

Processo Seletivo Unificado para ingresso nos Programas de Residência Médica da
Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - 2024

R1 COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL OU ÁREA BÁSICA CIRÚRGICA

CADERNO DE QUESTÕES

10/12/2023

DISCIPLINA	QUESTÕES
Conhecimentos sobre Cirurgia Geral	01 a 50

SOMENTE ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

Atenção: Transcreva no espaço designado da sua FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Só buscar o sentido faz, realmente, sentido.

1. Quando for autorizado abrir o caderno de questões, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se isso ocorrer, solicite outro exemplar ao(a) fiscal de sala.
2. Este caderno é composto por questões de múltipla escolha. Cada questão apresenta quatro alternativas de respostas, das quais apenas uma é a correta.
3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro no preenchimento. Ao recebê-lo, confira se seus dados estão impressos corretamente. Se houver erro de impressão, notifique o(a) fiscal de sala.
4. Preencha, integralmente, um alvéolo por questão, utilizando caneta de tinta AZUL ou PRETA, fabricada em material transparente. A questão deixada em branco, com rasura ou com marcação dupla terá pontuação ZERO.

PROCESSO SELETIVO

QUESTÃO 01

Na conduta relacionada à hemorragia digestiva alta de etiologia varicosa, é importante

- (A) a realização da profilaxia de infecções, considerando os seguintes antibióticos: a cefadroxila, cefazolina e cefoxitina.
- (B) o uso da terlipressina, por ser um constritor esplâncnico, é uma das opções medicamentosas.
- (C) o uso do balão de Sengstaken – Blackmore, mantido por no máximo 48 horas.
- (D) a utilização do TIPS, com o objetivo de embolizar ramos portais, nos casos refratários à terapêutica endoscópica adequada.

QUESTÃO 02

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 60 anos, tabagista, chagásico e cardiopata, vem ao pronto atendimento com dor abdominal difusa e intensa de início há 12 horas associada à parada de eliminação flatos e hiporexia. Ao exame físico, apresenta abdome flácido e depressível, algo doloroso à palpação profunda, porém sem sinais de irritação peritoneal.

A partir do caso apresentado, qual é a conduta ideal?

- (A) Administrar corticoide associado a antibióticos e mesalazina oral.
- (B) Realizar uma laparotomia exploradora.
- (C) Proceder SNG aberta e hidratação com internação em unidade de terapia intensiva.
- (D) Solicitar uma angiotomografia de abdome total.

QUESTÃO 03

A patologia cirúrgica mais comum relacionada às vias biliares é a colelitíase. Uma complicação temida dela é a coledocolitíase, que pode levar à colangite e que é representada clinicamente pela tríade de Charcot. Os componentes da tríade de Charcot são:

- (A) dor abdominal difusa, icterícia e leucocitose.
- (B) dor abdominal em quadrante superior direito, febre e leucocitose.
- (C) dor abdominal em quadrante superior direito, icterícia e febre.
- (D) dor abdominal em faixa, leucocitose e icterícia.

QUESTÃO 04

É território acessado pela manobra de Cattell-Braasch

- (A) a veia cava infrarrenal.
- (B) o ureter esquerdo.
- (C) a aorta supramesentérica.
- (D) a cabeça do pâncreas.

QUESTÃO 05

A síndrome compartimental abdominal é um quadro de extrema gravidade que pode cursar com risco de vida. O médico que lida com esse diagnóstico precisa compreender que

- (A) o aumento da pressão intratorácica, por contiguidade, leva a uma acidose respiratória.
- (B) a pancreatite aguda grave, o trauma abdominal fechado e a redução de grandes hérnias são fatores de risco.
- (C) a hipertensão intra-abdominal e a síndrome compartimental abdominal representam a mesma condição.
- (D) a pressão intra-abdominal é considerada aumentada a partir de valores acima de 25 mmHg.

QUESTÃO 06

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 63 anos vem ao pronto atendimento com queixa de dor abdominal súbita, de forte intensidade, em região epigástrica, associada a náuseas e vômitos. Ao exame físico, encontra-se descorada e taquicárdica, com dor à palpação superficial e profunda do abdome. Há presença de timpanismo à percussão de hipocôndrio direito. Apresenta histórico de uso crônico de AINEs devido à lombalgia crônica.

O sinal semiológico descrito no exame físico e o provável diagnóstico sindrômico da paciente são, respectivamente:

- (A) Sinal de Gray-Turner e Abdome agudo inflamatório.
- (B) Sinal de Courvosier e Síndrome neoplásica.
- (C) Sinal de Jobert e Abdome agudo perfurativo.
- (D) Sinal de Kehr e Abdome agudo hemorrágico.

QUESTÃO 07

Como a obstrução intestinal, que representa um quadro de abdome agudo, pode ser adequadamente avaliada?

- (A) Através do sinal de Rigler visto à radiografia, que denota abdome agudo complicado.
- (B) Através da endoscopia digestiva alta, que pode diferenciar os casos de abdome agudo obstrutivo alto e abdome agudo obstrutivo baixo.
- (C) Através do exame físico das regiões inguinais, uma vez que a hérnia inguinal estrangulada é causa comum de obstrução baixa.
- (D) Através da radiografia de abdome, que pode demonstrar suboclusão por aderências/bridas e que normalmente causam obstrução colônica.

QUESTÃO 08

Leia o caso clínico a seguir.

Homem, 20 anos, com queixa de dor abdominal vaga, iniciada há 48h em região periumbilical e com posterior migração para a fossa ilíaca direita, procura a unidade de emergência, apresentando vômitos associados, hiporexia, além de leucocitose com desvio a esquerda e PCR aumentado.

Nesse caso, qual deve ser a conduta adotada?

- (A) Indicação imediata de tratamento cirúrgico, não sendo necessário mais nenhum exame complementar.
- (B) Realização de tomografia computadorizada como primeiro exame de imagem em todas as situações.
- (C) Indicação de videolaparoscopia, mesmo se houver um quadro de choque séptico.
- (D) Internação clínica para observação, por se tratar de um caso de dor abdominal inespecífica.

QUESTÃO 09

Analise o caso clínico a seguir.

Paciente de 62 anos, apresentando-se na unidade de emergência com quadro de dor epigástrica súbita com irradiação para dorso de início há aproximadamente 3 horas, associado a dor ventilatório-dependente. Realizada TC de abdome, que não apresentou alterações abdominais, porém com achado de derrame pleural à esquerda associado sinais de abscesso local e alterações sugestivas de pneumomediastino.

Qual é a possível hipótese para esse caso?

- (A) Síndrome de Sjögren.
- (B) Síndrome de Boerhaave.
- (C) Síndrome de Hamman.
- (D) Síndrome de Mallory-Weiss.

QUESTÃO 10

Leia o caso clínico a seguir.

Homem de 25 anos, dá entrada na unidade de emergência após colisão automobilística. A tomografia de tórax mostra uma lesão aórtica com hematoma mediastinal associado à lesão esplênica com líquido livre na cavidade abdominal. A pressão sistólica caiu para 60 mmHg após a TC.

O próximo passo a ser tomado é

- (A) realizar uma arteriografia.
- (B) corrigir a ruptura traumática da aorta por meio de uma toracotomia.
- (C) realizar uma laparotomia exploradora.
- (D) infundir cristalóide adicional para estabilização clínica, com observação em UTI.

QUESTÃO 11

Leia o caso clínico a seguir.

Homem de 25 anos, obeso, vítima de ferimento por arma branca, foi submetido à laparotomia mediana que evidenciou lesão perfurante em ceco. Realizada sutura, lavagem da cavidade e fechamento da parede abdominal com sutura contínua. Teve boa evolução até o 6º dia de pós-operatório quando, ao levantar-se, apresentou subitamente saída de moderada quantidade de líquido claro, cor salmão (aspecto de água de carne), pela incisão cirúrgica, sem quadro séptico associado.

O provável diagnóstico e a melhor conduta nesse caso são, respectivamente:

- (A) infecção superficial de ferida operatória; abertura de alguns pontos na pele para lavagem da ferida.
- (B) seroma de subcutâneo; abertura de alguns pontos e ordenha da ferida com realização de curativo.
- (C) eventração; manutenção de curativos na ferida e uso de cinta abdominal pós cirúrgica.
- (D) deiscência da sutura do cólon com fístula para a ferida; laparotomia para lavagem da cavidade e confecção de colostomia.

QUESTÃO 12

De acordo com a 10ª edição do ATLS (*Advanced Trauma Life Support*), o tromboelastograma é

- (A) um procedimento de acesso à cavidade pleural.
- (B) um procedimento de introdução de líquidos via intravenosa.
- (C) um método de avaliação da coagulação e que direciona a reposição de hemoderivados.
- (D) um hemoderivado utilizado para controle dos casos de hemorragia profusa.

QUESTÃO 13

No trauma abdominal fechado, após estabilização inicial do ATLS, a indicação de laparotomia exploradora depende de alguns fatores. É indicação formal de laparotomia exploradora em contexto de trauma abdominal quando:

- (A) há presença de líquido livre ou de sangue na cavidade abdominal, confirmados por ultrassonografia abdominal (FAST).
- (B) há presença de secreção entérica no lavado peritoneal diagnóstico.
- (C) há presença de líquido livre na cavidade visto à tomografia com evidência de lesão hepática.
- (D) há hematoma retroperitoneal em zona 3, mesmo sem líquido livre.

QUESTÃO 14

É dever do cirurgião que lida com a anatomia e cirurgia colorretal entender que

- (A) a irrigação do reto é feita totalmente por ramos provenientes da artéria mesentérica inferior.
- (B) a parede posterior da alça exteriorizada na colostomia em dupla boca (Mickulicz) é mantida íntegra.
- (C) a ligadura da veia e da artéria mesentéricas inferiores em sua origem fazem parte da linfadenectomia na retosigmoidectomia.
- (D) a colectomia na urgência, normalmente tem como primeira opção a realização de anastomose primária, evitando maior morbidade futura ao paciente.

QUESTÃO 15

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente com 41 anos, sexo feminino, foi submetida a colonoscopia devido à história recente de sangramento nas fezes.

O achado de incontáveis pólipos com displasia levou o cirurgião à indicação de colectomia total por ser uma doença que

- (A) apresenta caráter autossômico recessivo associada à manifestações extracolônicas.
- (B) evidencia a presença de 50 ou mais pólipos colorretais adenomatosos característicos na polipose adenomatosa familiar.
- (C) está associada à tumores do sistema esquelético, a chamada de Síndrome de Turcot.
- (D) é hereditária e de caráter autossômico dominante, necessitando de triagem por meio de sigmoidoscopia flexível ou de colonoscopia.

QUESTÃO 16

O Megacólon Chagásico é uma patologia cada vez menos comum, mas que ainda apresenta uma prevalência considerável em nosso país, principalmente em regiões endêmicas. Nas obstruções por fecaloma, o tratamento indicado é

- (A) cirurgia em casos de pacientes com obstipação e sorologia positiva.
- (B) internação para verificação da obstrução, com manejo cirúrgico em casos associados a volvo de sigmoide.
- (C) uso de laxativos orais sem necessidade de internação.
- (D) cirurgia de Duhamel.

QUESTÃO 17

GIST é o tumor mesenquimal mais comum do trato gastrointestinal e sua conduta deve ser individualizada, diferindo do adenocarcinoma habitual. O cirurgião que lida com este diagnóstico deve ter em mente que

- (A) no GIST, as metástases linfáticas raramente são encontradas, exceto nos tumores maiores de 5 cm.
- (B) o GIST gástrico deve ser tratado com gastrectomia e linfadenectomia padrão à D2.
- (C) o mesilato de imatinib é usado nos GISTs C-KIT+ que apresentam metástases ou que sejam localmente avançados.
- (D) a topografia mais comum desses tumores é o intestino delgado.

QUESTÃO 18

O Câncer Gástrico é um tumor com incidência crescente, e as evidências recentes indicam que

- (A) o tumor gástrico não tem relação com a infecção por *Helicobacter pylori*.
- (B) os tumores precoces de antro gástrico que não apresentam indicação de tratamento endoscópico, devem ser tratados com cirurgia *up-front*, e necessidade de dissecação da cadeia linfonodal 2 na peça cirúrgica.
- (C) os tumores T3N+ necessitam de quimioterapia perioperatória com FLOT-4.
- (D) o câncer gástrico difuso hereditário é uma forma herdada de carcinoma gástrico resultante da mutação do gene da B-caderina.

QUESTÃO 19

O Esôfago de Barrett (EB) é uma condição que aumenta o risco de ocorrência de displasias e câncer no esôfago. Nesses casos, pacientes com displasia de alto grau devem

- (A) realizar *screening* com endoscopia digestiva alta a cada 2 anos.
- (B) ser submetidos à terapia ablativa.
- (C) ser submetidos à cirurgia anti-refluxo de rotina.
- (D) passar por procedimento de dissecação submucosa endoscópica (ESD), caso exista invasão até a camada submucosa (Sm3).

QUESTÃO 20

A cirurgia bariátrica tem demonstrado ser uma forma de tratamento extremamente eficaz no tratamento da obesidade. São aspectos envolvidos na cirurgia:

- (A) indicação nos pacientes com IMC (índice de massa corporal) igual ou superior a 40kg/m² sem comorbidades ou IMC igual ou superior a 35kg/m² com comorbidades previamente elegidas.
- (B) indicação de confecção da alça biliopancreática mais curta nos pacientes portadores de diabetes.
- (C) indicação objetivando modificações metabólicas, como por exemplo a diminuição do *GLP-1*, um dos hormônios relacionado à fome.
- (D) indicação de realização da técnica de *ByPass* Gástrico, sendo esta a técnica mais utilizada nos Estados Unidos.

QUESTÃO 21

Leia o caso a seguir.

Paciente do sexo masculino, 49 anos, foi submetido há seis dias à gastrectomia parcial devido a úlcera gástrica, pré-pilórica gigante. No intra-operatório foi identificada colelitíase na palpação da vesícula, com realização associada de colecistectomia. No momento sem queixas importantes; porém iniciou drenagem de secreção biliar pelo dreno abdominal. Ao exame: bom estado geral; eupneico; hidratado; abdômen flácido; mínima dor em andar superior; ferida operatória em bom aspecto; e dreno com conteúdo bilioso com débito de aproximadamente 150 ml/24h; FC: 92 bpm; PA: 120 x 72 mmHg. Laboratório: Hb: 12,0g/dL; Leucócitos 12.000; sem desvio; e PCR 29,0 (referência 5,0).

A principal hipótese diagnóstica e a conduta recomendada, nesse caso, são, respectivamente:

- (A) soltura da ligadura do ducto cístico e tratamento conservador.
- (B) fístula de coto duodenal e tratamento conservador.
- (C) fístula de coto duodenal e laparotomia exploradora.
- (D) lesão iatrogênica de via biliar e laparotomia exploradora.

QUESTÃO 22

O sangramento gastrointestinal do trato superior é um problema comum e a maioria dos sangramentos são atribuídos à úlcera péptica. Na endoscopia digestiva alta, o achado de vaso visível não sangrante representa, segundo Forest, a classificação

- (A) I A.
- (B) I B.
- (C) II A.
- (D) II B.

QUESTÃO 23

A coledocolitíase é uma complicação relativamente frequente da colelitíase e, deve ser tratada por meio

- (A) da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica – CPRE, altamente sensível e específica para o diagnóstico, com eficácia na remoção dos cálculos em aproximadamente 50-60% dos casos.
- (B) da coledocojejunostomia em Y de Roux nos pacientes com múltiplos cálculos e via biliar doente, por oferecer uma boa drenagem da via biliar e fácil acesso endoscópico posterior.
- (C) da derivação bileodigestiva por coledocoduodenostomia, alternativa útil nos pacientes mais idosos, com múltiplos cálculos e via biliar doente, que tem a vantagem de requerer apenas uma única anastomose e permitir avaliação endoscópica futura.
- (D) da colecistectomia para a remoção da vesícula biliar, evitando que o quadro seja sintomático.

QUESTÃO 24

Os critérios de Fukuoka abordam os estigmas de alto risco para malignidade e para lesões císticas de pâncreas. São considerados fatores de preocupação:

- (A) lesões de até 3 cm de diâmetro.
- (B) cistos com aumento de 5 mm em 5 anos.
- (C) dilatações do ducto pancreático principal até 5 mm.
- (D) mudanças abruptas do calibre do ducto pancreático com atrofia distal.

QUESTÃO 25

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, com quadro de abdome agudo dá entrada no pronto socorro apresentando o sinal de Fothergill durante o exame físico.

Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Hipertensão portal por cirrose hepática.
- (B) Hematoma do músculo reto abdominal.
- (C) Hematoma intra-abdominal de provável etiologia ginecológica.
- (D) Diverticulite aguda complicada.

QUESTÃO 26

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino, 22 anos, vítima de ferimento por arma de fogo, dá entrada no pronto atendimento com a frequência cardíaca 125bpm, pressão arterial 80/55mmHg, frequência respiratória 32 irpm e Escala de coma de Glasgow 13.

De acordo com a classificação de hemorragia, em qual classe o paciente se encontra e qual é a perda sanguínea estimada?

- (A) Classe III; > 30% da volemia.
- (B) Classe IV; > 40% da volemia.
- (C) Classe II; > 20% da volemia.
- (D) Classe V; > 50% da volemia.

QUESTÃO 27

O conhecimento anatômico sobre a parede abdominal é fundamental para o tratamento adequado das hérnias. Em casos de Hérnia femoral, com a aproximação do trato iliopúbico ao ligamento de Cooper, a técnica empregada deve ser

- (A) a técnica de MacVay.
- (B) a técnica de Lichenstein.
- (C) a técnica Stoppa.
- (D) a técnica de Shouldice.

QUESTÃO 28

Os critérios de Atlanta são um sistema de classificação usado para avaliar a gravidade da pancreatite aguda. A classificação divide a pancreatite aguda em três categorias: leve, moderadamente grave, grave e crítica. Representa a pancreatite moderadamente grave aquela na qual há

- (A) indícios de falência orgânica persistente que afeta um ou mais sistemas de órgãos.
- (B) presença de disfunção orgânica transitória ou complicações locais sem falência orgânica persistente.
- (C) evidências de necrose pancreática infectada.
- (D) ausência de sinais tomográficos de gravidade em paciente com critérios sistêmicos graves.

QUESTÃO 29

A intussuscepção é uma condição médica em que uma parte do intestino se dobra e se desliza para dentro de outra seção do intestino. Em adultos, ela é

- (A) considerada normalmente secundária a uma lesão polipoide, com potencial significativo de malignidade.
- (B) considerada causa comum de intussuscepção no cólon.
- (C) considerada um caso de tratamento clínico, e raramente necessita de cirurgia.
- (D) considerada mais comum do que na população pediátrica.

QUESTÃO 30

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino, tabagista e etilista, 63 anos, apresenta quadro de Síndrome Ictérica progressiva de rápida evolução, associado a perda ponderal.

Nesse caso, a ocorrência de icterícia flutuante associada à hemorragia digestiva alta pode ser indício de

- (A) tumor de Klatskin.
- (B) hepatocarcinoma.
- (C) tumor de papila.
- (D) linfoma de Hodgkin.

QUESTÃO 31

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 38 anos, sexo masculino, com quadro de dor aguda no membro inferior direito iniciada há 2 horas. Nega doenças prévias. Tabagista 30 anos-maço e etilista social. Ao exame físico apresenta frialdade e palidez no membro inferior direito e ausência de pulsos tibiais.

Diante do quadro clínico apresentado, qual é o diagnóstico?

- (A) Trombose venosa profunda do membro inferior direito.
- (B) Phlegmasia Alba Dolens.
- (C) Doença de Buerger.
- (D) Doença de Cockett.

QUESTÃO 32

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 68 anos, hipertensa, diabética e dislipidêmica, apresentou quadro de perda da consciência e hemiplegia à direita. Foi encaminhada ao pronto-socorro onde foi levantada a hipótese de doença carotídea aterosclerótica.

Qual dos seguintes exames deverá ser solicitado para iniciar o rastreamento da doença em questão?

- (A) Angiografia das carótidas.
- (B) Ecodoppler de carótidas.
- (C) Angiorressonância de carótidas.
- (D) Angiotomografia das carótidas.

QUESTÃO 33

Analise o caso clínico a seguir.

Homem de 62 anos, admitido no PS com quadro de dor precordial em facada de forte intensidade há 1 hora, com irradiação para dorso e abdome, acompanhada de dispneia e sudorese. Ao exame físico apresenta-se sudoreico, com PA 150/100 mmHg, FC 110 bpm, bulhas rítmicas, normofonéticas em 2 tempos, com sopro holodiastólico em foco aórtico, suave, com irradiação para foco mitral. A palpação de pulsos evidenciou pulsos normais em membro inferior direito e diminuição importante deles no membro inferior esquerdo.

Nesse caso, a hipótese diagnóstica, o exame complementar e a conduta são, respectivamente:

- (A) dissecação de aorta tipo A, angiotomografia de tórax e abdome e conduta cirúrgica.
- (B) aneurisma de aorta, ecocardiograma transtorácico e conduta expectante.
- (C) dissecação de aorta tipo B, angiotomografia de tórax e abdome e conduta cirúrgica.
- (D) dissecação de aorta tipo A, angiografia de aorta e conduta expectante.

QUESTÃO 34

Os traumatismos vasculares fechados do tórax frequentemente são secundários a uma desaceleração súbita da caixa torácica e estão associados a uma elevada mortalidade. Na fisiopatologia dessas lesões, o ligamento arterioso está relacionado à lesão

- (A) da artéria subclávia esquerda.
- (B) do tronco braquiocefálico.
- (C) da artéria subclávia direita.
- (D) da aorta.

QUESTÃO 35

Leia o caso a seguir.

O plantonista, que é um cirurgião geral está como chefe do pronto socorro de um hospital geral. Chega um paciente, vítima de acidente apresentando um trauma nasal direto, epistaxe já resolvida espontaneamente, com o nariz claramente desviado para a esquerda e com grande edema já instalado. Após conduzir conforme as diretrizes do ATLS (*Advanced Trauma Life Support*), ele faz os exames de imagem com RX e Tomografia, só então ele liga para o cirurgião plástico de cobertura.

Qual achado da avaliação será mandatório para que a intervenção seja de imediato?

- (A) A presença nos exames de imagem e/ou clínico de desarticulação mediana dos ossos nasais.
- (B) A presença nos exames de imagem e/ou clínico de outras fraturas associadas como a de malar.
- (C) A presença nos exames de imagem e/ou clínico de hematoma septal importante.
- (D) A presença nos exames de imagem e/ou clínico de desvio da pirâmide óssea nasal.

QUESTÃO 36

Por ficar exposta aos olhos do paciente, a qualidade de uma cicatriz cirúrgica tem uma relevância significativa para seu aceite, tanto na cirurgia plástica, quanto em todas as outras especialidades. Assim sendo, a cicatrização tende a ser melhor com o uso

- (A) das colas e grampos, descartando o uso do fio de sutura de nylon como corpo estranho.
- (B) da técnica cirúrgica atraumática, estimulando menor reação local.
- (C) do laser e das novas pomadas, agindo no “espaço morto” subdérmico.
- (D) do eletro cautério porque a cauterização dos bordos da pele evita os coágulos.

QUESTÃO 37

Diante de um ferimento alcançando todas as camadas da pele, com perda de substância expondo as estruturas profundas, onde não foi possível a sutura borda a borda, dita como cicatrização em primeira intenção, as opções serão de

- (A) fazer curativos seriados, para que a cicatriz evolua espontaneamente à resolução. Assim, será menos mórbido e de qualidade cicatricial melhor às outras condutas.
- (B) avaliar a ferida e verificar se estruturas profundas foram expostas. Em caso de estruturas nobres como ossos, vasos e nervos, a cirurgia com o uso de um retalho será a opção.
- (C) preparar curativos seriados, melhorando o leito da ferida para o enxerto de pele parcial que tem uma maior contração primária e uma menor contração secundária.
- (D) observar se o ferimento se concentra em área de articulações e dobras. Nesses casos, a tática cirúrgica será a de fletir o membro/articulação para que se consiga sutura borda a borda.

QUESTÃO 38

Ritidoplastia ou lifting facial, a popular plástica da face de rejuvenescimento, é considerada uma das cirurgias mais refinadas da cirurgia plástica e uma das que exigem uma maior curva de aprendizado do profissional. Portanto, o conhecimento da anatomia fácil se faz necessária, logo,

- (A) o anestesíologista ao fazer a opção por anestesia geral ou sedação, terá que fazer também o bloqueio dos ramos do nervo facial, pois assim conseguirá anestesia local, auxiliando no plano anestésico.
- (B) o cirurgião ao fazer a "smassectomia" e o paciente apresentar no pós-operatório com ptose palpebral à direita, perceptível principalmente após a regressão do edema, é porque foi lesionado o ramo temporal do VII par.
- (C) o cirurgião ao optar pela abordagem abaixo do "SMAS", e o paciente apresentar queda do lábio superior e canto da boca, no pós-operatório é porque a dissecação lesionou o nervo infraorbital.
- (D) o cirurgião ao fazer o descolamento do "SMAS" ampla, e o paciente apresentar coleção de líquido ao dreno, hialina, viscosa e abundante, deverá considerar lesão do ducto protídeos.

QUESTÃO 39

Leia o caso clínico a seguir.

Homem de 28 anos, vítima de acidente automobilístico há cerca de 1 hora. Apresenta dor torácica de forte intensidade durante a respiração. Hemodinamicamente estável. Exame Físico do Tórax: Enfisema de tecido celular subcutâneo principalmente em região anterior e lateral esquerda do tórax, expansibilidade simétrica bilateralmente, murmúrio vesicular bilateralmente, sem alteração à percussão.



As características descritas no quadro são sinais indicativos de

- (A) pneumotórax bilateral e enfisema de tecido celular subcutâneo; observação clínica e medidas de suporte (analgesia e oxigenioterapia).
- (B) pneumotórax bilateral e enfisema celular subcutâneo; drenagem torácica bilateral em selo d'água e medidas de suporte (analgesia e oxigenioterapia).
- (C) pneumomediastino e enfisema de tecido celular subcutâneo; observação clínica e medidas de suporte (analgesia e oxigenioterapia).
- (D) pneumomediastino, pneumotórax bilateral e enfisema do tecido celular subcutâneo; drenagem do mediastino e torácica bilateral em selo d'água e medidas de suporte (analgesia e oxigenioterapia).

QUESTÃO 40

Sobre o tratamento do Empiema Pleural,

- (A) a antibioticoterapia deve sempre aguardar confirmação por culturas de identificação de bactérias e ser guiada por antibiograma.
- (B) a pleurostomia é uma opção de tratamento para os pacientes com múltiplas comorbidades e alto risco de complicação cirúrgica.
- (C) a pleuroscopia estará indicada quando as coleções pleurais forem volumosas e o paciente apresentar dispnéia ou sinais de comprometimento respiratório.
- (D) a pleurodese deverá ser realizada sempre que houver risco de recidiva de formação de coleções pleurais, como nos casos de empiema tuberculoso.

QUESTÃO 41

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente apresenta nódulo pulmonar de contorno espiculado em lobo pulmonar superior esquerdo, de 18mm no seu maior diâmetro, em tomografia de tórax que evidencia, também, a presença de um linfonodo mediastinal na cadeia paratraqueal inferior esquerda de 20 mm no menor diâmetro.

Como método diagnóstico para avaliação desse linfonodo indica-se

- (A) a biópsia transtorácica guiada por Tomografia.
- (B) a videomediastinoscopia cervical.
- (C) o PET-Scan (PET-CT).
- (D) a toracoscopia assistida por vídeo.

QUESTÃO 42

Para os pacientes sob ventilação mecânica e entubação traqueal prolongadas, é pretendido com a confecção de traqueostomia cervical

- (A) facilitar a aspiração das vias aéreas e diminuir o risco de estenose traqueal.
- (B) diminuir a secreção de muco e melhora da relação F_{iO_2}/P_{aO_2} .
- (C) facilitar o desmame da ventilação mecânica e prevenir estenose laringotraqueal.
- (D) diminuir o espaço morto no sistema de ventilação mecânica e aumentar a eficiência da troca gasosa.

QUESTÃO 43

Os testes genéticos para avaliação de doenças oncológicas estão cada vez mais comuns. As recomendações para testes genéticos de linha germinativa são para homens com

- (A) câncer de próstata (CaP) metastático.
- (B) câncer de próstata (CaP) de baixo risco que têm um membro da família diagnosticado com CaP em idade < 60 anos.
- (C) membros da família diagnosticados com câncer de próstata (CaP) com idade < 60 anos ou um membro da família que morreu de CaP.
- (D) história familiar com mutações de linha germinativa de moderado/alto risco ou história familiar de múltiplos cânceres do mesmo lado da família.

QUESTÃO 44

Uma vez feito o diagnóstico de câncer de próstata (CaP), o passo subsequente na grande maioria das vezes é o estadiamento da doença. É recomendado, no estadiamento,

- (A) usar a ressonância magnética pré-biópsia para obter informações sobre estadiamento local nos casos de CaP de risco intermediário.
- (B) incluir exames de imagens abdominopélvicas transversais para os casos de CaP localizado de baixo risco.
- (C) incluir exames de imagens abdominopélvicas transversais e uma cintilografia óssea para triagem metastática nos casos CaP de risco intermediário e ISUP grau 2 e 3.
- (D) realizar triagem metastática, incluindo exame de imagens abdominopélvicas transversais e uma cintilografia óssea para os casos de CaP localizado de alto risco.

QUESTÃO 45

No que diz respeito ao tratamento do câncer de próstata, existem muitas opções diferentes. Quando optamos pelo tratamento cirúrgico

- (A) a prostatectomia radical (PR) pode ser adiada com segurança por pelo menos 6 meses a partir do diagnóstico nos casos da categoria de risco intermediário.
- (B) os pacientes devem ser informados que nenhuma abordagem cirúrgica (prostatectomia radical aberta, laparoscópica ou robótica) demonstra claramente superioridade em termos de resultados funcionais ou oncológicos.
- (C) a execução de um modelo de linfadenectomia padrão para um estadiamento ideal deve ser considerada quando a linfadenectomia for necessária com base em um nomograma.
- (D) a oferta de terapia neoadjuvante de deprivação androgênica deve ser realizada antes da cirurgia nos casos de doenças localmente avançadas.

QUESTÃO 46

Existem muitas opções diferentes para o tratamento do câncer de próstata, inclusive a opção de acompanhamento da doença no modelo de vigilância ativa (VA). Quando optamos pela VA, deve-se

- (A) direcionar para VA pacientes com expectativa de vida > 10 anos e doença de baixo risco.
- (B) incluir na VA pacientes com histologia intraductal na biópsia que tem doença de baixo risco ou risco intermediário favorável.
- (C) realizar ressonância magnética antes de uma biópsia confirmatória, mesmo se a ressonância magnética foi realizada antes da biópsia inicial.
- (D) fazer biópsia direcionada (de qualquer lesão PI-RADS ≥ 3), sem a necessidade de biópsia randomizada, se for realizada uma biópsia confirmatória.

QUESTÃO 47

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 45 anos, sem comorbidades, com quadro de dor em fossa ilíaca esquerda há 24 horas, que vem aumentando de intensidade. Nega febre ou calafrios. Hemodinamicamente estável. Exame físico evidencia dor a palpação em região de sigmoide, com sinais de irritação peritoneal. Hemograma com 10.350 leucócitos, sem desvio à esquerda. Proteína C reativa de 10 mg/L. Tomografia de abdome total evidencia borramento de gordura perissigmoideana, com espessamento de parede intestinal, porém sem sinais de abscesso ou pneumoperitônio.

Nesse caso, a conduta imediata mais apropriada é

- (A) prescrever antibioticoterapia oral e corticoide.
- (B) indicar dieta com pouco resíduo, sem gordura ou frituras, ingestas líquidas, analgésicos e repouso.
- (C) solicitar internação hospitalar, antibioticoterapia venosa e jejum.
- (D) proceder laparoscopia diagnóstica com lavagem da cavidade abdominal.

QUESTÃO 48

Para o tratamento cirúrgico de fistula anorretal, o fator fundamental associado ao sucesso do tratamento da doença é:

- (A) a localização anterior do trajeto fistuloso.
- (B) a fistulectomia.
- (C) a identificação do orifício interno do trajeto fistuloso.
- (D) a passagem de sedenho em um primeiro tempo.

Leia o Caso Clínico 1 para responder às questões 49 e 50.

Caso Clínico 1

Paciente do sexo masculino, 56 anos, IMC 28, sem comorbidades. Diagnosticado como portador de adenocarcinoma de reto, localizado a 8 cm da margem anal. Ressonância magnética evidenciou uma lesão T3, N1, com fásia mesorretal livre e ausência de invasão vascular extramural. Gânglios da cadeia lateral da pélvis sem sinais de acometimento. Estadiamento a distância não evidenciou sinais de doença metastática sistêmica. CEA de 8,0ng/dl. Após 16 semanas de seguimento pós radioterapia, o paciente retorna ao consultório trazendo os seguintes exames:

- Retossigmoidoscopia flexível: presença de lesão ulcerada residual de 0,8 cm, cerca de 9 cm da margem anal, com moderada estenose da luz do reto, dificultando, mas permitindo a passagem do colonoscópio; biópsia com processo inflamatório, sem lesões neoplásicas residuais.

- Ressonância magnética da pélvis: Boa resposta, fibrose densa sem tumor residual óbvio (mTRG2). Gânglio previamente identificado desapareceu.

Ao toque retal, percebe-se área mais endurecida na ponta do indicador, de difícil diferenciação entre fibrose ou neoplasia.

QUESTÃO 49

Diante do exposto, qual forma de neoadjuvância estaria associada, nesse caso, a maiores chances de resposta clínica completa?

- (A) Esquema de RT/QT, com um total de 50.4 GY, + Capecitabina (825mg/m² 2x ao dia) durante a radioterapia + quimioterapia de consolidação.
- (B) Esquema de RT/QT, com um total de 50.4 GY, + Capecitabina (825mg/m² 2x ao dia) durante a radioterapia.
- (C) 6 ciclos de FOLFIRINOX, seguidos de QT/RT com Capecitabina (825mg/m² 2x ao dia) durante a radioterapia.
- (D) Radioterapia na dose de 5Gy x 5 dias, seguido de quimioterapia com FOLFOX x 9 ciclos ou CAPOX x 6 ciclos.

QUESTÃO 50

Baseando-se nos resultados apresentados nos exames, a conduta mais apropriada para esse paciente é a

- (A) ressecção local transanal sob visão direta.
- (B) ressecção anterior baixa com anastomose colorretal e ileostomia protetora.
- (C) amputação abdomino-perineal.
- (D) observação por mais 2 meses, seguida de repetição da ressonância magnética de pélvis.