

RESIDÊNCIA MÉDICA
Especialidades Cirúrgicas
Urologia



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR



FACULDADE DE MEDICINA

CONCURSO PÚBLICO – EDITAL COREME/FM Nº 03/2022

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **120 questões** de múltipla escolha, divididas em **Prova I (100 questões)** e **Prova II (20 questões)**, compostas da raiz da questão e de quatro alternativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**.
6. Duração da prova: **6h00**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **2h30**. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
7. Uma foto sua poderá ser coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
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 a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE VALORES LABORATORIAIS NORMAIS

<p>LISTA DE ABREVIACÕES</p> <p>AA – ar ambiente AAS – ácido acetilsalicílico BCF – batimentos cardíacos fetais bpm – batimentos por minuto BRNF – bulhas rítmicas normofonéticas s/ sopros Cr – creatinina DUM – data da última menstruação FC – frequência cardíaca FR – frequência respiratória Hb – hemoglobina HCM – Hemoglobina Corpuscular Média Ht – hematócrito IMC – índice de massa corpórea ipm – incursões por minuto IC_{95%} – intervalo de confiança de 95% MV – murmúrios vesiculares IRT – tripsina imunoreativa neonatal mmHg – milímetros de mercúrio MMII - membros inferiores P – pulso PA – pressão arterial PEEP – Pressão expiratória final positiva PSA - antígeno prostático específico PO – Pós-operatório pO₂ – pressão parcial de O₂ pCO₂ – pressão parcial de CO₂ PS – Pronto-Socorro RHZE - R(rifampicina), H(isoniazida), Z(pirazinamida) e E(etambutol) RN – Recém-nascido Sat - saturação Sat O₂ – saturação de oxigênio TEC – tempo de enchimento capilar Temp. – temperatura axilar TPO – Tireoperoxidase TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH TSH – Hormônio tireo-estimulante U – ureia UTI – Unidade de Terapia Intensiva TTGO – teste de tolerância a glicose oral UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia VCM – Volume Corpuscular Médio VHS – velocidade de Hemossedimentação</p> <p>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA (HB) EM g/dL PARA CRIANÇAS</p> <p>Recém-nascido= 15 – 19 2 a 6 meses = 9,5 – 13,5 6 meses a 2 anos = 11 – 14 2 a 6 anos = 12 – 14 6 a 12 anos = 12 – 15</p> <p>Líquido pleural ADA: até 40 U/L Líquido sinovial: leucócitos até 200 células/mL</p>	<p>ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</p> <p>Sangue (bioquímica e hormônios):</p> <p>Albumina = 3,5 – 5,5 g/dl Bilirrubina Total = 0,3 – 1,0 mg/dl Bilirrubina Direta = 0,1 – 0,3 mg/dl Bilirrubina Indireta = 0,2 – 0,7 mg/dl Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/l Cloretos = 98 - 106 mEq/l Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL Desidrogenase Láctica < 240 U/L Ferritina: homens: 22-322 ng/mL mulheres: 10-291 ng/mL Ferro sérico: homens: 70-180 µg/dL mulheres: 60-180 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 HDL: superior a 40 mg/dL para homens superior a 50 mg/dL para mulheres Lactato = 5 – 15 mg/dl Magnésio = 1,8 – 3 mg/dl Potássio = 3,5-5,0 mEq/L Proteína Total = 5,5 – 8,0 g/dl PSA < 4 ng/mL Sódio = 135-145 mEq/L TSH = 0,4 a 4,0 mUI/mL Ureia = 10 a 50 mg/dL</p> <p>Sangue (hemograma e coagulograma):</p> <p>Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM)= 31 a 36 g/dl Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fl 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 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>Gasometria Arterial:</p> <p>pH = 7,35 a 7,45 pO₂ = 80 a 100mmHg pCO₂ = 35 a 45mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO₃ = 22 a 28 mEq/L SatO₂ > 95%</p> <p>Líquor (punção lombar):</p> <p>Células até 4/mm³ Lactato até 20mg/dL Proteína até</p>
--	--

Especialidades Cirúrgicas**Prova I****01**

Homem de 65 anos queixa-se de dor progressiva ao mastigar há 4 meses, com piora no último mês. Atualmente consegue apenas ingerir alimentos pastosos. Neste período, procurou o pronto-socorro duas vezes para controle da dor. Em uso de dipirona e morfina de horário, com melhora parcial. Perda de 8 kg desde o início dos sintomas. Antecedentes: tabagista ativo, 80 anos. maço; etilista. Nega outras comorbidades. Os achados do exame clínico são mostrados abaixo.



Caso a biópsia da lesão confirme a hipótese diagnóstica mais provável, selecione a alternativa que contém os exames complementares que seriam indicados e o tratamento recomendado para este caso.

- (A) O principal exame a ser solicitado é a tomografia cervical. O tratamento de escolha é quimioterapia.
- (B) Não são necessários exames complementares. A conduta recomendada para o caso é a eliminação de fatores de risco, como o tabagismo.
- (C) Devem ser solicitados nasofibrolaringoscopia, endoscopia digestiva alta e tomografia computadorizada de face, pescoço e tórax. O tratamento de escolha é cirúrgico.
- (D) Deve-ser realizar pesquisa de HPV e tomografia computadorizada cervical. O tratamento de escolha pode ser cirúrgico ou radioterapia.

02

Mulher de 83 anos com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes, apresentava lesão de 0,4 cm em região malar direita, há 6 meses. Foi submetida à biópsia excisional, com o seguinte resultado anatomo-patológico:

Tipo histológico – melanoma extensivo superficial. Margens cirúrgicas periféricas e profunda – coincidentes com a lesão. Espessura máxima (Breslow): 1,9 mm. Não foram detectadas ulceração, microsatelítose, invasão angiolinfática, invasão perineural e regressão.

Considerando o resultado da biópsia, selecione a alternativa com a conduta recomendada.

- (A) Embora tenha indicação de ampliação de margens e esvaziamento cervical, devido à idade avançada e à presença de comorbidades, o melhor tratamento a ser realizado é a radioterapia.
- (B) Deve-se realizar a ampliação de margens em 1 a 2 cm, associada à pesquisa de linfonodo sentinel.
- (C) Está indicada a ampliação de margens em 1 cm, associada ao esvaziamento cervical.
- (D) Não é necessária nenhuma conduta adicional no momento, uma vez que a lesão já foi totalmente ressecada, porém, pelo alto risco, a paciente deve realizar seguimento oncológico a cada 12 meses para avaliar presença de recidivas ou novas lesões.

03

Assinale a alternativa que faz referência a estruturas que pertencem exclusivamente à supraglote.

- (A) Bandas ventriculares, valécula e epiglote.
- (B) Aritenoide, área pós-cricoide e ádito laríngeo.
- (C) Prega vocal, ventrículo e pecíolo da epiglote.
- (D) Prega ariepiglótica, aritenoide e banda ventricular.

04

Sobre a epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço, assinale a alternativa correta.

- (A) Os indivíduos do sexo masculino são os mais afetados e o câncer de boca é o tipo mais prevalente na população brasileira, cuja incidência ainda é crescente mesmo com a conscientização da população quanto aos fatores de risco.
- (B) O HPV tem comprovada relação na carcinogênese dos tumores da orofaringe e já é o principal fator etiológico envolvido na gênese dos tumores dessa topografia em todo o mundo.
- (C) O tabagismo e o etilismo ainda são os fatores de risco mais preponderantes e o combate a esses maus hábitos não deve ser incentivado durante o tratamento, para que o paciente não apresente quadro de abstinência que possa atrasar ou interromper a terapêutica.
- (D) As mulheres são preferencialmente acometidas pelo câncer da nasofaringe que não tem relação com o tabagismo e o etilismo, menos frequentes na parcela da população com este histórico.

05

Mulher de 43 anos apresenta história com 6 meses de evolução: cansaço, dores musculares difusas, irritação, choro fácil, palpitações, tremores de extremidades e aumento do hábito intestinal.

Os familiares também notaram emagrecimento e impressão de aumento de volume na região anterior do pescoço. Exame clínico: bom estado geral, corada, eupneica, não agitada FC 100 bpm, PA 120x80 mmHg. Exoftalmo e *lid lag* positivos. Aumento difuso cervical anterior com apagamento da fúrcula e dos contornos dos músculos esternocleidomastoideos. À palpação, glândula tireoide aumentada difusamente em cerca de 3 vezes o tamanho normal, móvel à deglutição, sem nódulos caracterizáveis.

Assinale a alternativa que contém o diagnóstico clínico provável e a conduta recomendada.

- (A) Tireotoxicose em bócio difuso. Introduzir beta bloqueador ou similar para controle da manifestação periférica do hipertireoidismo e medicamento anti-tireoidiano; prosseguir investigação com exames laboratoriais (hormônios tireoidianos, anticorpos anti-tireoidianos, TRAB) e exames de imagem.
- (B) Doença de Graves com hipertireoidismo descompensado; a paciente encontra-se em tempestade tireotóxica. Internar para tratamento clínico urgente com medicação anti-tireoidiana para evitar possíveis eventos decorrentes da taquiarritmia cardíaca.
- (C) Hipertireoidismo em doença de Plummer. Internar para tratamento definitivo com radioiodoterapia ou com tratamento operatório.
- (D) Tireotoxicose em doença de Graves. Prosseguir a investigação com USG, cintilografia com Tecnécio e os seguintes exames laboratoriais: T4 livre, TSH e anticorpo anti-receptor de TSH, anticorpo anti-peroxidase, anticorpo anti-tireoglobulina, hemograma completo, função renal e hepática; devido ao risco de falsear os resultados, o tratamento clínico apenas poderá ser iniciado após a coleta dos exames.

06

Mulher de 53 anos, ex-tabagista e ex-estilista, com cessação dos hábitos há mais de 30 anos. Há 8 anos foi submetida a tratamento cirúrgico de condrossarcoma de baixo grau em cabeça do fêmur. Queixa-se de aumento do volume cervical anterior há 8 meses e de disfagia (engasgos) para alimentos sólidos há cerca de 3 meses. Exame clínico: aumento discreto de volume cervical anterior; à palpação, múltiplos nódulos em ambos os lobos tireoidianos, nódulos dominantes à esquerda e não se palpa o limite inferior do lobo esquerdo, mesmo com a deglutição; pequeno desvio da traqueia para a direita. Ultrassonografia de tireoide: volume total estimado em 60 cm³; nódulos em ambos os lobos; N1 à direita em terço médio medindo 2,5x1,5x1,7 cm; N2 à esquerda em terço inferior medindo 6,5x4,6x3,4 cm com pequena insinuação ao mediastino. Puncão aspirativa por agulha fina: N1 nódulo à direita – Bethesda II; N2 nódulo à esquerda – Bethesda IV. Endoscopia digestiva alta: sem alterações significativas.

Quanto à condução do caso, escolha a alternativa correta.

- (A) A paciente não é candidata para o tratamento cirúrgico devido ao antecedente oncológico. Tem indicação para tratamento alternativo com ablação térmica por rádio frequência ou laser.
- (B) A paciente é candidata para o tratamento cirúrgico devido ao bócio com volume superior a 30 cm³ e aos sintomas de compressão. Prosseguir a investigação da disfagia com pHmetria, manometria esofágica e RX contrastado do esôfago, do estômago e do duodeno.
- (C) A paciente é candidata para o tratamento cirúrgico. Tem como indicações: bócio com componente mergulhante, compressão extrínseca sintomática da via aerodigestória superior e suspeita para malignidade.
- (D) Ainda não se pode decidir o tipo de tratamento – se clínico, cirúrgico ou alternativo. Prosseguir a investigação com teste molecular genético em citologia de tireoide.

07

Mulher de 38 anos, sem antecedentes de morbidade, professora, 3 gestações com partos normais. Achado de exame de rotina: nódulo 1,2 cm em lobo direito da tireoide. Ultrassonografia: sólido, muito hipoecogênico, contornos irregulares e com focos ecogênicos de permeio sugerindo microcalcificações, sem linfonodos atípicos. Puncão aspirativa por agulha fina: Bethesda V. Exames laboratoriais: T4 livre normal e TSH 6,5 (0,40–5,0), níveis de auto-anticorpos TPO e anti-tireoglobulina positivos e muito elevados.

Assinale a alternativa com a conduta mais indicada.

- (A) Vigilância ativa com terapia de supressão hormonal.
- (B) Tratamento cirúrgico com tireoidectomia total.
- (C) Tratamento cirúrgico com tireoidectomia parcial incluindo lobo direito e istmo, e linfadenectomia cervical recorrencial à direita.
- (D) Tratamento com ablação química por etanol ou térmica por rádio frequência ou laser.

Texto para as questões 08 e 09

Homem de 60 anos é portador de carcinoma de borda anterolateral à direita da língua, com extensão para a face ventral e o assoalho adjacentes e metástases para linfonodos cervicais.

No intra-operatório, foram identificados linfonodos suspeitos em: região submentoniana abaulando os músculos milo-hioídes, loja submandibular direita, na junção entre a veia jugular interna direita e o nervo espinal acessório, entre o osso hioíde e a cartilagem cricoide à direita e em borda posterior do músculo esternocleidomastoideo direito, logo acima do osso da clavícula. Não foi ressecada nenhuma estrutura nobre do pescoço.

08

Com relação aos reparos anatômicos e ao caso citado, selecione a alternativa correta.

- (A) Os reparos anatômicos para o limite inferior do nível III pode ser tanto o músculo omo-hioide como o plano da cartilagem cricoide.
- (B) O reparo anatômico para o limite superior do esvaziamento cervical será o ventre anterior do músculo digástrico.
- (C) O paciente apresenta linfonodos suspeitos nos níveis I, II, IV e V à direita e nível IB à esquerda.
- (D) O estadiamento do pescoço é N2a.

09

Quanto ao esvaziamento cervical realizado, assinale a alternativa correta.

- (A) O tipo de esvaziamento indicado é o seletivo eletivo.
- (B) O nível IV direito não precisa ser incluído no esvaziamento nesse caso.
- (C) O nível do nervo espinal acessório deve ser poupado do esvaziamento devido ao alto risco de déficit motor do músculo trapézio.
- (D) O esvaziamento cervical que foi realizado é o radical modificado à direita.

10

Homem de 64 anos queixa-se de aumento de volume cervical em hemiface esquerda na região pré-auricular há 6 anos. Apresentou PAAF com o diagnóstico de lesão formada por grande quantidade de conteúdo cístico, rica em células oxifílicas dispostas em lençóis e achados suspeitos para cistoadenoma papilífero linfomatoso.

Quanto à hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.

- (A) É mais frequente em mulheres na menopausa e é caracterizado por bilateralidade.
- (B) É uma neoplasia benigna de glândulas salivares também conhecida como tumor de Warthin.
- (C) Por sua localização ser mais frequente em polo inferior, o risco de compressão do nervo facial e de seus ramos é mínimo.
- (D) Por apresentar achados histopatológicos muito típicos, não consta em diagnóstico diferencial para outras lesões.

11

Sobre o papel do HPV na carcinogênese do câncer de orofaringe, assinale a alternativa correta.

- (A) Tem prognóstico semelhante ao dos tumores relacionados ao tabagismo.
- (B) Deve ser tratado preferencialmente com quimioterapia e radioterapia por apresentar melhor resposta a estas modalidades de tratamento.
- (C) Apresenta incidência aumentada, especialmente nos indivíduos jovens, mesmo nos não tabagistas.

- (D) A má higiene oral é a principal condição associada à proliferação do vírus.

12

Sobre as lesões precursoras do câncer da boca, assinale a alternativa correta.

- (A) As leucoplasias têm uma alta taxa de malignização e devem ser rapidamente removidas.
- (B) Cessar o tabagismo não diminui a incidência dessas lesões.
- (C) As eritroplasias são mais raras, porém tem maiores taxas de malignização.
- (D) A queilite actínica dos lábios pode ser tratada com crioterapia, devido às baixíssimas taxas de malignidade associadas.

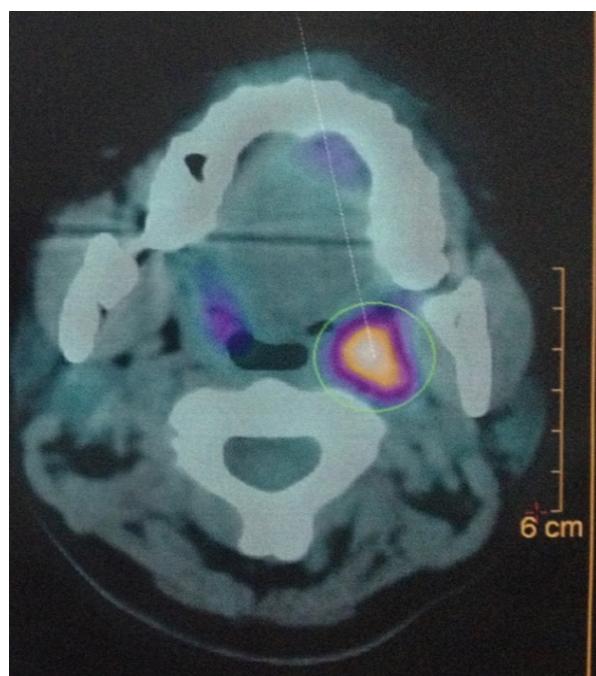
13

Lactente de 3 meses é encaminhado para avaliação devido a um nódulo cervical à direita. Paciente saudável, que apresenta desenvolvimento adequado para a fase e crescimento satisfatório. Ao exame clínico, há nódulo palpável em nível II à direita, junto ao músculo esternocleidomastoideo, endurecido, pouco móvel, medindo aproximadamente 2 cm. A mãe traz ultrassonografia cervical que descreve lesão nodular em músculo esternocleidomastoideo, achado compatível com *fibromatosis colli*. Qual a principal hipótese diagnóstica e a conduta recomendada neste momento?

- (A) Torcicolo congênito; fisioterapia.
- (B) Torcicolo congênito; ressecção cirúrgica da fibrose.
- (C) Linfonodomegalia reacional; seguimento.
- (D) Cisto branquial; ressecção cirúrgica aos 2 anos de idade.

14

Na investigação diagnóstica de um paciente com metástase cervical de carcinoma epidermoide sem lesão primária evidente foi realizado o exame abaixo.



Selecione a alternativa que melhor descreve o exame e o seu achado.

- (A) Tomografia computadorizada com emissão de pósitrons com captação fisiológica em orofaringe.
- (B) Ressonância magnética em T2 com gadolíneo, imagens sugestivas de tumor primário em orofaringe a esquerda.
- (C) Tomografia computadorizada com contrate, imagem sugestiva de metástase em linfonodo retrofaríngeo.
- (D) Tomografia computadorizada com emissão de pósitrons com captação sugestiva de tumor primário em loja amigdaliana esquerda.

15

Paciente de 25 anos com queixa de pirose e de regurgitação de longa data. A endoscopia digestiva alta demonstra esofagite grau Los Angeles B, sem hérnia de hiato. Ao exame clínico abdominal, sem dor à palpação ou visceromegalias. IMC: 31 kg/m². Após uso de esomeprazol em dose otimizada, apresentou melhora dos sintomas.

Com relação ao caso, assinale a melhor alternativa.

- (A) O diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico é provável e o paciente deverá ser encaminhado para tratamento cirúrgico.
- (B) O diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico é provável e o paciente deverá realizar medidas comportamentais (dieta e perda de peso) como início do tratamento.
- (C) O diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico pode ser considerado, havendo indicação formal para cirurgia bariátrica.
- (D) O diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico pode ser considerado e existe indicação formal para tratamento endoscópico como ponte para tratamento cirúrgico.

16

Mulher de 18 anos, com queixa de regurgitação e disfagia baixa há 2 anos, atualmente ingerindo somente alimentos pastosos, vem sendo acompanhada em ambulatório psiquiátrico com suspeita de distúrbio alimentar. Ao exame clínico abdominal, sem dor à palpação ou visceromegalias. IMC: 20,2 kg/m². Após uso de omeprazol, não houve melhora dos sintomas. A endoscopia digestiva alta demonstra esofagite grau Los Angeles A, com pequena hérnia de hiato. No estudo radiológico contrastado, apresenta esôfago com estase e discreto grau de dilatação, com presença de ondas terciárias; manometria esofágica evidencia ausência de relaxamento do esfínter esofágico inferior com aperistalse de corpo esofágico. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e o tratamento recomendado?

- (A) Megaesôfago; cardiomiotomia com fundoplicatura.
- (B) Bulimia; otimização de medicação psiquiátrica.
- (C) Megaesôfago; dilatação esofágica e aplicação de toxina botulínica.
- (D) Doença do refluxo gastroesofágico; otimização do tratamento clínico.

17

Paciente de 60 anos, tabagista e etilista há 30 anos, durante exames de seguimento da doença do refluxo, realizou uma endoscopia digestiva alta com visualização de lesão a 36 cm da arcada dentária superior (ADS), com 1,0 cm de extensão, plana, ulcerada, associada ao esôfago de Barrett de 2 cm de extensão; a biópsia da lesão confirmou adenocarcinoma tipo difuso, indiferenciado. Realizados exames de estadiamento (tomografia computadorizada, PET-TC e ecoendoscopia), que demonstraram provável estadiamento cT2N1M0.

Qual o melhor tratamento para este paciente?

- (A) Neodjuvânci seguido de gastrectomia total com esofagectomia distal e linfadenectomia.
- (B) Neodjuvânci seguido de esofagectomia subtotal com gastrectomia polar e linfadenectomia.
- (C) Radioterapia e quimioterapia exclusivamente.
- (D) Esofagectomia subtotal com gastrectomia polar e linfadenectomia.

18

Paciente de 75 anos, portador de carcinoma espinocelular de terço médio do esôfago, submetido ao tratamento neoadjuvante com quimioradioterapia. Está no sexto pós-operatório de esofagectomia por toracoscopia e anastomose cervical. Após uma crise de tosse, apresentou abaulamento na região cervical com enfisema supraclavicular, com alteração de voz, sem dispneia. Solicitada radiografia de tórax sem evidências de pneumotórax, somente presença de pequeno pneumomediastino.

Qual a melhor hipótese diagnóstica e o exame a ser solicitado?

- (A) Hematoma cervical; endoscopia de urgência.
- (B) Pneumomediastino residual; tomografia computadorizada de tórax.
- (C) Fistula traqueal; broncoscopia.
- (D) Fistula da anastomose cervical; tomografia computadorizada de pescoço e tórax.

19

Homem de 65 anos tem hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito tipo 2 controladas e se queixa de epigastralgia e emagrecimento de 6 kg nos últimos 6 meses. Endoscopia digestiva alta mostrou lesão úlcero-infiltrativa avançada de 6 cm de diâmetro, em pequena curvatura de antro, cuja biópsia evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Tomografia de tórax, abdome e pelve descreveu somente a lesão na parede gástrica e negativa para metástases. Foi submetido à gastrectomia, porém o cirurgião considerou o tratamento R2. De acordo com a *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), 8^a edição, na classificação R para doença residual, o que significa R2?

- (A) Tumor microscópico dentro de uma margem de 1 mm.
- (B) Tumor microscópico dentro de uma margem de 2 mm.
- (C) Tumor visível macroscopicamente nas margens.
- (D) Sem tumor residual macroscópico.

20

Mulher de 20 anos, sem comorbidades, várias crises de dor, distensão abdominal e vômitos. Exame clínico mostra várias pequenas manchas escurecidas em lábios e palma das mãos. A história familiar aponta pai e irmão com manchas semelhantes. Endoscopia digestiva alta mostra lesão volumosa pediculada na 3^a porção duodenal. Anatomopatológico: hamartoma. Tomografia de tórax, abdome e pelve descreve uma lesão de 7 cm de diâmetro dentro do duodeno, próximo ao ângulo de Treitz, com dilatação do delgado à montante, sugerindo crises de intossucepção.

Diante deste quadro, qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Síndrome de polipose juvenil.
- (B) Síndrome de Peutz-Jeghers.
- (C) HNPCC ou síndrome de Lynch.
- (D) Neurofibromatose.

21

Mulher de 65 anos apresentou recentemente episódio de pancreatite aguda leve. Exame de ressonância magnética identificou um cisto que mede 3,5 cm, localizado na cabeça do pâncreas e que se comunica com ducto pancreático principal, que está dilatado, medindo até 7 mm.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, dentre as opções abaixo, qual melhor conduta para esta paciente?

- (A) Ultrassonografia endoscópica.
- (B) Repetir a ressonância magnética em um ano.
- (C) Ultrassonografia endoscópica com alcoolização do cisto.
- (D) PET-CT com FDG (glicose marcada com radiofármaco).

22

Homem de 72 anos, em 8º dia de pós-operatório de gastroduodenopancreatectomia com reconstrução em alça única à *Child*, apresenta vômitos em grande quantidade, com aspecto bilioso e resíduos alimentares sólidos. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Obstrução da anastomose gastrojejunal.
- (B) Hérnia interna.
- (C) Gastroparesia.
- (D) Pancreatite aguda.

23

Homem de 60 anos, com achado incidental na vesícula biliar de uma lesão hipoecogênica, sem sombra acústica posterior, fixa, porém restrita à mucosa da vesícula, compatível com pólipo. A lesão mede 15 mm.

Qual a melhor conduta neste momento?

- (A) Colecistectomia.
- (B) Colecistectomia com ressecção ampliada do leito hepático e linfadenectomia do hilo hepático.
- (C) Colangiografia endoscópica.
- (D) Ultrassonografia endoscópica com punção biópsia.

24

Homem de 54 anos, com diagnóstico de colangiocarcinoma intra-hepático de 8,7 cm em lobo direito, é submetido à hepatectomia direita, à linfadenectomia hilar e à drenagem da cavidade sem intercorrências. Apresentou boa evolução, até que, no 3º dia pós-operatório, o dreno abdominal mostrou-se com secreção levemente esverdeada e aumento do volume (150 mL). Mantém-se estável, sem drogas vasoativas e afebril. Ao exame clínico, abdome flácido e indolor.

Os exames laboratoriais mostraram leucócitos de 10.300/mm³ e discreta elevação da proteína C-reativa. A dosagem sérica de bilirrubina é de 0,7 mg/dL e a do dreno abdominal de 3,2 mg/dL.

Com relação ao caso, é correto afirmar que:

- (A) o paciente por definição não possui fistula biliar pós-hepatectomia.
- (B) o paciente tem fistula biliar grau C, devendo ser indicada reabordagem cirúrgica para limpeza da cavidade abdominal.
- (C) o paciente tem fistula biliar grau A, devendo ser mantida a observação clínica.
- (D) está indicada drenagem da cavidade por radiologia intervencionista e introdução de antibioticoterapia de amplo espectro.

25

Homem de 61 anos, com diagnóstico de cirrose hepática por uso de álcool (3 cervejas/dia por 27 anos; parou há 3 anos), está em acompanhamento com clínico. Em ultrassonografia de abdome foi evidenciado nódulo periférico de 4 cm em segmento 6. Realizou tomografia de abdome com contraste que mostrou lesão hipervasicular no segmento 6 medindo 4,1 cm, comclareamento rápido do meio de contraste.

Exames laboratoriais: hemoglobina = 11,7 g/dL, plaquetas = 110.000/mm³, bilirrubinas totais = 1,2 mg/dL, bilirrubina direta = 0,9 mg/dL, creatinina = 1,0 mg/dL, albumina = 3,5 g/dL, tempo de protrombina = 88% (INR = 1,2), sódio = 137 mEq/L, alfafetoproteína = 343 ng/mL. Child-Pugh = A6, Model of End-Stage Liver Disease (MELD) = 9. Endoscopia digestiva alta com gastrite moderada de antrô.

Com base nos dados clínicos e laboratoriais, qual o melhor tratamento para o paciente?

- (A) Quimioembolização arterial.
- (B) Radiofrequência do nódulo hepático.
- (C) Encaminhamento para transplante de fígado.
- (D) Hepatectomia (ressecção regrada do segmento 6).

26

Mulher de 59 anos é portadora de hipertensão arterial controlada com medicação e *diabetes mellitus* tipo 2 em uso de hipoglicemiantes orais há 15 anos. Atualmente com peso de 120 kg e IMC 45 kg/m². Realiza suas atividades diárias com limitações devido ao peso.

Faz seguimento clínico regular, com falha terapêutica após múltiplos tratamentos com medicação e dieta. Qual a melhor opção terapêutica para o tratamento da obesidade neste caso?

- (A) Incrementar o tratamento da diabetes com o uso de insulina.
- (B) Indicar cirurgia bariátrica.
- (C) Manter o seguimento clínico, pois é uma forma refratária de obesidade.
- (D) Manter o tratamento clínico com implementação de dieta altamente restritiva.

27

Paciente de 42 anos, submetida à Gastrectomia Vertical há 1 ano para tratamento de obesidade grave, evoluindo com perda expressiva de peso. Há 6 meses com queixa recorrente de vômitos pós-alimentares, pirose, regurgitação e tosse noturna, com impacto na sua qualidade de vida. Realizou endoscopia digestiva alta com diagnóstico de esofagite erosiva grau C. Vem mantendo uso contínuo de inibidor de bomba de próton em alta dose. A avaliação radiológica com estudo contrastado evidenciou estreitamento na transição entre corpo e antro do estômago.

A conduta recomendada neste momento é:

- (A) trocar o tipo de Inibidor de Bomba de Próton.
- (B) manter dieta líquida para facilitar o esvaziamento gástrico.
- (C) solicitar pHmetria esofágica de 24 horas para confirmação do refluxo gastroesofágico.
- (D) indicar cirurgia revisional com conversão para gastroplastia com derivação em Y de Roux (Bypass Gástrico).

28

Homem de 47 anos, IMC 55 kg/m², submetido a Bypass Gástrico em Y de Roux há 8 dias, retorna na consulta ambulatorial com mal-estar, dor abdominal e taquicardia. Realizou tomografia computadorizada de abdome com achado de fístula na anastomose gastrojejunal com coleção bem delimitada adjacente ao estômago excluso, com volume estimado em 20 mL. Após hidratação venosa e antibioticoterapia, o paciente referiu melhora dos sintomas, com FC = 90 bpm e PA = 120x75 mmHg.

Assinale a melhor conduta para o tratamento da fístula neste momento.

- (A) Laparotomia exploradora para limpeza da cavidade e sutura da fístula do estômago excluso.
- (B) Endoscopia para avaliação da fístula e tratamento associado.
- (C) Drenagem da coleção guiada por ultrassonografia.
- (D) Lavagem da cavidade e fechamento da fístula por via laparoscópica.

29

Mulher de 74 anos apresenta-se com dor abdominal em flanco esquerdo/fossa ilíaca esquerda (FIE) de forte intensidade, inicialmente leve, com piora importante há 24 horas. Ao exame clínico tem T 37,8°C, FC 100 bpm, dor à palpação difusa do abdome com descompressão positiva em FIE.

Como proceder à investigação diagnóstica?

- (A) Tomografia computadorizada de abdome.
- (B) Colonoscopia com preparo retrógrado.
- (C) Colografia por tomografia (colonoscopia virtual).
- (D) Laparoscopia diagnóstica.

30

Homem de 72 anos apresenta adenocarcinoma de cólon ascendente com 5 cm de diâmetro, sem invasão de órgãos adjacentes ou linfonodomegalias no território de drenagem linfonodal. Não apresenta metástases aos exames de estadiamento. Exames laboratoriais mostram CEA 6,5 mg/dL e Hb = 7,0 g/dL.

Assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se iniciar a reposição de ferro por via oral por duas semanas antes da cirurgia.
- (B) Está indicado o tratamento neoadjuvante para reduzir a recidiva local.
- (C) A colectomia segmentar com ligadura dos vasos côlicos direitos e ramo direito da cólica média é o tratamento cirúrgico de escolha.
- (D) A ligadura da veia mesentérica superior é o primeiro passo da linfadenectomia na cirurgia oncológica dessa região.

31

Menina com 1 mês de idade apresenta massa suprarrenal à esquerda de 4 cm na ultrassonografia de abdome. Tomografia detecta massa sólida com calcificações na loja suprarrenal, deslocando o rim direito inferolateralmente sem distorção pielocalcial. Presença de metástases hepáticas. O exame clínico revela múltiplos nódulos subcutâneos.

Qual é a alternativa correta quanto ao provável diagnóstico?

- (A) Tumor de Wilms.
- (B) Feocromocitoma.
- (C) Carcinoma de suprarrenal.
- (D) Neuroblastoma.

32

Recém-nascido do sexo masculino apresenta tumoração cística no assoalho da boca que dificulta a succção. Também apresenta lesões semelhantes nas regiões cervical e submandibular. Qual é o diagnóstico provável?

- (A) Malformação linfática.
- (B) Linfoma.
- (C) Língua presa.
- (D) Rânula.

33

Menino, na segunda semana de vida, logo após a mamada começa a apresentar vômitos alimentares, não corados de bile e em jato. Apesar dos vômitos intensos, a criança apresenta apetite voraz. Ao exame do abdome, observam-se ondas peristálticas no epigástrico e estrutura sólida de cerca de 1,5 cm, arredondada e bem delimitada, palpável em quadrante superior direito.

Qual é a alternativa correta quanto ao provável diagnóstico?

- (A) Estenose hipertrófica de piloro.
- (B) Duplicação gástrica.
- (C) Pâncreas anular.
- (D) Refluxo gastroesofágico.

34

Criança com 2 anos apresenta enterorragia maciça e choque hipovolêmico. Depois de administrados solução fisiológica e concentrado de hemácias, o quadro se estabiliza. Após recuperação hemodinâmica, foi realizada ultrassonografia de abdome, sem alterações. Como poderá ser feita a confirmação diagnóstica desta patologia?

- (A) Mielograma.
- (B) Mapeamento isotópico com tecnécio.
- (C) Realização de endoscopia digestiva alta.
- (D) Realização de tomografia e ressonância magnética de abdome.

35

Neonato com 4 dias de vida apresenta vômitos biliosos, distensão abdominal e radiografia de abdome com padrão obstrutivo. Foi operado, sendo identificada atresia intestinal.

Qual procedimento é obrigatório durante o ato cirúrgico de qualquer atresia intestinal?

- (A) Realização de ostomias.
- (B) Avaliação de possíveis obstruções distais.
- (C) Ressecção do coto proximal dilatado.
- (D) Apendicectomia.

36

Neonato, idade gestacional de 36 semanas, apresenta salivação aerada abundante nas primeiras horas de vida e crises de tosse com queda de saturação na oximetria de pulso. Assinale a alternativa que descreve a principal hipótese diagnóstica.

- (A) Atresia de coanas.
- (B) Hérnia diafragmática congênita.
- (C) Atresia de esôfago.
- (D) Malformação adenomatoide cística.

37

Menino de 7 anos, previamente hígido, foi admitido no Pronto Atendimento com quadro de dor abdominal de início há 2 dias, com piora progressiva e vômitos.

Ao exame clínico, encontrava-se em regular estado geral, subfebril (T: 37,7°C) e com sinais de irritação peritoneal mais localizada em quadrante inferior direito. Foi avaliado pelo cirurgião, que indicou tratamento cirúrgico com hipótese diagnóstica de apendicite aguda. No intra-operatório, foi identificado moderado volume de secreção turva na cavidade, porém sem sinais inflamatórios ou outras alterações no apêndice cecal ressecado.

Com base no quadro clínico e nos achados cirúrgicos, assinale a alternativa que descreve a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Gastroenterocolite aguda.
- (B) Peritonite bacteriana espontânea.
- (C) Diverticulite de Meckel.
- (D) Duplicação de apêndice.

38

Lactente masculino, com 9 meses de idade, apresenta segundo episódio de infecção do trato urinário. Ao exame clínico, encontra-se em bom estado geral, com jato urinário adequado e função renal preservada (dosagem de ureia e creatinina séricas normais). Durante a internação para tratamento da infecção, foi solicitada ultrassonografia das vias urinárias, que evidenciou hidronefrose moderada à direita.

Qual a alternativa que descreve corretamente o diagnóstico mais provável?

- (A) Estenose de junção ureterovesical direita.
- (B) Displasia renal direita.
- (C) Estenose de junção ureteropélvica direita.
- (D) Válvula de uretra posterior.

39

Neonato a termo, no 2º dia de vida, apresenta vômitos biliosos desde o nascimento.

Assinale a alternativa que contém duas possíveis hipóteses diagnósticas compatíveis com a apresentação clínica em questão.

- (A) Atresia de esôfago com fístula distal e megacôlon congênito.
- (B) Estenose hipertrófica de piloro e atresia ileal.
- (C) Membrana antral e peritonite meconial.
- (D) Suboclusão duodenal e atresia jejunal.

40

Adolescente de 14 anos com história de dor no testículo direito há 8 horas, associado a edema e hiperemia da parede do escroto. Devido à impossibilidade de realizar ultrassonografia com doppler de emergência, optou-se por realizar exploração cirúrgica. Achado intra-operatório na imagem apresentada.

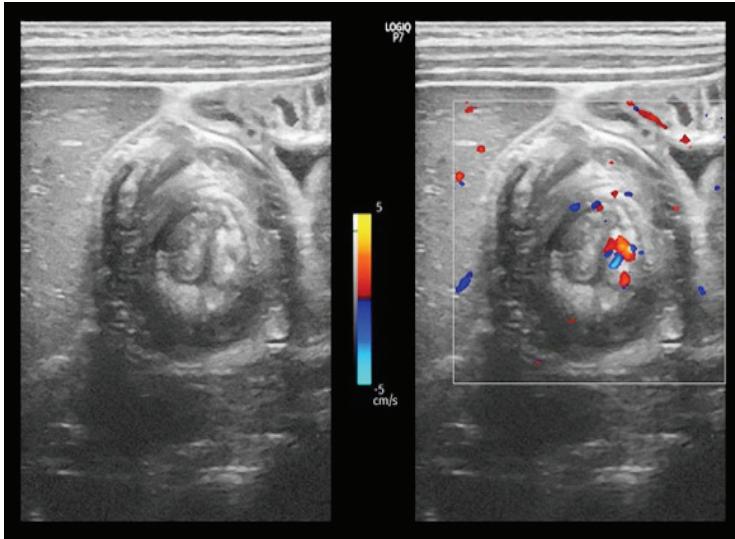


Assinale a alternativa correta em relação à hipótese diagnóstica e o tratamento recomendado.

- (A) Torção de hidártide de Morgagni (apêndice testicular); exerese da lesão.
- (B) Teratoma do testículo; orquiectomia parcial e estadiamento com tomografia de abdome e tórax, e dosagem de marcadores tumorais.
- (C) Cisto de epidídimo; abertura e marsupialização do cisto.
- (D) Teratoma do testículo; orquiectomia total e estadiamento com tomografia de abdome e tórax, e dosagem de marcadores tumorais.

41

Lactente do sexo feminino de 8 meses de vida, sem comorbidades e eutrófica, iniciou há 4 dias quadro de dor abdominal em cólica associada à distensão progressiva. Há 2 dias está apresentando vômitos, hipoatividade e febre. Apresentou também 2 episódios de enterorragia com muco associado nas últimas evacuações. Após avaliação clínica, realizou ultrassonografia, sendo indicada cirurgia de urgência, onde foi observado o achado mostrado a seguir (imagens apresentadas).



Assinale a alternativa correta em relação ao caso clínico descrito acima.

- (A) O diagnóstico é de enterocolite e a cirurgia foi desnecessária nesse caso.
- (B) O diagnóstico é de invaginação intestinal, o diagnóstico de linfoma intestinal como causa da invaginação é importante nessa faixa etária do paciente e deve ser afastado.
- (C) Um exame de enema opaco estaria indicado nesse caso, a fim de confirmar o diagnóstico e realizar a redução incruenta da invaginação.
- (D) O diagnóstico é de invaginação intestinal, a redução cruenta está indicada devido ao tempo de evolução associado à clínica de hipoatividade, de febre e de enterorragia.

42

Lactente de 2 anos, sexo feminino, previamente hígida e sem comorbidades, é levada ao pronto-socorro infantil com história de evacuações com sangue há 1 dia. Pais negam antecedentes familiares de doenças intestinais. Ao exame clínico, observa-se lesão escurecida, prolapsada através da borda anal, que apresenta base pedunculada junto à mucosa do reto anterior (imagens apresentadas).





Assinale a alternativa CORRETA em relação ao diagnóstico mais provável e ao tratamento recomendado.

- (A) Pólio hamartomatoso; exerese para confirmação histopatológica e seguimento ambulatorial.
- (B) Pólio adenomatoso; exerese para confirmação histopatológica e alta sem necessidade de seguimento.
- (C) Pólio hamartomatoso; exerese para confirmação histopatológica e seguimento ambulatorial.
- (D) Adenocarcinoma; exerese para confirmação diagnóstica e quimioterapia neoadjuvante para programação de ressecção.
- (E) Hemangioma intestinal; exerese para confirmação diagnóstica e alta sem necessidade de seguimento.

43

Criança de 3 anos, previamente hígida, apresenta aumento do volume abdominal em flanco esquerdo, associado à dor abdominal e presença de varicocele à esquerda. Foi submetida à investigação com exame de imagem que evidenciou volumosa massa renal esquerda com aspecto sugestivo de nefroblastoma (tumor de Wilms).

Assinale a alternativa correta.

- (A) A presença de varicocele pode ser um sinal de obstrução da veia renal por um trombo tumoral.
- (B) A presença de varicocele não tem relação com nefroblastoma.
- (C) A presença de trombo tumoral tem pouca importância para o planejamento cirúrgico do nefroblastoma.
- (D) A presença de trombo tumoral tem pouca importância no estadiamento do nefroblastoma.

44

Lactente masculino, com 2 meses de idade, está apresentando icterícia, colúria e acolia fecal desde a segunda semana de vida. Nasceu a termo, sem antecedentes pré-natais relevantes. Apresentou boa evolução, recebendo alta hospitalar no 3º dia de vida.

Ao exame clínico: bom estado geral, icterico, pesando 4,4 kg. O exame abdominal evidencia fígado endurecido palpável a 3 cm do rebordo costal direito e baço palpável na altura do rebordo costal esquerdo.

Exames laboratoriais: TGO = 89 U/L; TGP = 73 U/L; GamaGT = 284 U/L; Bilirrubina total = 7,9 mg/dL; Bilirrubina direta = 7,1 mg/dL; INR = 1,2.

Assinale a alternativa que descreve a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Hepatite neonatal.
- (B) Icterícia fisiológica.
- (C) Atresia de vias biliares.
- (D) Fibrose hepática congênita.

45

Com relação ao atendimento de pacientes queimados, fase aguda, em qual situação o cálculo de volume a ser infundido para reposição volêmica, baseado na fórmula de Parkland, sofre alterações?

- (A) Queimaduras de primeiro grau em área superior a 50% da superfície corpórea.
- (B) Queimaduras associadas a trauma crânio-encefálico.
- (C) Queimaduras associadas a trauma torácico.
- (D) Queimaduras de segundo e terceiro graus acometendo mais de 50% da superfície corpórea.

46

A cicatrização das feridas é estudada desde a antiguidade. Quais parâmetros definidos há mais de 2000 anos continuam sendo válidos ainda atualmente?

- (A) Remoção de corpos estranhos e proteção da área cruenta.
- (B) Tratamento dos ferimentos com líquidos quentes.
- (C) Não fechamento primário de feridas abertas.
- (D) Uso de pressão negativa sobre a ferida.

47

Quais eventos citados abaixo ocorrem na fase inflamatória da cicatrização e qual a sequência cronológica correta?

- (A) Vasodilatação; migração de macrófagos; liberação de fibronectina.
- (B) Vasoconstrição; vasodilatação; aumento de permeabilidade vascular.
- (C) Migração de plaquetas; migração de fibroblastos; produção de colágeno.
- (D) Vasodilatação; síntese de ácido hialurônico; adesão de neutrófilos.

48

Mulher tem uma ferida de cerca de 4 cm em área plana da face, região da bochecha. Indica-se enxertia de pele para a reparação do ferimento.

Assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de enxerto de pele parcial fornece ao enxerto maior retração primária (imediatamente após sua retirada) e menor retração secundária (retração cicatricial).
- (B) O uso de pele parcial do couro cabeludo é contraindicado por levar consigo os folículos pilosos e aumentar o risco de hipertricose na região.
- (C) A escolha da área doadora deve levar em consideração a localização e a proximidade com a área receptora para fins de qualidade final do resultado.
- (D) A imobilidade da pele enxertada deve ser garantida para que ocorra nutrição por embebição plasmática nas primeiras 24 horas.

49

A viabilidade de um retalho com componente cutâneo pode ser clinicamente avaliada por meio do teste de digitopressão. Assinale a alternativa que indica os achados clínicos observados quando há dificuldade no retorno venoso.

- (A) Retalho pálido com reenchimento capilar normal.
- (B) Retalho frio com reenchimento capilar preservado.
- (C) Retalho normotérmico com reenchimento capilar lento.
- (D) Retalho de coloração violácea com reenchimento capilar acelerado.

50

Paciente vítima de coice de cavalo dá entrada na sala de emergência consciente, com intenso sangramento oral e nasal. Após aspiração, observa-se que o sangramento é ativo e se origina na região maxilar. Tamponamento anterior sem sucesso. O trauma é localizado na região nasomaxilar, no terço médio da face, preservando o terço inferior da face. Além das medidas sistêmicas a serem adotadas, qual conduta recomendada em caso de instabilidade hemodinâmica?

- (A) Arteriografia e embolização de vasos maxilares de urgência.
- (B) Passagem de sonda de Foley por via nasal e insuflação do balão com tração.
- (C) Injeção de hemostático tópico por via endonasal.
- (D) Ligadura de artérias carótidas externas.

51

Paciente diabético dá entrada em serviço de emergência com relato de ter sido submetido à manipulação dentária há cerca de 3 dias para tratamento endodontico (tratamento de canal) de molar inferior direito. O paciente não fez uso de antibioticoterapia após a manipulação. Refere que há 12 horas apresenta edema facial predominantemente mandibular e pouco doloroso, mas que progrediu para toda a hemiface e a região cervical. Realizou ultrassonografia que não mostrou coleção na área manipulada.

Os exames laboratoriais mostram proteína C-reativa 54,00, leucograma com 14500 leucócitos com desvio à esquerda. Qual a abordagem terapêutica recomendada?

- (A) Prescrever corticosteroide endovenoso e liberar o paciente com receita de antibiótico com cobertura para Gram negativos e anaeróbios.
- (B) Internar o paciente, solicitar tomografia computadorizada de face e pescoço e iniciar antibioticoterapia de amplo espectro com cobertura para Gram positivos, Gram negativos e anaeróbios.
- (C) Internar o paciente, solicitar tomografia computadorizada de face e pescoço. Se não houver coleções líquidas, liberar o paciente com receita de antibiótico com cobertura para Gram negativos e anaeróbios.
- (D) Prescrever antibiótico oral com cobertura para Gram negativos e anaeróbios. Se não houver melhora em 48 horas, retornar para reavaliação.

52

Paciente de 10 anos é admitido na unidade de emergência e refere ter sido vítima de trauma direto em região da órbita há cerca de 6 horas. Refere epistaxe logo após o trauma e notou aumento abrupto de volume da região de pálpebra inferior após assoar o nariz com força. Além disso, refere diplopia e náuseas ao olhar para cima e se queixa de parestesia na região gengival superior do mesmo lado do trauma. Qual a interpretação dos achados que o paciente apresenta na história clínica e no exame clínico?

- (A) O sintoma de náuseas se deve à compressão do globo ocular pelo hematoma agudo que se desenvolveu na pálpebra inferior.
- (B) A diplopia pode ser decorrente do trauma e não caracteriza uma emergência cirúrgica.
- (C) Ao assoar o nariz, o paciente provocou um enfisema de subcutâneo pela comunicação entre a órbita e o seio maxilar causada pelo trauma.
- (D) A parestesia é comumente secundária à compressão por edema do nervo infraorbital na sua entrada na fissura orbital inferior.

53

Fissuras labiopalatais apresentam etiologia multifatorial e expressividade variável. Assinale a alternativa correta acerca deste diagnóstico.

- (A) Variações na incidência conforme a etnia dos pacientes não são observadas na atualidade.
- (B) O tratamento cirúrgico precoce neonatal (até a primeira semana de vida) é considerado o melhor para permitir o crescimento adequado da face.
- (C) As fissuras palatinas isoladas são as mais comuns.
- (D) Causas ambientais incluem infecções virais e uso de agentes teratogênicos.

54

Paciente previamente hígido é internado em unidade de terapia intensiva em pós-operatório de cirurgia de coluna por trauma raquimedular e apresenta ferida em região sacral que se desenvolveu após o trauma.

A estabilização da coluna foi satisfatoriamente obtida. A lesão compromete pele, tecido subcutâneo e musculatura pré-sacral. A equipe de cirurgia plástica indicou desbridamento cirúrgico e cobertura do defeito com curativo a vácuo, para terapia por pressão negativa.

Baseando-se no histórico acima, assinale a alternativa correta.

- (A) Se as condições locais permitirem desbridamento completo, o fechamento da úlcera de pressão pode ser realizado no mesmo tempo cirúrgico, sem a necessidade da terapia de pressão negativa.
- (B) Trata-se de úlcera de pressão Grau I e a conduta é limpeza e curativos seriados.
- (C) O trauma raquimedular contraindica o tratamento definitivo de lesão de partes moles.
- (D) O uso de terapia com pressão negativa permite reverter a isquemia tecidual e, por esta razão, reduz a dimensão da ferida e facilita o tratamento definitivo.

55

O uso de técnicas de microcirurgia para a transferência de retalhos permite a reconstrução de defeitos de alta complexidade. Sua utilização em oncologia favorece grandes ressecções e melhora no prognóstico de cura. Com relação aos retalhos microcirúrgicos, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de enxertos de veia e anastomoses térmico-laterais não são fatores relacionados à taxa de sucesso dos procedimentos.
- (B) A trombose da anastomose arterial deve ser prontamente reabordada e a área da anastomose revisitada.
- (C) Na transferência dos retalhos, as taxas de sucesso não se relacionam à região anatômica receptora.
- (D) O tecido mais resistente à isquemia normotérmica é o tecido muscular.

56

Paciente com 70 anos realiza biópsia incisional de tumoração de pele ulcerada em região zigomática direita. A lesão tem 2 cm de diâmetro e o diagnóstico é de carcinoma espinocelular. Histologicamente, há invasão perineural e perivascular. Com base no caso, assinale a alternativa correta.

- (A) A ressecção deve ser ampla, com margens de segurança de 0,5 cm e controle intraoperatório do comprometimento de margens. A reconstrução por retalhos cutâneos locais é possível.
- (B) A ressecção deve ser ampla e com margens de segurança de 0,5 cm e o controle intraoperatório do comprometimento de margens é dispensável. A reconstrução por enxertos é preferível.
- (C) A margem de segurança pode ser exígua desde que se faça o controle intraoperatório do comprometimento de margens. O fechamento primário retardado é a melhor opção.
- (D) Considerando o diagnóstico, a invasão perineural e perivascular não aumenta o risco de disseminação à distância, desde que uma margem de segurança de 2 cm seja utilizada.

57

Com relação ao melanoma cutâneo, assinale a alternativa correta.

- (A) Para a classificação em Estadio IV, o tamanho do tumor é o fator mais relevante.
- (B) O melanoma *in situ* é a principal indicação para pesquisa de linfonodo sentinel.
- (C) O uso de inibidores de MEK é preferencialmente indicado em pacientes com ausência de mutações genéticas.
- (D) O melanoma superficial é o mais comum de todos os subtipos e representa 70% do total dos casos.

58

Paciente com 42 anos de idade, queixa-se, após 3 gestações, de flacidez da parede abdominal e de ganho de mais 20 kg em cada gestação. Refere excedente cutâneo supra e infraumbilical e dificuldade de prensa abdominal. Apresenta IMC de 24 e realiza atividades esportivas regularmente.

Quanto à indicação de abdominoplastia para a paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) A correção da diástase é preferencialmente realizada por técnica vídeo-assistida.
- (B) O amplo descolamento subcutâneo contraindica o uso de profilaxia farmacológica para prevenção de tromboembolismo venoso.
- (C) No pré-operatório, a ultrassonografia de abdome total é indicada a fim de descartar afecções intra-abdominais, uma vez que a colecistopatia é frequente nestes pacientes.
- (D) A flacidez cutânea que ocorre é diretamente relacionada ao afastamento dos ventres musculares dos retos abdominais.

Texto e imagens para as questões 59, 60 e 61

Mulher de 37 anos, previamente hígida. Em 2021, foi internada por dispneia secundária a COVID-19, que evoluiu para insuficiência respiratória. Permaneceu em estado grave na UTI por 20 dias, com necessidade de drogas vasoativas e entubação orotraqueal. Após melhora progressiva, foi extubada, recebeu alta da UTI e, posteriormente, teve alta hospitalar em bom estado geral. Vinte dias depois, retorna no ambulatório relatando ruído respiratório e dispneia progressiva aos mínimos esforços. Ao exame clínico: confortável no repouso, porém com estridor expiratório.

Optou-se por nova internação no mesmo dia da consulta, sendo submetida à laringotraqueoscopia e solicitada tomografia de pescoço. Imagens apresentadas.



59

Qual é o diagnóstico desta paciente?

- (A) Paresia das pregas vocais.
- (B) Malácia traqueal.
- (C) Estenose traqueal.
- (D) Fístula traqueoesofágica.

60

Nessa fase aguda, qual o melhor tratamento a ser recomendado?

- (A) Realização de traqueostomia.
- (B) Ressecção da estenose glótica/traqueal.
- (C) Colocação de endoprótese para oclusão da fístula traqueo-esofágica.
- (D) Laringoscopia de suspensão e dilatação.

61

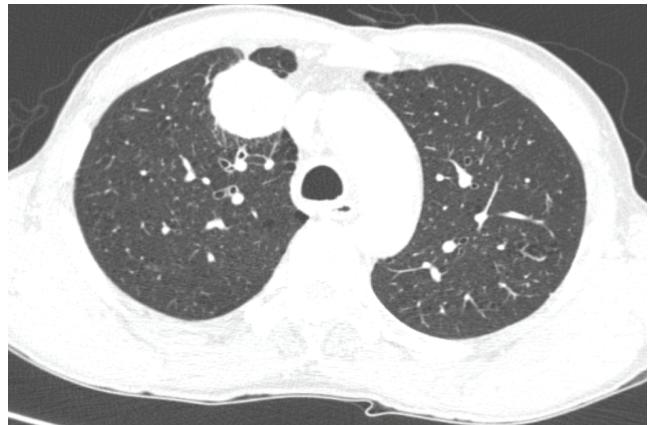
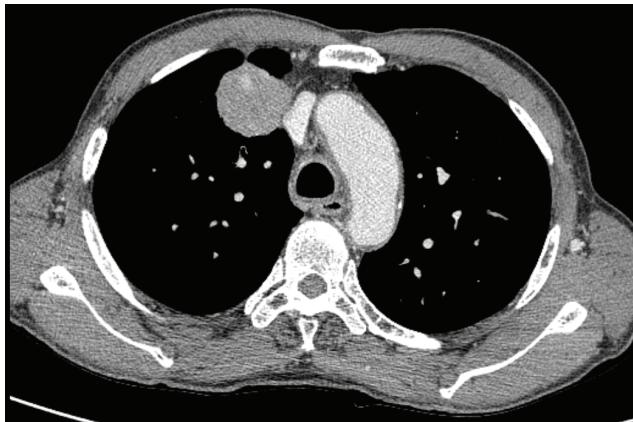
Após controle do quadro agudo e posterior cronificação do processo, qual o tratamento recomendado?

- (A) Correção cirúrgica da fístula traqueo-esofágica.
- (B) Laringofissura anterior e posterior.
- (C) Fixação das pregas vocais.
- (D) Ressecção da estenose e anastomose traqueal.

Texto e imagens para as questões 62, 63 e 64

Homem de 60 anos apresenta quadro de tosse seca de início há 6 meses. Nega saída de secreção mucopurulenta ou escarro hemoptoico. Nega outros sintomas respiratórios, febre, perda de peso ou outras queixas sistêmicas.

Antecedentes pessoais: HAS, ex-tabagista, carga tabágica 40 anos.maço, cessou há 5 anos. Bom estado geral, corado, hidratado, eupneico, anictérico e acianótico. Exame cardiopulmonar sem alterações. Exames de imagem apresentados.



62

Qual a maneira recomendada de prosseguir na investigação desta lesão?

- (A) Biópsia percutânea com agulha guiada por tomografia.
- (B) Broncoscopia com biópsia transbrônquica.
- (C) Ressonância magnética de tórax.
- (D) Broncoscopia com biópsia endobrônquica.

63

Confirmado o diagnóstico de carcinoma pulmonar de não pequenas células, quais são os melhores exames de imagem para completar o estadiamento clínico?

- (A) Ressonâncias de crânio e fígado, e cintilografia óssea.
- (B) PET-CT (tomografia por emissão de pósitrons) e ressonância de crânio.
- (C) PET-CT (tomografia por emissão de pósitrons) e cintilografia óssea.
- (D) PET-CT (tomografia por emissão de pósitrons) e ressonância de fígado.

64

Estando a doença exclusivamente no pulmão direito e tendo o paciente adequada reserva cardiopulmonar, qual seria o tratamento recomendado para ele?

- (A) Lobectomia pulmonar com linfadenectomia hilar e mediastinal.
- (B) Segmentectomia anatômica com linfadenectomia hilar e mediastinal.
- (C) Nodulectomia de precisão com linfadenectomia hilar e mediastinal.
- (D) Ressecção em cunha com margem de 2 cm e linfadenectomia hilar e mediastinal.

65

Qual alternativa apresenta uma característica tomográfica que sugere malignidade (primário pulmonar) em um nódulo pulmonar?

- (A) Padrão de calcificação em pipoca.
- (B) Contornos espiculados.
- (C) Densidade de gordura.
- (D) Calcificação total.

66

Quanto à relação do câncer do pulmão com o tabagismo, é correto afirmar:

- (A) estima-se que 50% dos casos de carcinoma pulmonar de não pequenas células ocorrem em nunca fumantes.
- (B) carcinoma pulmonar de pequenas células ocorre mais em ex-fumantes do que em fumantes atuais.
- (C) adenocarcinoma pulmonar está mais relacionado ao uso cigarro sem filtro do que daquele com filtro.
- (D) apenas 2,5% dos casos de carcinoma pulmonar de pequenas células são diagnosticados em nunca fumantes.

67

Frente ao diagnóstico de câncer de pulmão de 2,1 cm e sem suspeita de metástases linfonodal hilar, mediastinal ou à distância, qual extensão da ressecção pulmonar é recomendada?

- (A) Segmentectomia pulmonar.
- (B) Ressecção em cunha envolvendo o câncer com uma margem de 1,0 cm.
- (C) Ressecção em cunha envolvendo o câncer com uma margem de 2,0 cm.
- (D) Lobectomia pulmonar.

68

Em relação ao tratamento cirúrgico do empiema pleural, é correto afirmar que:

- (A) na fase I (exsudativa), a decorticação pulmonar é a melhor opção para a adequada limpeza da cavidade pleural.
- (B) na fase II (fribriopurulenta), a videotoracoscopia costuma ser eficaz para a adequada limpeza da cavidade pleural.
- (C) na fase II (fribriopurulenta), a toracostomia aberta é a técnica de escolha para a resolução do quadro pleural.
- (D) na fase III (crônica), a drenagem pleural costuma bastar para a resolução do quadro pleural.

69

Assinale a alternativa que descreve as principais indicações de transplante pulmonar primário em adultos.

- (A) Doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia intersticial idiopática e adenocarcinoma pulmonar lepídico multicêntrico.
- (B) Doença pulmonar obstrutiva crônica, adenocarcinoma pulmonar lepídico multicêntrico e fibrose cística.
- (C) Doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia intersticial idiopática e fibrose cística.
- (D) Doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquiectasias restritas a uma lobo pulmonar e pneumonia intersticial idiopática.

70

No diagnóstico diferencial de lesões de mediastino médio, deve-se considerar as seguintes etiologias:

- (A) timoma, cisto broncogênico, cisto entérico.
- (B) timoma, linfoma, cisto entérico.
- (C) cisto broncogênico, linfoma, cisto entérico.
- (D) cisto broncogênico, linfoma, timoma.

71

Sobre mediastinite descendente necrosante aguda, é correto afirmar:

- (A) o foco odontogênico é considerado o mais comum para esta forma de mediastinite.
- (B) a microbiota mais comum nessas infecções é a de germes anaeróbios como agentes únicos.

- (C) o tratamento cirúrgico somente está indicado após 72 horas de antibioticoterapia para melhor delimitação das coleções.
- (D) é uma afecção mais comum nas mulheres, com proporção de 6:1.

72

Assinale a alternativa correta sobre o tratamento do pneumotórax.

- (A) O pneumotórax espontâneo secundário sempre deve ser drenado, a despeito do volume ou da condição clínica.
- (B) No caso de pneumotórax espontâneo primário, a cirurgia pode ser indicada para reduzir o risco de recorrência.
- (C) No caso de pneumotórax traumático, está contraindicado o uso de dreno de menor calibre como os chamados *pigtails*.
- (D) O paciente com pneumotórax iatrogênico entubado deve ser sempre submetido à broncoscopia para avaliar possível rotura de traqueia.

73

O entendimento da fisiologia miccional é fundamental para seu tratamento farmacológico adequado. Baseado nesses conhecimentos, novas drogas estão sendo desenvolvidas especialmente visando o tratamento da hiperatividade detrusora e de seus sintomas, incluindo perdas urinárias.

Sobre a fisiologia da micção, assinale a alternativa correta.

- (A) Na fase de esvaziamento vesical, ocorre ativação do sistema nervoso simpático com estímulo de receptores beta-3-adrenérgicos.
- (B) Na fase de enchimento vesical, ocorre ativação do sistema nervoso simpático, com estímulo de receptores beta-3-adrenérgicos.
- (C) Na fase de enchimento vesical, ocorre ativação do sistema nervoso parassimpático, com estímulo de receptores colinérgicos.
- (D) Na fase de esvaziamento vesical, ocorre ativação do sistema nervoso parassimpático, com estímulo de receptores beta-3-adrenérgicos.

74

Paciente com cólica renal direita procurou o pronto atendimento. Refere ser seu primeiro episódio. Não apresenta febre ou calafrios e a dor é controlada após administração de Dipirona, Cetoprofeno e Escopolamina. Precisa retornar o quanto antes ao aeroporto de Congonhas em São Paulo, pois tem voo a comandar para Belo Horizonte dentro de 6 horas. Tomografia sem contraste evidencia cálculo de 6 mm em ureter distal direito a 3 cm da junção ureterovesical.



Diante desse quadro, qual a conduta urológica e o aconselhamento recomendados?

- (A) Discutir ureterolitotripsia e duplo J para que possa retornar plenamente e sem impedimentos às atividades laborais dentro de alguns dias.
- (B) Propor terapia medicamentosa expulsiva e exame de imagem de controle em 2 semanas, podendo retornar ao trabalho imediatamente, estando sem dor.
- (C) Discutir litotripsia extracorpórea e alfa-bloqueador, para poder retornar ao trabalho imediatamente.
- (D) Propor passagem de cateter duplo J imediata, mesmo estando assintomático, para poder assumir seu trabalho programado em 6 horas.

75

Homem de 20 anos já foi submetido a orquiectomia radical esquerda por nódulo testicular com anatopatológico mostrando: 90% de carcinoma embrionário, 5% do tumor do seio endodérmico e 5% de teratoma. Diante dos achados, foi submetido a 4 ciclos de quimioterapia específica e a exame de tomografia computadorizada para controle pós-tratamento, com o achado de massa linfonodal de 2 cm em região interaortocaval.

Diante do achado, assinale a alternativa correta quanto ao tipo de tumor de testículo e à conduta depois do quarto ciclo de quimioterapia.

- (A) Seminoma. Linfadenectomia retroperitoneal.
- (B) Seminoma. Radioterapia complementar.
- (C) Não é seminoma. Repetir 4 ciclos de BEP (bleomicina, etoposido e cisplatina).
- (D) Não é seminoma. Linfadenectomia retroperitoneal.

76

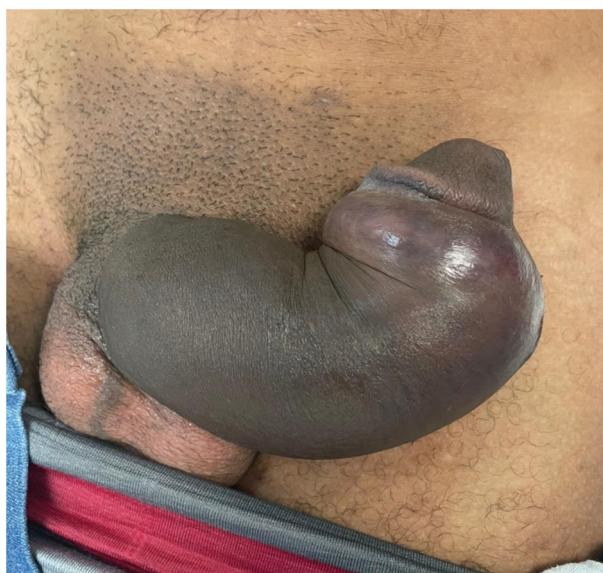
Homem de 64 anos realizou exames de rastreamento para câncer de próstata que evidenciaram PSA = 16 e toque prostático com nódulo endurecido em região posterior esquerda. Diante dos achados, foi solicitada uma biópsia de próstata com fusão de imagem.

Qual método de imagem é utilizado para auxiliar a realização da fusão de imagem e a localização de nódulos suspeitos no momento da biópsia?

- (A) Cintilografia óssea.
- (B) Tomografia contrastada da pelve.
- (C) Ressonância multiparamétrica.
- (D) PETCT PSMA.

77

Homem de 42 anos procurou serviço de emergência com história de estalido em pênis seguido de perda imediata da ereção e edema durante atividade sexual, há cerca de 1 hora. Ainda não tentou urinar após o ocorrido, mas nega uretrorragia. Antecedentes pessoais: sem comorbidades prévias, nega alergia conhecida. Ao exame clínico: bom estado geral; corado; hidratado; afebril; bexiga não palpável; sem sangue em meato uretral; edema, deformidade e hematoma em pênis (imagem apresentada). Ultrassonografia Doppler do pênis: lesão de corpo cavernoso direito com 0,9 cm de extensão (imagem apresentada).



Com relação à fratura de pênis, assinale a alternativa correta.

- (A) O tratamento cirúrgico precoce reduz, mas não impede, a ocorrência de curvatura peniana.
- (B) A uretrocistografia retrógrada deve ser obrigatoriamente realizada para afastar lesão uretral.
- (C) A disfunção erétil é a complicação pós-operatória mais comum.
- (D) A confirmação da lesão de corpo cavernoso por exame de imagem é mandatória para a indicação de cirurgia.

78

Homem de 62 anos foi submetido à prostatectomia radical por neoplasia maligna da próstata. O exame anatomo-patológico revelou os seguintes achados: adenocarcinoma acinar usual da próstata grau de Gleason 9 (4+5), com extensão extraprostática focal sem comprometimento das vesículas seminais e metástase em 4 linfonodos dos 18 que foram enviados para patologia. Diante do caso, selecione a alternativa que descreve o estadiamento pós-operatório adequado e o próximo exame que deve ser realizado.

- (A) pT3bN1; PET CT com PSMA.
- (B) cT3aN1; ressonância magnética de pelve.
- (C) pT2N0; cintilografia óssea.
- (D) pT3aN1; antígeno prostático específico.

79

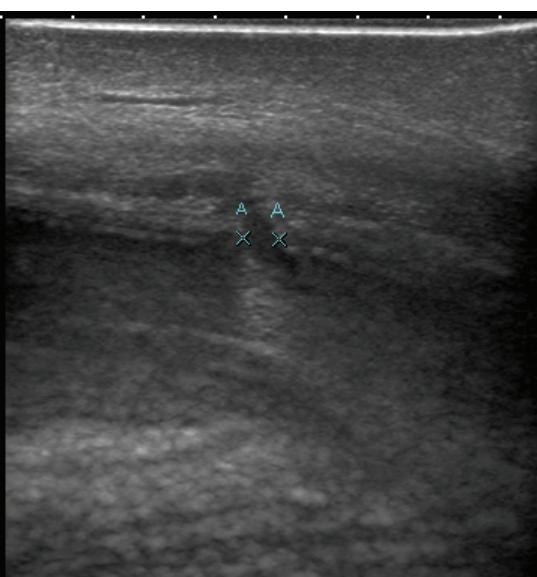
Mulher de 39 anos refere intervalo miccional diurno diminuído, noctúria 3x, desejo repentino de urinar, por vezes com perdas e necessidade de uso de até 3 forros por dia, nos últimos 6 meses. Relata dificuldade de ir aos compromissos, pois necessita “mapear” a presença de banheiros.

Com relação a opções terapêutica para esta paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) A instilação vesical de toxina botulínica pode ser oferecida como terceira linha de tratamento, juntamente com a neuromodulação sacral.
- (B) O tratamento medicamentoso com anticolinérgico possui taxas de descontinuação em três anos de até 87%, devido à baixa eficácia, efeitos colaterais e custo.
- (C) A realização de estudo urodinâmico é necessária para a definição de tratamento para esta paciente.
- (D) A realização de cirurgia com *sling* de uretra média transobturatório apresenta altas taxas de sucesso para continência urinária em casos similares ao apresentado.

80

Menina de 12 meses de idade com história de hidronefrose ante-natal leve. Investigação pós-natal identificou refluxo vésico ureteral grau 3 bilateral. Iniciou quimioprofilaxia inicialmente com Cefalexina e, após 6 meses de vida, trocada para Sulfametoxazol e Trimetropina. Na idade atual, por insistência familiar, repetiu uretrrocistografia miccional que evidenciou refluxo vésico ureteral grau 1 à esquerda, e grau 2 à direita.



CORPO CAVERNOso DIREITO

Foi mudada a conduta e realizada injeção endoscópica bilateral de agente preenchedor (Bulking Agent) Deflux®. Qual a situação clínica que justificaria a mudança de conduta neste momento?

- (A) Pielonefrite aguda febril na vigência de quimioprofilaxia.
- (B) Realização de cintilografia estática DTPA com presença de cicatriz renal.
- (C) Dificuldade de tratamento da obstipação intestinal.
- (D) Refluxo vésico-ureteral sem resolução espontânea após 12 meses de idade.

81

Homem de 45 anos com 2 filhos do primeiro matrimônio, apresenta-se ao Urologista. Há 1 ano, casou-se pela segunda vez e, junto à esposa de 25 anos de idade, apresenta desejo reprodutivo, ainda sem sucesso.

Como antecedente, pouco antes deste relacionamento atual, foi a Nutrólogo para melhorar o desempenho físico geral. Recebeu fórmula oral variada com vitaminas e outros oligoelementos, e foi recomendada injeção bimestral de NEBIDO® (undecilato de testosterona), mesmo estando com testosterona sérica dentro do limite normal. Atualmente, testosterona sérica de 800 ng/dL e parâmetros seminais inferiores à normalidade quanto à concentração e à motilidade.

Com base nestes dados, qual é, respectivamente, o diagnóstico e a melhor recomendação inicial?

- (A) Hipogonadismo hipogonadotrófico. Diminuir intervalo entre as aplicações do Nebido®.
- (B) Infertilidade por inibição hipofisária. Parar reposição hormonal.
- (C) Infertilidade conjugal. Tentativa de fertilização *in vitro* (FIV).
- (D) Hipogonadismo hipergonadotrófico. Associar inibidor da aromatase ao tratamento com Nebido®.

82

Com relação aos eventos traumáticos do trato genital e urinário, pode-se ter apresentações que relacionam o mecanismo do trauma e a respectiva lesão produzida. Quanto à correlação de mecanismo do trauma e sua hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.

- (A) Queda a cavaleiro; lesão de uretra membranosa com ou sem retenção urinária.
- (B) Trauma abdome inferior fechado; lesão ureteral contusa ou rota.
- (C) Queda de altura sem fratura óssea; rotura intraperitoneal de bexiga.
- (D) Fratura desalinhada de pube; lesão vesical extraperitoneal por espícula óssea.

83

A hiperplasia prostática benigna pode gerar sintomas tanto de armazenamento quanto de esvaziamento vesical, geralmente agrupados como sintomas do trato urinário inferior (LUTS).

Com relação ao tratamento farmacológico desses sintomas, assinale a alternativa correta.

- (A) A medicação tipo agonista Beta-3 adrenérgico pode ser utilizada para melhora de sintomas de armazenamento.
- (B) Apesar do entusiasmo inicial, inibidores da fosfodiesterase 5 de uso contínuo não são recomendados no tratamento de LUTS.
- (C) Os inibidores da 5 alfa redutase possuem ação quase imediata na melhora dos sintomas de esvaziamento.
- (D) A reposição hormonal com testosterona em indivíduos hipogonádicos melhora os sintomas de LUTS leve nesses pacientes.

84

Grupo de urologia é chamado para interconsulta no berçário da maternidade. Trata-se de neonato nascido com 37 semanas de gestação, PIG (2.600 g), Apgar 9/10, com ultrassonografia antenatal normal (SIC). O pediatra realizou avaliação inicial com seguinte relatório sobre genitália: “a aparência genital é masculina, com uretra totalmente aberta até a base do pênis; não consegui palpar os testículos”.

Frente ao achado, supondo exame correto, assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica e a conduta inicial recomendada.

- (A) Hipospádia proximal e criotorquidíia bilateral; realizar ultrassonografia para identificar testículos.
- (B) Genitália ambígua; não registrar a criança até resultado de exame do cariótipo.
- (C) Menina com hiperplasia adrenal congênita; dosar eletrólitos pelo risco de formas perdedoras de sal.
- (D) CAIS (insensibilidade completa a andrógenos); considerar como gênero feminino.

85

Mulher de 45 anos com diagnóstico de câncer de mama será submetida a tratamento adjuvante após a mastectomia. Deverá receber infusões de medicamentos vesicantes uma vez a cada 15 dias, por 4 meses.

Neste caso, o acesso vascular recomendado é:

- (A) cateter semi-implantado de alto fluxo com cuff.
- (B) cateter semi-implantado de baixo fluxo com cuff.
- (C) acesso periférico 18 g repetido a cada infusão.
- (D) cateter totalmente implantado com reservatório.

86

Mulher de 52 anos, em terapia renal substitutiva por hemodiálise, portadora de *diabetes mellitus*, foi submetida à confecção de fistula arteriovenosa braquiocefálica. Com o passar das semanas, desenvolveu dor e frialdade em quirodáctilos, que pioraram ao iniciar o uso da fistula para a hemodiálise.

Com relação à provável causa do quadro e à conduta recomendada, assinale a alternativa correta.

- (A) Neurite isquêmica aguda; cerclagem da fistula.
- (B) Neuropatia diabética; reposição de vitamina B.
- (C) Síndrome de roubo; proximalização da anastomose.
- (D) Lesão nervosa intra-operatória; tratamento clínico.

87

Observe a imagem.



Com relação ao diagnóstico da malformação genital apresentada na imagem, assinale a alternativa correta.

- (A) Transposição peno-escrotal.
- (B) Mega clítoris por hiperplasia adrenal congênita.
- (C) Hipospádia proximal.
- (D) Seio urogenital.

88

Homem de 65 anos foi submetido à correção aberta de aneurisma roto da aorta abdominal infrarrenal com instabilidade hemodinâmica, consistindo na confecção de enxerto aorto-biiliaco comum com prótese de Dacron e ligadura da artéria mesentérica inferior. Houve necessidade de clampeamento temporário de aorta supraceliaca e ligadura do ostio da artéria mesentérica inferior; com sucesso técnico. No pós-operatório, necessitou do uso de fármacos vasoativos para manutenção da pressão arterial, em redução progressiva. No 2º pós-operatório houve redução progressiva da ventilação mecânica até a extubação, porém com quadro de distensão abdominal, associada ao desconforto à palpação abdominal, sem sinais de irritação peritoneal e redução de ruídos hidroaéreos. Os exames laboratoriais revelaram Hb 9.6 g/dL; leucócitos 13.400, sendo 80% de neutrófilos; gasometria arterial pH = 7.32, creatinina = 1.7. Diante do quadro, qual a conduta recomendada?

- (A) Verificar o posicionamento e a funcionalidade da sonda nasogástrica, uma vez que provavelmente trate-se de um íleo em pós-operatório de intervenção abdominal de grande porte, por não haver acidose significativa.
- (B) Realizar tomografia computadorizada com contraste, pela possibilidade de isquemia intestinal.
- (C) Realizar ultrassonografia de abdome e pelve, pela possibilidade de abdome agudo ou colecistite alitiásica.
- (D) Solicitar retosigmoidoscopia, pela possibilidade de colite isquêmica.

89

Homem de 50 anos foi submetido à coronariografia através da artéria braquial, sem evidências de lesões obstrutivas. Trata-se de trabalhador da construção civil, assintomático porém com oclusão da artéria braquial. Nesta situação, qual a conduta recomendada?

- (A) Heparinização sistêmica e observação da evolução.
- (B) Exploração e reparo da artéria braquial caso futuramente o indivíduo venha a desenvolver sintomas de claudicação ou isquemia crítica.
- (C) Exploração e reparo imediato da artéria braquial.
- (D) Terapia trombolítica endovenosa para lise do trombo obstrutivo.

90

Mulher de 28 anos, nadadora profissional, iniciou quadro de dor e edema do membro superior direito há 3 dias. Ao exame clínico, apresentava-se com membro edemaciado 3+/4+, perfusão distal mantida, pulsos distais presentes, sem déficits sensitivos ou motores. Nega sintomas prévios no membro.

Qual a principal hipótese diagnóstica e qual a provável etiologia dos sintomas da paciente?

- (A) Trombose venosa profunda do membro superior direito; compressão do espaço costoclavicular.
- (B) Oclusão arterial aguda do membro superior direito; aneurisma de artéria subclávia.
- (C) Oclusão arterial aguda do membro superior direito; compressão do espaço retrocoracopeitoral.
- (D) Trombose venosa profunda do membro superior direito; compressão do triângulo intercostoesclálenico.

91

Paciente de 76 anos do sexo feminino, tabagista e hipertensa, dá entrada no pronto-socorro com quadro de dor abdominal importante associada à diarreia e a vômitos. Relata que sente dores abdominais pós-prandiais há 1 ano, mas hoje apresentou piora importante dos sintomas. Relata emagrecimento de 10 kg no período. Ao exame clínico mostra-se emagrecida, PA 120x80 mmHg, FC 110 bpm, abdome doloroso difusamente à palpação, flácido, sem sinais de irritação peritoneal. Realizou angiotomografia que evidenciou placa calcificada na origem da artéria mesentérica superior, com oclusão arterial da mesma e sinais de sofrimento de alças de intestino delgado.

Qual a provável etiologia do caso e a melhor conduta no momento?

- (A) Oclusão embólica da artéria mesentérica superior; tromboembolectomia com cateter de Fogarty.
- (B) Trombose da artéria mesentérica superior; hidratação venosa vigorosa, anticoagulação plena e monitoração contínua em leito de UTI.
- (C) Trombose da artéria mesentérica superior; revascularização arterial da artéria mesentérica superior por via convencional ou endovascular.
- (D) Trombose da artéria mesentérica superior; tromboembolectomia com cateter de Fogarty.

92

Mulher de 48 anos, com *diabetes mellitus* tipo I, queixa-se de ferida na região plantar do antepé esquerdo. Nos últimos dias, notou secreção purulenta na ferida e vermelhidão ao seu redor. Deambula sem dificuldade. Exame clínico: apresenta pulsos femorais, poplíteos, pediosos e tibiais posteriores presentes; ferida na face plantar do antepé esquerdo na topografia da região distal do 5º metatarso, com fundo de granulação e área de hiperceratose ao redor; observada discreta hiperemia local e saída de secreção purulenta por orifício no centro da ferida; hemoglobina glicada: 9,5%, Leucocitos 16.700, com neutrofilia e desvio à esquerda. Imagem da radiografia apresentada.



Qual a conduta recomendada?

- (A) Antibioticoterapia, desbridamento da ferida e osteotomia do 5º metatarso.
- (B) Antibioticoterapia prolongada e controle do diabetes, sem intervenção cirúrgica.
- (C) Antibioticoterapia e amputação transmetatarsica.
- (D) Antibioticoterapia e amputação transtibial.

93

Mulher de 68 anos com *diabetes mellitus* de longa data, sem acompanhamento com endocrinologista, levada por familiar ao pronto-socorro por queda do estado geral, febre e confusão mental. Exame clínico: frequência cardíaca 120 bpm; PA 90x60 mmHg; confusa e desorientada; sudoreica; glicemia 540; Temperatura: 38,2°C; pulsos femorais, poplíteos, tibiais posteriores e pediosos presentes.

Ferida na região do calcanhar direito, com necrose úmida e saída de secreção de odor fétido. Hiperemia e edema em todo o pé e terço distal da perna, com crepitação à palpação. Iniciada antibioticoterapia de amplo espectro. Qual conduta deverá ser tomada na sequência?

- (A) Amputação transfemoral.
- (B) Amputação transtibial.
- (C) Curativo diário com papaína.
- (D) Desbridamento da ferida.

Texto e imagem para as questões 94 e 95

Homem de 58 anos comparece à consulta com queixa de úlcera em membro inferior D de difícil cicatrização. Refere que a ferida apareceu após trauma em casa com animal de estimação, há 6 meses, e não cicatrizou desde então. Nega antecedentes mórbidos. Refere varizes de membros inferiores há 15 anos. Dor em peso e edema.

**94**

Qual a classificação clínica do membro inferior D de acordo com a classificação CEAP (*Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology*)?

- (A) C4b.
- (B) C4c.
- (C) C5.
- (D) C6.

95

O ultrassom com doppler colorido demonstrou refluxo de safenas magnas, tributárias e veias perfurantes. Qual o melhor tratamento desta doença venosa para cicatrização da ferida, para melhora dos sintomas e para evitar a recorrência da ferida?

- (A) Bota de Unna.
- (B) Tratamento cirúrgico.
- (C) Curativo compressivo multicamadas.
- (D) Curativo a vácuo.

96

Homem de 58 anos, sem comorbidades relevantes, apresentou trombose venosa de veia poplítea e veias tibiais à direita, após cirurgia de artroplastia de joelho ipsilateral. Considerando que o paciente apresenta baixo risco de sangramento, qual é a melhor opção terapêutica e sua duração?

- (A) Enoxaparina por 3 meses.
- (B) Anticoagulante oral direto por 3 meses.
- (C) Anticoagulante oral direto por um período mínimo de 6 meses.
- (D) Varfarina por um período mínimo de 6 meses.

97

Mulher de 58 anos, tabagista (31 anos.maço) e hipertensa, há 4 meses apresenta episódios recorrentes de tontura e vertigem, que pioram com atividades envolvendo os membros superiores (lavar os cabelos, estender roupas e outras atividades similares). Pressão sistólica de 138 mmHg no membro superior direito e de 84 mmHg no membro superior esquerdo.

Qual o achado de ecodoppler mais esperado?

- (A) Aumento da velocidade sistólica em artéria axilar esquerda superior a 250 cm/s.
- (B) Padrão de fluxo de baixa resistividade em artéria axilar direita.
- (C) Fluxo reverso em artéria vertebral esquerda.
- (D) Padrão de fluxo de alta resistividade em artéria vertebral direita.

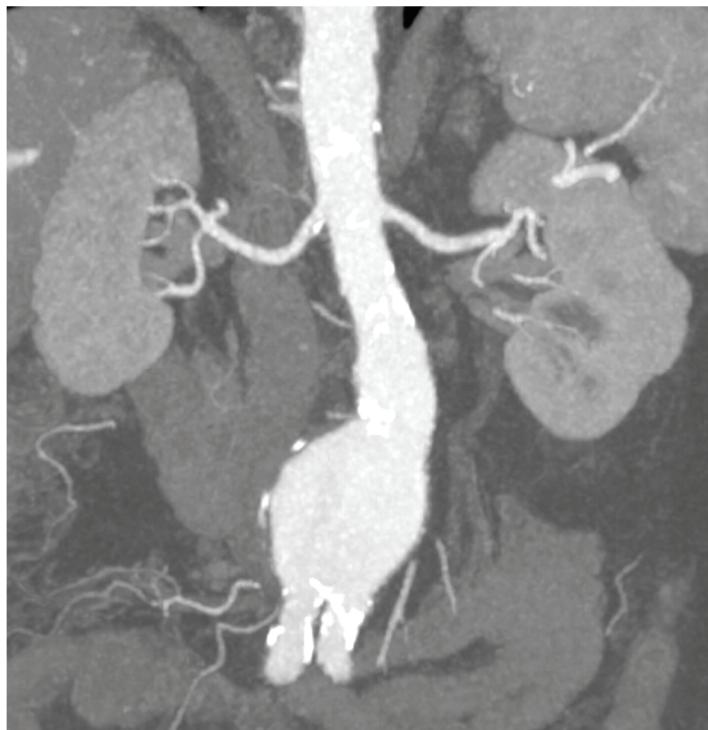
98

Paciente de 28 anos é trazido pelo SAMU após sofrer acidente com motocicleta. A avaliação intra-hospital constata uma fratura exposta de fêmur com ausência de pulso distal. O paciente tem bastante dor e o membro está frio e pálido. Assinale a alternativa correta em relação ao tratamento deste paciente.

- (A) Após fixação com tala na sala de emergência e antibioticoterapia, o paciente deve ser anticoagulado.
- (B) Após realização de *shunt* arterial na sala de emergência, a cirurgia plástica irá realizar cobertura cutânea.
- (C) Após embolectomia pela equipe da cirurgia vascular, a ortopedia irá fazer a fixação definitiva com haste intramedular.
- (D) Após fixação cruenta pela equipe da ortopedia, o paciente deve ser encaminhado para cirurgia para revascularizar o membro.

99

Homem de 82 anos, hipertenso e tabagista, procura seu cardiologista com a impressão de ter sentido o próprio coração em seu abdome. Após o exame clínico, o médico constata presença de massa pulsátil indolor em mesogástrico. Foi solicitada uma Angiotomografia de Abdome que revelou a seguinte imagem:



Sobre este achado, está correto afirmar:

- (A) Trata-se de aneurisma toraco-abdominal da aorta e seu tratamento deve ser feito por reparo convencional com toraco-freno-laparotomia.
- (B) Trata-se de aneurisma da aorta abdominal, cujo reparo pode ser feito por técnica cirúrgica convencional ou endovascular.
- (C) Trata-se de aneurisma da aorta abdominal com trombos, o que configura urgência, devendo o paciente ser operado imediatamente.
- (D) Trata-se de aneurisma justa-renal da aorta e o tratamento endovascular é o mais adequado devido à alta morbidade e mortalidade da abordagem convencional.

100

Homem de 75 anos é admitido no Pronto-Socorro com queixa de dor abdominal súbita e fraqueza. Ao exame clínico de admissão, é constada massa pulsátil dolorosa. O paciente está taquicárdico e hipotônico. O médico de plantão solicita prontamente uma angiotomografia, que demonstra se tratar de aneurisma de aorta infrarrenal roto.

Assinale a alternativa que contém os achados tomográficos que o levaram ao diagnóstico correto.

- (A) Sinal do crescente e trombo intramural.
- (B) Descontinuidade de calcificação e diâmetro maior que 7 cm.
- (C) Borramento do músculo psoas e hematoma perirrenal.
- (D) Hemorragia intratrombo e úlcera penetrante.

UROLOGIA**Prova II****101**

Mulher de 70 anos faz uso de atenolol e enalapril para controle de hipertensão arterial diagnosticada há 7 anos; metformin há 3 anos para controle de *diabetes mellitus*; levotiroxina por antecedente de tireoidectomia, seguido de radioiodoterapia para tratamento de carcinoma de tireoide. Foi encaminhada para avaliação do ambulatório da Urologia após tomografia contrastada com achado incidental de nódulo renal esquerdo de 2,5 cm de diâmetro, que apresentava captação de contraste e conteúdo heterogêneo. Imagem apresentada.



Com base na história clínica e na imagem acima apresentada, assinale a alternativa correta.

- (A) Provável metástase do câncer de tireoide; a paciente tem indicação de quimioterapia para tratamento sistêmico e de radioterapia do nódulo renal.
- (B) A paciente tem indicação de nefrectomia parcial que pode ser realizada por via aberta, laparoscópica ou robótica.
- (C) A biopsia renal é mandatória para a definição de conduta com vistas a identificar provável metástase do câncer de tireoide.
- (D) Provável tumor de via excretora e indicação de nefrectomia radical e de linfadenectomia retroperitoneal.

102

Homem de 65 anos, ex-tabagista e ex-etalista, apresenta emagrecimento de 10 kg nos últimos 6 meses. Nas últimas duas semanas, iniciou quadro de hematuria macroscópica intermitente, indolor e com presença de coágulos filiformes. Ao exame clínico, descorado, emagrecido, eupneico, PA 150x80 mmHg e FC 80 bpm. Apresenta edema bilateral de membros inferiores ++/+++.

Exames laboratoriais: Hemoglobina 10,0 g/dL e Creatinina 1,5 mg/dL.

Em investigação diagnóstica, realizou exame de tomografia computadorizada do abdome com contraste endovenoso (imagens apresentadas)



Com base na história clínica e nas imagens acima apresentadas, assinale a alternativa correta quanto ao diagnóstico e à conduta.

- (A) Tumor renal localmente avançado; nefrectomia radical com trombectomia de cava.
- (B) Tumor renal metastático; tratamento sistêmico *upfront* com quimioterapia e definição de tratamento cirúrgico a depender da resposta após 4–6 meses.
- (C) Tumor de cava infiltrando veia renal esquerda; ressecção cirúrgica com margens livres, estando o paciente preparado para cirurgia de grande porte (enxerto vascular).
- (D) Tumor renal localmente avançado; necessidade de ressonância nuclear magnética para avaliação de infiltração de grandes vasos.

103

Homem de 68 anos é tabagista e etilista social. Há 20 anos com Hipertensão Arterial Sistêmica, atualmente está em uso de enalapril e atenolol. Antecedente de tuberculose pulmonar tratada há 10 anos com esquema clássico. Há 1 mês apresenta quadro de hematúria macroscópica intermitente, associada a disúria e coágulos. Realizou tomografia contrastada de abdome e pelve (imagem apresentada).

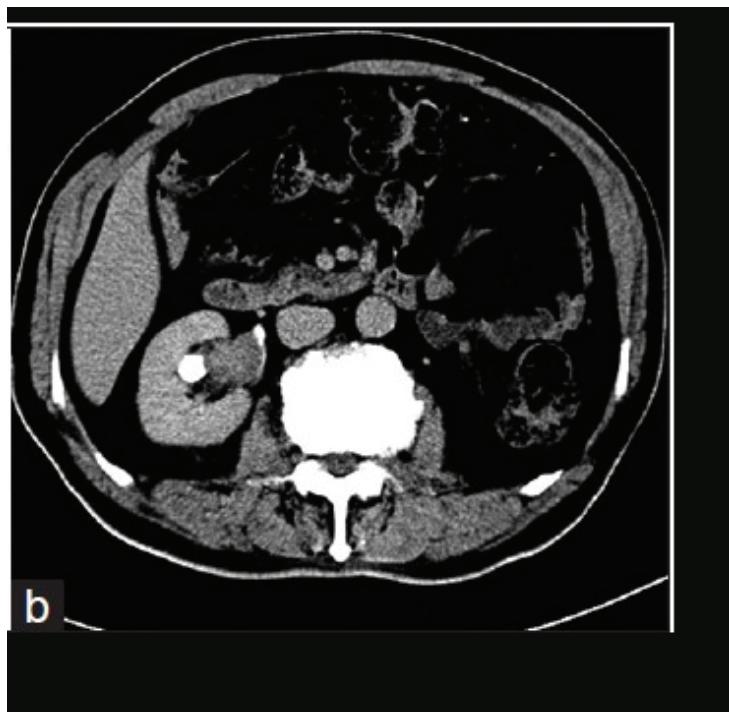


Com base na história clínica e na imagem acima apresentada, assinale a alternativa correta quanto ao diagnóstico e à conduta.

- (A) Provável tumor urotelial de bexiga localmente avançado; iniciar quimioterapia neoadjuvante imediata seguida de cistectomia radical e de derivação urinária incontinente.
- (B) Provável tumor urotelial de bexiga; realizar diagnóstico anatomo-patológico com ressecção transuretral de bexiga e estadiamento completo.
- (C) Provável adenocarcinoma primário de bexiga; realizar ressecção transuretral do tumor e provável cistectomia radical com linfadenectomia pélvica estendida.
- (D) Provável tumor urotelial de parede lateral de bexiga; caso se confirme a invasão detrusora, realizar cistectomia radical com derivação urinária incontinente pela impossibilidade de confecção de neobexiga ortotópica.

104

Mulher de 77 anos nasceu na Itália e mora no Brasil desde a infância. Nega tabagismo e etilismo. Antecedente de câncer de reto tratado, há 7 anos, com quimio e radioterapia seguidas de colectomia e linfadenectomia. Sem evidência de recidiva do tumor intestinal em seguimento. Apresentou hematúria macroscópica intermitente e indolor há 3 meses. Realizada investigação com exame de Urotomografia (imagens apresentadas).



Com base na história clínica e nas imagens acima apresentadas, assinale a alternativa correta quanto ao diagnóstico e à conduta.

- (A) Provável tumor de parênquima renal; necessário diagnóstico anatomo-patológico com biópsia guiada por tomografia para definição de conduta.
- (B) Provável coágulo em via excretora renal; passagem de duplo J e exame de tomografia de controle em 3 meses.
- (C) Provável tumor urotelial em pelve renal; cistoscopia e ureteroscopia com biópsia para diagnóstico, o qual, após confirmação, deve ser seguido de nefroureterectomia radical com cuff vesical.
- (D) Provável tumor de via excretora; iniciar quimioterapia neoadjuvante seguida de nefrectomia radical laparoscópica.

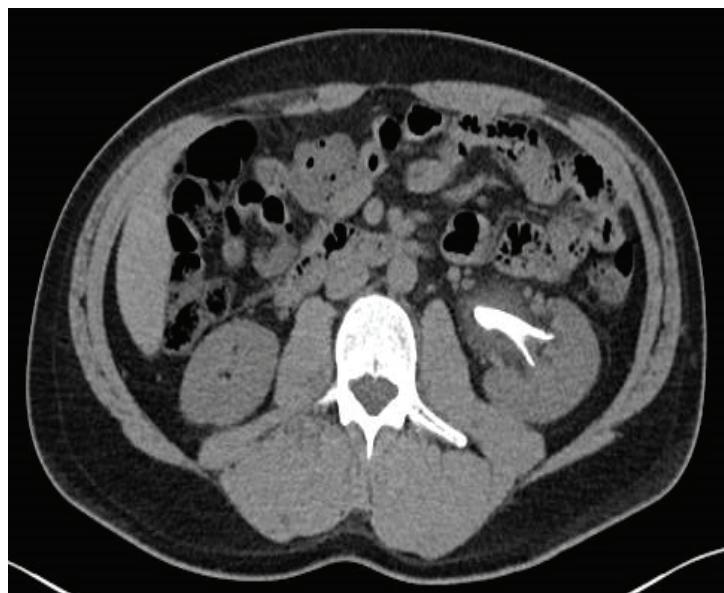
105

Mulher de 23 anos apresenta, há mais de 5 anos, cólica renal 1 a 2 vezes por ano, com eliminação espontânea de cálculos. Procura urologista para orientações a respeito de sua doença. Não tem outras comorbidades e não faz uso de medicações. Nega uso de suplementos ou fórmulas para emagrecer. Nunca necessitou de intervenção cirúrgica para o quadro. Qual é a conduta recomendada?

- (A) Existe indicação de avaliação metabólica, incluindo obrigatoriamente dosagem sérica de cálcio total, cálcio iônio, paratormônio, vitamina D e urina de 24 horas completa.
- (B) Existe indicação de avaliação metabólica, incluindo obrigatoriamente 1 ou 2 amostras de urina de 24 horas com dosagem de creatinina, sódio, oxalato, ácido úrico, cálcio e citrato.
- (C) Existe indicação relativa de avaliação metabólica, devendo esta ser realizada apenas caso a tomografia computadorizada confirme a presença de novos cálculos calicinais.
- (D) Não existe indicação de avaliação metabólica, uma vez que a paciente elimina espontaneamente os cálculos renais.

106

Homem de 25 anos, previamente hígido, apresenta queixa de dor lombar à esquerda, de caráter intermitente. Nega uso de drogas ilícitas ou qualquer medicação. Antecedente familiar de nefrolitíase. Realizou tomografia computadorizada de abdome e pelve sem contraste (imagens apresentadas).

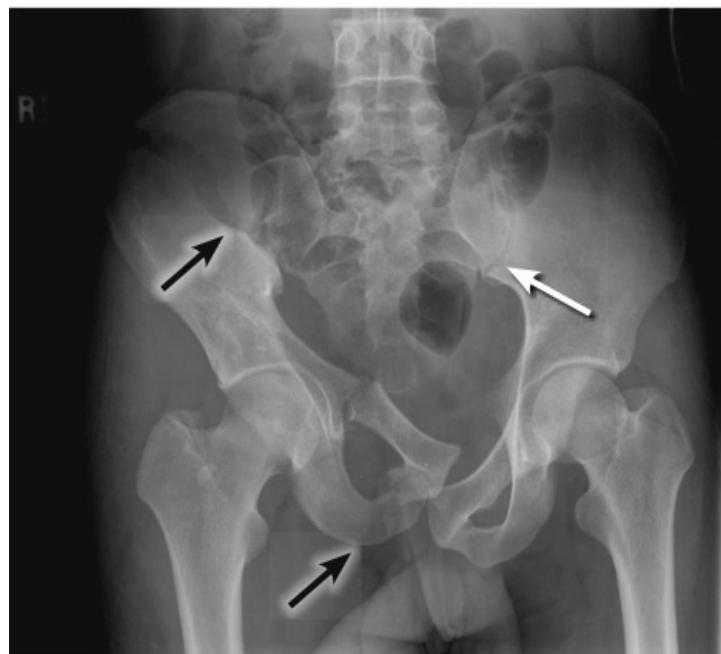


Com base na história clínica e nas imagens acima apresentadas, assinale a alternativa correta quanto à conduta recomendada.

- (A) Litotripsia extracorpórea por ondas de choque.
- (B) Nefrolitotripsia transuretoscópica com laser.
- (C) Nefrolitotomia anatrófica.
- (D) Nefrolitotripsia percutânea.

107

Paciente vítima de “trauma moto x poste” com fratura complexa de pelve evidenciada em radiografia simples (imagem apresentada).



Ao exame clínico, apresenta uretrorrágia intensa e globo vesical palpável. Imagem apresentada. Considerando que as lesões da uretra posterior ocorrem nas fraturas pélvicas – principalmente nas resultantes de acidentes com veículos a motor – com probabilidade de 5 a 19% de lesão da uretra masculina, assinale a alternativa que indica o melhor exame inicial para investigação da lesão uretral e, supondo diagnóstico de transecção completa da uretra, a conduta recomendada para este paciente com instabilidade hemodinâmica.

- (A) Urografia excretora e uretroplastia término-terminal imediata.
- (B) Uretrocistoscopia e telescopagem da uretra posterior na bexiga.
- (C) Uretrocistografia e alinhamento primário endoscópico.
- (D) Uretrocistografia retrógrada e cistostomia.

108

Mulher de 37 anos com queixa de cefaleia noturna de forte intensidade associada a tremores de extremidades e hipertensão arterial de início há 4 meses. Refere episódios quase diários da dor, que melhora com uso de analgésico comum ou anti-inflamatório não hormonal. Refere piora dos sintomas quando faz atividade física, chegando a medir PA de até 190x110 mmHg. Previamente hígida, nega cirurgias prévias ou uso de medicações. Realizou investigação inicial com neurologista e cardiologista; em seguida, com endocrinologista, de onde vem encaminhada.

Exame clínico: bom estado geral; corada; hidratada; PA 140x100 mmHg; FC 85 bpm; auscultas cardíaca e pulmonar normais; abdome flácido, indolor e sem massas palpáveis.

Traz ressonância magnética de abdome com achado de nódulo de adrenal direita medindo 5,5 cm no maior eixo e expressando hiper sinal em T2 (imagem apresentada).

Assinale a alternativa que indica a principal hipótese diagnóstica, o exame para confirmação desta hipótese e a conduta terapêutica recomendada.

- (A) Feocromocitoma; metanefrinas plasmáticas; preparo inicial com alfa-bloqueador e adrenalectomia laparoscópica.
- (B) Hiperaldosteronismo primário; renina sérica; adrenalectomia laparoscópica.
- (C) Feocromocitoma; dopamina plasmática; preparo com alfa-bloqueador e adrenalectomia convencional.
- (D) Feocromocitoma; metanefrinas urinárias; preparo inicial com beta-bloqueador e adrenalectomia laparoscópica.

109

Homem de 58 anos foi atendido com quadro de hipertensão moderada, ganho de peso de 15 kg e piora de diabetes há 6 meses. Refere também surgimento de estrias avermelhadas no abdome, membros superiores e inferiores. Exames laboratoriais: revelaram cortisol sérico = 17,3 µg/dL (normal 5 a 25); Cortisol urinário de 24h = 982 µg/24h (normal 50 a 310); ACTH <2,0 pg/mL (normal 7,2 a 63,3); catecolaminas e metanefrinas plasmáticas e urinárias normais.

Exame clínico: Peso 112 kg; Estatura 178 cm; IMC 35,5 kg/m²; BEG; corado; hidratado; eupneico; anictérico; acianótico; afebril; hemodinamicamente estável; PA 140x100 mmHg; FC 84 bpm; Glicemia capilar em jejum = 99 mg/dL; Fáscies em lua cheia, presença de plethora facial, presença de giba e preenchimento de fossas supraclaviculares; pele atrófica; abdome globoso, flácido, indolor à palpação e ausência de massas palpáveis.

Presença de estrias violáceas (>1 cm) em abdome, tronco anterior, dorso, membros superiores e membros inferiores.

MMII: edema +/4, simétrico e bilateral. Hematomas em perna esquerda.

Tomografia: massa tumoral de 17 cm em topografia de adrenal direita; apresenta contato íntimo com superfície hepática e com o rim direito, sem sinais claros de invasão; nódulo bem delimitado na periferia dos segmentos posterior do lobo pulmonar superior direito, medindo 1,5 cm, com amplo contato com a superfície pleural, suspeito para lesão secundária (imagens apresentadas).





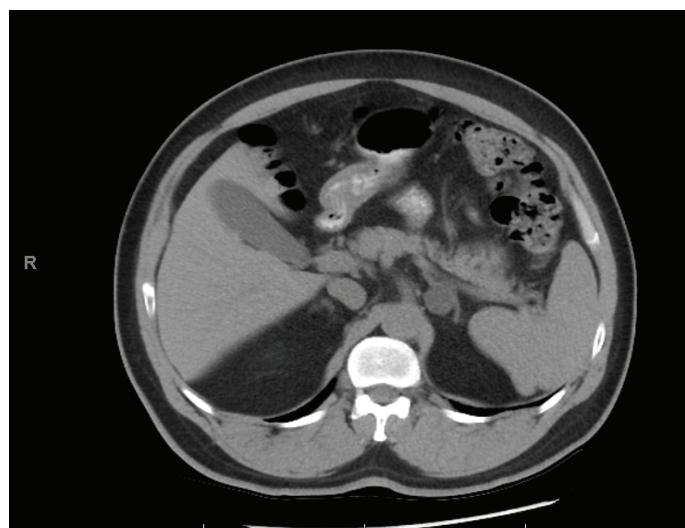
Considerando a hipótese de carcinoma de adrenal, assinale a alternativa correta.

- (A) Devido ao tamanho do tumor e à presença de metástase pulmonar, a cirurgia não é recomendada, pois a doença é muito avançada e agressiva.
- (B) A primeira opção é o tratamento sistêmico, como neoadjuvância, pois apresenta altas taxas de resposta curativa.
- (C) A hipótese é de carcinoma de córtex adrenal. Mesmo com a presença de lesão metastática pulmonar, a adrenalectomia por via convencional (aberta) é a conduta recomendada neste momento.
- (D) Trata-se de provável carcinoma de origem na camada medular da adrenal, devido ao quadro de descontrole pressórico. Recomenda-se a adrenalectomia convencional (aberta).

110

Mulher de 52 anos, obesa, com histórico de litíase urinária, retorna com o urologista após realizar exames solicitados na primeira consulta. No momento, sem queixas urinárias. Nega ganho ponderal recente, alteração ou variação dos níveis pressóricos. Antecedentes pessoais: hipertensão leve e diabetes. Medicamentos em uso: anlodipina 5 mg/dia e metformina 1.000 mg/dia. Exames laboratoriais: Hb 13,9 g/dL; Leucócitos 4850; Plaquetas 234 mil; Ureia 48 mg/dL. Creatinina 0,9 mg/dL. Urina I: leucócitos 3000/ml; Eritrócitos 4000/ml.

Tomografia: adrenal direita com morfologia e dimensões normais; adrenal esquerda apresentando imagem nodular hipoatenuante na sua haste medial, medindo 2,1x2,0x2,0 cm, e coeficiente de atenuação ao redor de 1 UH, compatível com adenoma. Ausência de cálculos renais ou ureterais (imagem apresentada).



Em relação ao achado incidental de nódulo em adrenal esquerda, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se realizar biópsia do nódulo de adrenal esquerda devido à chance de neoplasia.
- (B) Deve-se realizar avaliação hormonal para estabelecer a funcionalidade do nódulo de adrenal.
- (C) Deve-se indicar a realização de adrenalectomia laparoscópica esquerda.
- (D) Não há necessidade de se realizar nenhum outro exame, pois a paciente é assintomática.

111

Homem de 68 anos em uso de duplo J bilateral por neoplasia maligna do cólon, localmente avançada, com infiltração ureteral bilateral. Foi encaminhado do ambulatório diretamente ao centro cirúrgico para troca de cateter duplo J, após a realização de tomografia computadorizada de abdome e pelve, que evidenciou gás em pelve renal esquerda. Durante o procedimento, foi realizada a pielografia ascendente demonstrada na imagem.



Assinale a alternativa correta quanto ao diagnóstico que melhor descreve a pielografia e quanto à melhor conduta após o exame.

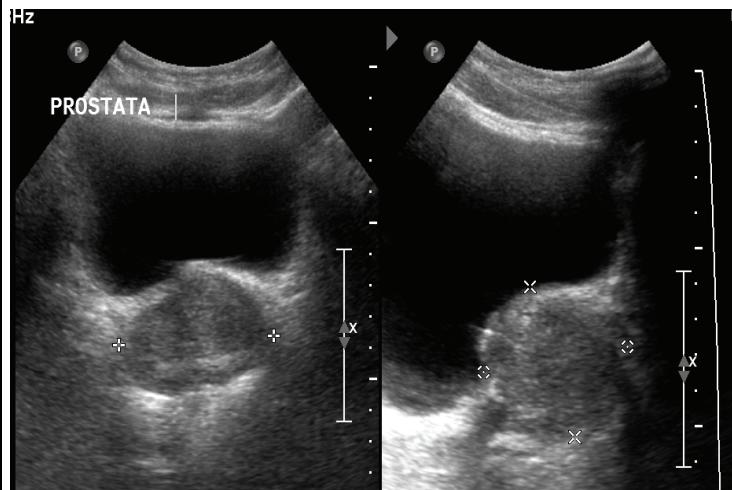
- (A) Fístula ureterocólica; nefrostomia esquerda.
- (B) Dólico megaureter; ureterectomia segmentar.
- (C) Falso trajeto ureteral; duplo J.
- (D) Deslocamento de duplo J; enema opaco.

112

Homem de 73 anos foi levado ao pronto-socorro pois estava em retenção urinária há 7 horas. Refere dor em região supra púbica e diversas tentativas mal sucedidas de urinar. Já vinha apresentando jato urinário mais fraco há mais de 6 meses. Sensação de esvaziamento incompleto e hesitação inicial com micção prolongada. Qualidade de vida afetada. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, diabético tipo 2, insulina dependente, arritmia cardíaca. Medicamentos: atenolol, metformina, insulina NPH, AAS e simvastatina.

Ao exame clínico, apresentava-se em bom estado geral, corado, hidratado, afebril, PA 140x110 mmHg, auscultas pulmonar e cardíaca normais. Abdome: globo vesical palpável 2 cm abaixo da cicatriz umbilical.

Foi submetido à sondagem vesical de demora, com drenagem de 1.000 mL de urina clara. Trouxe exames realizados recentemente a pedido de seu cardiologista: Creatinina 1,1 mg/dL, PSA total 3,0 ng/mL. Ultrassonografia: próstata com volume estimado em 50 g (imagens apresentadas).

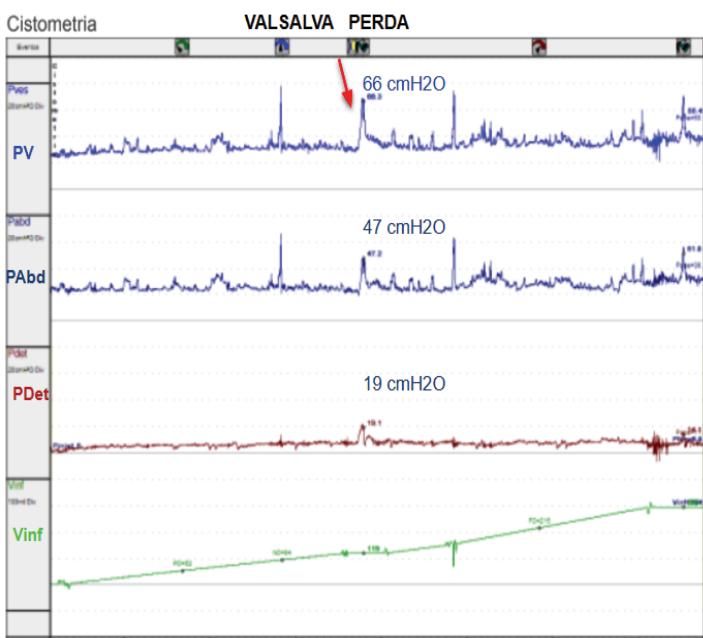


Assinale a alternativa correta quanto ao caso acima e quanto à hiperplasia prostática.

- (A) Diante do quadro de retenção urinária aguda, a ressecção transuretral (endoscópica) da próstata está indicada para o paciente.
- (B) Devido à idade e às comorbidades do paciente, não se indica tratamento cirúrgico, apenas medicamentos com alfa-bloqueador.
- (C) Hematuria macroscópica, cálculo vesical, insuficiência renal e próstata maior que 50 g são indicações de tratamento cirúrgico.
- (D) Antes de qualquer programação de tratamento, o paciente deve ser submetido a uma biópsia de próstata.

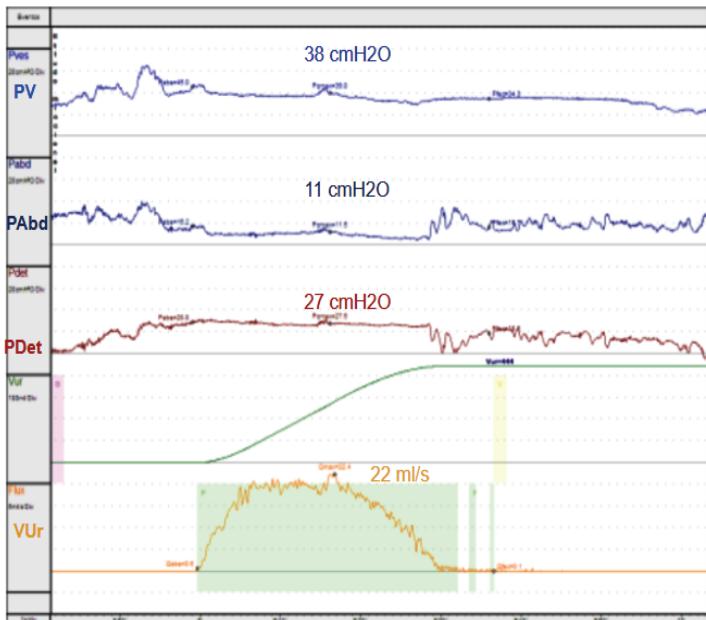
113

Mulher de 38 anos com queixa de perda urinária realiza estudo urodinâmico (imagens apresentadas).



PV = pressão vesical PAbd = pressão abdominal PDet = pressão detrusora Vinf = volume infundido

Estudo Miccional



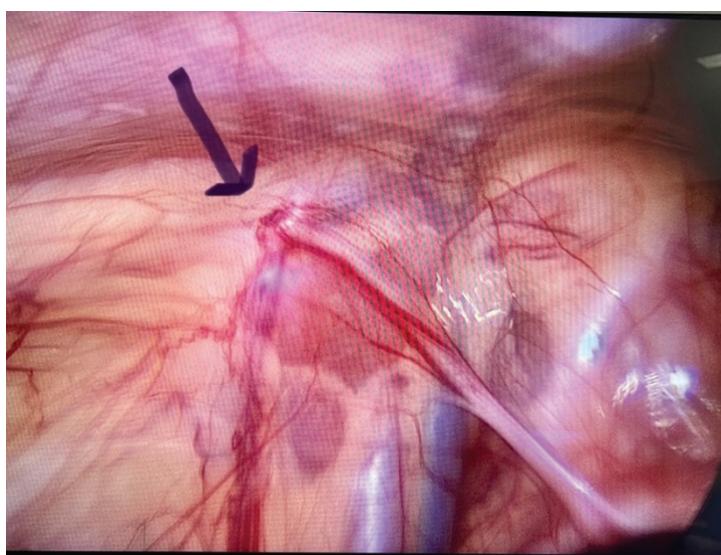
PV= pressão vesical PAbd= pressão abdominal PDet= pressão detrusora VUr= volume urinado

Após criteriosa avaliação do estudo urodinâmico, qual é a conduta recomendada?

- (A) Injeção intradetrusora de toxina botulínica.
- (B) Pessário do tipo oclusivo (Gelhorn).
- (C) Anticolinérgico (Solifenacina 10 mg/dia).
- (D) Sling retropúblico aponeurótico (tecido autólogo).

114

Menino de 3 anos é encaminhado pelo pediatra para avaliação de testículo não palpável do lado esquerdo. No exame clínico, apresentava genitália masculina com haste peniana normal, sem fimose, testículo direito tópico em bolsa, com bom volume e tônus, testículo esquerdo não palpável mesmo em exame sob narcose (anestesia geral). Importante salientar que o paciente era magro e sem acúmulo adiposo pré-pubiano. Optado por laparoscopia diagnóstica cuja visão intra-operatória da pelve do lado esquerdo está representada na imagem abaixo. A seta identifica o anel inguinal interno ou profundo.



Com relação ao diagnóstico, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de hérnia inguinal esquerda com testículo migrador (*peeping testis*).
- (B) Trata-se de testículo intra-abdominal atrófico visível entre os vasos gonadais e a artéria ilíaca.
- (C) Trata-se de Síndrome de regressão testicular (*vanishing testis*).
- (D) A ultrassonografia para avaliação de testículo não palpável teria evitado a laparoscopia diagnóstica nesse caso.

115

A avaliação urodinâmica pode ser útil na indicação e no prognóstico da desobstrução cirúrgica da próstata. Contudo, na maioria dos casos não é mandatória. Das quatro situações clínicas apontadas abaixo, assinale a alternativa que descreve o paciente com hiperplasia prostática benigna que pode ser submetido ao procedimento cirúrgico e cuja realização pré-operatória de exame urodinâmico completo parece desnecessária.

- (A) Homem de 45 anos, USG com próstata de 50 g, sintomas urinários moderados com IPSS 17, nictúria de 2x, o qual refere não desejar terapia medicamentosa.
- (B) Homem de 50 anos, USG com próstata de 27 g e resíduo pós-miccional de 100 mL, sintomas urinários moderados com IPSS 18, com falha da terapia medicamentosa.
- (C) Homem de 60 anos, USG com próstata de 40 g, sintomas urinários moderados com IPSS 18, diabetes tipo 2 há 20 anos mal controlado.
- (D) Homem de 60 anos, USG com próstata de 40 g, sintomas urinários moderados com IPSS de 17, AVC prévio há 2 anos e hemiplegia esquerda.

116

Mulher de 35 anos encontra-se em hemodiálise há três anos e recebeu oferta de rim de doadora de 58 anos (morte encefálica por AVC hemorrágico). Antes de entrar no centro cirúrgico, o urologista que faria o transplante avaliou o rim em banco para prepará-lo para o transplante. Quatro alterações foram percebidas. Qual alteração autoriza o descarte do órgão por estar associada à alta probabilidade de fracasso da cirurgia?

- A) Área de descapsulização no polo superior sem laceração do parênquima.
- B) Perda ou escassez da gordura periureteral distal.
- C) Ausência de fluxo na tentativa de perfusão do órgão em banco.
- D) Perda do retalho vascular (Patch) de aorta.

117

A respeito da máquina de perfusão renal, quando comparada à perfusão estática de rins obtidos de doadores com morte encefálica, assinale a alternativa que melhor resume seus resultados.

- (A) Quando realizada com técnica adequada, não apresenta diferença significativa comparada à perfusão estática.
- (B) Diminui o risco de complicações cirúrgicas relacionadas à isquemia do uréter, porém não tem impacto na função do enxerto.
- (C) Apresenta menor incidência de função retardada do enxerto quando comparada à perfusão estática.
- (D) Diminui o risco de trombose arterial.

118

Mulher de 31 anos com antecedente de tuberculose pulmonar na adolescência, apresentando quadro de emagrecimento, febre baixa, disúria e leucocitúria estéril, foi investigada com pesquisa de BK na urina por PCR e cultura para *micobacterium*, as quais se mostraram positivas. A ultrassonografia de abdome identificou rim esquerdo menor que direito, com hidronefrose leve. Iniciou terapia para tuberculose, sendo programados 6 meses de tratamento de esquema básico: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol. Contudo, após 3 semanas de tratamento, a paciente retorna referindo atraso menstrual com beta hCG acima de 1.000 mIU/ml. Com relação ao tratamento da tuberculose em pacientes gestantes, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se mudar para medicações de segunda linha, tipo fluoroquinolonas, pelo mesmo período planejado.
- (B) Deve-se manter o tratamento padrão iniciado pelo mesmo período planejado.
- (C) Na vigência de tratamento continuado para tuberculose, a amamentação neonatal deve ser contraindicada.
- (D) Todos os antibióticos devem ser suspensos até o terceiro trimestre da gestação, pelo risco de teratogênese.

119

Gestante saudável, com 35 semanas de gestação, sem sinais de diabetes ou hipertensão, realizou ultrassonografia de controle que revela ureterohidronefrose bilateral com líquido amniótico discretamente diminuído. Bexiga visualizada com plenitude estática. Diâmetro anteroposterior da pelve renal esquerda de 12 mm e da pelve renal direita de 15 mm. Foi realizado acompanhamento clínico, culminando em parto normal a termo, com 38 semanas, por rotura de membranas e neonato com APGAR 7/9/10. Ultrassonografia no terceiro dia de vida (D3) confirma ureterohidronefrose bilateral. Creatinina no D3 = 0,5 mg/dL. Uma vez confirmado o diagnóstico de hidronefrose confirmada pós-natal por ultrassonografia, realizou uretrocistografia (imagem apresentada).



Com relação à principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.

- (A) Refluxo vésico-uretral primário.
- (B) Megaureter congênito com refluxo.
- (C) Hidronefrose fisiológica do recém-nascido.
- (D) Válvula de uretra posterior.

120

Homem de 47 anos proveniente de outro Estado, previamente hígido, foi encaminhado para o serviço de Urologia terciário para avaliação. Apresenta lesão extensa na glande, com piora progressiva e que não cicatriza mesmo após 1 ano de tratamento com diversos esquemas antibióticos. Apresenta poliadenopatia inguinal bilateral volumosa, sem fistulas. Nega trauma local. Nega comportamento promíscuo ou zoofilia. A imagem de exame clínico é apresentada.



Assinale a alternativa que corresponde à hipótese diagnóstica e à conduta recomendada.

- (A) Câncer de pênis; pesquisa de linfonodo sentinelas.
- (B) Linfogranuloma venéreo; tratamento com Doxaciclina por 21 dias.
- (C) Doença de Bowen; destruição das células lesionadas com o uso de substância congelante (crioterapia).
- (D) Carcinoma espinocelular de pênis; biópsia de lesão e, caso o diagnóstico seja confirmado, penectomia parcial.

RASCUNHO

