



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 E3**. 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: **6 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 **3 horas** 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 **120** 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

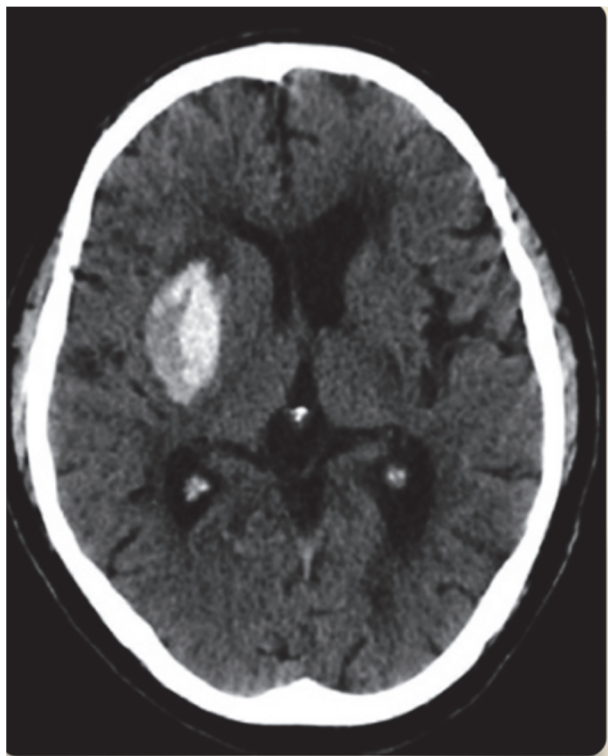
O(a) candidato(a) que não assinar esta capa será considerado(a) ausente da prova.

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_{95%} – 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 pCO₂ – Pressão Parcial de CO₂ PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva pO₂ – Pressão Parcial de O₂ 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>Sangue (bioquímica e hormônios): 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>Sangue (hemograma e coagulograma): 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/mm³ Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm³ Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm³ Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm³ Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm³ Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm³ 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>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS</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>Gasometria Arterial: pH = 7,35 a 7,45 pO₂ = 80 a 100 mmHg pCO₂ = 35 a 45 mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO₃⁻ = 22 a 28 mEq/L SpO₂ > 95%</p>	
<p>Doppler de artéria: 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>Líquor (punção lombar): Células = até 4/mm³ 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

Mulher, 72 anos de idade, é admitida na emergência devido a déficit neurológico focal há duas horas. A acompanhante refere antecedente de hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2 e fibrilação atrial. Faz uso de rivaroxabana 20 mg 1 vez ao dia. Refere que a última tomada do medicamento foi há seis horas. Ao exame clínico, apresentou PA de 140x90 mmHg e FC de 84 bpm. A TC de crânio é apresentada na imagem a seguir:



A conduta mais adequada é:

- (A) Administração de carvão ativado.
- (B) Hemodiálise.
- (C) Plasma fresco congelado.
- (D) Concentrado de complexo protrombínico não ativado.

02

Mulher, 75 anos de idade, em regime de hemodiálise ambulatorial por fístula arteriovenosa há 4 anos. Há três semanas, apresenta episódios de enterorragia intermitente mesmo sem heparina nas sessões de diálise. Endoscopia digestiva alta: gastrite erosiva leve. Colonoscopia: sem focos de sangramentos. Exame clínico: PA de 178x60 mmHg, descorada ++/4+, sopro sistólico em foco aórtico +++/4+, ejetivo, rude, com irradiação para o pescoço. A hemorragia digestiva é mais provavelmente relacionada à

- (A) embolia séptica.
- (B) isquemia mesentérica.
- (C) angiodisplasia intestinal.
- (D) neoplasia de intestino delgado.

03

Mulher, 60 anos de idade, é interrogada sobre suas atividades habituais em primeira consulta. Refere que, desde a morte do marido há dois anos, sente pouco interesse em arrumar a casa, o que fazia rapidamente. Tem dias melhores e dias piores e melhora nos fins de semana quando os netos a visitam. Nos demais dias, sente-se triste. O próximo passo mais adequado no manejo desta paciente é:

- (A) Introduzir mirtazapina 15 mg à noite.
- (B) Introduzir amitriptilina 25 mg à noite.
- (C) Aplicar questionário específico de depressão.
- (D) Encaminhar para avaliação de especialista.

04

Mulher, 68 anos de idade, comparece à consulta após internação por acidente vascular encefálico hemorrágico há um mês. Tem antecedente de fibrilação atrial crônica, hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2 e doença renal crônica em hemodiálise. Faz uso contínuo de atenolol 50 mg/dia, losartana 50 mg/dia, insulina NPH e anticoagulação com varfarina. Na ocasião do evento, apresentava INR 2,1. Não ficou com sequelas neurológicas importantes e mantém funcionalidade preservada para atividades básicas e instrumentais de vida diária. A conduta mais adequada é:

- (A) Iniciar AAS 100 mg/dia.
- (B) Iniciar apixabana 5 mg/dia.
- (C) Ajustar alvo da varfarina para INR entre 1,5 e 2,0.
- (D) Indicar oclusão percutânea do apêndice atrial esquerdo.

05

Mulher, 22 anos de idade, comparece com cansaço, adinamia e sonolência progressivos há três meses. Refere aumento recente do fluxo menstrual. Nega viagens recentes ou uso de medicações. Ao exame clínico, apresentou-se descorada +++/4+, com FC de 120 bpm, sem visceromegalias e com petéquias em membros inferiores.

• Hemograma:

Hb: 6,0 g/dL

Leucócitos: 800/mm³

Neutrófilos: 200/mm³

Plaquetas: 15.000/mm³

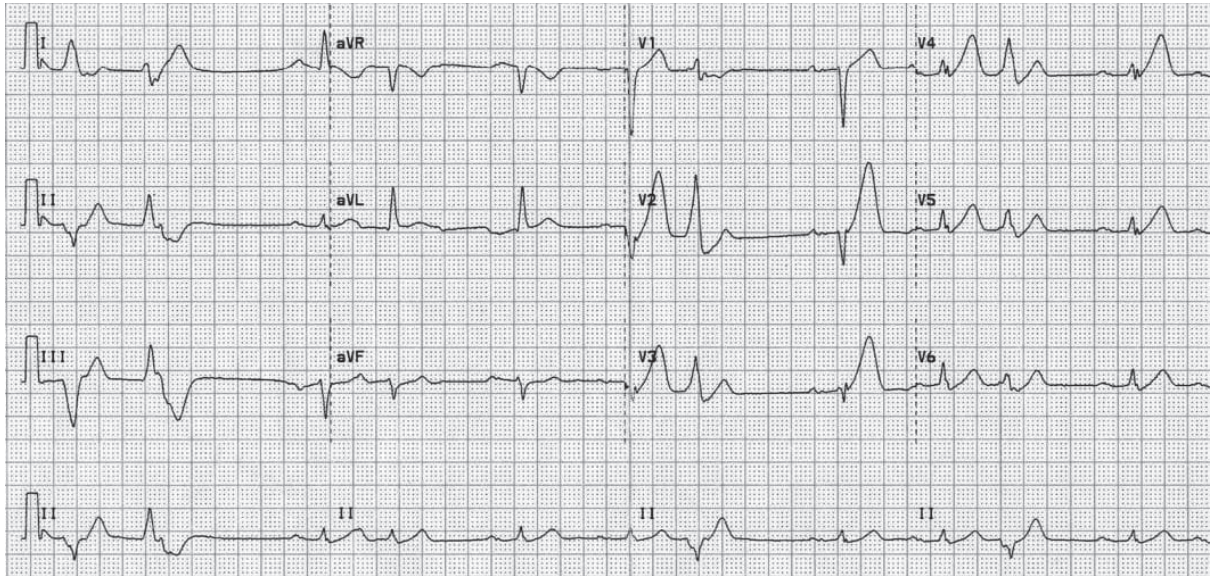
Reticulócitos: 15.000/mm³

Mielograma: não aspirável; biópsia de medula óssea: 20% de celularidade, sem excesso de blastos e sem elementos estranhos à medula, presença de clone HPN (hemoglobinúria paroxística noturna) quantificável em 2% de neutrófilos. A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Síndrome mielodisplásica.
- (B) Anemia aplástica.
- (C) Hemoglobinúria paroxística noturna.
- (D) Mielofibrose primária.

06

Homem, 55 anos de idade, hipertenso e diabético, procura o departamento de emergência com dor torácica retroesternal em aperto com irradiação para mandíbula iniciada há 15 minutos. Ao exame clínico, apresentou diaforese, PA de 150x110 mmHg, FC de 60 bpm, FR de 20 ipm e SpO₂ de 95%. Ausculta pulmonar normal. Recebeu 300 mg de AAS e iniciou infusão de nitroglicerina. O eletrocardiograma inicial é apresentado a seguir:

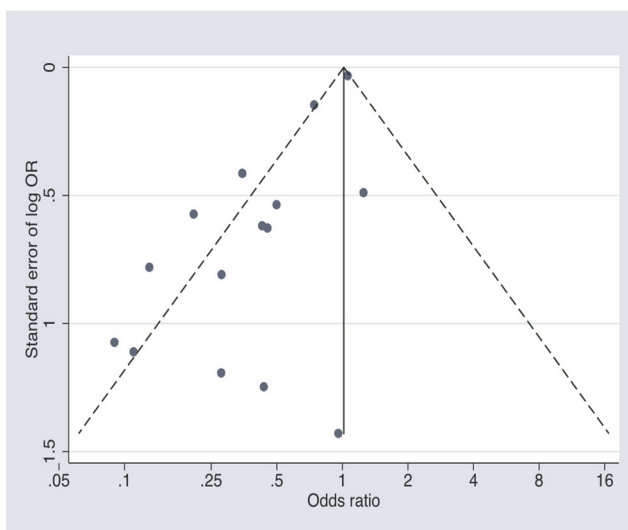


A próxima conduta mais adequada é:

- (A) Atropina intravenosa.
- (B) Cineangiografografia.
- (C) Eletrocardiograma seriado.
- (D) Dosagem seriada de troponina.

07

Em uma metanálise de 15 estudos que avaliaram o uso de magnésio após infarto agudo do miocárdio, o gráfico a seguir é apresentado:



O gráfico indica que há

- (A) alta heterogeneidade.
- (B) viés de publicação.
- (C) efeito de subgrupo.
- (D) estudos de baixa qualidade.

08

Homem, 28 anos de idade, portador de retocolite ulcerativa (pancolite) há 10 meses, em uso adequado de sulfassalazina 2 g/d e azatioprina 100 mg/dia, apresenta quadro de diarreia sanguinolenta cerca de 10 vezes ao dia há uma semana. Ao exame clínico, apresentou PA de 100x70 mmHg; FC de 96 bpm; descorado ++/4+. Ausculta respiratória e cardíaca normais. Abdome globoso, doloroso à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, ruídos hidroaéreos presentes.

- Exames laboratoriais:
- Hb: 8,9 g/dL
- Leucócitos: 7000/mm³
- Plaquetas: 220.000/mm³
- Proteína C reativa: 88 mg/dL

A conduta mais adequada é:

- (A) Infliximabe e antibioticoterapia empírica.
- (B) Infliximabe e aumentar dose de azatioprina.
- (C) Prednisona e aumentar dose de sulfassalazina.
- (D) Metilprednisolona e antibioticoterapia empírica.

09

Homem, 55 anos de idade, queixa-se de dor precordial aos esforços. Refere antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doença renal crônica, dislipidemia e tabagismo de 40 anos-maço. Em uma passagem em pronto-socorro, realizou angiotomografia de coronárias, com achado de placa aterosclerótica em primeira diagonal com redução luminal moderada a importante, na ocasião, com troponina normal. Reavaliado em consulta ambulatorial, foi introduzido anlodipino, com melhora completa do quadro anginoso. Ecocardiograma transtorácico sem alterações significativas. A próxima conduta mais adequada é:

- (A) Metoprolol.
- (B) Estatina de alta potência.
- (C) Cineangiografografia.
- (D) Cintilografia miocárdica.

10

Homem, 60 anos de idade, procura avaliação médica mesmo sem queixas, pois deseja realizar promoção de saúde. É ex-tabagista de 22 anos-maço e parou de fumar há 14 anos. Nega sintomas respiratórios e realiza atividade física regular (caminhada de 45 minutos, cinco vezes por semana). O rastreamento mais adequado é:

- (A) Colonoscopia a cada três anos.
- (B) Densitometria óssea a cada três anos.
- (C) Ultrassonografia de abdome total anual.
- (D) Tomografia de tórax de baixa radiação a cada cinco anos.

11

Paciente, 35 anos de idade, procura cirurgião plástico para implante de próteses de silicone. Nega comorbidades. Exames pré-operatórios: tempo de tromboplastina parcial ativada alargado, tempo de protrombina e tempo de trombina normais. Teste da mistura: não corrigiu o tempo alargado. O dado com maior probabilidade de ajudar no diagnóstico dessa condição é a presença de:

- (A) Abortamentos prévios.
- (B) Epistaxes recorrentes na infância.
- (C) Sangramento excessivo em extração dentária.
- (D) História familiar de trombozes.

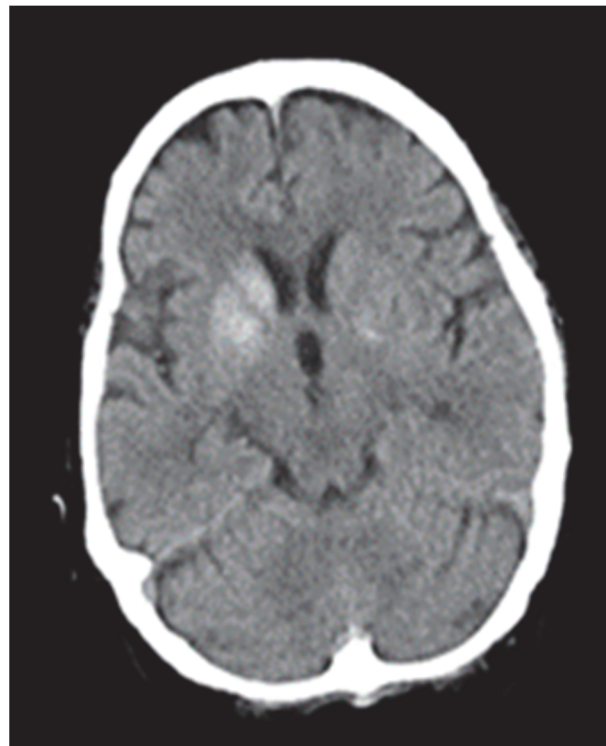
12

Mulher, 68 anos de idade, assintomática, realiza colonoscopia para rastreamento de câncer de cólon que mostra lesão polipoide de 1,2 cm em cólon transverso. Realizada polipectomia e exame anatomopatológico demonstra pólipos hiperplásicos. A colonoscopia deverá ser repetida em:

- (A) Três anos.
- (B) Cinco anos.
- (C) Dez anos.
- (D) Não será necessário repetir o exame.

13

Mulher, 55 anos de idade, sem acompanhamento médico regular ou medicações de uso contínuo, comparece no pronto-socorro por movimentos involuntários em membro superior e inferior esquerdos há oito horas, ao acordar. Exame clínico normal. Exame neurológico: hemibalismo e hemicoreia, sem outros achados ao exame neurológico. Tomografia de crânio sem contraste é apresentada a seguir:



O exame a ser feito e o tratamento mais adequados são, respectivamente,

- (A) glicemia sérica e haloperidol.
- (B) glicemia sérica e midazolam.
- (C) ressonância magnética de crânio com difusão e ácido acetilsalicílico.
- (D) ressonância magnética de crânio com difusão e trombectomia mecânica.

14

Mulher, 60 anos de idade, comparece para primeira consulta, não possui doenças conhecidas e é assintomática. Nega história familiar de câncer na família. Ao exame clínico, apresentou PA de 120x80 mmHg, pulso de 80 bpm, rítmico. IMC de 26 kg/m². Além de rastreio para diabetes, dislipidemia, neoplasia de mama e cólon, está recomendado(a):

- (A) Doppler de carótidas.
- (B) Sorologia para sífilis.
- (C) Ultrassonografia de tireoide.
- (D) Dosagem de 25-hidróxi-vitamina D.

15

Homem, 58 anos de idade, histórico de febre reumática está internado para tratamento de endocardite infecciosa por *Streptococcus viridans*. Ecocardiograma transtorácico da admissão: vegetações em valva mitral associada à insuficiência mitral moderada. Após duas semanas de tratamento com antibioticoterapia, evoluiu com piora de congestão pulmonar e necessidade de doses crescentes de diuréticos de alça. Ao exame clínico, apresentou PA de 120x70 mmHg, FC de 110 bpm, FR de 28 ipm, Temp. 36,8 °C, SpO₂ 92% (com cateter nasal de O₂ 3 L/min). Ausculta pulmonar com estertores finos até 1/3 médio bilateral. Tempo de enchimento capilar de 3 segundos. A conduta mais adequada no manejo deste paciente é:

- (A) Hidroclorotiazida oral.
- (B) Cirurgia cardíaca.
- (C) Dobutamina venosa.
- (D) Nitroglicerina venosa.

16

Mulher, 79 anos de idade, queixa-se de urgência urinária há seis meses, com piora gradual. Em algumas ocasiões, tem perda involuntária antes de chegar ao banheiro. Tem hipertensão arterial sistêmica e dois acidentes vasculares cerebrais isquêmicos prévios. Faz uso de anlodipino 5 mg por dia. Ao exame clínico, apresentou discreta hipertonía e hiperreflexia em braço e perna esquerdos. Mini Exame do Estado Mental (MEEM): 28/30. Urina tipo 1 normal. O diagnóstico mais provável para a queixa urinária é:

- (A) Fraqueza do assoalho pélvico.
- (B) Instabilidade do músculo detrusor.
- (C) Incontinência por transbordamento.
- (D) Bexiga hiperativa.

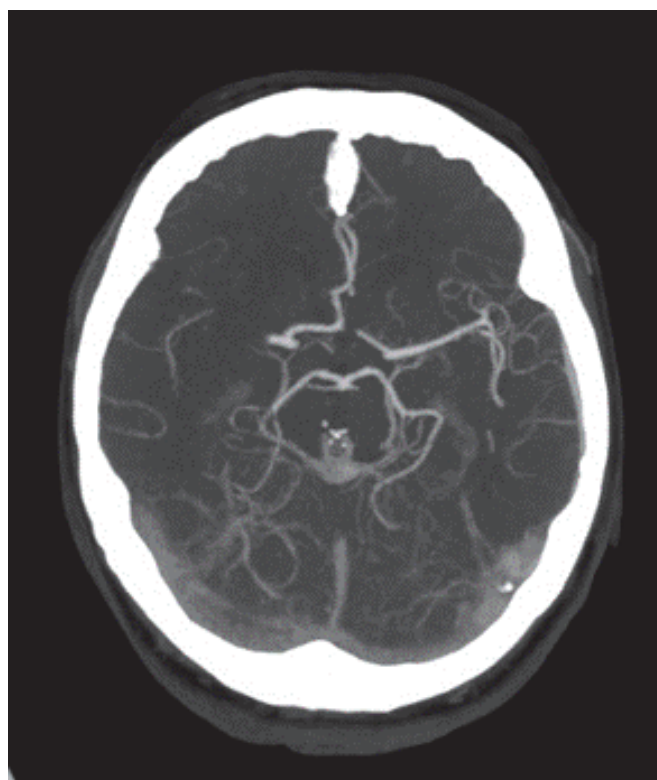
17

Homem, 56 anos de idade, comparece à consulta com queixa de cefaleia diária no período da manhã, principalmente ao acordar. Tem essa dor há alguns anos. A cefaleia é em peso bilateral de fraca a moderada intensidade. Nega foto e fonofobia. Faz uso esporádico de medicações analgésicas para dor (no máximo uma vez por semana). Está passando por problemas no trabalho, com muito estresse. Refere estar mais irritado, além de acordar sentindo-se cansado e sem energia. Refere que adormece em algumas reuniões de trabalho. Antecedentes: diabetes melito não insulino-dependente e hipertensão arterial. Ao exame clínico, apresentou PA de 160x90 mmHg; peso de 102 kg; altura de 170 cm. Restante do exame normal. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Cefaleia tensional.
- (B) Hipertensão intracraniana idiopática.
- (C) Apneia obstrutiva do sono.
- (D) Arterite de células gigantes.

18

Homem, 62 anos de idade, com antecedente de tromboembolismo pulmonar, em uso de anticoagulação plena com enoxaparina subcutânea, é trazido ao pronto-socorro por dificuldade de movimentar o dimídio esquerdo de instalação súbita: o reconhecimento dos sintomas foi há três horas e foi visto bem pela última vez há cinco horas. A última dose administrada de enoxaparina foi há 14 horas. Ao exame clínico, apresentou PA de 160x80 mmHg, FC de 80 bpm, FR de 20 ipm, Temp. de 36,5°C, glicemia capilar 80 mg/dL. Exame neurológico: desvio do olhar conjugado para direita, hemiplegia esquerda e síndrome de heminegligência. Tomografia de crânio: ASPECTS 8, sem outros achados relevantes. A angiotomografia arterial é apresentada na imagem a seguir:



A conduta mais adequada neste momento é:

- (A) Trombectomia mecânica, sem necessidade de exame de imagem adicional.
- (B) Trombectomia mecânica, se viabilidade estrutural confirmada por ressonância magnética.
- (C) Alteplase e trombectomia mecânica, sem necessidade de exame de imagem adicional.
- (D) Alteplase e trombectomia mecânica, se viabilidade estrutural confirmada por ressonância magnética.

19

Homem, 48 anos de idade, está internado na UTI em tratamento de hemorragia subaracnoide Hunt-Hess 4, escala de Fisher modificada 4, sob ventilação mecânica. Evoluiu no 6º dia de internação com suspeita de pneumonia associada à ventilação mecânica e foi iniciado esquema empírico com vancomicina 1 g 12/12h e ceftazidima 2 g IV 8/8h. No 3º dia de tratamento, mantém-se febril, sem drogas vasoativas.

• Exames laboratoriais:

Cr: 0,8 mg/dL

Hb: 10 g/dL

Leucócitos: 15.700/mm³ (80% segmentados, 3% bastonetes)

Plaquetas: 190.000/mm³

• Cultura do aspirado traqueal:

Material	Aspirado traqueal	
Microorganismo	Pseudomonas aeruginosa, 100.000 UFC	
Antibiótico	Interpretação	MIC (mg/mL)
Ceftazidima	Intermediário	<=1
Ciprofloxacina	Intermediário	0,25
Cefepime	Intermediário	<=1
Piperacilina-tazobactam	Intermediário	<=4
Imipenem	Intermediário	<=1
Meropenem	Sensível	1
Amicacina	Sensível	<=8
Colistina	Sensível	<=2
Ceftazidima-avibactam	Sensível	<=2

A conduta antimicrobiana mais adequada é:

- (A) Manter vancomicina e trocar ceftazidima por meropenem.
- (B) Manter vancomicina e associar amicacina.
- (C) Suspende vancomicina e manter ceftazidima.
- (D) Suspende vancomicina e trocar ceftazidima por meropenem.

20

Homem, 42 anos de idade, está internado na UTI com diagnóstico de pneumonia comunitária grave. Apresenta episódio súbito de agitação com a retirada do acesso venoso durante o plantão noturno. A equipe evitou a retirada do tubo orotraqueal. Ao exame clínico, apresentou PA de 180x110 mmHg, FC de 130 bpm, SpO₂ de 90%, FiO₂ de 60% (em modo pressão de suporte, Vc 8 mL/kg), FR de 35 ipm, Temp. de 36,5 °C. Tentativas verbais de contenção foram ineficazes no controle da agitação. A conduta imediata mais adequada é:

- (A) Contenção mecânica e haloperidol e midazolam intramusculares.
- (B) Contenção mecânica e haloperidol intramuscular.
- (C) Midazolam intramuscular seguido de dexmedetomidina intravenosa.
- (D) Haloperidol intramuscular seguido de dexmedetomidina intravenosa.

21

Mulher, 35 anos de idade, está internada na UTI há 24 horas com diagnóstico de choque séptico secundário à mediastinite descendente após desbridamento cirúrgico. Está em uso de ceftriaxona e clindamicina, dipirona, noradrenalina, fentanil, enoxaparina. Está em desmame de noradrenalina, com nadir de 0,05 mg/kg/min porém, nas últimas horas, evoluiu com doses crescentes de vasopressor, chegando a 1 mg/kg/min, associada a tempo de enchimento capilar de 6 segundos, lívido grau ++/5+ e lactato sérico = 90 mg/dL. PA de 65x55 mmHg, FC de 150 bpm. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Choque vasoplégico.
- (B) Choque anafilático.
- (C) Tromboembolismo pulmonar maciço.
- (D) Disfunção miocárdica aguda.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 22 E 23

Homem, 43 anos de idade, sem comorbidades, comparece com náuseas, vômitos, edema periférico e dispneia há dois meses. Exames da admissão: Ur 152 mg/dL, Cr 4,7 mg/dL, hipoalbuminemia, urina I com proteinúria +++/4+ e radiografia de tórax com congestão pulmonar. Durante a investigação, foi confirmada proteinúria de 4,0 g/mg de creatinúria. Eletroforese de proteínas séricas: componente monoclonal de concentração de 2,0 g/dL, imunofixação de proteínas urinárias negativa e imunofixação sérica com componente monoclonal IgG Kappa, com dosagem de cadeias leves livres normal. Avaliação medular normal, com coloração para vermelho congo negativa, ressonância nuclear magnética sem lesões líticas e sem linfonodomegalias.

22

A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Amiloidose AL.
- (B) Mieloma múltiplo assintomático.
- (C) Gamopatia monoclonal de significado renal.
- (D) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.

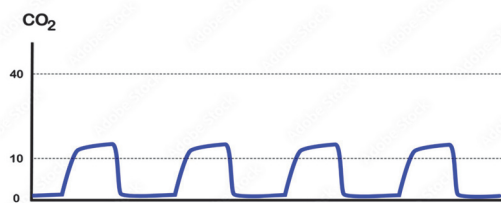
23

Em relação ao caso apresentado, o próximo exame mais adequado é:

- (A) Biópsia renal.
- (B) Biópsia de subcutâneo.
- (C) Repetir avaliação medular.
- (D) Não realizar investigação adicional.

24

Mulher, 45 anos de idade, é trazida à sala de emergência em parada cardiorrespiratória. Foram iniciadas as manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e realizada intubação orotraqueal. Durante o primeiro ciclo de manobras da RCP com 110 compressões por minuto e 10 ventilações por minuto, a capnografia demonstra o seguinte traçado:



A conduta mais adequada é:

- (A) Aumentar a profundidade das compressões.
- (B) Aumentar a frequência das ventilações.
- (C) Aumentar o volume das ventilações.
- (D) Manter manobras de RCP.

25

Homem, 58 anos de idade, apresenta quadro de dispneia progressiva, poliartrite, epistaxe, hemoptise e perda de peso há três meses. Refere antecedente de asma controlada desde a infância. Ao exame clínico, apresentou sibilos esparsos e estertores crepitantes bilaterais.

• Exames laboratoriais:

Cr: 2,5 mg/dL

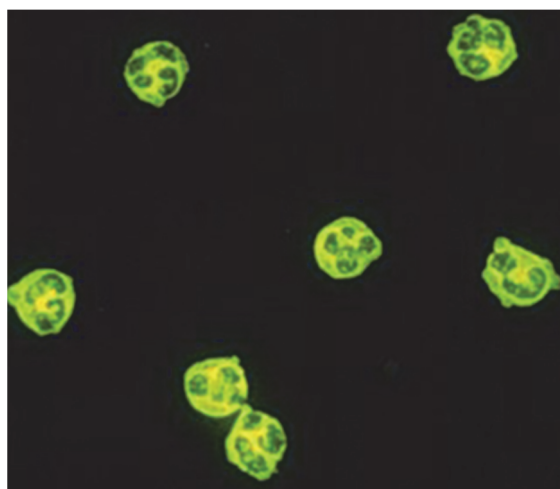
Urina tipo I: com hematúria +++/4+ e proteinúria +++/4+

Radiografia de tórax: infiltrados pulmonares difusos.

Tomografia de tórax de alta resolução: múltiplos nódulos cavitários bilaterais.

Biópsia renal: glomerulonefrite pauci-imune.

Foi solicitado o exame apresentado a seguir:



Em relação ao caso apresentado, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Lúpus eritematoso sistêmico.
- (B) Síndrome de Goodpasture.
- (C) Granulomatose com poliangiíte.
- (D) Granulomatose eosinofílica com poliangiíte.

26

Mulher, 38 anos de idade, refere que não voltou a apresentar ciclos menstruais após seis meses do término da amamentação do seu segundo filho. Queixa-se também de cefaleia leve, esporádica. Faz uso de sertralina, omeprazol e anlodipino. Ao exame clínico, apresentou galactorreia à expressão mamária bilateral. Na consulta, apresenta um exame de sangue com dosagem de prolactina sérica de 48 ng/mL (VR: 4,2 a 24,2 ng/mL). O próximo passo mais adequado é:

- (A) Solicitar ressonância magnética de hipófise.
- (B) Solicitar cortisol basal, TSH, T4 livre, ACTH, FSH e LH.
- (C) Suspender sertralina e reavaliar em três meses.
- (D) Suspender omeprazol e reavaliar em três meses.

27

Homem, 54 anos de idade, refere pirose há quatro meses. Realizou endoscopia digestiva alta há oito semanas, que mostrou esofagite Los Angeles B. Está em uso de pantoprazol 40 mg duas vezes por dia desde então, associado a mudanças de estilo de vida, porém permanece com sintomas. A conduta mais adequada é:

- (A) pH-metria esofágica.
- (B) Associar domperidona.
- (C) Cintilografia de esvaziamento gástrico.
- (D) Trocar pantoprazol por esomeprazol.

28

Mulher, 40 anos de idade, apresenta febre alta e erupção cutânea há dois dias. Ao exame clínico, apresentou regular estado geral, PA de 90x60 mmHg, FC de 110 bpm, FR de 24 ipm, SpO₂ de 94%, Temp. de 38,8 °C, *rash* difuso e lesão em mãos conforme imagem a seguir:



• Exames laboratoriais:

Cr: 1,8 mg/dL

Leucócitos: 17.000/mm³ (10% de bastonetes)

Plaquetas: 95.000/mm³

Tempo de protrombina prolongado

Bilirrubina total: 3,2 mg/dL

O dado adicional da história com maior probabilidade de auxiliar no diagnóstico é:

- (A) Aplicação de ácido hialurônico.
- (B) Exposição sexual desprotegida.
- (C) Uso de absorvente interno.
- (D) Ingestão de frutos do mar.

29

Paciente em realização de protocolo de morte encefálica será submetido à prova de apneia. Gasometria pré-exame: PaO₂ de 210 mmHg; PaCO₂ de 40 mmHg. Após cinco minutos da desconexão do ventilador mecânico, sem incursões respiratórias, apresenta instabilidade hemodinâmica, que leva à reconexão imediata ao ventilador. Gasometria coletada antes da reconexão: PaO₂ de 200 mmHg e PaCO₂ de 57 mmHg. Pode-se concluir que o teste é:

- (A) Inconclusivo, devendo-se repetir em 6 horas.
- (B) Positivo, devendo-se repetir em 6 horas por outro examinador.
- (C) Inconclusivo, com necessidade de repetir o teste em CPAP.
- (D) Positivo, sem necessidade de repetição.

30

Mulher, 65 anos de idade, com dor em joelhos bilateralmente ao andar, levantar da cadeira e agachar. Nega febre e sintomas constitucionais. Antecedentes: hipertensão controlada e dislipidemia. Ao exame clínico, apresentou IMC de 32 kg/m², hipotrofia do quadríceps bilateralmente, aumento de volume dos joelhos, crepitações na flexão passiva bilateralmente. No joelho direito há um discreto aumento de temperatura e pequeno derrame articular. Uso de combinação de diclofenaco + cafeína + carisoprodol + paracetamol quase diariamente nas últimas duas semanas. O tratamento mais adequado neste momento é:

- (A) Infiltração intra-articular com glicocorticoide.
- (B) Infiltração intra-articular com ácido hialurônico.
- (C) Glicocorticoide oral por cinco dias.
- (D) Condroitina e glicosamina oral por trinta dias.

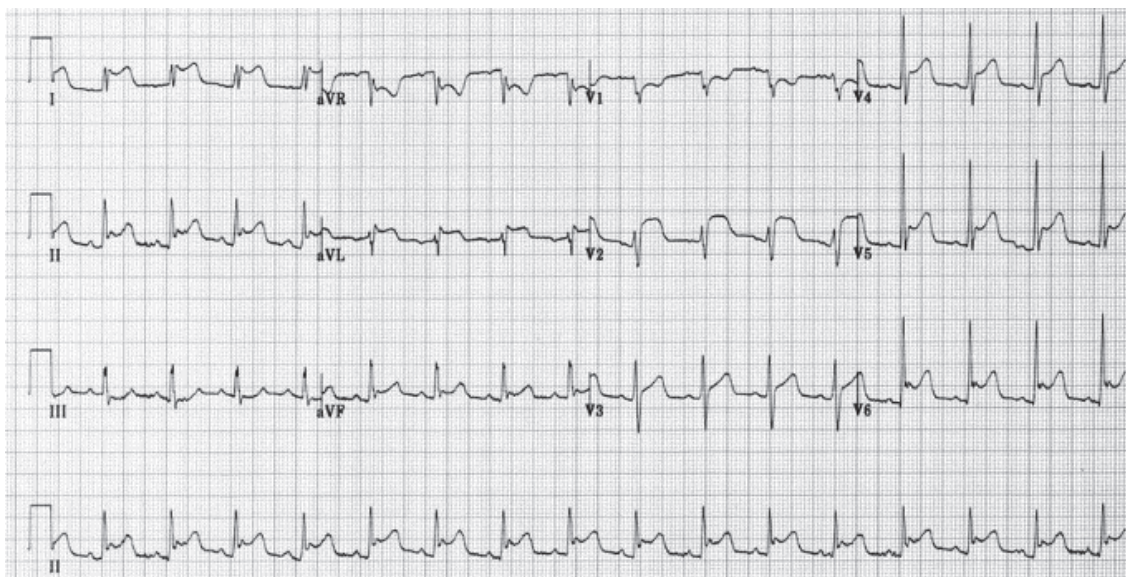
31

Homem, 40 anos de idade, ganhou 20 kg nos últimos anos. É assintomático e não usa medicações. Nega uso de álcool. Ao exame clínico, apresentou peso de 104 kg, altura de 1,70 m, IMC de 36 kg/m², circunferência abdominal de 122 cm, PA de 125x84 mmHg, FC de 80 bpm. Abdome globoso, que dificulta a percussão e palpação. Glicemia em jejum, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicerídeos, ácido úrico e enzimas hepáticas dentro dos valores de referência. Ultrassom de abdome mostra esteatose moderada. FIB-4 de 1,1. A próxima conduta mais adequada é:

- (A) Repetir FIB-4 em dois anos.
- (B) Elastografia por Fibroscan®.
- (C) Ressonância hepática.
- (D) Ultrassom em seis meses.

32

Homem, 42 anos de idade, previamente saudável, comparece com queixa de dor torácica aguda retroesternal há seis horas. Nega dispneia, tosse ou febre. Troponina I ultrasensível: 100 ng/L (VR < 20 ng/L). O ECG é apresentado a seguir:



O próximo passo mais adequado na investigação deste paciente é:

- (A) Ressonância magnética cardíaca.
- (B) Cineangiografografia.
- (C) Angiotomografia torácica.
- (D) Ecocardiograma.

33

Homem, 70 anos de idade, com diabetes melito tipo 2 há oito anos, apresenta rebaixamento do nível de consciência. Faz uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia, glibenclamida 15 mg/dia e sinvastatina 40 mg/dia. Ao exame clínico, apresentou-se hidratado, não contactuando com o ambiente, sem resposta a estímulos dolorosos.

• Exames laboratoriais:

Glicemia capilar 33 mg/dL

Na⁺: 135 mEq/L

K⁺: 4,7 mEq/L

Cr: 3,1 mg/dL

Hb: 10 g/dL

Após administração de glicose endovenosa, apresentou completa recuperação do nível de consciência, sem déficits neurológicos residuais. A conduta mais adequada neste momento é:

- (A) Alta hospitalar mantendo a dose dos medicamentos e orientando a não omitir refeições.
- (B) Alta hospitalar com redução da dose de glibenclamida para 5 mg/dia.
- (C) Internação por 24-48 horas e, na alta, substituir glibenclamida por linagliptina.
- (D) Internação por 24-48 horas e, na alta, substituir glibenclamida por gliclazida.

34

Mulher, 62 anos de idade, com antecedente de diabetes melito tipo 2, realizou tomografia de abdome sem contraste para avaliação de nefrolitíase, que detectou nódulo homogêneo de 3,5 cm em topografia de adrenal direita, com 8 Unidades Hounsfield. Ao exame clínico, apresentou PA de 125x80 mmHg, FC de 80 bpm, peso de 70 kg, altura de 1,60 m. Ausculta cardiopulmonar normal.

• Exames laboratoriais:

Cr: 1,0 mg/dL

K⁺: 4,2 mEq/L

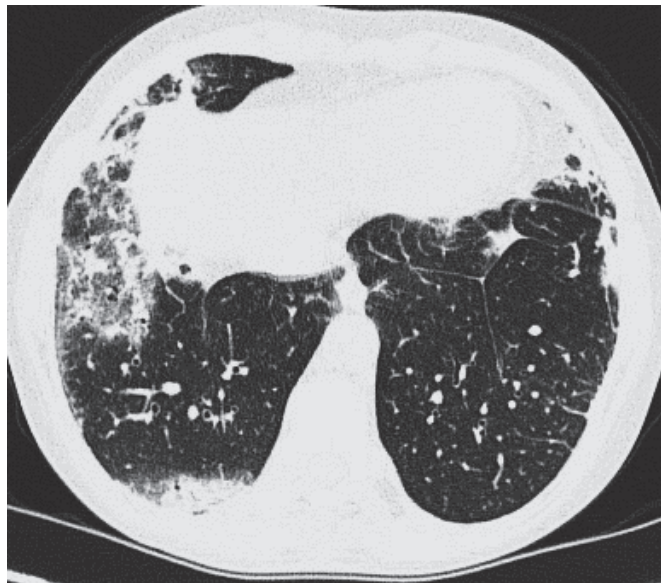
Na⁺: 138 mEq/L

Além do teste de supressão com dexametasona, faz(em) parte do(s) exame(s) a ser(em) solicitado(s):

- (A) Metanefrinas plasmáticas livres e urinárias fracionadas.
- (B) Coletas basais de aldosterona e renina.
- (C) Ressonância magnética de adrenal.
- (D) Nenhum exame adicional.

35

Mulher, 46 anos de idade, com artrite reumatoide soropositiva há cinco anos, fazendo uso de imunossupressão com infliximabe, com bom controle do quadro articular. Há cerca de três meses, iniciou tosse seca e dispneia aos pequenos esforços. Tomografia de tórax (corte supradiaphragmático) é apresentada na imagem a seguir:



Em relação ao caso, o diagnóstico mais provável é:

- (A) Tuberculose pulmonar.
- (B) Aspergilose invasiva.
- (C) Nodulose reumatoide.
- (D) Pneumonia em organização.

36

Homem, 60 anos de idade, é internado para correção de hérnia umbilical eletiva. Refere antecedente de infarto agudo do miocárdio há três anos, tratado com angioplastia de artéria coronária direita. Realiza atividades domiciliares diariamente, como deslocar móveis pesados, sem referir sintomas. Faz uso de AAS 100 mg 1 vez ao dia e atorvastatina 40 mg 1 vez ao dia. A conduta mais adequada no perioperatório é:

- (A) Manter AAS.
- (B) Suspende AAS.
- (C) Manter AAS e associar betabloqueador.
- (D) Suspende AAS e associar betabloqueador.

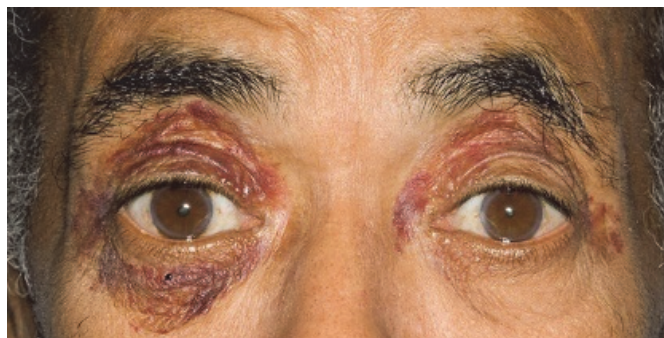
37

Em uma enfermaria, estão três pacientes: um com síndrome de Zollinger-Ellison, outro com pancreatite crônica e outro com doença celíaca. O achado com maior probabilidade de ser encontrado nos três é:

- (A) Hipocalcemia.
- (B) Alcalose metabólica.
- (C) Parestesia de membros inferiores.
- (D) Lesões hipercrômicas na pele.

38

Homem, 76 anos de idade, apresenta tonturas, dispneia e edema generalizado. Ao exame clínico, apresenta face conforme demonstrado na imagem a seguir:



Exame neurológico normal, PA de 88x55 mmHg, FC de 64 bpm, sinusal, descorado ++/4+; edema +++/4+ dos membros inferiores e aumento do volume abdominal compatível com ascite.

• Exames laboratoriais:

Albumina: 1,6 g/dL;

Ur: 60 mg/dL,

Cr: 1,3 mg/dL.

Urina tipo I: proteinúria +++/4+, leucócitos 2/campo, hemácias 3/campo.

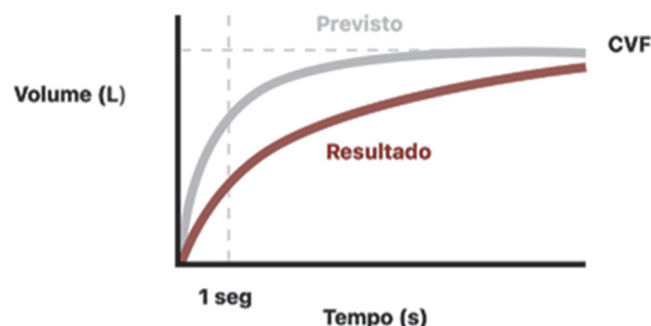
Ecocardiograma com fração de ejeção 0,6, septo 16 mm, radiografia de tórax com derrame pleural bilateral.

Em relação ao caso apresentado, o exame com maior probabilidade de chegar ao diagnóstico é:

- (A) ANCA.
- (B) BNP.
- (C) Crioglobulinas.
- (D) Imunofixação.

39

Observe o gráfico a seguir:



A espirometria apresentada tem maior probabilidade de ser encontrada em:

- (A) Fibrose pulmonar.
- (B) Miastenia gravis.
- (C) Asma.
- (D) Obesidade.

40

Mulher, 62 anos de idade, diabética tipo 2, em uso de metformina, gliclazida e insulina NPH 0,4 U/kg/dia, foi internada com diagnóstico de choque séptico de foco urinário. No 5º dia de UTI, recebeu dieta enteral a 20 mL/h (1,5 Kcal/mL; 84 g/L de proteína). Recebeu noradrenalina 0,1 µg/kg/min, tempo de enchimento capilar 3 segundos. Está em terapia substitutiva renal contínua há dois dias, com balanço hídrico positivo acumulado de 7L. Abdomem com distensão moderada, sem evacuar há quatro dias. Glicemias 150-200 mg/dL nas últimas 24 horas, com insulina NPH SC 10 UI 8/8h.

• Exames laboratoriais:

Cr: 1,5 mg/dL
 Ur: 150 mg/dL
 Na⁺: 140 mEq/L
 K⁺: 4,2 mEq/L
 Lactato: 36 mg/dL

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Manter infusão da dieta enteral.
- (B) Manter infusão da dieta enteral e associar módulo proteico.
- (C) Aumentar infusão da dieta enteral.
- (D) Suspender infusão da dieta enteral.

41

Mulher, 40 anos de idade, sem comorbidades prévias ou histórico familiar relevante. Refere febre, dor torácica e dispneia progressiva há cinco dias. Refere infecção respiratória viral leve há duas semanas do início dos sintomas. Exame clínico: Temp. de 37,9 °C, PA de 75x42 mmHg, FC de 123 bpm. Ausculta pulmonar: estertores bibasais, com extremidades frias e enchimento capilar lentificado. Eletrocardiograma: ectopias ventriculares isoladas. Troponina I ultrasensível 12 ng/L (VR < 11 ng/L). O exame com maior probabilidade de confirmar o diagnóstico etiológico é:

- (A) Cineangiogramia coronariografia.
- (B) Ecocardiograma transtorácico.
- (C) Biópsia endomiocárdica.
- (D) Cintilografia de perfusão miocárdica.

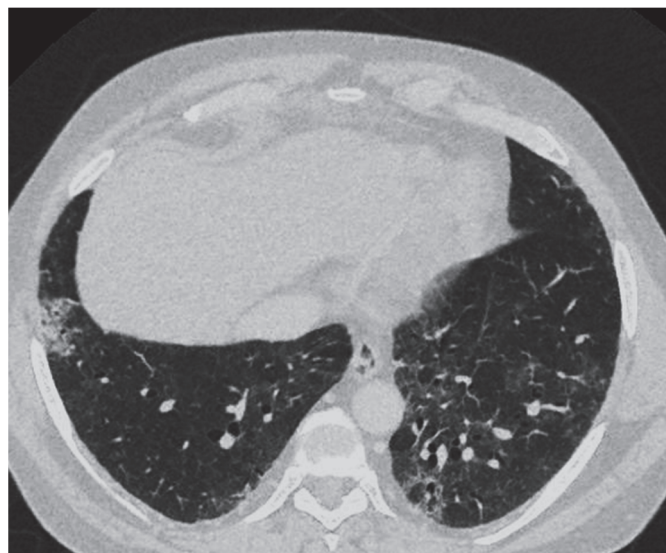
42

Homem, 50 anos de idade, comparece para consulta de promoção da saúde. Não sabe se foi vacinado para hepatite B, porém sabe que na infância teve hepatite. A melhor combinação de resultados para indicar vacinação para hepatite B é:

- (A) AntiHBc negativo, AntiHBs negativo.
- (B) AntiHBc negativo, AgHBs negativo.
- (C) AntiHBc positivo, AntiHBs negativo.
- (D) AntiHBc positivo, AgHBs negativo.

43

Homem, 65 anos de idade, com antecedentes de hipertensão, diabetes melito tipo 2 e dislipidemia, bem controlados. É ex-tabagista, com carga tabágica de 40 anos-maço, tendo cessado há 20 anos. Iniciou quadro de dispneia aos esforços ao subir ladeiras ou escadas, e tosse seca frequente, quando mudou de sala no trabalho há 2 meses. Refere que o local é úmido e com paredes escuras. Tomografia de tórax (corte supradiaphragmático) é apresentada na imagem a seguir:



O diagnóstico mais provável é:

- (A) Fibrose pulmonar idiopática.
- (B) Pneumonite de hipersensibilidade.
- (C) Pneumonia intersticial não-específica idiopática.
- (D) Bronquiolite linfocitária.

44

Homem, 81 anos de idade, comparece com a esposa, que relata que o paciente tornou-se muito teimoso e irritadiço nos últimos meses. Ela tem que repetir a toda hora as mesmas coisas e ele esquece recados ou compromissos. Não acompanha mais o noticiário da TV ou filmes. O paciente nega humor depressivo, mas tem perdido o interesse em sair de casa, encontrar os amigos, frequentar a igreja e festas da comunidade. Ele considera sua memória boa e não consegue se relacionar com as pessoas, principalmente as que não tem paciência com ele. Nega comorbidades. Sem alterações no exame físico geral e neurológico. Otoscopia normal. Mini-exame do estado mental: 29 pontos. Escala Geriátrica de Depressão (GDS) de 4. A conduta mais adequada para esclarecimento do caso é:

- (A) Audiometria.
- (B) Teste de Snellen.
- (C) Ressonância magnética de crânio.
- (D) Não são necessários exames adicionais.

45

Homem, 60 anos de idade, comparece com queixa de dispneia que começou hoje. Nega febre. Nunca foi a médicos por se sentir saudável. Não toma medicações e anda 5 km diariamente. Ao exame clínico, apresentou PA de 130x80 mmHg, FC de 90 bpm, FR de 30 ipm, SpO₂ em ar ambiente 90%, exame pulmonar normal, ausculta cardíaca com hiperfonese de P2. Radiografia de tórax normal. Tomografia de pulmões: ausência de lesões parenquimatosas. Esta hipoxemia se deve mais provavelmente à(ao):

- (A) Congestão pulmonar.
- (B) Leitura errada do oxímetro.
- (C) Alteração vascular pulmonar.
- (D) Desvio da curva de dissociação de hemoglobina.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 46 E 47

Mulher, 30 anos de idade, transplantada hepática há seis meses após quadro de hepatite fulminante, apresenta tosse produtiva e febre há três dias, mal-estar e dispneia. Faz uso de prednisona, tacrolimus, micofenolato, omeprazol e insulina NPH duas vezes ao dia. Ao exame clínico, apresentou PA de 86x35 mmHg, FC de 130 bpm, FR de 35 ipm, Temp. de 38,5 °C. Estertores finos em base direita. SpO₂ de 90% em ar ambiente. Glicemia capilar *high*.

• Exames laboratoriais:

Hb: 10,0 g/dL
 Leucócitos: 7750/mm³
 Plaquetas: 388.000/mm³
 Cr: 3,67 mg/dL
 Ur: 103 mg/dL
 Na⁺: 125 mEq/L
 K⁺: 4,8 mEq/L
 Cl⁻: 93 mEq/L
 pH: 7,20
 PCO₂: 33 mmHg
 HCO₃⁻: 15 mEq/L
 SBE: -12 mEq/L
 Glicemia: 750 mg/dL
 Lactato: 90 mg/dL

46

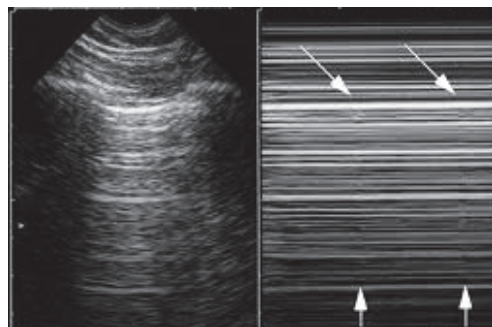
Além de acidose láctica, o distúrbio acidobásico associado é:

- (A) Acidose respiratória.
- (B) Alcalose metabólica.
- (C) Cetoacidose diabética.
- (D) Não há distúrbio associado.

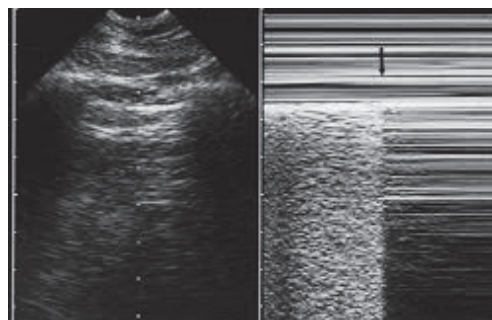
47

Assinale a alternativa que, mais provavelmente, corresponde ao achado ultrassonográfico compatível com a alteração clínica apresentada no sistema respiratório.

(A)



(B)



(C)



(D)



48

Mulher, 60 anos de idade, está em tratamento de leucemia mieloide aguda com quimioterapia intensiva. Foi internada em UTI por neutropenia febril, em uso de meropenem e vancomicina, além de profilaxias com aciclovir e fluconazol. Hemoculturas parciais negativas. Mantém febre após o terceiro dia de antibioticoterapia e evoluiu com hipoxemia. TC de tórax com infiltrado pulmonar difuso com nódulos e sem sinal do halo. Galactomanana sérica negativa. Ao exame clínico, a seguinte lesão cutânea foi apresentada:



Em relação ao quadro descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Candidíase invasiva.
- (B) Fusariose invasiva.
- (C) Aspergilose invasiva.
- (D) Esporotricose.

49

Mulher, 18 anos de idade, apresenta queixa de desequilíbrio e visão dupla há oito dias. Inicialmente, a paciente andava cambaleante, em seguida passou a necessitar de apoio para andar e, há um dia, é incapaz de ficar em ortostase. No mesmo período, notou visão dupla que melhorava ao ocluir qualquer um dos olhos. Três semanas antes do início dos sintomas, refere seis dias de febre e dores pelo corpo, sem sintomas respiratórios ou gastrointestinais associados. Exame neurológico: força muscular grau V global, reflexos miotáticos abolidos, ataxia sensitiva nos quatro membros e paresia do VI nervo craniano à esquerda. Restante do exame sem outras alterações. O exame complementar mais indicado para se confirmar a hipótese diagnóstica é:

- (A) Eletroencefalografia.
- (B) Tomografia computadorizada de coluna cervical.
- (C) Ressonância magnética de encéfalo.
- (D) Painel molecular viral em líquido cefalorraquidiano.

50

Homem, 35 anos de idade, é admitido confuso e sonolento na sala de emergência. Ao exame clínico, apresentou vias aéreas pervias, FR de 36 ipm, SpO₂ de 95%, PA de 100x60 mmHg, FC de 130 bpm, temperatura axilar 41°C. Midríase bilateral com pouca reatividade pupilar. Não há lesões de pele nem rigidez de nuca. Exames laboratoriais: pH 7,20, HCO₃⁻ 15 mmHg, PaCO₂ 30 mmHg, lactato de 25 mg/dL, Na⁺ 148 mEq/L. Segundo sua acompanhante, o paciente é hígido e, até três horas atrás, não estava sentindo nada. O dado adicional de história mais provável de ser encontrado na conversa com sua acompanhante é:

- (A) Uso regular recreativo de cocaína.
- (B) Treino para triatlo em um dia muito quente.
- (C) Caminhada em um local com vegetação alta neste dia.
- (D) Almoço em restaurante japonês há duas horas.

51

Em relação à expectativa de perda de peso após cirurgia bariátrica e metabólica, é correto afirmar:

- (A) Espera-se que o paciente atinja o seu peso ideal calculado pela Tabela Metropolitana.
- (B) O nadir da curva de perda de peso ocorre aos 6 meses.
- (C) No primeiro mês a perda de peso esperada é de 20% do peso total.
- (D) A perda de peso após um ano varia, em média, de 60 a 80% do excesso de peso, dependendo de características individuais do paciente e tipo de cirurgia.

52

Em relação à perda de peso no preparo pré-operatório da cirurgia bariátrica e metabólica,

- (A) deve ser obrigatória para todos os pacientes.
- (B) pode ajudar a reduzir a morbidade cirúrgica em pacientes com IMC acima de 60 kg/m².
- (C) o balão intra-gástrico é o método mais utilizado para este fim.
- (D) farmacoterapia não está indicada uma vez que já houve falha anteriormente.

53

Homem, 56 anos de idade, refere dor em toda parte superior do abdome há 8 dias, com piora à alimentação, acompanhada de náuseas e vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. Apresenta febre há 2 dias. Nega colúria ou hipocolia fecal. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial sistêmica, colecistectomia por via aberta feita após surto de pancreatite aguda há 6 anos. Já foi etilista, mas diz que parou de ingerir bebida alcoólica há 10 anos. Medicação em uso: anlodipino, enalapril, clortalidona e espironolactona. Está em regular estado geral, eupneico, icterico +/4+, afebril. Pulmão: murmúrio vesicular presente e simétrico. Coração: bulhas rítmicas e normofonéticas. Abdome: plano, normotenso, com dor à palpação em região epigástrica. Não tem sinais de irritação peritoneal.

• Exames laboratoriais:

Hb: 13,3 g/dL

Ht: 38%

Leucócitos: 13.450/mm³ (sem desvio)

Creatinina: 1,36 mg/dL

Ureia: 62 mg/dL

Amilase: 1.218 U/L

Ultrassom de abdome: dilatação da via biliar intra-hepática, com colédoco no limite superior da normalidade, não se caracterizando ponto de obstrução. Assinale a alternativa que apresenta o melhor exame para avaliar o paciente do caso descrito.

- (A) Colangiopancreatografia endoscópica.
- (B) Tomografia de abdome total.
- (C) Eletrocardiograma.
- (D) Colangiorressonância.

54

Mulher, 64 anos de idade, submetida à retossigmoidectomia com colostomia há 1 ano por tumor obstrutivo de sigmoide, refere sangramento vivo pela colostomia. Já apresentou 7 episódios de sangramento pela colostomia nos últimos 10 meses, sendo necessárias várias transfusões de sangue. A endoscopia digestiva alta mostra varizes esofágicas e gastropatia congestiva. A tomografia mostra grande quantidade de vasos venosos abdominais dilatados. O tratamento desta paciente deve incluir

- (A) tratamento endoscópico de varizes de cólon e betabloqueador.
- (B) embolização da veia mesentérica inferior e betabloqueador.
- (C) cirurgia de descompressão ázigo-portal e ligadura da veia mesentérica inferior.
- (D) colectomia esquerda, com colostomia no transversos.

55

Mulher, 75 anos de idade, refere dor abdominal há 7 dias, acompanhada de anorexia, náuseas e vômitos. Há 1 dia, está sonolenta e só responde à dor retirando o membro. É diabética em uso de hipoglicemiantes orais e hipertensa. Diz que no ultrassom realizado há 30 dias tem litíase vesicular. Ao exame físico, apresentou mau estado geral, pálida, desidratada 3/4+, anictérica. FR de 30 ipm, Sat. O₂ de 85%, FC de 122 bpm, PA de 70x50 mmHg. Abdome distendido, com dor à palpação no ponto cístico. Qual é a conduta inicial mais adequada para esta paciente?

- (A) Intubação traqueal com sequência rápida e ventilação mecânica.
- (B) Ventilação com AMBU e máscara, sedação com propofol 1 mg/kg, succinilcolina 1 mg/kg e intubação traqueal.
- (C) Oxigênio por máscara, acesso venoso com reposição volêmica, noradrenalina 0,05 µg/kg/min, intubação traqueal, antibiótico.
- (D) Reposição volêmica com 1.000 mL de soro fisiológico, hemocultura, antibioticoterapia de amplo espectro e oxigênio por cateter nasal, 3 L/min.

56

Mulher, 35 anos de idade, procura o ambulatório com queixa de dor na região lombar inferior direita. A dor iniciou-se há cerca de dois meses após levantar um objeto pesado. É descrita como contínua e latejante, piorando ao se inclinar para a frente ou levantar objetos. Ao exame físico, apresentou sensibilidade localizada na área do triângulo lombar inferior, associada a abaulamento redutível, sem sinais de encarceramento ou estrangulamento. Qual é o tipo de hérnia mais provável desta paciente?

- (A) Spiegel.
- (B) Grynfelt-Lesshaft.
- (C) Obturatória.
- (D) Petit.

57

Paciente, 26 anos de idade, vítima de queda de motocicleta, comparece no pronto-socorro referindo dor em pé e perna à esquerda. Tinha deformidade do joelho esquerdo, a perna esquerda com aumento de diâmetro (2x). O pé esquerdo estava frio com ausência de pulsos pediosos e tibial. Você está num pronto-socorro que dista 120 km do centro de trauma e o tempo para remoção é de, no mínimo, 6 horas. No serviço em que você está, tem centro cirúrgico com anestesista de plantão. A melhor conduta para salvar o membro deste paciente é

- (A) imobilização do membro com fixador externo.
- (B) fasciotomia dos quatro compartimentos.
- (C) enfaixamento do membro e vasodilatador.
- (D) analgesia e transferência imediata.

58

Homem, 22 anos de idade, foi vítima de colisão moto X muro. Chega no hospital de helicóptero. Via aérea: intubado para transporte (midazolan e fentanil), em ventilação mecânica, com FR de 16 ipm. Sat. O₂ de 95%, murmúrio vesicular presente bilateralmente, simétrico. PA de 70x60 mmHg, FC de 144 bpm. FAST positivo. Pelve fechada, clinicamente estável. Glasgow *coma score*: 3T. Tem abrasão na crista ilíaca esquerda e luxação do joelho esquerdo. Foi realizada a tomografia apresentada a seguir:



Durante a tomografia, a pressão arterial ficou inaudível. Pulso central: frequência de 150 bpm. Com este quadro clínico, deve-se realizar, imediatamente, a

- (A) laparotomia exploradora.
- (B) angiografia, para endoprótese de aorta.
- (C) passagem de REBOA.
- (D) toracotomia de urgência com clampeamento da aorta.

59

Quais são os limites anatômicos do triângulo lombar inferior?

- (A) Crista ilíaca, margem lateral do músculo grande dorsal e margem medial do músculo oblíquo externo.
- (B) Crista ilíaca, margem lateral do músculo grande dorsal e margem lateral do músculo oblíquo interno.
- (C) Crista ilíaca, margem lateral do músculo quadrado lombar e margem lateral do músculo oblíquo externo.
- (D) Crista ilíaca, margem medial do músculo grande dorsal e margem medial do músculo oblíquo interno.

60

Homem, 52 anos de idade, vítima de queda de altura. Ao exame físico, foi achado hematoma na região perineal e saída de sangue pelo meato uretral, conforme imagem a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) Sonda de Foley.
- (B) Cistostomia por punção.
- (C) Uretrografia retrógrada.
- (D) Toque retal; sonda de Foley se próstata palpável.

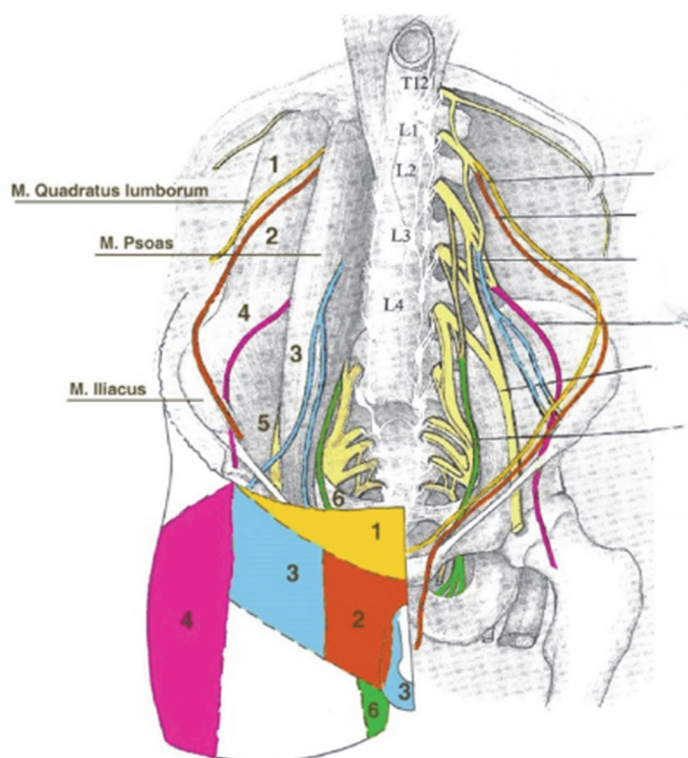
61

Homem, 25 anos de idade, refere que sofreu queda há 15 dias. Está com imobilização devido à fratura fechada de braço direito. Está tomando diclofenaco de sódio 50 mg em três tomadas diárias desde o evento. Toma ainda dipirona 1 g de 6 em 6 horas. Hoje, apresentou mal-estar, sudorese fria e dor abdominal em cólica. Apresentou também fezes amolecidas, enegrecidas e muito malcheirosas. Teve desmaio após a evacuação. Foi acionado o resgate que o trouxe para o pronto-socorro. Está pálido e sudorético. FR de 20 ipm, Sat. O₂ de 95%, PA de 90x70 mmHg, FC de 120 bpm, Glasgow: 15, neste momento. Tem ferimento de couro cabeludo na região occipital com 3 cm de extensão, agora sem sangramento significativo. O abdome é plano e normotenso com ruídos hidroaéreos presentes. Toque retal: melena. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta as medidas iniciais que devem ser tomadas.

- (A) Tomografia de crânio imediata.
- (B) Oxigênio, acesso venoso, monitorização, exames de sangue e transfusão de concentrado de hemácias.
- (C) Oxigênio, acesso venoso, monitorização, exames de sangue, reanimação volêmica com 500 mL de soro fisiológico, endoscopia digestiva alta imediata.
- (D) Oxigênio, acesso venoso, monitorização, dosagem de hemoglobina e hematócrito, reanimação volêmica com cristalóide e tomografia de crânio.

62

Homem, 45 anos de idade, submeteu-se à operação de reparo de hérnia inguinal direita pela técnica de Lichtenstein. No pós-operatório, evoluiu com dor persistente no local da cirurgia que se irradia para a região adjacente. A dor é descrita como sensação de queimação, formigamento, choque elétrico ou pontada, muitas vezes acompanhada de hipersensibilidade da região. No exame físico, a dor irradia para a área identificada como número 3 em azul na figura a seguir:



Qual é o nervo mais provavelmente acometido nesta condição?

- (A) Nervo íleo-hipogástrico.
- (B) Nervo femoral.
- (C) Nervo íleo-inguinal.
- (D) Nervo genitofemoral.

63

Homem, 50 anos de idade, é portador de hérnia incisional gigante com perda de domicílio. Antecedentes: diabetes melito e hipertensão arterial sistêmica. Índice de Tanaka de 50%, IMC de 40 kg/m². Não tem complicações agudas como encarceramento ou estrangulamento. O paciente tem histórico de múltiplas cirurgias abdominais, resultando em hérnia que ocupa grande parte do abdome. No exame físico, a hérnia é classificada como M3M4W3 pela classificação da Sociedade Europeia de Hérnia. Qual é a conduta mais apropriada para o tratamento deste paciente neste momento?

- (A) Hernioplastia incisional mediana com reforço pré-aponeurótico, à Chevrel.
- (B) Gastroplastia para perda ponderal antes da hernioplastia.
- (C) Pneumoperitônio progressivo pré-operatório.
- (D) Reparo robótico por E-TOP (*Endoscopic Totally Extraperitoneal*).

64

Homem, 25 anos de idade, foi encaminhado ao pronto-socorro pelo serviço de radiologia. Durante tomografia de abdome de rotina, o radiologista identificou vesícula biliar com espessamento de parede e cálculos em seu interior, baço aumentado de tamanho e muitas veias intra-abdominais. O paciente negava dor abdominal, febre ou alteração do hábito intestinal. Estava em bom estado geral, afebril, anictérico, eupneico. FR de 12 ipm, Sat. O₂ de 96%, em ar ambiente, FC de 78 bpm, PA de 122x80 mmHg. Abdome plano, flácido, sem dor à palpação. Assinale a alternativa que apresenta a indicação para este paciente.

- (A) Antibioticoterapia sistêmica e colecistectomia de urgência.
- (B) Colecistectomia programada, com antibioticoterapia profilática.
- (C) Antibioticoterapia sistêmica e colecistostomia.
- (D) Antibioticoterapia sistêmica e colangiografia endoscópica com papilotomia pré-operatória.

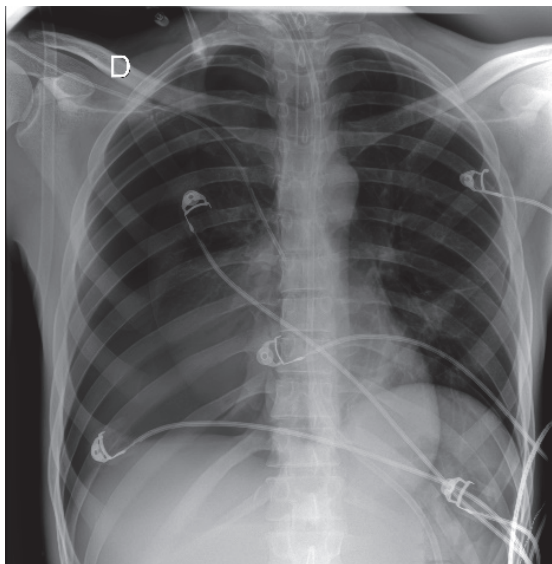
65

Mulher, 55 anos de idade, comparece no consultório com queixa de dor abdominal há vários meses. Descreve a dor como localizada na região da linha arqueada perto da borda lateral do músculo reto do abdome. A dor é intermitente, mas tem se tornado mais frequente e intensa nas últimas semanas. Piora com a atividade física e melhora com o repouso. No exame físico, observa-se e palpa-se protuberância na região da linha arqueada direita que aumenta de tamanho quando a paciente tosse ou faz manobra de Valsalva. Com suspeita de hérnia, decide-se solicitar exame para confirmar o diagnóstico. A ultrassonografia abdominal revela hérnia de Spiegel caracterizada por protrusão de conteúdo abdominal através do espaço semilunar entre as fibras do músculo reto do abdome e a aponeurose lateral. A paciente está clinicamente estável e não apresenta sinais de estrangulamento ou obstrução intestinal. No tratamento cirúrgico desta condição, qual é o plano ideal para colocação da tela?

- (A) Pré-peritoneal.
- (B) Pré-aponeurótico, sobre a aponeurose anterior do músculo reto do abdome e do músculo oblíquo externo.
- (C) Intermuscular, entre o músculo oblíquo externo e o músculo oblíquo interno.
- (D) Intermuscular, entre o músculo oblíquo interno e o músculo transversos.

66

Após a passagem de cateter venoso em veia subclávia direita, foi feito o raio X de tórax apresentado a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a próxima conduta.

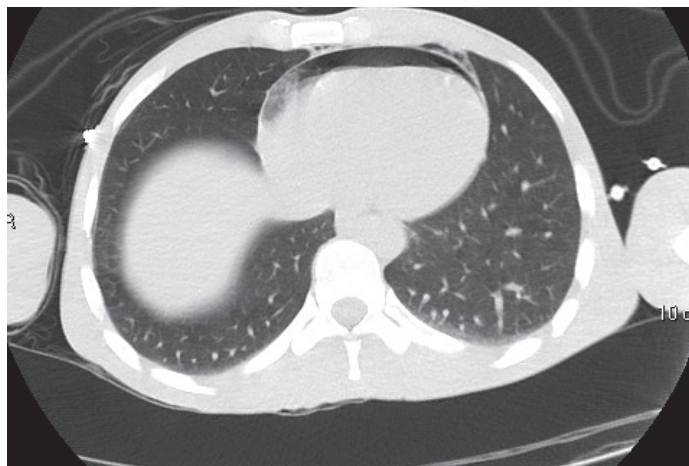
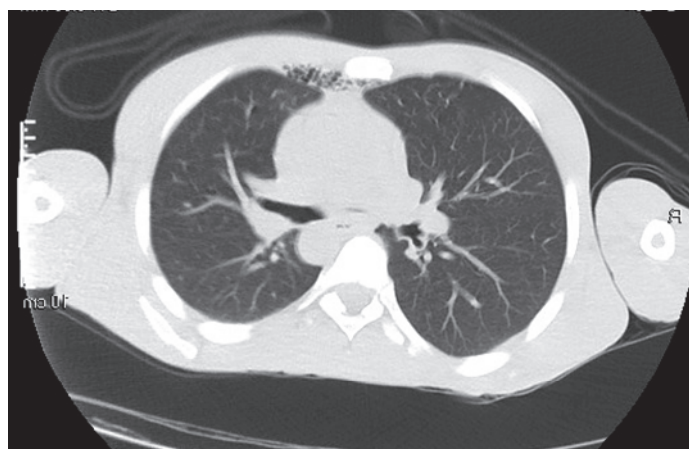
- (A) Drenagem torácica no 5º espaço intercostal e manter o cateter.
- (B) Retirada do cateter venoso e observação.
- (C) Videotoracoscopia, com retirada do cateter sob visão direta.
- (D) Drenagem torácica no 5º espaço intercostal e retirada do cateter.

67

Homem, 29 anos de idade, foi vítima de ferimento por arma branca na região precordial.

- A: via aérea pérvia;
- B: murmúrio vesicular presente bilateralmente, saturação de O₂: 96%;
- C: pressão arterial: 130x90 mmHg, frequência cardíaca: 85 bpm;
- D: Glasgow coma score: 15;
- E: ferimento inciso, de 2 cm de extensão, em região paraesternal esquerda, na altura do segundo espaço intercostal, sem sangramento ativo e sem sinais de entrada ou saída de ar.

Realizou a tomografia de tórax apresentada a seguir:

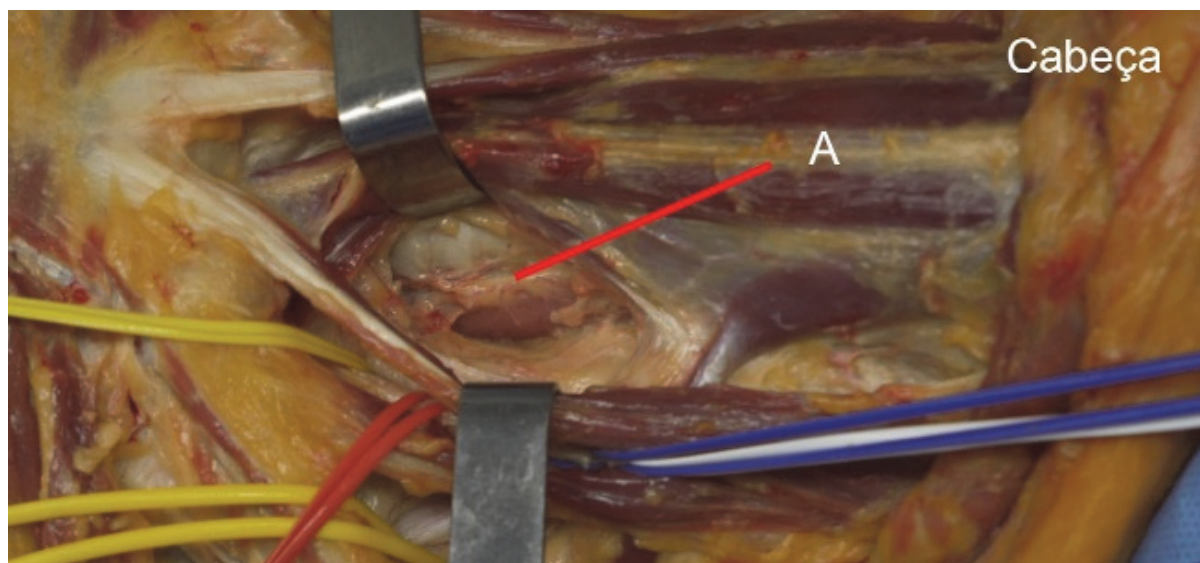


Em relação ao caso apresentado, qual deve ser a próxima conduta?

- (A) Janela pericárdica.
- (B) Monitorização clínica e observação clínica.
- (C) Drenagem torácica à esquerda.
- (D) Sutura do ferimento e vacinação antitetânica.

68

Observe a imagem a seguir:

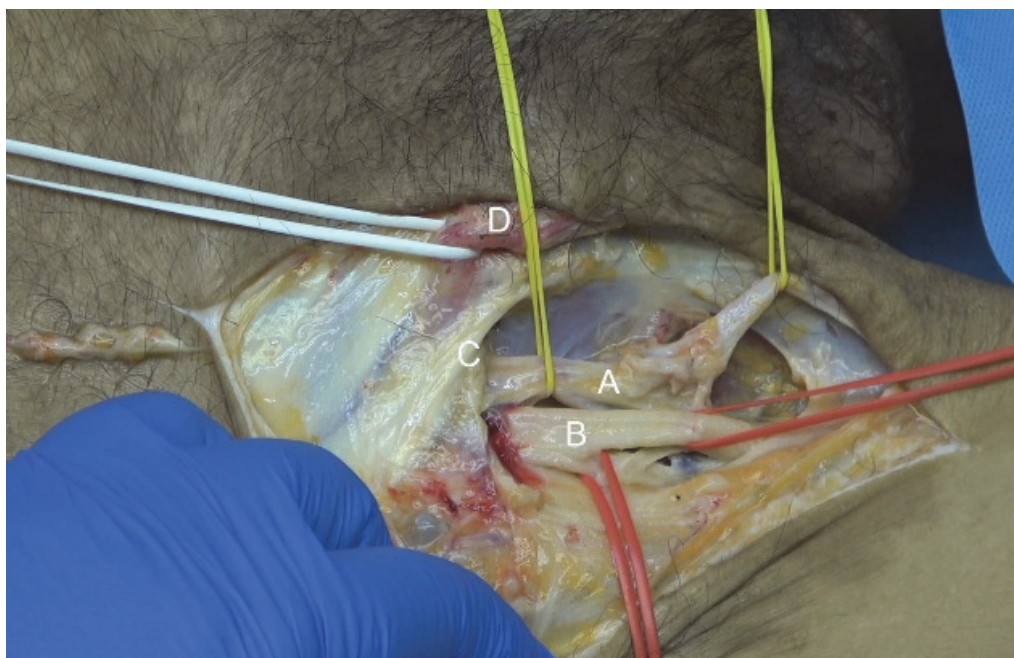


Em relação à imagem apresentada, a secção da estrutura apontada com a letra **A** causa:

- (A) Fístula quilosa.
- (B) Adução da prega vocal esquerda.
- (C) Elevação do diafragma esquerdo.
- (D) Abdução da prega vocal esquerda.

69

Observe a imagem a seguir:

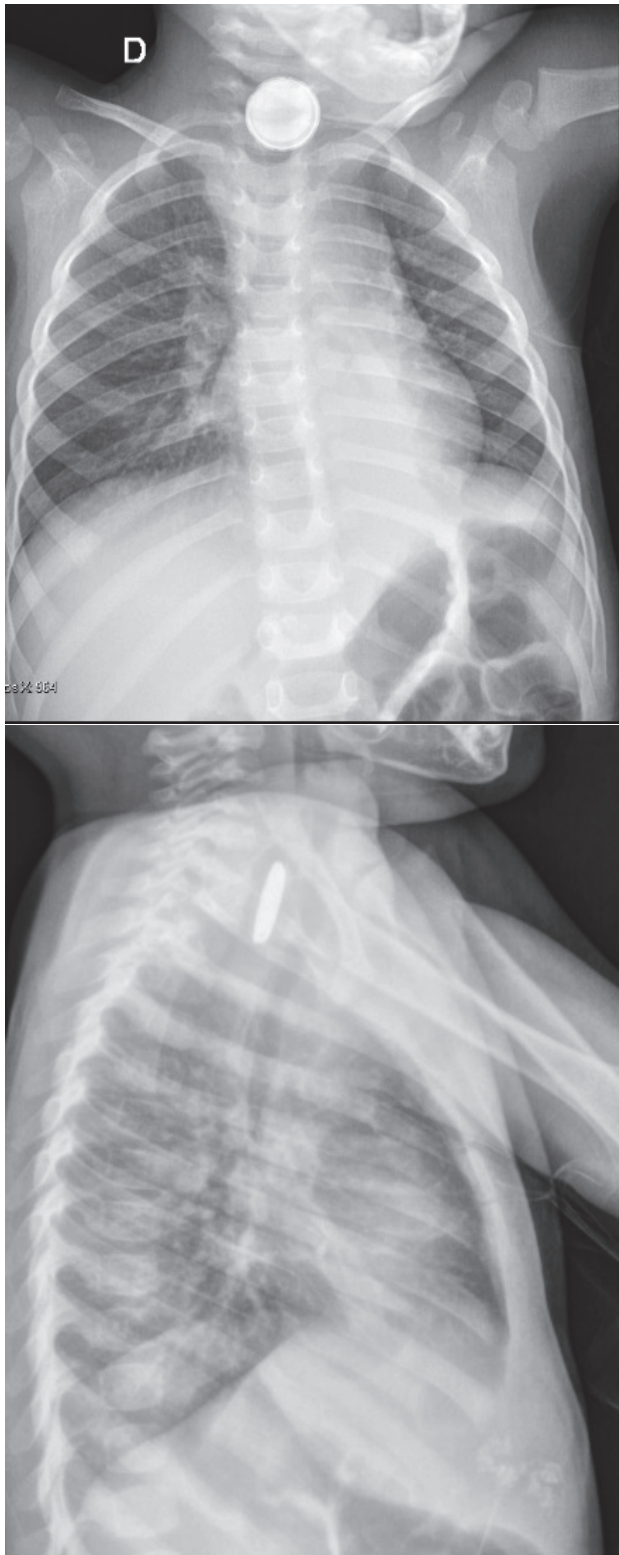


Em relação à imagem apresentada, qual é o local por onde se insinua hérnia crural?

- (A) Junto com a letra D.
- (B) Entre a letra C e a letra D.
- (C) Lateral em relação à letra B.
- (D) Medial em relação à letra A.

70

Criança engoliu uma bateria há 12 horas. Refere disfagia e sialorreia. Bebeu água, sem melhora. Realizou o raio X apresentado a seguir:



Em relação ao caso descrito, qual a conduta?

- (A) Endoscopia imediata.
- (B) Cervicotomia exploradora.
- (C) Toracotomia posterolateral direita.
- (D) Endoscopia após jejum de 8 horas.

71

Em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um paciente que caiu e bateu a cabeça é trazido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Ao exame físico, apresentou-se corado e eupneico, com FR de 14 ipm, Sat. O₂ de 95%, FC 100 bpm, PA de 160x90 mmHg, Glasgow coma score: 14. Tem um hematoma subgaleal do lado esquerdo. Realizou a tomografia de crânio apresentada a seguir e a transferência para outro serviço foi solicitada.



Qual é o diagnóstico e que medidas devem ser tomadas para transferir este paciente com segurança?

- (A) Hematoma epidural – Intubação traqueal com sequência rápida, ventilação mecânica, manter a pressão arterial dentro da normalidade.
- (B) Hematoma subdural – Manter em proclive, oferecer oxigênio, manter em hipotensão controlada (permissiva).
- (C) Hematoma epidural – Manter em proclive, oferecer oxigênio, manter a pressão arterial dentro da normalidade.
- (D) Hematoma subdural – Intubação traqueal com sequência rápida, reanimação volêmica com 1.000 mL de Ringer lactato a 39 °C, manter pressão arterial dentro da normalidade.

72

Homem, 47 anos de idade, refere dor abdominal súbita em facada. Começou há 12 horas no epigástrico e logo irradiou para todo o abdome. Nega náuseas ou vômitos. Antecedentes: refere ser usuário de cocaína e toma 5 doses de pinga por dia. Está eupneico, mas desidratado. FC de 140 bpm, PA de 100x70 mmHg. Abdome com sinais de peritonite.

• Exames laboratoriais:

Hb: 15,8 g/dL

Ht: 45,6 %

Leucócitos: 8.150/mL

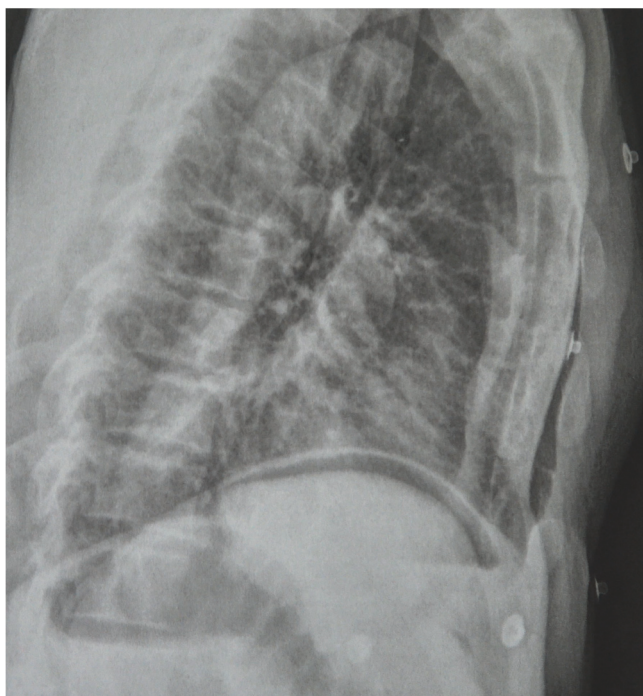
Ureia: 40 mg/dL

Creatinina: 1,17 mg/dL

Proteína C reativa: 1,7 mg/dL

Amilase: 250 U/L

Realizou a radiografia apresentada a seguir:



Quais devem ser as medidas clínicas iniciais e o tratamento?

- (A) Eletrocardiograma, enzimas cardíacas, analgesia, AAS, monitorização cardíaca e hidratação.
- (B) Reposição volêmica, monitorização e intervenção cirúrgica.
- (C) Jejum, reanimação volêmica, analgesia e observação clínica.
- (D) Jejum, reanimação volêmica com cristalóide, hemocultura, cultura de urina, antibioticoterapia empírica e observação clínica; tomografia em duas semanas.

73

Vítima de queda de altura, paciente comparece no pronto-socorro com sangramento perineal. Iniciada a reanimação por causa do sangramento perineal, o paciente foi levado ao centro cirúrgico. Observe o ferimento a seguir:

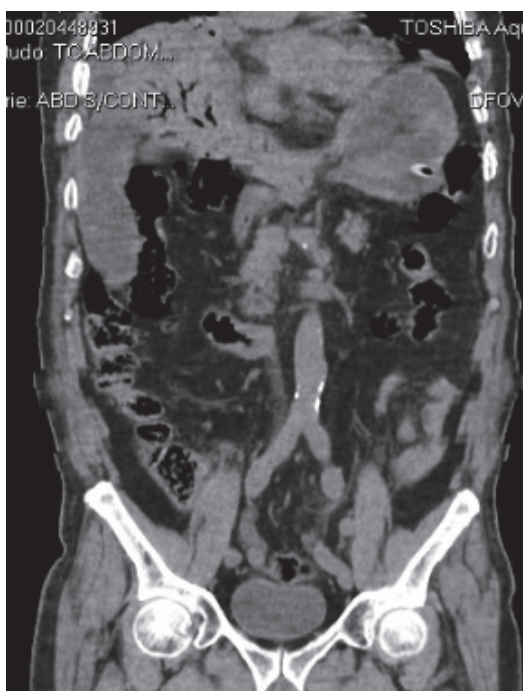


A conduta neste momento deve ser

- (A) avaliar o reto. Se tiver lesão, fazer a sutura do reto e o tamponamento da lesão.
- (B) avaliar o reto. Se não tiver lesão, fazer o debridamento e a sutura do ferimento.
- (C) avaliar o reto. Se tiver lesão, fazer a sutura primária do reto e o fechamento da lesão.
- (D) fazer colostomia em alça no cólon transversal e o fechamento da lesão perineal.

74

Homem, 73 anos de idade, refere dor abdominal difusa mais intensa no hipogástrio há 3 dias, anorexia e parada de evacuação. Há dois dias, começou a apresentar náuseas e vômitos. Nega disúria. Diabético e hipertenso, faz uso de metformina, gliclazida, captopril e sinvastatina. Nega cirurgias. Não fuma. Está em regular estado geral, descorado +/4+, desidratado, anictérico e afebril. Frequência respiratória: 17 ipm, saturação de O₂: 96%, pressão arterial: 120x75 mmHg, frequência cardíaca: 112 bpm. O abdome está distendido e doloroso à palpação, mas sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal: fezes amolecidas de cor normal. Já foi iniciada hidratação venosa. Realizou a tomografia de abdome apresentada a seguir:



No cuidado deste paciente, quais devem ser os próximos passos?

- (A) Antibiótico e cirurgia.
- (B) Sonda nasogástrica, observação clínica por 24 horas e novo exame de imagem.
- (C) Hemocultura, antibiótico empírico e ultrassom de abdome superior.
- (D) Antibiótico, colangiorressonância e derivação da via biliar.

75

Homem, 30 anos de idade, autoagrediu-se com arma branca. Tem vários ferimentos em região cervical, na zona II, alguns com saída de ar. Está consciente e corado. FR de 20 ipm, Sat. O₂ de 98%, FC de 100 bpm, PA de 140x80 mmHg. Durante o atendimento, o paciente começou a ficar dispneico e agitado. Apresentou tosse com saída de sangue. Afastando os lábios da ferida, observou-se secção da traqueia. O paciente foi levado ao centro cirúrgico e anestesiado.



Qual é a técnica mais adequada para garantir a via aérea e como deve ser tratada a lesão cervical após o controle da via aérea?

- (A) Intubação com sequência rápida – Cervicotomia exploradora e traqueostomia pelo ferimento.
- (B) Intubação guiada por fibroscopia – Cervicotomia exploradora e sutura da traqueia, com traqueostomia abaixo da sutura.
- (C) Intubação traqueal guiada por fibroscopia – Cervicotomia exploradora com sutura da traqueia, sem traqueostomia.
- (D) Cricotireodostomia – Angiotomografia cervical, endoscopia e conversão da cricotireodostomia em traqueostomia.

76

Mulher, 28 anos de idade, comparece no pronto-socorro trazida do aeroporto, referindo dispneia há 2 semanas, associada à tosse seca e cansaço. Piora da dispneia há 48 horas. Está dispneica. FR de 24 ipm, FC de 135 bpm, PA de 130x90 mmHg, Sat.O₂ 90%, em ar ambiente. Pulmões: murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. Coração: bulhas rítmicas e normofonéticas.

• Exames laboratoriais:

Hb: 14,0 g/dL

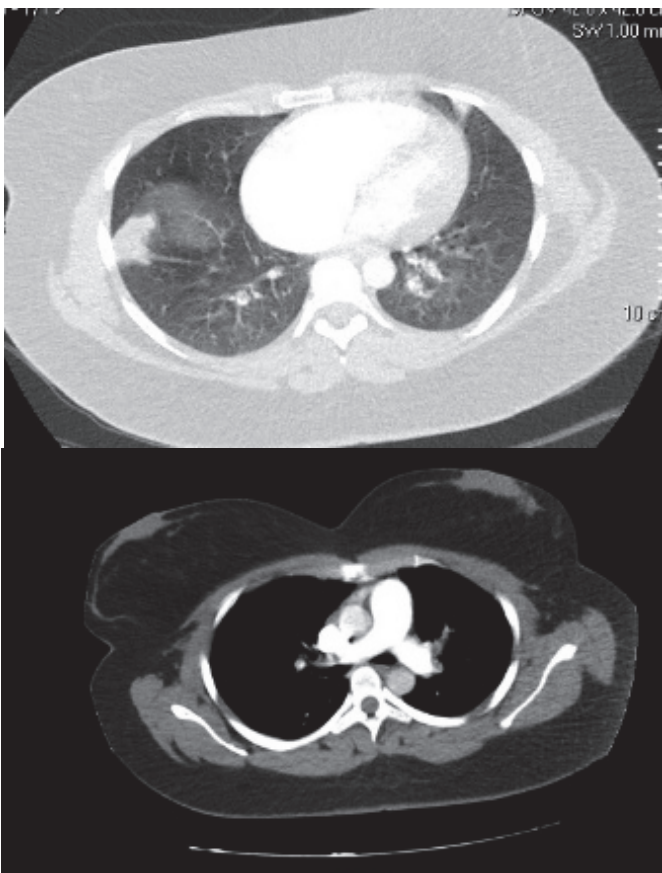
Ht: 42,2%

Leucócitos: 20.800/mm³ (bastonetes: 1%)

PCR: 6,3 mg/L

Dímero-D: > 20 ng/mL

A tomografia pode ser visualizada a seguir:

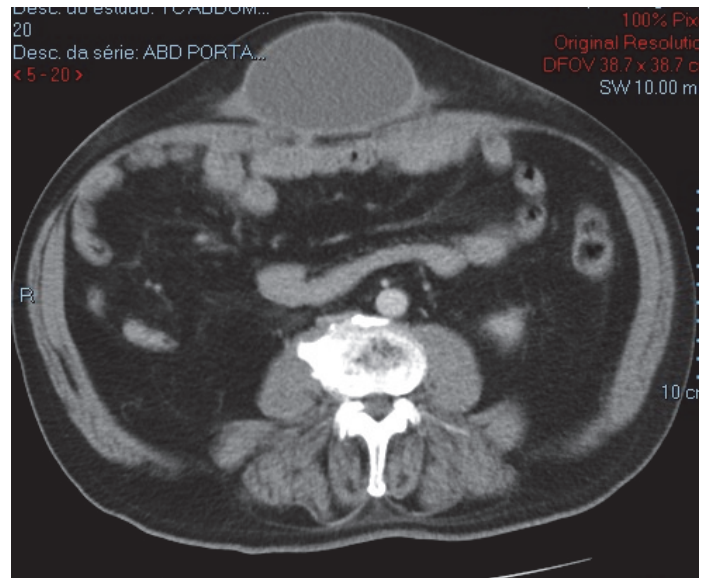


O tratamento desta paciente deve ser:

- (A) Cateter de O₂, colher hemocultura, iniciar antibioticoterapia empírica e fisioterapia respiratória e motora.
- (B) Cateter de O₂, colher hemocultura, iniciar antibioticoterapia empírica, fisioterapia respiratória e enoxaparina 60 mg de 12/12 horas.
- (C) Cateter de O₂, colher hemocultura, iniciar antibioticoterapia empírica e fisioterapia respiratória, enoxaparina 40 mg por dia.
- (D) Cateter de O₂, furosemida 40 mg IV, iniciar antibioticoterapia empírica e fisioterapia respiratória e motora.

77

Paciente, 79 anos de idade, foi operado há dois anos por hérnia incisional. Foi colocada tela de polipropileno *onlay*. Cerca de seis meses após a operação, começou a sentir abaulamento no local da incisão. Ao exame físico, tem abaulamento de consistência cística, móvel. Foi feita punção com esvaziamento, por três vezes, nos últimos 3 meses, mas o abaulamento retorna. Realizou a tomografia apresentada a seguir:



Qual é a melhor conduta para tratar o problema descrito?

- (A) Ressecção do cisto e retirada da tela; reavaliação para necessidade de nova tela em 3 meses.
- (B) “Destelhamento” do cisto e sutura da pele, mantendo a tela no local.
- (C) Ressecção do cisto e retirada da tela, com colocação de nova tela no mesmo ato.
- (D) Punção, antibioticoterapia e uso de cinta abdominal.

78

Mulher, 40 anos de idade, foi submetida à funduplicatura há 10 anos por doença do refluxo com sintomas típicos. Recordase apenas de ter feito endoscopia antes de ser operada. Ficou bem clinicamente por 9 anos. Há 1 ano, refere disfagia para sólidos, tendo procurado atendimento em pronto-socorro no último mês. É hipertensa há 5 anos e no último ano, iniciou uso de hipoglicemiante oral para diabetes recém diagnosticado após ter ganho 12 kg em 2 anos. Qual o motivo mais provável da disfagia nesta paciente?

- (A) Acalasia.
- (B) Gastroparesia relacionada ao diabetes.
- (C) Adenocarcinoma da transição esofagogástrica.
- (D) Migração da funduplicatura.

79

Homem, 60 anos de idade, tabagista de longa data, realizou endoscopia digestiva alta por pigarro crônico, nega disfagia. Teve como achado uma lesão superficial elevada (tipo IIa) de esôfago a 20 cm da arcada dentária superior, medindo 1 cm. A biópsia mostrou tratar-se de um carcinoma espinocelular. Realizou tomografia que não mostrou espessamento esofágico significativo ou enfisema pulmonar. Depois realizou PET-CT ¹⁸F-FDG com achado de hiper captação isolada na região do esôfago médio. Assinale a alternativa que apresenta o próximo passo.

- (A) Solicitar ecoendoscopia para avaliar se há linfonodos regionais suspeitos.
- (B) Encaminhar para oncologia clínica avaliar a possibilidade de tratamento neoadjuvante com quimio e radioterapia.
- (C) Esofagectomia com linfadenectomia.
- (D) Solicitar broncoscopia para avaliar se há linfonodos regionais suspeitos.

80

Bailarina, 22 anos de idade, chorosa e tensa, refere dor intensa e sangramento vivo em todas as evacuações há quatro semanas. Hábito evacuatório duas vezes por semana com fezes endurecidas. Há um mês, refere evacuações uma vez por semana. Nega relações sexuais de qualquer espécie até hoje. Sem antecedentes pessoais ou familiares importantes. Tem muito medo de ser examinada. Ao exame físico, apresentou a seguinte inspeção anal:



Com relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) O exame proctológico completo com toque retal e retoscopia guiam o tratamento.
- (B) A sintomatologia ocorre pela topografia da patologia ter origem endodérmica.
- (C) O diagnóstico diferencial de adenocarcinoma através de biópsia da região orientará a neoadjuvância.
- (D) O tratamento clínico é a melhor opção neste momento.

81

Em relação às complicações pulmonares no pós-operatório de cirurgias bariátricas e metabólicas, é correto afirmar:

- (A) Analgesia efetiva, mobilização e deambulação precoce são essenciais para sua prevenção.
- (B) A ventilação não invasiva está formalmente contraindicada.
- (C) A prova de função pulmonar no pré-operatório é essencial para sua prevenção.
- (D) O tromboembolismo pulmonar é a complicação mais comum.

82

A cirurgia bariátrica e metabólica está contraindicada em

- (A) pacientes com transtorno psiquiátrico não controlado.
- (B) pacientes em insuficiência renal dialítica.
- (C) pacientes com hepatopatia crônica com *Model of End-Stage Liver Disease* (MELD) = 08.
- (D) pacientes com doença cardiopulmonar grave.

83

Paciente, 30 anos de idade, teve ingestão de soda cáustica aos 27 anos de idade. Evoluiu com estenose e está com alimentação exclusiva por gastrostomia. Tentou tratamento por dilatação endoscópica apresentando perfuração esofágica que foi tratada clinicamente com antibioticoterapia. Na avaliação endoscópica, tem estenose intransponível a 12 cm da arcada dentária superior junto ao músculo cricofaríngeo. Assinale a alternativa que apresenta a melhor opção terapêutica.

- (A) Colonplastia com anastomoses no esôfago cervical e estômago por via retroesternal.
- (B) Colonplastia com anastomoses na faringe e estômago por via retroesternal.
- (C) Colonplastia com anastomoses na faringe e estômago pelo mediastino posterior.
- (D) Esofagectomia com gastroplastia e anastomose no esôfago cervical.

84

Em relação à gastrectomia laparoscópica para o tratamento do adenocarcinoma gástrico, é correto afirmar:

- (A) Não existem evidências de alto nível que permitam recomendar seu uso fora de protocolos de pesquisa.
- (B) Pode ser recomendada nas lesões distais avançadas cT4a.
- (C) Está consagrada pelo uso e deve ser a via preferencial.
- (D) Está em desuso, sendo substituída pela via robótica.

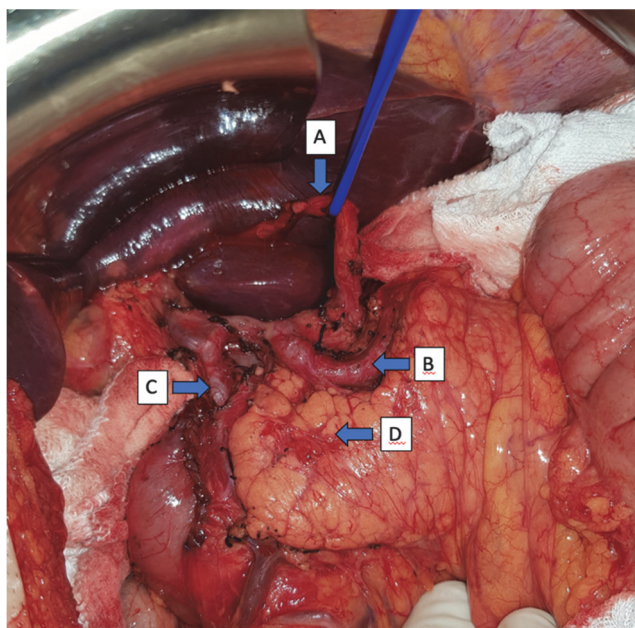
85

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) acomete grande parte da população ao redor do mundo com prevalência que pode chegar a 20% em diversos países. O manejo desta doença ainda é controverso, mas na atualidade existem grupos focados em padronizar o seu diagnóstico e o tratamento. Em relação à DRGE, assinale a alternativa correta.

- (A) A manometria auxilia no diagnóstico da DRGE através da medida da pressão de repouso do esfíncter inferior do esôfago.
- (B) O tratamento cirúrgico da doença do refluxo deve ser realizado em pacientes que apresentam hérnias hiatais mesmo sem a presença de esofagite erosiva.
- (C) Os consensos atuais da doença do refluxo gastroesofágico (Lyon e Lyon 2.0) utilizam além dos critérios pH-métricos, a presença de alterações endoscópicas específicas para definição da doença.
- (D) Os pacientes com sintomas atípicos da doença do refluxo, apresentam melhores respostas ao tratamento cirúrgico que ao clínico, devido ao refluxo não ácido que está muito presente nas queixas atípicas.

86

Ao término de uma gastrectomia total com linfadenectomia D2, o cirurgião principal solicitou ao residente do 2º ano que nomeasse as estruturas a seguir:



O residente, corretamente, respondeu o seguinte (A, B, C, D):

- (A) Artéria gástrica esquerda, artéria esplênica, artéria hepática comum, pâncreas.
- (B) Artéria hepática esquerda, artéria esplênica, artéria gastroduodenal, pâncreas.
- (C) Artéria hepática acessória, artéria gástrica esquerda, artéria gastroduodenal, mesocólon transverso.
- (D) Artéria hepática acessória, artéria esplênica, artéria gastroduodenal, pâncreas.

87

Homem, 32 anos de idade, hipertensão arterial de difícil controle. Em investigação para o quadro, foram diagnosticados tumores em ambas as adrenais, compatíveis com feocromocitomas que foram operados com resolução do quadro de hipertensão. Também foi diagnosticado tumor em fossa posterior do crânio. Em exame de ressonância magnética de abdome, foram identificados inúmeros cistos em cabeça, corpo e cauda do pâncreas compatíveis com neoplasias císticas serosas, bem como um nódulo sólido em cauda pancreática, hipervascularizado na fase arterial com restrição à difusão e medindo 1,5 cm. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Neoplasia Endócrina Múltipla Tipo 1.
- (B) Neurofibromatose tipo 1.
- (C) Síndrome de Von Hippel-Lindau.
- (D) Esclerose tuberosa.

88

Mulher, 32 anos de idade, assintomática, é encaminhada para avaliação de nódulo hepático em ultrassonografia de rotina. Nega comorbidades, história familiar relevante ou etilismo. Usa anticoncepcional oral há 12 anos. Ao exame físico, apresenta-se anictérica, sem estigmas de hepatopatia crônica, palpação abdominal sem alterações. Laudo da ultrassonografia: nódulo hiperecogênico bem delimitado em segmento 7 medindo 5,5 cm. Apresenta ressonância magnética que mostra nódulo bem delimitado em segmento 7 medindo 5,6 cm com hipersinal homogêneo em T2. As fases contrastadas evidenciam lesão hipervascular com contrastação lenta e enchimento centrípeto. A respeito do caso, é correto afirmar:

- (A) Os exames de imagem indicam o diagnóstico de hemangioma hepático, sendo a melhor conduta o seguimento clínico.
- (B) Trata-se de carcinoma hepatocelular, sendo indicada a ressecção regradada do segmento 7.
- (C) Os exames de imagem indicam o diagnóstico de adenoma hepatocelular. A conduta inicial, devido ao tamanho, baseia-se na suspensão dos anticoncepcionais orais, observação clínica e exames de imagem de controle em 6 meses.
- (D) Os exames de imagem indicam o diagnóstico de adenoma hepatocelular, sendo indicada a ressecção cirúrgica devido ao risco de malignização e/ou ruptura.

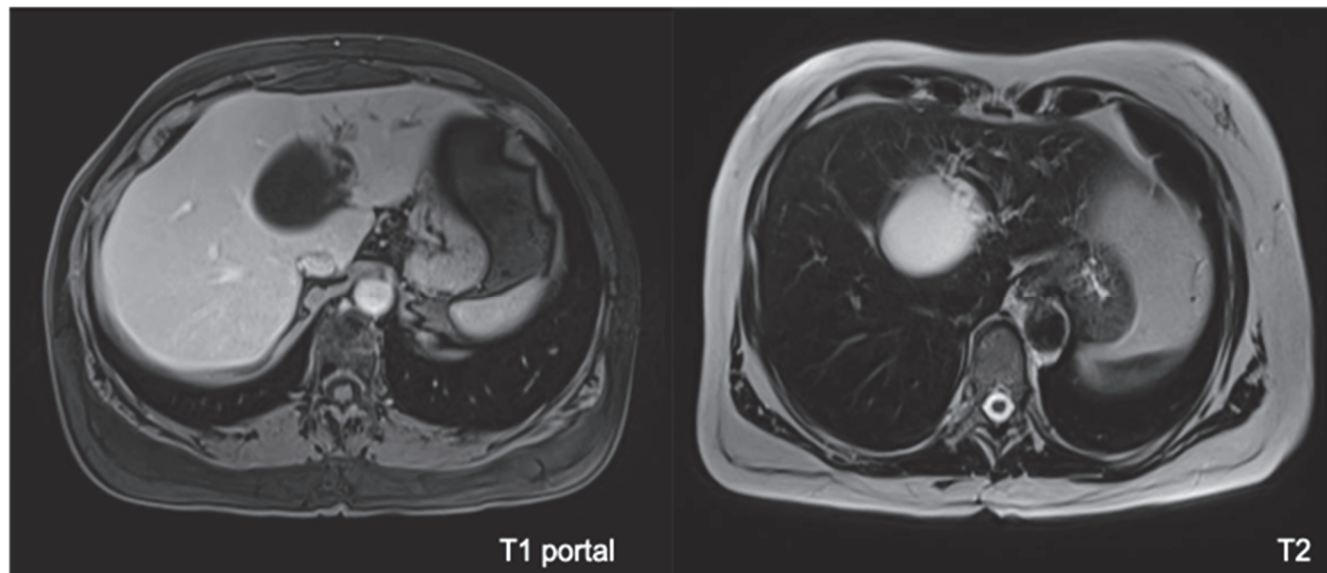
89

Em relação à etiologia da obesidade, pode-se afirmar:

- (A) Trata-se de problema comportamental.
- (B) A obesidade monogênica é bastante comum.
- (C) Há uma associação entre fatores genéticos e ambientais.
- (D) Os polimorfismos genéticos são raros.

90

Mulher, 50 anos de idade, natural e procedente de São Paulo, refere cisto hepático diagnosticado há 10 anos em ultrassonografia de rotina, na ocasião com 3,5 cm. Fez seguimento com exames periódicos, os quais mostraram crescimento do cisto. Realizou ressonância magnética de abdome superior que evidenciou lesão cística medindo 6,5 cm no segmento 4, com paredes regulares, alguns septos finos e exercendo compressão na via biliar esquerda com dilatação dos ramos biliares intra-hepáticos. Não existem outros cistos hepáticos. Exames laboratoriais mostram bilirrubina normal, discreto aumento de enzimas canaliculares e CA19-9: 25 UI/mL (normal até 37 UI/mL). A ressonância magnética é apresentada a seguir:



Considerando as informações clínicas e as imagens, qual é o diagnóstico e a melhor conduta para essa paciente?

- (A) Cisto hepático simples, seguimento clínico.
- (B) Cisto hepático simples, alcoolização do cisto.
- (C) Cisto hidático, injeção de solução salina hipertônica.
- (D) Neoplasia cística mucinosa (cistoadenoma biliar), hepatectomia esquerda.

91

A acalasia esofágica pode ser considerada o distúrbio motor mais frequente dentro das doenças esofágicas, causando grande perda da funcionalidade e qualidade de vida do paciente. Quanto ao tratamento da acalasia, assinale a alternativa que melhor representa o conhecimento atual sobre a doença.

- (A) O tratamento da acalasia depende das condições clínicas do paciente. Apesar de diversas alternativas, a cardiomiectomia cirúrgica é, ainda hoje, o tratamento padrão ouro na maioria dos casos.
- (B) A manometria de alta resolução apresentou uma grande evolução no conhecimento da doença. Através dela pode-se indicar o melhor tratamento possível para o paciente.
- (C) A recidiva da disfagia, após o tratamento da acalasia, está associada à progressão da doença, uma vez que o tratamento é paliativo na maioria dos casos.
- (D) A Cardiomiectomia Endoscópica (POEM) é o tratamento mais moderno da acalasia, apresentando resultados semelhantes à cardiomiectomia cirúrgica sem aumento na taxa de refluxo gastroesofágico.

92

Homem, 63 anos de idade, no 7º dia pós-operatório de esplenectomia por suspeita de linfoma B de zona marginal esplênica, retorna ao hospital com dor abdominal há 1 dia e com febre sem calafrios. Ao exame físico, apresenta-se febril (Temp. de 38,2 °C), PA de 110x80 mmHg, FC de 96 bpm, abdome doloroso à palpação em hipocôndrio esquerdo, sem descompressão brusca. Realizou tomografia de abdome que mostrou coleção em topografia esplênica com volume aproximado de 70 mL. Qual a principal hipótese diagnóstica e conduta terapêutica para o paciente?

- (A) Fístula pancreática, antibioticoterapia e drenagem da coleção por radiointervenção.
- (B) Sepse pós-esplenectomia, antibioticoterapia com coberturas para bactérias encapsuladas.
- (C) Trombose da veia porta com hematoma infectado em loja esplênica, antibioticoterapia e laparoscopia diagnóstica.
- (D) Fístula entérica, antibioticoterapia e laparotomia exploradora.

93

Homem, 59 anos de idade, hipertenso controlado, apresenta epigastria de longa data com piora há 2 meses, associada à perda de 1 kg no período. Realizou endoscopia digestiva alta sendo observada lesão elevada de 2 cm sem ulceração e em antro gástrico. A biópsia revelou tratar-se de adenocarcinoma bem diferenciado, tipo intestinal de Lauren. A ecoendoscopia demonstrou lesão restrita à mucosa (T1a), sem linfonodos suspeitos. A tomografia computadorizada não encontrou achados relevantes. Qual a melhor conduta?

- (A) Ressecção endoscópica.
- (B) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1.
- (C) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1+.
- (D) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.

94

Homem, 56 anos de idade, assintomático, realizou endoscopia digestiva alta de rotina que teve como achado incidental abaulamento subepitelial em grande curvatura de corpo alto do estômago. Na investigação com ecoendoscopia, notou-se lesão de 4 cm localizada na 4ª camada da parede gástrica. Realizada punção com agulha fina cujo anatomopatológico revelou tratar-se de neoplasia fusocelular, imunohistoquímica com CD117 positivo, índice mitótico de 3%. A melhor conduta é

- (A) endoscopia seriada a cada 6 meses, e se a lesão crescer acima de 5 cm, indicar cirurgia.
- (B) ressecção endoscópica.
- (C) gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
- (D) gastrectomia em cunha sem linfadenectomia.

95

Mulher, 56 anos de idade, em pós-operatório tardio de *bypass* gástrico. Procura pronto atendimento com queixa de colúria, icterícia e febre há 1 dia. É atendida em sala de emergência com FC de 130 bpm, PAM de 58 mmHg, icterícia +/4+. Exames laboratoriais mostram leucocitose, alterações compatíveis com colestase e lesão renal aguda. Provas de coagulação normais, exceto por discreta plaquetopenia (95.000/mm³). Ultrassonografia de abdome identificou múltiplos cálculos em vesícula biliar, dilatação de via biliar intra e extra-hepática causada por cálculo biliar impactado em colédoco distal. Foi realizada ressuscitação volêmica com vasopressor e antibioticoterapia. Qual a conduta mais apropriada nesse momento?

- (A) Drenagem biliar transparietohepática.
- (B) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com papilotomia e limpeza da via biliar.
- (C) Colectomia, exploração da via biliar e drenagem com dreno de Kher.
- (D) Suporte intensivo e observação clínica.

96

Mulher, 54 anos de idade, no 9º dia pós-operatório de gastroduodenopancreatectomia por adenocarcinoma de papila duodenal, está em tratamento de infecção de sítio cirúrgico devido à fístula da anastomose pancreatojejunal. Hoje, apresentou episódio de taquicardia e débito de 100 mL de conteúdo hemático pelo dreno abdominal. Após expansão volêmica, houve melhora da taquicardia. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta nesse momento.

- (A) Observação clínica.
- (B) Arteriografia.
- (C) Angiotomografia de abdome.
- (D) Laparotomia exploradora imediata.

97

Homem, 60 anos de idade, submetido à colecistectomia eletiva devido a pólipos em vesícula biliar há duas semanas. Relatório anatomopatológico mostrou adenocarcinoma da vesícula biliar moderadamente diferenciado com invasão até a lâmina própria margem do ducto cístico livre de neoplasia. Em relação ao diagnóstico, qual a conduta mais adequada nesse momento?

- (A) Quimioterapia adjuvante.
- (B) Seguimento clínico.
- (C) Ampliação da margem do leito hepático e linfadenectomia do hilo hepático.
- (D) Ressecção de via biliar extra-hepática, linfadenectomia do hilo hepático e anastomose biliodigestiva.

98

Mulher, 45 anos de idade, submetida à colecistectomia com colangiografia eletiva por calciose não complicada da vesícula biliar há 14 dias. Procedimento sem intercorrências. No 6º dia pós-operatório, procurou pronto-socorro com dor abdominal difusa. Foi submetida à laparoscopia diagnóstica com achado de coleperitônio devido à perda de ligadura do ducto cístico. Realizada limpeza do sítio cirúrgico, rafia do ducto cístico e drenagem da cavidade. Atualmente no 8º PO, paciente encontra-se em bom estado geral, com exames laboratoriais normais, porém apresenta débito de 240 mL de bile pelo dreno abdominal. Em relação ao caso apresentado, qual a melhor conduta nesse momento?

- (A) CPRE com passagem de prótese biliar.
- (B) Laparoscopia, ressutura da via biliar e drenagem da cavidade.
- (C) Anastomose biliodigestiva.
- (D) Drenagem transparietohepática da via biliar.

99

Homem, 72 anos de idade, com antecedente de diabetes melito tipo 2, dislipidemia e obesidade. Há 2 meses, com dor em hipocôndrio direito. Realizou ultrassonografia de abdome que mostrou massa em lobo hepático direito medindo 9,0x8,5 cm. Realizou tomografia de abdome com contraste endovenoso que evidenciou fígado com bordas rombas e contornos levemente lobulados, além de lesão hipervascular medindo 9,1x8,7 cm com clareamento rápido do meio de contraste ocupando os segmentos 5, 6 e 7. Exame físico sem estigmas de hepatopatia crônica.

• Exames laboratoriais:

Hb: 13,7 g/dL

Plaquetas: 160.000/mm³

Bilirrubinas totais: 0,9 mg/dL

Bilirrubina direta: 0,5 mg/dL

Creatinina: 1,1 mg/dL

Albumina: 4,4 g/dL

Tempo de protrombina: 90% (INR= 1,1)

Sódio: 137 mEq/L

Alfafetoproteína: 42 ng/mL

Chlid-Pugh: A5

Model of End-Stage Liver Disease (MELD): 8

Endoscopia digestiva alta sem varizes esofagogástricas. Realizou volumetria com volume hepático total de 1.540 mL e volume do lobo esquerdo de 740 mL.

Considerando os dados clínicos, laboratoriais e radiológicos, qual a melhor conduta para o paciente?

- (A) Embolização seletiva do ramo portal direito e posterior reavaliação da volumetria do lobo hepático esquerdo.
- (B) Quimioembolização arterial do nódulo hepático.
- (C) Encaminhamento para transplante hepático.
- (D) Hepatectomia direita laparoscópica.

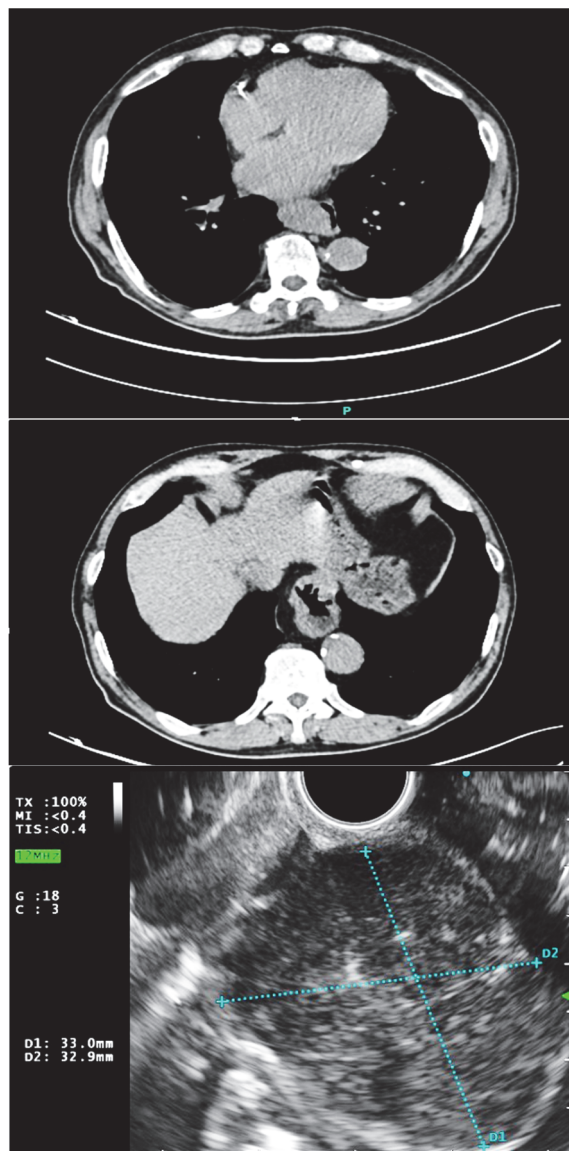
100

Mulher, 29 anos de idade, assintomática, realizou ultrassonografia de abdome solicitada pelo ginecologista que evidenciou nódulo hepático heterogêneo bem delimitado localizado em segmento 6 medindo 5,3 cm. Em uso regular de anticoncepcional oral há 8 anos. De acordo com o contexto clínico da paciente, qual o exame mais indicado para elucidação diagnóstica do nódulo hepático?

- (A) Tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso.
- (B) Ressonância magnética de abdome superior, preferencialmente com contraste hepatoespecífico.
- (C) Perfil hepático e marcadores tumorais (CEA, CA19-9 e alfafetoproteína).
- (D) Biópsia hepática guiada por tomografia.

101

Paciente do sexo masculino, 66 anos de idade, com queixa de dor abdominal com irradiação para o dorso e náuseas. Na investigação radiológica, constatou-se uma colecistite aguda, identificada lesão expansiva com densidade de partes moles no terço distal do esôfago. Realizou exame de ecoendoscopia que evidenciou imagem hipoeecóica, heterogênea, ovalada, de limites precisos e contornos regulares, inserida na camada muscular própria, medindo cerca de 33x32 mm. Efetuada punção com estudo anatomopatológico e imunohistoquímico. O resultado demonstrou: CD 117 positivo, DOG-1 positivo, CD34 positivo e Ki67 2%, desmina negativa, S100 negativo.



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

- (A) Leiomioma.
- (B) Schwannoma.
- (C) Tumor estromal gastrointestinal.
- (D) Tumor neuroendócrino.

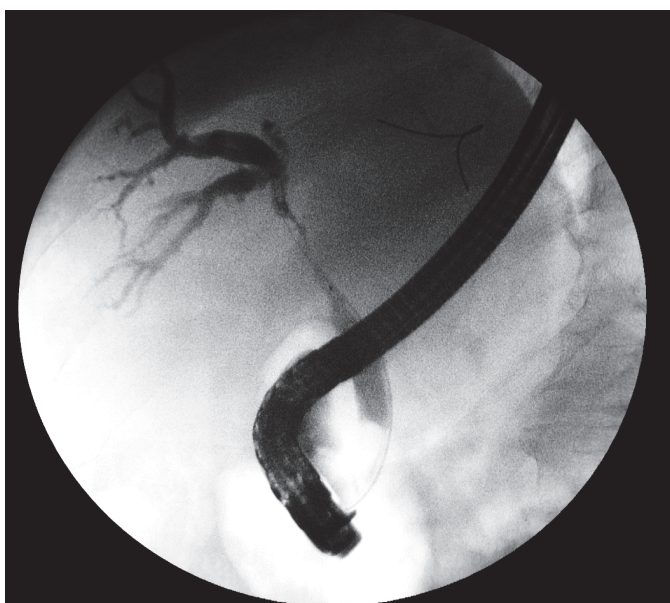
102

Paciente portador de tumor neuroendócrino indiferenciado de alto grau, índice mitótico maior que 20 e percentual do índice de Ki67 maior que 20%, segundo os critérios de classificação para neoplasias neuroendócrinas do trato gastrointestinal e órgãos hepatobiliares da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2019, corresponde a

- (A) NET G1.
- (B) NET G2.
- (C) NET G3.
- (D) carcinoma neuroendócrino de pequenas células.

103

Paciente do sexo masculino, 90 anos de idade, é diagnosticado com massa em topografia hilar.



De acordo com a classificação de Bismuth-Corlett, classifique a imagem radiológica apresentada.

- (A) Tipo II.
- (B) Tipo III a.
- (C) Tipo III b.
- (D) Tipo IV.

104

Paciente do sexo masculino, 60 anos de idade, foi submetido ao exame de colonoscopia de rastreamento, foi identificado um pólipó adenomatoso, não pedunculado com dimensões de 15 mm, disposto em cólon sigmoide baseado em recomendação forte e com evidência de alta qualidade. Qual a técnica mais adequada à ressecção desta lesão?

- (A) Polipectomia endoscópica com alça quente (*hot snare*).
- (B) Polipectomia endoscópica com alça fria (*cold snare*).
- (C) Ressecção com pinça de biópsia fria (*cold biopsy forceps*).
- (D) Dissecção endoscópica da submucosa (ESD).

105

Recém-nascido, 9 dias de idade, apresenta vômitos por ora biliosos, desde o nascimento com perda de 300 gramas. O exame endoscópico evidenciou a dilatação bulbar, papila duodenal íntegra, havendo constrição do lúmen duodenal 2 cm abaixo, impedindo a passagem do aparelho. Não há lesão de mucosa duodenal. A imagem radiológica demonstra a não progressão do meio de contraste. O achado cirúrgico evidenciou má rotação intestinal. Mediante as imagens endoscópica, radiológica e achado cirúrgico, podemos inferir o diagnóstico de

- (A) pâncreas anula.
- (B) banda de Ladd.
- (C) atresia duodenal.
- (D) pinçamento aorto-mesentérico.

106

Paciente do sexo feminino, 75 anos de idade, assintomática, é diagnosticada em exame endoscópico EDA com lesão subepitelial gástrica em parede anterior do corpo. Prosseguiu-se a investigação com exame ecoendoscópico que constatou lesão de 2,5 cm em camada muscular própria, sendo realizada punção diagnóstica. O resultado anatomopatológico foi inconclusivo. Trata-se de uma lesão subepitelial sem diagnóstico definitivo. Segundo o *guideline* da ESGE - *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* 2022, como deve ser realizada a vigilância?

- (A) EDA em 3 e 6 meses; após, em 1-2 anos.
- (B) EDA em 3 e 6 meses; após, em 2-3 anos.
- (C) Endoscopia digestiva alta e ecoendoscopia em 6 meses; após, em 6-12 meses.
- (D) Sem indicação de vigilância.

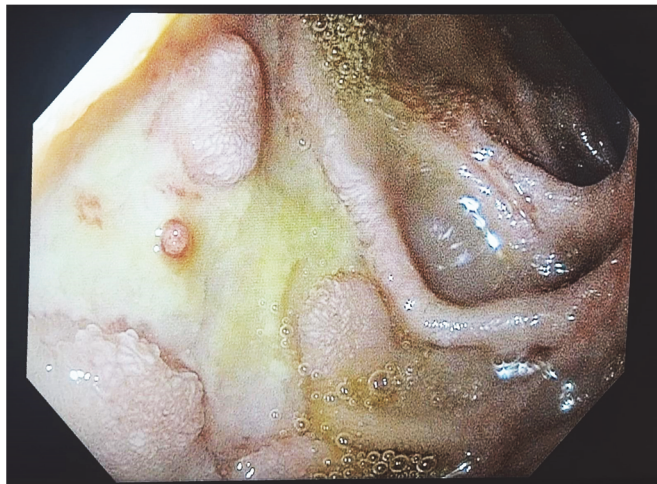
107

Homem, 40 anos de idade, apresenta, como sinais e sintomas, hematoquezia, incômodo abdominal e anemia por deficiência de ferro inexplicável e sem mudanças nos hábitos intestinais. O exame colonoscópico evidenciou lesão precoce em cólon sigmoide, sendo indicada a ressecção da lesão em peça única. O estudo anatomopatológico evidenciou um tumor bem diferenciado com margens livres, com invasão da camada submucosa menor de 1.000 micras e sem invasão angio-linfática, com *budding* tumoral de baixo grau. Qual a conduta a ser tomada, segundo o *guideline* da ESGE - *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* 2022?

- (A) Colonoscopia em 12 meses.
- (B) Colonoscopia em 6 e 6 meses no primeiro ano.
- (C) Colonoscopia em 3 e 3 meses no primeiro ano.
- (D) Não necessita de colonoscopia de acompanhamento.

108

Paciente do sexo masculino, 63 anos de idade, tabagista, comparece no pronto-socorro com queixa de tontura e melena. Na admissão, apresenta-se em bom estado geral, descorado, com FC de 90 bpm, PA de 100x70 mmHg, saturação de O₂ de 95% em ar ambiente. Apresenta o seguinte EDA:



Considerando o achado da imagem apresentada, assinale a alternativa correta em relação à classificação de Forrest e a conduta endoscópica mais adequada.

- (A) Forrest IIA - monoterapia com cliques hemostáticos (pode-se associar injeção de adrenalina ou não).
- (B) Forrest IB - terapia combinada com cliques hemostáticos e injeção de adrenalina.
- (C) Forrest IIB - terapia combinada com injeção de adrenalina e método térmico com corrente de coagulação.
- (D) Forrest IIC - monoterapia com injeção de adrenalina.

109

Paciente do sexo masculino, 55 anos de idade, em seguimento de IPMN em pâncreas há 2 anos. Persiste assintomático, sem episódios de icterícia, pancreatite ou dor abdominal. Dosagem de CA19.9 sérico de 27 U/mL (normal ≤ 37 U/mL). Na colangioressonância de abdome atual, nota-se ducto pancreático principal sem dilatação; parênquima pancreático sem atrofia; 2 imagens císticas com comunicação com ducto pancreático principal de 15 mm (corpo) e 12 mm (cauda) sem imagens de nodulações em suas paredes. Há 1 ano, a colangioressonância demonstrou 2 imagens císticas com comunicação com ducto pancreático principal de 17 mm (corpo) e 15 mm (cauda). Segundo o consenso de Fukuoka (2017), a conduta recomendada é

- (A) cirurgia – pancreatectomia corpo-caudal.
- (B) seguir observação com colangioressonância.
- (C) tomografia abdominal com contraste.
- (D) ecoendoscopia como punção de líquido intracístico para descartar neoplasia.

110

Homem, 55 anos de idade, comparece no pronto-socorro com quadro de dor abdominal, vômitos, icterícia, febre, colúria e oligúria com início há 3 dias. Portador de hipertensão arterial sistêmica e hipertrigliceridemia e em uso de omelsartana e rosuvastatina. Apresenta antecedente de prostatectomia radical robótica há 2 anos. Ao exame físico, apresentou Temp. 38,2 °C, ictérico ++/4+, FC de 110 ipm, PA de 130x75 mmHg, Sat. O₂ de 94% em ar ambiente.

• Exames laboratoriais:

Hb: 13,5 g/dL
 Plaquetas: 160.000/mm³
 Leucograma: 15.500/mm³
 Bilirrubina total: 6,0 mg/dL
 Bilirrubina direta: 4,5 mg/dL
 TGO/AST: 120 U/L
 TGP/ALT: 110 U/L
 GGT: 350 U/L
 K⁺: 3,0 mEq/L
 Cr: 2,2 mg/dL
 Ur: 80 mg/dL

A ultrassonografia abdominal demonstrou vesícula biliar normodistendida, com paredes espessadas e cálculos até 10 mm, sem líquido perivesicular, presença de dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, com hepatocolédoco de 10 mm associado a cálculos de até 8 mm em seu interior. Qual o diagnóstico e o grau pelos critérios de Tóquio?

- (A) Colangite aguda leve (grau I).
- (B) Colangite aguda moderada (grau II).
- (C) Colangite aguda severa (grau III).
- (D) Ausência de colangite aguda.

111

Paciente jovem, 35 anos de idade, do sexo masculino, comparece no pronto-socorro com dor abdominal em região epigástrica, de início agudo, persistente e intensa, irradiando para as costas. A lipase sérica apresenta-se 3x maior que o limite superior de normalidade e com achados da Tomografia Computadorizada (TC) característicos de pancreatite aguda. Após 4 semanas, o exame de TC com contraste é repetido e apresenta os seguintes achados: coleção madura e encapsulada de necrose pancreática que desenvolveu uma parede inflamatória bem definida, com conteúdo heterogêneo, com densidade líquida e não líquida e com graus variados de loculações. Esses achados são compatíveis com:

- (A) Pseudocisto pancreático.
- (B) WON (necrose isolada).
- (C) APFC (coleção aguda de líquido peripancreático).
- (D) ANC (coleção necrótica aguda).

112

Paciente do sexo masculino, 70 anos de idade, com queixa de disfagia e regurgitação, é submetido ao estudo radiológico contrastado do esôfago que é descrito como: herniação de mucosa e submucosa em uma área de fraqueza da parede anterolateral do esôfago cervical, inferior ao músculo cricofaríngeo e superolateral ao músculo longitudinal do esôfago, conforme imagens a seguir:



A descrição apresentada é compatível com o diagnóstico de

- (A) Divertículo de Zenker.
- (B) Divertículo de tração.
- (C) Divertículo epifrênico.
- (D) Divertículo de Killian-Jamieson.

113

Paciente do sexo feminino, 35 anos de idade, com hepatite autoimune (uso de imunomodulador e ursacol), sem antecedentes de hemorragias digestivas. Na primeira endoscopia digestiva alta ambulatorial, foram achados 2 cordões varicosos de fino calibres, retílineos, sem *red spots*, confinados no terço distal de esôfago. Ausência de varizes gástricas. Ao exame físico, apresentou-se consciente, orientada, sem *flapping*, BEG, corada, hidratada, acianótica, eupneica, anictérica, afebril. PA de 100x60 mmHg, FC de 63 bpm; FR de 12 ipm (ar ambiente). Abdome flácido, indolor, sem visceromegalias, RHA +, DB negativo, sem sinais de ascite.

- Exames laboratoriais:
- Hb: 13 g/dL
- Plaquetas: 250.000/mm³
- Elastografia hepática: 10 kPa

Em relação aos achados endoscópicos, segundo Consenso de Baveno VII, a conduta sugerida é

- (A) endoscopia digestiva alta com ligaduras elásticas de varizes de esôfago (eletiva).
- (B) endoscopia digestiva alta com esclerose de varizes de esôfago.
- (C) elastografia esplênica.
- (D) observação.

114

Paciente do sexo masculino, 65 anos de idade, hipertenso, coronariopata e diabético tipo 2, inicia dor persistente em quadrante inferior esquerdo e enterorragia há 2 dias. Nega febre. Ao exame físico, apresentou-se consciente, orientado, BEG, corado, hidratado, acianótico, eupneico, anictérico, afebril. PA de 140x90 mmHg; FC de 96 bpm. Abdome flácido, dor à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, RHA +, DB negativo. Toque retal: laivos de sangue vivo. Exame proctológico: hemorróideas mistas, sem sinais de sangramento. Ultrassom abdominal total: sem anormalidades.

- Exames laboratoriais:
- Hb: 14 g/dL
- Leucócitos: 13.000/mm³ com 70% segmentados, 5% bastões e 4% metamielócitos
- Amilase: 15 U/L
- Proteína C Reativa (PCR): 12 mg/dL

Em relação ao caso apresentado, qual o melhor método diagnóstico para investigação?

- (A) Colonoscopia.
- (B) Tomografia abdominal (sem e com contraste).
- (C) Hemácias marcadas com tecnécio.
- (D) Ressonância magnética nuclear de abdome.

115

Paciente do sexo masculino, 80 anos de idade, apresenta como diagnóstico colonoscópico uma lesão de aspecto compatível com pólio adenomatoso com depressão central, medindo 25 mm com suspeita de invasão superficial da submucosa. Neste caso, qual a técnica endoscópica que deve ser utilizada?

- (A) Dissecção endoscópica da submucosa (ESD).
- (B) Polipectomia, sob imersão de água.
- (C) Polipectomia com alça quente.
- (D) Mucosectomia.

116

Paciente do sexo masculino, 56 anos de idade, com diabetes melito tipo 2, com uso contínuo de semaglutida 0,5 mg SC/semana e hipertensão arterial (losartana 100 mg/dia), sem antecedentes de patologias gastrointestinais (hepatopatia), cardiopatias ou pneumopatias. Comparece no pronto-socorro com relato de melena há 4 dias, sem hematêmese. No momento, sem melena ou síncope. Ao exame físico, apresentou-se consciente, orientado, sem *flapping*, BEG, corado, hidratado, acianótico, eupneico, anictérico, afebril. PA de 130x70 mmHg, FC de 88 bpm, FR de 12 ipm (ar ambiente). Abdome flácido, indolor, sem visceromegalias, RHA +, DB negativo. Ausência de telangiectasias em tórax. Toque retal: fezes sólidas, sem melena ou sangue.

• Exames laboratoriais:

Hb: 13 mg/L

Ureia: 15 mmol/L

Baseado na escala de estratificação de risco de Glasgow Blatchford, a conduta é:

- (A) Observação (6 horas) com imediata expansão com SF 1.000 mL EV + IBP EV.
- (B) Internação (24 horas), com endoscopia digestiva alta (em 12h)
- (C) Alta, sem observação e com orientações para investigação ambulatorial.
- (D) Endoscopia digestiva alta, imediata, sob sedação.

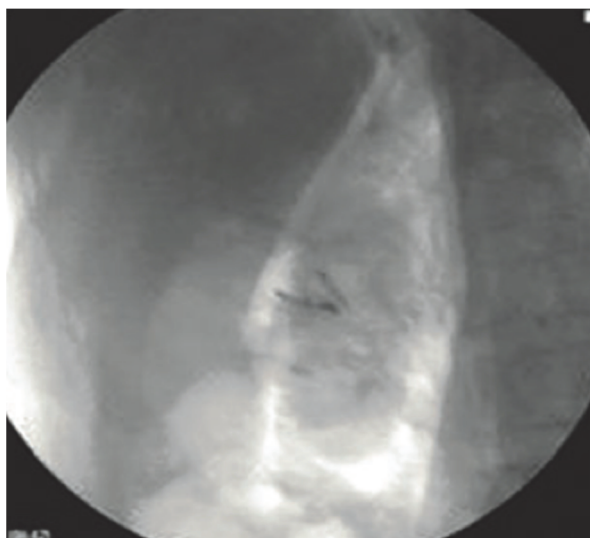
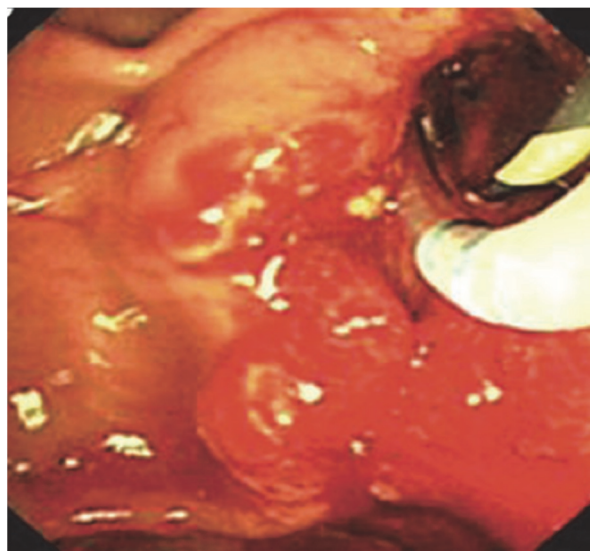
117

Paciente do sexo feminino, jovem, foi submetida a um transplante hepático com evolução para estenose biliar extra-hepática. Segundo as orientações atuais, qual a opção de tratamento é a mais adequada?

- (A) Emprego de prótese metálica totalmente coberta, ao invés de próteses plásticas múltiplas.
- (B) Emprego de próteses plásticas múltiplas, ao invés de prótese metálica autoexpansível totalmente coberta.
- (C) Emprego de prótese metálica parcialmente coberta, ao invés de próteses plásticas múltiplas.
- (D) Emprego de próteses plásticas múltiplas, ao invés de prótese metálica autoexpansível parcialmente coberta.

118

Paciente do sexo feminino, 65 anos de idade, com diagnóstico de coledocolitíase, é encaminhada à realização de papilotomia endoscópica para remoção do cálculo. Durante a realização da papilotomia (esfincterotomia biliar), houve extensão abrupta e descontrolada da secção, além da prega da papila em direção a parede duodenal (efeito ou corte em zíper), havendo pequeno sangramento controlado por cauterização. À revisão, as seguintes imagens são obtidas:



Qual o diagnóstico pela classificação de Stapfer e a respectiva conduta?

- (A) Perfuração de parede duodenal livre (tipo I de Stapfer) - Tratamento cirúrgico.
- (B) Perfuração duodenal periampular (tipo II de Stapfer) - Tratamento endoscópico.
- (C) Perfuração do ducto biliar ou pancreático (tipo III de Stapfer) - Tratamento endoscópico.
- (D) Sem perfuração evidente (tipo IV de Stapfer) - Tratamento conservador.

119

Paciente do sexo feminino, 24 anos de idade, comparece no pronto-socorro com queixa de leve dor abdominal em andar superior do abdome, com cólica e icterícia há 12 horas. Ao exame físico, apresentou-se consciente, orientada, BEG, corada, hidratada, acianótica, eupneica, ictérica 2+/4, afebril. PA de 110x70 mmHg; FC de 67 bpm. Abdome flácido, leve dor à palpação profunda em epigástrio, sem visceromegalias, RHA +, DB negativo, sem sinais de ascite.

• Exames laboratoriais:

Hb: 14 g/dL

Amilase: 30 U/L

TGO/AST: 18 U/L

TGP/ALT: 20 U/L

GamaGT: 50 U/L

Fosfatase alcalina: 250 U/L

Bilirrubinas totais: 3,2 mg/dL

Bilirrubinas diretas: 2,1 mg/dL.

Ultrassom de abdominal total: Colecistolitíase com dilatação de vias biliares extra-hepáticas (colédoco de 9 mm).

No dia seguinte, evoluiu melhora completa da dor e remissão clínica da icterícia e afebril. Qual a melhor conduta que descarta a suspeita de coledocolitíase, segundo *American Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE)?

- (A) Colecistectomia laparoscópica com colangiografia intra-operatória de urgência.
- (B) Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada (CPRE) com papilotomia e varredura de colédoco.
- (C) Ecoendoscopia.
- (D) Observação.

120

Paciente jovem, do sexo masculino, com bom estado geral, foi submetido à ressecção de um adenocarcinoma precoce gástrico, cuja descrição anatomopatológica da profundidade de invasão foi carcinoma micro-invasivo na lâmina própria. Isto significa que o tumor é classificado como

- (A) M1.
- (B) M2.
- (C) SM1.
- (D) SM2.

