

**F19**

**RESIDÊNCIA MÉDICA**

**Áreas de Atuações**

**Cirurgia Geral**

**Programa Avançado**



**PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 01/2024**

**Instruções**

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo F19**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **2 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorridas **1 hora** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **40** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

**Declaração**

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar esta capa será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

LISTA DE ABREVIÇÕES	ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)	
<p>AA – Ar ambiente  AU – Altura Uterina  AAS – Ácido Acetilsalicílico  BCF – Batimentos Cardíacos Fetais  BEG – Bom Estado Geral  bpm – Batimentos por Minuto  BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas  Cr – Creatinina  DU – Dinâmica Uterina  DUM – Data da Última Menstruação  FA – Fosfatase Alcalina  FC – Frequência Cardíaca  FR – Frequência Respiratória  GGT - Gamaglutamyltransferase  Hb – Hemoglobina  Ht – Hematócrito  HPMA – História Progressiva da Moléstia Atual  IC<sub>95%</sub> – Intervalo de Confiança de 95%  IMC – Índice de Massa Corpórea  ipm – Incursões por Minuto  IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal  IST – Infecção Sexualmente Transmissível  mmHg – Milímetros de Mercúrio  MMII – Membros Inferiores  MV – Murmúrios Vesiculares  P – Pulso  PA – Pressão Arterial  pCO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de CO<sub>2</sub>  PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva  pO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de O<sub>2</sub>  POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>  PS – Pronto-Socorro  PSA – Antígeno Prostático Específico  REG – Regular Estado Geral  RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida),  Z (pirazinamida) e E (etambutol)  RN – Recém-nascido  Sat. – Saturação  Temp. – Temperatura axilar  TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato  Aminotransferase  TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina  Aminotransferase  TPO – Tireoperoxidase  TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH  TSH – Hormônio tireo-estimulante  TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral  U – Ureia  UBS – Unidade Básica de Saúde  USG – Ultrassonografia  UTI – Unidade de Terapia Intensiva  VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p><b>Sangue (bioquímica e hormônios):</b>  Albumina = 3,5 a 5,5 g/dL  Bilirrubina Total = 0,3 a 1,0 mg/dL  Bilirrubina Direta = 0,1 a 0,3 mg/dL  Bilirrubina Indireta = 0,2 a 0,7 mg/dL  Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L  Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL  Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina  Desidrogenase Láctica = menor que 240 U/L  Ferritina: homens = 22 a 322 ng/mL  mulheres = 10 a 291 ng/mL  Ferro sérico: homens = 70 a 180 µg/dL  mulheres = 60 a 180 µg/dL  Fósforo = 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L  Globulinas = 2,0 a 3,5 g/dL  LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL  HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL  Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL  Glicemia em jejum = 70 a 99 mg/dL  Lactato = 5 a 15 mg/dL  Magnésio = 1,8 a 3 mg/dL  Potássio = 3,5 a 5,0 mEq/L  Proteína Total = 5,5 a 8,0 g/dL  PSA = menor que 4 ng/mL  Sódio = 135 a 145 mEq/L  TSH = 0,51 a 4,3 mUI/mL  Testosterona Livre = 2,4 a 32,0 pmol/L  Estradiol = 1,2 a 23,3 ng/dL (fase folicular)  Hormônio Luteinizante (LH) = até 12,0 UI/L (fase folicular)  Hormônio Folículo Estimulante (FSH) = até 12,0 UI/L (fase folicular)  Prolactina (PRL) = até 29 µg/L (não gestante)  Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL  Amilase = 28 a 100 U/L  Lipase = inferior a 60 U/L  Ureia = 10 a 50 mg/dL  GGT: homens: 12 a 73 U/L  mulheres = 8 a 41 U/L  Fosfatase Alcalina: homens = 5,5 a 22,9 U/L  mulheres pré-menopausa = 4,9 a 26,6 U/L  mulheres pós-menopausa = 5,2 a 24,4 U/L  Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes)  até 10 ng/mL (fumantes)  Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm</p> <p><b>Sangue (hemograma e coagulograma):</b>  Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL  Hemoglobina Glicada = 4,3 a 6,1%  Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL  Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg  Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL  Amplitude de Distribuição dos Glóbulos Vermelhos (RDW) = 10 a 16%  Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm<sup>3</sup>  Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm<sup>3</sup>  Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm<sup>3</sup>  Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm<sup>3</sup>  Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm<sup>3</sup>  Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm<sup>3</sup> ou µL  Reticulócitos = 0,5 a 2,0%  Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%  Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2  Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p>	
<p><b>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA  PARA CRIANÇAS</b></p> <p>Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL  2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL  6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL  2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL  6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL</p>	<p><b>Gasometria Arterial:</b>  pH = 7,35 a 7,45  pO<sub>2</sub> = 80 a 100 mmHg  pCO<sub>2</sub> = 35 a 45 mmHg  Base Excess (BE) = -2 a 2  HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 22 a 28 mEq/L  SpO<sub>2</sub> &gt; 95%</p>	
<p><b>Doppler de artéria:</b>  Umbilical fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 0,5 a 0,99  Cerebral média fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 1,35 a 2,43</p>	<p><b>Líquor (punção lombar):</b>  Células = até 4/mm<sup>3</sup>  Lactato = até 20 mg/dL  Proteína = até 40 mg/dL  Líquido pleural ADA = até 40 U/L  Líquido sinovial = leucócitos até 200 células/mL</p>	

## 01

Homem, 28 anos de idade, vítima de ferimento por projétil de arma de fogo em abdome, com orifício de entrada em hipocôndrio direito, sem orifício de saída. A laparotomia exploradora revelou lesão extensa, estrelada, em lobo direito do fígado, com sangramento contínuo, violáceo, além de laceração do cólon ascendente junto à válvula ileocecal e ao ângulo hepático do cólon. Durante o procedimento, a pressão arterial era 70x30 mmHg, com uso de drogas vasoativas. Temperatura esofágica: 34 °C. No intraoperatório, qual medida está associada a maior probabilidade de sobrevida?

- (A) Ressecção do cólon lesado com suturas mecânicas, sem anastomose, tamponamento do ferimento hepático com compressas e peritoniotomia.
- (B) Clampeamento do hilo hepático (manobra de Pringle), infusão de plasma fresco e hepatorrafia, com drenagem da cavidade peritoneal.
- (C) Exploração do ferimento hepático por digitoclasia e sutura dos vasos sangrantes, seguida de colectomia direita.
- (D) Manobra de Pringle, esternotomia, shunt venoso na cava retro-hepática, com ligadura das veias hepáticas e da cava.

## 02

Homem de 52 anos de idade submeteu-se a hernioplastia inguinal direita (técnica de Lichtenstein) há 7 meses. No pós-operatório, desenvolveu dor crônica persistente na região inguinal, que irradia para a parte inferior do abdome e a região proximal da coxa. A dor é descrita como sensação de queimação, formigamento, choques elétricos e pontadas, muitas vezes acompanhada de hipersensibilidade. A dor piora com a movimentação e melhora com o repouso. A escala visual analógica (VAS) da dor é 7. Qual é o tipo de dor que este paciente apresenta?

- (A) Neuropática.
- (B) Somática.
- (C) Nociplástica.
- (D) Referida.

## 03

Considerando as alterações fisiológicas causadas pelo pneumoperitônio na cirurgia laparoscópica, assinale a alternativa correta.

- (A) Melhora a capacidade pulmonar residual, aumenta o retorno venoso e a pressão intra-abdominal.
- (B) Diminui a expansão pulmonar, aumenta a pressão de perfusão cerebral e diminui a pré-carga.
- (C) Melhora a absorção do líquido cefalorraquidiano e diminui a pressão intracraniana.
- (D) Reduz o retorno venoso, causando estase nos membros inferiores e aumento da resistência vascular periférica.

## 04

Mulher de 32 anos de idade evolui com nodulação de 1,5 cm em cicatriz umbilical há 2 anos. O nódulo está ilustrado na imagem a seguir, tem consistência sólida e coloração violácea, sendo fixo à parede abdominal. Não aumenta de tamanho com a manobra de Valsalva. A paciente tem episódios de dores intermitentes todo mês.



Em relação ao caso descrito, qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Endometriose.
- (B) Hérnia umbilical.
- (C) Tumor de úraco.
- (D) Nevo azulado.

## 05

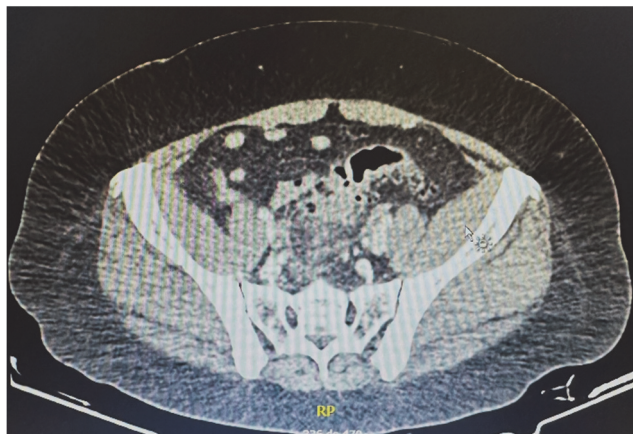
Em relação à linfadenectomia regional, é correto afirmar:

- (A) Na região axilar e inguinal, a linfadenectomia aumenta o risco de seroma e a propensão a infecção.
- (B) A dissecação linfonodal afeta a resposta imune do paciente e deve ser feita apenas em casos clinicamente suspeitos de adenopatia.
- (C) Linfonodos regionais atuam como barreira efetiva à disseminação tumoral.
- (D) A meta da linfadenectomia é exclusivamente terapêutica.



06

Mulher de 55 anos de idade apresenta dor em fossa ilíaca esquerda (FIE) e hipogástrio há 1 dia. Nega vômitos, febre ou perda de peso. Encontra-se em bom estado geral com abdome flácido e pouco doloroso à palpação em hipogástrio e FIE. Realiza o exame a seguir:

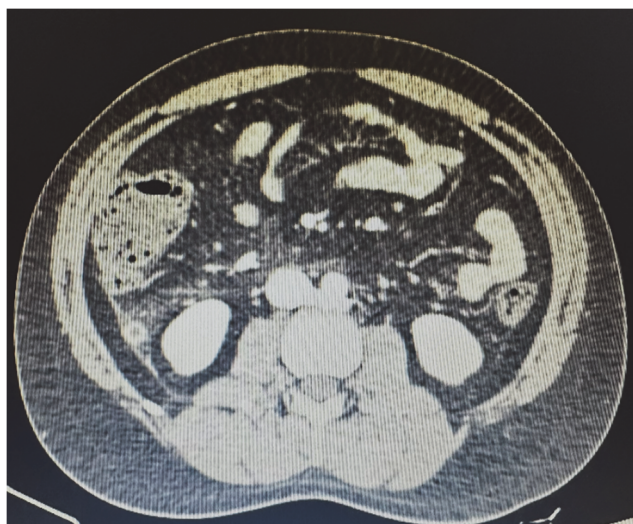


Qual é o diagnóstico e a melhor estratégia de tratamento?

- (A) Doença de Crohn e sulfassalazina 2 g/dia.
- (B) Diverticulite aguda e seguimento clínico com analgesia.
- (C) Retocolite ulcerativa e probiótico associado a corticoide.
- (D) Perfuração por corpo estranho e laparotomia com sutura de alça.

07

Paciente de 17 anos de idade com dor abdominal foi admitida no pronto-socorro com escore de Alvarado de 5. Realizou a tomografia a seguir:



Em relação ao caso apresentado, qual é o tratamento recomendado?

- (A) Antibiótico e analgesia.
- (B) Drenagem percutânea.
- (C) Apendicectomia laparoscópica.
- (D) Observação clínica e reavaliação.

08

Paciente do sexo masculino, de 48 anos de idade, foi vítima de colisão automobilística frontal com anteparo fixo. Levado ao pronto-socorro, queixa-se de dor intensa no hemitórax direito. No atendimento inicial, apresentava:

- A – Via aérea pérvia. Saturação de O<sub>2</sub>: 90%.
- B – Murmúrio vesicular presente bilateralmente. Crepitação em arcos costais à direita.
- C – Corado, com frequência cardíaca de 85 bpm. ECG: ritmo cardíaco sinusal, com extrassístoles ventriculares isoladas.
- D – Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits neurológicos.
- E – Escoriação em hemitórax direito.

A tomografia de corpo inteiro mostra fraturas do 5º e 6º arcos costais à direita e tênues opacidades em vidro fosco subjacentes a essas fraturas, compatíveis com contusão pulmonar. Cerca de 24 horas após a admissão, o paciente apresentou piora da função respiratória, com necessidade de ventilação mecânica. Qual é a melhor conduta para este paciente?

- (A) Drenagem torácica imediata com dreno de *pigtail*, para aliviar a condensação pulmonar. Associar antibiótico de amplo espectro.
- (B) Reanimação volêmica parcimoniosa, para evitar sobrecarga de volume, fisioterapia e analgesia, não sendo recomendado antibiótico neste momento.
- (C) Fixação de costelas, por causa da condensação pulmonar e da piora clínica.
- (D) Investigação de lesão de aorta, que não pode ser descartada só pela tomografia de corpo inteiro.

09

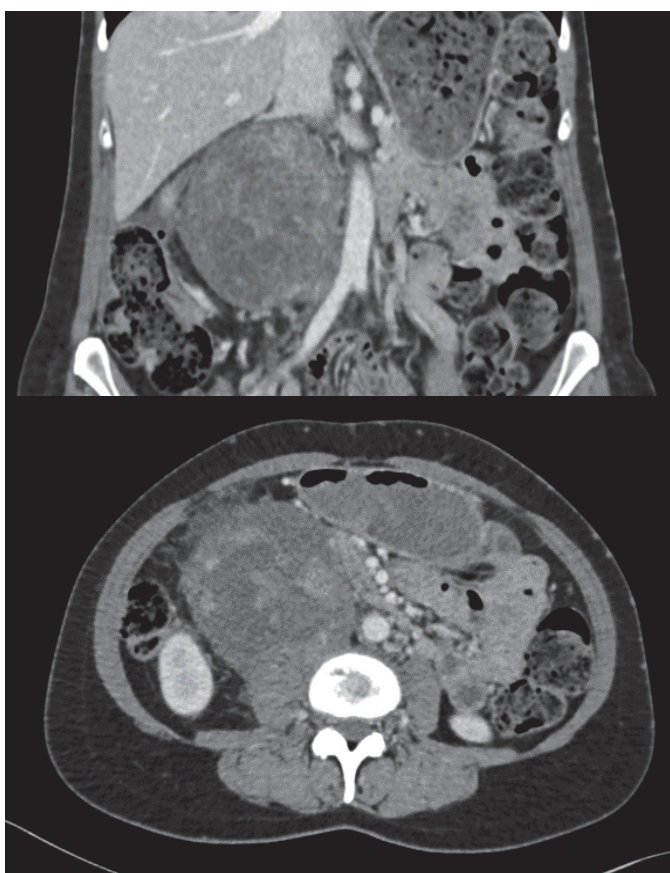
Mulher de 60 anos de idade comparece ao pronto-socorro com dor intensa na região inguinocrural direita, associada a náuseas e vômitos. No exame físico, tem massa dolorosa irreductível e hipersensibilidade na região inguinocrural direita, com sinais de hiperemia local. O IMC da paciente é 22 kg/m<sup>2</sup>. A tomografia computadorizada mostra hérnia femoral estrangulada, contendo alça de intestino delgado, com sinais de perfuração dentro do saco herniário. A paciente está em uso de varfarina devido a fibrilação atrial crônica, com INR de 2,5. Assinale a alternativa que apresenta a técnica cirúrgica mais adequada para este caso.

- (A) Hernioplastia inguinal aberta, pela técnica de Lichtenstein.
- (B) Reparo laparoscópico totalmente extraperitoneal (TEP).
- (C) Hernioplastia com tela pré-peritoneal, pela técnica de Rives.
- (D) Hernioplastia femoral com *plug*.



## 10

Mulher de 49 anos de idade apresenta quadro de desconforto abdominal associado a aumento do volume abdominal. Foi realizada tomografia de abdome, com achado de volumosa massa em retroperitônio, à direita, acometendo a veia cava inferior, que se encontra colabada e indistinta da lesão. A veia renal direita está também acometida. A massa tem ainda íntimo contato com fígado, músculo psoas, grande extensão da aorta, rim direito e duodeno. Foi realizada biópsia guiada por agulha grossa. Anatomopatológico: leiomiossarcoma de alto grau. Os exames de estadiamento excluíram metástases regionais ou à distância. As imagens da tomografia estão apresentadas a seguir:

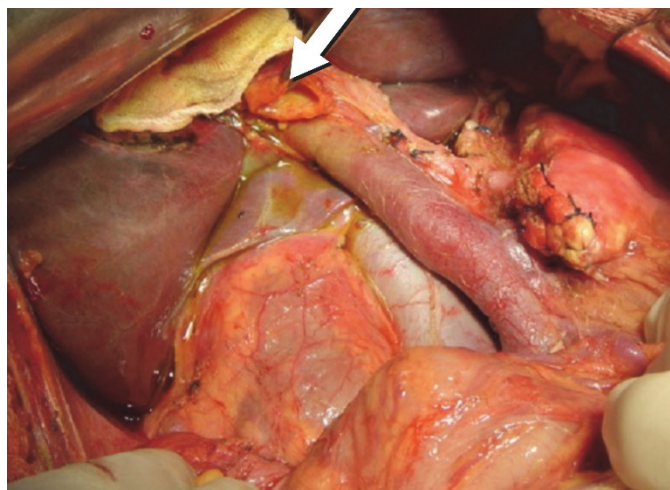


A respeito do tratamento e da conduta para esta paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Considerando-se as relações anatômicas do tumor com estruturas do retroperitônio, torna-se impossível a ressecção cirúrgica radical da lesão com margens tridimensionais de segurança.
- (B) Trata-se de tipo histológico extremamente responsivo a quimioterapia citotóxica, permanecendo a cirurgia como opção de resgate, para os pacientes que não tenham resposta clínica completa após o tratamento sistêmico.
- (C) Considerando o prognóstico de paciente portadora de sarcoma retroperitoneal de grandes dimensões e de alto grau histológico, a conduta paliativa é a mais indicada.
- (D) Trata-se de sarcoma de retroperitônio, provavelmente primário da veia cava. O pilar fundamental do tratamento é a ressecção cirúrgica completa da lesão.

## 11

Observe a imagem a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a estrutura apontada pela seta após a ressecção de tumor de pâncreas.

- (A) Colédoco.
- (B) Vesícula biliar.
- (C) Ligamento redondo.
- (D) Ducto hepático comum.

## 12

Paciente do sexo masculino, de 42 anos de idade, apresentou episódios de hematêmese em grande quantidade. Negava etilismo e uso de anti-inflamatórios. Realizou endoscopia digestiva com achado de lesão de Dieulafoy no corpo gástrico, em pequena curvatura. O melhor tratamento para esse tipo de achado é:

- (A) Gastrectomia total de emergência.
- (B) Terapia endoscópica com vácuo.
- (C) Terapia endoscópica com clipe.
- (D) Gastrostomia endoscópica.

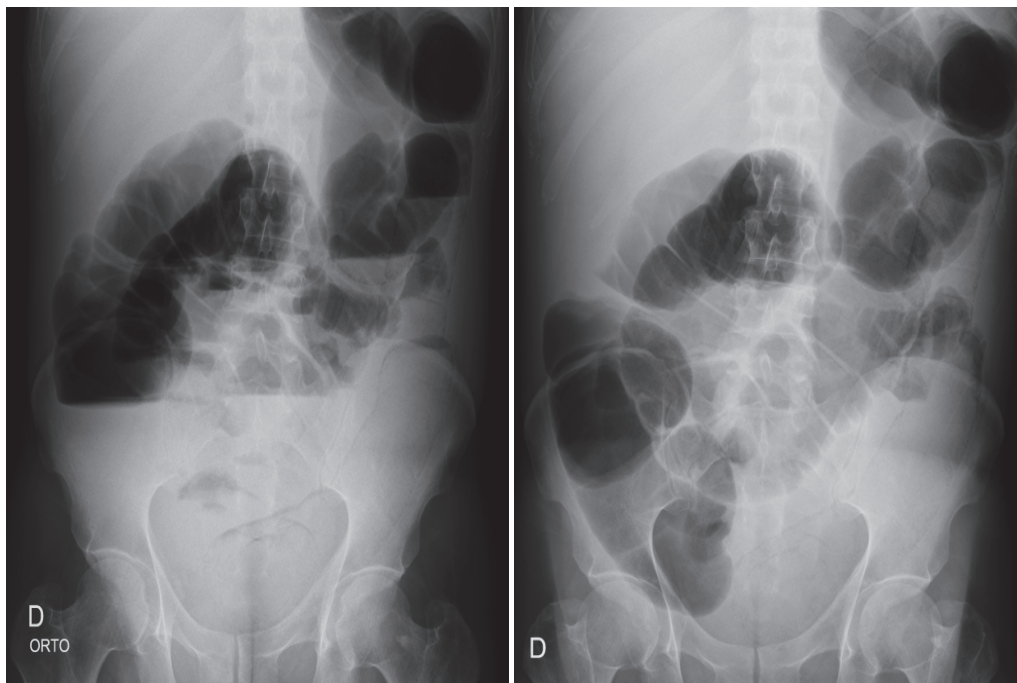
## 13

Baseado nos princípios oncológicos do tratamento do câncer colorretal operado na urgência, pode-se afirmar:

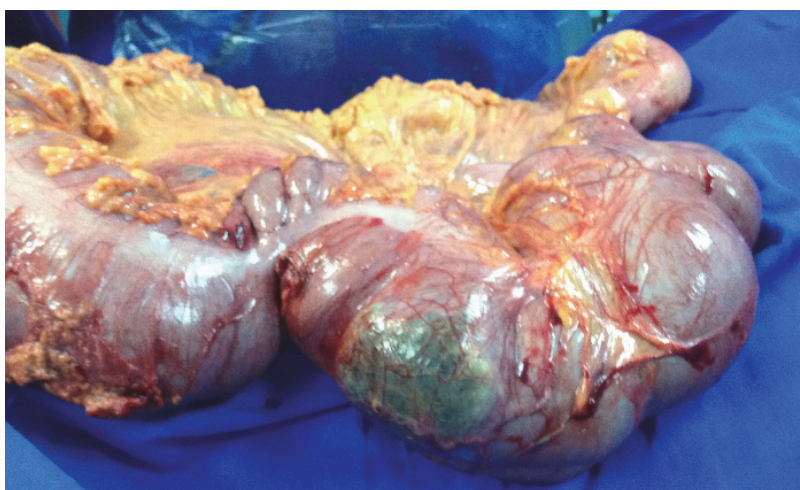
- (A) A linfadenectomia deve ser evitada em lesões avançadas localmente.
- (B) A quimioterapia adjuvante é obrigatória em todos os pacientes independente do estadiamento.
- (C) A colostomia com fístula mucosa distal deve ser realizada em tumores de cólon direito.
- (D) A margem macroscópica mínima de 5 cm deve ser respeitada no cólon ressecado em cada extremidade.

## 14

Homem de 60 anos de idade foi admitido no pronto-socorro com queixa de dor abdominal há 4 dias, em cólica, associada a distensão abdominal e náuseas, sem vômitos. Apresentou temperatura axilar de 38 °C. Ao exame, encontrava-se descorado, taquipneico, com extremidades frias. A frequência cardíaca era 120 bpm e a pressão arterial 100x60 mmHg. O abdome estava distendido, timpânico, doloroso à palpação superficial e profunda, difusamente, sem massas palpáveis ou sinais de peritonite. O toque retal revelava ausência de fezes na ampola retal. Foram realizadas as radiografias apresentadas a seguir:



Foi indicado procedimento cirúrgico, com achado de tumor estenosante em sigmoide, com grande distensão de todo o cólon e necrose no ceco, conforme imagem apresentada a seguir:



Não havia distensão de delgado e o inventário da cavidade excluiu carcinomatose ou metástases hepáticas palpáveis. A respeito do quadro deste paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de quadro de obstrução abdominal em alça fechada, sendo o ceco o local mais frequente de necrose e perfuração.
- (B) A conduta mais adequada, pela gravidade, é ileostomia terminal com ressecção segmentar do cólon direito e colonoscopia com passagem de prótese no sigmoide.
- (C) A colostomia em alça no local da necrose deve ser a prioridade, ficando o tratamento oncológico definitivo da lesão primária reservado para segundo tempo.
- (D) Como o paciente está sendo operado em cenário de urgência, sem diagnóstico, deverá ser realizada ressecção do cólon, sem linfadenectomia.



## 15

Homem de 82 anos de idade, acamado, hipertenso e diabético, com Karnofsky de 50, foi trazido ao pronto-socorro com queixa de dor e distensão abdominal aguda, associada a náuseas e vômitos. Tem várias passagens no pronto-socorro para fazer lavagem intestinal, por constipação. Está emagrecido, descorado, com frequência cardíaca de 90 bpm e pressão arterial de 130x70 mmHg. O abdome tem distensão acentuada, sendo timpânico à percussão. Não tem sinais de irritação peritoneal. Não tem cirurgias abdominais. Toque retal: sem fecaloma ou lesões palpáveis.

• Exames laboratoriais:

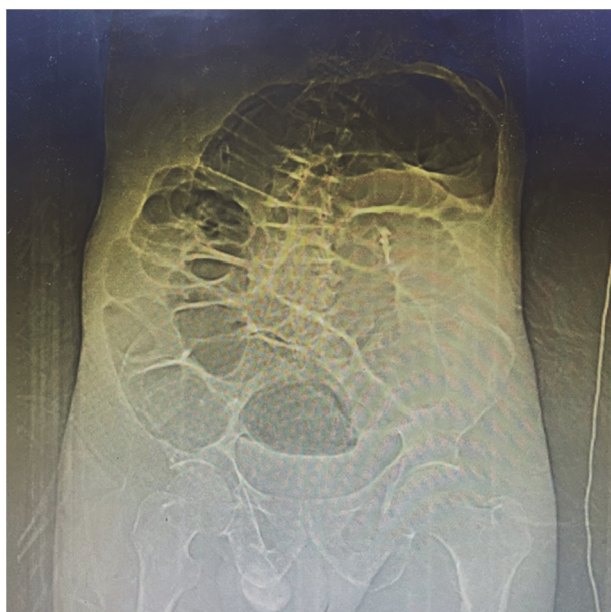
Hemoglobina: 10 g/dL

Leucograma: 10.800 células/mm<sup>3</sup>

Ureia: 40,6 mg/dL

Creatinina: 1,2 mg/dL

Realizou a radiografia apresentada a seguir:



Em relação ao caso apresentado, qual é a conduta mais apropriada neste momento?

- (A) Laparotomia exploradora.
- (B) Colonoscopia descompressiva.
- (C) Neostigmina intravenosa.
- (D) Tomografia de abdome.

## 16

Idosa de 84 anos de idade, com diagnóstico de neoplasia gástrica, refere perda de peso de 8 kg em 45 dias. Assinale a alternativa que apresenta o exame que está relacionado ao pior prognóstico nutricional.

- (A) Linfócitos < 800/mm<sup>3</sup>.
- (B) Albumina de 3,5 g/dL.
- (C) Creatinina < 1,2 mg/dL.
- (D) Hemoglobina de 11 g/dL.

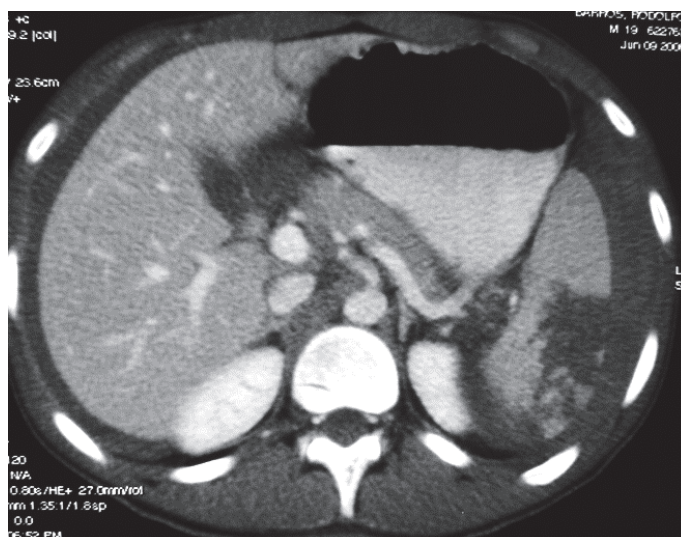
## 17

A respeito da apendicectomia laparoscópica, pode-se afirmar:

- (A) Reduz o índice de infecção de sítio cirúrgico.
- (B) Reduz o número de apendicectomias brancas.
- (C) O coto apendicular não pode ser tratado com cliques de polímero.
- (D) A lavagem peritoneal aumenta o risco de abscesso subdiafragmático.

## 18

Paciente de 28 anos de idade foi vítima de queda de 10 metros de altura. Foi encaminhado ao serviço de emergência por transporte aéreo, com tempo de transporte de 20 minutos. Na avaliação inicial, o paciente apresentava frequência cardíaca de 110 bpm e PA de 90x60 mmHg, além de perfusão periférica muito lenta. Recebeu dois concentrados de hemácias e foi rapidamente levado à tomografia de corpo inteiro, sendo evidenciada grande quantidade de sangue na cavidade, principalmente na pelve, com lesão esplênica, sem *blush* arterial. Após 30 minutos, apresentou confusão mental e pressão arterial sistólica de 75 mmHg.



Em relação ao caso apresentado, qual é a conduta mais adequada neste momento?

- (A) Laparotomia exploradora.
- (B) Arteriografia com embolização.
- (C) Observação clínica na UTI.
- (D) Laparoscopia diagnóstica.



## 19

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a equipe da cirurgia geral foi acionada para avaliar um paciente de 88 anos de idade, diabético e hipertenso, que estava no 90º dia de pós-operatório de revascularização do miocárdio, com dor em hipocôndrio direito. O paciente estava consciente e pouco orientado, com FC de 120 bpm, PA de 80x50 mmHg (foi iniciada droga vasoativa), FR de 24 ipm e diurese de 150 mL em 12 horas.

• Exames laboratoriais:

Hb: 8,1 g/dL

Ht: 25%

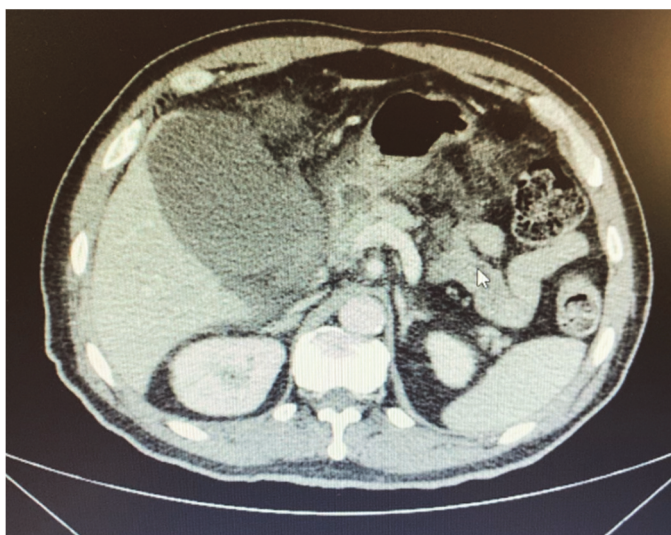
Plaquetas: 150.000/mm<sup>3</sup>

Leucograma: 22.375/mm<sup>3</sup>

PCR: 375 mg/L

Creatinina: 3,4 mg/dL

Realizou a tomografia de abdome apresentada a seguir:



Em relação ao caso apresentado, qual é a melhor conduta nesse momento?

- (A) Colectomia laparoscópica, com exploração da via biliar e drenagem da cavidade.
- (B) Laparotomia, com colectomia e drenagem da cavidade.
- (C) Laparotomia exploradora com sutura da úlcera.
- (D) Colectostomia percutânea.

## 20

Qual é a alteração relacionada com a posição de Trendelenburg durante a cirurgia laparoscópica ginecológica prolongada?

- (A) Pneumoencéfalo.
- (B) Aumento do fluxo portal.
- (C) Pneumatocele intestinal.
- (D) Aumento da pressão intraocular.

## 21

Mulher de 76 anos de idade foi submetida a laparotomia mediana de urgência por abdome agudo obstrutivo por adenocarcinoma de cólon sigmoide, sem metástases. Foi realizada retossigmoidectomia com anastomose colorretal. No 6º dia de pós-operatório, evoluiu com deiscência de todas as camadas da parede abdominal (imagem apresentada a seguir), com exposição de alças intestinais e deiscência da anastomose, sendo reoperada no mesmo dia.



Na reoperação, qual é a melhor opção de tratamento da parede abdominal dessa paciente?

- (A) Sutura contínua, reforçada com tela.
- (B) Fechamento da aponeurose com sutura contínua em massa, envolvendo todas as camadas da parede abdominal.
- (C) Pontos separados *Smead-Jones* com fios de polidioxanona.
- (D) Fechamento primário sem tela sintética, pela presença de fístula.

## 22

Homem de 67 anos de idade, no 5º dia do pós-operatório de colectomia total com anastomose ileorretal por laparoscopia, apresenta distensão abdominal após iniciar dieta oral. Refere leve desconforto abdominal e o dreno cavitário tem débito seroso de 110 mL em 24 horas. Foi realizada tomografia de abdome que mostrou distensão difusa do intestino delgado e algumas alças finas na pelve, sem evidência de líquido livre ou pneumoperitônio. Assinale a alternativa correta.

- (A) Deve ser iniciado antibiótico, para prevenir translocação bacteriana.
- (B) A conduta inicial deverá ser clínica, por provável suboclusão por brida.
- (C) Está indicada laparotomia de urgência, para avaliação completa da cavidade e realização de ileostomia terminal.
- (D) Deverá ser feita colonoscopia, para avaliação da integridade da anastomose retal, cuja deiscência não pode ser excluída por tomografia.

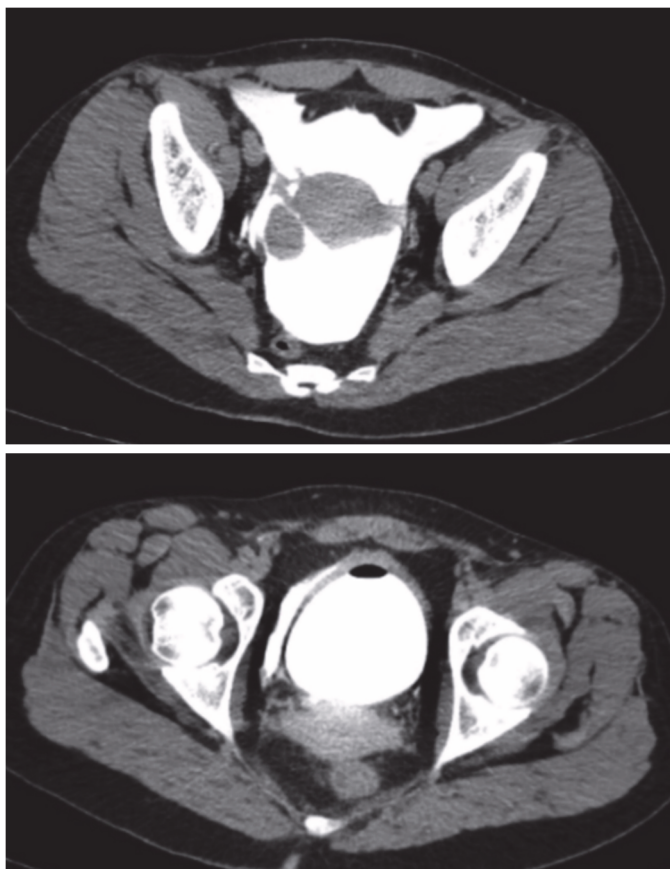
23

Qual é a principal causa de dor crônica após hernioplastia inguinal pela técnica de Lichtenstein?

- (A) Recorrência da hérnia.
- (B) Rejeição da tela.
- (C) Lesão ou irritação nervosa.
- (D) Infecção crônica da ferida cirúrgica.

24

Paciente do sexo feminino comparece ao pronto-socorro com história de dor abdominal há 3 dias, após colisão de carro. Relata que foi atendida em outro serviço, levada pelo SAMU, e recebeu alta após avaliação clínica, sem fazer exames. Agora, está estável hemodinamicamente, com dor abdominal. Fez a tomografia, com contraste intravenoso, apresentada a seguir:



Em relação ao caso apresentado, pode-se afirmar:

- (A) Existe extravasamento de contraste na cavidade abdominal, por provável lesão de bexiga.
- (B) Existe lesão do intestino delgado com líquido livre e abscesso pélvico.
- (C) Existe extravasamento de contraste na fase excretora, sugerindo perfuração de intestino delgado.
- (D) Existe provável laceração esplênica e hepática, com *blush* arterial.

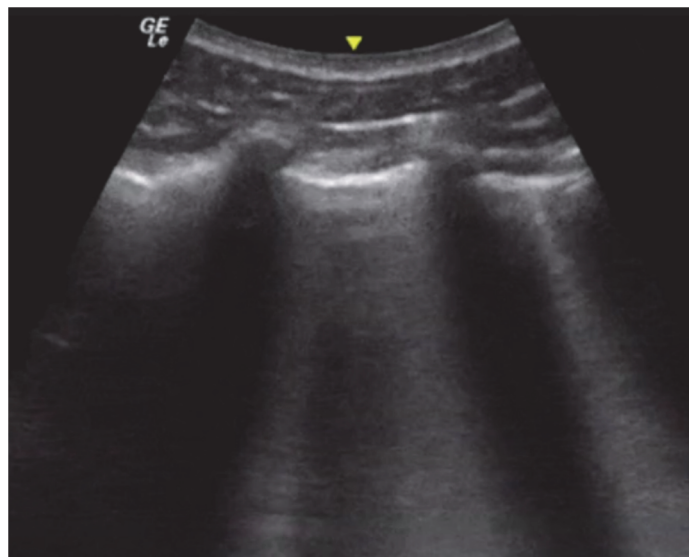
25

Assinale a alternativa correta a respeito do manejo do paciente cirúrgico grave na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

- (A) A nutrição parenteral está indicada em pacientes eutróficos que não conseguem atingir meta calórica até o 5º dia pós-procedimento.
- (B) A profilaxia farmacológica de trombose venosa profunda não deve ser realizada em pacientes com insuficiência renal ou hepática.
- (C) Em pacientes com cirurgia abdominal de grande porte e hipotensão, deve ser preferida a expansão volêmica envolvendo albumina.
- (D) A ventilação protetora nos pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo consiste em pressão de platô abaixo de 30 cmH<sub>2</sub>O, *driving pressure* abaixo de 15 cmH<sub>2</sub>O e volume corrente de 6-8 mL/kg de peso ideal.

26

Homem de 27 anos de idade foi vítima de queda de motocicleta em alta velocidade. Estava de capacete. Na admissão, tem Glasgow 13, apresentando dispneia. Ao exame do pulmão, os murmúrios vesiculares estão diminuídos no terço médio do tórax, à direita, com dor e crepitação à palpação nesse local. Frequência cardíaca: 126 bpm; pressão arterial: 125x80 mmHg. A avaliação ultrassonográfica é negativa, exceto pela imagem a seguir no hemotórax direito.



Qual o principal substrato envolvido na causa do achado ultrassonográfico apresentado?

- (A) Aumento da pressão da artéria pulmonar.
- (B) Gás entre as pleuras parietal e visceral.
- (C) Presença de sangue na cavidade pleural.
- (D) Edema do septo interlobular e hemorragia intra-alveolar.

27

Homem de 47 anos de idade foi internado há 35 dias por pancreatite aguda biliar. Apresentou piora do estado geral com necessidade de transferência para leito de UTI. Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, febril, dispneico, com dor abdominal em epigástrio, sem sinais de peritonite.

• Exames laboratoriais:

Hb: 10,5 g/dL

Leucócitos: 18.000 células/mm<sup>3</sup>

Ureia: 29,6 mg/dL

Creatinina: 1,4 mg/dL

Bilirrubinas totais: 2 mg/dL

Proteína C reativa (PCR): 250 mg/dL

Solicitada a tomografia de abdome com o achado apresentado a seguir:



Em relação ao caso apresentado, qual é a conduta mais adequada neste momento?

- (A) Drenagem percutânea.
- (B) Necrosectomia por laparotomia.
- (C) Pancreatectomia corpo caudal.
- (D) Observação clínica com nutrição parenteral.

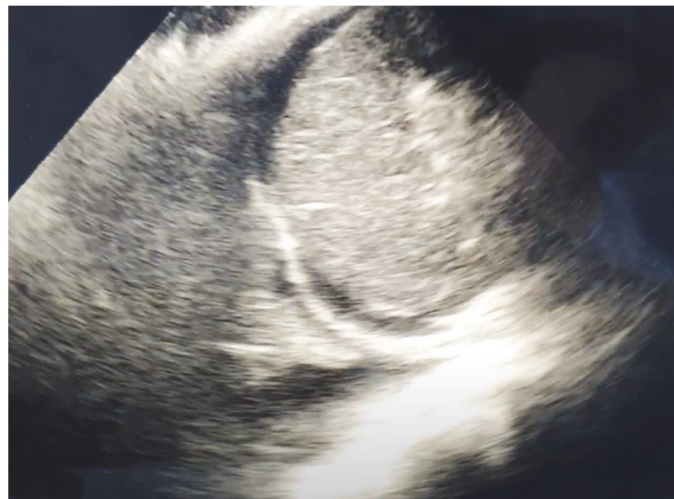
28

Qual é o esquema mais apropriado para a intubação de emergência em paciente comatoso, com saturação arterial de O<sub>2</sub> de 70%, dispneia acentuada e pressão arterial média de 50 mmHg?

- (A) Sequência rápida de intubação com fentanil, tiopental e rocurônio.
- (B) Sequência rápida de intubação com cetamina e succinilcolina.
- (C) *Delayed sequence intubation*, com uso de propofol.
- (D) Intubação acordado com midazolam, na dose máxima de 1 mg/kg.

29

Paciente de 32 anos de idade foi trazido ao pronto-socorro após colisão automobilística em alta velocidade, em que foi ejetado do veículo. Está intubado, saturando 90% com FiO<sub>2</sub> de 100%; os pulsos femorais são filiformes. A imagem a seguir foi obtida durante o atendimento inicial com um transdutor convexo posicionado aproximadamente no 7º espaço intercostal esquerdo, na linha axilar média.



Considerando os dados apresentados, qual deve ser a próxima conduta?

- (A) Punção da cavidade.
- (B) Drenagem pleural e laparotomia.
- (C) Pericardiotomia por toracotomia direita.
- (D) Tomografia de corpo inteiro.

30

Paciente de 31 anos de idade comparece ao ambulatório com abaulamento inguinal bilateral aos esforços. Nega comorbidades ou alergias, faz exercícios regularmente e realiza bastante esforço no trabalho. Tem antecedente de correção de hérnia inguinal do lado direito há 2 anos, com colocação de tela. Ao exame físico das regiões inguinais, apresenta cicatriz de 7 cm à direita e abaulamento durante manobra de Valsalva na região do anel inguinal externo. No lado esquerdo, o abaulamento aparece em repouso, é redutível, e ocupa a porção proximal da bolsa escrotal. Em relação ao caso descrito, é correto afirmar:

- (A) A correção pela via anterior do lado direito não pode ser realizada, pois esta via de acesso já foi utilizada.
- (B) A cirurgia pré-peritoneal não deve ser considerada neste caso, devido ao abaulamento escrotal do lado esquerdo.
- (C) A abordagem extraperitoneal pode ser escolhida para tratar este paciente.
- (D) A recidiva foi causada provavelmente pela falta de repouso no pós-operatório.



**31**

Homem de 47 anos de idade foi submetido a colectomia direita com anastomose primária por apendicite aguda complicada, com abscesso em músculo psoas. No 10º dia de pós-operatório, o dreno apresentava o aspecto a seguir:



O paciente aceitava dieta, estava deambulando e febril (Temp. 38 °C). O abdome era flácido e pouco doloroso em flanco direito, sem sinais de peritonite. Qual é a melhor conduta neste momento?

- (A) Realizar laparotomia com exploração da cavidade.
- (B) Mobilizar o dreno e coletar a cultura do líquido.
- (C) Trocar o dreno no leito.
- (D) Realizar tomografia de abdome com contraste endovenoso.

**32**

Paciente de 59 anos de idade é submetido a colectomia direita com anastomose primária, por laparotomia mediana, devido a neoplasia obstrutiva de cólon ascendente. O procedimento não teve intercorrências. Aproximadamente 24 horas após o procedimento, a equipe de enfermagem identifica temperatura de 38 °C nos controles. Ao avaliar o paciente, ele apresenta:

PA 110x70 mmHg e frequência cardíaca: 102 bpm. Queixa-se de dor na região inferior da ferida operatória, que está seca e com curativo limpo. Em relação ao caso descrito, qual é a causa mais provável da elevação da temperatura?

- (A) Infecção rapidamente progressiva de sítio cirúrgico.
- (B) Bronquiectasia com condensação pulmonar, pela laparotomia.
- (C) Deiscência de anastomose com coleção bloqueada.
- (D) Aumento de citocinas na resposta ao trauma cirúrgico.

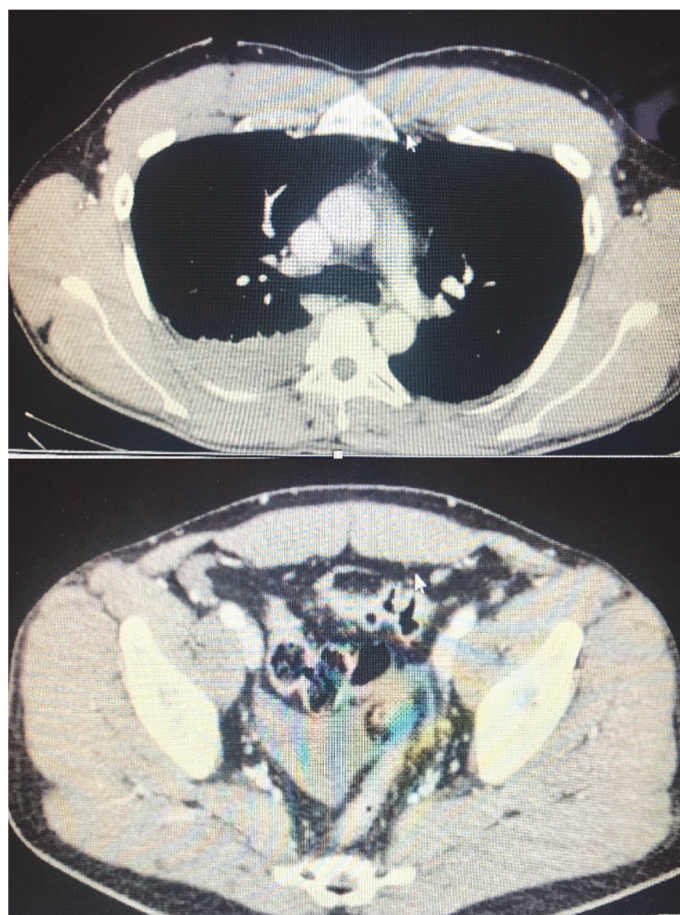
**33**

Homem de 32 anos de idade, vítima de assalto com dois ferimentos por arma branca, um em hemitórax direito, acima do mamilo, e outro no hipogástrio.

• Avaliação Primária:

- A - Via aérea pérvia (sem collar cervical).
- B - Ventilação espontânea com boa expansibilidade pulmonar bilateral. MV+, mas reduzido em hemitórax direito. FR: 22 irpm. Sat: 91%.
- C - PA: 106x69 mmHg, FC: 100 bpm. Dor à palpação de hipogástrio. FAST positivo na pelve.
- D - Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes.
- E - Dorso e extremidades sem alterações. Dois ferimentos: um em tórax e outro no abdome, de 2 cm de extensão.

Realizou tomografia de tórax e abdome a seguir:



Qual é a abordagem cirúrgica mais adequada, em condições ideais?

- (A) Laparoscopia e toracoscopia.
- (B) Toracotomia e laparotomia.
- (C) Janela pericárdica e laparotomia.
- (D) Drenagem de tórax e observação clínica.

**34**

Paciente de 35 anos de idade apresenta desconforto em fossa ilíaca direita há algumas semanas, associado a constipação. Nega febre, inapetência ou náuseas. Não tem febre, nem leucocitose ou outras alterações clínicas ou laboratoriais sugestivas de infecção. Na tomografia de abdome, foi evidenciado apêndice de dimensões aumentadas, com conteúdo denso, sem sinais de apendicite, ou seja, imagem suspeita de tumor mucinoso de apêndice cecal. Foi submetido a laparoscopia e apendicectomia, sem intercorrência. Não havia perfuração do apêndice, mas havia líquido seroso em fundo de saco peritoneal, sem mucina ou carcinomatose peritoneal. O resultado anatomopatológico revelou tumor mucinoso de apêndice de baixo grau, com margens livres. A respeito do tratamento para esse paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente deve ser acompanhado, sem necessidade de abordagens cirúrgicas adicionais neste momento.
- (B) Pela suspeita de tumor mucinoso de apêndice no pré-operatório, o cirurgião deveria já ter realizado a colectomia direita com linfadenectomia.
- (C) Já que houve confirmação de tumor mucinoso de baixo grau de apêndice, o paciente deve ser preparado para citorredução, com quimioterapia hipertérmica intraperitoneal.
- (D) Os portais do acesso laparoscópicos deverão ser ressecados e deve ser feita a colectomia direita.

**35**

Homem de 23 anos de idade, admitido na sala de emergência do pronto-socorro com ferimento penetrante por arma branca em região precordial. Está confuso e agitado. Ausculta pulmonar sem alterações. Bulhas rítmicas, taquicárdicas e hipofonéticas. PA de 60x30 mmHg, FC de 130 bpm, FR de 25 ipm, Sat.O<sub>2</sub> de 90% em ar ambiente. Imagem do paciente apresentada a seguir:

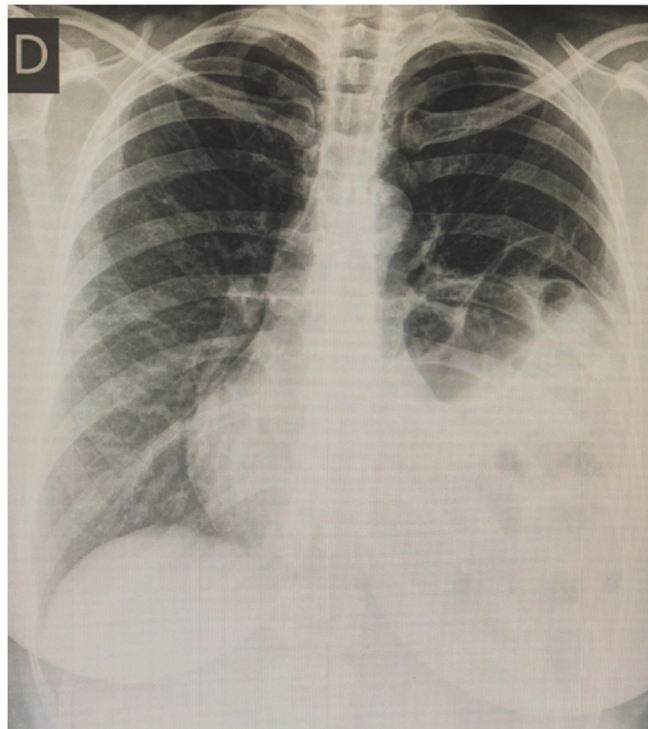


Em relação ao caso apresentado, qual é a melhor conduta neste momento?

- (A) Toracotomia anterolateral esquerda.
- (B) Raio X de tórax em AP e perfil, com inspiração máxima.
- (C) Inspeção digital do ferimento, sob anestesia local.
- (D) Angiotomografia computadorizada de tórax.

**36**

A UBS (Unidade Básica de Saúde) solicitou transferência de um jovem de 20 anos de idade, vítima de queda de bicicleta, com escoriação na parede abdominal anterior e Glasgow 15. No pedido de transferência, foi anexado o ultrassom de abdome, que não mostrava líquido livre na cavidade, e a radiografia apresentada a seguir:



Em relação ao caso apresentado, qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Contusão pulmonar.
- (B) Perfuração de víscera oca.
- (C) Hérnia diafragmática.
- (D) Pneumonia aspirativa.

**37**

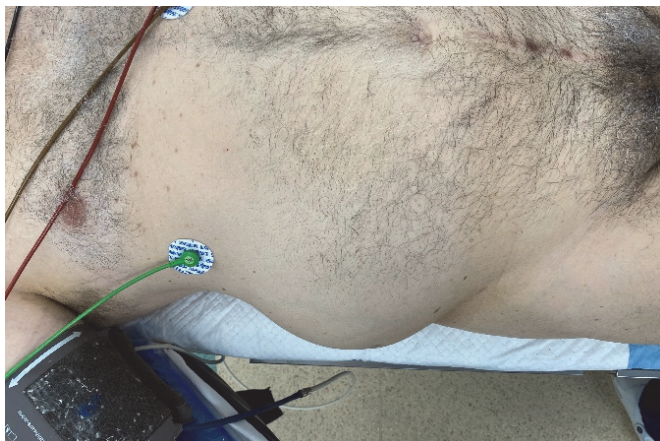
Em um paciente com sangramento agudo grave decorrente de trauma, assinale a alternativa correta.

- (A) A pressão arterial sistólica deve ser mantida entre 70 e 80 mmHg nos pacientes com trauma cranioencefálico e ferimento penetrante.
- (B) O protocolo de transfusão maciça consiste na administração imediata de dois concentrados de hemácias, tipo O negativo, para doentes com sangramento agudo grave. Dependendo do valor do tempo de protrombina, o plasma fresco congelado também pode ser administrado.
- (C) A reposição de cálcio deve ser realizada profilaticamente; a dose depende do volume de hemocomponentes transfundido.
- (D) O ácido tranexâmico não deve ser administrado sem um exame de tromboelastometria disponível, conforme resultados globais do estudo CRASH-2.



38

Homem de 57 anos de idade com abaulamento em flanco direito após nefrectomia.



A respeito da abordagem cirúrgica deste paciente, é correto afirmar:

- (A) A tela de polipropileno deve ser colocada de preferência *onlay* por falta de suporte aponeurótico, sem a necessidade de abertura do saco herniário.
- (B) A colocação da tela de polipropileno deve ser de preferência atrás de toda a musculatura da parede anterior e lateral do abdome, devido a atrofia muscular e proximidade óssea.
- (C) O acesso deve ser por laparoscopia, com lise de aderências e colocação da tela de polipropileno intraperitoneal, sem fechamento do defeito.
- (D) A técnica com tensão deve ser a primeira opção, para manter a simetria da circunferência abdominal.

39

Paciente de 65 anos de idade, portadora de diabetes não insulínica, bem controlado, hipertensão arterial também com bom controle e obesidade grau 3, comparece ao pronto-socorro por meios próprios. Está em regular estado geral e tem abaulamento na região de cicatriz mediana, com dor e hiperemia, conforme imagem a seguir:



A respeito do tratamento desta paciente, é correto afirmar:

- (A) O quadro de obesidade grau 3 contraindica a correção da hérnia e o tratamento deve ser com sonda nasogástrica aberta e hidratação.
- (B) Devido ao diabetes, a paciente deve ser tratada com antibiótico endovenoso de amplo espectro.
- (C) O uso de tela não é recomendado nesta fase, por causa do quadro infeccioso em atividade.
- (D) O melhor acesso é por incisão mediana, com provável necessidade de ressecção intestinal.



**40**

Mulher, 28 anos de idade, realizou colangiografia intraoperatória durante colecistectomia laparoscópica. A imagem é apresentada a seguir:



Em condições ideais, assinale a alternativa que apresenta a opção mais adequada neste momento.

- (A) Exploração laparoscópica do colédoco, pelo cístico, com retirada do cálculo, deixando um dreno no cístico para controle radiológico posterior.
- (B) Completar a colecistectomia por laparoscopia e solicitar Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) no intraoperatório, para retirada do cálculo.
- (C) Conversão para laparotomia, coledocotomia, retirada do cálculo, drenagem da via biliar com Kehr e da cavidade com Penrose.
- (D) Exploração do colédoco pelo cístico, empurrando o cálculo para o duodeno.



