

**ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS**  
**Urologia**



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 EC7**. 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	<b>Sangue (bioquímica e hormônios):</b>
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
<u>VALORES DE REFERÊNCIA PARA GASOMETRIA ARTERIAL</u>	
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>
<u>VALORES DE REFERÊNCIA DE Hb PARA CRIANÇAS</u>	
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, 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, SpO<sub>2</sub> de 94%.

• Exames laboratoriais:

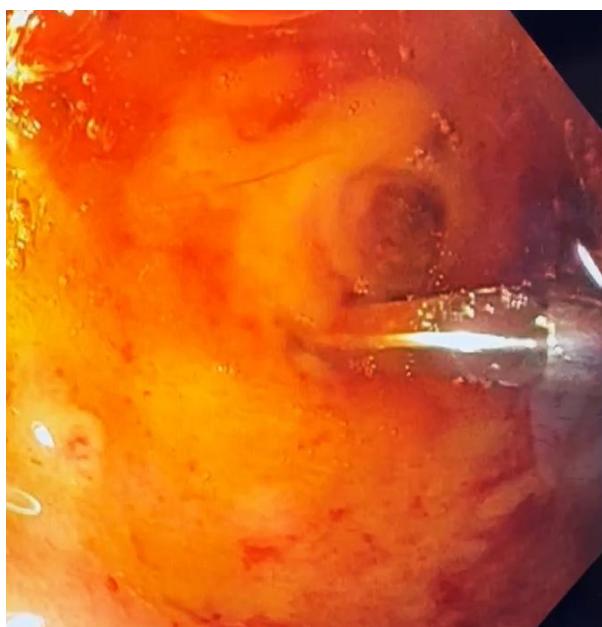
Hb: 5,0 g/dL

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.

**02**

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.

**03**

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.

**04**

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 70x50 mmHg, FC de 120 bpm, FR de 22 irpm, SpO<sub>2</sub> de 86%. Fala intercortado. 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.

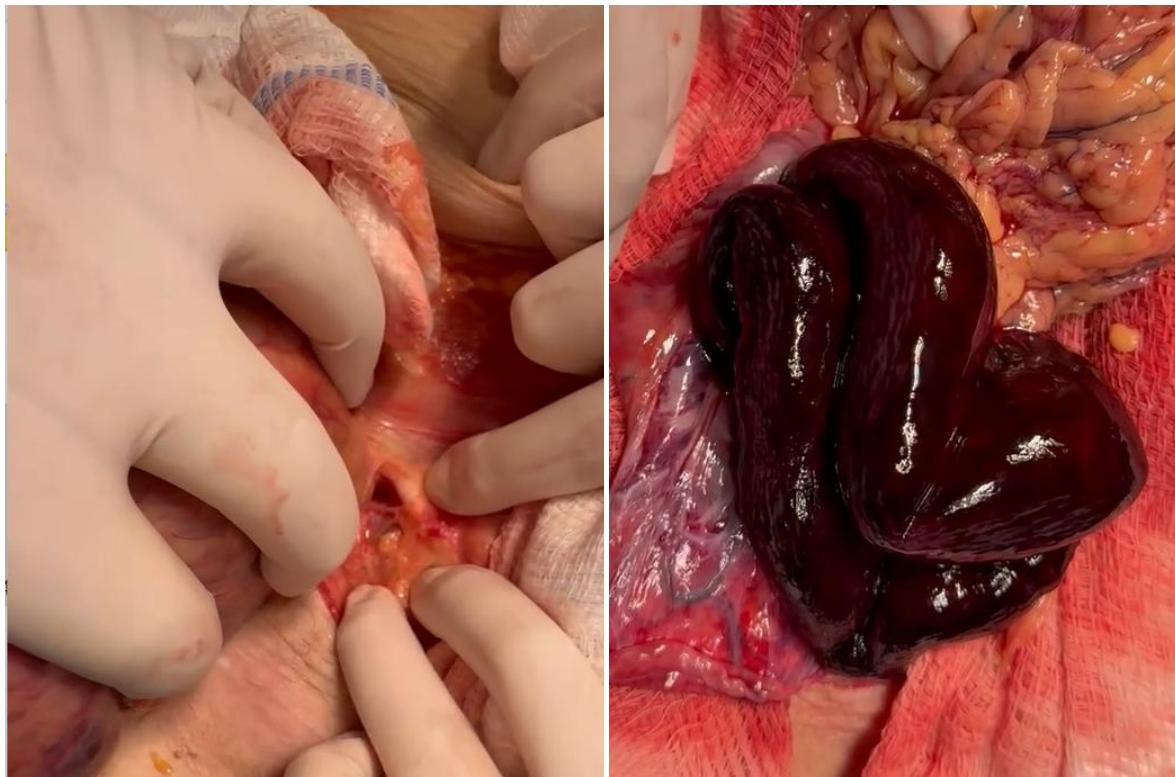
**05**

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.

**06**

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:

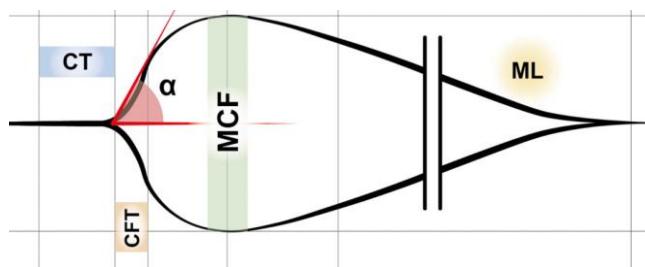


Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que indica o diagnóstico correto e o tratamento indicado.

- (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.

**07**

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.

**08**

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.

**09**

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

**10**

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.

**11**

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.

**12**

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.

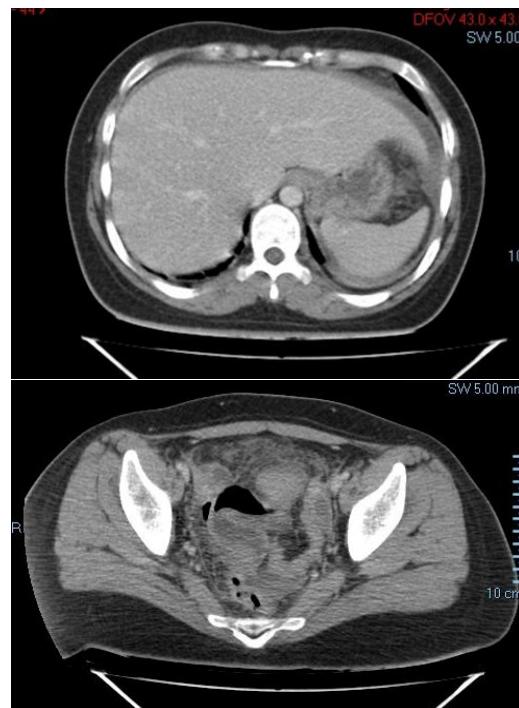
**13**

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.

**14**

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.

**15**

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.

**16**

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:

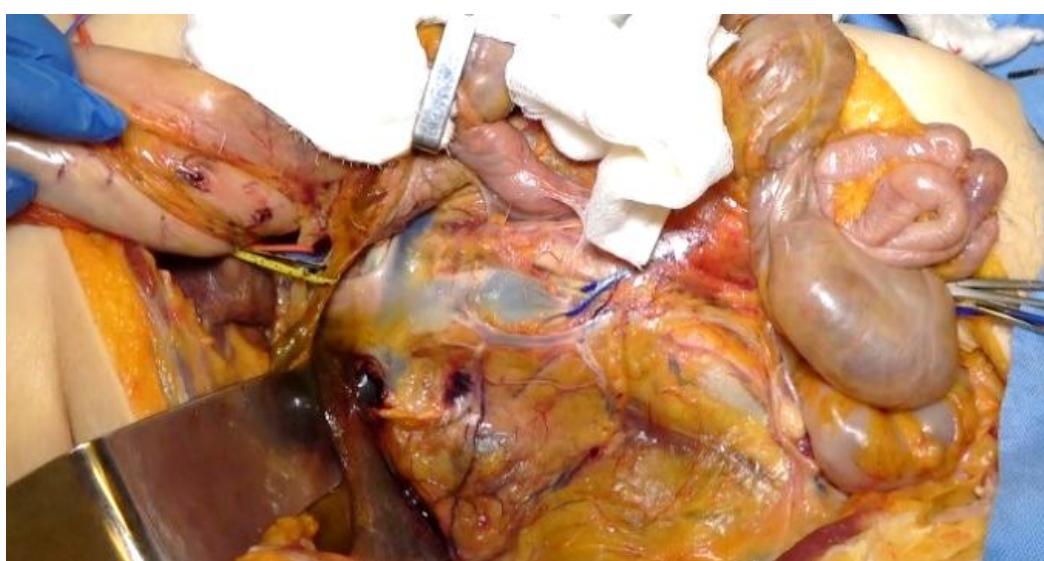


Com base no caso apresentado, a suspeita clínica é de

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

**17**

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.

**18**

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.

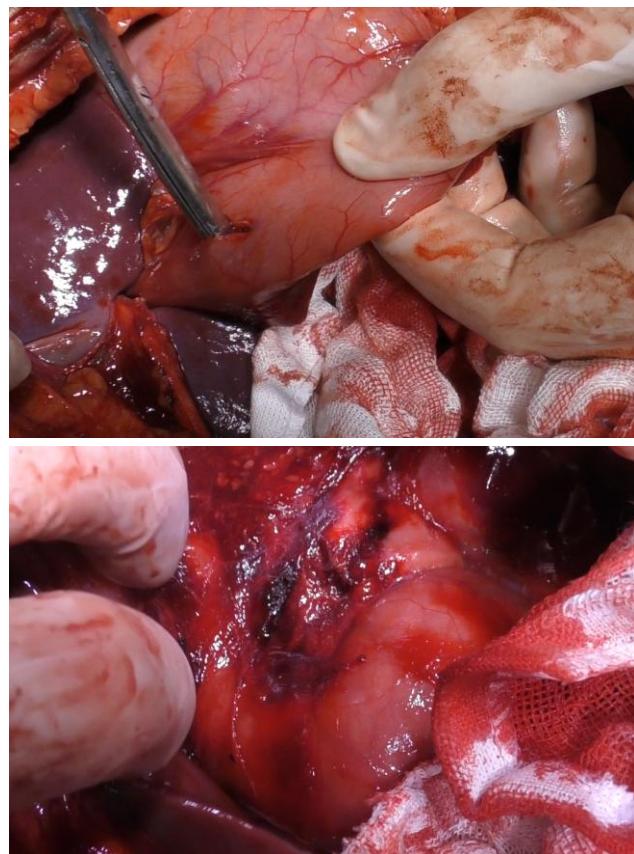
- (A) Colonoscopia.
- (B) Colectomia parcial com anastomose primária.
- (C) Apendicectomia por videolaparoscopia.
- (D) Apendicectomia por laparotomia.

**19**

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, 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 (gastroduodenopancreaticectomy).
- (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.

**20**

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.

**21**

Homem, 49 anos de idade, relata que não consegue urinar há dois dias e que tem dor abdominal. Refere que foi assaltado e agredido à noite, quando retornava para sua casa saindo de um bar há 3 dias. Ao exame físico, apresentou PA de 177×86 mmHg FC de 90 bpm; FR de 16 irpm, SpO<sub>2</sub> de 99%. Glasgow coma score de 15. IMC de 35 kg/m<sup>2</sup>. Abdome globoso, equimose em hipogástrico, doloroso à palpação. Toque reta com: próstata aumentada.

- Exames laboratoriais:

Hb 11,3g/dL

Ht: 34,7%

Leucócitos: 15.000/dL (Neutrófilos: 83,5%)

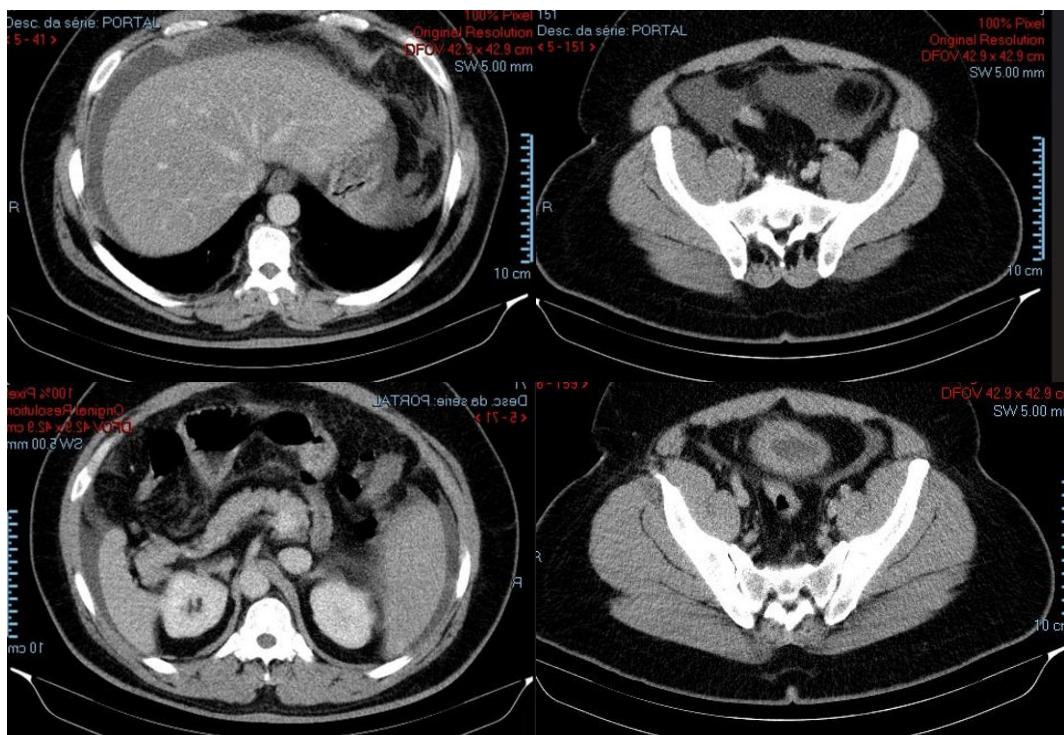
Glicemia: 160 mg/dL

Ureia: 96 mg/dL

Creatinina: 4,9 mg/dL

Amilase: 164 U/L

Foi realizada tomografia computadorizada, conforme imagens apresentadas a seguir:



A conduta recomendada é:

- Tratamento não operatório.
- Sondagem vesical por 2 semanas.
- Laparoscopia diagnóstica e/ou terapêutica.
- Paracentese diagnóstica (ascite pancreática) e introdução de antibioticoterapia.

**22**

Paciente com adenocarcinoma de pâncreas, cuja tomografia computadorizada evidenciou uma massa de 2,8 cm envolvendo o processo uncinado e em contato de 120° da veia mesentérica superior, sem irregularidade e sem evidência de metástase. O valor do seu antígeno carboidrato (CA 19.9) é de 120 U/mL. Ao realizar uma laparoscopia diagnóstica para programar o procedimento cirúrgico, qual característica é mais preditiva para detecção de metástase oculta?

- Nível de CA-19-9.
- Tamanho do tumor.
- Localização do tumor.
- Envolvimento da veia mesentérica superior.

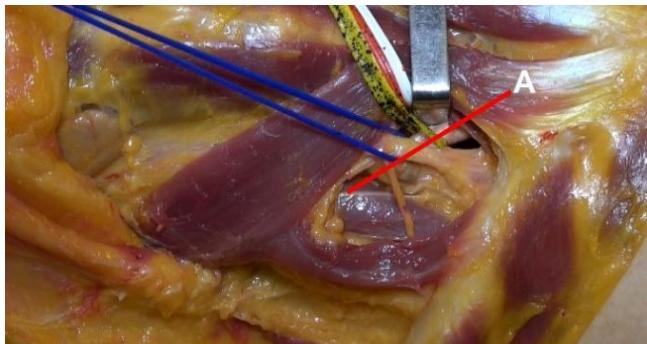
**23**

Homem, 30 anos de idade, foi submetido à apendicectomia McBurney, retorna ao consultório médico referindo dor na região inferior do abdome e na região interna da coxa, além de sensação de desconforto quando toca nesta região. Ao exame clínico, a cicatriz cirúrgica apresenta aspecto normal, sem abaulamento. A suspeita clínica é de lesão do nervo

- ilioinguinal.
- ílio-hipogástrico.
- latera da coxa.
- genitofemoral.

**24**

Durante uma cervicotomia exploradora por ferimento penetrante cervical, o cirurgião, accidentalmente, cortou a estrutura destacada pela linha vermelha A, indicada na imagem a seguir:



Qual é nome desta estrutura e qual a alteração observada no exame físico?

- (A) Nervo vago – arritmia cardíaca.
- (B) Nervo vago antes da liberação do nervo laríngeo recorrente – rouquidão.
- (C) Nervo frênico – diminuição do murmúrio vesicular em base direita.
- (D) Ramo do plexo braquial – alteração de movimentação do braço.

**25**

Menina, 12 anos de idade, trazida pela mãe ao pronto-socorro, refere dor abdominal epigástrica, náusea, anorexia há 4 dias e que não evacuava há 3 dias. Ao exame físico, estava em regular estado geral, hidratada, eupneica, afebril. Abdome plano, flácido e com dor à palpação em região epigástrica, onde se palpava uma tumoração de consistência amolecida. A mãe referia que a menina sofria com queda de cabelo há 1 ano e que optou por colocar *dreads* para disfarçar a queda capilar. Foi realizada uma tomografia computadorizada, que pode ser observada na imagem a seguir:

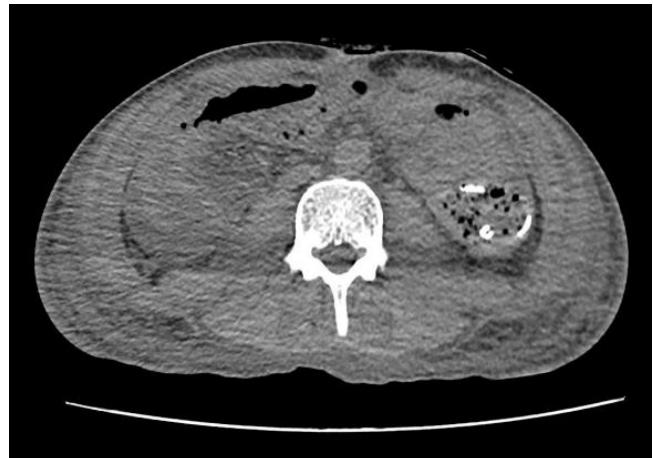


Assinale a alternativa que apresenta o tratamento recomendado.

- (A) Esvaziamento manual.
- (B) Laparotomia e gastostomia.
- (C) Colectomia parcial e colostomia.
- (D) Lavagem intestinal com solução glicerinada.

**26**

Paciente submetido à colectomia subtotal por quadro de enterorragia maciça. No 5º dia pós-operatório, apesar da ileostomia estar funcionante, o paciente continuava anoréxico, temperatura diária com picos de até 38 °C, nos exames laboratoriais apresentava leucocitose de 18.500/mm<sup>3</sup> (metamielócitos: 1%; bastonetes 7% e segmentados: 60%), proteína C reativa de 40 mg/L e albumina sérica de 2,0 g/dL. Foi submetido à radiografia e tomografia computadorizada, conforme imagens a seguir:



Assinale a alternativa que indica o tratamento mais adequado.

- (A) Laparotomia exploradora.
- (B) Drenagem percutânea.
- (C) Iniciar dieta pela SNE – está bem posicionada.
- (D) Não iniciar dieta pela SNE – passar acesso venoso central e iniciar nutrição parenteral.

**27**

Homem, 26 anos de idade, vítima de ferimento por arma de fogo em flanco esquerdo, é admitido na unidade de emergência e foi indicada laparotomia exploradora, conforme imagens a seguir:



Com base nos achados observados, assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado nesse momento.

- (A) Exteriorização do ferimento.
- (B) Sutura e colostomia de proteção.
- (C) Ressecção e anastomose primária.
- (D) Colectomia parcial e colostomia (Hartman).

**28**

Homem, 80 anos de idade, refere dor abdominal há 6 horas. Ao exame físico, apresenta abaulamento irredutível e doloroso à palpação, conforme imagem a seguir:



Foi indicada cirurgia, onde observou-se o achado apresentado na imagem a seguir:

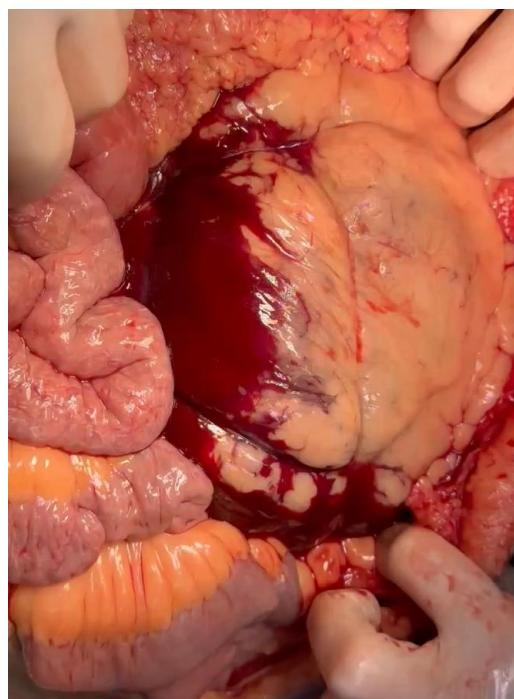


Assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais apropriado.

- (A) Enterectomia segmentar e hernioplastia com tela.
- (B) Enterectomia segmentar e fechamento da parede sem tela.
- (C) Enterectomia segmentar, fechamento da aponeurose com fio inabsorvível e colocação de vácuo.
- (D) Ampliação da incisão para uma laparotomia mediana, revisão da cavidade e fechamento com fio de poligalactina 1.

**29**

Homem, 43 anos de idade, vítima de contusão abdominal, é admitido no pronto-socorro com instabilidade hemodinâmica, FAST positivo em janela hepato renal, pélvico e espleno renal. Foi reanimado e indicada laparotomia exploradora, onde observou-se o seguinte achado inicial:



Assinale a alternativa que apresenta a manobra cirúrgica que deve ser realizada para abordar este hematoma.

- (A) Manobra de Matox.
- (B) Manobra de Catell-Braasch.
- (C) Abordagem direta do hematoma.
- (D) Toracotomia esquerda e clampeamento da aorta descendente.

**30**

Homem, 30 anos de idade, vítima de acidente de motocicleta. É admitido no pronto-socorro apresentando sangramento e ferimento na região perineal, o sangramento foi contido por compressão com compressas. O anel pélvico estava fechado sem sinais de instabilidade. FAST negativo. Após a reanimação na sala de emergência, o paciente foi levado para o centro cirúrgico. A lesão pode ser observada na imagem a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta o tratamento recomendado neste momento.

- (A) Tamponamento do ferimento, laparotomia exploradora e confecção de uma colostomia de proteção; antibioticoterapia.
- (B) Limpeza da região, avaliação do canal anal e reto, hemostasia e tamponamento do ferimento; antibioticoterapia.
- (C) Limpeza dos ferimentos após avaliação do reto; sutura e aproximação dos planos e realizar uma colostomia de proteção – antibioticoterapia.
- (D) Reconstrução do períneo e drenagem da região; antibioticoterapia.

**31**

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 exagerada. 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 fundoplicatura para completar a hiatoplastia.

**32**

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.

**33**

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.

**34**

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.

**35**

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.

**36**

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.

**37**

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.

**38**

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.

**39**

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.

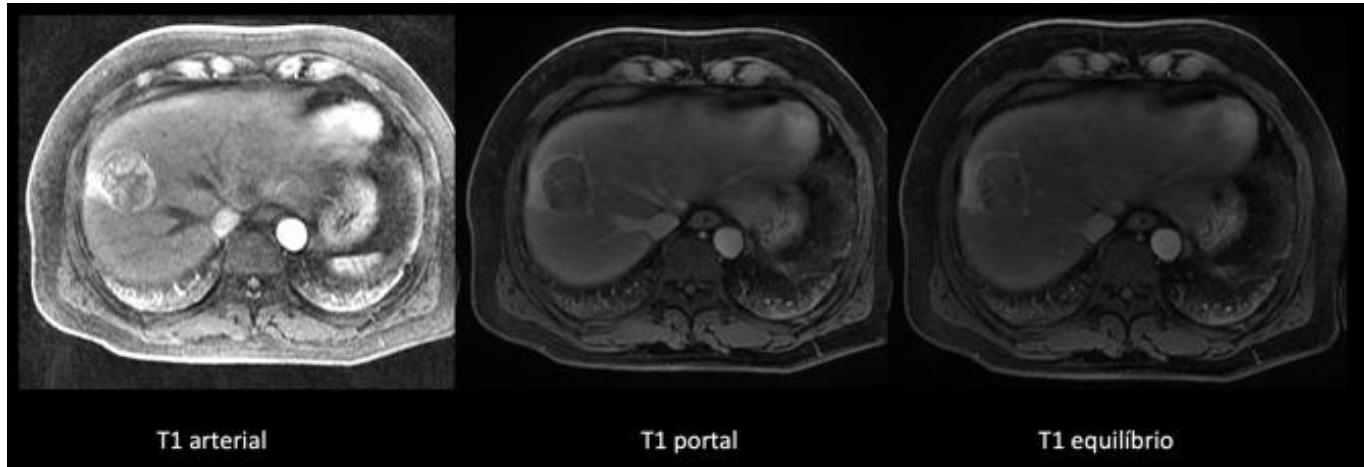
**40**

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/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).

## Texto para as questões 41 e 42

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:

**41**

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.

**42**

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.

**43**

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.

**47**

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.

**44**

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.

**45**

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<sup>3</sup>). 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.

**46**

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.

**48**

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.

**49**

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.

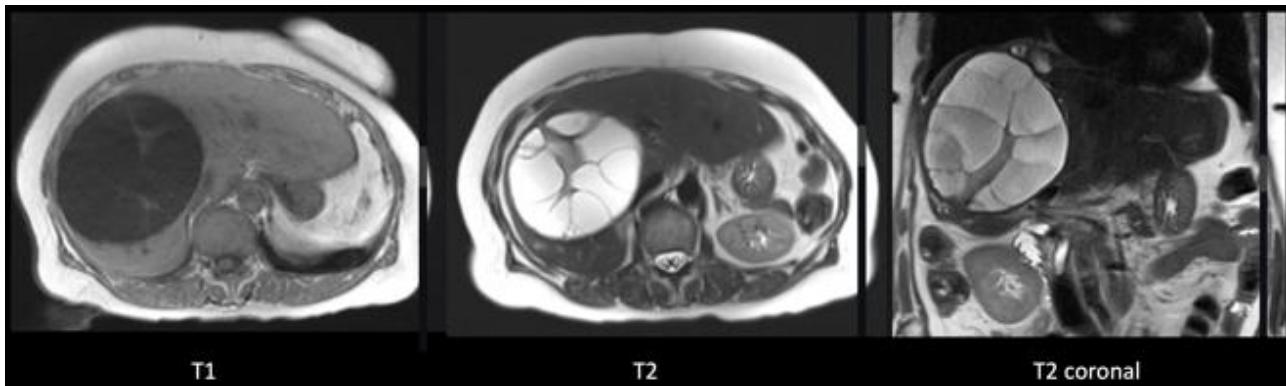
**50**

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.

**51**

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.

**52**

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.

**53**

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.

**54**

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.

**55**

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.

**56**

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.

**57**

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.

**58**

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.

**59**

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.

**60**

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.

**61**

Homem, 26 anos de idade, foi vítima de politraumatismo de acidente auto x auto. Na chegada ao hospital, foi submetido à drenagem torácica bilateral por hemopneumotórax com fraturas de costas à direita do oitavo ao décimo primeiro arco e à esquerda do quinto ao décimo. Estável após a drenagem, realizou radiografia de tórax com velamento do seio costofrênico esquerdo. A próxima conduta recomendada é:

- (A) Indicar toracotomia de emergência à esquerda por se tratar de hérnia diafragmática.
- (B) Indicar toracotomia de emergência à direita por se tratar de hérnia diafragmática.
- (C) Solicitar tomografia de tórax para diferenciar entre hemotórax retido e hérnia diafragmática à esquerda.
- (D) Solicitar ressonância magnética, único exame de imagem que pode diferenciar uma paralisia frênica de uma hérnia diafragmática à esquerda.

**62**

Mulher, 29 anos de idade, previamente hígida, refere que, há dois anos, começou a apresentar picos de HAS. A investigação de urina de 24 horas revelou elevação das catecolaminas (repetido e confirmado). Tomografia de abdome sem tumorações nas glândulas adrenais. Ressonância magnética de tórax mostrou lesão expansiva sólida, circunscrita, com realce heterogêneo pelo meio de contraste localizada no mediastino posterior paravertebral à esquerda (plano dos corpos vertebrais D6 a D11), medindo cerca de 10,0 x 5,4 x 5,0 cm, mantendo íntimo contato com o segmento descendente da aorta torácica, envolvendo cerca de 180° de sua circunferência, sem sinais de redução do calibre vascular. Ressonância magnética de coluna dorsal sem sinais de acometimento dos foramens vertebrais. Os exames de imagem podem ser observados nas imagens a seguir:



Qual o principal diagnóstico do tumor observado?

- (A) Schwannoma.
- (B) Paraganglioma.
- (C) Linfoma Hodgkin.
- (D) Linfoma Não-Hodgkin.

**63**

Homem, 25 anos de idade, apresenta cavidade pulmonar em lobo superior esquerdo compatível com doença pulmonar pós-tuberculose. Encaminhado para cirurgia torácica por história de hemoptise de pequena monta. Em relação à avaliação cirúrgica, pode-se afirmar:

- (A) As vias de acesso minimamente invasivas são contraindicadas nesses casos por impossibilidade técnica.
- (B) A taxa de mortalidade dessa cirurgia é alta, próximo superior a 10%.
- (C) A embolização substituiu a cirurgia no tratamento da hemoptise, não havendo indicação cirúrgica nesse caso.
- (D) A condição nutricional desse paciente deve ser avaliada no pré-operatório, recuperação nutricional deve ser indicada, se necessária.

**64**

Homem, 59 anos de idade, assintomático, nunca foi tabagista. Em exames pré-operatórios para prostatectomia foi identificada opacidade em lobo superior do pulmão direito. A tomografia de tórax mostrou opacidade nodular subsólida irregular e heterogênea, localizada entre os segmentos anterior e posterior do lobo superior direito, medindo 5,5 cm no maior eixo, predominantemente sólida (componente sólida mede 4,4 cm), conforme imagem a seguir:



Submetido à biópsia transtorácica por agulha que confirmou adenocarcinoma primário do pulmão. PET-FDG captação suspeita apenas na neoplasia pulmonar e na neoplasia prostática. Ressonância magnética de crânio sem sinais de metástases. Prova de função pulmonar normal. Em adenocarcinomas iniciais e localmente avançados, quais genes devem ser testados por possuírem opções de tratamento com terapias alvos?

- (A) EGFR e PD-L1.
- (B) EGFR e ALK.
- (C) PD-L1 e ALK.
- (D) KRAS e EGFR.

**65**

Mulher, 45 anos de idade, diabética, com história de epilepsia com crises recentes, foi internada com queda do estado geral e febre. No pronto-socorro, os exames laboratoriais revelaram leucocitose e proteína C reativa elevada. Radiografia de tórax com opacidade cavitada em lobo inferior esquerdo. Assinale a alternativa que corresponde à hipótese que deve receber o tratamento imediato.

- (A) Histoplasmose.
- (B) Abcesso pulmonar.
- (C) Sequestro pulmonar.
- (D) Câncer de pulmão não pequenas células.

**69**

Com relação aos tumores de pele não melanoma, assinale a alternativa correta.

- (A) Idade maior que 40 anos, tabagismo, história de albinismo e xeroderma pigmentoso são preferencialmente relacionados ao carcinoma basocelular.
- (B) As margens de segurança necessárias durante ressecção de carcinomas basocelulares são frequentemente maiores por sua característica predominante de invasão local.
- (C) Os fatores etiológicos comuns a carcinomas basocelular e espinocelulares são predisposição genética e exposição cumulativa à radiação ultravioleta.
- (D) A grande vantagem das terapias não cirúrgicas, como uso de 5-fluorouracil, imiquimod e radioterapia está no fato de dispensarem a necessidade de avaliação das margens de tratamento.

**66**

Homem, 40 anos de idade, previamente hígido, foi trazido por familiares à sala de emergência após explosão de lareira ecológica no interior do apartamento quando houve tentativa de repor álcool em gel, ainda com chamas ativas. Observam-se queimaduras em toda face, pescoço e membros superiores. Na face e pescoço, áreas de bolhas e áreas com a pele de aspecto nacarado, sem perfusão à digitopressão. Está consciente, taquipneico, responde às perguntas com a voz rouca. Assinale a alternativa que melhor caracteriza a conduta recomendada.

- (A) Definir necessidade de intubação de acordo com nível de saturação de oxigênio na oximetria de pulso.
- (B) Evitar oferta de oxigênio a 100%.
- (C) Considerar intubação orotraqueal preventiva.
- (D) Escarotomia imediata das áreas não perfundidas em face.

**67**

Assinale a alternativa que apresenta a descrição do sinal ou sintoma determinante para o diagnóstico de uma cicatriz queiloide.

- (A) A presença de prurido na região.
- (B) A maior dimensão da tumoração em relação à lesão tecidual primária.
- (C) O aumento da coloração avermelhada da cicatriz nos primeiros meses.
- (D) A coexistência com processos infecciosos agudos locais.

**68**

Em um trauma de membro inferior associado a atropelamento, com história de passagem da roda do veículo sobre a coxa do paciente, o exame físico inicial revela grande equimose da pele anterolateral da coxa sem perda de integridade e pulsos distais presentes. Com relação ao ferimento das partes moles, assinale a alternativa correta.

- (A) A perfusão cutânea deve ser avaliada inicialmente e reavaliada em 24 e 48 horas pelo risco de lesão vascular relacionada ao mecanismo de trauma.
- (B) A utilização precoce de antibioticoterapia sistêmica é indicada para evitar celulites associadas a trauma fechado.
- (C) A principal causa de redução de amplitude dos pulsos distais é a rotura proximal dos vasos femorais.
- (D) Para diagnóstico de fraturas ocultas, o paciente deve ser submetido, imediatamente, a exames radiológicos.

**70**

Paciente refere que estava em férias em região campestre e acordou, pela manhã, notando uma lesão de pele na região da face posterior da perna, que em cerca de 2 dias evoluiu com área central de necrose, circundada por halo de hiperemia local com muita dor. A principal suspeita pelas condições do ambiente local foi de acidente com aracnídeo. A paciente comparece para avaliação 6 dias após ter notado a lesão. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Orientar cobertura da ferida com pomada antibiótica e aguardar que a necrose seca se estabeleça.
- (B) Realizar desbridamento da área de necrose e prevenir infecção secundária da ferida com uso de antimicrobianos tópicos e curativos.
- (C) Remover somente a área de necrose e realizar fechamento primário da ferida.
- (D) Utilizar curativo a vácuo para terapia por pressão negativa imediatamente e diretamente sobre a ferida.

**71**

A fissura ou fenda labiopalatal é a malformação congênita craniofacial mais comum. Com relação à etiologia e o tratamento recomendado, assinale a alternativa correta.

- (A) Doenças infecciosas perinatais podem se associar ao surgimento da fenda labiopalatal. A cirurgia para fechamento do palato mole tem como principal objetivo o fechamento do forro nasal.
- (B) Quanto ao uso de medicações durante a gestação, o uso de anti-hipertensivos é contraindicado. O fechamento cirúrgico do lábio tem como idade ideal o primeiro mês de vida.
- (C) Fendas isoladas do palato são as menos associadas a quadros genéticos sindrômicos. O fechamento do palato duro reduz a incidência de otites médias na infância.
- (D) Deficiências nutricionais maternas são associadas à etiologia. A idade recomendada para tratamento cirúrgico da deformidade labial é em torno de 4 meses de idade.

**72**

Com relação às fraturas de mandíbula, assinale a alternativa que indica a fratura que pode evoluir mais frequentemente com insuficiência respiratória.

- (A) Fratura unilateral cominutiva de corpo.
- (B) Fratura bilateral da cabeça do côndilo mandibular.
- (C) Fraturas dento-alveolares múltiplas.
- (D) Fraturas mandibular bilateral das regiões de parassínfise mandibular.

**75**

Neonato prematuro (31 semanas de gestação, baixo peso para a idade gestacional), internado há 9 dias na UTI neonatal, apresenta hipoatividade, hipotermia, piora progressiva da perfusão periférica, distensão abdominal e débito bilioso pela sonda orogástrica há 2 dias. O exame físico regional revela: abdome globoso, sem hiperemia de parede, doloroso à palpação profunda, porém sem sinais de irritação peritoneal ou massa palpável. A radiografia obtida, neste momento, está apresentada a seguir:

**73**

Recém-nascido a termo apresenta desconforto respiratório grave ao nascimento. A Radiografia de tórax e abdome apresentada na imagem a seguir:



Considerando a hipótese diagnóstica mais provável para o caso descrito, qual é a conduta recomendada no momento?

- (A) Toracotomia de emergência.
- (B) Laparotomia de emergência.
- (C) Drenagem torácica esquerda.
- (D) Intubação e estabilização clínica.

**76**

Considerando as afecções ínguinoescrotais, assinale a alternativa correta com relação ao momento mais adequado para o tratamento cirúrgico.

- (A) No recém-nascido com sinais e sintomas de hérnia inguinal, o tratamento cirúrgico eletivo deve ser realizado o mais rapidamente possível.
- (B) No recém-nascido com sinais e sintomas de hidrocele comunicante bilateral, o tratamento cirúrgico eletivo deve ser preferencialmente realizado no primeiro mês de vida.
- (C) No recém-nascido com criptorquidia bilateral, o tratamento cirúrgico eletivo deve ser preferencialmente realizado após os dois anos de idade.
- (D) No recém-nascido prematuro com testículo não palpável unilateralmente, o tratamento cirúrgico deve ser realizado antes dos três meses de idade.

**74**

Neonato a termo, atualmente com 28 dias de vida, sem antecedentes perinatais relevantes, apresenta icterícia desde o 5º dia de vida. Houve melhora na segunda semana e piora progressiva a partir da terceira semana, juntamente com fezes esbranquiçadas e colúria. Qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Cisto de colédoco.
- (B) Atresia das vias biliares.
- (C) Icterícia fisiológica do recém-nascido.
- (D) Cálculo biliar impactado no colédoco.

**77**

Neonato masculino apresenta vômitos biliosos e distensão abdominal progressiva desde o primeiro dia de vida. A equipe médica da unidade de terapia intensiva solicitou alguns exames complementares para investigação diagnóstica. Assinale a alternativa que corretamente agrupa o diagnóstico provável e o respectivo achado radiológico típico, compatíveis com caso descrito.

- (A) Anomalia anorrectal com fistula perineal / sinal radiológico da dupla bolha.
- (B) Estenose hipertrófica de piloro / distensão de alças intestinais com níveis hidroaéreos.
- (C) Atresia jejunal / distensão de alças proximais associada à ausência de aeração no colo.
- (D) Atresia esofágica sem fistula traqueoesofágica / distensão de alças intestinais com níveis hidroaéreos.

**78**

Neonato com 27 dias de vida, sem antecedentes perinatais relevantes, é admitido no pronto atendimento por deterioração súbita e rápida do estado geral, vômitos biliosos e evacuação em pequeno volume de aspecto sanguinolento há 5 horas. Ao exame físico, está prostrado, taquipneico, descorado e com má perfusão periférica. O abdome está pouco distendido, mas nitidamente muito doloroso e tenso à palpação profunda. Assinale a alternativa que descreve a principal hipótese diagnóstica e a conduta adequada.

- (A) Volvo de intestino médio / cirurgia de urgência.
- (B) Volvo de intestino médio / trânsito intestinal.
- (C) Intussuscepção intestinal / cirurgia de urgência.
- (D) Intussuscepção intestinal / enema opaco.

**79**

Neonato masculino, com 25 dias de vida, em aleitamento materno exclusivo, apresenta vômitos com aspecto de "leite coalhado", com volume aumentando progressivamente nos últimos dias, após todas as mamadas, há uma semana. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, porém desidratado e emagrecido (peso atual menor que o peso ao nascimento), com distensão abdominal localizada em região epigástrica. Assinale a alternativa que contém a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial recomendada para o caso antes da abordagem cirúrgica.

- (A) Atresia intestinal / solicitação de exame contrastado para confirmação diagnóstica.
- (B) Atresia de esôfago / pesquisa de fistula traqueoesofágica distal.
- (C) Estenose hipertrófica de piloro / hidratação e correção de distúrbios metabólicos.
- (D) Doença do refluxo gastroesofágico / prescrição de fórmula láctea engrossada e procinético.

**80**

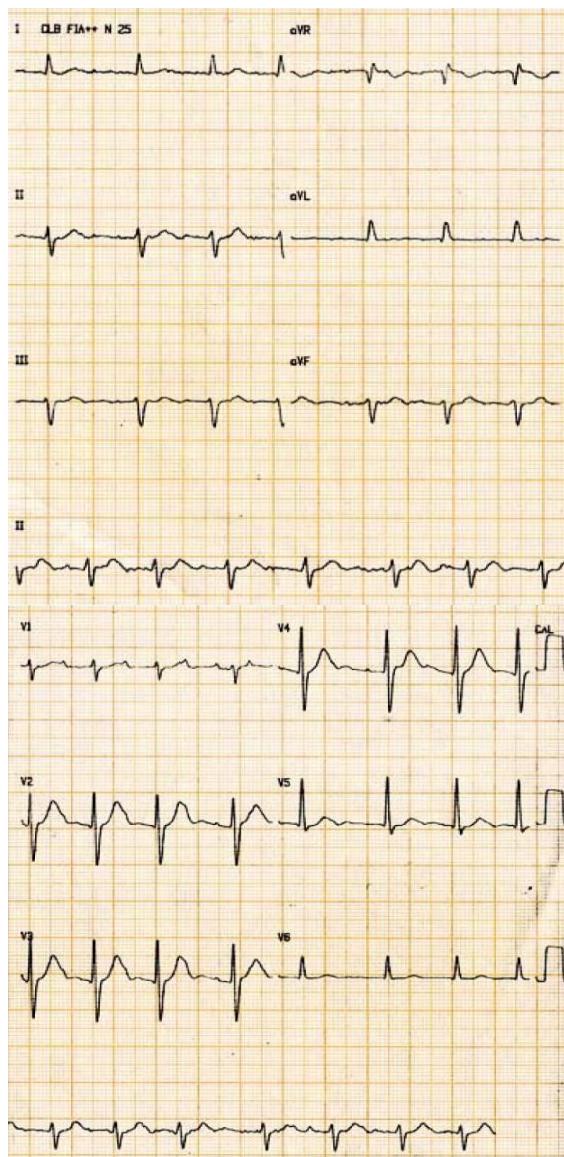
Mulher, 49 anos de idade, com índice de massa corpórea de 29 kg/m<sup>2</sup>, apresenta varizes em membros inferiores classificação CEAP (Clínica, Etiológica, Anatômica e Patológica) C5. O exame de ultrassom com Doppler mostrou safena magna esquerda insuficiente desde a cossa até o

segmento distal da coxa, com 8 mm de diâmetro médio. Safena dentro do compartimento safeno, a 2 cm de profundidade. Em avaliação pré-operatória para o tratamento das varizes, realizou ecocardiograma que identificou forame oval patente. Qual dos tratamentos está contraindicado neste caso?

- (A) Safenectomia com fleboextrator.
- (B) Ablação com cateter de radiofrequência.
- (C) Ablação com laser endovenoso.
- (D) Esclerose com espuma densa de polidocanol.

**81**

Mulher, 58 anos de idade, comparece à unidade de emergência com história de dor em membro inferior direito, súbita, há 2 horas. Ao exame físico, apresenta frialdade e ausência de pulsos poplíteo e distais. Apresenta os seguintes achados:



Assinale a alternativa que indica a hipótese e conduta recomendadas.

- (A) Oclusão arterial trombótica – angioplastia.
- (B) Oclusão arterial embólica – angioplastia.
- (C) Oclusão arterial trombótica – tromboembolectomia.
- (D) Oclusão arterial embólica – tromboembolectomia.

**82**

Mulher, 60 anos de idade, portadora de insuficiência renal crônica dialítica através de uma prótese de PTFE braquioaxilar em braço direito, apresenta-se com obstrução do acesso, com relato de ter apresentado hipotensão após a última sessão de hemodiálise. Não há sinais infecciosos. A conduta recomendada no caso é:

- (A) Instalar um cateter de longa permanência.
- (B) Trocar a prótese no mesmo membro.
- (C) Trombectomia seguida de angiografia.
- (D) Colocar prótese nova no outro membro.

**85**

Homem jovem, vítima de trauma, precisou ser submetido a revascularização e fasciotomia do membro inferior. Ao acordar, apresentou impossibilidade de dorsiflexão do pé. Qual nervo deve ter sido afetado para causar este quadro?

- (A) Safeno.
- (B) Fibular.
- (C) Tibial anterior.
- (D) Tibial posterior.

**83**

Homem, 62 anos de idade, com hipertensão arterial sistêmica apresenta-se com quadro de dor torácica intensa e súbita, com síncope no local. Encontra-se hipertenso no momento do exame no pronto socorro. Realizado a radiografia a seguir:



Em relação ao caso descrito, assinale a conduta recomendada.

- (A) Morfina, oxigênio, nitrato, AAS, betabloqueadores.
- (B) Controle pressórico álgico e angiograma.
- (C) Trombólise química imediata com alteplase.
- (D) Cateterismo de urgência para angioplastia.

**84**

Homem, 88 anos de idade, previamente ativo, sua única comorbidade é a hipertensão arterial sistêmica, apresentou acidente vascular cerebral com perda de força no braço esquerdo. Nos exames investigativos, foi encontrado: velocidade de pico sistólico 320 cm/s na origem da carótida interna esquerda, e 145 cm/s na origem da carótida interna direita; placa subocclusiva na carótida externa direita, fenômeno de roubo de subclávia esquerda e placa calcificada causando estenose significativa em origem da carótida comum direita. O exame de Doppler transcraniano mostrou ausência de atividade embólica, sinais de doença aterosclerótica intracraniana, e teste de apneia positivo para baixa reserva. A conduta recomendada no caso é intervenção na:

- (A) subclávia esquerda.
- (B) carótida interna esquerda.
- (C) carótida externa direita.
- (D) origem da carótida comum direita.

**86**

Mulher, 58 anos de idade, após artroscopia de joelho usou profilaxia medicamentosa contra tromboembolismo venoso por 30 dias. No 42º dia, logo após exercícios de fisioterapia, apresentou dor súbita na perna, com aumento do volume do membro e dor constante. Suspeitando de trombose venosa, foi reintroduzida medicação anticoagulante, e a paciente evoluiu com piora importante da dor e do volume do membro nas 24 horas que se seguiram. Assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica e a conduta recomendada.

- (A) Trombose progressiva; anticoagulação plena.
- (B) Trombose refratária; trombectomia venosa.
- (C) Síndrome da pedrada; fasciotomia e drenagem.
- (D) Oclusão arterial; trombectomia arterial.

**87**

No atendimento de ambulatório, você recebe um paciente de 47 anos de idade, não tabagista, não etilista, com seguinte o encaminhamento: “Ao cirurgião, solicito biópsia de linfonodo cervical à direita”. No exame clínico, trata-se de um nódulo pré-auricular de 1 cm à direita, liso, indolor, de consistência cartilagínea e móvel. Assinale alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Biópsia incisional.
- (B) Biópsia excisional.
- (C) Biópsia com agulha grossa.
- (D) Punção biópsia aspirativa por agulha fina.

**88**

Homem, 52 anos de idade, com úlceras de repetição tem familiares que morreram de neoplasia “da barriga” (sic). Em admissão no pronto-socorro por cólica nefrética, foram realizados exames. Entre os achados, na tomografia de abdome para avaliação urinária, além de cálculos renais e dilatação ureteral esquerda, foram mencionados dois nódulos pancreáticos, mal caracterizados. Após internação para procedimento urológico, houve resultados de cálcio total de 14,5 mg/dL (normal 8,6-10,3 mg/dL) e o paratormônio de 312 pg/mL (elevado para o método). Pode-se afirmar que o provável diagnóstico se trata de neoplasia endócrina múltipla do tipo

- (A) 1
- (B) 2a.
- (C) 2b.
- (D) 3.

**89**

Homem, 62 anos de idade, tabagista de 20 anos-maço, não etilista, refere ter observado nódulo cervical um pouco abaixo da mandíbula há 3 meses. Ele nega febre, dor, sinais flogísticos, transfusões, viagem para outras regiões, emagrecimento. Ao exame físico, observa-se um nódulo de 3 cm no triângulo carotídeo direito, móvel, indolor e um pouco endurecido. A principal suspeita, nesse caso, deve ser

- (A) paraganglioma.
- (B) neoplasia maligna.
- (C) anomalia congênita.
- (D) linfonodomegalia reacional.

**90**

Homem, 32 anos de idade, previamente hígido, procura o pronto-socorro quatro dias após a extração do segundo dente molar inferior esquerdo. Há 2 dias, ele apresenta picos febris, queda do estado geral e aumento do volume cervical. Ao exame físico, há drenagem purulenta no local da extração, entre os pontos de sutura da mucosa. O pescoço está aumentado e com hiperemia, principalmente na região submandibular. O diagnóstico e uma possível complicação são, respectivamente,

- (A) actinomicose e sepse.
- (B) cisto dentígero e necrose de mandíbula.
- (C) abscesso cervical e necrose de mandíbula.
- (D) angina de Ludwig e obstrução respiratória.

**91**

Mulher, 43 anos de idade, apresenta mal-estar com tremores nas mãos, vasodilatação periférica, agitação psicomotora e palpitação. Ao exame físico, há um aumento difuso da tireoide. Não há exoftalmo ou mixedema pré-tibial. A dosagem de TSH foi inferior a 0,01 mUI/mL e T4 livre de 2,2 ng/dL. Assinale a melhor alternativa referente ao caso apresentado.

- (A) hipertireoidismo, tireoidite, hipocaptação difusa na cintilografia com iodo 131.
- (B) hipertireoidismo, tireoidite, hipercaptação difusa na cintilografia com iodo 131.
- (C) tireotoxicose, tireoidite, hipocaptação difusa na cintilografia com iodo 131.
- (D) tireotoxicose, tireoidite, hipercaptação difusa na cintilografia com iodo 131.

**92**

Mulher, 72 anos de idade, é levada ao pronto-socorro com insuficiência respiratória. Os familiares relatam que ela estava bem até o mês passado. Há muitos anos, ela teve nódulos na região anterior do pescoço, mas há três semanas, houve um crescimento muito rápido, levando a uma piora progressiva da voz e da respiração. A hipótese mais provável é:

- (A) Carcinoma anaplásico da tireoide.
- (B) Carcinoma papilífero da tireoide.
- (C) Carcinoma folicular da tireoide.
- (D) Carcinoma medular da Tireoide.

**93**

Homem, 35 anos de idade, é admitido no período manhã para realizar tireoidectomia agendada para o período da tarde, devido a um nódulo de tireoide Bethesda IV. Devido ao cancelamento da primeira operação, o paciente foi encaminhado para o centro cirúrgico. Ele foi considerado ASA I e não teve avaliação pré-anestésica. Diferente do registro prévio em prontuário, na sua anamnese, o paciente relata que, inesperadamente, tem episódios de mal-estar com palidez cutânea e sudorese. Em um desses episódios, a pressão arterial foi aferida em 190×120 mmHg. No exame físico, palpa-se uma massa abdominal de 5 cm no quadrante superior esquerdo. No momento, os parâmetros clínicos são normais. A atitude recomendada e o possível diagnóstico são, respectivamente,

- (A) suspender a operação; feocromocitoma.
- (B) suspender a operação; tumor pancreático produtor de Polipeptídeo Vasointestinal (VIP).
- (C) manter a operação; carcinoma medular da tireoide.
- (D) manter a operação; paraganglioma intratireoideo.

**94**

Homem, 42 anos de idade, previamente hígido, procura o pronto-socorro com dor lombar esquerda intensa, de início súbito há 12 horas, irradiada para a região inguinal. Refere episódios de náuseas e uma febre não aferida nas últimas horas. Ao exame físico, apresenta dor à palpação profunda do flanco esquerdo e sinal de Giordano positivo. Apresenta PA de 130×80 mmHg, FC de 98 bpm, e temperatura axilar de 37,8 °C. O sedimento urinário mostra hematúria microscópica e piúria. A tomografia computadorizada de abdome e pelve, sem contraste, evidencia cálculo de 7 mm em ureter distal esquerdo, com discreta hidronefrose ipsilateral. Durante o acompanhamento no setor de observação, o paciente mantém febre (38,3 °C), dor persistente, mesmo após analgesia adequada, e redução da diurese. Com relação às regras de conduta a serem realizadas, assinale a alternativa correta.

- (A) Realizar ressonância magnética, por ser o exame de imagem com melhor sensibilidade e especificidade para diagnóstico de cálculos urinários e quadro inflamatório infeccioso, sendo superior à tomografia.
- (B) Terapia medicamentosa expulsiva deve ser oferecida para pacientes com cálculos ureterais recém diagnosticados < 10 mm, independentemente do quadro infeccioso.
- (C) Pacientes com cálculo ureteral e história clínica sugestiva de infecção urinária devem ser submetidos à nefrostomia ou colocação de cateter duplo J.
- (D) Cálculos ureterais com sinais de infecção urinária podem ser tratados ambulatorialmente com antibióticos orais e anti-inflamatórios, se paciente sem comorbidades.

**95**

Homem, 55 anos de idade, com quadro de dor lombar direita e perda de 10 kg de peso em 6 meses. Em investigação, realizou exame de tomografia que evidenciou extensa lesão renal direita com trombo tumoral progredindo para interior da veia renal direita chegando até cava infradiafragmática e ausência de linfonodomegalias. Tomografia de tórax com micro nódulos de 0,5 cm inespecíficos.

- Exames laboratoriais:

Hb: 10 g/dL

Ht: 30,5

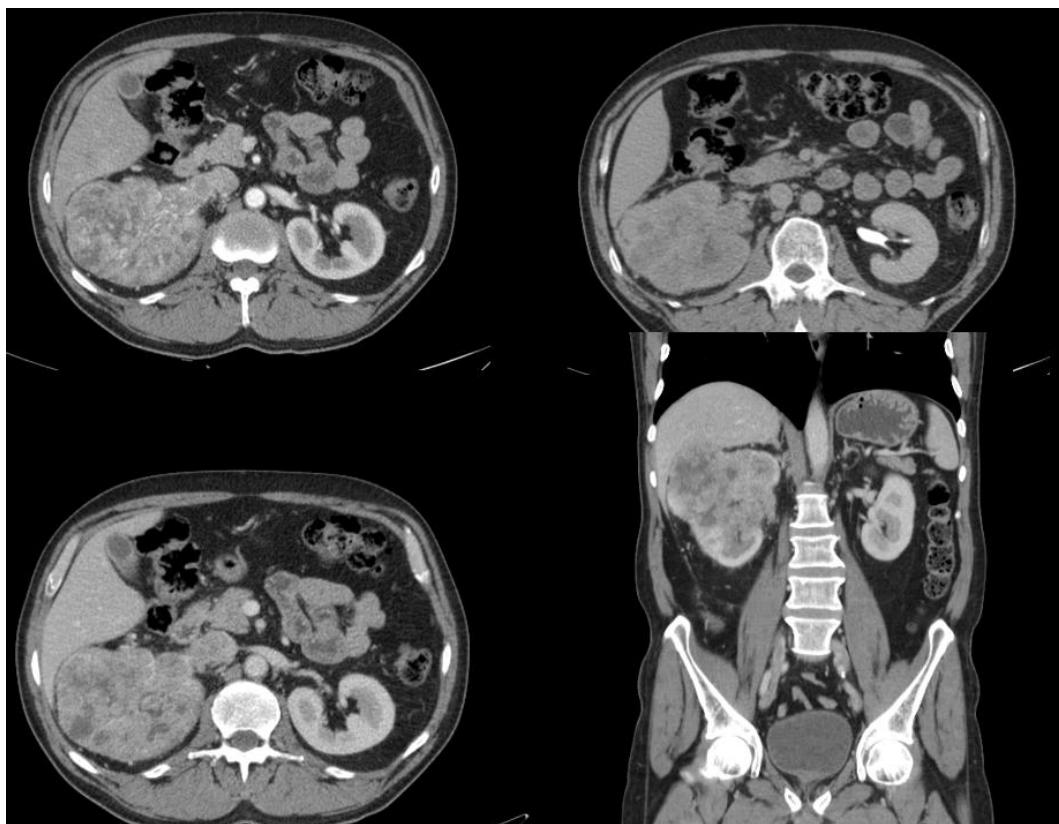
Cr: 1,7 mg/dL

U: 75mg/dL

Albumina: 3,0 g/L

PCR: 15 mg/L

O exame de imagem confirmatório pode ser observado nas imagens a seguir:



Em relação ao diagnóstico e conduta recomendada para esse paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Paciente tumor renal localmente avançado; tratamento sistêmico com cisplatina para cito redução e cirurgia após.  
 (B) Paciente com tumor metastático em cava; tratamento sistêmico seguido de radioterapia.  
 (C) Paciente com tumor renal localmente avançado; nefrectomia radical direita com trombectomia de cava.  
 (D) Paciente com doença avançada; tratamento paliativo com controle de sintomas.

**96**

Homem, 32 anos de idade, com histórico de comportamento sexual de risco e múltiplos parceiros, sem uso regular de preservativos. Apresenta lesão ulcerada indolor em genitália há 14 meses, que regrediu espontaneamente. Na época, foi diagnosticado com sífilis primária com testes positivos: FTA-ABS reagente e VDRL 1:64. Sorologias para HIV, hepatite B e C foram negativas. Recebeu tratamento com penicilina benzatina (2,4 milhões UI, dose única). Retorna um ano após o tratamento, assintomático, com novo VDRL mostrando título de 1:4, e FTA-ABS continua reagente. Assinale a alternativa que apresenta a interpretação mais adequada para o caso descrito.

- (A) Falha terapêutica –posologia adequada seriam 3 doses. Deve ser tratado novamente com penicilina cristalina ou esquema alternativo.  
 (B) Reinfecção mesmo sem informar lesão genital – novo tratamento está indicado devido à persistência do FTA-ABS reagente.  
 (C) Diagnóstico duvidoso – o FTA-ABS pode ser falso-positivo por reação cruzada com doenças virais.  
 (D) Resposta imunológica esperada – o VDRL caiu adequadamente e o FTA-ABS pode permanecer reagente.

**97**

Paciente com histórico de múltiplos episódios de cálculo renal desde os 25 anos, procura acompanhamento urológico após passar por nutricionista especializada em nefrolitíase. Algumas orientações dietéticas foram sugeridas antes mesmo da avaliação metabólica completa. Com base nas evidências atuais sobre prevenção de litíase renal, assinale a alternativa correta.

- (A) A ingestão adequada de cálcio alimentar, é recomendada, pois reduz a absorção intestinal de oxalato e, consequentemente, o risco de formação de cálculos de oxalato de cálcio.
- (B) Suplementação de citrato de potássio deve ser iniciada empiricamente em todos os pacientes com cálculos de repetição, independentemente da avaliação metabólica ou pH urinário.
- (C) A restrição completa de frutas cítricas, especialmente laranja e limão, é indicada devido à sua acidez e potencial de acidificação urinária.
- (D) A ingestão de cálcio deve ser minimizada sempre que possível, pois mesmo fontes alimentares aumentam diretamente a excreção urinária de cálcio.

**98**

Mulher, 34 anos de idade, procura o pronto-socorro com dor lombar esquerda em cólica, intensa, associada a náuseas. Relata escurecimento da urina. Ao exame físico, está afebril, hemodinamicamente estável, com sinal de Giordano positivo à esquerda. Nega episódios semelhantes anteriores. Suspeita inicial de cólica nefrética. Diante desse quadro clínico, após iniciar analgésicos e antieméticos via parenteral, qual é a conduta mais adequada?

- (A) Solicitar exames séricos, urinários, e iniciar antibioticoterapia empírica.
- (B) Solicitar ressonância magnética de abdome e pelve para identificação de calcúlo urinário.
- (C) Solicitar raio-X simples e ultrassonografia de abdome que apresentam a mesma sensibilidade da tomografia, mas com menor custo.
- (D) Solicitar exames séricos, urinários, e tomografia computadorizada de abdome e pelve sem contraste.

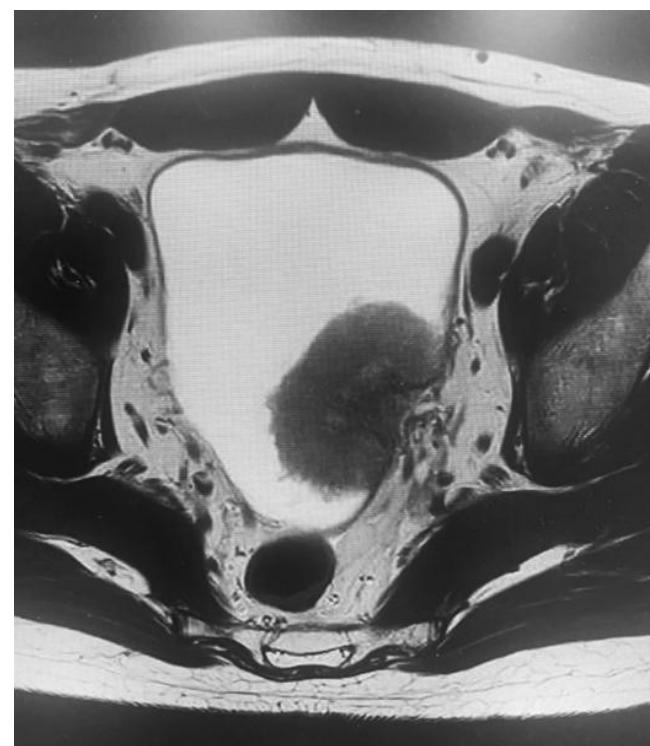
**99**

Homem, 39 anos de idade, mestre de obras, comparece ao pronto-socorro queixando-se que apresentou dois episódios de hematuria nos últimos dias. Perguntado sobre os antecedentes, ele referiu ter caído de um andarilhe, cerca de três metros de altura, em pé, há 4 dias. Foi atendido em um pronto-socorro e tratado uma fratura no pé esquerdo com imobilização. Desde então, também tem apresentado dor lombar ipsilateral à fratura e está usando analgésicos comuns. Foi indicada tomografia contrastada de abdome, que mostrou rim direito normal e exclusão renal completa à esquerda. Diante desse achado, assinale a alternativa que apresenta o melhor diagnóstico e a conduta recomendada, respectivamente.

- (A) Trombose de veia renal esquerda; nefrectomia esquerda.
- (B) Trombose de artéria renal esquerda; observação clínica.
- (C) Trombose de artéria renal esquerda; trombólise medicamentosa.
- (D) Lesão do pedículo renal esquerdo; revascularização renal ou angioplastia com stent.

**100**

Homem, 66 anos de idade, tabagista com carga tabágica de 70 anos-maço, hipertenso em uso de atenolol e enalapril, dislipidêmico em uso de atorvastatina, e diabetes melito tipo 2 controlado com metformina e empagliflozina, procura atendimento por quadro de hematuria macroscópica terminal e indolor há 10 dias. Nega dor, febre ou perda de peso. Foi submetido à ultrassonografia de rins e vias urinárias, que evidenciou lesão sólida em parede lateral da bexiga, com cerca de 6 cm, apresentando vascularização ao Doppler. Realizou ressonância magnética da pelve, cujo laudo descreveu lesão vegetante de 7 cm em parede lateral esquerda da bexiga, classificada como VI-RADS 4, sem linfonodos pélvicos suspeitos e sem hidronefrose, conforme imagem a seguir:



Com base no quadro clínico e nos achados de imagem apresentados, assinale a alternativa que indica a conduta inicial recomendada.

- (A) Sendo VIRADS 4, paciente necessita de quimioterapia neoadjuvante baseada em cisplatina, seguida de cistoprostatectomia.
- (B) Paciente necessita cistoprostatectomia robô assistida *upfront* e quimioterapia adjuvante baseada em cisplatina.
- (C) Paciente necessita de quimioterapia baseada em cisplatina, seguida de consolidação com radioterapia, protocolo de preservação vesical.
- (D) Paciente necessita de ressecção transuretral de bexiga (RTUB) e o resultado anatomo-patológico definirá as próximas condutas.

## Texto para as questões 101 e 102

Mulher, 37 anos de idade, vítima de acidente moto x auto há 7 anos, apresentando trauma raquimedular com lesão em nível C3-C6 e necessidade de artrodese de coluna na época do acidente, com tetraplegia completa. Apresenta-se em consulta com queixa de perdas urinárias, com necessidade de uso de fraldas contínuas, com grande volume (cerca de 7 fraldas/dia). Episódios de infecção urinária de difícil manejo clínico. Exame de urina sempre alterado.

## 101

Qual o padrão vesical mais comum, esperado nesse caso?

- (A) Presença de hiperatividade detrusora, com déficit miccional devido à incoordenação no relaxamento esfincteriano.
- (B) Presença de hiperatividade detrusora com aumento significativo da capacidade vesical.
- (C) Presença de hipotonia do esfincter uretral, acarretando perdas urinárias contínuas.
- (D) Presença de hipotonia detrusora, com bexiga flácida de grande capacidade, e perdas devido ao transbordamento.

## 102

Baseado no padrão de vesical da paciente, assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais indicado.

- (A) Ampliação vesical com íleo detubulizado.
- (B) Derivação urinária incontinente com alça intestinal.
- (C) Tratamento de incontinência urinária com *sling* uretral de aponeurose do músculo reto abdominal.
- (D) Realização de auto-cateterismo limpo intermitente com sondas hidrofílicas.

## 103

Mulher, gestante de 32 semanas, apresenta em ultrassonografia obstétrica de rotina, que era “previamente normal” (sic), o achado de hidronefrose moderada unilateral à esquerda (pelve renal com diâmetro anteroposterior de 18 mm), com parênquima renal preservado, ausência de dilatação ureteral e bexiga de aspecto normal com ciclos normais. O líquido amniótico está em volume normal e a vitalidade fetal é satisfatória. Exame morfológico fetal sem outras alterações. Considerando as evidências atuais no manejo da hidronefrose ante-natal, assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada nesse caso.

- (A) Programar antecipação do parto com reserva de UTI neonatal e apoio nefrológico, antes de possível agravamento da hidronefrose e risco de comprometimento da função renal.
- (B) Solicitar avaliação intrauterina por urologia fetal e análise da urina fetal para discutir derivação urinária vesicoamniótica, dada a presença de dilatação pielocalicial significativa.
- (C) Concluir o pré-natal normalmente, sem necessidade de antecipar o parto, e realizar investigação pós-natal com ultrassonografia entre o 3º e 7º dia de vida.
- (D) Indicar ressonância magnética materno-fetal para avaliação funcional renal e descartar risco iminente de perda renal.

## 104

Homem, 52 anos de idade, apresenta quadro de curvatura peniana dorsal progressiva há 2 meses, associado a encurtamento peniano. Nega dor. Refere redução da rigidez peniana e perda de sustentação da ereção durante a última relação sexual, embora mantenha ereções matinais e durante a masturbação. Relata importante impacto psicológico e prejuízo na função sexual. Leva fotografia obtida em ereção domiciliar, evidenciando curvatura dorsal de aproximadamente 50°. Ao exame físico, observa-se placa indolor na base do dorso peniano. Nega comorbidades. Considerando a fase atual da doença de Peyronie e as opções terapêuticas disponíveis, qual é a conduta recomendada neste momento?

- (A) Explicar o caráter benigno da doença e indicar cirurgia imediata com implante peniano e ressecção da placa para alongamento da haste, uma vez que a ausência de dor caracteriza fase crônica.
- (B) Prescrever vitamina E associada a antioxidantes, como terapias específicas para impedir progressão da doença na fase inicial, e planejar ondas de choque na fase crônica, após 12 meses.
- (C) Iniciar suporte clínico com inibidores da fosfodiesterase tipo 5, orientar sobre a evolução natural da Doença de Peyronie e esclarecer que a correção cirúrgica é reservada para a fase crônica, após estabilização da curvatura.
- (D) Solicitar ressonância magnética com contraste e ultrassonografia peniana com Doppler para confirmar o diagnóstico e afastar neoplasia peniana oculta.

## 105

Recém-nascido do sexo masculino, encaminhado à urologia após achado pré-natal de agenesia do rim direito. A ultrassonografia pós-natal confirma ausência do rim direito e presença de rim esquerdo tópico e funcional. Ao exame físico, nota-se ausência do testículo direito na bolsa escrotal, sendo este palpável na região inguinal. Feita indicação cirúrgica de orquidopexia, que foi realizada aos 9 meses de vida. Durante o procedimento cirúrgico, observou-se testículo viável na região inguinal direita, porém sem identificação do ducto deferente ipsilateral. O epidídimo estava presente, e não havia alterações significativas em vasos testiculares. Com base nos achados clínicos e cirúrgicos, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Síndrome de Zinner, considerando origem comum dos ductos de Wolff.
- (B) Lesão iatrogênica do ducto deferente - sem ducto deferente, o epidídimo não teria se formado.
- (C) Agenesia renal e ausência do deferente são achados independentes, tendo origem nos ductos mesonéfricos e ductos de Wolff respectivamente.
- (D) Defeito de diferenciação dos ductos de Müller, sendo a contrapartida masculina da síndrome de Mayer-Rokitansky.

**106**

Homem, 29 anos de idade, previamente saudável, com novo relacionamento há 3 meses. Relata dificuldade de manter ereção durante a colocação do preservativo, apesar de boa resposta erétil em masturbação e relato de ereções noturnas mantidas. Não traz dados hormonais. Refere ansiedade e preocupação com desempenho. Em relação à melhor hipótese diagnóstica e à conduta inicial, assinale a alternativa correta.

- (A) Disfunção erétil orgânica leve; iniciar testosterona injetável por tempo limitado para melhora de rigidez peniana.
- (B) Disfunção erétil psicogênica; orientar importância de suporte psicoterápico. Considerar suporte com inibidores da 5-fosfodiesterase com programação de retirada gradual.
- (C) Disfunção erétil psicogênica; solicitar ultrassom Doppler peniano com indução farmacológica de ereção para avaliação mais precisa de componente orgânico.
- (D) Discutir cirurgia de implante peniano, visando tratamento definitivo sem necessidade de medicações e restauração da função penetrativa.

**107**

Homem, 64 anos de idade, submetido à prostatectomia radical há 6 meses, com preservação bilateral dos feixes neurovasculares. Exame anatomo-patológico revelou tumor Gleason 6 (3+3), com margens livres, linfonodos negativos e PSA indetectável no pós-operatório. Refere ausência completa de ereções e que mantinha relações sexuais regulares e satisfatórias antes da cirurgia. Exame físico sem alterações. Ansioso com o quadro atual. Considerando a melhor conduta no momento, assinale a alternativa correta.

- (A) Indicação de implante peniano imediato por ausência de ereções aos 6 meses pós-operatórios, sendo o quadro sugestivo de disfunção erétil de origem arteriogênica.
- (B) Suspender qualquer intervenção medicamentosa por hora, visto que a ausência de ereções caracteriza lesão neurológica definitiva. Fazer reabilitação psicoterápica e aconselhamento sexual.
- (C) Orientação sobre a história natural da recuperação da função erétil. Aguardar mais 6 meses antes de qualquer intervenção.
- (D) Suporte à queixa de disfunção erétil com terapias medicamentosas (oral e injetável) e orientação sobre a chance da recuperação da função erétil nos primeiros 2 anos.

**108**

No manejo do câncer de bexiga músculo invasivo (T2-T4), qual estratégia tem mostrado maior benefício na melhora da sobrevida global em estudos, inclusive metanálises recentes e reconhecida em diretrizes AUA, EAU, NCCN?

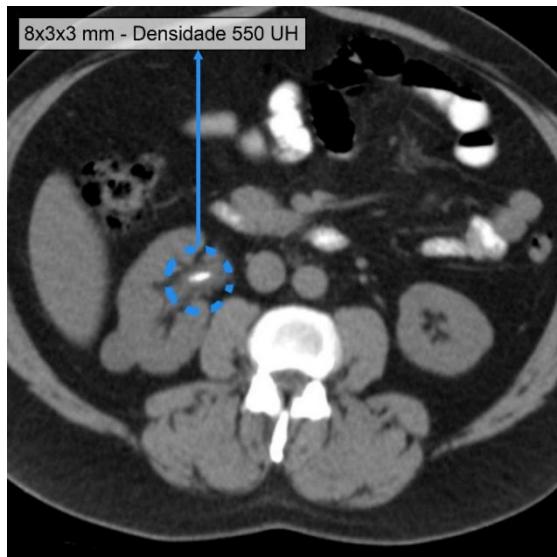
- (A) Imunoterapia adjuvante com pembrolizumabe.
- (B) Protocolo de preservação vesical com RTU máxima, quimioterapia e radioterapia.
- (C) Cistectomia radical com neoadjuvância de quimioterapia à base de cisplatina.
- (D) Combinação neoadjuvante de quimioterapia e inibidores de *check point*.

**109**

Homem, 50 anos de idade, apresenta episódios de dor lombar à direita, em cólica, acompanhada de náuseas e sudorese. Necessitou ir ao atendimento de urgência para analgesia, mas atualmente está sem dor e assintomático. Ao exame físico, apresentava-se em BEG, obeso, eupneico PA de 130×85 mmHg e IMC de 34 kg/m<sup>2</sup>.

- Exames laboratoriais:  
Glicemia: 241 mg/dL  
Hb glicada: 7.2%  
Ur: 55 mg/dL  
Cr: 1,8 mg/dL  
Ácido úrico: 8.1 mg/dL  
Colesterol total: 342 mg/dL  
Triglicérides: 300 mg/dL  
Urina tipo I: pH: 5,0; 40 mil leucócitos/mL e 35 mil hemácias/mL

Realizou também a tomografia computadorizada, apresentada na imagem a seguir:



Considerando a conduta inicial recomendada de tratamento para este paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Nefrolitotripsia percutânea à direita pela volumetria do cálculo.
- (B) Clortalidona 25 mg/dia e bicarbonato de sódio 500 mg/dia, via oral por 30 dias.
- (C) Nefrolitotripsia transureteroscópica à direita.
- (D) Citrato de potássio 40 mEq/dia e bicarbonato de sódio 500 mg/dia, via oral, por 30 dias. Reavaliar.

**110**

Assinale a alternativa que apresenta a alteração imuno-histoquímica mais específica para distinguir carcinoma de células transicionais de alta gravidade invasivo, em biópsias de bexiga.

- (A) Positividade para GATA3.
- (B) Positividade aumentada para p63 e Ki-67.
- (C) Positividade para CK20 em padrões de displasia intraepitelial de alto grau.
- (D) Ausência de rede capilar vascular (CD34 negativo).

111

Homem, 51 anos de idade, com quadro de dor lombar à esquerda há 2 anos, que o obriga a procurar pronto atendimento para analgesia. Nega infecções urinárias no período. Urina com jato enfraquecido; nicturia 2 a 3x; nega hematúria; IMD de 2 horas. Nega outras doenças relevantes; nega tabagismo e etilismo. Possui peso de 65 kg, altura de 1,65 e IMC de 23,8 kg/m<sup>2</sup>. Durante a investigação, realizou os seguintes exames:

- Exames laboratoriais:

Ur: 30 mg/dL  
 Cr: 1,1 mg/dL  
 Hb: 15,6 g/dL  
 Glicemia em jejum: 99 mg/dL  
 Hb glicada: 5,7%  
 Coagulograma: normal  
 Urocultura: negativa

Tomografia computadorizada:



Considerando a conduta recomendada para este paciente, com todos os recursos disponíveis, assinale a alternativa correta.

- (A) Ureterolitotripsia transureteroscópica à esquerda.  
 (B) Cistolitotripsia endoscópica e ureterolitotripsia transureteroscópica à esquerda.  
 (C) Cistolitotripsia aberta e ECIRS (*Endoscopic Combined Retrograde Surgery*) à esquerda.  
 (D) Cistolitotripsia endoscópica e ECIRS (*Endoscopic Combined Retrograde Surgery*) à esquerda.

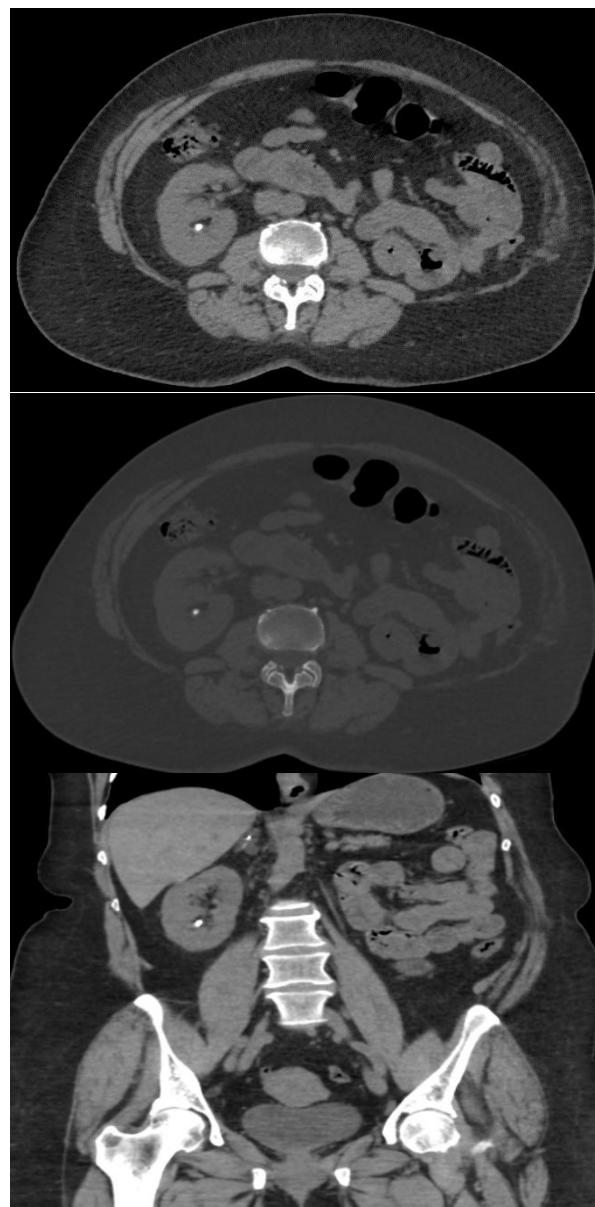
**112**

Paciente, 42 anos de idade, procurou atendimento ambulatorial com o urologista após um achado incidental de cálculo renal em tomografia realizada na investigação de dor abdominal aguda, inicialmente sugestiva de apendicite. A apendicite foi descartada, mas o exame revelou um cálculo de 18 mm, não obstrutivo, localizado em cálice inferior do rim direito. O paciente é assintomático no momento. Considerando as opções terapêuticas recomendadas disponíveis, assinale a alternativa correta.

- (A) Se a densidade do cálculo for inferior a 1.000 UH e a distância da pele até o cálculo for menor que 10 cm, a litotripsia extracorpórea é a melhor opção terapêutica, mesmo para cálculos acima de 15 mm.
- (B) A nefrolitotripsia percutânea, de forma geral, apresenta maior taxa de sucesso que a ureteroscopia flexível e a litotripsia extracorpórea isoladamente, especialmente para cálculos renais maiores que 15 mm e em cálice inferior.
- (C) A ureteroscopia flexível apresenta taxa de sucesso superior à nefrolitotripsia percutânea para cálculos em cálice inferior, com qualquer ângulo infundibular, com menor morbidade.
- (D) A observação clínica é a primeira escolha em cálculos de cálice inferior acima de 15 mm, desde que o paciente seja assintomático e com função renal preservada.

**114**

Paciente assintomático, realizou durante *check-up*, ultrassom que mostrou alteração renal. Prosseguiu investigação com TC e outros exames apresentados a seguir:

**113**

Homem, 62 anos de idade, previamente hígido, praticante de esportes, porém tabagista de longa data. Procura o urologista após um episódio de hematúria macroscópica. Relata ainda polaciúria há cerca de 4 meses. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, com abdome plano, indolor e sem massas palpáveis. O toque retal revela próstata fibroelástica, indolor, estimada em 40 g. Na investigação inicial:

- Ultrassonografia mostrou próstata de 37 g, discreto abaulamento do assoalho vesical, paredes vesicais preservadas e imagem polipoide de 17 mm em parede lateral direita da bexiga, próxima ao assoalho.
- PSA sérico: 6,2 ng/mL, com relação PSA livre/total de 11%.
- EAS confirmou hematúria e citologia oncoética urinária foi negativa.
- Ressonância magnética multiparamétrica da próstata confirmou lesão vesical e revelou nódulo PIRADS 4 no terço médio da próstata, à direita, medindo 5 mm.
- Biópsia prostática demonstrou adenocarcinoma de próstata Gleason 7 (4+3) em 4 de 14 fragmentos.

Diante desse cenário clínico, assinale a alternativa que indica a conduta recomendada neste momento.

- (A) Programar prostatectomia radical, preferencialmente por via robótica, associada à ressecção do pólipo vesical no momento da abertura do colo vesical.
- (B) Realizar cistoscopia armada com ressecção da lesão vesical e, no mesmo ato, tratar o tumor de próstata, prostatectomia por via robótica.
- (C) Realizar cistoscopia armada com possível ressecção transuretral da lesão vesical e, em momento posterior, programar o tratamento definitivo do adenocarcinoma de próstata.
- (D) Proceder à cistoscopia armada com ressecção da lesão vesical e propor abordagem do adenocarcinoma prostático fazendo-se vigilância ativa.

Exame de urina tipo I com pH de 6,2 e presença de 2.000 leucócitos/mL e 24.000 hemácias/mL. Densidade do cálculo de 1.230 UH. Considerando a conduta recomendada para este paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Ureterolitotripsia transureteroscópica usando ureteroscópio flexível.
- (B) Orientação clínica e seguimento anual com tomografia.
- (C) Orientação dietética e seguimento semestral com ultrassom.
- (D) Terapia expulsiva com tamsulosina 0,4 mg 1x/dia durante 60 dias.

115

Homem, 24 anos de idade, apresenta dor lombar esquerda recorrente há vários meses. Urografia excretora demonstra retardo na excreção do contraste pelo rim esquerdo, com retenção acentuada acima de 3 horas. A cintilografia renal com DTPA evidencia curva de decaimento com resposta significativa ao diurético, sugerindo bom potencial de drenagem. Entretanto, o paciente segue com queixas frequentes de dor incapacitante em flancos, sem evidência de infecção urinária ou litíase. Foram realizados os exames a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o caso apresentado.

- (A) Aguardar e manter conduta conservadora. Tratar clinicamente com analgesia e antiespasmódicos, pois o estudo funcional não confirma obstrução significativa.
- (B) Aguardar e manter conduta conservadora ativa. Reavaliar em 6 meses com nova cintilografia, já que há bom esvaziamento renal pós-diurético, e função renal global preservada.
- (C) Realizar nefrectomia esquerda, pois a imagem indica uropatia obstrutiva crônica com parenquima renal comprimido pela hidronefrose acentuada.
- (D) Indicar correção cirúrgica da estenose da junção uretero-piélica esquerda, devido à sintomatologia recorrente, apesar da resposta funcional bastante satisfatória ao diurético.

**116**

Homem, 60 anos de idade, em hemodiálise há 1 ano, deseja entrar na lista de transplante renal. Apresenta histórico de tumor urotelial de bexiga, pTa de baixo grau, tratado com RTU há 18 meses. Desde então, realizou cistoscopias trimestrais sem recidiva. Citologia atual negativa. Considerando a conduta recomendada para avaliação urológica pré-transplante (diretrizes da KDIGO, EAU e AUA), assinale a alternativa correta.

- (A) Liberar para lista de transplante, visto que completou mais de 12 meses de neoplasia sem recidiva de tumor pTa baixo grau.
- (B) Contraindicar o transplante, por risco elevado de recidiva de tumor vesical na vigência de imunossupressão.
- (C) Indicar mais 6 meses de vigilância endoscópica antes de liberar.
- (D) Solicitar biópsias vesicais, ao acaso, de bexiga antes de tomar decisão de colocar paciente em lista.

**119**

Paciente do sexo feminino, com desenvolvimento pré-natal e pós-natal aparentemente normal, sem intercorrências. Fenótipo feminino. Aos 7 anos de idade é diagnosticada clinicamente com hérnia inguinal à direita, com conteúdo palpável. Não realizou exames complementares de imagem e foi indicada correção cirúrgica. Durante a herniorrafia, o cirurgião observa uma estrutura de aspecto testicular, com epidídimos, ducto deferente e vasos gonadais bem formados. A estrutura é localizada no interior do saco herniário, sem tecido ovariano, útero ou outras estruturas visíveis na cavidade. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável, com base nos achados clínicos e cirúrgicos.

- (A) Hiperplasia Adrenal congênita de virilização tardia, com provável cariótipo 46XX.
- (B) Disgenesia gonadal mista, com provável cariótipo em mosaico.
- (C) CAIS (*Complete Androgen Insensitivity Syndrome*) e provável cariótipo 46XY.
- (D) Síndrome de Swyer, mutação do gene SRY, mantendo cariótipo 46XY.

**117**

Homem, 36 anos de idade, deseja doar rim ao irmão, portador de doença renal crônica por válvula de uretra posterior, dialítico há 1 ano. Não possui comorbidades. Avaliação por angiotomografia computadorizada mostra duplicação pieloureteral incompleta no rim esquerdo, sem ectasia ou alterações funcionais. Rim direito normal. Função renal preservada, simétrica e sem comorbidades. Durante a reunião multidisciplinar, discute-se qual rim será utilizado para doação e o chefe do departamento de transplante pede a sua opinião. Com base nos *guidelines*, assinale a alternativa correta.

- (A) O ideal é prosseguir com doação do rim direito, pois duplicações representam contraindicação ao transplante.
- (B) Contraindica doação por risco elevado de complicações urológicas. Manter em lista para transplante falecido.
- (C) Como ambos os rins têm função semelhante, a decisão deve ser baseada exclusivamente na preferência do cirurgião, sem considerar detalhes anatômicos.
- (D) Para doação, deve-se preferir o rim esquerdo com duplicação, mesmo com anatomia que pode predizer maior dificuldade no transplante.

**120**

Homem, 26 anos de idade, com histórico de nefrolitíase de repetição desde a adolescência, é encaminhado ao ambulatório de urologia para investigação. Refere múltiplos episódios de cólica renal, com necessidade de litotripsia extracorpórea em duas ocasiões. Nega comorbidades. Menciona que já realizou tratamento dietético e uso de tiazídicos sem benefício clínico claro. Relata que seu irmão também apresenta histórico de cálculos urinários de repetição. Exames laboratoriais mostram pH urinário < 6,0, função renal preservada com proteinúria discreta, presente em todos os exames de urina. Litólise química com agentes alcalinizantes urinários foi instituída recentemente. Análise química de cálculo renal, eliminado previamente, sugere cistina. Com relação ao caso e tratamento realizado até aqui, assinale a alternativa correta.

- (A) Cistina é solúvel em pH > 7,5.
- (B) O pH urinário não influencia a solubilidade de cálculos de cistina.
- (C) O tratamento com tiazídicos é eficaz na dissolução de cálculos de cistina mesmo em pH ácido.
- (D) A presença de proteinúria discreta exclui o diagnóstico de cistinúria.

**118**

Mulher, 79 anos de idade, com quadro de hematúria macroscópica intermitente há 1 mês, foi investigada com exame de urotomografia com contraste, evidenciando lesão vesical de 4 cm captando contraste. Foi submetida à ressecção endoscópica de bexiga e anatomoatrológico de carcinoma urotelial de alto grau com extensa infiltração de lámina própria. *Muscularis* própria foi identificado e está livre no AP, estadiamento é pT1. Em relação a próxima conduta recomendada, segundo as diretrizes da EAU e AUA, assinale a alternativa correta.

- (A) Paciente tem indicação de Onco-BCG de indução, seguida de manutenção.
- (B) Paciente necessita de uma nova ressecção (ReRTU) em um intervalo de 30 a 40 dias.
- (C) Paciente necessita de quimioterapia neoadjuvante, seguido de cistectomia radical.
- (D) Pela extensa infiltração da lámina própria, há indicação de cistectomia radical *upfront*.

