

**ESPECIALIDADES**  
**Endoscopia**



Universidade de São Paulo



vencerás pela  
educação



● **PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 03/2025** ●

**Instruções**

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo E03**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **6 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 16 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVEST a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste processo seletivo.
6. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
7. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **120** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. 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 ABREVIACÕES E VALORES DE REFERÊNCIA**

<u>LISTA DE ABREVIACÕES</u>	<u>VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</u>
AA – Ar ambiente	Sangue (bioquímica e hormônios):
AU – Altura Uterina	Albumina = 3,5 a 5,2 g/dL
AAS – Ácido Acetilsalicílico	Bilirrubina total = 0,2 a 1,1 mg/dL
BCF – Batimentos Cardíacos Fetais	Bilirrubina direta = 0,0 a 0,3 mg/dL
BEG – Bom Estado Geral	Bilirrubina indireta = 0,2 a 1,1 mg/dL
bpm – Batimentos por Minuto	Cálcio iônico = 1,1 a 1,4 mmol/L
Ca <sup>2+</sup> – Cálcio	Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL
Cl <sup>-</sup> – Cloro	Relação albuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina
Cr – Creatinina	Desidrogenase láctica = menor que 225 UI/L
DUM – Data da Última Menstruação	Ferritina: homens = 26 a 446 µg/mL
ECG – Eletrocardiograma	mulheres = 15 a 149 µg/mL
FA – Fosfatase Alcalina	Ferro sérico: homens = 65 a 175 µg/dL
FC – Frequência Cardíaca	mulheres = 50 a 170 µg/dL
FR – Frequência Respiratória	Fósforo = 2,5 a 4,5 mg/dL
FSH – Hormônio Folículo Estimulante	Globulina = 1,7 a 3,5 g/dL
GGT – Gamaglutamiltransferase	LDL = desejável de 100 a 129 mg/dL
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica	HDL = desejável maior que 40 mg/dL
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> – Bicarbonato	Triglicérides = desejável de 100 a 129 mg/dL
Hb – Hemoglobina	Glicemia em jejum = 75 a 99 mg/dL
Ht – Hematócrito	Magnésio = 1,6 a 2,6 mg/dL
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio	Potássio = 3,5 a 5,1 mEq/L
IC <sub>95%</sub> – Intervalo de Confiança de 95%	Proteína total = 6,5 a 8,1 g/dL
IMC – Índice de Massa Corpórea	PSA = menor que 4 ng/mL
irpm – Incursões Respiratórias por Minuto	Sódio = 136 a 145 mEq/L
IST – Infecção Sexualmente Transmissível	TSH (de 20 a 60 anos) = 0,45 a 4,5 mUI/mL
K <sup>+</sup> – Potássio	T4 Livre = 0,9 a 1,8 ng/dL
LH – Hormônio Luteinizante	PTH = 10 a 65 pg/mL
mEq – Miliequivalente	Testosterona livre: homens = 131 a 640 pmol/L
Mg <sup>2+</sup> – Magnésio	mulheres = 2,4 a 37,0 pmol/L
mmHg – Milímetros de Mercúrio	Estradiol: fase folicular = 1,2 a 23,3 ng/dL
MMII – Membros Inferiores	pico ovulatório = 4,1 a 39,8 ng/dL
MMSS – Membros Superiores	fase lútea = 2,2 a 34,1 ng/dL
MV – Murmúrios Vesiculares	menopausa = até 5,5 ng/dL
Na <sup>+</sup> – Sódio	LH: fase folicular = até 12 UI/L
PA – Pressão Arterial	pico ovulatório = 15 a 100 UI/L
pCO <sub>2</sub> – Pressão Parcial de Gás Carbônico	fase lútea = até 15 UI/L
PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva	menopausa = acima de 15 UI/L
PEP – Profilaxia Pós-Exposição	FSH: fase folicular = até 12 UI/L
PrEP – Profilaxia Pré-Exposição	pico ovulatório = 12 a 25 UI/L
pO <sub>2</sub> – Pressão Parcial de Oxigênio	fase lútea = até 12 UI/L
POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>	menopausa = acima de 30 UI/L
PS – Pronto-Socorro	Prolactina = até 29 µg/L (não gestante)
PSA – Antígeno Prostático Específico	Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL
REG – Regular Estado Geral	Amilase = 28 a 100 UI/L
RN – Recém-nascido	Lipase = inferior a 60 UI/L
SpO <sub>2</sub> – Saturação Percutânea de Oxigênio	Ureia = 10 a 50 mg/dL
TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato	GGT: homens: 12 a 73 UI/L
Aminotransferase	mulheres = 8 a 41 UI/L
TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina	Fosfatase alcalina: homens = 40 a 129 UI/L
Aminotransferase	mulheres = 35 a 104 UI/L
TSH – Hormônio Tireo-Estimulante	Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes)
UI – Unidades Internacionais	até 10 ng/mL (fumantes)
Ur – Ureia	Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm
UBS – Unidade Básica de Saúde	Vitamina D = > 20 ng/mL
USG – Ultrassonografia	 <b>Sangue (hemograma e coagulograma):</b>
UTI – Unidade de Terapia Intensiva	Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL
<b>VALORES DE REFERÊNCIA PARA GASOMETRIA ARTERIAL</b>	
pH = 7,35 a 7,45	Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1%
pO <sub>2</sub> = 80 a 100 mmHg	Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 a 36 g/dL
pCO <sub>2</sub> = 35 a 45 mmHg	Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg
Base Excess (BE) = -2 a 2	Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> = 22 a 28 mEq/L	Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) = 11 a 14%
SpO <sub>2</sub> > 95%	Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm <sup>3</sup>
<b>VALORES DE REFERÊNCIA DE Hb PARA CRIANÇAS</b>	
Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL	Neutrófilos = 1.500 a 5.000/mm <sup>3</sup>
2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL	Eosinófilos = 20 a 420/mm <sup>3</sup>
6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL	Basófilos = 10 a 80/mm <sup>3</sup>
2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL	Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm <sup>3</sup>
6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL	Monócitos = 220 a 730/mm <sup>3</sup>
	Segmentados = 1.500 a 5.000/mm <sup>3</sup>
	Bastonetes = até 829/mm <sup>3</sup>
	Plaquetas = 150.000 a 340.000/mm <sup>3</sup>
	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

**01**

Homem, 58 anos de idade, morador de área rural, com astenia, dor e desconforto em hipocôndrio esquerdo há 6 meses. Exame clínico: fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito e baço a 12 cm do rebordo costal esquerdo. Sem adenomegalias.

- Exames laboratoriais:

Hb: 12 g/dL  
 Leucócitos: 25.000/mm<sup>3</sup>  
 Mieloblastos: 3%  
 Promielócitos: 3%  
 Mielócitos: 2%  
 Metamielócitos: 3%  
 Bastões: 3%  
 Neutrófilos: 60%  
 Basófilos: 5%  
 Eosinófios: 5%  
 Monócitos: 5%  
 Plaquetas: 460 mil/mm<sup>3</sup>  
 Índices e morfologia normais

A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Leucemia mielomonocítica crônica.  
 (B) Leucemia mieloide crônica.  
 (C) Leishmaniose visceral.  
 (D) Mielofibrose primária.

**02**

Mulher, 29 anos de idade, vítima de acidente de trânsito, com Escala de Coma de Glasgow de 7 na cena. Tomografia de crânio da admissão com contusões frontais bilaterais e edema cerebral difuso. Realizada monitorização com Cateter de Pressão Intracraniana (PIC), implante de derivação ventricular externa e foi transferida para a UTI. Nas primeiras 24 horas, a pressão intracraniana manteve-se controlada com medidas de primeira linha, mas evoluiu nas últimas horas com elevação da PIC e a seguinte curva no monitor:



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

- (A) Manitol.  
 (B) Repetir TC de crânio.  
 (C) Doppler transcraniano.  
 (D) Coma com barbitúrico.

**03**

Mulher, 52 anos de idade, com diarreia crônica, aquosa, pior à noite, sem sintomas constitucionais. Antecedentes: colecistectomia. Calprotectina fecal e Proteína C Reativa normais. O tratamento mais adequado é:

- (A) Amitriptilina.  
 (B) Colestiramina.  
 (C) Dieta sem glúten e sem lactose.  
 (D) Corticoide de liberação entérica.

**04**

Homem, 67 anos de idade, previamente hígido, apresenta prurido difuso há 4 meses. O sintoma é mais intenso à noite, e não respondeu a anti-histamínicos convencionais. Ao exame dermatológico, não há lesões primárias na pele, apenas escoriações pelo ato de coçar. O restante do exame clínico está normal. Exames laboratoriais: hemograma com leucocitose e eosinofilia discreta; funções hepática, renal e tireoidiana normais. Sorologias para HIV e hepatites negativas. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Linfoma.  
 (B) Escabiose nodular.  
 (C) Dermatite atópica.  
 (D) Prurido psicogênico.

**05**

Adolescente do sexo feminino, 17 anos de idade, nunca menstruou. Nega uso de medicações hormonais, casos semelhantes na família ou consanguinidade. Ao exame clínico, apresentou peso de 56 kg, altura de 148 cm. PA de 110×60 mmHg; FC de 72 bpm. Presença de lipomastia. Ausência de pelos axilares e pubianos. Genitália externa feminina normal. Ultrassonografia pélvica com imagem compatível com útero infantil (não foi possível visualizar a presença de gônadas durante o exame). Considerando o caso descrito, é mais provável que a paciente apresente

- (A) cariótipo 45,X0.  
 (B) sinéquias uterinas.  
 (C) insensibilidade a andrógenos.  
 (D) hiperplasia adrenal congênita.

**06**

Homem, 18 anos de idade, sem comorbidades, comparece no pronto-socorro com queixa de epigastralgia e vômitos que melhoraram com metoclopramida e omeprazol. Evoluiu com dificuldade para fechar a boca e rigidez no pescoço, iniciadas há seis horas. Ao exame neurológico: distonia oromandibular, com abertura involuntária da mandíbula, além de distonia cervical, caracterizada por retrocolo e laterocolo. Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado.

- (A) Levetiracetam.  
 (B) Fenitoína.  
 (C) Biperideno.  
 (D) Haloperidol.

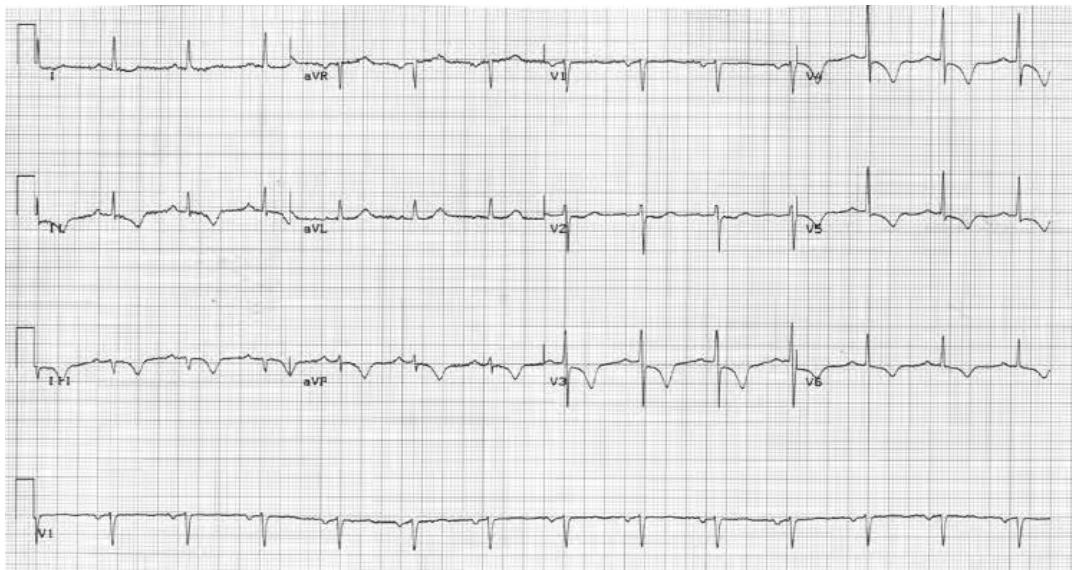
**07**

Mulher, 40 anos de idade, com diagnóstico recente de câncer de mama luminal com metástases em sistema nervoso central. Assinale a alternativa que apresenta a melhor programação.

- (A) Cirurgia.  
 (B) Radioterapia.  
 (C) Quimioterapia curativa.  
 (D) Quimioterapia paliativa.

**08**

Paciente, 72 anos de idade, portador de diabetes melito tipo 2 e doença arterial obstrutiva periférica, comparece ao pronto-socorro com queixa de dor torácica há cerca de 90 minutos com irradiação para ombro esquerdo e sudorese. Foi realizado eletrocardiograma que é apresentado na imagem a seguir. No passado, apresentou quadro de prurido intenso e eritema importante de face e pescoço associado ao uso de aspirina.



Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada quanto à antiagregação plaquetária.

- (A) Realizar ataque de dupla antiagregação plaquetária com AAS 300 e clopidogrel 600 mg.
- (B) Realizar dupla antiagregação com AAS 100 mg e clopidogrel 600 mg.
- (C) Omitir a dose de AAS e realizar ataque com clopidogrel 600 mg.
- (D) Realizar ataque com clopidogrel 600 mg e substituir AAS por tirofiban.

**09**

Homem, 66 anos de idade, tabagista e com DPOC, está internado por pneumonia grave, com necessidade de ventilação mecânica. O resultado da cultura de secreção traqueal é apresentado na tabela a seguir:

<i>Candida albicans</i>	
Fluconazol	Sensível
Anfotericina B	Resistente
Voriconazol	Resistente
Equinocandina	Sensível
<i>Staphylococcus aureus</i>	
Benzilpenicilina	Resistente
Clindamicina	Sensível
Ciprofloxacina	Resistente
Eritromicina	Resistente
Oxacilina	Sensível
Sulfametoxazol/trimetoprim	Sensível
Vancomicina	Sensível

Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa que apresenta o tratamento antimicrobiano mais adequado.

- (A) Cefazolina.
- (B) Clindamicina.
- (C) Oxacilina e fluconazol.
- (D) Sulfametoxazol/trimetoprim e micafungina.

**10**

Mulher, 78 anos de idade, com diagnóstico de diabetes melito tipo 2 há 20 anos. Teve infarto agudo do miocárdio há cinco anos, tem doença renal crônica estágio 3b e retinopatia diabética não proliferativa leve. Além disso, relatou dois episódios de hipoglicemia que necessitaram de auxílio de terceiros no último ano. Seu tratamento atual consiste em metformina 500 mg/dia, sitagliptina 50 mg/dia e insulina NPH 20 unidades à noite, e 10 unidades pela manhã. A meta de HbA1c mais apropriada para esta paciente é:

- (A) 6,0% – 6,5%.
- (B) 6,5% – 7,0%.
- (C) 7,0% – 7,5%.
- (D) 7,5% – 8,5%.

**11**

Mulher, 45 anos de idade, submetida à ultrassonografia cervical por conta de nódulo tireoideano palpado durante a consulta de rotina. Seu médico a tranquilizou, pois os achados do exame não eram suspeitos para malignidade. O laudo mais provável deste exame é:

- (A) Nódulo isoecoico com microcalcificações.
- (B) Nódulo sólido-cístico com margens mal definidas.
- (C) Nódulo predominantemente cístico com focos hiperrefringentes.
- (D) Nódulo marcadamente hipoeocoico e mais alto do que largo.

**12**

Homem, 78 anos de idade, com astenia há quatro meses e dificuldade progressiva de realizar seus exercícios em academia. Refere hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito há cinco anos, controlados com losartana e metformina. Nega tabagismo e etilismo. Pai falecido de câncer de intestino e mãe falecida por infarto agudo do miocárdio. Três filhos com boa saúde. Ao exame clínico, apresenta-se descorado++/4+.

- Exames laboratoriais:

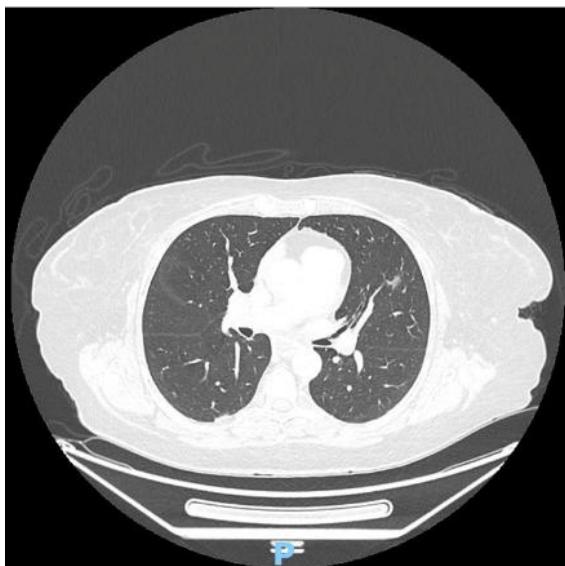
Hb: 7,5 g/dL  
 VCM: 108 fL  
 Leucócitos: 4.200/mm<sup>3</sup>  
 Neutrófilos: 2.100/mm<sup>3</sup>  
 Linfócitos: 1.680/mm<sup>3</sup>  
 Monócitos: 400/mm<sup>3</sup>  
 Eosinófilos: 20/mm<sup>3</sup>  
 Plaquetas: 152.000/mm<sup>3</sup>  
 Reticulócitos: 40.000/mm<sup>3</sup>  
 Presença de neutrófilos híposegmentados e hipogranulares.

Em relação ao caso apresentado, o diagnóstico mais provável para a anemia é:

- (A) Síndrome mielodisplásica.  
 (B) Anemia megaloblástica.  
 (C) Deficiência de ferro.  
 (D) Anemia hemolítica.

**13**

Paciente, 67 anos de idade, ex-tabagista de aprox. 40 anos-maço, com queixa de tosse seca há cerca de um mês. Apresenta lesão pulmonar em lobo superior esquerdo visto em tomografia de tórax realizada há um ano. Sem alterações ao exame clínico. Há uma semana, procurou o pronto-socorro com pioria da tosse. A tomografia realizada nesta ocasião é mostrada na imagem a seguir:



A próxima conduta mais adequada, neste caso, é:

- (A) Ressecção do nódulo.  
 (B) Broncoscopia com biópsia.  
 (C) Ressonância magnética do tórax.  
 (D) Corticoides inalatórios e broncodilatador.

**Texto para as questões de 14 a 16**

Mulher, 58 anos de idade, em avaliação pré-operatória de gastroduodenopancreatectomia por neoplasia de cabeça de pâncreas. A cirurgia tem duração estimada de 8 horas, com perda sanguínea estimada de 500 a 1.000 mL e está programada para ser realizada em duas semanas. Tem antecedente de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo 2, dislipidemia mista e tabagismo de 35 anos-maço. Foi submetida à revascularização miocárdica com colocação de stent farmacológico há 8 meses. Relata dispneia aos moderados esforços. Nega angina, dispneia paroxística noturna, ortopneia e edema de membros inferiores. Está em uso de losartana, anlodipino, atenolol, metformina, dapagliflozina, rosuvastatina, Ácido Acetilsalicílico (AAS) e clopidogrel. Exame clínico sem alterações. Eletrocardiograma (ECG) com alteração de repolarização difusa.

**14**

Os riscos cardiovascular e do procedimento são, respectivamente:

- (A) Moderado e moderado.  
 (B) Moderado e alto.  
 (C) Alto e moderado.  
 (D) Alto e alto.

**15**

Os exames indicados no período perioperatório são:

- (A) ECG e troponina nos primeiros dois dias após a cirurgia.  
 (B) Cintilografia de perfusão miocárdica antes da cirurgia.  
 (C) NT-pro-BNP nos três primeiros dias após a cirurgia.  
 (D) Ecocardiograma transtorácico em repouso antes da cirurgia.

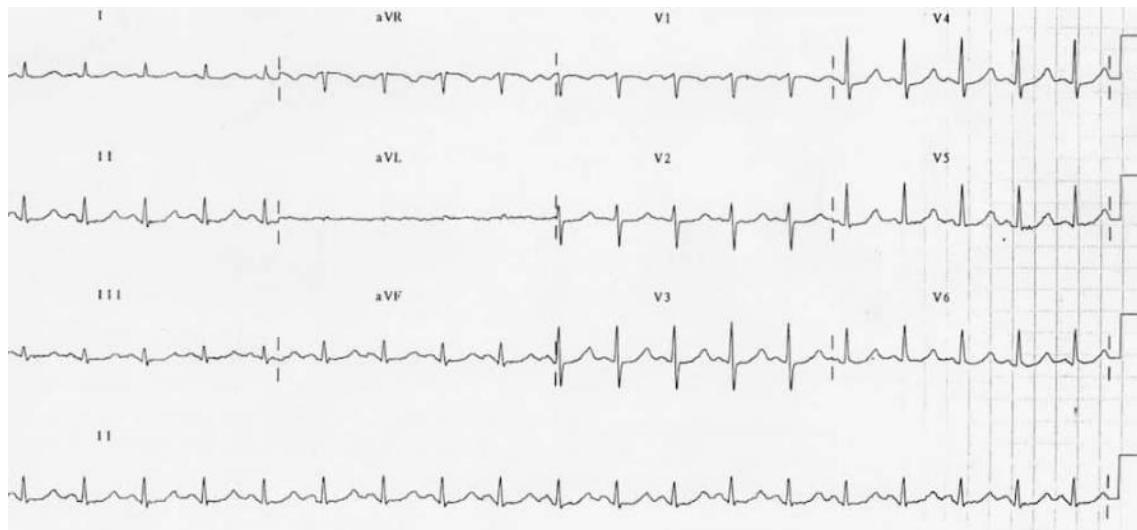
**16**

Além da manutenção de rosuvastatina, losartana, anlodipino e atenolol, deve-se

- (A) manter AAS e clopidogrel. Suspender dapagliflozina 3 dias antes do procedimento e metformina no dia do procedimento.  
 (B) manter AAS e clopidogrel. Suspender dapagliflozina no dia e metformina 3 dias antes do procedimento.  
 (C) suspender clopidogrel 5 dias antes do procedimento e manter o AAS. Suspender dapagliflozina 3 dias antes e metformina no dia do procedimento.  
 (D) suspender clopidogrel 5 dias antes do procedimento e manter o AAS. Suspender dapagliflozina no dia e metformina 3 dias antes do procedimento.

**17**

Homem, 58 anos de idade, com diagnóstico recente de COVID-19, não vacinado. Tem insuficiência venosa e pré-diabetes e faz uso de metformina e furosemida quando nota piora do inchaço nas pernas. Há seis dias, relata episódios de desmaio, precedidos por mal-estar inespecífico. Para COVID-19, faz uso de ondansetrona, tramadol, azitromicina e hidroxicloroquina. Ao exame clínico, apresenta PA de 100×60 mmHg, FC de 110 bpm, SpO<sub>2</sub> de 95% e temperatura de 37,4 °C. Ausculta cardiopulmonar sem alterações. Dermatite ocre e edema simétrico +/4+ em membros inferiores. O ECG está apresentado a seguir:



Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável da queixa de seis dias.

- (A) Síncope neurogênica.
- (B) Torsades de Pointes.
- (C) Arritmia ventricular por miocardite.
- (D) Disautonomia relacionada à Covid-19.

**18**

Homem, 48 anos de idade, previamente hígido, há 6 meses recebeu diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (32%), de etiologia alcoólica e iniciou tratamento clínico. Compareceu à consulta médica relatando múltiplos episódios de hipotensão sintomática (90×50 mmHg) que correlacionou ao aumento recente da dose de enalapril para 20 mg 2x ao dia. Está abstêmio, em classe funcional II, em uso, além do enalapril, de espironolactona 12,5 mg 1x ao dia, carvedilol 6,25 mg 2x ao dia e furosemida 80 mg 1x ao dia. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada para este paciente.

- (A) Suspender a espironolactona.
- (B) Transicionar carvedilol para ivabradina.
- (C) Reduzir a dose do enalapril.
- (D) Reduzir a dose de furosemida.

**19**

Homem, 25 anos de idade, previamente hígido, é admitido no pronto-socorro após ingestão intencional de 35 g de paracetamol, durante uma tentativa de suicídio, há quatro horas. Está consciente, com PA de 120×80 mmHg, FC de 95 bpm, sem alterações neurológicas. A conduta mais adequada é:

- (A) Hemodiálise precoce.
- (B) Acetilcisteína e carvão ativado.
- (C) Dosagem sérica seriada de paracetamol.
- (D) Dosagem seriada de AST/ALT.

**20**

Mulher, 19 anos de idade, com diagnóstico de diabetes melito tipo 1 há cinco anos. É trazida no pronto-socorro, onde foi realizado diagnóstico de cetoacidose diabética. Exames iniciais apresentaram:

Glicemia capilar: 550 mg/dL  
pH: 7,10  
HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 8 mEq/L  
Na<sup>+</sup>: 130 mEq/L  
K<sup>+</sup>: 5,8 mEq/L  
Ur: 60 mg/dL  
Cr: 1,5 mg/dL  
Cetonas séricas: +++/4+

Foi iniciada hidratação venosa com NaCl 0,9% e insulinoterapia intravenosa contínua (0,1 U/kg/h). Após quatro horas de tratamento, a paciente está mais alerta, a glicemia é de 240 mg/dL, e os novos exames mostram:

pH: 7,25  
HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 15 mEq/L  
K<sup>+</sup>: 3,5 mEq/L

A próxima conduta mais adequada é:

- (A) Manter a infusão de insulina e adicionar solução glicosada.
- (B) Administrar cloreto de potássio na solução de hidratação venosa.
- (C) Aumentar a taxa de infusão da solução salina isotônica.
- (D) Trocar a insulina por NPH subcutânea e oferecer dieta.

## Texto para as questões de 21 a 23

Homem, 30 anos de idade, relata tosse e febre. Ao exame clínico, encontra-se confuso, com FR de 30 irpm e SpO<sub>2</sub> de 85%, em ar ambiente. Iniciada máscara não reinalante em *flush rate* e paciente manteve esforço respiratório com SpO<sub>2</sub> de 87%, com FR de 35 irpm, FC de 120 bpm e PA de 100×60 mmHg. A radiografia de tórax é apresentada na imagem a seguir:

**21**

Em relação ao caso descrito, a conduta mais adequada na intubação orotraqueal deste paciente é:

- (A) Intubação com paciente acordado.
- (B) Realizar resgate com máscara laríngea.
- (C) Pré-oxigenação com ventilação não invasiva.
- (D) Pré oxigenação e intubação com ventilação apneica com cateter nasal de alto fluxo.

**22**

Paciente no segundo dia de ventilação mecânica, em modo volume controlado, com volume corrente de 7 mL/kg, PEEP de 10 cmH<sub>2</sub>O, pressão de platô de 27 cmH<sub>2</sub>O, pressão de pico de 33 cmH<sub>2</sub>O, FR de 30 irpm, FiO<sub>2</sub> de 70%, apresenta a seguinte gasometria:

pH: 7,19  
PaCO<sub>2</sub>: 55 mmHg  
PaO<sub>2</sub>: 112 mmHg  
HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 19 mEq/L  
BE: -5

Neste momento, a conduta mais adequada é:

- (A) Aumentar a PEEP.
- (B) Bicarbonato de sódio 1 mEq/kg.
- (C) Reduzir volume corrente.
- (D) Reduzir o espaço morto do circuito.

**23**

No quarto dia de ventilação mecânica, o paciente está sedado com propofol 1,4 mg/kg/h e fentanil 2 µg/kg/h, e em uso de bloqueio neuromuscular com cisatracúrio 0,12 mg/kg/h. Apresenta PaO<sub>2</sub> de 76 mmHg, ventilando em modo volume controlado com volume corrente de 6 mL/kg, PEEP de 10 cmH<sub>2</sub>O, pressão de platô de 22 cmH<sub>2</sub>O e FiO<sub>2</sub> de 45%. No momento da avaliação, paciente apresenta pontuação na *Behavior Pain Scale* – BPS de 3 e a capnografia apresentada na imagem a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Manter sedação titulada para RASS -5.
- (B) Aumentar dose de opioide.
- (C) Suspender bloqueio neuromuscular.
- (D) Realizar teste de respiração espontânea.

**24**

Homem, 52 anos de idade, com hipertensão arterial mal controlada e histórico de infarto agudo do miocárdio há um ano, em uso de AAS 100 mg e enalapril 10 mg ao dia. Trazido para a emergência com relato de síncope e queda da própria altura. Realizou a tomografia de crânio apresentada a seguir:



Em relação ao caso apresentado, a próxima conduta mais adequada é:

- (A) Angiotomografia arterial.
- (B) Fenitoína endovenosa.
- (C) Transfusão de plaquetas.
- (D) Drenagem de hematoma intracraniano.

**25**

Mulher, 47 anos de idade, vegana, com sangramento genital há 15 dias e febre há dois dias. Nega doenças prévias. Exame clínico: regular estado geral, descorada++/4+, temperatura axilar de 38 °C, orofaringe hiperemizada e com petéquias em palato, fígado a 2 cm do rebordo costal direito.

- Exames laboratoriais:

Hb: 9,5 g/dL

VCM: 105 fL

Leucócitos: 800/mm<sup>3</sup>Neutrófilos: 100/mm<sup>3</sup>Linfócitos: 680/mm<sup>3</sup>Monócitos: 20/mm<sup>3</sup>

Presença de algumas células anômalas, com nucléolos evidentes

Plaquetas: 12.000/mm<sup>3</sup>

TP: atividade 50%

TTPA: 1,3

TT: 27 s

Fibrinogênio: 150 mg/dL (ref.: 200 a 400 mg/dL)

βHCG: normal

Foi realizado raio-X de tórax, sem alterações. Em relação ao caso apresentado, o diagnóstico mais provável é:

- (A) Leucemia aguda.  
 (B) Anemia megaloblástica.  
 (C) Aplasia medular.  
 (D) Septicemia.

**26**

Mulher, 22 anos de idade, queixa-se de crises de falta de ar associadas à tosse e sibilância, sobretudo quando exposta a ambientes com muita poeira. Raramente acorda à noite com falta de ar. Nega tabagismo. Para confirmação diagnóstica foi solicitada uma prova de função pulmonar. Assinale a alternativa que apresenta o resultado mais compatível com o diagnóstico da paciente.

(A)	CVF = pré-BD: 2,60 (80%) → pós-BD: 2,70 (82%) VEF1 = pré-BD: 1,50 (65%) → pós-BD: 1,92 (85%) VEF1/CVF = pré-BD: 0,57 → pós-BD: 0,71
(B)	CVF = pré-BD: 2,60 (80%) → pós-BD: 2,60 (80%) VEF1 = pré-BD: 1,50 (65%) → pós-BD: 1,60 (68%) VEF1/CVF = pré-BD: 0,57 → pós-BD: 0,61
(C)	CVF = pré-BD: 2,60 (80%) → pós-BD: 2,70 (82%) VEF1 = pré-BD: 1,82 (80%) → pós-BD: 1,82 (80%) VEF1/CVF = pré-BD: 0,70 → pós-BD: 0,67
(D)	CVF = pré-BD: 2,60 (70%) → pós-BD: 2,70 (80%) VEF1 = pré-BD: 1,82 (80%) → pós-BD: 2,02 (90%) VEF1/CVF = pré-BD: 0,70 → pós-BD: 0,75

Note e adote:

CVF: Capacidade Vital Forçada;

VEF1: Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo;

BD: Broncodilatador

**27**

Homem, 61 anos de idade, com sobrepeso, trabalhador braçal, com queixas de dor em mãos, ombros e joelho esquerdo há 5 anos. Relata piora progressiva, principalmente ao final do dia, e rigidez matinal com duração de 30 minutos. Nega sintomas sistêmicos. Ao exame clínico, apresenta aumento de volume nas interfalangeanas proximais e distais, com nódulos palpáveis, além de crepitação nos ombros e nos joelhos. Há redução da mobilidade do joelho esquerdo. A radiografia do joelho esquerdo é apresentada na imagem a seguir:



A abordagem inicial mais adequada em relação ao joelho esquerdo é:

- (A) Medidas não farmacológicas.  
 (B) Indicação de artroplastia.  
 (C) Infiltração intra-articular com glicocorticoide.  
 (D) Glicocorticoide oral sistêmico.

**28**

Homem, 37 anos de idade, HIV confirmado, sem uso de antirretrovirais e CD4 40 células/µL. Queixa de cefaleia há três semanas, diplopia há cinco dias e dois episódios de vômitos. Tinta da China no líquor com leveduras encapsuladas. Não há flucitosina, nem formulações lipídicas de anfotericina B no hospital. Em relação ao caso apresentado, o tratamento mais adequado é:

- (A) Fluconazol 1.200 mg/dia em monoterapia, por 4 semanas.  
 (B) Anfotericina B desoxicolato 0,7 mg/kg/dia + fluconazol 1.200 mg/dia, por 2 semanas.  
 (C) Anfotericina B desoxicolato 1 mg/kg/dia + fluconazol 800 mg/dia, por 2 semanas.  
 (D) Anfotericina B desoxicolato 5 mg/kg/dia + fluconazol 800 mg/dia, por 2 semanas.

**29**

Homem, 47 anos de idade, com quadro súbito de vertigem enquanto praticava atividade física na academia há seis horas. Também refere diplopia binocular, que melhora ao fechar um dos olhos, e sensação de que é empurrado para direita. Nega antecedentes médicos ou uso de medicações. Apresenta PA de 180×100 mmHg, FC de 110 bpm, glicemia capilar de 93 mg/dL. Ao exame neurológico, apresenta nistagmo horizontal para esquerda, desalinhamento vertical (com olho hipotrópico à direita) e pupila miótica à direita. Realizou tomografia de crânio sem contraste que não mostrou alterações. Assinale a alternativa que apresenta a próxima conduta mais adequada.

- (A) Executar as manobras de Dix-Hallpike e de Epley.
- (B) Administrar dimenidrato e nitroprussiato de sódio IV.
- (C) Trombólise com alteplase 0,9 mg/kg intravenosa.
- (D) Angiotomografia arterial cervical e intracraniana.

**30**

Mulher, 58 anos de idade, com hipertensão arterial e com histórico de cirurgia bariátrica (gastrectomia vertical tipo sleeve e bypass em Y de Roux), relata fratura vertebral após levantar o neto recém-nascido do chão. Possui os seguintes exames:

- Densitometria óssea:  
T-score de fêmur total: -2,4

Colo de fêmur: -2,4

Coluna L1-L4: -2,7

- Exames laboratoriais:

Cr: 0,7 mg/dL

Ca<sup>2+</sup> total: 8,7 mg/dL

Fósforo: 2,4 mg/dL

25-OH-vitamina D: 9 ng/mL

Albumina: 3,7 g/dL

Paratormônio: 103 pg/mL

TGO/AST: 30 U/L

TGP/ALT: 31 U/L

FA: 123 U/L

GGT: 40 U/L

O tratamento inicial mais adequado para esta paciente deve incluir:

- (A) Citrato de cálcio + vitamina D.
- (B) Carbonato de cálcio + vitamina D + zoledrônico.
- (C) Citrato de cálcio + vitamina D + zoledrônico.
- (D) Carbonato de cálcio + vitamina D.

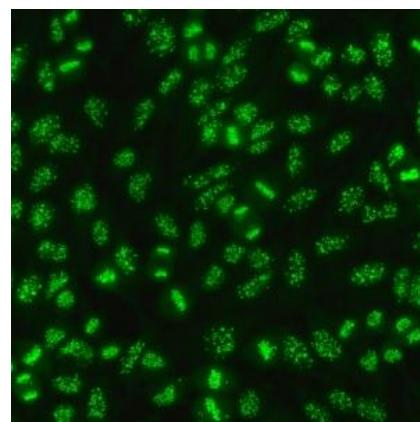
**31**

Mulher, 32 anos de idade, com artrite reumatoide em uso de metotrexato 25 mg/semana, em programação ambulatorial para troca por adalimumabe. Os imunizantes mais adequados para esta paciente, incluindo tanto os da rede pública como privada, são:

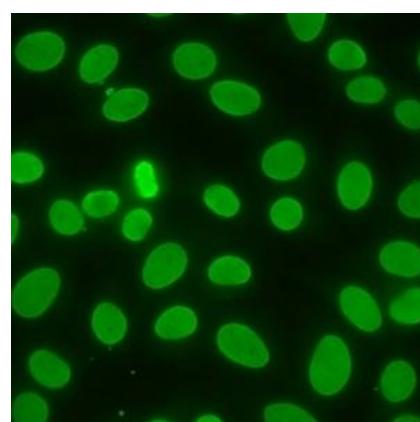
- (A) Febre amarela e herpes zoster.
- (B) Meningocócica ACWY e dengue.
- (C) Febre amarela e dengue.
- (D) Meningocóccica ACWY e herpes zoster.

**32**

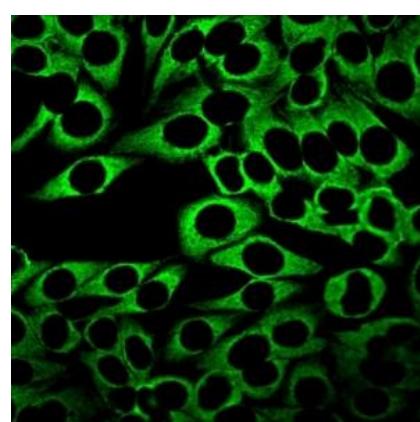
Mulher, 45 anos de idade, com sintomas constitucionais e sinusite de repetição há cinco meses. Nas últimas três semanas, passou a apresentar poliartralgias, redução da diurese, dispneia progressiva com tosse e escarro hemoptoico. Não há evidências de infecção ou neoplasia. O padrão de imunofluorescência esperado para o diagnóstico mais provável é:



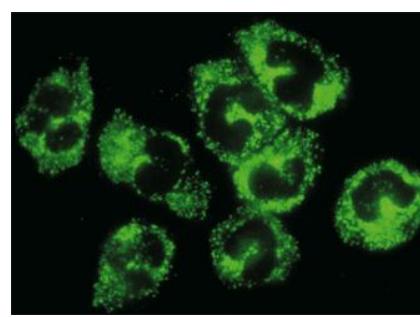
(A)



(B)



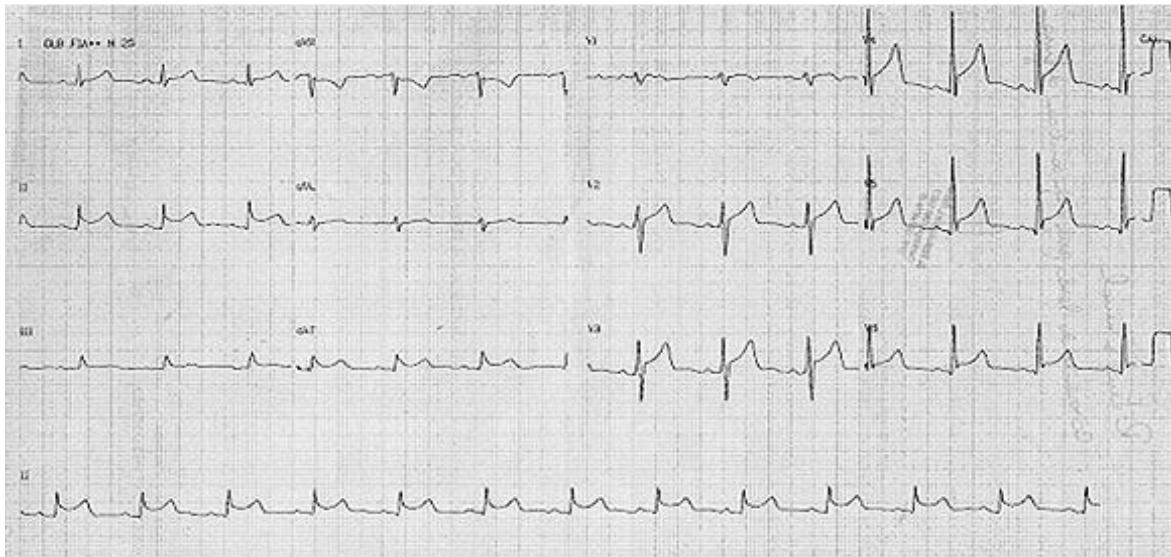
(C)



(D)

**33**

Homem, 62 anos de idade, portador de hipertensão arterial sistêmica mal controlada e tabagista de 20 cigarros/dia há 40 anos, procura a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de dor precordial de forte intensidade com irradiação para nuca e cefaleia associada à visão dupla e vertigem. Refere que o quadro se iniciou há cerca de 1 hora e 30 minutos. Ao exame físico, encontra-se lúcido, porém agitado, com PA de  $200 \times 100$  mmHg, FC de 108 bpm, FR de 26 irpm, SpO<sub>2</sub> de 95% em ar ambiente. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, pulsos periféricos presentes e simétricos. No exame neurológico, apresenta-se com piora da diplopia agravada pela movimentação céfálica, nistagmo horizontal e marcha com instabilidade e tendência a queda para o lado esquerdo, sem outros déficits focais ou sinais meníngeos. Diante do quadro, foi solicitado um ECG na sala de emergência, demonstrado a seguir:



Em relação ao quadro apresentado, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais indicada.

- (A) Caso a transferência a um centro de hemodinâmica seja maior que 120 minutos, deve-se prosseguir com administração de AAS 300 mg, clopidogrel 300 mg, enoxaparina 30 mg EV e trombólise para infarto agudo do miocárdio.
- (B) Iniciar nitroprussiato de sódio imediatamente para controle rápido da pressão arterial visando redução de até 25% da PA inicial na primeira hora.
- (C) Encaminhar o paciente a uma tomografia computadorizada de crânio sem contraste e, na ausência de sangramento, prosseguir com trombólise pelo quadro de acidente vascular cerebral isquêmico.
- (D) Encaminhar o paciente para angiotomografia de aorta e, na presença de dissecção de aorta, iniciar controle de duplo produto com esmolol e nitroprussiato de sódio.

**34**

Mulher, 38 anos de idade, procura atendimento por astenia progressiva, perda de peso de 7 kg nos últimos 4 meses, hipotensão e hiperpigmentação da pele. Nega uso de medicamentos. Relata episódios de diarreia e tonturas ao levantar-se. Ao exame clínico, apresenta-se emagrecida, com PA de  $90 \times 60$  mmHg e FC de 96 bpm.

- Exames laboratoriais:

Na<sup>+</sup>: 130 mEq/L

K<sup>+</sup>: 5,8 mEq/L

Glicose: 68 mg/dL

Cortisol sérico às 8h: 3,2 µg/dL (ref.: 5 a 25 µg/dL)

ACTH plasmático 180 pg/mL (ref.: 7 a 46 pg/mL)

A conduta mais adequada no manejo desta paciente é:

- (A) Repetir cortisol e ACTH e iniciar fludrocortisona.
- (B) Iniciar hidrocortisona e fludrocortisona.
- (C) Confirmar o diagnóstico com teste de estímulo.
- (D) Solicitar ressonância magnética de hipófise.

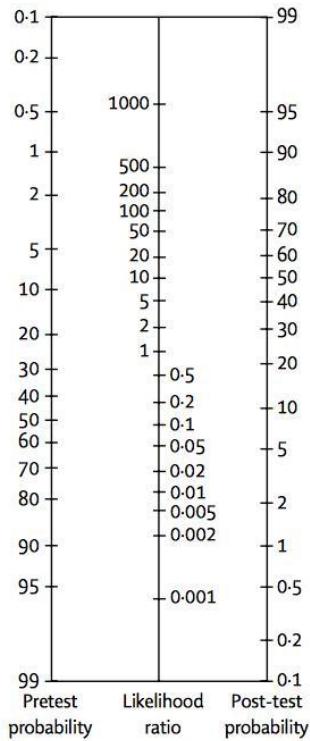
**35**

Um ensaio clínico randomizado de não inferioridade comparou o uso parcial de antibioticoterapia oral à terapia feita toda com antibioticoterapia intravenosa em pacientes com osteomielite crônica. A margem de não inferioridade foi definida em 0,80 para o risco relativo de resposta clínica completa. A análise por intenção de tratar (ITT) mostrou risco relativo de 0,95 (IC<sub>95%</sub>: 0,82–1,07). A análise por protocolo mostrou risco relativo = 0,88 (IC<sub>95%</sub>: 0,76–1,02). A interpretação mais adequada para o resultado é:

- (A) O resultado por ITT demonstra não inferioridade, independentemente da análise por protocolo.
- (B) A análise por protocolo deve ser evitada em ensaios de não inferioridade, pois sempre superestima o efeito da intervenção.
- (C) O estudo confirma a superioridade da estratégia com antibiótico oral sobre o intravenoso.
- (D) Como o IC da análise por protocolo cruza a margem de 0,80, não é possível confirmar não inferioridade.

**36**

Paciente, 50 anos de idade, sem comorbidades relevantes, apresenta dor torácica pleurítica e dispneia súbita. Pela avaliação clínica (escore de Wells), a probabilidade pré-teste de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) é estimada em 20%. Foi solicitado um dímero-D, cujo desempenho em meta-análises é: sensibilidade de 95% e especificidade de 40%. O resultado foi negativo. Observe o gráfico a seguir:



Em relação às informações apresentadas, a probabilidade pós-teste aproximada de TEP nesse paciente é:

- (A) 2%.
- (B) 5%.
- (C) 7%.
- (D) 10%.

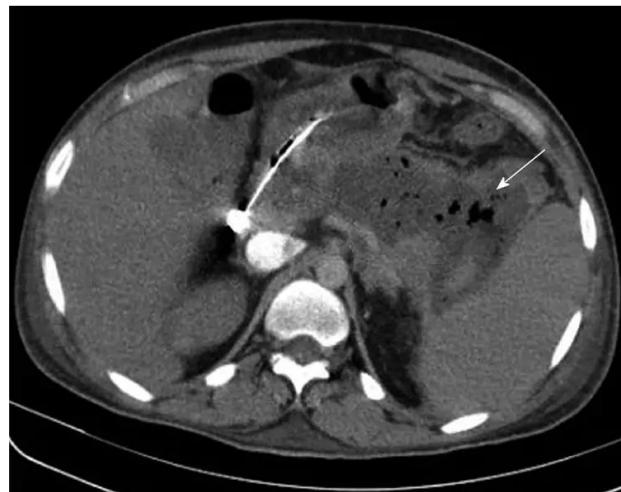
**37**

Homem, 63 anos de idade, com cirrose hepática, internado por infecção de trato urinário e aumento da ascite. Está recebendo ceftriaxone, recebeu dois dias de hidratação com cristaloides e diuréticos foram suspensos. Ao exame clínico, apresenta estado geral regular, PA de 100×50 mmHg, FC de 78 bpm, FR de 20 ipm, temperatura de 36,9 °C, SpO<sub>2</sub> de 97% em ar ambiente, bem perfundido, sem evidências de encefalopatia, ascite volumosa e depressível, com edema de membros inferiores +/4+. Ao longo dos três primeiros dias de internação, apresentou piora da creatinina de 1,1 mg/dL para 2,5 mg/dL. Sódio urinário <10 mEq/L. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Iniciar terlipressina e albumina.
- (B) Iniciar corticoide intravenoso.
- (C) Trocar antibioticoterapia.
- (D) Realizar paracentese de alívio.

**38**

Homem, 50 anos de idade, internado por pancreatite aguda por litíase biliar. No 12º dia de internação, evoluiu com piora clínica, apresentando PA de 96×52 mmHg, FC de 112 bpm e queda do hematocrito. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome contrastada apresentada na imagem a seguir:



Considerando o caso apresentado, a próxima conduta mais adequada é:

- (A) Necrosectomia aberta.
- (B) Antibioticoterapia de amplo espectro.
- (C) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
- (D) Drenagem percutânea do cisto pancreático.

**39**

Mulher, 23 anos de idade, com anemia desde a infância, tratada diversas vezes com ferro oral. Nega consanguinidade familiar; mãe submetida à colecistectomia aos 32 anos de idade, avó materna esplenectomizada durante uma colecistectomia aos 52 anos de idade. Há seis meses, foi internada por pneumonia, necessitando de transfusão de sangue. Exame clínico: descorada 1+/4+, baço palpável a 6 cm do rebordo costal esquerdo.

- Exames laboratoriais:  
Hb: 10,8 g/dL  
VCM: 83,5 fL (aguardando avaliação de sangue periférico)  
Leucócitos: 7.300/mm<sup>3</sup> (diferencial normal)  
Plaquetas: 170.000/mm<sup>3</sup>  
Reticulócitos: 6,4% (192.000/mm<sup>3</sup>)  
Bilirrubina total: 2,1 mg/dL  
Bilirrubina indireta: 1,8 mg/dL  
DHL: 420 U/L (ref.: 240 UI/L)  
Haptoglobina sérica: 32 mg/dL (ref.: 30 a 100 mg/dL)  
Coombs direto: negativo

A alteração laboratorial com maior probabilidade de ser encontrada é:

- (A) Prova de falcização positiva.
- (B) CD55 negativo em 70% das hemácias.
- (C) Nível baixo de G6PD em eritrócitos.
- (D) Curva de resistência globular desviada para direita.

**40**

Homem, 62 anos de idade, tabagista de 60 anos-maço, procura o pronto atendimento com edema de face, de membros superiores, pletora facial, sudorese e circulação colateral no tórax. Ao exame clínico, apresenta-se consciente e orientado, com FC de 94 bpm, PA de 140×90 mmHg, FR de 21 irpm e SpO<sub>2</sub> de 95% em ambiente. A tomografia de tórax é mostrada nas imagens a seguir:



Em relação ao caso apresentado, a próxima conduta mais adequada é:

- (A) PET-CT.
- (B) Radioterapia.
- (C) Biópsia transtorácica.
- (D) Corticoterapia em altas doses.

**41**

Homem, 59 anos de idade, em tratamento de adenocarcinoma de pâncreas metastático para fígado com esquema FOLFIRINOX (5-Fluorouracil, irinotecano e oxaliplatina) a cada duas semanas. Apresentou melhora do quadro de dor e queda de antígeno CA 19.9, porém desde o último ciclo tem apresentado piora de náuseas e vômitos. Faz uso de ondansetrona, dexametasona e aprepitanto como profilaxia para êmese. Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa que apresenta o medicamento adicional mais adequado para profilaxia do sintoma.

- (A) Metoclopramida.
- (B) Haloperidol.
- (C) Dimenidrinato.
- (D) Olanzapina.

**42**

Homem, 45 anos de idade, em reabilitação após trauma raquímedular, em uso de paracetamol, codeína e carbamazepina há três semanas. Apresenta-se sem edemas, está alerta e com capacidade normal de se alimentar, sem restrição dietética em prescrição, com PA de 110×70 mmHg e FC de 85 bpm, afebril.

- Exames laboratoriais:

Cr: 0,88 mg/dL

Ur: 40 mg/dL

K<sup>+</sup>: 4,2 mEq/L

Na<sup>+</sup>: 126 mEq/L

pH: 7,37

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 23,7 mmol/L

TSH: 1,33 µUI/mL

- Urina tipo 1:

pH: 5,5 (ref.: 5,0 a 6,0)

Densidade: 1,020 (ref.: 1,015 a 1,025)

Glicose: ausente (ref.: ausente)

Proteínas: < 0,05 g/L (ref.: < 0,05 g/L)

Leucócitos: 2/campo (ref.: até 10/campo)

Eritrócitos: 1/campo (ref.: até 3/campo)

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta os resultados mais prováveis e as condutas mais adequadas.

- (A) Osmolalidade urinária 95 mOsm/kg H<sub>2</sub>O, sódio urinário 15 mmol/L; suspender a carbamazepina e prescrever restrição hídrica.
- (B) Osmolalidade urinária 95 mOsm/kg H<sub>2</sub>O, sódio urinário 63 mmol/L; prescrever diurético de alça.
- (C) Osmolalidade urinária 794 mOsm/kg H<sub>2</sub>O, sódio urinário 15 mmol/L; prescrever 100 mL de solução salina intravenosa 3% em 30 minutos.
- (D) Osmolalidade urinária 794 mOsm/Kg H<sub>2</sub>O, sódio urinário 63 mmol/L; suspender a carbamazepina e prescrever restrição hídrica.

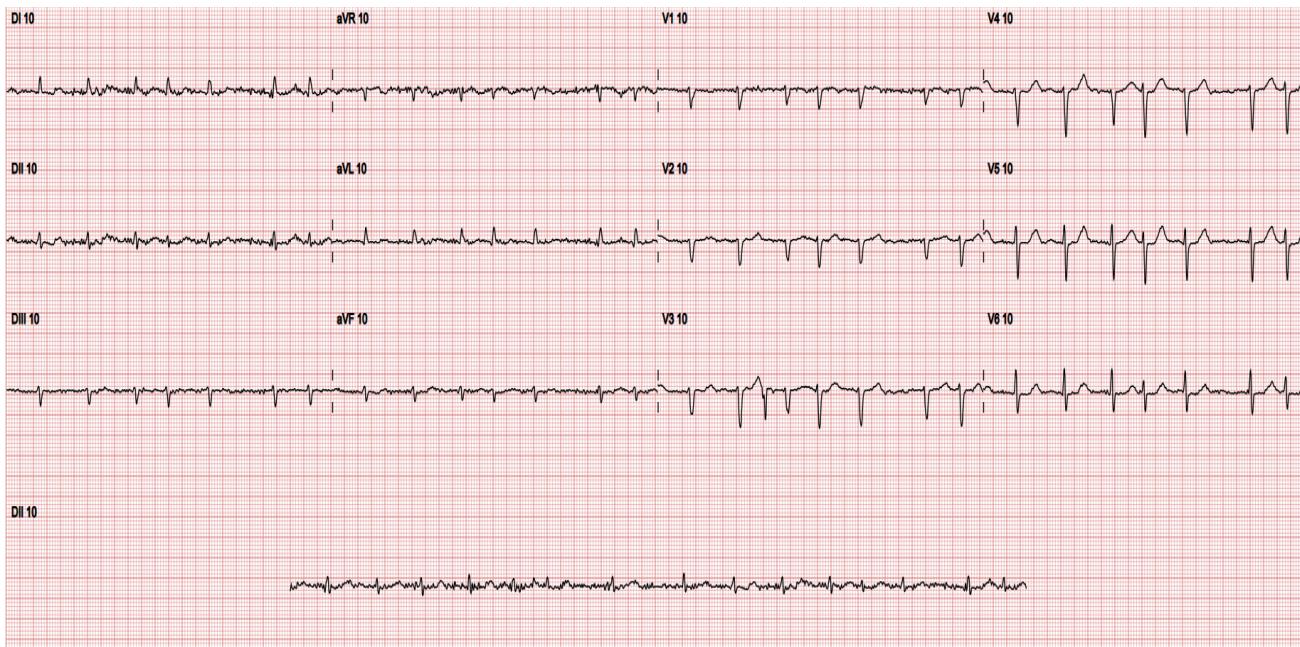
**43**

Homem, 64 anos de idade e 15 anos de escolaridade, possui diagnóstico de doença de Parkinson há 5 anos e está, atualmente, em uso de biperideno, pramipexol e levodopa com benserazida. Refere dificuldades de memória e de concentração nas tarefas. Ainda trabalha como comerciante, mas sente que, às vezes, se atrapalha com as contas. Outra queixa, é que passou a ver vultos e ter sensação de que há pessoas passando por trás dele. No mini exame do estado mental, o paciente fez 25 pontos, perdendo 03 pontos nas subtrações em série, 01 ponto na evocação das palavras e 01 ponto na cópia do desenho. Ao exame neurológico, apresenta bradicinesia, rigidez com roda denteada, sem tremor de repouso. Assinale a alternativa que apresenta a próxima conduta mais adequada para o caso apresentado.

- (A) Suspender a levodopa.
- (B) Suspender o biperideno.
- (C) Prescrever a rivastigmina.
- (D) Prescrever a quetiapina.

**44**

Mulher, 67 anos de idade, atualmente tabagista 50 anos-maço com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica em uso de formoterol. Antecedentes cirúrgicos de colecistectomia, cesárea e abordagem de síndrome do túnel do carpo bilateral. Conta, ainda, rotura de tendão de bíceps enquanto pendurava roupas no varal há 2 anos, em tratamento conservador e sem limitação funcional em braços. Recentemente, suspendeu por conta própria enalapril que usava para hipertensão, pois notou a pressão mais baixa nos últimos meses. Procura atendimento em ambulatório de clínica médica com queixa de falta de ar aos esforços. Nega dor torácica. Ao exame físico, apresenta PA de 90×74 mmHg, FC de 90 bpm, SpO<sub>2</sub> de 93% em ar ambiente. Ausculta cardíaca com ritmo irregular, sem sopros, bem perfundida. Ausculta pulmonar com murmúrios globalmente reduzidos, sibilância expiratória e estertores bibasais. Membros com edema 1+ simétrico, pulsos pediosos amplos.



Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o diagnóstico e manejo desta paciente.

- (A) Iniciar apixabana e furosemida, manter sem enalapril, solicitar BNP e ecocardiograma com *strain*.
- (B) Iniciar bisoprolol, sacubitril-valsartana e espironolactona, além de furosemida para alívio sintomático inicial e melhor controle volêmico. Solicitar ecocardiograma e BNP.
- (C) Reiniciar enalapril para controle pressórico e nefroproteção, além de apixabana. Solicitar MAPA 24h para avaliar controle pressórico em domicílio.
- (D) Associar segundo broncodilatador, solicitar prova de função pulmonar e ecocardiograma para avaliar doença pulmonar obstrutiva crônica e evolução para hipertensão pulmonar.

**45**

Homem, 52 anos de idade, com diabetes melito tipo 2, HAS e obesidade grau 1. Foi solicitado ultrassom de abdome após consulta de rotina, que mostrou fígado de dimensões normais, bordas finas, ecotextura discretamente heterogênea e esteatose de grau moderado.

- Exames laboratoriais:
- HbA1c: 6,5%
- LDL colesterol: 110 mg/dL
- Triglicérides: 130 mg/dL
- TGO/AST: 35 U/L
- TGP/ALT: 38 U/L

Considerando o caso apresentado, o próximo passo mais adequado é:

- (A) Calcular FIB-4.
- (B) Realizar biópsia hepática.
- (C) Repetir transaminases em seis meses.
- (D) Repetir imagem em um ano.

**46**

Homem, 77 anos de idade, bancário aposentado, sedentário, hipertenso, diabético e tabagista, apresenta perda de iniciativa e diminuição da interação social. Ele nega tristeza ou falta de prazer nas atividades. A esposa relata lapsos de memória com piora no último ano. Tem dificuldades para controlar as suas finanças, precisando de ajuda ocasionalmente, mas é independente em suas atividades diárias. Testes cognitivos com alterações significativas nos domínios de atenção e de memória. Exames laboratoriais e de neuroimagem sem alterações. A conduta terapêutica mais adequada é:

- (A) Donepezila.
- (B) Memantina.
- (C) Reabilitação cognitiva.
- (D) Estimulação magnética transcraniana.

**47**

Paciente, 57 anos de idade, hospitalizada por quadro de adinamia e confusão nos últimos três dias. Encontra-se emagrecida, hidratada, com taquipneia e afebril. Familiares relatam inapetência há cerca de três meses, associada a luto recente pelo falecimento do marido.

- Exames laboratoriais:

$\text{Na}^+$ : 122 mEq/L

$\text{Cr}$ : 1,1 mg/dL

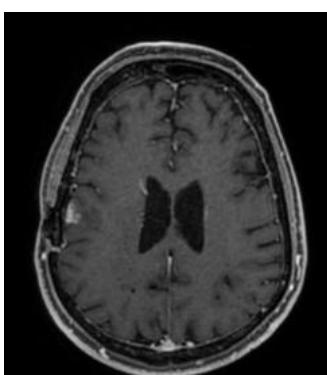
$\text{K}^+$ : 3,5 mEq/L

$\text{Cl}^-$ : 103 mEq/L

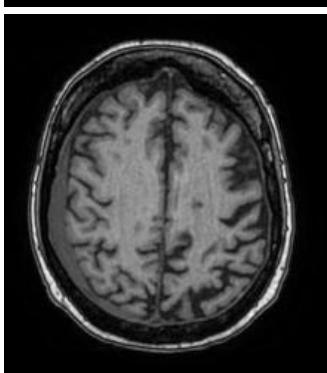
Urina tipo 1 com densidade de 1,030

Assinale a alternativa que apresenta o exame de imagem mais compatível com o caso clínico apresentado.

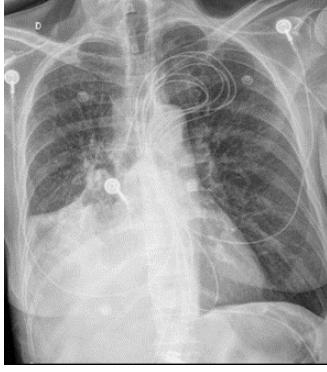
(A)



(B)



(C)



(D)

**48**

Em um estudo clínico, 889 pacientes submetidos a tratamento adjuvante para câncer colorretal foram aleatorizados para realizar atividade física estruturada ou receber materiais educativos sobre saúde. Após um seguimento de 7,9 anos, observou-se uma diferença em cinco anos de sobrevida livre de doença de 80,3% para o grupo que realizou atividade física e 73,9% para o grupo de educação em saúde. Isto correspondeu a um *hazard ratio* de 0,72 com IC<sub>95%</sub> 0,55 a 0,94. É possível afirmar:

- (A) O desenho do estudo apresenta viés de seleção e, portanto, baixa validade externa.
- (B) O tempo de seguimento é inadequado para a proposta do estudo em questão.
- (C) A diferença absoluta de 6,4% é clinicamente e estatisticamente significativa.
- (D) Não é possível inferir a magnitude do ganho pelos dados apresentados.

**49**

Homem, 42 anos de idade, asmático, está em tratamento com beclometasona 500 µg, inalatório, 12/12 horas e salbutamol 100 µg de resgate. Apresentou melhora inicial dos sintomas, porém necessita de resgate quatro vezes por semana. Nos últimos três meses, teve uma crise em que necessitou de corticoterapia oral. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Manter corticoide inalatório e resgate com  $\beta_2$ -agonista de curta duração e associar antileucotrieno
- (B) Associar broncodilatador anticolinérgico ao corticoide inalatório e manter  $\beta_2$ -agonista de curta duração.
- (C) Aumentar dose do corticoide inalatório e manter resgate com  $\beta_2$ -agonista de curta duração.
- (D) Substituir terapia por  $\beta_2$ -agonista de longa duração associado a corticoide inalatório para manutenção e resgate.

**50**

Homem, 70 anos de idade, ex-tabagista com carga de 50 anos-maço e abstêmio há 5 anos. Há 8 anos, com quadro de dispneia progressiva e tosse crônica. No último ano, apresentou duas idas ao pronto-socorro com necessidade de corticoide associada à antibioticoterapia oral. Espiometria com VEF1 38%, sem mudança após broncodilatador.

- Exames laboratoriais:

Hemoglobina: 16,5 g/dL

Leucócitos: 8.100/mm<sup>3</sup>

Eosinófilos: 380/mm<sup>3</sup>

Ur: 38 mg/dL

Cr: 1,2 mg/dL

Além de  $\beta_2$  de longa duração, a terapia mais adequada para este paciente deve incluir:

- (A) Metilxantina e corticoide inalatório.
- (B) Metilxantina e corticoide oral.
- (C) Anticolinérgico de longa duração e corticoide oral.
- (D) Anticolinérgico.

**51**

Homem, 52 anos de idade, com história de regurgitação noturna importante, acompanhada de leve queimação há 6 meses. Refere que pela regurgitação estava comendo menos e perdeu 3 kg no período. Procurou atendimento médico, sendo solicitada endoscopia digestiva alta, a qual apresentou achado de esofagite erosiva grau A. Tentou tratamento com inibidor de bomba de prótons por 3 meses sem resposta clínica satisfatória. Foi indicado tratamento cirúrgico com fundoplicatura total + hiatoplastia para tratamento de refluxo refratário, o paciente evoluiu com disfagia importante no pós-operatório. Com base no caso apresentado, pode-se afirmar:

- (A) O paciente evoluiu com quadro de pseudoacalasia causada por possível hiato apertado.
- (B) A indicação cirúrgica foi precipitada, pois não foram afastados diagnósticos diferenciais para o quadro clínico.
- (C) A indicação está correta, pois trata-se de doença do refluxo refratário, sendo o tratamento cirúrgico a melhor opção.
- (D) A esofagite grau A afasta o diagnóstico de refluxo gastroesofágico, segundo os critérios do consenso de Lyon 2-0.

**54**

Homem, 45 anos de idade, referindo disfagia progressiva para sólidos há 2 anos e, recentemente, para alimentos pastosos, com dificuldade de tomar água por vezes, realizou endoscopia há 10 meses que veio normal. Nega ser de zona endêmica para Doença de Chagas, refere ter perdido 5 kg no último ano. Com relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se prosseguir a investigação diagnóstica com raio-X contrastado do esôfago e manometria esofágica.
- (B) Pela disfagia progressiva e perda de peso, deve tratar-se de um câncer de esôfago, sendo necessário repetir a endoscopia o mais rápido possível.
- (C) Confirmando-se o diagnóstico de acalasia pela manometria esofágica, deve-se encaminhar o paciente para uma cardiomiotomia endoscópica (POEM).
- (D) Com a endoscopia normal e a epidemiologia negativa para Chagas, fica afastada a hipótese de acalasia.

**55**

Homem, 63 anos de idade, realizou endoscopia digestiva alta devido a queixas dispépticas pós-prandiais. No exame, foi notada gastrite leve em antro e abaulamento subepitelial em pequena curvatura de corpo alto, medindo 1,7 cm. Na investigação, realizou ecoendoscopia que mostrou que a massa se originava na 4ª camada da parede gástrica e a punção com agulha fina revelou neoplasia fusocelular, com < 5 mitoses por 50 campos de alta potência. A imuno-histoquímica mostrou os seguintes marcadores positivos: actina de músculo liso, DOG-1, CD117. O diagnóstico e a conduta são, respectivamente:

- (A) Leiomioma gástrico, seguimento endoscópico.
- (B) Leiomioma gástrico, ressecção cirúrgica.
- (C) Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), ressecção cirúrgica.
- (D) Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), seguimento endoscópico.

**56**

Homem, 66 anos de idade, portador de diabetes melito tipo 2 controlado (em uso de apenas um medicamento diário), dislipidêmico e sem hipertensão arterial. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, com índice de massa corpórea de 43 kg/m<sup>2</sup>, sendo a restrição de mobilidade relacionada ao excesso de peso sua principal queixa, sem evidência de sarcopenia. A endoscopia pré-operatória mostrou esofagite grau C de Los Angeles. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta terapêutica para o paciente.

- (A) Gastrectomia vertical, por se tratar de um idoso.
- (B) Balão intragástrico, pois o paciente não tem indicação cirúrgica.
- (C) Bypass gástrico, se o paciente for clinicamente apto, pois irá se beneficiar com a cirurgia em vários aspectos.
- (D) Encaminhar para o endocrinologista acompanhar e fazer tratamento clínico, pois o paciente não preenche os critérios de inclusão ao tratamento cirúrgico, segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS).

**52**

Uma das complicações da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é o esôfago de Barrett, quanto à essa complicação, pode-se afirmar:

- (A) A fundoplicatura ideal no esôfago de Barrett é a fundoplicatura parcial, uma vez que estes pacientes apresentam grande prevalência de dismotilidade esofágica.
- (B) O tratamento cirúrgico da doença do refluxo, em pacientes com esôfago de Barrett, pode estabilizar o epitélio colunar e reduzir o risco de desenvolvimento de adenocarcinoma, porém, o seguimento endoscópico dos pacientes operados deve ser mantido segundo protocolos específicos.
- (C) O tratamento cirúrgico do refluxo gastroesofágico, nos pacientes com esôfago de Barrett, libera esses pacientes do seguimento endoscópico, uma vez que, diminui a inflamação do epitélio e o risco de carcinogênese.
- (D) A pH-metria de 24 horas deve ser realizada em todos os pacientes com esôfago de Barrett para a programação do tratamento adequado.

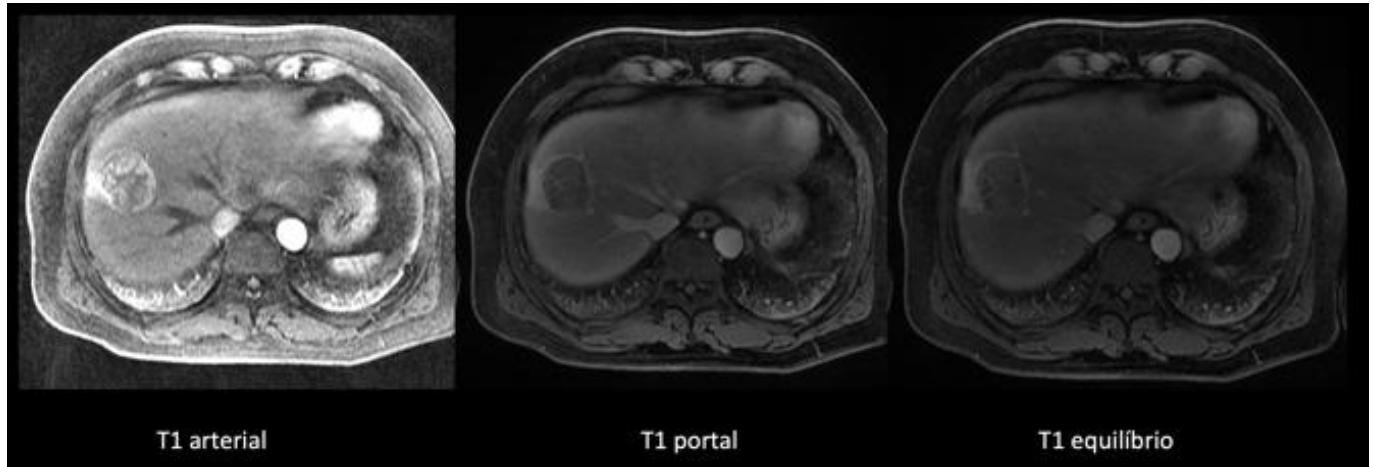
**53**

Homem, 52 anos de idade, com história de etilismo crônico, apresenta dor epigástrica recorrente há vários anos, com episódios de piora pós-prandial e irradiação para o dorso. Refere perda de peso de 7 kg nos últimos 6 meses, com progressiva piora da dor, mesmo após suspender uso de álcool. Tomografia de abdome revela pâncreas atrófico, ducto pancreatico principal dilatado (9 mm) e presença de calcificações intraductais. Não há lesão focal ou sinais de complicação aguda. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o paciente.

- (A) Pancreatoscopia e litotripsia.
- (B) Derivação pancreatojejunal.
- (C) Alcoolização do plexo celíaco.
- (D) Reposição de enzimas pancreáticas.

## Texto para as questões 57 e 58

Homem, 61 anos de idade, com antecedente de hepatite C desde 2012, tratada com resposta virológica sustentada. Apresentou, em seguimento ambulatorial, nódulo em lobo hepático direito à ultrassonografia, medindo 4,5 cm. Nega ascite, episódios de confusão mental ou hemorragia digestiva. Child-Pugh A6, Model for End-Stage Liver Disease (MELD) = 7. Realizou ressonância magnética de abdome com contraste, apresentada na imagem a seguir:

**57**

Baseado na imagem, qual o diagnóstico do paciente e em qual segmento hepático está localizada a lesão?

- (A) Carcinoma hepatocelular, segmento 4a.
- (B) Colangiocarcinoma intra-hepático, segmento 5.
- (C) Carcinoma hepatocelular, segmento 7.
- (D) Carcinoma hepatocelular, segmento 8.

**58**

O caso foi discutido em reunião multidisciplinar e optado pela abordagem cirúrgica do paciente, as imagens a seguir mostram o aspecto final da cirurgia.



Qual cirurgia foi realizada e quais estruturas são apontadas pelas setas 1 e 2, respectivamente?

- (A) Ressecção regrada do segmento 4, veia hepática média, veia hepática esquerda.
- (B) Mesohepatectomia não regrada, veia hepática média, veia hepática esquerda.
- (C) Setorectomia anterior direita, veia hepática direita, veia hepática média.
- (D) Setorectomia posterior direita, veia hepática média, veia hepática esquerda.

**59**

Homem, 67 anos de idade, com adenocarcinoma bem diferenciado de antró gástrico, com boa funcionalidade, estadiado clinicamente como cT2cN+ (lesão restrita à camada muscular e com 1 linfonodo suspeito perilesional). Assinale a alternativa que indica a melhor conduta para o paciente apresentado.

- (A) Quimioterapia perioperatória.
- (B) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1+.
- (C) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
- (D) Gastrectomia total com linfadenectomia D2.

**63**

Com relação ao tratamento cirúrgico da doença inflamatória intestinal, pode-se afirmar:

- (A) A otimização pré-operatória do paciente geralmente não melhora as condições em que o paciente é operado.
- (B) Diferentes técnicas de anastomose devem ser consideradas com base na gravidade e na localização da Doença de Crohn.
- (C) A radicalidade cirúrgica com ressecção de todas as áreas acometidas é fundamental para diminuir a recidiva da Doença de Crohn.
- (D) Para obter-se os melhores resultados com menor taxa de recidiva, o momento ideal da cirurgia da Doença de Crohn do cólon é assim que o paciente comece a apresentar aumento do número de evacuações.

**60**

Mulher, 45 anos de idade, com antecedente de retocolite ulcerativa idiopática, apresenta episódios recorrentes de febre, calafrios, icterícia e hipocolia fecal. Colangiorressonância mostra estenoses multifocais e irregularidades, alternando com dilatações das vias biliares intra e extra-hepáticas. Assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica.

- (A) Coledocolitiase.
- (B) Colangiocarcinoma.
- (C) Cirrose biliar primária.
- (D) Colangite esclerosante primária.

**61**

Homem, 85 anos de idade, internado em UTI devido a infarto agudo do miocárdio com supra de ST, submetido à angioplastia com stent há 5 dias, evolui com dor em hipocôndrio direito. Apresenta frequência cardíaca de 130 bpm, PAM de 58 mmHg. Exames laboratoriais mostram alterações de transaminases, leucocitose lesão renal aguda e plaquetopenia ( $45.000/mm^3$ ). A ultrassonografia de abdome identificou espessamento da parede da vesícula biliar e cálculo biliar impactado em infundíbulo. Realizada ressuscitação volêmica, iniciados vasopressores e antibioticoterapia. Assinale a alternativa que indica a conduta mais apropriada nesse momento.

- (A) Colecistostomia percutânea.
- (B) Colecistectomia laparoscópica.
- (C) Suporte intensivo e observação clínica.
- (D) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.

**62**

Com relação à classificação molecular do adenoma hepático, é correto afirmar:

- (A) É baseada em achados encontrados em cortes histológicos corados com hematoxilina e eosina.
- (B) O subtipo *hepatocyte nuclear factor 1 alpha* (HNF1 alfa) inativado, também conhecido como “adenoma esteatótico”, tem baixo risco de desenvolver complicações.
- (C) O subtipo com presença de mutação da beta-catenina tem maior risco de rotura e sangramento.
- (D) O subtipo inflamatório não tem associação com o uso de anticoncepcionais orais.

**64**

Assinale a alternativa correta quanto à neoplasia de cólon.

- (A) Os objetivos da ressecção são obter margens circunferenciais negativas e remover a região do mesentério com maior risco de disseminação linfática.
- (B) A quimiorradioterapia neoadjuvante total seguida de ressecção cirúrgica do adenocarcinoma de cólon esquerdo estágio III oferece a menor taxa de recidiva local e maior sobrevida.
- (C) A região do mesentério com maior risco de disseminação linfática a ser removida é pouco relacionada à sua embriologia, mas principalmente à fisiologia.
- (D) A extensão da colectomia é determinada pela profundidade, extensão e tamanho luminal do adenocarcinoma localmente avançado.

**65**

Quanto aos abscessos e fistulas perianais, assinale a alternativa correta.

- (A) Raramente (menos de 1/10 dos casos) os abscessos criptoglandulares evoluem para fistulas.
- (B) Para o tratamento cirúrgico eficaz da fistula perianal interesfícterioriana, o exame sob anestesia na sala cirúrgica é de menor valia que a tomografia de pelve.
- (C) O abscesso anorretal deve ser tratado prioritariamente com drenagem cirúrgica, e não com antibioticoterapia.
- (D) As prioridades no manejo, geralmente, seguem a esta ordem de importância: cura sem recorrência, preservação da continência e por fim, controle da sepsse.

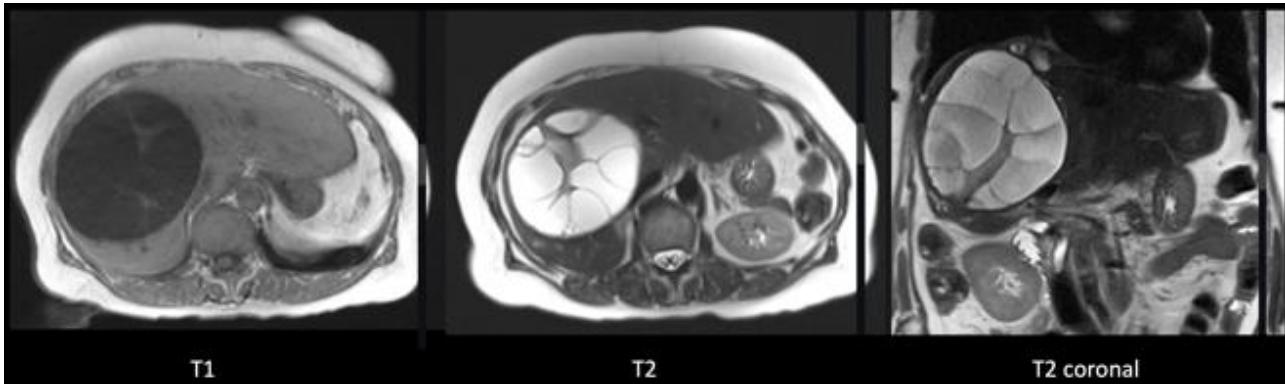
**66**

Mulher, 27 anos de idade, submetida à derivação gástrica em Y de Roux (bypass gástrico), apresenta, trinta dias após o procedimento, quadro de vômitos frequentes, evoluindo alguns dias depois com diplopia e confusão mental. Este quadro clínico pode indicar

- (A) fistula gástrica
- (B) deficiência de Zinco.
- (C) deficiência de vitamina A.
- (D) deficiência de vitamina B1.

**67**

Mulher, 37 anos de idade, proveniente da Bolívia, mora em São Paulo há 5 anos. Refere dor em região do hipocôndrio direito com piora progressiva há 3 anos, nega emagrecimento. Fez ultrassom de abdome total que evidenciou lesão cística complexa no lobo hepático direito medindo 15 cm, com paredes espessadas, septos grosseiros e “cistos filhos”. Foi solicitada ressonância magnética, a qual pode ser observada nas imagens a seguir:



Baseado nos dados clínicos e exame de imagem, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável e o melhor tratamento para essa paciente.

- (A) Cisto hidático (hidatidose) e pericistectomia.
- (B) Cisto hepático simples e “destelhamento” laparoscópico.
- (C) Abscesso hepático e drenagem por radiologia intervencionista.
- (D) Neoplasia cística mucinosa hepática (cistoadenoma biliar) e hepatectomia direita.

**68**

Mulher, 65 anos de idade, assintomática, com achado incidental em ultrassonografia de abdome de cisto em cauda do pâncreas. Realizou ressonância magnética de abdome superior que evidenciou lesão cística na cauda do pâncreas, medindo 2,7 cm, com comunicação com o ducto pancreático principal, o qual tem calibre de 0,5 cm, não foram visualizados nódulos ou vegetações dentro do cisto. Realizou ecoendoscopia que confirmou os achados da ressonância, sendo realizada punção do cisto para análise, a qual revelou presença de mucina e dosagem do Antígeno Carcinoembrionário (CEA) de 350 ng/mL. CA 19-9 sérico normal. O diagnóstico mais provável e a conduta para essa paciente são, respectivamente,

- (A) neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) de ductos secundários, pancreatectomia caudal com preservação esplênica.
- (B) neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) do tipo misto, pancreatectomia corpocaudal com preservação esplênica.
- (C) neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) de ductos secundários, seguimento com exames de imagem.
- (D) neoplasia cística mucinosa, pancreatectomia caudal + esplenectomia.

**69**

É etapa fundamental da cirurgia radical no tratamento do adenocarcinoma gástrico:

- (A) Bursectomia.
- (B) Omentectomia.
- (C) Coleta de citologia oncocítica.
- (D) Margem de 2 cm nas lesões T1.

**70**

Considere uma paciente com Tumor Neuroendócrino (TNE) gástrico do tipo clínico 1, bem diferenciado (grau 1) da Organização Mundial de Saúde à biópsia. Pode-se esperar os seguintes achados endoscópicos e laboratoriais:

- (A) Gastrite atrófica, múltiplas lesões elevadas pequenas (< 1 cm), anticorpo anti-células parietais positivo.
- (B) Hiperplasia de pregas gástricas, múltiplas lesões elevadas pequenas (< 1 cm), gastrina sérica elevada.
- (C) Múltiplas lesões elevadas pequenas (< 1 cm), úlceras pépticas, gastrina sérica elevada.
- (D) Lesão vegetante única, tamanho > 1 cm, gastrina sérica normal.

**71**

Mulher, 38 anos de idade, no 43º dia pós-operatório de bypass gástrico. Admitida no pronto atendimento com queixa recente de disfagia progressiva. Relata estar seguindo corretamente a dieta orientada pela nutricionista, tendo iniciado dieta sólida há 1 semana, período em que iniciaram os sintomas. Refere piora com disfagia para sólidos nos últimos dias. Ao exame físico, encontra-se com sinais leves de desidratação e abdome inocente. A causa mais provável do quadro e seu tratamento são

- (A) hérnia interna, tratamento cirúrgico.
- (B) esofagite de refluxo, tratamento clínico.
- (C) distensão aguda do estômago excluso, tratamento cirúrgico.
- (D) estenose da gastroenteroanastomose, tratamento endoscópico.

**72**

Homem, 62 anos de idade, sem comorbidades, refere quadro de icterícia e colúria há 15 dias. Realizou exame de ressonância magnética de abdome superior que demonstrou dilatação das vias biliares intra-hepáticas e lesão compatível com colangiocarcinoma hilar Bismuth IIIa medindo 3,1 cm, com acometimento da artéria hepática direita. Tomografia de tórax sem evidência de doença à distância. Ao exame físico, bom estado geral, eutrófico, icterico ++/4+.

- Exames laboratoriais:

Bilirrubina total: 14 mg/dL (VR: 0,2 a 1,1 mg/dL)  
 Bilirrubina direta: 12,3 mg/dL (VR: 0,0 a 0,3 mg/dL)  
 CA 19-9: 5.330 U/mL (VR: < 37 U/mL)

O volume calculado do remanescente hepático foi de 30% do volume hepático total. Qual a melhor conduta para o paciente, neste momento?

- (A) Quimio e radioterapia de consolidação.
- (B) Trissetorectomia esquerda + linfadenectomia hilar + anastomose biliodigestiva.
- (C) Drenagem transparieto-hepática do lobo esquerdo e embolização por radiologia intervencionista do ramo portal direito.
- (D) Drenagem transparieto-hepática do lobo direito seguida de trissetorectomia direita + ressecção do segmento 1 + linfadenectomia hilar + anastomose biliodigestiva.

**73**

Adolescente do sexo feminino, 16 anos de idade, com histórico de obesidade desde a infância. Atualmente, apresenta índice de massa corpórea de 63 kg/m<sup>2</sup>, hipertensão arterial sistêmica e resistência periférica à insulina. Assinale a alternativa que apresenta a melhor opção terapêutica.

- (A) Derivação biliopancreática com desvio duodenal por se tratar da melhor cirurgia para super-obesos.
- (B) Bypass gástrico por se tratar de um procedimento seguro e levar à remissão das comorbidades.
- (C) Gastrectomia vertical por se tratar de uma adolescente.
- (D) Tratamento pré-operatório com balão intragástrico e medidas clínicas para perda de peso; integração com a equipe multidisciplinar de cirurgia bariátrica, sendo a técnica discutida com a participação da família.

**74**

Homem, 59 anos de idade, submetido à gastrectomia vertical, no 5º dia pós-operatório apresenta sinais de septicemia. O exame tomográfico confirmou o diagnóstico de extravasamento de grande quantidade de contraste para a cavidade abdominal. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Encaminhar para endoscopia para colocação de prótese.
- (B) Laparoscopia com limpeza da cavidade e colocação de dreno para direcionar a fistula e depois chamar o serviço de endoscopia para posicionar prótese, se necessário.
- (C) Como se trata de uma fistula precoce, o melhor procedimento é suturar o orifício e realizar a limpeza da cavidade.
- (D) Suturar uma alça de delgado sobre o orifício para ocluir a fistula e realizar a limpeza da cavidade.

**75**

Assinale a alternativa correta.

- (A) A altura da reflexão peritoneal anterior do reto é constante (12 cm) sendo importante reparo anatômico para o tratamento cirúrgico do prolapsos retal por via perineal.
- (B) Os espaços isquioanais dividem-se em proximal e distal, e justificam a fistula em ferradura e seu tratamento cirúrgico.
- (C) A flexura esplênica do cólon é zona de risco de isquemia devido ao reduzido fluxo da artéria cólica média.
- (D) A linha pectínea (dentada) representa a verdadeira divisão entre o endoderma e o ectoderma embrionários, sendo as topografias originais do adenocarcinoma e carcinoma espinocelular, respectivamente.

**76**

Com relação aos pacientes portadores de doença hemorroidária com sangramento esporádico (anual) e indolor, com pequeno componente externo totalmente assintomático, assinale a alternativa correta.

- (A) Procedimentos ambulatoriais são eficazes para hemoroidas internas sintomáticas de grau III e IV.
- (B) São complicações da cirurgia hemorroidária: retenção urinária, sangramento, infecção, estenose, incontinência e recorrência.
- (C) Têm indicação cirúrgica de princípio: pacientes grávidas, Doença de Crohn, imunodeprimidos e hipertensão portal.
- (D) Minimizar o esforço evacuatório, melhorar a hidratação e aumentar a ingestão de fibras são pouco eficazes no controle de sintomas e indicados como paliativos.

**77**

Mulher, 78 anos de idade, apresenta quadro asmático de longa data. Foi encaminhada por médico pneumologista após apresentar, em tomografia de tórax, grande hérnia hiatal com migração de grande parte do estômago para o tórax. Paciente com obesidade grau I (IMC de 30,5 kg/m<sup>2</sup>), nega disfagia, vômitos ou dores. Refere leve empachamento quando se alimenta de forma exacerbada. Assinale a alternativa que apresenta a melhor opção para a condução do caso.

- (A) Programar tratamento cirúrgico com colocação de tela inabsorvível no hiato para evitar recidiva.
- (B) Programar tratamento cirúrgico com colocação de tela absorvível no hiato para diminuir a chance de recidiva e risco de obstrução gástrica pela hérnia.
- (C) Afastar complicações clínicas como anemia ou doenças esofágicas e gástricas, sendo que após isto, a conduta expectante pode ser realizada tendo em vista que a paciente é oligossintomática.
- (D) Manometria esofágica para programar cirurgia, uma vez que a paciente precisa de funduplicatura para completar a hiatoplastia.

**78**

Homem, 53 anos de idade, tabagista e etilista de longa data, desenvolveu lesão em base de língua, investigada e tratada pela oncologia como carcinoma espinocelular com quimioterapia e radioterapia. Na complementação diagnóstica, foi submetido à endoscopia digestiva alta, que evidenciou lesão elevada avançada e infiltrativa em região de esôfago médio a 23 cm da arcada dentária superior. A biópsia mostrou ser um carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado. Durante o estadiamento, a tomografia de tórax evidenciou espessamento do esôfago médio com linfonodos adjacentes e enfisema pulmonar. Em seguida, foi realizada PET-CT com <sup>18</sup>F-FDG (fluorodesoxiglicose) com achado de hipercaptação na região do esôfago médio e em pequeno linfonodo adjacente. Com base no caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor opção de tratamento para o paciente.

- (A) O paciente deverá ser submetido à esofagectomia pela técnica de Ivor Lewis para evitar anastomose cervical em área irradiada.
- (B) O tratamento com quimioterapia e radioterapia definitivas se impõe, uma vez que este paciente já foi irradiado.
- (C) Realizar ecoendoscopia para avaliar possibilidade de tratamento endoscópico.
- (D) O caso do paciente deverá ser discutido em reunião multidisciplinar e, pelo estadiamento avançado, provavelmente deverá ser encaminhado para tratamento neoadjuvante com quimioterapia e radioterapia.

**81**

Homem, 51 anos de idade, comparece ao pronto-socorro referindo dor abdominal difusa súbita e o aparecimento de um abaulamento arredondado e doloroso na região inguinal direita. Relatou a presença de evacuação e de eliminações de gases. Ao exame clínico, foi identificado um abaulamento pseudotumoral na região inguinal direita, de consistência firme, dolorosa tanto espontaneamente quanto à palpação, sem aumento ao tossir, irredutível às manobras, e a pele apresentava coloração normal. O abdome não estava distendido e apresentava móvel às incursões respiratórias, embora doloroso tanto espontaneamente quanto à palpação profunda nos quadrantes inferiores, sem defesa ou contratura muscular. Toque retal normal. O paciente foi operado através de uma incisão inguinal. Dentro do saco herniário observou-se a presença de 50 mL de líquido sanguinolento e um divertículo de intestino delgado de 6 cm de comprimento com 2 cm de base isquêmico. Com base no caso apresentado, pode-se afirmar que se trata de uma hérnia

- (A) de Littré.
- (B) Amyand.
- (C) de Richter.
- (D) de Spiegel.

**82**

Homem, 20 anos de idade, vítima de ferimento penetrante por arma de fogo em hemitórax direito, com orifício de entrada na linha hemiclavicular na altura do 3º espaço intercostal direito e saída na linha axilar média no 4º espaço intercostal direito. IMC de 30 kg/m<sup>2</sup>. Ao exame físico, apresentou PA de 70×50 mmHg, FC de 120 bpm, FR de 22 ipm, SpO<sub>2</sub> de 86%. Fala intercortada. Ausculta pulmonar com ausência de murmúrio vesicular do lado direito, som timpânico a percussão. Assinale a alternativa que apresenta o tratamento indicado neste momento.

- (A) Intubação orotracheal e ventilação mecânica.
- (B) Máscara não reinalante e drenagem torácica.
- (C) Máscara não reinalante e iniciar protocolo de transfusão maciça.
- (D) Drenagem torácica e iniciar protocolo de transfusão maciça.

**83**

Homem, 65 anos de idade, submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio há 5 dias e apresentou distensão abdominal, parada eliminação de gases e fezes. Foi diagnosticado com pseudo-obstrução intestinal (Ogilve), sendo realizada descompressão do colo através de colonoscopia. Após 24 horas, o paciente apresentou dor abdominal intensa e foi realizado um raio-X de abdome que identificou pneumoperitônio. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora e encontrado área de necrose no ceco com perfuração e somente distensão do colo. Qual a conduta cirúrgica recomendada?

- (A) Cecostomia.
- (B) Colectomia total.
- (C) Colectomia parcial direita com ileostomia e colostomia.
- (D) Colectomia parcial com anastomose ileocolica manual.

**79**

Homem, 65 anos de idade, com achado incidental em ressonância magnética de abdome, de nódulo sólido na cauda do pâncreas. A lesão tem limites precisos, mede 4,0 cm e é hipervasicularizada na fase arterial do exame, apresentando restrição à difusão na fase específica. Qual exame é mais adequado para complementar o estadiamento?

- (A) Laparoscopia diagnóstica.
- (B) PET-CT Ga<sup>68</sup> DOTATATE.
- (C) PET-CT com <sup>18</sup>F-FDG (fluorodesoxiglicose).
- (D) Tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve.

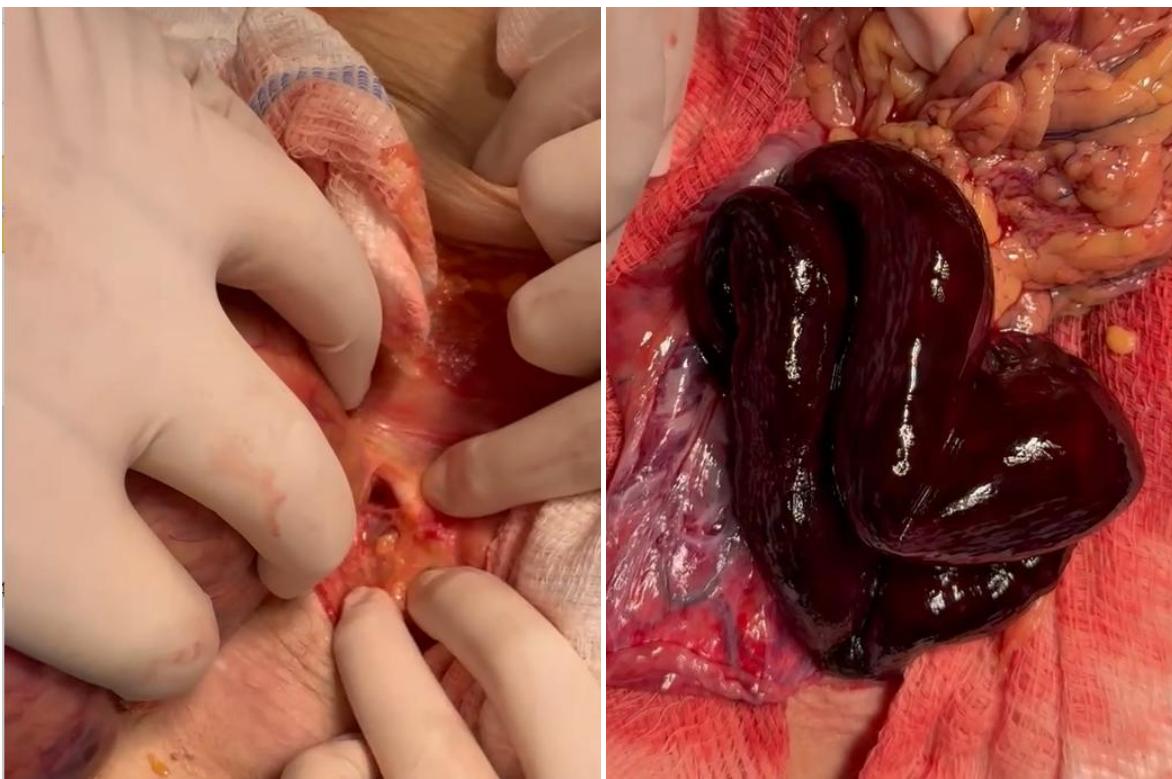
**80**

Homem, 68 anos de idade, com hipertensão e diabetes melito controlados, sedentário, tabagista, com pontuação 1 pela escala de desempenho do *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG). Lesão ulcerada de 8 mm na grande curvatura, junto à transição entre corpo e antrum gástrico foi observada na endoscopia digestiva alta. A biópsia demonstrou tratar-se de adenocarcinoma gástrico tipo difuso de Lauren. Ecoendoscopia estadiou a lesão como CT1b (submucosa) cN0 (sem linfonodos suspeitos). Tomografia computadorizada normal. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o caso descrito.

- (A) Ressecção endoscópica submucosa (ESD).
- (B) Gastrectomia em cunha sem linfadenectomia.
- (C) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1+.
- (D) Gastrectomia total com linfadenectomia D2.

**84**

Mulher, 45 anos de idade, comparece ao pronto socorro referindo dor na região inguinal há 2 dias, nega náusea ou vômito, e relata ter evacuado ontem. Ao exame físico, apresenta abdome plano normotensão com um abaulamento na região inguinal de 15 cm de diâmetro irredutível, apresenta pele hiperemizada na região do abaulamento não permitindo tocar nesta região. Foi indicada cirurgia por inguinal direita, onde observou-se o achado demonstrado nas imagens a seguir:

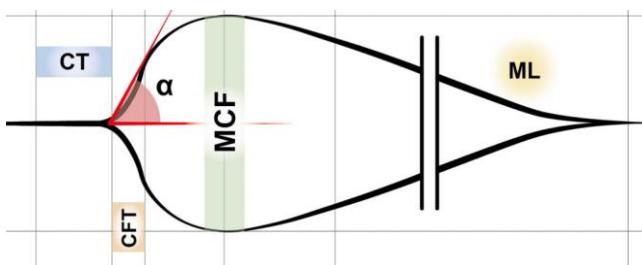


Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que indica o diagnóstico correto e o tratamento indicado.

- (A) Hérnia femoral estrangulada – laparotomia infra-umbelical e ressecção da alça intestinal e reparo da hérnia com tela.
- (B) Hérnia femoral estrangulada – ressecção da alça e reparo com tela pela incisão inguinal.
- (C) Hérnia inguinal estrangulada – ressecção da alça e correção com tela e realizar um vídeo laparoscopia para avaliar o restante da cavidade peritoneal.
- (D) Hérnia inguinal encarcerada – aumentar o anel herniário, aquecer a alça intestinal e reduzir o conteúdo e realizar reparo com tela.

**85**

Observe o gráfico de tromboelastograma apresentado a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta o segmento que, quando diminuído, representa a falta de plaquetas.

- (A) ML.
- (B) CT.
- (C) CFT.
- (D) MCF.

**86**

Paciente vítima de ferimento por arma de fogo no flanco esquerdo é admitido na unidade de emergência consciente e referindo dor abdominal. Ao exame abdominal, observa-se um orifício em flanco esquerdo, com saída na região dorsal esquerda, na altura de L2 a 5 cm da coluna. Foi indicada laparotomia exploradora, onde foram identificadas três lesões transfixantes de intestino delgado há 20, 30 e 35 cm do ligamento de Treitz, visualiza-se um hematoma na zona dois à esquerda não pulsátil e que durante a cirurgia não estava em expansão. A conduta cirúrgica recomendada é:

- (A) Somente a ressecção e anastomose primária do intestino delgado.
- (B) Somente o desbridamento e sutura dos ferimentos de delgado e drenagem da cavidade.
- (C) Ressecção e anastomose primária do intestino delgado e exploração do hematoma de zona II.
- (D) Grampeamento das lesões de delgado, colocação de compressas na zona dois e peritoneostomia.

**87**

Mulher, 78 anos de idade, procura o pronto-socorro referindo dor abdominal intermitente, localizada em baixo ventre há 2 semanas. Refere ser constipada, mas está a duas semanas sem evacuar e está eliminado gases. Refere calafrios, nega náusea, vômitos, nega sangramento. Ao exame físico, apresenta regular estado geral, eupneica, afebril, corada. Abdome globoso, flácido com plastrão palpável em hipogástrio doloroso à palpação sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal sem massas tocáveis e sem fezes na ampola retal. Tomografia mostrou coleção de contornos irregulares e paredes espessas no mesogástrico/hipogástrico, com realce periférico e focos gasosos de permeio com densificação dos planos adiposos adjacentes, medindo cerca de 8,0 x 7,0 x 5,0 cm (volume aproximado de 150 mL). Determina aderências entre alças ileais adjacentes e mantém contato com o cólon sigmoide. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e tratamento inicial adequado.

- (A) Perfuração intestinal por corpo estranho – antibiótico terapia e colonoscopia.
- (B) Tumor de colo – colonoscopia para diagnóstico e tratamento.
- (C) Videolaparoscopia diagnostica e drenagem da coleção.
- (D) Diverticulite complicada – antibiótico terapia e drenagem da coleção por rádio intervenção.

**89**

Homem, 53 anos de idade, refere que durante um jogo de futebol colidiu contra outro jogador, apresentando dor abdominal intensa, tontura, sudorese e palidez. Foi atendido em um pronto-socorro próximo ao local. Neste atendimento, apresentou FC de 128 bpm, FR de 22 irpm; PA sistólica de 88 mmHg. Glasgow coma score de 14. Recebeu 1.750 mL de Ringer lactato e 1 g de transamin. Foi transferido para um pronto-socorro terciário, onde, na sala de emergência, apresentava FC de 133 bpm, FR de 25 irpm, PA de 53x34 mmHg. Tempo de enchimento capilar: > 5 segundos. Glasgow coma score de 13. Agitado, descorado, sudorético e FAST positivo em espaço hepatorrenal. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada neste momento.

- (A) Intubação orotraqueal com sequência rápida, iniciar o protocolo de transfusão macia, noradrenalina em acesso periférico, e realizar uma tomografia abdominal.
- (B) Intubação orotraqueal com sequência retardada, acesso venoso calibroso, iniciar transfusão de concentrados de hemácia, e realizar uma angiotomografia toracoabdominal.
- (C) Intubação orotraqueal com sequência retardada, acesso venoso calibroso, iniciar droga vaso ativa em veia periférica, solicitar eletrocardiograma e coleta de exames para curva CKMB e troponina.
- (D) Iniciar o protocolo de transfusão macia, iniciar noradrenalina em acesso periférico, e realizar laparotomia exploradora.

**88**

Homem, 34 anos de idade, comparece ao pronto-socorro com quadro desconforto abdominal. Ao exame físico, apresentava ascite. O médico assistente realizou paracentese diagnóstica por suspeita de peritonite bacteriana primária. O aspecto do líquido era amarelo citrino. Após 1 hora, o doente refere dor intensa abdominal. Foi realizada uma tomografia abdominal apresentada na imagem a seguir:



Assinale a alternativa que indica o diagnóstico e o tratamento correto.

- (A) Lesão da artéria epigástrica – angio-embolização.
- (B) Lesão de veia umbilical – laparotomia e ligadura.
- (C) Hematoma muscular – drenagem cirúrgica.
- (D) Tumor de parede abdominal com necrose – realizar uma biópsia.

**90**

Mulher, 75 anos de idade, comparece ao serviço de urgência referindo dor em hipocôndrio direito há 3 dias, temperatura em casa de 38 °C, náusea e vômitos. Ao exame físico, apresentava regular estado geral, eupneica, com temperatura de 37,5 °C, apresentava sinal de Murphy, FC de 112 bpm, FR de 14 irpm, PA de 100x75 mmHg.

- Exames laboratoriais:  
Leucócitos: 23,000/mm<sup>3</sup> (Bastonetes: 5% e segmentados: 75%)  
Glicemia: 240 mg/dL  
Amilase: 120 U/L  
Bilirrubina total: 2,0mg/dL  
Bilirrubina direta 1,2 mg/dL

Foi realizado um ultrassom de abdome que evidenciou uma vesícula biliar com cálculos em seu interior, paredes espessadas e delaminadas. Via biliar sem sinais de dilatação. Assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado.

- (A) Antibioticoterapia e colecistectomia eletiva.
- (B) Antibioticoterapia e colecistectomia em até 72 horas.
- (C) Drenagem percutânea biliar e cirurgia em 24 – 48 horas após a drenagem.
- (D) Estabilização clínica e antibioticoterapia para realização da colecistectomia em 3 meses.

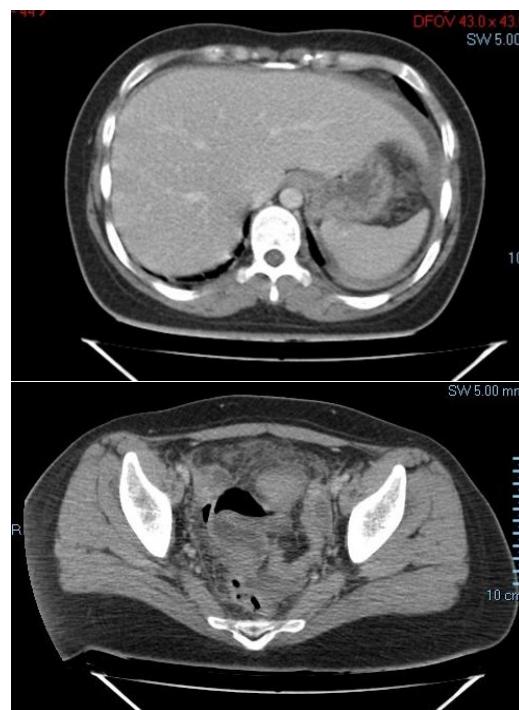
**91**

Mulher, 24 anos de idade, refere dor abdominal mais acentuada em fossa ilíaca direita, náusea, vômitos e diarreia há 4 dias. Data da última menstruação há 4 dias. Ao exame físico, apresenta regular estado geral, afebril, eupneica. Pulmões com murmúrio vesicular presente bilateralmente. Abdome plano, normotenso com dor a palpação e dor à descompressão. PA de 110×90 mmHg, FC de 110 bpm; FR de 16 ipm

- Exames laboratoriais:

Hb: 13,6 g/dL  
 Ht: 40,6%  
 Leucócitos: 26.500/mm<sup>3</sup>  
 Proteína C reativa: 38,30 ng/dL  
 Ureia: 54 mg/dL  
 Creatinina: 0,50 mg/dL  
 Amilase: 38 U/L

Os exames de imagem realizados podem ser observados nas figuras a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a sequência de tratamento adequada para este paciente.

- (A) Videolaparoscopia diagnóstica/terapêutica, antibioticoterapia profilática.  
 (B) Laparotomia exploradora.  
 (C) Antibioticoterapia – tratamento para moléstia inflamatória pélvica.  
 (D) Reposição volêmica, antibiótico terapia, videolaparoscopia.

**92**

Hemotórax retido é:

- (A) Presença de 100 mL de coágulos diagnosticados por tomografia após drenagem torácica.  
 (B) Presença de 300 mL de sangue presentes na cavidade pleural após 24 horas de observação diagnosticados por tomografia.  
 (C) Sangue que ocupa um terço do espaço pleural e que não consegue ser removido por um dreno de tórax com < 24 horas.  
 (D) Sangue que ocupa um terço do espaço pleural e que não consegue ser removido por um dreno de tórax após 72 horas.

**93**

Paciente, 20 anos de idade, vítima de ferimento penetrante na cavidade abdominal. Estável hemodinamicamente. Foi submetido à laparotomia exploradora e não foi identificada nenhuma lesão relacionada ao trauma. Na revisão das alças, foi encontrado um divertículo de Meckel com um nódulo de 1 cm de diâmetro no ápice. Qual é a lesão mais frequente?

- (A) Leiomioma.  
 (B) Carcinoide.  
 (C) Adenocarcinoma.  
 (D) Tecido gástrico ectópico.

**94**

Mulher, 70 anos de idade, hipertensa, refere dor abdominal epigástrica e no hipocôndrio direito há 5 dias, acompanhada de náuseas, anorexia, nega vômitos ou febre. Antecedente de AVC há 6 anos. Ao exame físico, apresenta regular estado geral, eupneica, afebril. Abdome globoso, flácido, com dor à palpação em epigástrico, flanco direito sem sinais de irritação peritoneal.

- Exames laboratoriais:

Hb: 13 g/dL

Leucócitos: 23.190/mm<sup>3</sup>; Segmentados: 20.546/mm<sup>3</sup>

Bilirrubina total: 1,6 mg/dL

Bilirrubina direta: 0,8 mg/dL

Proteína C reativa: 61,4 mg/dL

Glicemia: 162 mg/dL

Foi realizada uma tomografia computadorizada, que pode ser observada nas imagens a seguir:

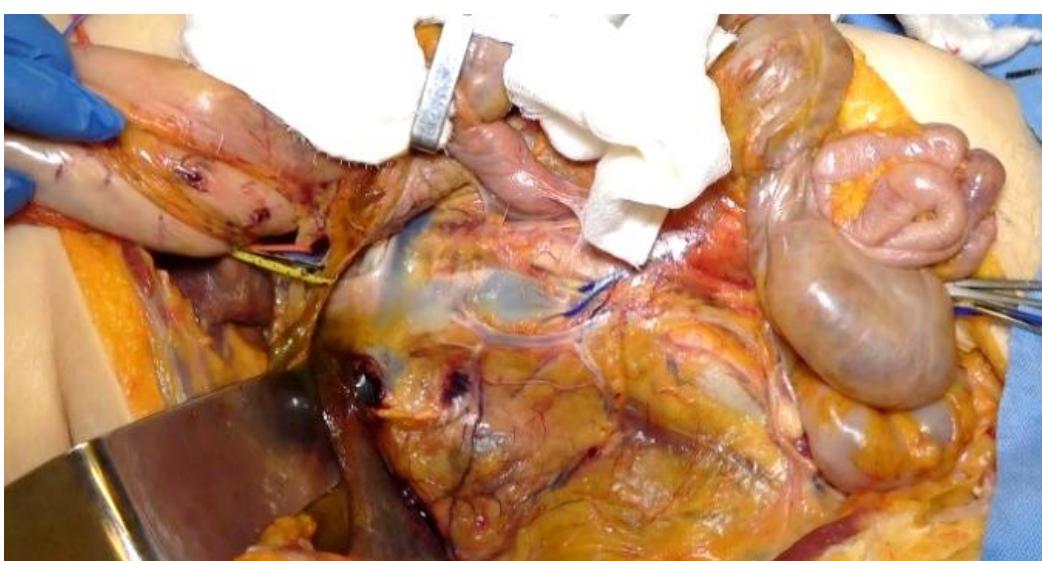


Com base no caso apresentado, a suspeita clínica é de

- (A) colangite aguda supurativa.
- (B) colecistite aguda enfisematosa.
- (C) obstrução intestinal por ileo biliar.
- (D) trombose mesentérica.

**95**

Observe a imagem a seguir:



Assinale a alternativa que indica corretamente o nome da manobra cirúrgica apresentada.

- (A) Kocher.
- (B) Matox.
- (C) Catell.
- (D) Catell-Braasch.

**96**

Paciente, 26 anos de idade, refere dor abdominal de forte intensidade em cólica, localizada em hipogástrico e fossa ilíaca direita há 1 dia, refere temperatura de 38,5 °C, anorexia e astenia. Ao exame físico, apresenta abdome plano, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, dor à palpação em fossa ilíaca direita. Sem sinais de irritação peritoneal. A imagem da tomografia realizada pode ser observada a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta o tratamento adequado.

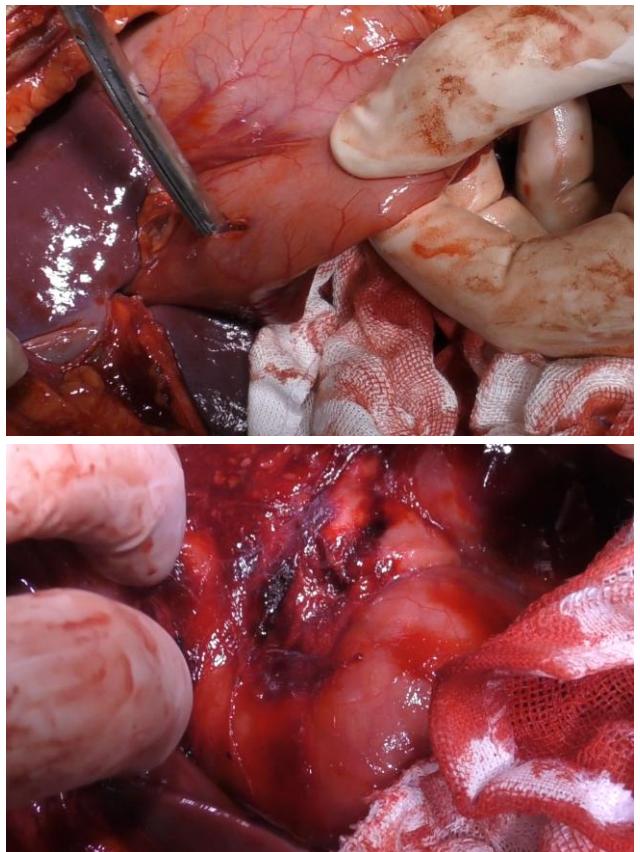
- (A) Colonoscopia.
- (B) Colectomia parcial com anastomose primária.
- (C) Apendicectomia por videolaparoscopia.
- (D) Apendicectomia por laparotomia.

**97**

Homem, 19 anos de idade, vítima de ferimento por arma branca na região epigástrica. Ao exame físico, apresentou PA de 124×71 mmHg, FC de 71 bpm, FR de 12 ipm, SpO<sub>2</sub> de 97%. Apresentou abdome plano, doloroso à palpação, conforme imagem a seguir:



Foi indicado laparotomia, onde foram encontrados os achados apresentados nas imagens a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta o tratamento cirúrgico recomendado.

- (A) Realizar gastroduodenopancreat摘除术 cefálica.
- (B) Sutura do ferimento gástrico anterior, procura e sutura do ferimento gástrico e colecistectomia com colangiografia intraoperatoria.
- (C) Sutura do ferimento gástrico anterior, procura e sutura do ferimento gástrico posterior e drenagem do pâncreas.
- (D) Gastrectomia (diverticulação duodenal), colecistectomia, colocação de um dreno de Kher e drenagem pancreática.

**98**

Homem, 30 anos de idade, portador de retocolite ulcerativa em tratamento com mesalazina há 5 anos. Comparece ao pronto-socorro referindo diarreia com sangue há 3 dias (8 episódios por dia). Foi internado, realizado hidratação endovenosa e antibioticoterapia. Após 4 horas de internação, começou a apresentar enterorragia em grande quantidade, PA de 90×70 mmHg, FC de 120 bpm. A hemoglobina inicial, que era de 10 g/dL, caiu para 7,0 g/dL. Após a reanimação volêmica, continuava apresentando enterorragia, sendo então indicada cirurgia. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Colectomia subtotal e ileostomia.
- (B) Colectomia subtotal e ileoreto anastomose.
- (C) Protocolectomia total com ileostomia.
- (D) Protocolectomia total com pouch-anal anastomose.

**99**

Homem, 45 anos de idade, comparece à unidade de emergência referindo dor abdominal epigástrica, seguida por vômitos com sangue e melena há 24 horas. Refere uso de diclofenaco por lombalgia há 3 dias. Ao exame físico, apresenta-se desidratado, decorado 4x4, anictérico, afebril. Abdome plano, flácido sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal com presença de melena. PA de 90×70 mmHg, FC de 120 bpm, FR de 20 irpm, SpO<sub>2</sub> de 94%.

- Exames laboratoriais:

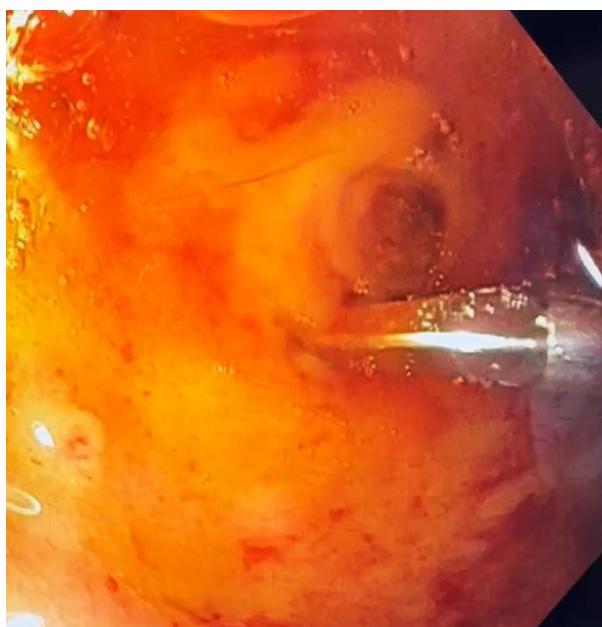
Hb: 5,0 g/dL

Ht: 20%

Plaquetas: 170.000/mm<sup>3</sup>

INR: 1, P

Após a reposição volêmica, foi realizada endoscopia que visualizou no bulbo duodenal a lesão apresentada na imagem a seguir:



Assinale a alternativa que classifica, corretamente, a lesão observada e o tratamento indicado.

- (A) Forrest 1B – tratamento endoscópico com esclerose e bloqueador H2 em dose plena + profilaxia de peritonite bacteriana espontânea.
- (B) Forrest 2B – remoção endoscópica do coágulo e esclerose se necessário – bloqueador H2 em dose plena.
- (C) Forrest 2A – tratamento endoscópico com duas técnicas e bloqueador H2 em dose plena.
- (D) Forrest 2A – tratamento endoscópico e endovascular para embolização do vaso e bloqueador H2 em dose plena.

● ● ● ● ●

**100**

O hemotórax tardio pode ocorrer em qualquer paciente vítima de trauma, em geral, pode ser detectado entre 2 e 40 dias após o trauma. Qual é origem mais provável relacionada a este hemotórax?

- (A) Fratura de costela.
- (B) Fratura de externo.
- (C) Lesão pulmonar.
- (D) Lesão da artéria intercostal.

**101**

Homem, 60 anos de idade, com tumor neuroendócrino em jejuno proximal de 15 mm, que dista 30 cm da válvula ileocecal, achado em enteroscopia para investigação de anemia. Paciente sem síndrome carcinóide. Frente ao diagnóstico, assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Cirurgia.
- (B) Imunoterapia.
- (C) Quimioterapia.
- (D) Acompanhamento clínico.

● ● ● ● ●

**102**

Homem, 65 anos de idade, foi diagnosticado com tumor neuroendócrino da ampola de Vater. O estadiamento evidenciou que o tumor invade através do esfínter até a muscular própria do duodeno. Segundo a classificação TNM AJCC UICC 8<sup>a</sup> edição, pode-se afirmar que se trata de um tumor no estágio

- (A) T1.
- (B) T2.
- (C) T3.
- (D) T4.

● ● ● ● ●

**103**

Mulher, 30 anos de idade, apresentou primeiro episódio de pancreatite aguda com colecistolítase confirmada em ultrassom abdominal. Considerando a remissão do quadro inflamatório, assinale a alternativa que apresenta indicação de Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada (CPRE), fora da crise aguda, segundo as diretrizes da American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE).

- (A) CPRE deve ser realizada rotineiramente após qualquer episódio de pancreatite aguda.
- (B) Pacientes que persistem com leve elevação de transaminases e não têm dilatação do colédoco podem ser submetidos diretamente à CPRE.
- (C) Pacientes com histórico de pancreatite aguda e dilatação do colédoco (> 10 mm), mesmo com resolução dos sintomas.
- (D) Bilirrubina total > 4 mg/dL e colédoco dilatado (> 8 mm), mesmo sem imagem de cálculo documentado.

● ● ● ● ●

**104**

Homem, 61 anos de idade, sem histórico familiar de câncer colorretal, realizou colonoscopia de rastreamento. Durante o exame, foram removidas 4 lesões, sendo a maior com 11 mm. A análise histopatológica indicou adenomas tubulares com displasia de baixo grau. De acordo com as diretrizes de vigilância pós-polipectomia, qual é o intervalo recomendado para a próxima colonoscopia?

- (A) 01 ano.
- (B) 03 anos.
- (C) 05 anos.
- (D) 10 anos.

**105**

Mulher, 35 anos de idade, com antecedente de cirrose hepática criptogênica, em fila de transplante, comparece no PS com queixa de melena. Refere antecedente de HDA varicosa com terapia endoscópica prévia. Em jejum de 10h, estável hemodinamicamente. Exames disponíveis: Hb de 8,1 g/dL, plaquetas com 60.000/mm<sup>3</sup>, RNI de 1,5. Hb de uma semana antes da admissão de 10,2 g/dL. Assinale a alternativa correta em relação à conduta inicial recomendada neste caso.

- (A) A conduta inicial deve ser transfusão de aférese de plaquetas e programação de endoscopia imediatamente após a transfusão.
  - (B) A melhor conduta envolve transfusão de aférese de plaquetas e de plasma fresco congelado, com endoscopia assim que possível. A endoscopia deve respeitar um limite de 12h da admissão em unidade de terapia intensiva.
  - (C) Por se tratar de uma suspeita de hemorragia digestiva alta sem sinais de alarme, o exame deve ser realizado em até 24h da admissão hospitalar.
  - (D) A endoscopia deve ser realizada assim que possível, com prazo máximo de 12h da admissão hospitalar. Não é necessário transfundir plaquetas ou plasma fresco congelado mesmo que se identifique a necessidade de terapia endoscópica durante o procedimento.
- 

**106**

Mulher, 75 anos de idade, em controle endoscópico de esôfago de Barrett é diagnosticada com uma lesão classificada como T1b, ou seja, adenocarcinoma bem diferenciada, com profundidade de invasão da submucosa inferior a 500 µm, sem nenhum foco de invasão linfovascular. Baseado nestes achados, assinale a alternativa que apresenta o tratamento correto.

- (A) Imunoterapia.
  - (B) Quimioterapia.
  - (C) Esofagectomia subtotal, com linfadenectomia.
  - (D) Pode ser tratada por via endoscópica, com acompanhamento através por ecoendoscopia, CT e PET-CT, em centros especializados.
- 

**107**

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

- (A) Tomografia abdominal com contraste.
- (B) Cirurgia – Pancreatectomia corpocaudal.
- (C) Seguir observação com colangiorenossinânciá.
- (D) Ecoendoscopia como punção de líquido intracístico para descartar neoplasia.

**108**

Mulher, 55 anos de idade, com icterícia obstrutiva, realiza exame de tomografia computadorizada (sem e com contraste), que diagnostica uma lesão cística da cabeça do pâncreas, com nódulo mural realçado > 5 mm e com ducto pancreático principal > 10 mm. Com base nas Diretrizes de Fukuoka para o manejo da IPMN do pâncreas, assinale a alternativa que apresenta a conduta a ser seguida.

- (A) Cirurgia.
  - (B) Tomografia computadorizada e ressonância magnética em 6 meses, depois a cada 2 anos se não houver mudança.
  - (C) Tomografia computadorizada e ressonância magnética a cada 6 meses por 1 ano ou anualmente por 2 anos, depois aumente o intervalo para uma vez a 2 anos, se não houver alteração.
  - (D) Vigilância rigorosa alternando ressonância magnética com EUS a cada 3 a 6 meses. Considerar fortemente a cirurgia em pacientes jovens e em boa forma.
- 

**109**

Quanto à definição de câncer gástrico precoce, assinale a alternativa correta.

- (A) Lesão envolve até camada submucosa, sem acometimento linfonodal.
  - (B) Lesão restrita à mucosa e submucosa, independente de comprometimento linfonodal.
  - (C) Lesão restrita à mucosa, independente da disseminação linfonodal.
  - (D) Lesão restrita à lámina própria, sem acometimento linfonodal.
- 

**110**

Sobre a ectasia vascular antral, assinale a alternativa correta.

- (A) É um quadro predominantemente congestivo vascular gástrico, diretamente relacionado à hipertensão portal.
  - (B) Acentua sua intensidade após tratamento de erradicação varicosa esofágica através de ligaduras elásticas.
  - (C) Está associada a distúrbios autoimunes, doença renal crônica, transplante de medula e diabetes.
  - (D) Pode acometer duodeno e cólon.
- 

**111**

Mulher, 46 anos de idade, com história de dispepsia há 3 meses, realizou endoscopia digestiva alta que identificou uma lesão subepitelial de 25 mm no esôfago distal. Indicada ecoendoscopia que demonstrou uma lesão hipoecocica, homogênea, inserida na camada muscular própria, de 28×32 mm. A punção ecoguiada foi realizada, cuja imunohistoquímica resultou em presença de células fusiformes, DOG1 negativo, desmina negativa, proteína S-100 positiva, CD34 negativa e CD117 negativa. Os achados são compatíveis com:

- (A) Schwannoma.
- (B) Leiomioma.
- (C) GIST.
- (D) Cisto de duplicação esofágica.

**112**

Assinale a alternativa que apresenta um fator NÃO relacionado ao carcinoma espinocelular de esôfago.

- (A) Tilose.
  - (B) Acalasia.
  - (C) Esôfago de Barrett.
  - (D) Síndrome Plummer-Vinson.
- 

**113**

Assinale a alternativa que representa contraindicação absoluta, conforme o Consenso Brasileiro, sobre o uso de balão intragástrico.

- (A) Pacientes com idade superior a 65 anos.
  - (B) Pacientes com doença inflamatória ativa do trato gastrointestinal, como doença de Crohn.
  - (C) Pacientes com IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>, independentemente da presença de comorbidades.
  - (D) Pacientes que apresentaram falha prévia em outros métodos endoscópicos para perda de peso.
- 

**114**

Mulher, 60 anos de idade, durante ultrassom abdominal de rotina foi identificado cisto localizado em corpo/cauda pancreática. A tomografia e a ressonância mostraram lesão cística unilocular de 30 mm, com paredes espessas, contornos irregulares e calcificações periféricas, sem invasão vascular. A punção guiada por ecoendoscopia revelou os seguintes achados bioquímicos:

CEA: 320 ng/mL  
Amilase: 20 U/L  
Glicose: 15 mg/dL

A paciente é assintomática e sem perda ponderal significativa. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais recomendada para este caso.

- (A) Pancreatectomia corpocaudal.
  - (B) Nova punção ecoendoscópica com análise molecular.
  - (C) PET-CT com gálio para confirmação de malignidade.
  - (D) Observação clínica com nova ressonância em 3 meses.
- 

**115**

Homem, 79 anos de idade, foi submetido à colonoscopia para rastreamento de câncer colorretal, com preparo adequado (escala de Boston: 9) e resultado normal. Há 10 anos, sua colonoscopia também foi normal. O paciente apresenta comorbidades relevantes, como diabetes melito com retinopatia diabética, insuficiência renal crônica em tratamento conservador, hipertensão arterial sistêmica e angina pectoris estável, com dor precordial após 30 minutos de caminhada. Qual a conduta recomendada segundo as diretrizes atuais de rastreamento de câncer colorretal?

- (A) Colonoscopia virtual após 5 anos.
- (B) Colonoscopia a cada 10 anos.
- (C) Interrupção do rastreamento.
- (D) Ser realizado por pesquisa de sangue oculto nas fezes pelo teste Imunoquímico Fecal (FIT).

**116**

Homem, 65 anos de idade, apresenta icterícia e perda de peso progressiva há 2 meses. A tomografia de abdome revelou um pâncreas com aspecto “em salsicha”. Foi realizada ecoendoscopia com punção do pâncreas, com resultado anatomo-patológico mostrando infiltrado linfoplasmocitário e ausência de lesões granulocíticas. Com base nos achados clínicos, radiológicos e histopatológicos, qual é o diagnóstico mais provável e qual achado histológico que seria esperado nesse caso?

- (A) Pancreatite de groove; infiltrado com mais de 10 eosinófilos por campo de grande aumento.
  - (B) Pancreatite autoimune tipo I; presença de células ricas em IgG4.
  - (C) Linfoma pancreático; proliferação monomórfica de linfócitos B.
  - (D) Tumor neuroendócrino pancreático; proliferação de células com expressão de sinaptofisina e cromogranina.
- 

**117**

Homem, 46 anos de idade, com história de dispepsia de longa data, durante a realização de endoscopia digestiva alta, observou-se projeção digitiforme em esôfago distal, compatível com esôfago de Barrett. Ao auxílio de cromoscopia, não foram identificadas áreas suspeitas. Todavia, para confirmar a hipótese diagnóstica, foi realizada uma biópsia, cujo resultado consta área de metaplasia intestinal com displasia de baixo grau, confirmada por um segundo patologista. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada neste caso.

- (A) Observação e nova biópsia em 6 meses.
  - (B) Ablação com radiofrequência.
  - (C) Mucosectomia da projeção digitiforme.
  - (D) Esofagectomia parcial com reconstrução com tubo gástrico.
- 

**118**

Sobre as complicações associadas à Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE), baseado nas diretrizes da American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), é correto afirmar:

- (A) Perfuração do trato digestivo, mais comum em pacientes com antecedentes de cirurgia bariátrica.
- (B) A principal estratégia para prevenir pancreatite pós-CPRE é o uso de antibioticoterapia profilática e indometacina retal, antes do procedimento.
- (C) Colecistite aguda é uma complicação rara, mas frequentemente associada à manipulação da papila, em pacientes sem cálculo na vesícula biliar.
- (D) Pancreatite pós-CPRE tem maior prevalência em pacientes jovens, do sexo feminino e sem dilatação dos ductos biliares.

**119**

A confecção de Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG), utilizando a técnica de tração, pode ser contraindicada em determinadas condições clínicas. Assinale a alternativa que apresenta uma contraindicação absoluta a este procedimento.

- (A) Sepse ativa.
  - (B) História de gastrectomia parcial.
  - (C) Desnutrição grave em manejo clínico.
  - (D) Tumor esofágico com estenose parcial.
- 

**120**

Segundo o *guideline* da *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE 2022), sobre cápsula endoscópica e enteroscopia, assinale a alternativa correta.

- (A) Frente a um quadro de sangramento evidente de intestino médio, a cápsula endoscópica deve ser indicada, mais rápido possível, preferencialmente dentro das primeiras 72 horas, para maximizar o rendimento diagnóstico e terapêutica subsequente.
- (B) A utilização da cápsula endoscópica é preferencial, caso os exames de imagem demonstrem suspeita de tumor no intestino delgado, pois possibilita a avaliação de toda a extensão do intestino médio.
- (C) Cápsula endoscópica do intestino delgado para vigilância do segmento proximal do intestino delgado, em casos de polipose adenomatosa familiar, não é recomendada.
- (D) Em casos de retenção de cápsula no intestino delgado, o tratamento cirúrgico imediato é indicado, pois é alto o risco de obstrução intestinal.

