



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

Instruções

- 1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
- Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo E4**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
- Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
- 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.
- 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.
- 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.
- Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
- 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 ABREVIACÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

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

01

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. Tem 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, ictérico +/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.

02

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 transverso.

03

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/min, intubação traqueal, antibioticoterapia.
- (D) Reposição volêmica com 1.000 mL de soro fisiológico, hemocultura, antibioticoterapia de amplo espectro e oxigênio por cateter nasal, 3 L/min.

04

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.

05

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 pedioso 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.

06

Homem, 22 anos de idade, foi vítima de colisão moto X muro. Chega no hospital de helicóptero. Via aérea: intubado para transporte (midazolam e fentanil), em ventilação mecânica, com FR de 16 ipm. Sat. O₂ de 95%, murmurio 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.

07

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.

08

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.

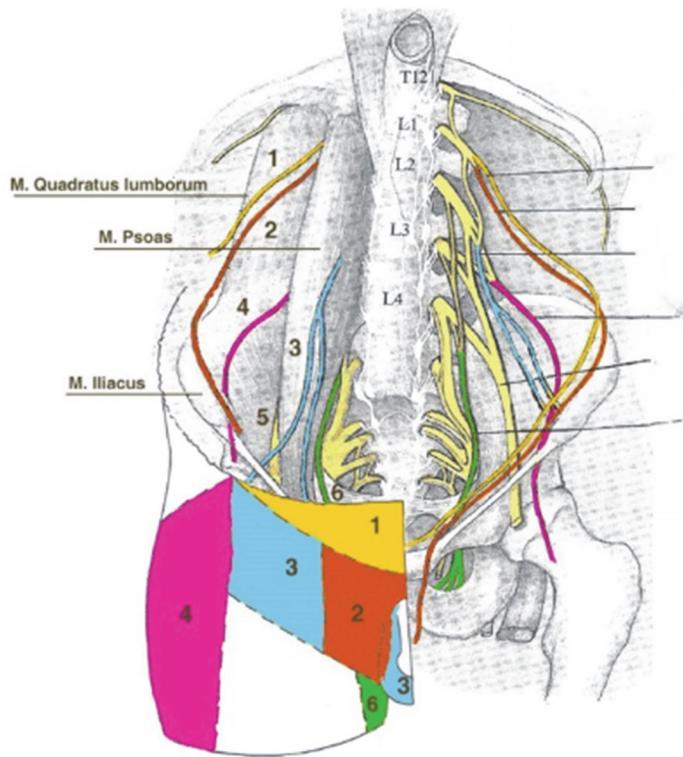
09

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 normotensão 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 cristaloide e tomografia de crânio.

10

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.

11

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-TEP (*Endoscopic Totally Extraperitoneal*).

12

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.

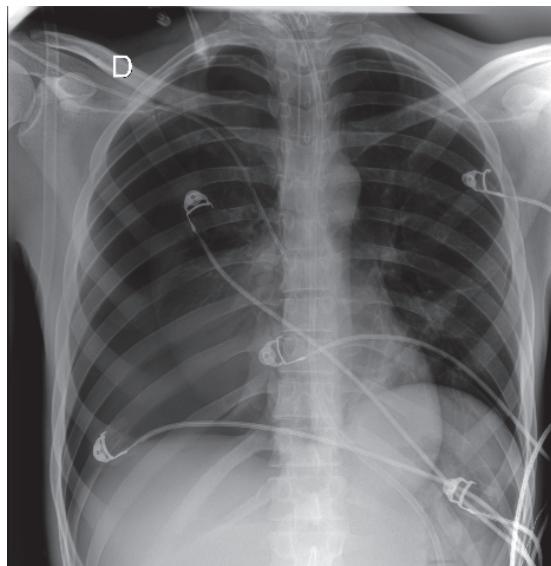
13

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 transverso.

14

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.

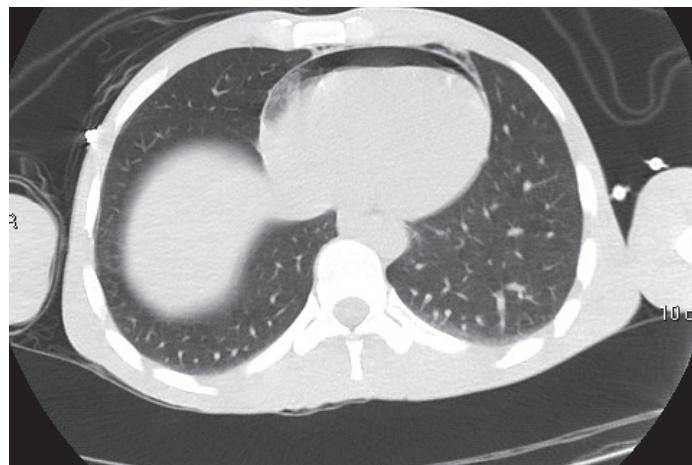
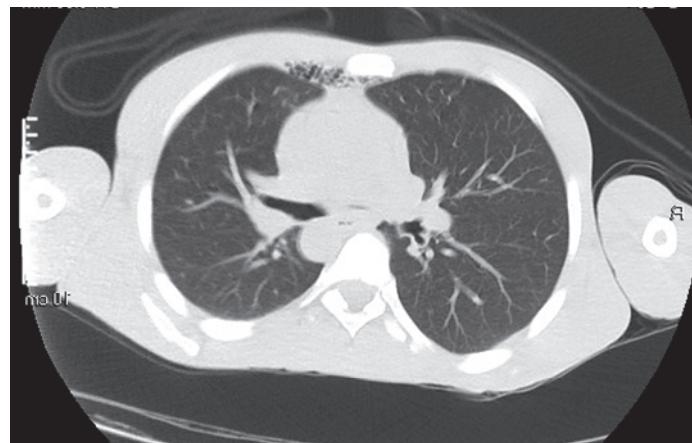
- (A) Drenagem torácica no 5º espaço intercostal e manter o cateter.
- (B) Retirada do cateter venoso e observação.
- (C) Videotoracoscopia, com retirada do cateter sob visão direta.
- (D) Drenagem torácica no 5º espaço intercostal e retirada do cateter.

15

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

- A: via aérea pélvica;
- B: murmúrio vesicular presente bilateralmente, saturação de O_2 : 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:

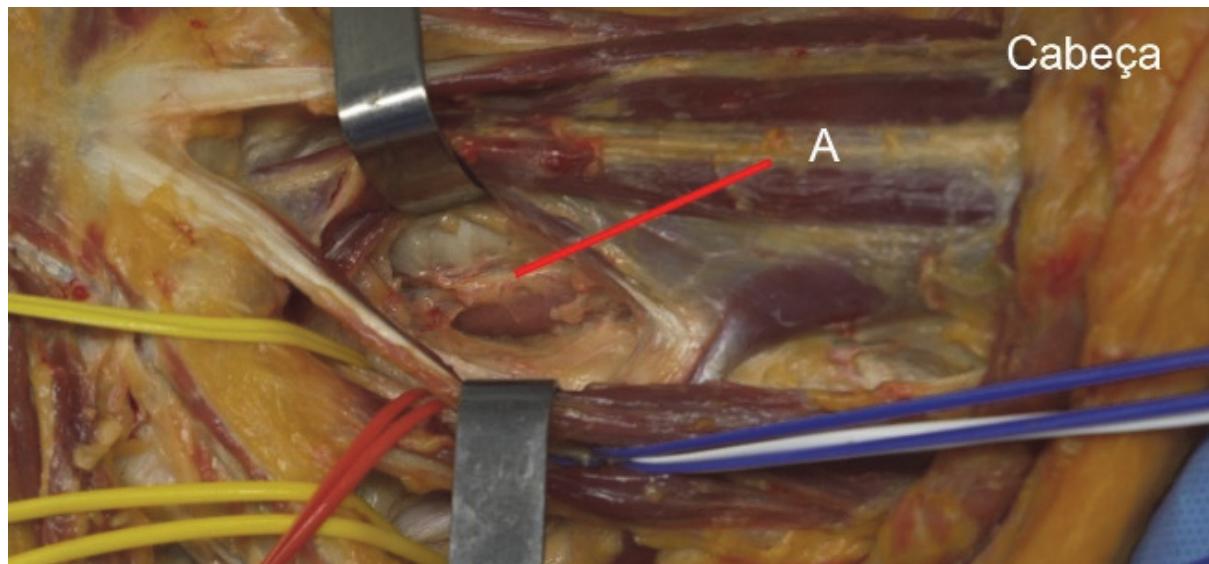


Em relação ao caso apresentado, qual deve ser a próxima conduta??

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

16

Observe a imagem a seguir:

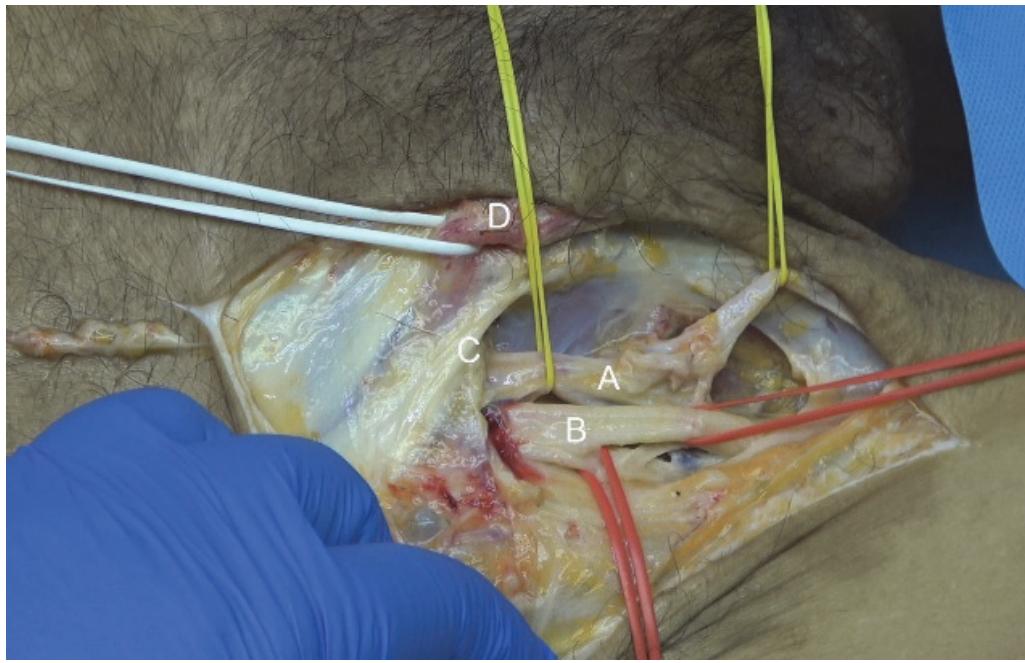


Em relação à imagem apresentada, a secção da estrutura apontada com a letra A causa:

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

17

Observe a imagem a seguir:

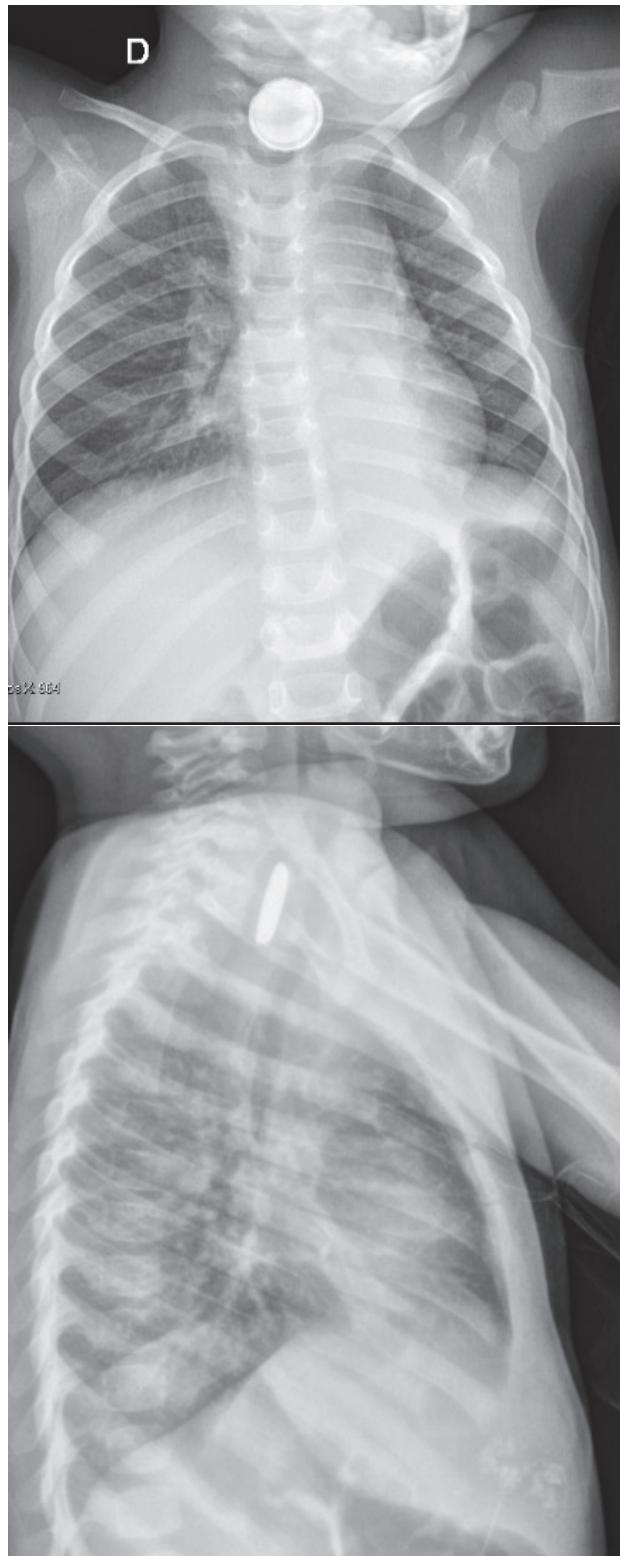


Em relação à imagem apresentada, qual é o local por onde se insinua hérnia crural?

- (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.

18

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



19

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.

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.

20

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

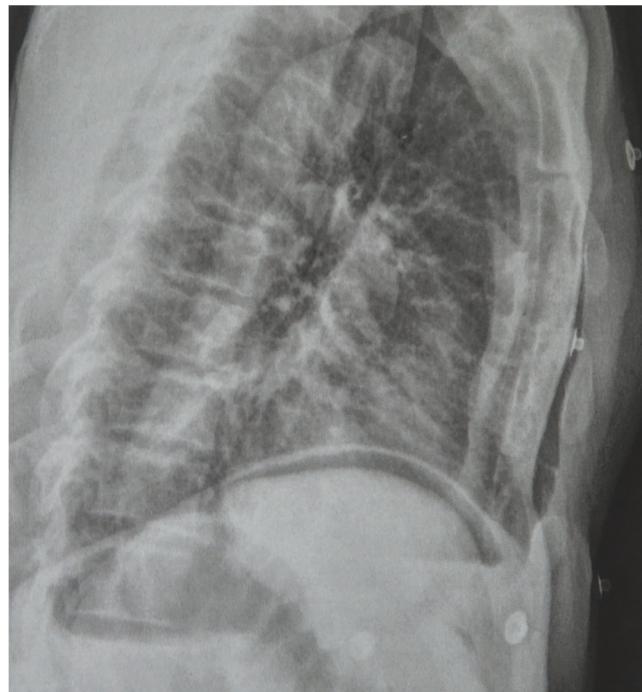
Ureia: 40 mg/dL

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?

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

21

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:

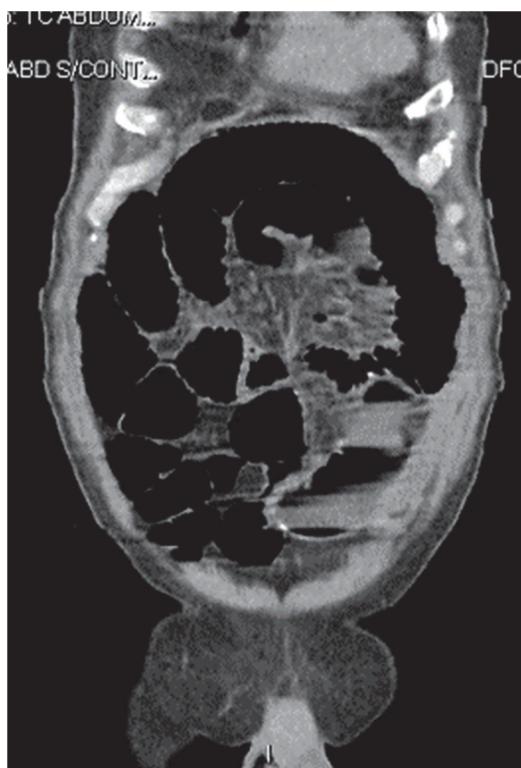
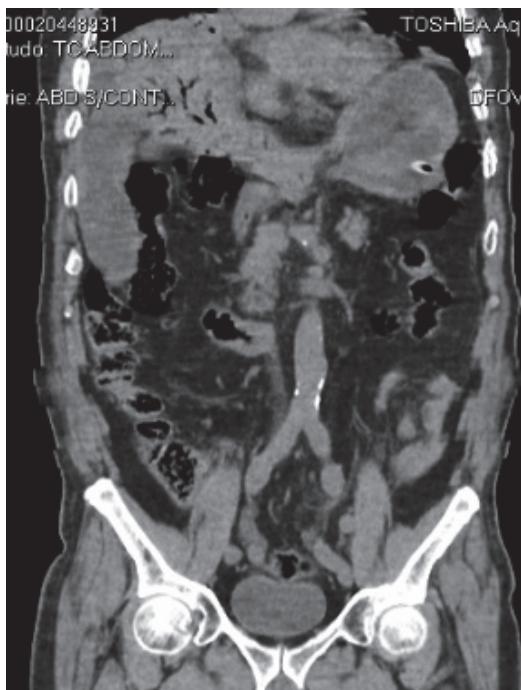


A conduta neste momento deve ser

- avaliar o reto. Se tiver lesão, fazer a sutura do reto e o tamponamento da lesão.
- avaliar o reto. Se não tiver lesão, fazer o debridamento e a sutura do ferimento.
- avaliar o reto. Se tiver lesão, fazer a sutura primária do reto e o fechamento da lesão.
- fazer colostomia em alça no cólon transverso e o fechamento da lesão perineal.

22

Homem, 73 anos de idade, refere dor abdominal difusa mais intensa no hipogástrico 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, colangioressonância e derivação da via biliar.

23

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 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.

24

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

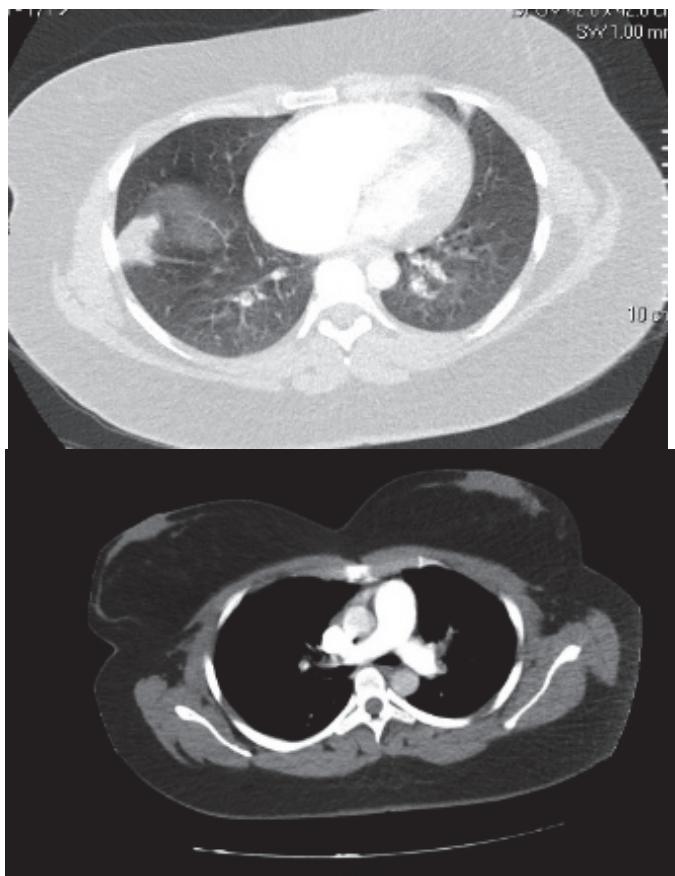
Ht: 42,2%

Leucócitos: 20.800/mm³ (bastonetes: 1%)

PCR: 6,3 mg/L

Dímero-D: > 20 ng/mL

A tomografia pode ser visualizada a seguir:

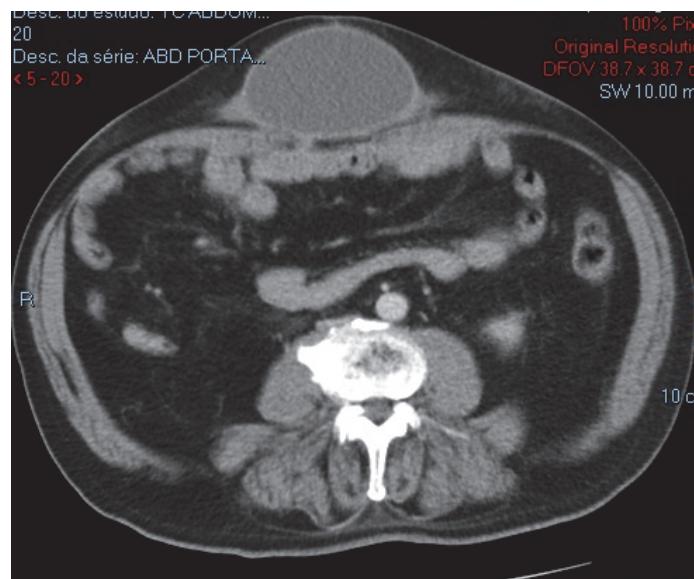


O tratamento desta paciente deve ser:

- (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.

25

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.

26

Mulher, 40 anos de idade, foi submetida à fundoplicatura há 10 anos por doença do refluxo com sintomas típicos. Recorda-se 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 fundoplicatura.

27

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 hipercaptação 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.

28

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.

29

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.

30

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.

31

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.

32

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.

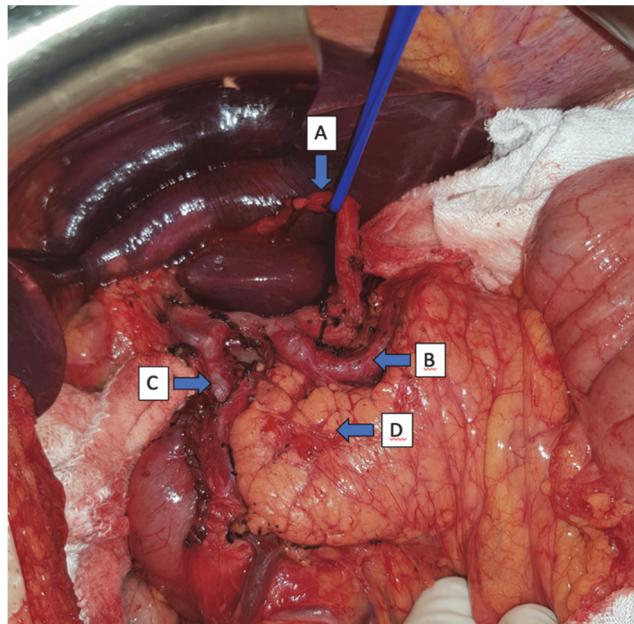
33

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 esfínter 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.

34

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, mesocolon transverso.
- (D) Artéria hepática acessória, artéria esplênica, artéria gastroduodenal, pâncreas.

35

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.

36

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 contraste lento 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 regrada 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.

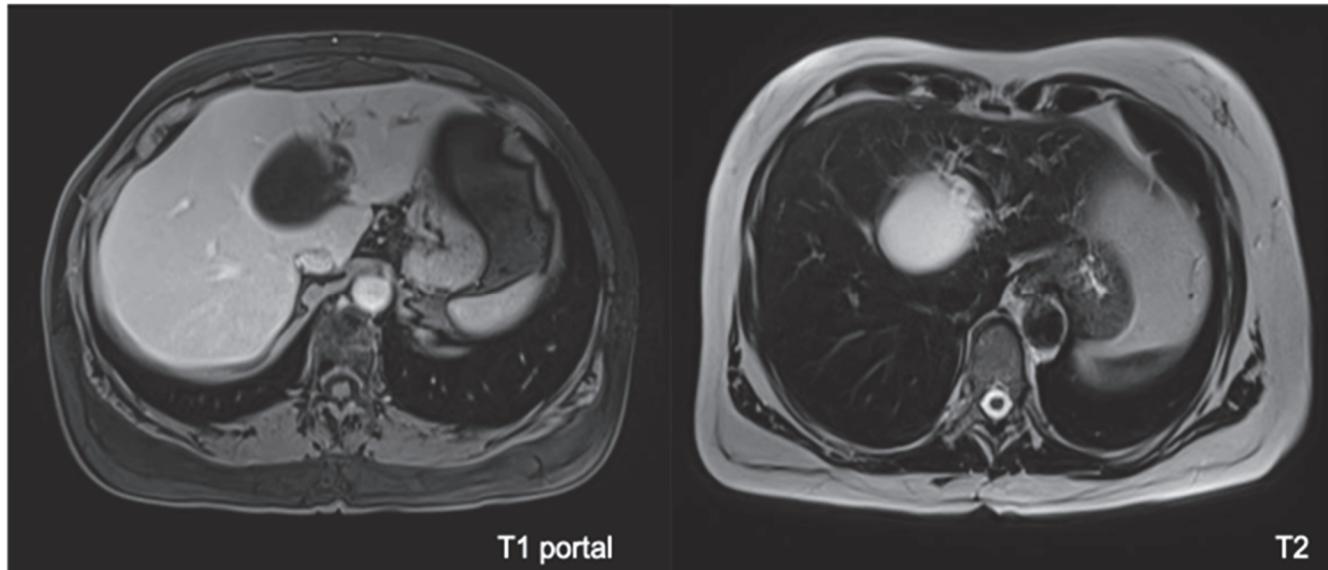
37

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.

38

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.

39

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 cardiomiotomia 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 Cardiomiotomia Endoscópica (POEM) é o tratamento mais moderno da acalasia, apresentando resultados semelhantes à cardiomiotomia cirúrgica, sem aumento na taxa de refluxo gastroesofágico.

40

Homem, 63 anos de idade, no 7º dia pós-operatório de esplenectomia por suspeita de linfoma B de zona marginal esplênico. Retorna ao hospital com dor abdominal há 1 dia e 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.

41

Homem, 59 anos de idade, hipertenso controlado, apresenta epigastralgia 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, em antrum 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.

42

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 anatomo-patológico 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.

43

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, icterica +/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. Realizada ressuscitação volêmica, iniciados 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) Colecistectomia, exploração da via biliar e drenagem com dreno de Kher.
- (D) Suporte intensivo e observação clínica.

44

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 fistula da anastomose panreatojejunal. 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.

45

Homem, 60 anos de idade, submetido à colecistectomia eletiva devido a pólipos em vesícula biliar há duas semanas. Relatório anatomo-patológico 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.

46

Mulher, 45 anos de idade, submetida à colecistectomia com colangiografia eletiva por calcúlo não complicada da vesícula biliar há 14 dias. Procedimento sem intercorrências. No 6º dia pós-operatório, procurou pronto-socorro com dor abdominal difusa. Submetida à laparoscopia diagnóstica com achado de coleperitôneo 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.

47

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 hipervasculares medindo 9,1x8,7 cm comclareamento 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.

48

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.

49

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 Metropolitan.
- (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.

50

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.

51

A vacina nonavalente protege contra os tipos de HPV 11, 16, 18, 31, 45, 58 e

- (A) 6, 35, 54.
- (B) 6, 33, 52.
- (C) 5,35,54.
- (D) 5, 33, 52.

52

Paciente com massa anexial complexa com componente cístico e sólido. Assinale a alternativa que apresenta a conduta para confirmação do diagnóstico de malignidade.

- (A) Punção do cisto guiada por ultrassonografia.
- (B) Marcadores tumorais CA 125.
- (C) Laparoscopia ou laparotomia e biópsia.
- (D) Exame do líquido ascítico.

53

Em relação à terapia de reposição hormonal em pacientes tratadas por carcinoma de células escamosas de colo do útero, assinale a alternativa correta.

- (A) Pode ser feita apenas com progesterona.
- (B) Não é recomendada.
- (C) Não adiciona risco e pode ser realizada.
- (D) Apenas com estrogênios.

54

A respeito da incidência do câncer do endométrio, é correto afirmar:

- (A) Está aumentando no mundo, mas não no Brasil.
- (B) O Brasil é um dos países com maior aumento.
- (C) Está diminuindo devido a menor paridade.
- (D) Não se alterou nas últimas décadas.

55

Feto do sexo masculino. Hidronefrose antenatal bilateral identificada com 34 semanas de gestação. Líquido amniótico normal. Bexiga com ciclos normais e diâmetro AP pelve renal direita 16 mm/pelve renal esquerda 12 mm. Dúvida quanto à dilatação ureteral. Nasceu saudável com 37 semanas, parto tipo cesárea. Confirmada hidronefrose bilateral em USG pós-natal no D3 e dilatação ureteral presente e intermitente. No sétimo dia de vida, realizou o exame de imagem a seguir:



Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta imediata.

- (A) Profilaxia antibiótica com cefalexina.
- (B) Vesicostomia cutânea técnica de Blockson.
- (C) Ureterostomia cutânea uni ou bilateral.
- (D) Injeção endoscópica de agente preenchedor (*bulking agent*).

56

A síndrome de Li-Fraumeni é a mutação patogênica do gene

- (A) PTEN.
- (B) TP53.
- (C) BRCA1.
- (D) MLH1.

57

Menina, 5 anos de idade, apresenta discreto sangramento genital. Nascida de parto normal, a termo, sem intercorrências no pré-natal ou parto. A mãe nega consumo de medicamentos ou uso de terapias hormonais. Ao exame físico, comprova-se sangramento ativo em pequena quantidade pelo intróito vaginal e hímen íntegro. A criança encontra-se em percentil 40 de peso e altura; apresenta desenvolvimento mamário Tanner 3; observam-se pigmentações café com leite em dorso. Suspeita-se de síndrome de McCune-Albright. Qual o parâmetro laboratorial esperado para este diagnóstico?

- (A) FSH = 0,2 U/L.
- (B) LH = 10,1 U/L.
- (C) TSH = 9,8 U/L.
- (D) Prolactina = 60 ng/mL.

58

Paciente, 23 anos de idade, com anorexia nervosa, IMC de 18 kg/m², apresenta amenorreia. Qual é o mecanismo para a amenorreia nesta condição clínica?

- (A) Hipotireoidismo secundário.
- (B) Bloqueio do mecanismo de ovulação.
- (C) Aumento da produção de LH em detrimento do FSH.
- (D) Comprometimento da liberação pulsátil de GnRH.

59

Paciente, 7 anos de idade, apresenta sangramento genital. A mãe nega antecedentes clínicos significativos ou uso de medicamentos. Ao exame físico, encontra-se com desenvolvimento de peso e estatura em percentil 35; mamas Tanner 3 e pilificação P3. Considerando a hipótese de puberdade precoce de origem central, qual dos seguintes achados seria esperado?

- (A) Elevação de LH acima de 5 UI/L com teste de GnRH.
- (B) Idade óssea um ano acima da idade cronológica.
- (C) Ultrassonografia pélvica com mais de 4 folículos.
- (D) Elevação de FSH acima de 2,0 UI/L com teste de GnRH.

60

Qual é a afirmação correta associada ao emprego da histeroscopia para o diagnóstico de adenomiose?

- (A) O endométrio apresenta-se hipovascularizado na adenomiose.
- (B) A histeroscopia permite a melhor visualização da zona juncional.
- (C) A visualização dos óstios tubários patentes exclui o diagnóstico de adenomiose.
- (D) A visualização de cistos hemorrágicos endometriais é sugestivo da doença.

61

A crise de enxaqueca associada ao período pré- menstrual está associada a qual evento?

- (A) Down regulation sobre o sistema gabaminérgico.
- (B) Up regulation sobre o sistema serotoninérgico.
- (C) Down regulation sobre o sistema GnRH.
- (D) Up regulation sobre o sistema pineal.

62

Paciente, 17 anos de idade, refere ainda não ter menstruado. Apresenta desenvolvimento fenotípico feminino, Tanner M4 P4. A ressonância magnética é apresentada a seguir, imagem sagital em T2 com coleção na cavidade endometrial (seta) e nos dois terços superiores da vagina (cabeça de seta):



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

- (A) Punção e drenagem via vaginal.
- (B) Ressecção septo vaginal.
- (C) Punção e drenagem via laparoscópica.
- (D) Histeroscopia e dilatação cervical.

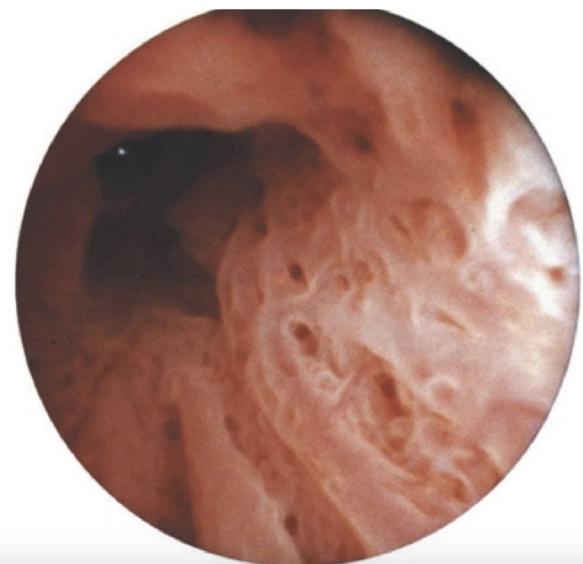
63

Paciente, 18 anos de idade, refere sangramento menstrual intenso com coágulos há 6 dias. Nega atividade sexual. Apresenta antecedente de menarca aos 13 anos, com ciclos regulares e fluxo intenso desde então, com duração entre 6 e 10 dias. A investigação da etiologia não demonstrou nenhuma doença específica. Optou-se pelo tratamento com uso de progestagênio. Assinale a alternativa que apresenta o agente com menor atividade e potência.

- (A) Levonorgestrel.
- (B) Noretindorne.
- (C) Drosipronona.
- (D) Progesterona micronizada.

64

Observe a imagem histeroscópia apresentada a seguir:



Assinale a alternativa com a interpretação da imagem histeroscópica apresentada.

- (A) Óstio tubário.
- (B) Canal cervical.
- (C) Endométrio proliferativo.
- (D) Hiperplasia endometrial.

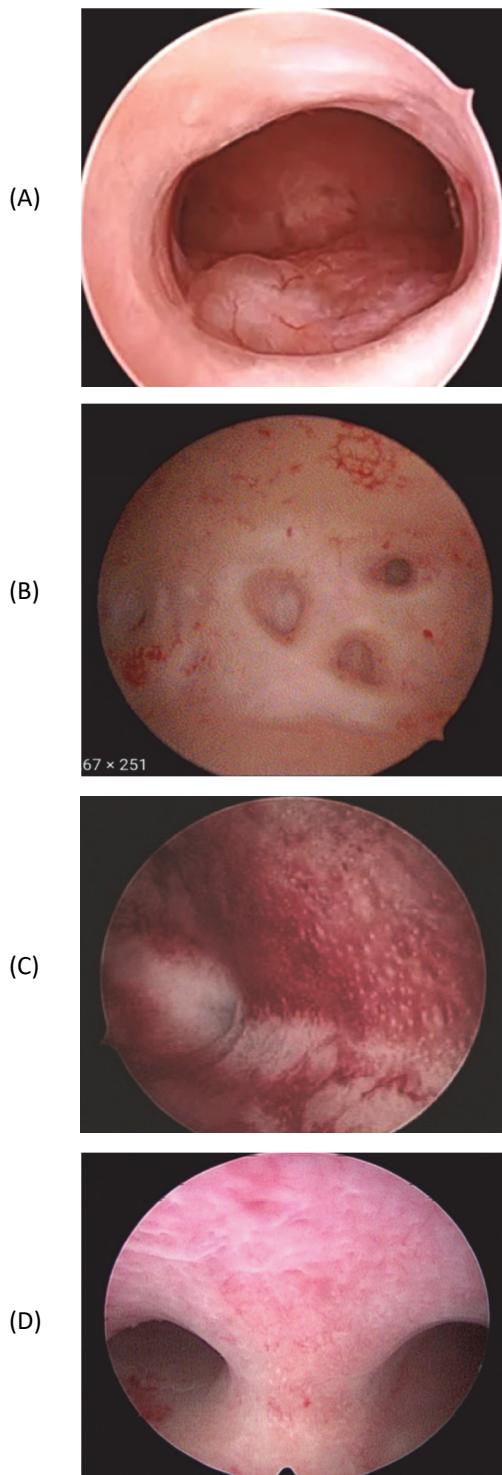
65

Paciente, 16 anos de idade, refere sangramento menstrual intenso, com coágulos, há 6 dias. Apresenta antecedente de menarca aos 13 anos, com ciclos regulares e fluxo intenso desde então, com duração de oito dias. Nega outras comorbidades ou uso de medicamentos. Ao exame clínico, apresentou IMC de 18 kg/m², PA de 110x70 mmHg, FC de 100 bpm, descorada 3+/4+. Exames subsidiários: Ht de 27%, Hb de 9,2 g/dL, plaquetas de 244.000/mm³, teste de gravidez negativo. Recebe prescrição de ácido tranexâmico. Qual é o mecanismo de ação dessa medicação?

- (A) Potencializa a ação da lisina sobre o plasminogênio.
- (B) Aumenta a clivagem da fibrina.
- (C) Potencializa o efeito do fator X.
- (D) Inibe a ativação do plasminogênio em plasmina.

66

Paciente, 60 anos de idade, em uso de tamoxifeno há 5 anos. Assinale a alternativa que apresenta a imagem histeroscópica compatível com esta situação.

**67**

Paciente, 15 anos de idade, refere sangramento menstrual intenso com coágulos há 6 dias. Apresenta antecedente de menarca aos 13 anos, com ciclos regulares e fluxo intenso desde então, com duração de oito dias. Nega outras comorbidades ou uso de medicamentos. Ao exame físico, apresentou IMC de 21 kg/m², PA de 110x70 mmHg, FC de 112 bpm, descorada 3+/4+. Exames subsidiários: Ht de 29%, Hb de 9,1 g/dL, plaquetas de 235.000/mm³, teste de gravidez negativo. Considerando os diagnósticos diferenciais para sangramento desta paciente, qual é o exame que poderá correlacionar-se com o diagnóstico?

- (A) Aumento na relação LH/FSH.
- (B) Aumento na prolactina.
- (C) Aspirado de medula óssea.
- (D) Tempo de Protrombina (TP) normal e Tempo de Tromboplastina Parcial (TTP) prolongado.

68

Paciente, 20 anos de idade, apresenta diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos há 1 ano e iniciou uso de contraceptivo hormonal oral combinado (etinilestradiol e noretisterona). Refere que apesar do controle do ciclo menstrual e da redução da acne, ainda apresenta pilificação que a incomoda. O índice de Ferriman é 10. Qual é a conduta mais adequada?

- (A) Manter o contraceptivo com associação de metformina.
- (B) Manter o contraceptivo com associação de espironolactona.
- (C) Trocar o contraceptivo por desogestrel exclusivo.
- (D) Trocar o contraceptivo por sistema intrauterino de levonorgestrel.

69

Paciente, 21 anos de idade, refere corrimento vaginal esbranquiçado associado a discreto prurido e ardência vulvar há 4 dias. Encontra-se no período pré-menstrual. Ao exame ginecológico, exame especular com conteúdo vaginal branco fluido e não aderente às paredes vaginais, colo epitelizado e sem hiperemia. O teste das aminas foi negativo e o pH vaginal é 4. Qual o achado bacteriológico compatível?

- (A) Presença de esporos e hifas.
- (B) Predominância de *clue cells*.
- (C) Predominância de lactobacilos.
- (D) Flora pouco representativa.

70

Paciente, 40 anos de idade, refere ciclos menstruais com fluxo intenso. Apresenta antecedente de 2 partos vaginais. A avaliação clínica apresenta toque vaginal com útero discretamente aumentado de volume, móvel e indolor. A ultrassonografia é apresentada na imagem a seguir:



Em relação ao caso apresentado, qual o tratamento adequado?

- (A) Ablação endometrial.
- (B) Miomectomia laparoscópica.
- (C) Miomectomia histeroscópica.
- (D) Embolização.

71

Durante procedimento cirúrgico para tratamento de endometriose, identifica-se estenose parcial ureteral pela doença endometriótica em seu terço distal. Assinale a alternativa que apresenta o tratamento cirúrgico mais adequado.

- (A) Ressecção ampla do tecido endometriótico periureteral.
- (B) Ressecção do segmento ureteral e anastomose termino-terminal.
- (C) Ressecção do segmento ureteral e re-implante ureteral.
- (D) Cauterização com preservação da junção uretero-vesical.

72

Paciente submetida à histerectomia total laparoscópica apresenta saída de líquido vaginal seroso. Qual exame realizado no líquido auxilia na identificação se o mesmo é decorrente de fistula urinária?

- (A) Dosagem de ureia.
- (B) Dosagem de sódio.
- (C) Dosagem de potássio.
- (D) Dosagem de proteína.

73

Paciente, 35 anos de idade, refere que há 3 dias iniciou quadro de disúria acentuada e foi medicada com fosfomicina, sem melhora. Há 1 dia, apresenta dor intensa no joelho, conforme apresentado a seguir:



Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual é o exame subsidiário necessário?

- (A) Radiografia.
- (B) Artroscopia.
- (C) Aspirado articular.
- (D) Ressonância magnética.

74

Durante laparoscopia, qual das seguintes estruturas anatômicas poderá auxiliar a identificação topográfica do ureter?

- (A) Úraco.
- (B) Artéria glútea inferior.
- (C) Artéria umbilical obliterada.
- (D) Artéria epigástrica superficial.

75

Paciente será submetida a histerectomia laparoscópica, com utilização de um trocarte de 12 mm e dois trocartes de 5 mm. Assinale a alternativa que apresenta o local mais adequado e seguro para introdução do trocarte de 5mm.

- (A) 10 cm superior à sínfise púbica e 5 cm lateral à linha mediana.
- (B) 5 cm superior à crista ilíaca antero-superior.
- (C) Ponto medial entre a espinha ilíaca antero-superior e a sínfise púbica.
- (D) 5 cm superior à sínfise púbica e 8 cm lateral à linha mediana.

76

Durante cirurgia laparoscópica para tratamento de endometrioma ovariano, qual a abordagem mais adequada para preservação de reserva ovariana?

- (A) Dissecção com tesoura da cápsula do endometrioma.
- (B) Cauterização com bisturi bipolar da cápsula do endometrioma.
- (C) Cauterização com bisturi monopolar da cápsula do endometrioma.
- (D) Dissecção por tração da cápsula do endometrioma.

77

Assinale a alternativa que apresenta a técnica mais adequada e segura de ablação endometrial.

- (A) Balão térmico.
- (B) Ressectoscópio bipolar.
- (C) Ressectoscópio monopolar.
- (D) Cauterização química ácido triclorocético.

78

Paciente com indicação de laparoscopia apresenta antecedente de manipulação cirúrgica da cicatriz umbilical. Assinale a alternativa que apresenta a opção para realizar a primeira punção com agulha de Veress?

- (A) Supra umbilical a 2 cm acima da cicatriz umbilical.
- (B) Supra púbico a 2 cm acima da sínfise púbica.
- (C) Hipocôndrio esquerdo abaixo do rebordo costal na linha hemiclavicular.
- (D) Hipocôndrio direito abaixo do rebordo costal na linha hemiclavicular.

79

Paciente, 24 anos de idade, assintomática, nuligesta, ciclos menstruais regulares, realiza ultrassom com suspeita de lesão sugestiva de endometriose, retrouterina. Prossegue na investigação com ultrassom transvaginal e preparo intestinal no qual identifica-se lesão sugestiva de endometriose com cerca de 1,5 cm de diâmetro, infiltrando a camada muscular externa do reto cerca de 13 cm da borda anal. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada neste momento.

- (A) Seguimento clínico e de imagem.
- (B) Tratamento cirúrgico com *shaving* da lesão.
- (C) Tratamento medicamentoso com análogo do GnRH e terapia *addback*.
- (D) Tratamento cirúrgico com ressecção segmentar intestinal.

80

Paciente, 28 anos de idade, refere aparecimento de lesão labial há 7 dias, conforme imagem a seguir:



Relata que tem aplicado aciclovir creme sem resultado. Há 3 dias, iniciou dor discreta em articulações de mãos e dor genital com as lesões apresentadas na imagem a seguir:



Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado, considerando a principal hipótese diagnóstica.

- (A) Predinisona oral.
- (B) Valaciclovir via oral.
- (C) Valaciclovir parenteral.
- (D) Penicilina benzatina intramuscular.

81

A anatomia cirúrgica do ureter é

- (A) cruzar inferiormente a artéria ilíaca comum com trajeto pélvico inicial paralelo e lateral aos vasos ilíacos internos.
- (B) apresentar trajeto pélvico lateral ao plexo hipogástrico e inferior à artéria umbilical obliterada.
- (C) apresentar trajeto pélvico medial ao plexo hipogástrico e posterior à artéria ilíaca interna.
- (D) cruzar por sobre a artéria ilíaca comum com trajeto pélvico inicial paralelo e inferior aos vasos ilíacos externos.

82

Qual a conduta recomendada para uma mulher com mutação patogênica do gene BRCA2?

- (A) Biópsia de ovário.
- (B) Contraceptivos orais.
- (C) Salpingo-ooforectomia bilateral aos 40 anos de idade.
- (D) Controle com imagens a intervalos de seis em seis meses.

83

Paciente, 53 anos de idade, refere última menstruação há 6 meses. Queixa-se de calores e ondas de suor intensos durante a noite, dificultando o sono e aumento de irritabilidade. Apresenta antecedente de hipertensão arterial controlada com losartana. Ao exame físico, apresentou PA de 120x80 mmHg; FC de 80 bpm; IMC de 23 kg/m². Exame especular com mucosa vaginal pálida e lisa, toque vaginal útero pequeno, móvel, indolor e sem alterações anexiais. Assinale a alternativa com a opção terapêutica mais adequada para esta paciente.

- (A) Valerato estradiol e gestrinona oral.
- (B) Etil estradiol e progesterona micronizada oral.
- (C) Gabapentina sublingual.
- (D) 17beta-estradiol e noretisterona transdérmico.

84

Paciente, 60 anos de idade, menopausada há 9 anos, queixa-se de urgência miccional. Apresenta antecedente de glaucoma de ângulo agudo. Assinale a alternativa que apresenta a terapêutica mais adequada.

- (A) Antagonista beta3 adrenérgico.
- (B) Agonista muscarínico colinérgico.
- (C) Agonista beta3 adrenérgico.
- (D) Antagonista muscarínico colinérgico.

85

Paciente, 30 anos de idade, refere que há um ano está tentando engravidar com atividade sexual regular. Companheiro, 32 anos de idade. Ambos negam comorbidades ou uso de medicamentos. A paciente refere ciclos menstruais regulares e dismenorreia leve no primeiro dia do fluxo. O exame clínico geral é normal e o exame ginecológico com exame especular sem alterações, toque vaginal com útero de tamanho habitual, sem dor à mobilização, regiões anexais sem alteração ou dor. A histerossalpingografia é apresentada a seguir:



Considerando a indicação de fertilização assistida, qual das seguintes abordagens apresentará melhor resultado para gravidez?

- (A) Salpingectomia bilateral.
- (B) Salpingoplastia bilateral.
- (C) Antibioticoterapia.
- (D) Dilatação dos óstios tubários.

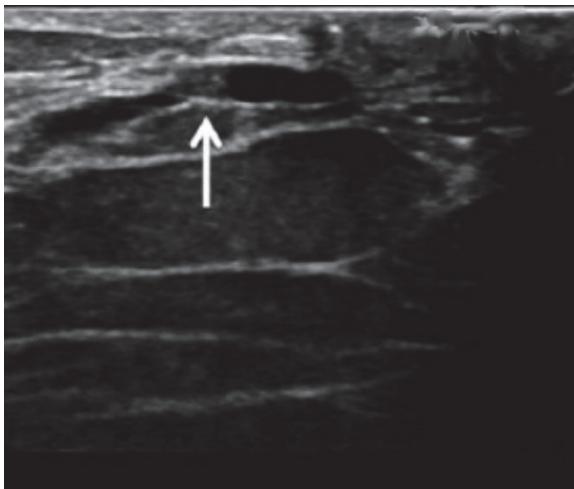
86

Paciente, 32 anos de idade, nulígrada, com ciclos menstruais regulares e mensais. Queixa-se de cólica menstrual nos primeiros dias do fluxo associada à dor evacuatória nesse mesmo período. Ao exame ginecológico, apresenta especular de conteúdo habitual, toque vaginal com útero de volume normal e pouca mobilidade, identificando-se nódulo doloroso em fôrnice vaginal posterior e regiões anexais sem alterações. A avaliação da extensão da doença nesta topografia será melhor realizada por qual método?

- (A) Histeroscopia.
- (B) Colonoscopia.
- (C) Ressonância magnética.
- (D) Videolaparoscopia.

87

Mulher, 42 anos de idade, queixa-se de secreção mamilar sanguinolenta, espontânea, de mamilo direito há três meses. Os aspectos clínico e ultrassonográfico estão representados nas imagens a seguir:



Em relação ao caso apresentado, qual é a hipótese diagnóstica?

- (A) Carcinoma ductal.
- (B) Papiloma intraductal.
- (C) Mastite.
- (D) Fibroadenoma.

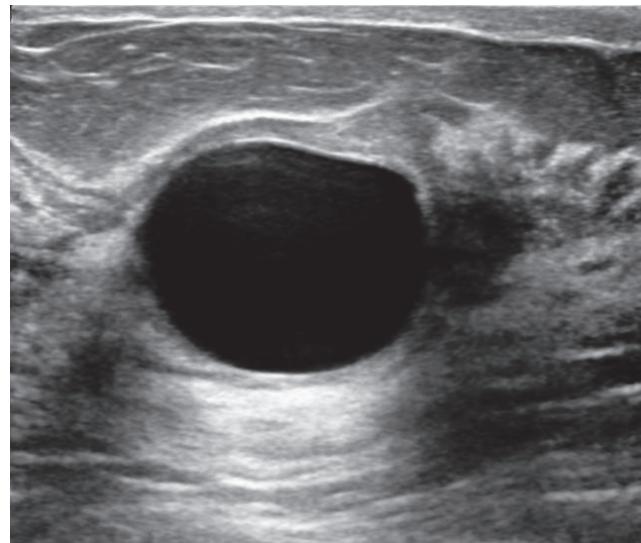
88

Em relação ao transtorno da diminuição da libido ou do interesse sexual/excitação feminina, assinale a alternativa correta.

- (A) Medicamentos como inibidores da recaptação da serotonina podem diminuir o desejo sexual.
- (B) A disparesunia raramente é a causa primária deste transtorno.
- (C) Histerectomia e ooforectomia bilateral (castração cirúrgica) são a principal causa deste transtorno.
- (D) O tratamento primário é a suplementação de testosterona.

89

Paciente, 35 anos de idade, refere aparecimento de nódulo doloroso em mama esquerda há 5 dias. Nulígrada, ciclos menstruais regulares com data de última menstruação há 20 dias, faz uso de preservativo. Ao exame físico, mamas simétricas com formação nodular bem delimitada com cerca de 3,5 cm de diâmetro na junção dos quadrantes externos da mama esquerda; pele com leve eritema sobre a lesão; regiões axilares sem achados significativos. A imagem ultrassonográfica é apresentada a seguir:



Após a resolução do quadro agudo com melhora da dor, assinale a alternativa que apresenta a opção mais adequada para prevenção de novo episódio.

- (A) Tamoxifeno oral.
- (B) Progesterona oral.
- (C) Estrogênio tópico.
- (D) Antibioticoprofilaxia.

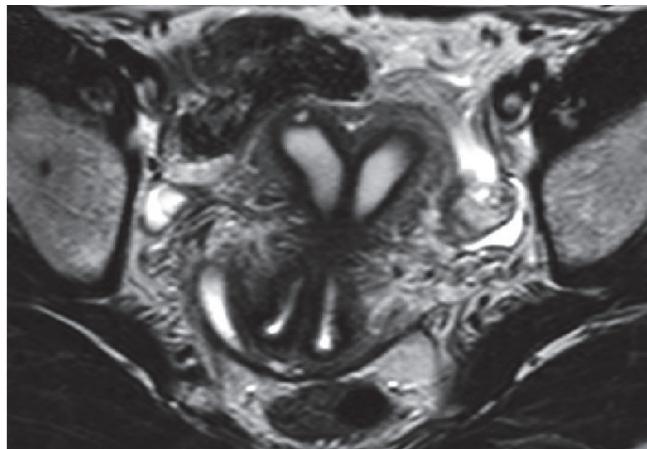
90

Paciente, 35 anos de idade, com antecedente de parto vaginal e amamentação encerrada há 3 anos. Tabagista, sem outras comorbidades ou uso de medicamentos. Refere dor na mama direita. O exame clínico das mamas revela mamas lipossubstituídas, não lactantes, com área de eritema e edema periareolar direito e ponto de flutuação doloroso. Qual é a conduta adequada neste momento?

- (A) Antibioticoterapia tópica.
- (B) Drenagem com bisturi de lâmina.
- (C) Excisão cirúrgica da área comprometida.
- (D) Mamografia.

91

Paciente, 30 anos de idade, assintomática, faz uso de contraceptivo hormonal oral combinado com fluxo menstrual regular e deseja engravidar. Realiza exame ultrassonográfico para avaliação do trato genital e, devido ao resultado deste exame, solicita-se o exame de imagem apresentado a seguir:



Considerando a imagem apresentada, qual é a conduta inicial mais adequada?

- (A) Fertilização *in vitro*.
- (B) Ressecção histeroscópica.
- (C) Ressecção laparoscópica.
- (D) Orientar gravidez espontânea.

92

Qual é a principal diferença entre anestesia geral e sedação consciente?

- (A) A profundidade do estado de inconsciência do paciente
- (B) O fármaco utilizado no procedimento
- (C) A duração do efeito dos fármacos utilizados
- (D) A necessidade ou não de suplemento de oxigênio

93

São sinais clínicos de reação alérgica após a indução anestésica:

- (A) Taquicardia e hipotensão.
- (B) Hipertensão e taquipneia.
- (C) Bradicardia e hipertermia.
- (D) Hipotermia e apneia.

94

Qual o método mais rápido para verificação de correta intubação orotracheal?

- (A) Auscultação dos sons respiratórios
- (B) Observação do movimento abdominal
- (C) Análise da saturação de oxigênio
- (D) Avaliação de CO₂ no gás exalado.

95

É uma possível complicaçāo da anestesia geral inalatória?

- (A) Aumento da função renal
- (B) Hipertensão
- (C) Arritmias cardíacas
- (D) Hipoglicemias

96

Paciente, 55 anos de idade, do sexo feminino, comparece para consulta com queixa de nódulo em mama direita. Ao exame físico, apresenta nódulo palpável de 5,5 cm em QSL de mama direita e linfonodo endurecido em axila ipsilateral. Realizou core biópsia com resultado anatomo-patológico compatível com Carcinoma Ductal Invasivo SOE, receptor de estrogênio negativo, receptor de progesterona negativo, HER2 negativo e Ki67 70%. Exames de estadiamento sistêmico sem evidência de metástase à distância, sendo encaminhada para quimioterapia neoadjuvante. Em consulta após o tratamento neoadjuvante, foi observado em exame físico que nódulo estava com 2,5 cm e não se palpava mais linfonodos axilares.

Em relação ao caso descrito, pode-se afirmar:

- (A) O estadiamento TNM pós-quimioterapia neoadjuvante era yT2 yN0.
- (B) O estadiamento TNM pós-quimioterapia neoadjuvante era yT3 yN1.
- (C) O estadiamento TNM inicial era T2 N1.
- (D) O estadiamento TNM inicial era T3 N0.

97

Adolescente de 16 anos de idade foi trazida pela mãe em consulta por apresentar um nódulo em mama esquerda com crescimento progressivo há 6 meses. Ao exame físico, apresentava abaulamento em mama esquerda com nódulo palpável de 5,0 cm em QSL, móvel e sem acometimento de pele. Axila sem linfonodos palpáveis. Foi solicitada uma core biópsia com resultado anatomo-patológico sugestivo de fibroadenoma juvenil. Em relação ao caso apresentado, é correto afirmar:

- (A) Por se tratar de patologia benigna, não há indicação cirúrgica.
- (B) Fibroadenoma juvenil é uma contraindicação absoluta ao uso de anticoncepcional combinado oral.
- (C) Devido diagnóstico atual, paciente tem maior risco de desenvolver câncer de mama ao longo da vida.
- (D) Entre os diagnósticos diferenciais, pode-se citar tumor phyllodes e câncer de mama.

98

Paciente, 39 anos de idade, gestante de 24 semanas, G4 P3 A0, procura atendimento médico com queixa de nódulo em mama esquerda há 3 meses. Ao exame físico das mamas, observa-se mamas volumosas e simétricas. Nódulo de 4 cm em QSLE sem sinais flogísticos e sem acometimento de pele. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) Solicitar mamografia.
- (B) Solicitar USG de mamas.
- (C) Iniciar tratamento com antibióticos, pois trata-se, provavelmente, de um quadro de mastite inicial.
- (D) Reavaliar em 30 dias orientando a paciente do provável diagnóstico de galactocele.

99

Gestante, 32 anos de idade, contando 18 semanas e 4 dias de gestação, procura atendimento com tumoração de 7 cm acometendo os quadrantes superiores de mama direita há 6 meses. Foi encaminhada pela UBS para conduta, com diagnóstico histopatológico de carcinoma invasivo não especial e imunoistoquímica revelando tratar-se de um subtipo triplo negativo. Assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial correta para essa gestante.

- (A) Iniciar com cirurgia.
- (B) Iniciar com quimioterapia.
- (C) Solicitar autorização para abortamento legal.
- (D) Aguardar o parto para dar início ao tratamento.

100

Sobre as matrizes dérmicas acelulares empregadas na reconstrução mamária, assinale a alternativa correta.

- (A) São constituídas de material biológico de origem humana, porcina ou bovina e, por meio da migração de células do próprio hospedeiro e fatores de crescimento, promovem remodelamento de tecido específico no local.
- (B) São constituídas de material biológico de origem humana, porcina ou bovina, podendo ser utilizadas na reconstrução mamária imediata e tardia. Não há relatos da síndrome da mama vermelha em seu uso.
- (C) São constituídas de material biológico ou sintético, absorvidas após seu uso, e podem ser utilizadas na reconstrução mamária imediata e tardia.
- (D) A síndrome da mama vermelha é relatada quando se utiliza matrizes dérmicas acelulares e está relacionada a processo infeccioso, sendo necessária a remoção dessas matrizes.

101

Em relação à cirurgia oncoplástica, assinale a alternativa correta.

- (A) Técnicas periareolares (exemplo: *round block*) são bem empregadas para mamas de médio a grandes volumes e com grau de ptose 3.
- (B) As taxas de recorrências locais são maiores em cirurgia conservadora associada às técnicas de oncoplastia, quando comparadas à cirurgia conservadora clássica.
- (C) Ressecção de até 10% de tecido mamário de quadrantes mediais pode gerar resultado estético favorável.
- (D) Ressecções de 12% ou mais de tecido mamário de quadrantes laterais podem gerar resultados estéticos desfavoráveis.

102

Sobre o retalho músculo cutâneo do reto abdominal, assinale a alternativa correta.

- (A) Dermolipectomia prévia não é contraindicação ao procedimento.
- (B) Durante a realização da cirurgia, a ligadura dos vasos epigástricos inferiores não é necessária.
- (C) A zona II é a menos segura para confecção do retalho.
- (D) No pós-operatório imediato, a deambulação é aconselhada por período de 24 horas.

103

Sobre a técnica de *round block*, assinale a alternativa correta.

- (A) Geralmente é indicada para tumores centrais.
- (B) Ao final da cirurgia, a cicatriz assume formato em "T invertido".
- (C) O suprimento sanguíneo do complexo areolopapilar nesta técnica é predominantemente realizado por ramos da torácica lateral.
- (D) Mamas com ptose de maior grau não são favoráveis a utilização da técnica.

104

Durante as consultas de pré-natal, o exame clínico das mamas deve ser realizado

- (A) deve-se evitar, pois as mamas ficam muito sensíveis nesta situação.
- (B) somente se a paciente apresentar alguma queixa.
- (C) no início e no final da gestação.
- (D) em todas as consultas.

105

R.S.P., 44 anos de idade, 2G2PN, HAS controlada. Queixa-se de saída espontânea de secreção pela papila da mama esquerda há 1 mês. Ao exame físico, apresentou BEG, mamas médias, axilas e fossas supraclaviculares sem linfonodos suspeitos. Mama direita sem alterações e mama esquerda com saída de secreção sanguinolenta, uniductal, com ponto gatilho às 12h, sem nódulos palpáveis. Em relação ao caso descrito, assinale a conduta a ser seguida.

- (A) Solicitar mamografia e USG de mamas e se normais, seguimento em 6 meses.
- (B) Orientar não manipular a mama e reavaliar em 6 meses.
- (C) Mamografia normal, USG com lesão intraductal de 1,9 cm, com biópsia de papiloma benigno. Realizar seguimento clínico em 6 meses.
- (D) Solicitar mamografia e USG de mamas, caso não encontre lesão suspeita, realizar biópsia cirúrgica guiada para o ponto gatilho.

106

L.P.S., sexo masculino, 59 anos de idade. Queixa-se de aumento da mama esquerda, doloroso, há 2 meses. Ao exame Físico, apresentou bom estado geral, mama direita sem alterações e mama esquerda com nódulo de 2 cm, móvel, em região retroareolar. Realizou mamografia BI-RADS 4, USG de mamas nódulo irregular RRA mama esquerda 1,7 cm, realizada core biópsia com AP carcinoma ductal invasivo, receptor de estrogênio positivo, progesterona positivo e HER2 negativo, ki67 35%. Axilas e fossas claviculares sem linfonodos suspeitos. Em relação ao caso descrito, qual a conduta?

- (A) Mastectomia + biópsia de linfonodo sentinel + adjuvância.
- (B) Hormonioterapia neoadjuvante e após a mesma cirurgia.
- (C) Ressecção segmentar + biópsia de linfonodo sentinel + adjuvância.
- (D) Mastectomia + dissecção axilar + adjuvância.

107

R.T.T., do sexo feminino, 55 anos de idade, hipertensa crônica e diabetes melito tipo 2, 3G3PC. Tabagista 20 cigarros por dia desde os 18 anos. Queixa-se de vermelhidão e dor na mama direita, na união dos quadrantes superiores e febre 38,3 °C. há 1 dia. Ao exame físico, apresentou mama esquerda sem alterações, mama direita com área de hiperemia na UQS, próximo ao CAP, com área de flutuação. Na mesma mama presença de cicatrizes periareolar prévias. Qual a hipótese diagnóstica e principal etiologia?

- (A) Mastite granulomatosa, tuberculose.
- (B) Mastite periareolar recidivante, diabetes tipo 2.
- (C) Mastite periareolar recidivante, tabagismo.
- (D) Mastite ectasia ductal, multiparidade.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 108 E 109

Duas irmãs, AS e DS, procuram ambulatório para seguimento ginecológico. AS tem 30 anos de idade. DS tem 50 anos de idade. Sem queixas no momento. Nunca realizaram exames mamários prévios. Nunca realizaram biópsia mamária. Não possuem comorbidades. Não possuem antecedentes familiares de câncer.

108

De acordo com o diretriz conjunta “Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama no Brasil” publicado em 2023, para a paciente A.S. apresentada no caso, recomenda-se

- (A) o rastreamento com mamografia e ultrassonografia a partir dos 50 anos de idade.
- (B) o rastreamento anual com mamografia para as mulheres entre 40 e 74 anos, preferencialmente com tecnologia digital.
- (C) o início de rastreamento a partir desta primeira consulta com mamografia.
- (D) o rastreamento com ultrassonografia a partir desta primeira consulta, e a partir dos 40 anos associar mamografia.

109

De acordo com o diretriz conjunta “Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama no Brasil” publicado em 2023, para a paciente DS apresentada no caso,

- (A) a USG anual pode ser considerada como adjunta à mamografia nas mulheres com mamas densas, exceto quanto a RM for realizada.
- (B) recomenda-se o rastreamento bianual com mamografia, até completar 70 anos.
- (C) recomenda-se o rastreamento anual com ressonância magnética, até completar 70 anos.
- (D) recomenda-se o rastreamento anual com ressonância magnética abreviada, até completar 70 anos.

110

No caso da gestante se queixar de dor e nodulação na mama, assinale a alternativa está correta.

- (A) O exame clínico das mamas deve ser rigoroso devido alterações gravídicas.
- (B) O exame clínico é o menos importante.
- (C) A biópsia mamária está contraindicada no primeiro trimestre da gestação.
- (D) A ultrassonografia das mamas está contraindicada no primeiro trimestre.

111

Sobre a biópsia de linfonodo sentinelas após quimioterapia neoadjuvante, pode-se afirmar:

- (A) Pode ser realizada em casos de axila positiva pré-quimioterapia com resposta pós-terapia sistêmica completa.
- (B) Pode ser realizada em casos de N3 inicial com resposta radiológica completa.
- (C) Pode ser realizada em casos de carcinoma inflamatório.
- (D) Não pode ser realizada com azul patente.

115

Paciente, 52 anos de idade, submetida à cirurgia conservadora + biópsia do linfonodo sentinelas. O anatomo-patológico revelou carcinoma ductal invasor de mama, grau histológico 2 de 3,0 cm associado a Carcinoma Ductal *in situ* (CDIS) grau nuclear 3 com comedonecrose padrão cribiforme em 30% da lesão. A margem lateral encontra-se a 2,5 mm do componente *in situ*, demais margens livres. Qual a conduta ideal em relação ao tratamento local?

- (A) Ampliação de margens, pois a distância ao CDIS é < 5 mm, seguida de radioterapia.
- (B) Radioterapia.
- (C) Mastectomia sem radioterapia.
- (D) Mastectomia com radioterapia.

116

De acordo com o NCCN edição 2024, o rastreamento de pacientes com mutação patogênica em BRCA1 deve incluir

- (A) ressonância magnética anual a partir dos 25 anos e mamografia anual a partir dos 30 anos.
- (B) ressonância magnética semestral a partir dos 30 anos e mamografia semestral a partir dos 35 anos.
- (C) ressonância magnética semestral a partir dos 25 anos e mamografia semestral a partir dos 30 anos
- (D) somente ressonância semestral a partir dos 30 anos.

117

Com relação à quimioterapia neoadjuvante no câncer de mama, pode-se afirmar:

- (A) A biópsia de linfonodo sentinelas não deve ser realizada se a axila for comprometida inicialmente.
- (B) Não deve ser indicada em casos de tumores receptor de estrogênio positivo.
- (C) As melhores taxas de resposta são observadas em tumores receptor estrogênio negativo.
- (D) A mamografia é o método de escolha para avaliação de resposta tumoral.

118

Paciente com mamas médias/grande, ptose grau 3 e tumor de 5,0 cm em junção dos quadrantes superiores/quadrante supero medial de mama esquerda, com sobre importante de pele. Em programação de cirurgia conservadora associada à oncoplastia, qual a técnica mais adequada para esse caso?

- (A) Mamoplastia com pedículo inferior.
- (B) Mamoplastia com pedículo superior.
- (C) Mamoplastia com pedículo superior-medial.
- (D) Técnica de *round block*.

112

Sobre a mastectomia redutora de risco bilateral, é correto afirmar:

- (A) Reduz o risco de câncer de mama em 70%.
- (B) Reduz mortalidade por câncer de mama em todas as mutações de alta penetrância.
- (C) Não deve ser indicada para pacientes com mais de 50 anos.
- (D) O NCCN recomenda em casos de Mutação de BRCA 1, BRCA 2, PALB 2 e p53

113

Paciente, 42 anos de idade, com diagnóstico de Carcinoma Invasivo do Tipo Não Especial (CINE), grau histológico 3, receptor estrogênio positivo. Após término de tratamento sistêmico, evoluiu com amenorreia e queixas de intensas ondas de calor. Em relação ao caso apresentado, qual a melhor opção para melhora dos sintomas?

- (A) Venlafaxina e medidas comportamentais.
- (B) Estradiol bioidêntico + noretisterona + medidas comportamentais.
- (C) Estradiol + medidas comportamentais.
- (D) Tibolona + medidas comportamentais.

114

Assinale a alternativa que apresenta o tratamento sistêmico padrão para Carcinoma Ductal *in situ* (CDIS) receptor estrogênio positivo, receptor progesterona positivo, HER-2 +++/3 após cirurgia conservadora e radioterapia em paciente de 45 anos de idade.

- (A) Tamoxifeno + trastuzumab.
- (B) Tamoxifeno + trastuzumab e pertuzumab.
- (C) Trastuzumab - deruxtecan.
- (D) Tamoxifeno.

119

As medidas de prevenção secundária ao câncer de mama incluem:

- I. Mamografia em pacientes assintomáticas.
- II. Modificações do estilo de vida.
- III. Quimioprofilaxia.

É correto o que se afirma em:

- (A) I, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) II e III, apenas.
- (D) I, II e III.

120

F.P.O., 24 anos de idade, do sexo feminino sem comorbidades. Queixa-se de nódulo na mama esquerda há 1 mês. Antecedentes familiares: A mãe teve câncer de mama aos 43 anos. Ao exame físico, apresentou mama esquerda com nódulo móvel e fibroelástico de 2 cm no quadrante súpero lateral. Axilas e FSCs sem linfonodos palpáveis. Assinale a conduta correta e principal hipótese diagnóstica.

- (A) USG de mamas. Câncer de mama.
- (B) Mamografia. Fibroadenoma.
- (C) USG de mamas. Fibroadenoma.
- (D) Mamografia. Câncer de mama.

