACOLOGIA DOS SEDATIVOS COMUMENTE UTILIZADOS NA UTI E AS DIRETRIZES ATUAIS, A CONDUTA É INICIAR A INFUSÃO:**

a) Contínua de dexmedetomidina, pois atua como agonista alfa-2 adrenérgico altamente seletivo, promovendo sedação leve e cooperativa sem causar depressão do ciclo respiratório.
b) Contínua de propofol, pois por ser um modulador do receptor GABA-A, melhora a sincronia em *Pressure Support Ventilation* (PSV) e é o sedativo de escolha para preservar a arquitetura do sono e o ciclo respiratório.
c) Em *bolus* intermitentes de midazolam conforme demanda, pois a estratégia de sedação intermitente com benzodiazepínicos previne episódios de *delirium* e evita o acúmulo de metabólitos ativos que ocorre na infusão contínua.
d) Contínua de quetamina em dose anestésica isolada, visando o bloqueio de receptores N-metil-D-aspartato para suprimir reflexos de tosse e garantir o repouso completo da musculatura respiratória em PSV.

34. O magnésio é um íon importante que atua como cofator em centenas de reações enzimáticas, especialmente naquelas que envolvem a adenosina trifosfato. **A RESPEITO DESTE ÍON, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a) O magnésio é um cátion divalente (Mg^{2+}) predominantemente localizado no compartimento extracelular.
b) Hipomagnesemia raramente está associada a outros distúrbios eletrolíticos, tais como hipocalemia e/ou hipocalcemia.
c) As alterações no eletrocardiograma observadas na hipomagnesemia são semelhantes aqueles que ocorrem na hipercalemia.
d) Na sua reposição intravenosa, preconiza-se a administração em *bolus* seguida de infusão contínua.

35. Homem, 64a, se encontra no 2º pós-operatório de retossigmoidectomia com fechamento do reto e colostomia terminal devido diverticulite perfurada. Encontra-se sob ventilação mecânica, sedoanalgesia e noradrenalina em baixas doses. Evolui com oliguria progressiva e elevação rápida de escórias nitrogenadas, preenchendo critérios para injúria renal aguda, KDIGO estágio 3, sem sinais clínicos de congestão pulmonar. Gasometria arterial: potássio=4,9mEq/L; pH=7,35; pO_2=88mmHg; pCO_2=32mmHg; Bicarbonato=22mEq/L; Excesso de base= -2,0mEq/L; lactato=1,6mmol/L. **CONSIDERANDO OS PRINCÍPIOS FISIOPATOLÓGICOS E AS RECOMENDAÇÕES ATUAIS PARA O MANEJO DA TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL (TSR) EM PACIENTES GRAVES, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a) Na ausência de indicações de urgência (hipercalemia refratária ou congestão pulmonar), o acompanhamento clínico inicial é seguro, reduz a necessidade de TSR e o risco de dependência dialítica em longo prazo.
b) A TSR contínua (hemofiltração) é a modalidade de escolha para este paciente, pois demonstrou superioridade na redução da mortalidade hospitalar em comparação com a hemodiálise intermitente convencional.
c) O uso rotineiro de diuréticos de alça (furosemida) está indicado durante a diálise para acelerar a recuperação da função renal e reduzir o tempo total de dependência do suporte dialítico.
d) A queda progressiva dos níveis séricos de ureia e creatinina durante o tratamento dialítico é o parâmetro mais confiável para confirmar a recuperação da função renal e indicar a suspensão segura da TSR.

36. Mulher, 65a, no 2º pós-operatório de revascularização do miocárdio, evolui com disfunção ventricular esquerda grave e sinais de hipoperfusão sistêmica característicos de choque cardiogênico. A equipe médica decide iniciar suporte inotrópico com dobutamina. **CONSIDERANDO OS EFEITOS HEMODINÂMICOS DESTE FÁRMACO, PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) É um agonista adrenérgico idêntico à dobutamina endógena, substância sintetizada naturalmente pela medula adrenal.
b) Ativa exclusivamente receptores adrenérgicos beta-1, mecanismo responsável por seus efeitos inotrópicos e cronotrópicos.
c) A hipotensão por redução do tônus vascular mediada por receptores beta-2 é um efeito colateral potencial da dobutamina.
d) Age aumentando a concentração intracelular de cálcio por meio da inibição da enzima fosfodiesterase.

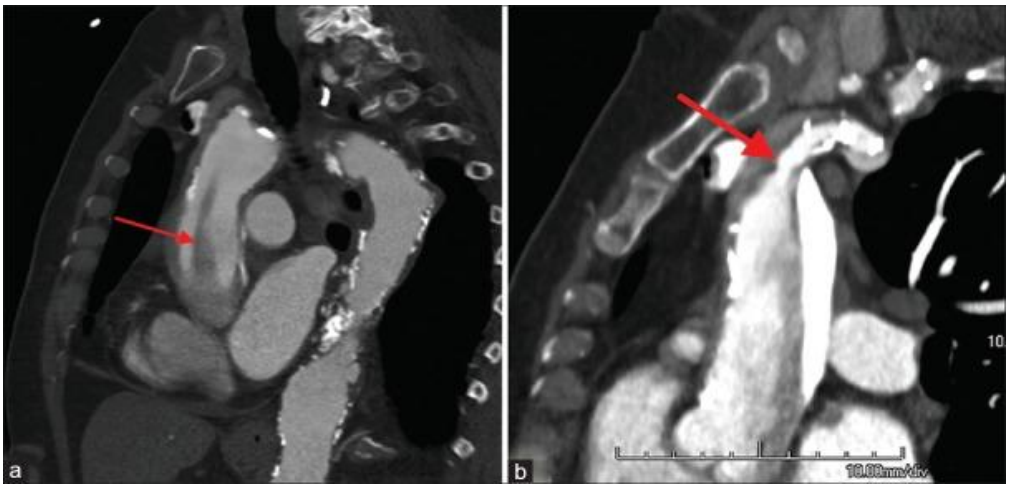
37. A expansão volêmica é uma das intervenções frequentes na Unidade de Terapia Intensiva. Neste contexto, a escolha do fluido ideal para diferentes subgrupos de pacientes críticos é fundamental, dados os impactos diretos que essa decisão exerce nos desfechos clínicos. **COM BASE NAS DIRETRIZES ATUAIS SOBRE O TEMA, PODE-SE AFIRMAR QUE EM PACIENTES COM:**

a) Choque séptico e hipoalbuminemia, sugere-se a albumina humana como primeira escolha devido ao seu impacto positivo na mortalidade global.
b) Cirrose hepática sugere-se priorizar o uso de cristaloides balanceados em vez de albumina humana devido maior risco de hipercalcemia.
c) Injúria renal aguda sugere-se o uso da solução fisiológica 0,9% em vez de cristaloides balanceados para mitigar o risco de hipercalemia e progressão para diálise.
d) Traumatismo cranioencefálico grave sugere-se o uso de solução fisiológico 0,9% em vez de cristaloides balanceados.

38. A pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial ($PaCO_2$) é o resultado direto do equilíbrio dinâmico entre a produção metabólica celular de CO_2 e a eficácia de sua eliminação pela ventilação alveolar. **A RESPEITO DA HIPERCAPNIA, PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) A eliminação do CO_2 é determinada pela equação fundamental: Ventilação Alveolar = Frequência Respiratória x (Espaço Morto – Volume Corrente).
b) A sepse, sedativos, hipotermia e o excesso de oferta calórica (*overfeeding*) são causas de hipercapnia por aumento do metabolismo e da produção celular de CO_2.
c) O CO_2 causa vasoconstrição pulmonar, de maneira que a hipercapnia severa eleva o risco de *cor pulmonale* agudo por aumento da pós-carga do ventrículo direito.
d) Em caso de uma ventilação alveolar fixa, o uso de bicarbonato de sódio para manejo da acidose respiratória pode gerar alcalose intracelular.

39. Homem, 58a, apresenta dor torácica súbita, assimetria de pulsos e insuficiência aórtica importante. A angiotomografia mostra dissecção envolvendo raiz, aorta ascendente e arco, com extensão para a aorta descendente. Durante a avaliação pré-operatória, identifica-se hemopericárdio com tamponamento. **A CONDUTA É:**

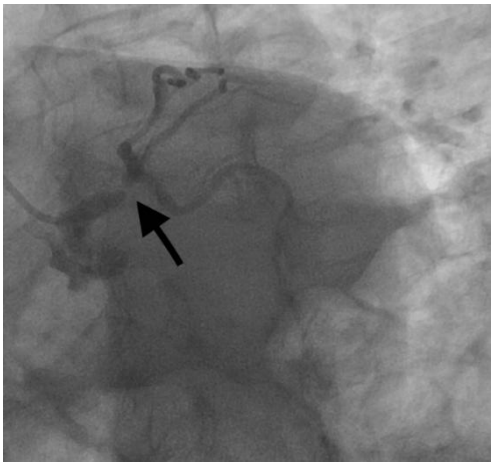


a) Cirurgia emergencial, drenagem pericárdica lenta se colapso refratário antes do controle aórtico.
b) Drenagem pericárdica ampla antes da transferência ao centro cirúrgico e reposição volêmica agressiva.
c) Controle clínico da pressão com uso de nitroprussiato de sódio e repetir a tomografia após seis horas.
d) Cirurgia minimamente invasiva com uso de endoprótese na aorta descendente como primeiro procedimento.

40. Homem, 47a, com bioprótese aórtica implantada há quatro anos, apresenta febre persistente e bacteremia por *Staphylococcus aureus*. Ecocardiograma transesofágico: deiscência parcial da prótese, regurgitação paravalvar acentuada e abscesso do anel com extensão para a fibrosa intervalvar mitroaórtica. **A CONDUTA É:**

a) Antibioticoterapia por seis semanas, cirurgia se culturas permanecerem positivas.
b) Cirurgia precoce, retirada do material infectado, desbridamento e reconstrução.
c) Fechamento percutâneo da deiscência após sete dias de antibioticoterapia.
d) Implante transcateter *valve-in-valve* dentro da prótese comprometida.

41. Homem, 67a, diabético, apresenta angina aos mínimos esforços. Ecocardiograma: fração de ejeção de 45%. Cineangiocoronariografia: lesão distal do tronco da coronária esquerda envolvendo descendente anterior e circunflexa, associada a doença difusa da coronária direita **(IMAGEM ABAIXO)**. Escore SYNTAX=38.



A ESTRATÉGIA MAIS CONSISTENTE É:

a) Tratamento clínico isolado uma vez que a função ventricular não se encontra gravemente reduzida.
b) Angioplastia do tronco de coronária esquerda com técnica de dois *stents*, independentemente da complexidade anatômica.
c) Revascularização cirúrgica, preferencialmente com artéria torácica interna para a descendente anterior.
d) Angioplastia da coronária direita sem uso de *stents* e nova cineangiocoronariografia em seis meses para reavaliar o tronco de coronária esquerda.

42. Após revascularização miocárdica, poucos minutos depois do início da protamina, o paciente desenvolve hipotensão profunda, aumento súbito da pressão pulmonar, dilatação importante do ventrículo direito (VD) e queda do enchimento ventricular esquerdo. **A CONDUTA INICIAL É:**

a) Iniciar drogas vasoativas e administrar nova dose de protamina para neutralização completa da heparina.
b) Interromper a protamina, tratar a falência do VD, considerar retorno imediato à circulação extracorpórea.
c) Administrar volume com uso de soluções balanceadas, pois o mecanismo predominante é hipovolemia.
d) Inserir balão intra-aórtico por acesso em artéria femoral esquerda, antes de qualquer outra intervenção.

43. Mulher, 55a, baixo risco cirúrgico, apresenta valva aórtica bicúspide com estenose grave sintomática. Angiotomografia: raiz aórtica de 39mm e aorta ascendente tubular de 52mm. Não há síndrome genética conhecida. **O PROCEDIMENTO APROPRIADO É:**

a) Troca valvar aórtica isolada, com prótese biológica.
b) Implante transcateter de valva aórtica e acompanhamento tomográfico.
c) Substituição isolada da aorta ascendente, preservando a valva estenótica.
d) Troca valvar associada à substituição da aorta ascendente.

44. Paciente com prótese mecânica mitral apresenta dispneia súbita, edema pulmonar e choque. Ecocardiograma: imobilidade de um folheto, gradiente médio de 22mmHg e imagem compatível com trombo. **A CONDUTA A SER PRIORIZADA É:**

a) Anticoagulação com heparina e observação por 24 horas.
b) Trombólise sistêmica em dose plena, independentemente do risco hemorrágico.
c) Cirurgia emergencial para retirada do trombo ou substituição da prótese.
d) Valvoplastia mitral percutânea com balão.

45. Homem, 66a, sem comorbidades e com expectativa de vida superior a 10 anos, apresenta *Prostate-Specific Antigen* (PSA) de 5,6ng/mL. A biópsia prostática demonstra adenocarcinoma acinar *International Society of Urological Pathology* (ISUP) *Grade Group*1 (Gleason 3+3), de pequena extensão. O estadiamento clínico é cT1cN0M0. Opta-se por uma estratégia conservadora, com possibilidade de tratamento curativo caso sejam identificados sinais de progressão. **A ESTRATÉGIA CORRESPONDENTE A ESTA ABORDAGEM É:**

a) *Watchful waiting*, com tratamento paliativo se houver progressão da doença.
b) Privação androgênica intermitente até demonstração de progressão da doença.
c) Observação sem necessidade de monitorização programada enquanto o paciente permanecer assintomático.
d) Vigilância ativa, com acompanhamento estruturado e tratamento curativo se progressão da doença.

46. Homem, 29a, apresenta nódulo no testículo esquerdo, indolor, com volume de 1,5cm^3 e características ultrassonográficas altamente suspeitas para tumor. **A CONDUTA É:**

a) Biópsia transescrotal da lesão para confirmação do tipo histológico.
b) Orquiectomia radical por via inguinal com ligadura alta do cordão espermático.
c) Orquiectomia por via escrotal, associada com quimioterapia adjuvante.
d) Quimioterapia e radioterapia neoadjuvante, seguida de tratamento cirúrgico.

47. Homem, 68a, apresenta sintomas do trato urinário inferior moderados a intensos. *International Prostate Symptom Score* (IPSS)=20; volume prostático=60cm^3; *Prostate-Specific Antigen* (PSA)=3,2ng/mL; resíduo pós-miccional=90ml e fluxo urinário máximo reduzido. Não apresenta indicação absoluta de tratamento cirúrgico, considerando-se tratamento farmacológico em longo prazo. **PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) Os alfa-1-bloqueadores proporcionam melhora sintomática rápida e, com tratamento prolongado, reduzem o volume prostático e o risco de retenção urinária aguda.
b) Os inibidores da 5-alfa-redutase apresentam início de ação rápido e são superiores aos alfa-1-bloqueadores para melhora dos sintomas nas primeiras semanas de tratamento.
c) A associação entre alfa-1-bloqueador e inibidor da 5-alfa-redutase pode melhorar sintomas e reduzir o risco de progressão, retenção urinária e necessidade de cirurgia.
d) A redução do PSA produzida pelos inibidores da 5-alfa-redutase ocorre sem redução significativa do volume prostático.

48. Mulher, 30a, sexualmente ativa, apresentou cinco episódios de cistite nos últimos 12 meses, documentados por urocultura, e relação temporal consistente com relações sexuais. Não está grávida, não apresenta alterações anatômicas do trato urinário e permanece assintomática entre os episódios. Sem resposta às medidas comportamentais e estratégias não antimicrobianas. **A CONDUTA MAIS ADEQUADA PARA REDUZIR AS RECORRÊNCIAS NESTE CASO É:**

a) Profilaxia antimicrobiana após relação sexual.
b) Profilaxia antimicrobiana aleatória por três meses.
c) Urocultura periódica entre os episódios, com tratamento direcionado.
d) Antibioticoterapia após cada relação sexual, se urocultura positiva.

49. Homem, 32a, foi vítima de acidente automobilístico com trauma abdominal fechado. Após avaliação inicial, encontrava-se hemodinamicamente estável. A tomografia computadorizada demonstrou trauma renal grau IV, à esquerda, conforme *American Association for the Surgery of Trauma* (AAST), com pequeno extravasamento urinário, sem sangramento arterial ativo. Sem lesão de demais órgãos. **A CONDUTA É:**

a) Exploração renal imediata, pois lesões AAST grau IV apresentam indicação cirúrgica independentemente da clínica.
b) Nefrectomia parcial, uma vez que o extravasamento urinário após trauma renal é indicativo de exploração cirúrgica.
c) Tratamento não operatório com monitorização, sem necessidade obrigatória de colocação imediata de cateter duplo jota.
d) Colocação imediata de cateter duplo jota devido trauma renal grau IV associado a extravasamento urinário.

50. Homem, 45a, apresenta cálculo de 7mm no ureter distal, diagnosticado por tomografia computadorizada. A dor foi controlada, não há sinais de infecção, a função renal está preservada. **PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) A terapia expulsiva medicamentosa está contraindicada em cálculos maiores que 5mm devido ao baixo potencial de eliminação espontânea.
b) Alfa-bloqueadores podem ser oferecidos como terapia expulsiva, apresentando maior benefício em cálculos ureterais distais de até 10mm.
c) A ureteroscopia é obrigatória para cálculos ureterais maiores que 5mm, independentemente dos sintomas e da possibilidade de acompanhamento.
d) A litotripsia extracorpórea apresenta maior probabilidade de tornar o paciente livre de cálculo em um único procedimento e maior taxa de complicações que a ureteroscopia.

51. A principal razão da elevada mortalidade das infecções necrosantes de partes moles é o retardo no diagnóstico. **SOBRE O RECONHECIMENTO CLÍNICO DESTAS, PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) Crepitação, coloração violácea da pele, necrose cutânea e bolhas são achados sensíveis, presentes em mais de 90% dos casos.
b) Escore *Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis* (LRINEC) inferior a seis pontos permite excluir o diagnóstico com segurança.
c) Eritema, calor e dor estão presentes em cerca de 90% dos casos, mas não distinguem a infecção necrosante de uma celulite.
d) A ausência de gás em partes moles no radiograma ou na tomografia computadorizada afasta o diagnóstico.

52. Mulher, 52a, apresenta lesão ulcerovegetante medindo 3cm sobre cicatriz de queimadura extensa em antebraço direito, ocorrida na infância. Foi tratada à época apenas com curativos. A lesão surgiu há oito meses e vem crescendo. **SOBRE ESTA CONDIÇÃO, PODE-SE AFIRMAR QUE:**

a) O tipo histológico mais frequentemente associado à cicatriz de queimaduras é o carcinoma basocelular.
b) Sua prevenção baseia-se na excisão precoce e enxertia das queimaduras profundas.
c) Apresenta comportamento biológico menos agressivo que o carcinoma espinocelular convencional.
d) A biópsia diagnóstica deve ser colhida no centro da úlcera, onde a celularidade tumoral é maior.

53. Homem, 28a, eletricista, sofre choque por rede de alta tensão. Refere dor intensa no antebraço direito e urina de coloração escura. Exame físico: consciente e orientado, hemodinamicamente estável. Presença de lesão cutânea de 3% da superfície corporal na mão direita (entrada) e no pé esquerdo (saída). **EM RELAÇÃO A REPOSIÇÃO VOLÊMICA DESTE PACIENTE, É CORRETO AFIRMAR QUE DEVE:**

a) Ser realizada com volumes superiores ao previsto pela área cutânea, pois a lesão é profunda e não estimável.
b) Seguir a fórmula de Parkland, calculada sobre a superfície cutânea queimada visível, multiplicado por dois.
c) Ser restritiva, associada a diurético de alça, para evitar sobrecarga volêmica, edema de reperfusão e pulmonar.
d) Ser postergada em decorrência da pequena extensão cutânea, caracterizando lesão de baixa gravidade.

54. Mulher, 61a, foi submetida a mastectomia e radioterapia adjuvante há três anos. Apresenta há cinco meses na parede torácica irradiada, uma lesão de 4cm no maior eixo, sem sinais de infecção, que não apresenta sinais de melhora apesar de curativos adequados. **SOBRE O COMPORTAMENTO DO TECIDO IRRADIADO NESTE CONTEXTO, É CORRETO AFIRMAR:**

a) Trata-se de efeito transitório, sendo esperada a recuperação da capacidade de remodelamento tecidual.
b) O prejuízo decorre principalmente de hipoalbuminemia e hipovitaminose induzidas pela radioterapia.
c) A ausência de cicatrização caracteriza infecção subclínica, devendo-se instituir antibioticoterapia sistêmica empírica.
d) Há perda da capacidade de remodelamento, instalando-se fibrose reativa autoperpetuada.

55. Homem, 24a, vítima de agressão física, apresenta dor pré-auricular à direita. Exame físico: limitação da abertura bucal, observando-se desvio da mandíbula para a direita. Não há alteração da sensibilidade do lábio inferior. **O ACHADO DESCRITO É EXPLICADO POR FRATURA DE:**

a) Côndilo à esquerda, com desvio para o lado oposto ao fraturado pela ação do músculo masseter ipsilateral.
b) Ângulo mandibular à direita, com desvio determinado pela tração balanceada do músculo temporal contralateral.
c) Côndilo à direita, com desvio para o lado fraturado pela ação não contrabalançada do músculo pterigoideo lateral contralateral.
d) Corpo mandibular com lesão do nervo alveolar inferior direito, com perda do controle proprioceptivo da articulação temporomandibular.

56. Homem, 42a, foi submetido a enxertia de pele parcial sobre leito granulado em face anterior da perna direita, com curativo compressivo e imobilização em tala. Ao primeiro curativo, no 5º dia de pós-operatório, a periferia do enxerto apresenta-se rósea e aderida, mas a porção central está escurecida e não integrada, com coleção líquida escura subjacente. Não há secreção purulenta, odor ou celulite perilesional. **A CAUSA MAIS PROVÁVEL DA PERDA DO ENXERTO NESTA ÁREA E O MECANISMO ENVOLVIDO SÃO, RESPECTIVAMENTE:**

a) Contração primária do enxerto, que rompe as pontes do tecido de granulação da área de contato com o leito receptor.
b) Hematoma sob o enxerto, atuando como barreira física que impede a revascularização a partir do leito receptor.
c) Infecção pela bactéria *Pseudomonas aeruginosa*, levando a lise enzimática do enxerto e coloração verde-escura.
d) Cisalhamento por fixação inadequada e mobilização precoce, com ruptura dos vasos neoformados entre o enxerto e leito receptor.

57. A biópsia de linfonodo sentinela (BLS) no melanoma cutâneo é o método mais preciso para identificar micrometástases lineares e orientar o estadiamento do paciente. **QUANTO A REALIZAÇÃO DA BLS, É CORRETO AFIRMAR QUE:**

a) Baseia-se principalmente na espessura do tumor (Índice de Breslow) e na presença de fatores de riscos anatomopatológicos.
b) É indicada se índice de Breslow maior que 1mm nos pacientes com linfonodos clinicamente aumentados ou suspeitos no exame físico e exames de imagem.
c) Não é indicada em casos de Breslow menor de 0,8mm, índice mitótico elevado (ex: ≥2 mitoses/mm²) e com invasão angiolinfática ou perineural.
d) É indicada caso de melanomas *in situ* restritos a epiderme na região de cabeça e pescoço.

58. A ocorrência de um segundo tumor primário na região de cabeça e pescoço deve ser pesquisada pois esta ocorrência não é incomum, devido a dois principais agentes carcinógenos nestes doentes (álcool e fumo). **PARA O DIAGNÓSTICO DE UM SEGUNDO TUMOR PRIMÁRIO, OS SEGUINTES EXAMES DEVEM SER REALIZADOS:**

a) Endoscopia digestiva alta (EDA), tomografia computadorizada (TC) de crânio, ressonância magnética nuclear (RMN) de cabeça e pescoço.
b) Nasofaringolaringoscopia (NFL), EDA, TC de cabeça e pescoço, TC de tórax.
c) NFL, EDA, radiograma de seios da face, TC de crânio, RMN de cabeça e pescoço.
d) EDA, TC de crânio, RMN de cabeça e pescoço, radiograma de seios da face.

59. Entre os tumores benignos dos nervos periféricos, um grupo específico origina-se das células de Schwann (schwannomas). **NA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO ESTES TUMORES:**

a) Caracterizam-se pela presença de áreas hipocelulares específicas, conhecidas como áreas Antoni B, C ou D e ainda por áreas mais densas.
b) São neoplasias frequentes, geralmente apresentando-se como lesões múltiplas e não encapsuladas.
c) Podem ocorrer frequentemente dentro dos ossos da face, causando sintomas geralmente dolorosos.
d) Quando ocorrem nesta região, podem estar associados à doença de Von Recklinghausen.

60. O carcinoma medular de tireoide (CMT) origina-se nas células parafoliculares e representa 3% a 4% das neoplasias malignas que afetam esta glândula. **QUANTO A ESTA NEOPLASIA É CORRETO AFIRMAR:**

a) Deve-se suspeitar em caso de nódulos tireoidianos associados a histórico familiar de CMT, feocromocitoma e/ou hiperparatireoidismo.
b) Aproximadamente 75% destes casos são hereditários, portanto, decorrentes de mutações ativadoras no proto-oncogene (RET).
c) CMT diagnosticado por dosagem da tireoglobulina no aspirado de nódulo suspeito é um método que deveria ser rotineiro em casos suspeitos.
d) A cirurgia, quando associada à quimioterapia adjuvante é curativa, mesmo para aqueles casos com doença metastática.

61. NA FIGURA (IMAGEM Q61), OS NÚMEROS 1, 2, 3 E 4 CORRESPONDEM RESPECTIVAMENTE A:

a) Paratireoide, nervo vago, jugular externa, carótida comum.
b) Tireoide, nervo vago, jugular interna, carótida externa.
c) Paratireoide, nervo recorrente, jugular interna, carótida comum.
d) Tireoide, nervo recorrente, jugular externa, carótida externa.

62. Homem, 47a, assintomático, apresenta nódulo cervical, de 25mm no maior eixo, no nível II, à direita. Nega etilismo e tabagismo. A suspeita é se tratar de carcinoma epidermoide em mucosa de cabeça e pescoço com metástase cervical. **SENDO ASSIM, É CORRETO AFIRMAR:**

a) Em caso de teste molecular *Human Papillomavirus* (HPV) positivo o prognóstico é significativamente pior.
b) A provável localização do tumor primário deve ser na rinofaringe.
c) O tratamento cirúrgico deve ter prioridade nestes tipos de neoplasia.
d) Teste imuno-histoquímico para verificar a proteína p16 é de suma importância.

63. EM RELAÇÃO À FISIOPATOLOGIA DO PNEUMOPERITÔNEO COM GÁS CARBÔNICO (CO_2) NA VIDEOLAPAROSCOPIA, PODE-SE AFIRMAR QUE:

a) O CO_2 é altamente hidrossolúvel e transportado pelo plasma sanguíneo.
b) Aumenta a pré-carga, diminui a pós-carga, ocasiona oliguria e hipercarbia.
c) $CO_2 + H_2O = H_2CO^3 = H^- + HCO^{3+}$ (solução tampão de ácido carbônico).
d) O rim é o principal responsável pela retenção aguda do bicarbonato para manter o pH estável.

64. Este radiograma contrastado foi realizado em um recém-nascido a termo, com 12 horas de vida e peso=2.800g.



EM RELAÇÃO AO CASO, PODE-SE AFIRMAR QUE:

a) Está demonstrado uma estenose esofágica, pois existe ar no estômago.
b) Radiograma é compatível com atresia de esôfago sem fístula traqueoesofágica.
c) O tratamento inicial é a esofagostomia e gastrostomia.
d) A conduta é a ligadura da fístula traqueoesofágica e anastomose esofágica.

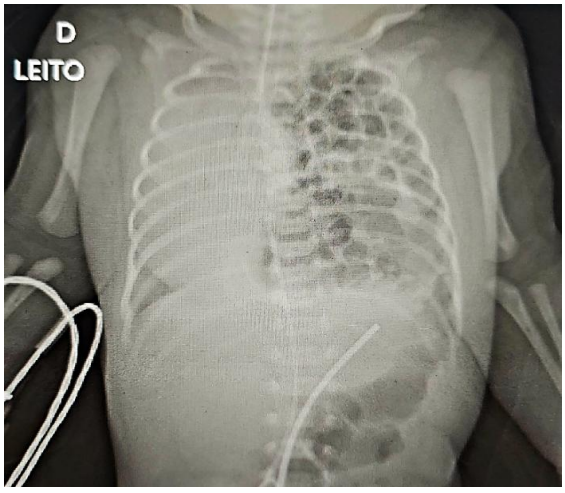
65. Esta criança apresenta uma condição rara que acomete vários sistemas e órgãos **(IMAGEM Q65). O SISTEMA QUE SE ENCONTRA ACOMETIDO E O ACHADO NESTA SÍNDROME SÃO:**

a) Urinário com hidronefrose.
b) Reprodutor com anorquia.
c) Osteomuscular com hipertrofia da parede abdominal.
d) Gastrointestinal com megacólon.

66. Recém-nascido com 36 semanas e peso=2.200g apresenta este defeito abdominal de 8cm de diâmetro **(IMAGEM Q66). PODEMOS AFIRMAR QUE:**

a) Esta malformação é benigna e raramente associada à alteração genética.
b) É possível a redução das alças e órgãos e fechamento estagiado da parede.
c) O tratamento fetal pode ser realizado com 28 semanas de gestação.
d) A utilização de toxina botulínica por 6 meses facilita o fechamento da parede.

67. Recém-nascido prematuro de 32 semanas, 24 horas de vida, peso=1.200g, foi submetido ao tratamento perinatal desta malformação e atualmente encontra-se entubado e com hipertensão pulmonar severa, ventilação de alta frequência e óxido nítrico. Realizou radiograma (**IMAGEM ABAIXO**).



O ACHADO ULTRASSONOGRÁFICO PRÉ-NATAL DE MAU PROGNÓSTICO, O TRATAMENTO REALIZADO INTRAUTERINO E A CONDUTA PÓS-NATAL INICIAL MAIS INDICADOS SÃO, RESPECTIVAMENTE:

a) Fígado acima do diafragma, oclusão traqueal, diminuir pressão da artéria pulmonar.
b) Pulmão direito maior que diâmetro da cabeça, corticoide fetal, correção da hérnia.
c) Lesão macrocística, drenagem torácica fetal, ressecção da lesão.
d) Abdome maior que cabeça, balão traqueal, drenagem torácica neonatal.

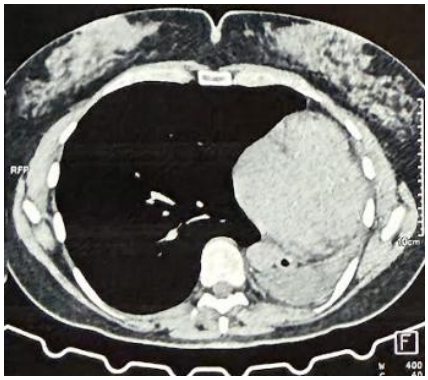
68. Esta criança apresenta dois estomas na parede abdominal (**IMAGEM Q68**). O estoma superior elimina fezes bem formadas e o inferior não apresenta eliminações. **A AFIRMAÇÃO QUE MAIS SE APROXIMA DESTA APRESENTAÇÃO É:**

a) Colostomia de Mikulicz para o tratamento de enterocolite necrosante.
b) Colostomia de Hartman para o tratamento do megacólon congênito.
c) Ileostomia de Bishop-Koop para tratamento do íleo meconial.
d) Colostomia de Nixon-Peña para o tratamento da malformação anorretal.

69. Homem, 66a, apresenta lesão em lobo superior esquerdo medindo 2,7x2,5cm, cuja biópsia confirmou tratar-se de um adenocarcinoma primário do pulmão e com *Standardized Uptake Value* (SUV)=11,3. Apresenta linfonodomegalia hilar homolateral. **SOB A PERSPECTIVA ONCOLÓGICA, A CONDUTA ADEQUADA É:**

a) Lobectomia superior esquerda e linfadenectomia mediastinal.
b) Quimioterapia e radioterapia.
c) Mediastinoscopia.
d) Imunoterapia.

70. Mulher, 56a, com antecedente de pneumonectomia esquerda há um ano, apresenta queixa de dispneia progressiva, sibilância e tosse persistente nos últimos 2 meses. Submetida a tomografia computadorizada de tórax (**IMAGEM ABAIXO**).



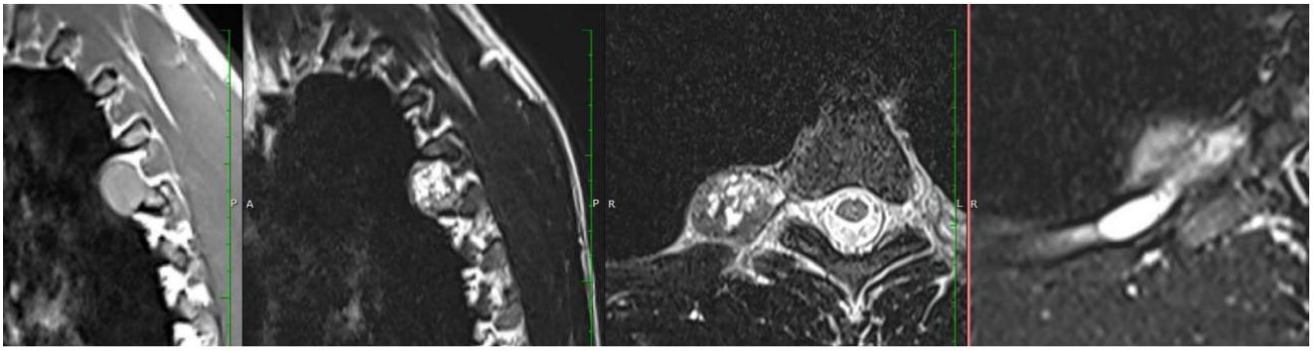
BASEADO NO QUADRO CLÍNICO E NA IMAGEM, A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

a) Atelectasia pulmonar total.
b) Empiema pleural tardio.
c) Asma brônquica.
d) Síndrome pós-pneumonectomia.

71. Homem, 62a, foi submetido a toracocentese para alívio de volumoso derrame pleural crônico, com drenagem imediata de 1.800ml de líquido citrino. Cerca de 30 minutos após o procedimento, o paciente evolui com tosse persistente, dispneia intensa e expectoração rosada. O radiograma de tórax revelou opacidades alveolares no pulmão ipsilateral. **O MECANISMO QUE JUSTIFICA ESTE QUADRO CLINICO É:**

a) Falência ventricular direita.
b) Edema de re-expansão.
c) Perfuração pulmonar com fístula broncopleural.
d) Edema pulmonar por pressão positiva.

72. Homem, 20a, em investigação de síndrome do desfiladeiro torácico foi submetido a uma angioressonância de plexo braquial e teve como achado incidental uma formação nodular sólida no mediastino posterior, localizada no quarto espaço intercostal direito, próxima do forame neural, medindo 26mm×22mm×15mm (**IMAGEM ABAIXO**).



A PROVÁVEL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

a) Timoma.
b) Hérnia de Bochdalek.
c) Meningocele.
d) Neurinoma.

73. Homem, 68a, encontra-se no 3º dia pós-operatório de uma lobectomia inferior direita por neoplasia pulmonar. Apresenta discreta dispneia, febre baixa persistente e redução progressiva do débito pelo dreno torácico. O radiograma de tórax demonstrou opacidade pleural residual, com nível hidroaéreo, e a tomografia evidenciou uma coleção pleural loculada, com conteúdo hemático organizado e sem sinais claros de empiema. Leucograma normal e contagem de plaquetas abaixo da normalidade (80.000/mm^3). **A CONDUTA ADEQUADA É:**

a) Manter o dreno em aspiração contínua por mais 7 dias, pois a maioria dos coágulos se resolve espontaneamente.
b) Retirar o dreno e acompanhar clinicamente, pois a presença de coleção pleural organizada é esperada após ressecções pulmonares.
c) Realizar nova abordagem pleural, preferencialmente por videotoracoscopia, para evacuação do coágulo e adequada drenagem da cavidade pleural.
d) Administrar anticoagulação plena para promover a lise do coágulo e facilitar sua drenagem pelo dreno.

74. Mulher, 62a, com antecedente de neoplasia primária da mama direita há quatro anos desenvolveu um quadro de derrame pleural ipsilateral causando desconforto respiratório. Foi submetida a toracocentese diagnóstica e de alívio, para análise do líquido pleural que mostrou citologia oncótica positiva. O radiograma de controle evidenciou expansão parcial do pulmão que foi confirmada na videotoracoscopia. **A CONDUTA ADEQUADA PARA ESTE CASO É:**

a) Descorticação pulmonar vídeo toracoscópica.
b) Pleurostomia no quinto espaço intercostal.
c) Pleurodese com agentes esclerosantes.
d) Cateter pleural de longa permanência.

75. Mulher, 28a, sem hepatopatia prévia, é admitida com insuficiência hepática aguda por intoxicação por paracetamol. Evolui com encefalopatia grau III, creatinina de 4,1mg/dL e RNI de 7,2. Após reanimação volêmica, o pH arterial é 7,34. **EM RELAÇÃO À INDICAÇÃO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO, É CORRETO AFIRMAR QUE:**

a) A paciente não preenche critérios de mau prognóstico, pois o pH arterial é superior a 7,30.
b) A paciente preenche critérios de *King's College* para intoxicação por paracetamol e deve ser indicada com urgência para transplante, mantendo-se o tratamento intensivo e a N-acetilcisteína.
c) A decisão deve ser adiada até o *Model End-Stage Liver Disease* (MELD) ultrapassar 40, pois o MELD substituiu os critérios específicos de insuficiência hepática aguda.
d) A presença de encefalopatia grau III contraindica transplante hepático pelo risco de edema cerebral irreversível.

76. Homem, 36a, assintomático e sem antecedente de hepatopatia crônica, apresenta achado incidental de lesão hepática medindo 3,8cm na ultrassonografia de rotina. Realizada ressonância magnética nuclear com contraste hepatobiliar: lesão compatível com adenoma hepatocelular, sem sinais de rotura ou transformação maligna. **A CONDUTA ADEQUADA É:**

a) Acompanhamento com ressonância magnética nuclear com contraste hepatobiliar anual, uma vez que a lesão tem diâmetro inferior a 5cm.
b) Embolização arterial eletiva, independentemente da presença de sangramento, para reduzir a lesão.
c) Ressecção cirúrgica, pois adenoma hepatocelular em homens possui indicação de tratamento cirúrgico independentemente do tamanho.
d) Biópsia percutânea obrigatória e tratamento cirúrgico se houver mutação de *Hepatocyte Nuclear Factor* (HNF)1A.

77. Homem, 58a, com cirrose hepática alcoólica, Child-Pugh C10, é admitido no Pronto Socorro com hematêmese e instabilidade hemodinâmica. Realizada reposição volêmica e passagem de balão de Sengstaken-Blakemore; iniciada droga vasoativa e antibioticoprofilaxia. Após estabilização hemodinâmica, foi realizada endoscopia digestiva alta que demonstrou sangramento ativo por varizes esofágicas, controlado por ligadura elástica. Paciente não apresenta insuficiência cardíaca direita, hipertensão pulmonar grave ou sepse. **A ESTRATÉGIA MAIS EFICAZ PARA REDUZIR FALHA DO TRATAMENTO E RESSANGRAMENTO NESTE PACIENTE É:**

a) Manter tratamento farmacológico e programar nova ligadura endoscópica em 2 a 4 semanas, e após, mensalmente até erradicação das varizes.
b) Indicar *Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt* (TIPS) preemptivo com *stent* recoberto, preferencialmente nas primeiras 24 horas e dentro de até 72 horas após o episódio hemorrágico.
c) Manter balão de Sengstaken-Blakemore por 24 horas, mesmo após controle endoscópico do sangramento, para prevenir ressangramento.
d) Indicar derivação portocava cirúrgica imediata como tratamento de escolha após o primeiro episódio de sangramento.

78. Homem, 62a, portador de cirrose por hepatite C tratada, Child-Pugh A5 e MELD 9, apresenta nódulo único de 2,6cm no segmento VI, com hipercaptação arterial e *washout*, classificado como LI-RADS 5. Não há invasão vascular nem doença extra-hepática. O paciente apresenta plaquetas de 72.000/mm³, esplenomegalia e varizes esofágicas. **CONSIDERANDO TRATAMENTO DE INTENÇÃO CURATIVA, A CONDUTA ADEQUADA É:**

a) Avaliação e listagem para transplante hepático, por apresentar carcinoma inicial dentro dos critérios de Milão associado a hipertensão portal significativa.
b) Ressecção hepática anatômica, pois o paciente é Child-Pugh A e apresenta lesão única, seguido de quimioterapia adjuvante.
c) Quimioembolização como tratamento definitivo, sem necessidade de ressecção cirúrgica ou de avaliação para transplante hepático.
d) Biópsia percutânea obrigatória antes de qualquer tratamento, mesmo com padrão radiológico típico em fígado cirrótico.

79. Mulher, 64a, apresenta quadro de icterícia obstrutiva, com diagnóstico de colangiocarcinoma peri-hilar Bismuth-Corlette IIIA, sem metástases ou doença peritoneal. Após drenagem biliar seletiva do futuro fígado remanescente, a bilirrubina encontra-se em queda. A estratégia oncológica planejada é hepatectomia direita ampliada, caudatectomia e ressecção da via biliar extra-hepática. A volumetria demonstra futuro fígado remanescente de 22%. **O PRÓXIMO PASSO É:**

a) Prosseguir a realização da hepatectomia, pois a função hepática basal é preservada e não contraindicação da cirurgia.
b) Realizar embolização dos ramos portais direitos antes da ressecção, com reavaliação volumétrica e funcional do futuro fígado remanescente.
c) Realizar embolização do ramo portal esquerdo para reduzir a congestão do fígado remanescente.
d) Substituir a ressecção por quimioterapia sistêmica exclusiva, pois Bismuth IIIA é irressecável por definição.

80. Homem, 54a, no terceiro dia de pós-operatório de transplante hepático, apresenta elevação abrupta de AST e ALT, além da piora da função do enxerto (RNI=3,5; pH=7,2). O Doppler, que demonstrava fluxo arterial adequado nas avaliações anteriores, não identifica sinal na artéria hepática. Não há instabilidade hemodinâmica que explique o achado**. A CONDUTA É**

a) Iniciar pulsoterapia com corticosteroide por provável rejeição celular aguda e repetir Doppler em 48 horas.
b) Realizar Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) imediata, pois a primeira manifestação da trombose arterial é obrigatoriamente uma estenose da anastomose biliar.
c) Manter observação clínica, pois a circulação colateral costuma preservar o enxerto na trombose arterial precoce.
d) Confirmar a oclusão arterial por angiotomografia ou angiografia e indicar revascularização cirúrgica/endovascular quando factível e retransplante, se necessário.

IMAGEM Q01

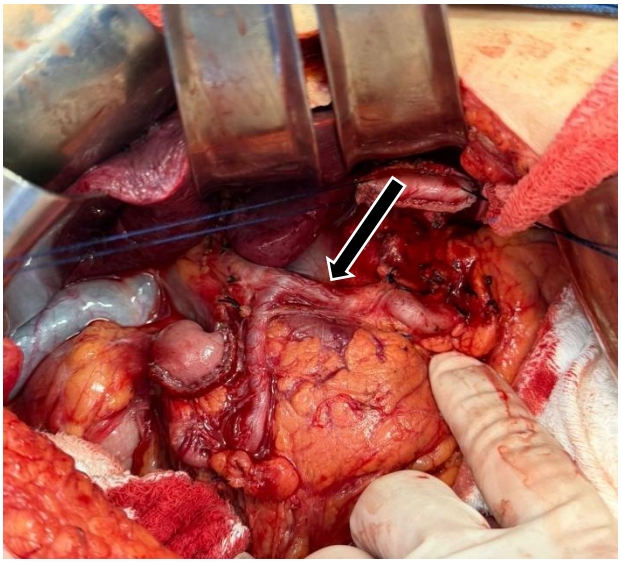


IMAGEM Q05

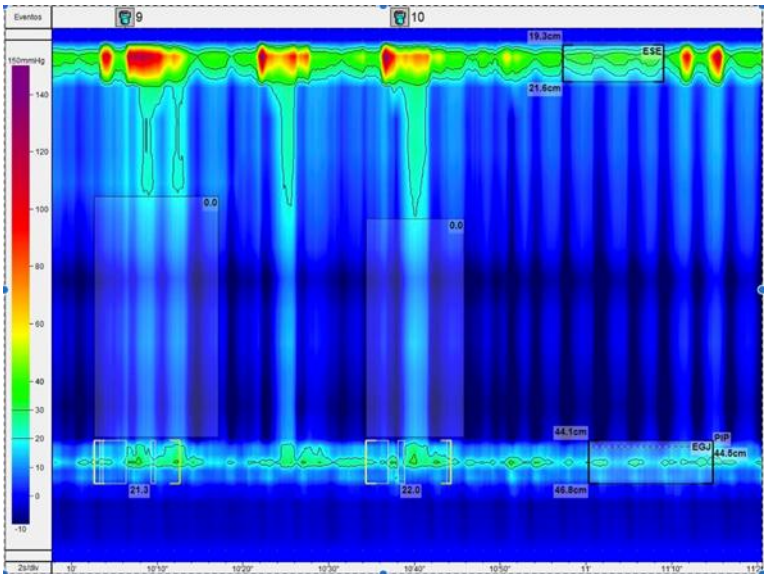
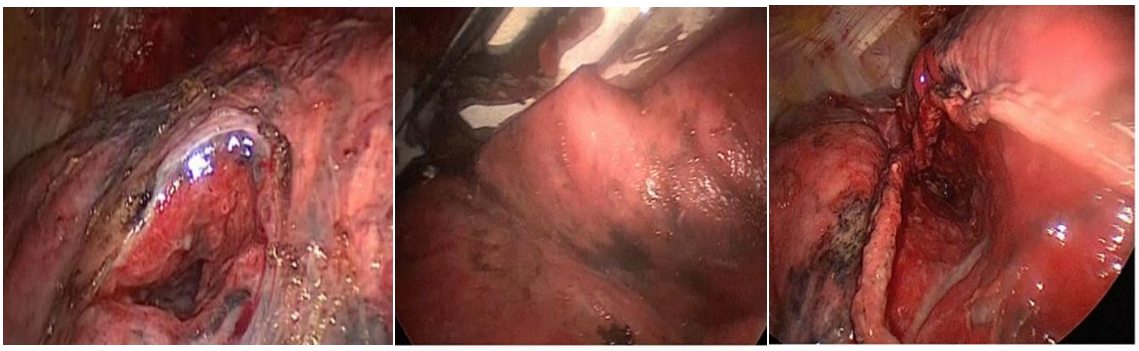


IMAGEM Q12



Lesão **Grampeamento** **Resultado final**

IMAGEM Q21

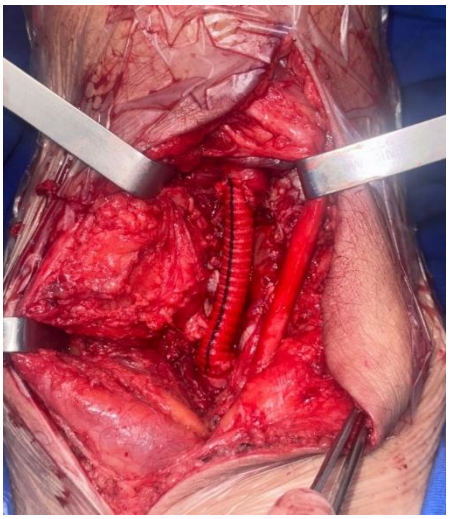


IMAGEM Q22



IMAGEM Q25

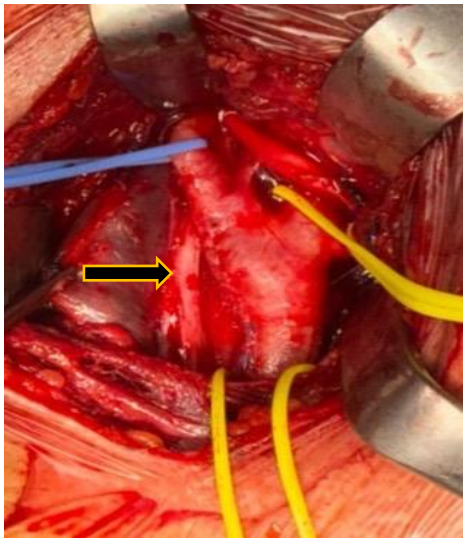


IMAGEM Q28



Imagem A

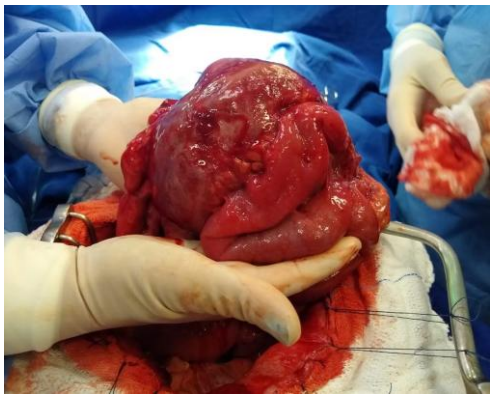


Imagem B

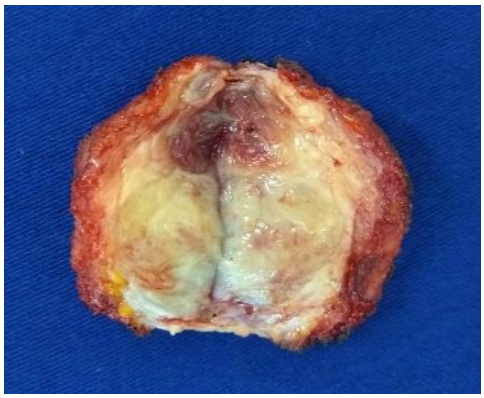


Imagem C

IMAGEM Q30

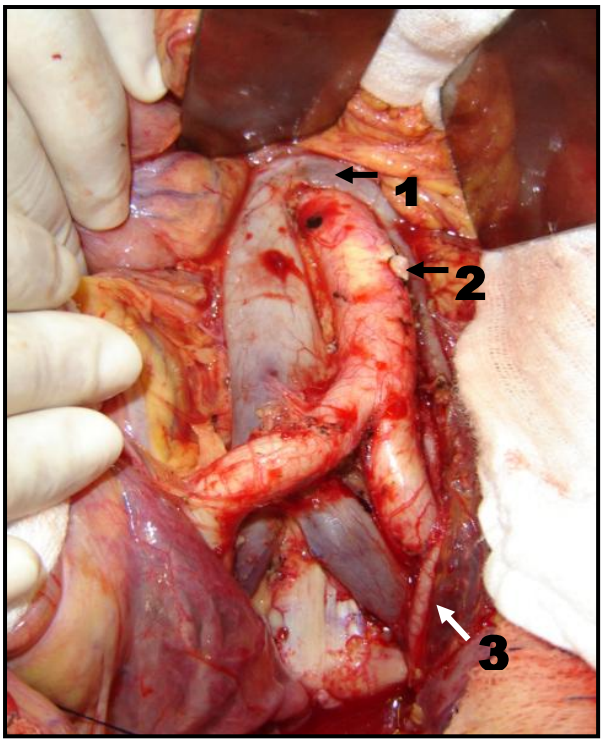


IMAGEM Q61

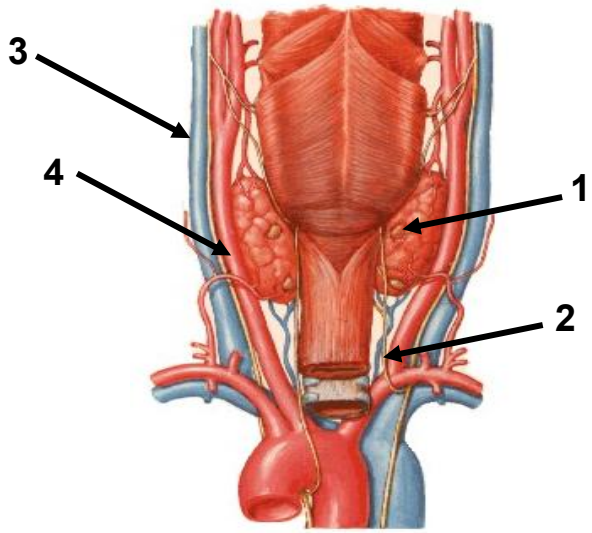


IMAGEM Q65



IMAGEM Q66



IMAGEM Q68

