



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 E04**. 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 ²⁺ – Cálcio	Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL
Cl ⁻ – 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 ₃ ⁻ – 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 _{95%} – 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 ⁺ – 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 ²⁺ – 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 ⁺ – Sódio	LH: fase folicular = até 12 UI/L
PA – Pressão Arterial	pico ovulatório = 15 a 100 UI/L
pCO ₂ – 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 ₂ – 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 ₂ – 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	Sangue (hemograma e coagulograma):
UTI – Unidade de Terapia Intensiva	Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL
<u>VALORES DE REFERÊNCIA PARA GASOMETRIA ARTERIAL</u>	
pH = 7,35 a 7,45	Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1%
pO ₂ = 80 a 100 mmHg	Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 a 36 g/dL
pCO ₂ = 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 ₃ ⁻ = 22 a 28 mEq/L	Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) = 11 a 14%
SpO ₂ > 95%	Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm ³
<u>VALORES DE REFERÊNCIA DE Hb PARA CRIANÇAS</u>	
Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL	Neutrófilos = 1.500 a 5.000/mm ³
2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL	Eosinófilos = 20 a 420/mm ³
6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL	Basófilos = 10 a 80/mm ³
2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL	Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm ³
6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL	Monócitos = 220 a 730/mm ³
	Segmentados = 1.500 a 5.000/mm ³
	Bastonetes = até 829/mm ³
	Plaquetas = 150.000 a 340.000/mm ³
	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, 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.

02

Uma das complicações da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é o esôfago de Barrett, quanto à essa complicações, 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.

03

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 complicações agudas. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o paciente.

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

04

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.

05

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.

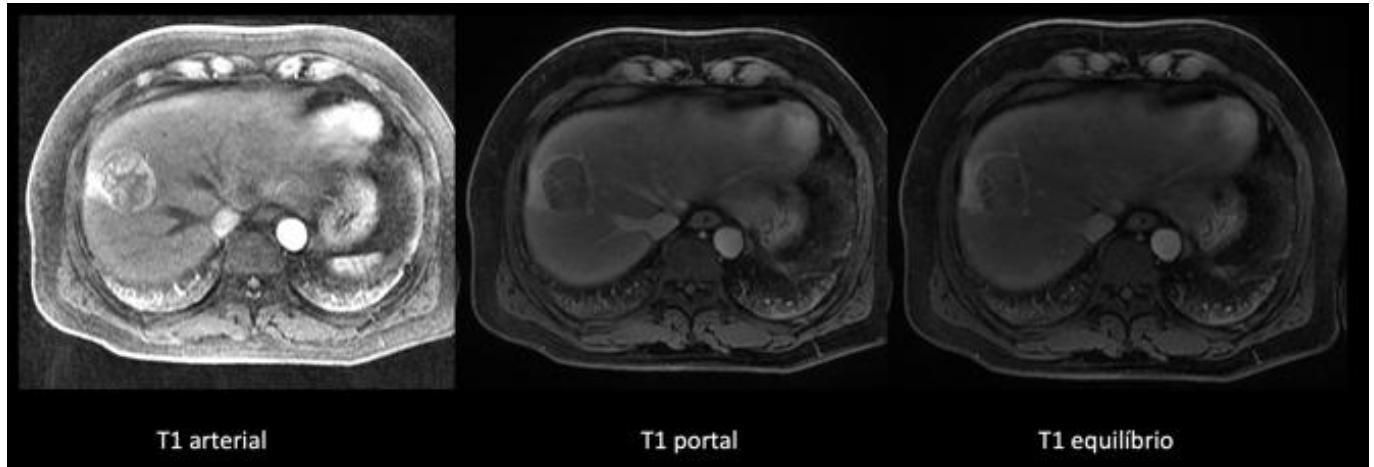
06

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 corporal de 43 kg/m², 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).

Texto para as questões 07 e 08

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:

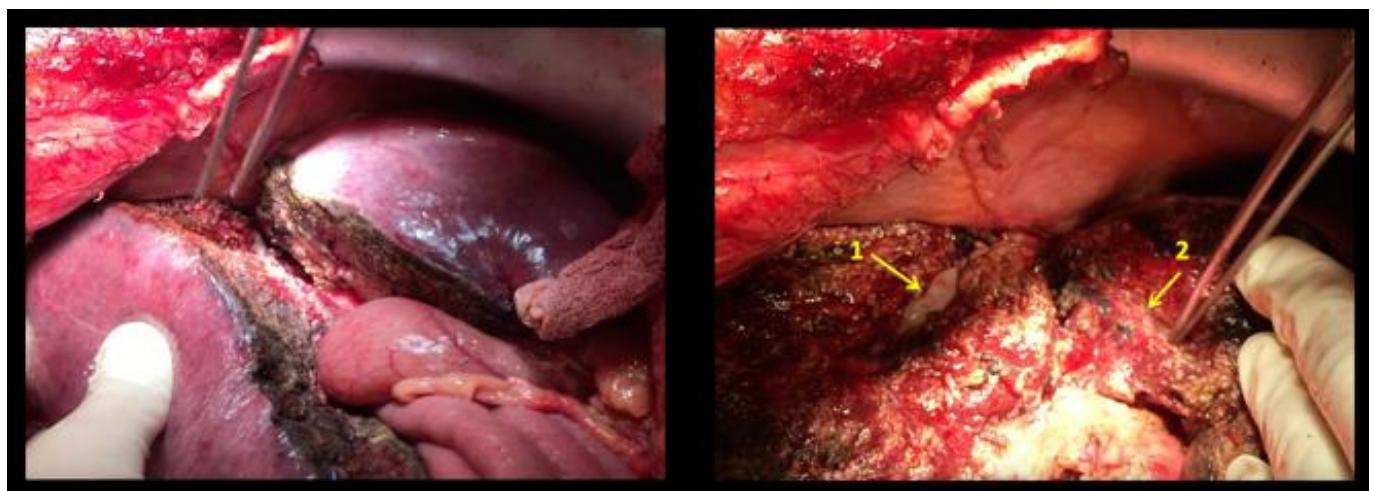
**07**

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.

08

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.

09

Homem, 67 anos de idade, com adenocarcinoma bem diferenciado de antrum 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.

13

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.

10

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.

11

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/mm³). 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.

12

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.

14

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.

15

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 interesfíteriana, 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 sepsis.

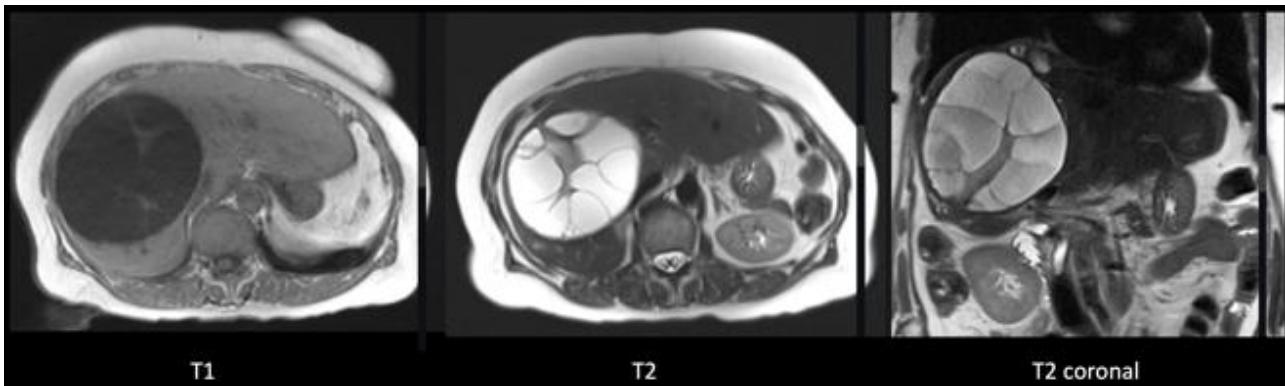
16

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.

17

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.

18

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.

19

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

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

20

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.

21

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.

22

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.

23

Adolescente do sexo feminino, 16 anos de idade, com histórico de obesidade desde a infância. Atualmente, apresenta índice de massa corpórea de 63 kg/m², 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.

24

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.

25

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.

26

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 hemorroidas 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.

27

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/m²), 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.

28

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 ^{18}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.

29

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 68 DOTATATE.
- (C) PET-CT com ^{18}F -FDG (fluorodesoxiglicose).
- (D) Tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve.

30

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.

31

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.

32

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/m². Ao exame físico, apresentou PA de 70×50 mmHg, FC de 120 bpm, FR de 22 ipm, SpO₂ 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 orotraqueal 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.

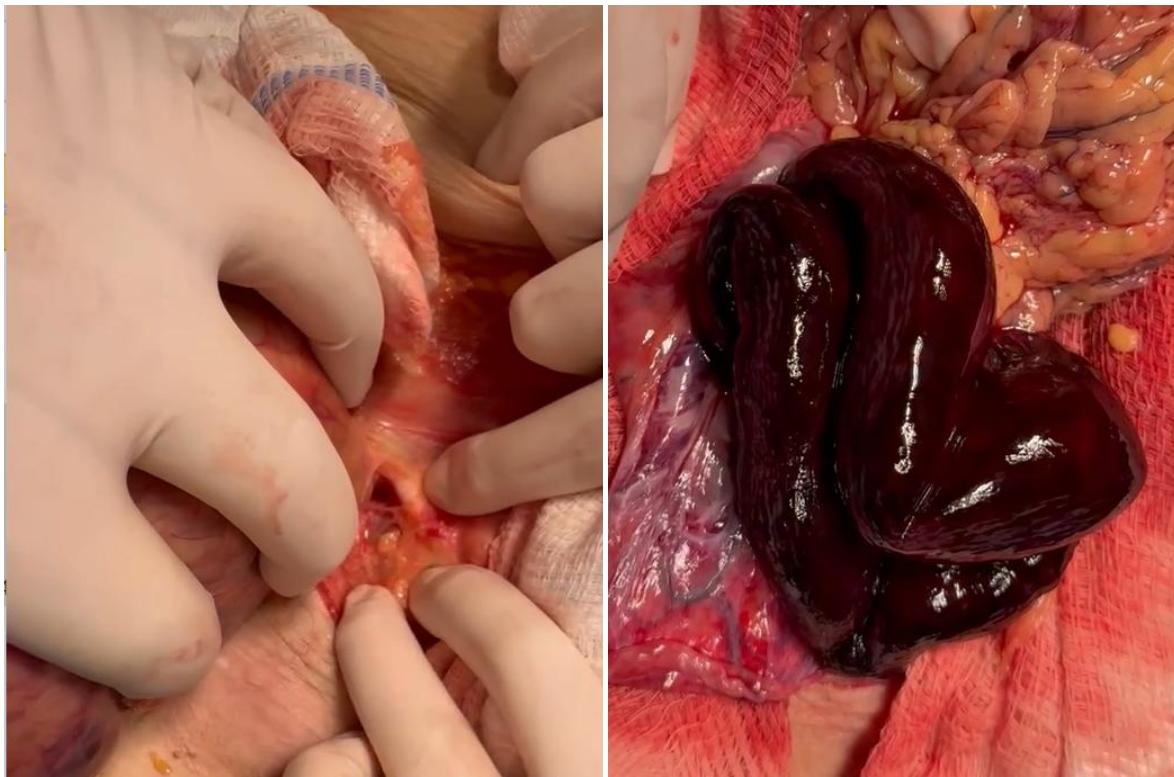
33

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.

34

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:

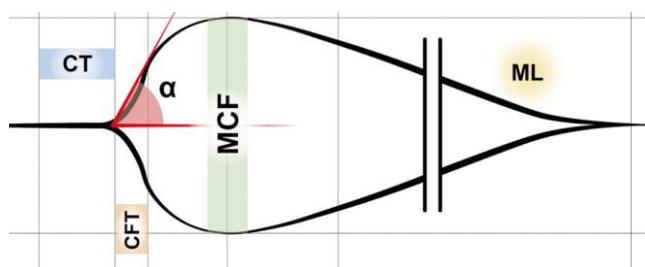


Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que indica o diagnóstico correto e o tratamento indicado.

- (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.

35

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.

36

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.

37

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 mesogástrio/hipogástrio, 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 diagnóstica e drenagem da coleção.
- (D) Diverticulite complicada – antibiótico terapia e drenagem da coleção por rádio intervenção.

39

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 maciça, 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 maciça, iniciar noradrenalina em acesso periférico, e realizar laparotomia exploradora.

38

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.

40

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/mm³ (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.

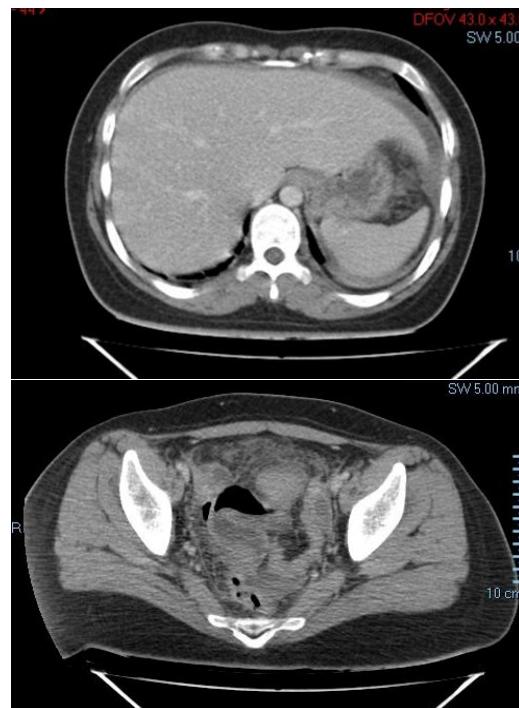
41

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/mm³
 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.

42

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.

43

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.

44

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/mm³; Segmentados: 20.546/mm³

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:

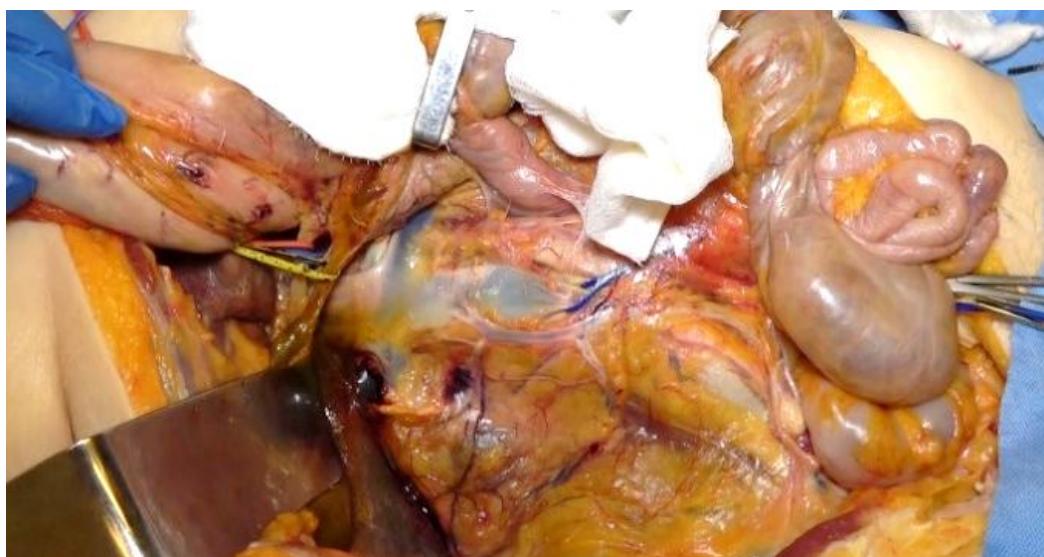


Com base no caso apresentado, a suspeita clínica é de

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

45

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.

46

Paciente, 26 anos de idade, refere dor abdominal de forte intensidade em cólica, localizada em hipogástrio 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.

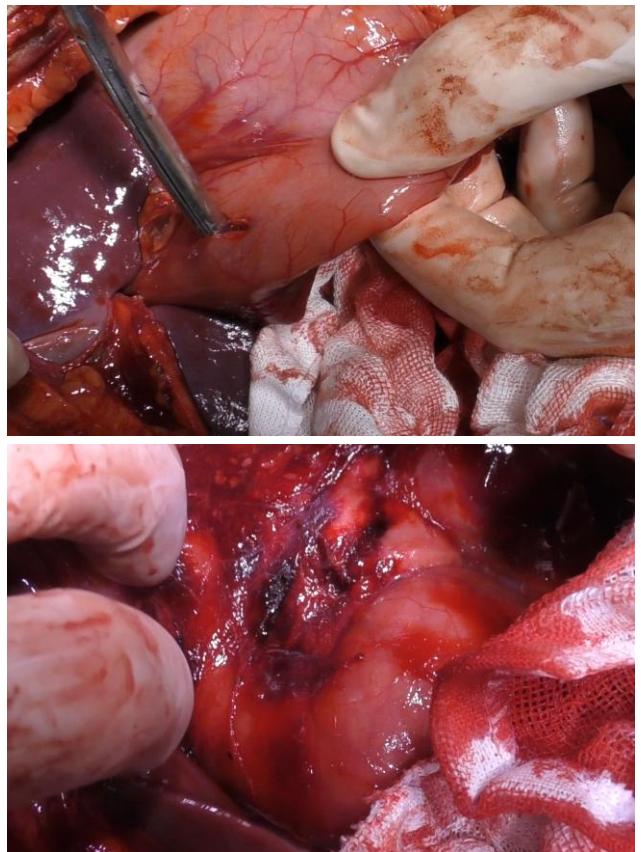
- (A) Colonoscopia.
- (B) Colectomia parcial com anastomose primária.
- (C) Apendicectomia por videolaparoscopia.
- (D) Apendicectomia por laparotomia.

47

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 irpm, SpO₂ 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 gastroduodenopancrectomia 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.

48

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.

49

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 90x70 mmHg, FC de 120 bpm, FR de 20 irpm, SpO₂ de 94%.

• Exames laboratoriais:

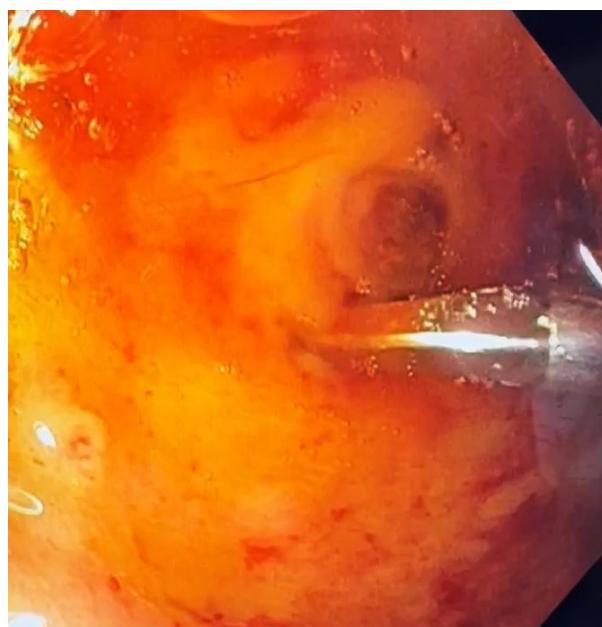
Hb: 5,0 g/dL

Ht: 20%

Plaquetas: 170.000/mm³

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.

50

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.

51

Mulher, 29 anos de idade, com galactorreia e amenorreia há 9 meses. Exames indicam prolactina elevada e teste de gravidez negativo. Assinale a alternativa que indica a causa mais provável.

- (A) Hipotireoidismo.
- (B) Tumor hipofisário.
- (C) Trauma torácico.
- (D) Uso de medicamentos.

52

Menina, 7 anos de idade, com desenvolvimento mamário e pubarca. Não tem outros sinais clínicos. Exames apresentam níveis elevados de estradiol e resposta aumentada ao teste de GnRH. Qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Síndrome de McCune Albright.
- (B) Hiperplasia adrenal congênita.
- (C) Puberdade precoce central.
- (D) Tumor de ovário.

53

Adolescente, sexo feminino, 16 anos de idade, sem menarca, apresenta mamas desenvolvidas, mas sem pêlos pubianos. Foram realizados exames de cariótipo 46,XX e de FSH e LH que apresentaram níveis normais. Assinale a alternativa que indica a causa mais provável.

- (A) Síndrome de Turner.
- (B) Síndrome de Rokitansky.
- (C) Síndrome de androgênio insensível.
- (D) Hiperplasia adrenal congênita.

54

Menina, 15 anos de idade, com hirsutismo progressivo e acne intensa em face e tronco há três meses. Refere alteração da voz. Exames apresentam testosterona total elevada e DHEAS normal. Qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Síndrome de Cushing.
- (B) Síndrome de insensibilidade androgênica.
- (C) Tumor de célula de Sertoli-Leydig.
- (D) Hiperplasia Adrenal Congênita.

55

Mulher, 35 anos de idade, queixa-se de ciclos regulares e volumosos, sinais de anemia e fadiga. Ultrassom pélvico com contornos regulares e textura homogênea. Ecografia endometrial de 9,1 mm. Exames adicionais apresentam TSH normal, prolactina normal e progesterona de 10 ng/dL. Com base no caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) Hiperplasia endometrial simples.
- (B) Hipotireoidismo subclínico.
- (C) Insuficiência do corpo lúteo.
- (D) Leiomioma uterino.

56

Mulher, 28 anos de idade, com amenorreia há 8 meses, não deseja gravidez. História de anovulação crônica por síndrome dos ovários policísticos que foi diagnosticada na adolescência. Refere ainda aumento de peso e presença de acantose nigrante. Trouxe os seguintes exames: LH de 9,4 mUI/mL, FSH de 2,3 mUI/mL e testosterona de 78 ng/mL. Assinale a alternativa que apresenta o próximo passo recomendado no manejo nesse momento.

- (A) Iniciar metformina isoladamente.
- (B) Ajustar a dieta para perda de peso.
- (C) Realizar ressonância magnética da hipófise.
- (D) Administrar anticoncepcional oral combinado.

57

Menina, 14 anos de idade, com sangramento regular intenso desde a menarca há dois anos. Exames com tempo de protrombina alargado e ecografia pélvica normal. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Hipotireoidismo.
- (B) Distúrbio de coagulação.
- (C) Síndrome de ovários policísticos.
- (D) Distúrbio anatômico não identificado.

58

Menina, 13 anos de idade, com massa abdominal indolor e aumento de volume abdominal. Não há outros sinais clínicos. Ecografia mostra massa cística ovárica e marcadores tumorais normais. Qual é o diagnóstico mais provável pela frequência e a idade da paciente?

- (A) Tumor de Brenner.
- (B) Cisto folicular simples.
- (C) Teratoma cístico maduro.
- (D) Adenocarcinoma ovariano.

59

Mulher, 30 anos de idade, com ciclos irregulares e infertilidade há 2 anos. Exames laboratoriais apresentam LH:FSH de 2:1 e testosterona total elevada. Qual é o tratamento inicial recomendado?

- (A) Letrozol.
- (B) Tamoxifeno.
- (C) Metformina.
- (D) Gonadotropinas.

60

Mulher, 34 anos de idade, com histórico de salpingite e infertilidade primária. Histerossalpingografia mostra obstrução bilateral. Assinale a alternativa que indica a abordagem inicial recomendada.

- (A) Clomifeno.
- (B) Hidrotubação.
- (C) Fertilização *in vitro*.
- (D) Cirurgia laparoscópica.

61

Mulher, 32 anos de idade, com ciclos regulares, mas infertilidade há 3 anos. Apresenta reserva ovariana diminuída (AMH baixo). Qual é o manejo recomendado?

- (A) Uso de agonistas de GnRH.
- (B) Inseminação intrauterina.
- (C) Orientação de coito em ciclos naturais.
- (D) Fertilização *in vitro* com gonadotrofinas.

62

Mulher, 29 anos de idade, com infertilidade e abortos recorrentes. Ressonância magnética revela septo uterino em terço proximal do corpo uterino. Assinale a alternativa que apresenta a intervenção adequada.

- (A) Trombólise profilática.
- (B) Histeroscopia cirúrgica.
- (C) Cirurgia de metroplastia.
- (D) Biópsia embrionária e aconselhamento genético.

63

Mulher, 33 anos de idade, com dor pélvica cíclica e infertilidade há dois anos. Laparoscopia confirma endometriose estágio IV. Assinale a alternativa que indica o tratamento recomendado.

- (A) Fertilização *in vitro*.
- (B) Coito programado.
- (C) Lise de aderências.
- (D) Supressão hormonal.

64

Mulher, 31 anos de idade, com amenorreia secundária e histórico de curetagem pós-aborto. Histossalpingografia mostra aderências intrauterinas. Assinale a alternativa que indica o tratamento recomendado.

- (A) Progesterona oral.
- (B) Observação e monitoramento.
- (C) Terapia com estrogênio cíclico.
- (D) Libertação de aderências por histeroscopia.

65

Mulher, 36 anos de idade, com infertilidade primária e ciclo menstrual regular. Exame de histerossalpingografia normal. Espermograma do parceiro normal. Dosagem de progesterona dentro da normalidade no 20º dia do ciclo. Qual a intervenção recomendada?

- (A) Letrozol.
- (B) Glucocorticoides.
- (C) Clomifeno.
- (D) Encaminha-lá para técnicas de reprodução assistida.

66

Adolescente, 15 anos de idade, ainda sem sinais de puberdade ou clínicos. Exames indicam níveis baixos de LH e FSH em relação aos padrões de referência laboratorial, sem elevação de LH após o teste de GnRH e prolactina de 42 ng/mL. Assinale a alternativa que apresenta a causa mais provável.

- (A) Hipogonadismo hipogonadotrófico.
- (B) Insuficiência ovariana prematura.
- (C) Síndrome de Turner.
- (D) Hiperprolactinemia.

67

Mulher, 28 anos de idade, com amenorreia há 6 meses e ondas de calor. Deseja gravidez. Exames laboratoriais apresentam FSH de 26 mUI/mL e estradiol de 18 pg/mL. Assinale a alternativa que indica a próxima etapa recomendada no manejo.

- (A) Clomifeno.
- (B) Doação de óvulos.
- (C) Terapia de estrogênio.
- (D) Terapia com corticoides.

68

Mulher, 25 anos de idade, com corrimento vaginal amarelado e odor fétido. Apresenta pH vaginal elevado e teste de Whiff positivo. Assinale a alternativa que indica o diagnóstico mais provável.

- (A) Vaginose bacteriana.
- (B) Tricomoníase.
- (C) Candidíase.
- (D) Gonorreia.

69

Mulher, 28 anos de idade, com úlceras dolorosas na região genital. Apresenta PCR positivo para HSV-2. Assinale a alternativa que indica o tratamento recomendado.

- (A) Azitromicina.
- (B) Metronidazol.
- (C) Aciclovir.
- (D) Ciprofloxacino.

70

Mulher, 31 anos de idade, com linfadenopatia inguinal dolorosa e febre. Sorologia positiva para *Chlamydia trachomatis*. Assinale a alternativa que indica o diagnóstico mais provável.

- (A) Sífilis.
- (B) Cancro mole.
- (C) Granuloma inguinal.
- (D) Linfogranuloma venéreo.

71

Mulher, 22 anos de idade, com parceiro com descarga uretral purulenta. Cultura positiva para *Neisseria gonorrhoeae*. Assinale a alternativa que indica o tratamento indicado.

- (A) Penicilina e doxiciclina.
- (B) Ceftriaxone e azitromicina.
- (C) Doxiciclina e metronidazol.
- (D) Metronidazol e ofloxacino.

72

Mulher, 35 anos de idade, com lesões ulceradas indolores nos genitais. Apresenta campo escuro positivo para espiroquetas. Assinale a alternativa que apresenta o tratamento recomendado.

- (A) Azitromicina.
- (B) Ciprofloxacino.
- (C) Aciclovir.
- (D) Penicilina benzatina.

73

Mulher, 27 anos de idade, com prurido intenso e corrimento vaginal branco e espesso. Microscopia com hifas e esporos. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Candidíase.
- (B) Tricomoníase.
- (C) Herpes genital.
- (D) Vaginose bacteriana.

74

Mulher, 26 anos de idade, apresenta febre, dor abdominal intensa e descarga cervical purulenta. Cultura positiva para *Neisseria gonorrhoeae*. Assinale a alternativa que indica o diagnóstico mais provável.

- (A) Cistite.
- (B) Apendicite.
- (C) Doença inflamatória pélvica.
- (D) Ruptura de cisto ovariano.

75

Mulher, 32 anos de idade, apresenta dor pélvica intensa, piorando progressivamente durante a menstruação. Ultrassom pélvico mostra cisto ovariano de 3,8 cm com conteúdo aneicoico com debrí no seu interior. Assinale a alternativa que indica o diagnóstico mais provável.

- (A) Endometrioma.
- (B) Cisto dermoide.
- (C) Cisto folicular.
- (D) Hidrossalpinge.

76

Mulher, 28 anos de idade, com dor abdominal intensa e constipação cíclica. Imagem revela obstrução parcial do cólon com infiltração da cavidade pélvica para luz do órgão. Assinale a alternativa que apresenta a causa subjacente mais provável.

- (A) Doença de Crohn.
- (B) Obstrução por endometriose.
- (C) Carcinoma colorretal.
- (D) Síndrome do intestino irritável.

81

Mulher, 30 anos de idade, com verrugas múltiplas na vulva. Teste positivo para HPV tipo 6. Assinale a alternativa que apresenta o tratamento recomendado.

- (A) Aciclovir.
- (B) Metronidazol.
- (C) Crioterapia.
- (D) Penicilina.

77

Mulher, 30 anos de idade, apresentando episódios de tosse com sangue sincronizados com a menstruação. Tomografia de tórax mostra nódulos no pulmão. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Tuberculose.
- (B) Embolia pulmonar.
- (C) Endometriose pulmonar.
- (D) Quadro gripal.

78

Mulher, 33 anos de idade, com descoberta incidental de massa pélvica sólida e cística. Exames indicam CA-125 ligeiramente elevado. Assinale a alternativa que indica a abordagem recomendada.

- (A) Ultrassonografia.
- (B) Laparoscopia.
- (C) Quimioterapia.
- (D) Radioterapia.

79

Mulher, 36 anos de idade, apresenta menstruações dolorosas e prolongadas, com oito dias de duração. Ultrassonografia mostra útero aumentado e heterogêneo com desaparecimento dos limites do eco endometrial e miométrio. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Adenomiose.
- (B) Mioma uterino.
- (C) Endometriose.
- (D) Carcinoma endometrial.

80

Adolescente, sexo feminino, 16 anos de idade, com dismenorreia intensa não responsiva a AINEs. Laparoscopia mostra lesões peritoneais superficiais e irregulares. Qual é o manejo recomendado?

- (A) Intervenção cirúrgica radical.
- (B) Uso de analgésicos.
- (C) Uso de antidepressivos.
- (D) Anticoncepcionais orais combinados.

82

Mulher, 29 anos de idade, com corrimento amarelo-esverdeado e queimação ao urinar. Microscopia revela protozoários móveis. Assinale a alternativa que indica o tratamento recomendado.

- (A) Aciclovir.
- (B) Ceftriaxone.
- (C) Azitromicina.
- (D) Metronidazol.

83

Mulher, 33 anos de idade, com dor pélvica crônica e infertilidade. Laparoscopia revela aderências pélvicas. Assinale a alternativa que apresenta a provável causa subjacente.

- (A) Adenomiose.
- (B) Cistite intersticial.
- (C) Miomas uterinos.
- (D) Doença inflamatória pélvica.

84

Mulher, 34 anos de idade, com infertilidade sem causa aparente e história de dismenorreia intensa. Laparoscopia revela lesões tipo "chocolate" pela cavidade pélvica. Assinale a alternativa que indica o tratamento recomendado.

- (A) Terapia anticoncepcional oral.
- (B) Terapia com análogos de GnRH.
- (C) Fertilização *in vitro*.
- (D) Clomifeno.

85

Mulher, 35 anos de idade, com dor pélvica crônica e abortos recorrentes. Laparoscopia mostra aderências extensas em região de anexos. Assinale a alternativa que apresenta a opção terapêutica recomendada.

- (A) Antibióticos.
- (B) Tratamento hormonal contínuo.
- (C) Uso de dispositivos intrauterinos.
- (D) Lise das aderências cirurgicamente.

86

Adolescente de 13 anos de idade sem histórico de vacinação e virgo. Assinale a alternativa que indica a abordagem recomendada sobre a vacina de HPV.

- (A) Iniciar esquema.
- (B) Aguardar até 16 anos.
- (C) Aguardar a primeira atividade sexual.
- (D) Vacinação anual necessária até os 45 anos.

92

Mulher, 30 anos de idade, sem plano de ter filhos nos próximos 3 anos. O método contraceptivo recomendado é:

- (A) DIU hormonal.
- (B) Coito interrompido.
- (C) Contraceptivo oral de baixa dose.
- (D) Monitoramento do ciclo menstrual.

87

Mulher, 35 anos de idade, com Papanicolau normal há dois anos. Assinale a alternativa que indica o próximo passo.

- (A) Repetir Papanicolau semestralmente.
- (B) Co-teste com Papanicolau e teste de HPV.
- (C) Realizar colposcopia.
- (D) Realizar teste de Schiffer.

88

Mulher, 65 anos de idade, com histórico familiar de fraturas. Assinale a alternativa que indica a intervenção preventiva correta.

- (A) Densitometria óssea.
- (B) Suplementação de vitamina C.
- (C) Exame de ressonância magnética.
- (D) Uso de diuréticos tiazídicos.

89

Gestante de 28 semanas sem fatores de risco aparentes. Assinale a avaliação recomendada.

- (A) Hemoglobina glicada.
- (B) Avaliação apenas após o parto.
- (C) Curva glicêmica oral.
- (D) Nenhum teste necessário devido à ausência de risco.

90

Mulher, 34 anos de idade, com infecções urinárias recorrentes há seis meses. Assinale a alternativa que indica a intervenção profilática correta.

- (A) Evitar café e álcool.
- (B) Realizar cistoscopia.
- (C) Antibióticos profiláticos diários.
- (D) Hidratação adequada e higiene.

91

Mulher, 20 anos de idade, sexualmente ativa. Assinale a alternativa que indica a medida preventiva correta para IST.

- (A) Uso de contraceptivo oral.
- (B) Exames mensais de ISTs.
- (C) Uso de preservativo.
- (D) Abstinência sexual.

93

Mulher, 48 anos de idade, com sintomas de depressão moderado e ciclos menstruais irregulares. A intervenção inicial recomendada é

- (A) iniciar terapia hormonal.
- (B) iniciar aconselhamento psicológico.
- (C) realizar exames laboratoriais.
- (D) aguardar resolução espontânea.

94

Mulher, 50 anos de idade, sem histórico familiar de câncer colorretal. Assinale a alternativa que indica a recomendação de triagem adequada.

- (A) Sigmoidoscopia a cada 5 anos.
- (B) Colonoscopia a cada 10 anos.
- (C) Exame de sangue oculto nas fezes anual.
- (D) Nenhuma triagem necessária até sintomas aparecerem.

95

Mulher, 55 anos de idade, com incontinência urinária ao tossir e espirrar. Urodinâmica mostra hipermobilidade uretral e defeito esfíncteriano. Assinale a alternativa que indica o tratamento recomendado.

- (A) *Essure*.
- (B) Cirurgia de *sling*.
- (C) Fisioterapia do assoalho pélvico.
- (D) Anticolinérgicos.

96

Mulher, 30 anos de idade, com incontinência urinária após parto vaginal há 6 meses. Inspeção física revela fraqueza do assoalho pélvico. Assinale a alternativa que indica a intervenção inicial recomendada.

- (A) Exercícios de Kegel.
- (B) Antibioticoterapia.
- (C) Laser vaginal.
- (D) Cirurgia de incontinência urinária.

97

Mulher, 45 anos de idade, com súbita vontade de urinar e perda urinária involuntária. Cistometria mostra contrações involuntárias do detrusor. Assinale a alternativa que indica o manejo inicial recomendado.

- (A) Fitoterapia.
- (B) Terapia hormonal.
- (C) Anticolinérgicos.
- (D) Cirurgia de *sling*.

102

Mulher, 38 anos de idade, apresenta risco elevado para câncer de mama: mãe com diagnóstico aos 42 anos e tia materna com câncer de ovário aos 50 anos. Ainda não foi feita avaliação genética. Com base nas diretrizes NCCN (*Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, Pancreatic, Version 2.2025*), assinale a alternativa correta.

- (A) Inicia-se mamografia anual apenas a partir dos 50 anos, conforme recomendação da população geral.
- (B) O rastreamento com ressonância magnética só deve ser iniciado após confirmação de mutação BRCA1/2, sendo desnecessário antes disso.
- (C) Recomenda-se ressonância magnética anual a partir dos 25 anos e mamografia anual a partir dos 30 anos, mesmo antes da confirmação genética, considerando o risco familiar $\geq 20\%$ de vida).
- (D) A ressonância magnética está contraindicada em mamas densas por elevar excessivamente os falsos positivos.

98

Mulher, 60 anos de idade, com sintomas de incontinência aos esforços e urgência. Urodinâmica confirma incontinência mista. A abordagem terapêutica recomendada é:

- (A) Cirurgia imediata.
- (B) Antidiuréticos.
- (C) Bloqueadores alfa.
- (D) Terapia comportamental e fisioterapia.

103

Mulher, 36 anos de idade, assintomática, com teste genético positivo para mutação patogênica em BRCA1, procura aconselhamento de especialista. Ela já realizou ooforectomia redutora de risco aos 35 anos. Em relação à mastectomia redutora de risco, assinale a alternativa correta segundo as diretrizes NCCN 2025.

- (A) A cirurgia redutora de risco só é indicada para pacientes com mutações BRCA associadas a história familiar positiva de câncer de mama.
- (B) A mastectomia redutora de risco está indicada apenas após os 50 anos, uma vez que o risco de câncer de mama em portadoras de BRCA1 é mínimo antes dessa idade.
- (C) A mastectomia redutora de risco não é recomendada em pacientes que já realizaram ooforectomia profilática, pois o benefício adicional é insignificante.
- (D) A mastectomia redutora de risco pode reduzir em até 90% o risco de câncer de mama e deve ser considerada, especialmente em portadoras de BRCA1 ou BRCA2, mesmo na ausência de história familiar.

99

Mulher, 68 anos de idade, sofreu fratura de quadril após queda. Densitometria óssea com *T-score* de -3,0. Assinale a alternativa que indica o tratamento recomendado.

- (A) Suplementação de cálcio.
- (B) Bisfosfonatos.
- (C) Terapia de estrogênio.
- (D) Exercícios de impacto

100

Mulher, 70 anos de idade, submetida a raio-X de rotina que mostra fratura vertebral. Exames *T-score* de -2,8. Qual a maneira recomendada de orientar esta paciente?

- (A) Suspender qualquer suplemento de cálcio.
- (B) Terapia fisioterapêutica intensiva.
- (C) Iniciar teriparatida.
- (D) Nenhuma intervenção necessária.

104

Mulher, 73 anos de idade, comparece ao consultório com mamografia mostrando microcalcificações pleomórficas de 1,3 cm de extensão em quadrante-súpero medial da mama direita. Ao exame físico, sem alterações palpáveis em mama ou axila. Solicitada uma mamotomia com resultado anatomo-patológico de carcinoma ductal *in situ* grau nuclear 1 e receptor de estrogênio positivo. Foi colocado um clipe no local da biópsia e ausência de calcificações residuais. Qual o tratamento indicado?

- (A) Setorectomia de mama e radioterapia.
- (B) Setorectomia de mama, radioterapia e tamoxifeno.
- (C) Setorectomia de mama, biópsia do linfonodo sentinel.
- (D) Setorectomia de mama, biópsia do linfonodo sentinel e tamoxifeno.

101

Gestante em consulta de pré-natal, refere nódulo em mama direita há 3 meses, com incômodo local. G3, P2, A0, 38 anos de idade, contando 25 semanas de gestação, nega trauma local ou sinais flogísticos. Ao exame físico mamário, observa-se nódulo de 4 cm em seu maior diâmetro localizado em QSLD, sem acometimento cutâneo. Axilas com linfonodos fibroelásticos e móveis, bilateralmente. Assinale a conduta correta.

- (A) Solicitar USG de mamas.
- (B) Solicitar mamografia.
- (C) Introduzir antibioticoterapia profilática.
- (D) Solicitar retorno em 30 dias para reavaliação do nódulo, orientando procurar pronto atendimento em caso de febre ou saída de secreção purulenta.

105

Mulher de 52 anos de idade, sem antecedentes pessoais de câncer, realizou mamografia de rastreamento que identificou microcalcificações agrupadas BI-RADS 4. Foi submetida à biópsia por estereotaxia, com resultado de neoplasia lobular *in situ* (NLIS) clássica associada a microcalcificações. A *core biopsy* foi considerada radiologicamente representativa. Não há achados adicionais em ressonância magnética. Em relação à conduta recomendada, assinale a alternativa correta.

- (A) A NLIS clássica é considerada lesão de risco e, quando há correlação imagem-patologia adequada, pode ser manejada com vigilância, sem necessidade de excisão cirúrgica.
- (B) A presença de NLIS clássica associada a microcalcificações exige investigação genética obrigatória, independentemente de história familiar ou idade.
- (C) O achado de NLIS clássica justifica ressecção cirúrgica da área biopsiada, mesmo com correlação imagem-patologia adequada, devido ao risco significativo de subestimação histológica.
- (D) O achado de NLIS clássica deve ser tratado como carcinoma lobular invasivo em potencial e requer margens cirúrgicas livres em todos os casos.

106

Mulher, 40 anos de idade, comparece à consulta relatando ter percebido alteração na mama esquerda há 4 meses. Ao exame físico, apresenta mamas grandes com mama esquerda com nódulo palpável de 5,0 cm em quadrante súperolateral, com hiperemia e edema de pele ocupando todos os quadrantes da mama e conglomerado linfonodal na palpação da axila ipsilateral. Realizou biópsia com anatomo-patológico confirmado tratar-se de um carcinoma invasivo do tipo não especial luminal B com embolização dos vasos linfáticos. Realizou exames de estadiamento sistêmico sem evidência de metástase à distância. Realizou 4 ciclos de quimioterapia neoadjuvante com doxorubicina e ciclofosfamida e 8 ciclos de paclitaxel. Retornou em consulta para avaliação pré-cirúrgica com mama esquerda apresentando nódulo de 2,5 cm em quadrante súperolateral, sem alterações de pele e um linfonodo palpável em axila esquerda, móvel e fibroelástico. Assinale a alternativa que apresenta a operação recomendada para paciente.

- (A) Mastectomia à esquerda com pesquisa do linfonodo sentinela.
- (B) Mastectomia a esquerda com linfadenectomia axilar.
- (C) Setorectomia de mama esquerda com linfadenectomia axilar.
- (D) Setorectomia de mama esquerda associada à técnica de oncoplastica com biópsia do linfonodo sentinela.

107

Os principais genes associados ao aumento no risco absoluto no desenvolvimento do câncer de mama são:

- (A) BRCA1, CDH1, TP53, PALB2.
- (B) BRCA1, BRCA2, EGFR, TP53.
- (C) BRCA2, APC, TP53, CDH1.
- (D) ATM, P16, TP53, PTEN.

108

Mulher, 61 anos de idade, com diagnóstico de carcinoma ductal invasivo tipo não especial, imuno-histoquímica tripla negativa em mama direita. Apresenta nódulo palpável de 2,0 cm em região retroareolar de mama direita com 2 linfonodos palpáveis, fixos e coalescentes em axila direita. Assinale a alternativa que apresenta estadiamento clínico dessa paciente.

- (A) T1N1.
- (B) T1N2.
- (C) T2N1.
- (D) T2N2.

109

No que se refere ao tratamento do câncer de mama durante a gestação, é correto afirmar:

- (A) A quimioterapia não deve ser administrada durante a gestação.
- (B) Como há maior incidência de câncer de mama HER2 positivo, o uso de trastuzumabe está liberado no terceiro trimestre da gestação.
- (C) A cirurgia no primeiro trimestre pode ser considerada se houver indicação de quimioterapia adjuvante.
- (D) Deve-se aguardar o parto para realizar o tratamento do câncer de mama.

110

Paciente do sexo masculino é encaminhado para atendimento devido a queixa de “espinha no peito esquerdo há 6 meses”. Refere uso de várias pomadas e até antibiótico oral sem melhora do quadro. Ao exame físico das mamas, observa-se lesão ulcerada com cerca de 3,0 cm localizada em união de quadrantes laterais de mama esquerda, junto ao CAP; axila com linfonodo palpável com 1,0 cm, móvel. Quanto às hipóteses diagnósticas e tratamentos recomendados, assinale a alternativa correta.

- (A) Não se indica mamografia para pacientes do sexo masculino.
- (B) A melhor conduta é a exérese da lesão para diagnóstico anatomo-patológico.
- (C) Como trata-se de evento raro, correspondendo entorno de 1% dos casos de câncer de mama diagnosticados, deve-se inicialmente realizar o teste terapêutico com antibiótico de amplo espectro.
- (D) As indicações de radioterapia após a cirurgia em homens com câncer de mama são as mesmas das aplicadas em mulheres com câncer de mama.

111

De acordo com o terceiro consenso internacional de lesões de potencial maligno incerto da mama, são consideradas lesões BIRADS-3, EXCETO:

- (A) Cicatriz radiada.
- (B) Papiloma sem atipia.
- (C) Carcinoma Lobular *in situ* clássico.
- (D) Carcinoma Lobular *in situ* pleomórfico.

112

Com o avanço da tecnologia aplicada à radiologia mamária houve maior número de biópsias com diagnósticos anatomo-patológicos que apresentam aumento de risco para câncer de mama. Dentre essas lesões, pode-se afirmar:

- (A) A taxa de subestimação diante de um diagnóstico de hiperplasia ductal atípica é de cerca de 20%.
- (B) A hiperplasia lobular atípica é mais frequentemente encontrada em mulheres acima de 75 anos de idade.
- (C) A atipia epitelial plana não se enquadra na classificação histopatológica de lesões precursoras.
- (D) O diagnóstico de hiperplasia ductal atípica está associado a um risco relativo de 2 vezes para o desenvolvimento de carcinoma invasor.

**113**

Paciente portadora de fibroadenoma há menos de 6 meses, relata desejo de fazer uso de anticoncepcional hormonal combinado. Assinale a alternativa que apresenta a orientação adequada.

- (A) Como fibroadenoma é hormônio dependente, contraindicar o uso, pelo risco de crescimento do nódulo.
- (B) Caso a paciente tenha alto risco familiar, o uso está contraindicado.
- (C) Liberar o uso e manter acompanhamento conforme BI-RADS.
- (D) Orientar realizar controle ultrassonográfico após 6 meses do primeiro exame (BI-RADS 3), e somente após esse controle, liberar o uso.

**114**

A Ressonância Magnética (RM) das mamas é uma ferramenta diagnóstica avançada com indicações específicas na avaliação do câncer de mama em rastreamento mamário. Sobre o seu uso clínico, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso da RM em pacientes com carcinoma lobular invasivo tem valor limitado, já que tende a subestimar a extensão da doença.
- (B) A RM das mamas é o exame de primeira escolha para o rastreamento populacional, mesmo em pacientes de baixo risco, por apresentar baixa taxa de falso-positivo.
- (C) A RM não tem papel na avaliação de pacientes com carcinoma oculto das mamas, uma vez que a associação de mamografia e ultrassom nestes casos é suficiente.
- (D) A realização de RM das mamas está associada a um aumento no número de reconvocações e procedimentos adicionais, como biópsias de achados que se revelam benignos.

**115**

Paciente de 45 anos de idade, apresenta fluxo papilar sanguinolento uniductal espontâneo à esquerda. A causa mais frequente do achado observado é:

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

116

Mulher, 54 anos de idade, realizou cirurgia conservadora com pesquisa de linfonodo sentinelas cujo anatomo-patológico evidenciou lesão de 2,0 cm na mama e presença de 1 linfonodo positivo para macrometástase de câncer de mama. A imuno-histoquímica mostrou receptor estrógeno 80%, receptor de progesterona 90%, Ki-67 20%, Her2 negativo. Foi solicitada assinatura genômica cujo score de risco de recorrência foi de 14. A conduta recomendada para adjuvância sistêmica é:

- (A) Quimioterapia isolada.
- (B) Hormonioterapia isolada.
- (C) Quimioterapia seguida de hormonioterapia.
- (D) Hormonioterapia com inibidor de ciclina.

**117**

Paciente submetida a quadrante com biópsia de linfonodo sentinelas. No laudo anátomo patológico observa-se o seguinte resultado: Carcinoma invasivo não especial medindo 2,0 cm, presença de acometimento neoplásico em 1 de 3 linfonodos dissecados, medindo 0,3 mm. Em relação ao estadiamento axilar, pode-se classificar em:

- (A) Micrometástase.
- (B) Macrometástase.
- (C) Células tumorais isoladas.
- (D) Negativo.

**118**

Segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia e o Colégio Brasileiro de Radiologia, o rastreamento mamográfico deve ser iniciado aos 40 anos com periodicidade anual. Em pacientes com mamas densas qual exame deve-se solicitar, além da mamografia?

- (A) Tomossíntese.
- (B) Ultrassonografia das mamas.
- (C) Ressonância Magnética das mamas.
- (D) Não há indicação de exames adicionais.

**119**

Em relação aos achados mamográficos, assinale a alternativa que correlaciona corretamente o tipo de imagem com sua interpretação quanto à suspeição de malignidade.

- (A) Calcificações em pipoca – achado suspeito, associado a carcinoma *in situ*.
- (B) Cisto simples com conteúdo denso – achado altamente suspeito de malignidade.
- (C) Nódulo com margens espiculadas – achado sugestivo de benignidade, compatível com fibroadenoma.
- (D) Microcalcificações agrupadas com distribuição segmentar – achado suspeito, podendo indicar processo ductal maligno.

120

Mulher, 48 anos de idade, realiza mamografia e ultrassonografia das mamas. Foi identificado um nódulo sólido, oval, com contornos circunscritos e margens microlobuladas, medindo 1,2 cm, localizado no quadrante superior externo da mama esquerda. Não foram observadas calcificações ou outros achados associados. Com base na classificação BI-RADS, assinale a alternativa que representa a categorização mais adequada para esse achado.

- (A) BI-RADS 2 – achado benigno, sem necessidade de seguimento.
- (B) BI-RADS 3 – achado provavelmente benigno, com recomendação de controle em 6 meses.
- (C) BI-RADS 4 – achado suspeito com baixa suspeição, recomendando-se biópsia.
- (D) BI-RADS 5 – achado altamente sugestivo de malignidade.

RASCUNHO

