

ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

Instruções para a realização da prova

- Esta prova é composta de 80 questões de **múltipla escolha**. Para cada questão, há 4 alternativas, devendo ser marcada apenas uma.
- Assine a folha de respostas com caneta esferográfica preta e transcreva para essa folha as respostas escolhidas.
- Ao marcar o item correto, preencha completamente o campo correspondente, utilizando caneta esferográfica **preta**.
- Não deixe nenhuma das questões em branco na folha de respostas.
- A duração total da prova é de 4 horas. **NÃO** haverá tempo adicional para transcrição de gabarito.
- Você somente poderá deixar a sala após 2h do início da prova, podendo levar consigo **APENAS** o **CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO** e a **DECLARAÇÃO DE PRESENÇA** (abaixo).

RESIDÊNCIA MÉDICA 2022 – 1ª FASE
ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO

1		11		21		31		41		51		61		71	
2		12		22		32		42		52		62		72	
3		13		23		33		43		53		63		73	
4		14		24		34		44		54		64		74	
5		15		25		35		45		55		65		75	
6		16		26		36		46		56		66		76	
7		17		27		37		47		57		67		77	
8		18		28		38		48		58		68		78	
9		19		29		39		49		59		69		79	
10		20		30		40		50		60		70		80	

RASCUNHO

Lista de Siglas e Abreviaturas

Siglas e Abreviaturas	Significado
AAS	Ácido Acetilsalicílico
ABC	Avaliação de Perda Sanguínea
ACLS	Suporte Avançado de Vida Cardiovascular
ALT	Alanina Aminotransferase = TGP
ANCA	Anticorpos Anticitoplasma de Neutrófilos
AST	Aspartato Aminotransferase = TGO
CEA	Antígeno Carcinoembrionário
Cr	Creatinina
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
EXTEM	Teste de Elastograma utilizando Fator Tecidual como ativador
FA	Fosfatase Alcalina
FAST	Ultrassonografia Direcionada para o Trauma
FC	Frequência Cardíaca
FIBTEM	Teste de Elastograma que avalia a contribuição do Fibrinogênio na formação do coágulo
FiO ₂	Fração Inspirada de Oxigênio
FR	Frequência Respiratória
GGT	Gama Glutamil Transferase
Hb	Hemoglobina
HPV	Papiloma Vírus Humano
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPMNs	Neoplasias Intraductais Produtoras de Mucina
LY30	Tempo de lise do coágulo após 30 minutos nos testes de elastograma
MELD	Modelo para Doença Hepática Terminal
Na	Sódio
NNT	Número Necessário Tratar
NPH	Protamina Neutra de Hagedorn
PaCO ₂	Pressão Parcial de Dióxido de Carbono
PaO ₂	Pressão Parcial de Oxigênio
PA	Pressão Arterial
PAM	Pressão Arterial Média
PAAF	Punção Aspirativa de Agulha Fina
PCR	Proteína C Reativa
PET-CT	Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons
PFC	Plasma Fresco Congelado
PIC	Pressão Intracraniana
PICC	Cateter Central de Inserção Periférica
PS	Pronto Socorro
PSA	Antígeno Prostático Específico
PTH	Paratormônio
RNI	Relação Normalizada Internacional
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
T4	Tiroxina
TGO	Transaminase Oxalacética = AST
TGP	Transaminase Pirúvica = ALT
TSH	Hormônio Estimulante da Tireoide
U	Unidade
UI	Unidade Internacional
US	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

01. Mulher, 48a, submetida à esofagectomia transhiatal por um carcinoma espinocelular do esôfago, apresenta no segundo dia de pós-operatório o seguinte aspecto no dreno de tórax:



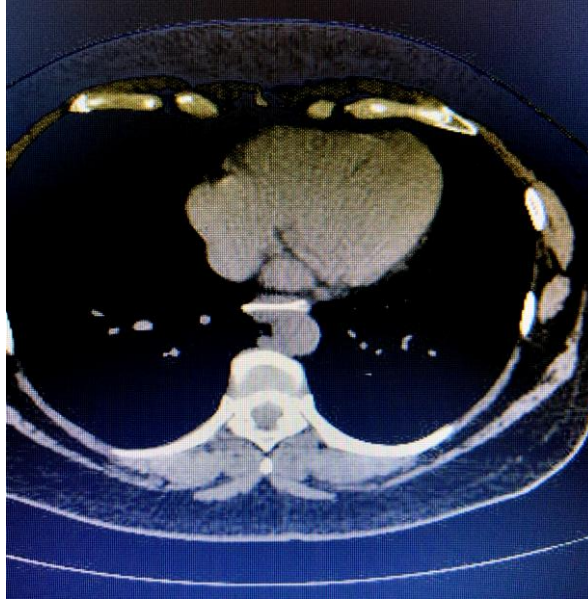
Trata-se de uma fístula:

- a) Esofágica.
- b) Linfática.
- c) Biliar.
- d) Pancreática.

02. Durante o atendimento de um paciente com adenocarcinoma gástrico, o médico palpa no exame físico um linfonodo aumentado na região supraclavicular esquerda. O nome e o significado clínico deste linfonodo são respectivamente:

- a) Linfonodo de Virchow; câncer gástrico avançado.
- b) Linfonodo de Irish; carcinomatose peritoneal.
- c) Nódulo de "Sister Mary Joseph"; carcinomatose peritoneal.
- d) Sinal de Troisier; câncer gástrico precoce.

03. Mulher, 64a, procura o pronto socorro à noite com história de ter engolido acidentalmente um osso de frango há 30 minutos. Queixa-se de dor torácica, com irradiação para o dorso e disfagia. A imagem abaixo da tomografia computadorizada de tórax mostra o corpo estranho, sem sinais de perfuração esofágica.



A conduta é:

- a) Alta do pronto socorro e aguardar a eliminação espontânea do corpo estranho.
- b) Realizar endoscopia eletiva no dia seguinte, após jejum.
- c) Realizar endoscopia de urgência, com anestesia geral e intubação orotraqueal.
- d) Realizar a retirada cirúrgica do osso no dia seguinte, após jejum.

04. Na acalásia idiopática do esôfago, além da ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior, também se observa:

- a) Ausência de relaxamento do esfíncter esofágico superior.
- b) Hipercontratilidade do corpo esofágico.
- c) Corpo esofágico com contratilidade normal.
- d) Corpo esofágico com aperistalse.

05. No tratamento cirúrgico do câncer gástrico, a esplenectomia deve ser realizada:

- a) No câncer gástrico avançado, independente da localização do tumor.
- b) Quando o tumor invade o baço ou há acometimento linfonodal do hilo esplênico.
- c) Quando a cirurgia indicada é uma gastrectomia total.
- d) Nos adenocarcinomas pouco diferenciados, independente da sua localização.

06. Homem, 36a, previamente hígido, deu entrada no pronto socorro (PS) devido quadro de melena há dois dias. Encontra-se descorado (+/4+) e hemodinamicamente estável. O laudo da endoscopia digestiva alta foi: presença de úlcera em bulbo duodenal, parede posterior, medindo 5mm, classificada como Forrest III. O paciente deverá:

- a) Ser internado e repetir a endoscopia em 48 horas para reavaliação devido ao risco de ressangramento.
- b) Ter alta do PS com uma prescrição de inibidor de bomba de próton e fazer acompanhamento com pesquisa de sangue oculto.
- c) Ter alta do PS com uma prescrição de inibidor de bomba de próton e retorno ambulatorial agendado.
- d) Ser mantido no PS em jejum e iniciar terapia com inibidor de bomba de prótons intravenosa.

07. Paciente foi submetido à troca de valva aórtica por prótese mecânica, com boa recuperação no segundo dia de pós-operatório. Nesta situação, pode-se afirmar que:

- a) Deverá receber anticoagulação com dicumarínico até a devida endotelização da prótese, podendo esta medicação ser substituída por antiagregante plaquetário após dois a três meses.
- b) Poderá ser submetido preferencialmente a anticoagulação com novos anticoagulantes (exemplo: Rivaroxabana) pela sua maior simplicidade e não necessidade de controle do tempo de protrombina.
- c) Deverá fazer uso de medicamento antivitamina K por toda vida e controlar o efeito anticoagulante pelo tempo e atividade de protrombina.
- d) As próteses atuais de baixo perfil dispensam a necessidade de anticoagulação após o segundo mês de pós-operatório.

08. A imagem apresentada abaixo é compatível com qual alternativa?

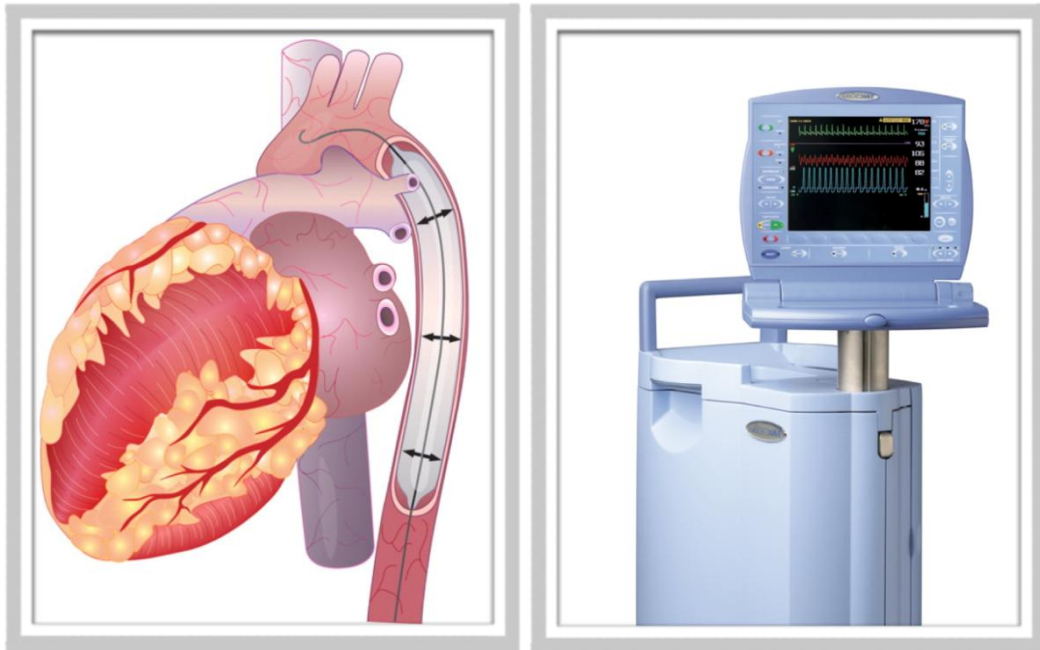


- a) Valva átrio ventricular esquerda, bicúspide e calcificada.
- b) Valva semilunar bicúspide com extensa calcificação.
- c) Valva com variação congênita de aspecto normal.
- d) Valva átrio ventricular alterada por etiologia reumática.

09. Homem, 55a, tem antecedente de hipertensão arterial com controle irregular. Deu entrada no pronto socorro com dor precordial de forte intensidade, irradiada para escápula. O achado que reforça a suspeita de dissecção aórtica aguda é:

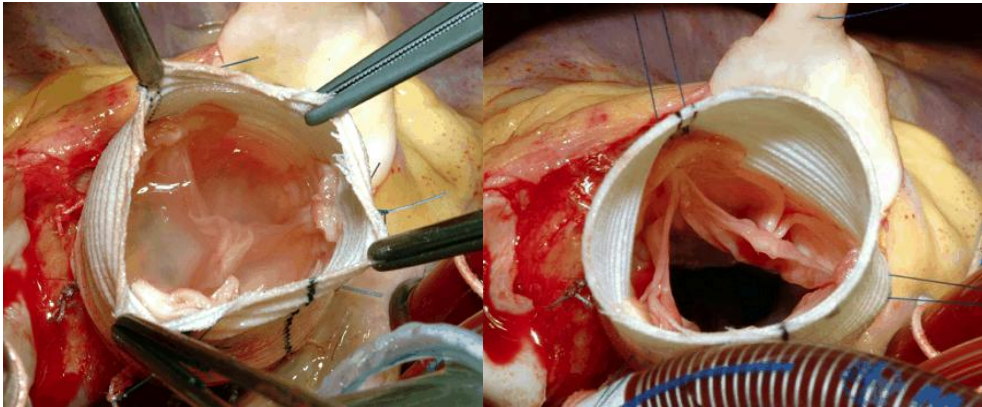
- a) Presença de sopro diastólico precordial no segundo espaço intercostal direito.
- b) Pressão arterial sistólica maior que 160mmHg ou pressão diastólica maior que 110mmHg.
- c) Eletrocardiograma com desnivelamento em derivações D1, aVL, V5 e V6.
- d) Presença de sopro sistólico precordial em linha mamilar, quinto espaço intercostal esquerdo.

10. Considerando as figuras abaixo, é correto afirmar:



- a) Trata-se de um dispositivo de assistência circulatória utilizado em casos de insuficiência aórtica aguda.
- b) É um aparelho que aumenta a pressão de perfusão coronariana durante a sístole e aumenta a pré-carga do ventrículo esquerdo.
- c) É contraindicado em casos de ruptura de septo interventricular após infarto e insuficiência mitral grave.
- d) É um dispositivo que oferece suporte ao ventrículo esquerdo e diminui sua pós-carga.

11. Observando-se as imagens intraoperatórias (representadas abaixo) de uma cirurgia cardíaca, podemos afirmar que:



- a) Trata-se de um procedimento em que houve preservação das cúspides valvares.
- b) Foi realizada troca de raiz de aorta sem necessidade de reimplante dos óstios coronarianos.
- c) A prótese empregada demandará anticoagulação via oral por toda a vida.
- d) É um procedimento capaz de corrigir insuficiência mitral tanto por etiologia degenerativa quanto por endocardite.

12. Em relação a cirurgia de revascularização miocárdica, é correto afirmar:

- a) É restrita a situações em que a realização de angioplastia coronária não é possível tecnicamente.
- b) Deve se dar preferência a uso de enxertos venosos principalmente em pacientes mais idosos devido ao alto risco de desvascularização do esterno quando utilizado enxerto de artéria torácica interna.
- c) Tanto com o uso de enxertos arteriais ou venosos, é necessária a anticoagulação por toda a vida com dicumarínicos ou antagonistas do fator Xa.
- d) Pode ser realizada como oportunidade cirúrgica durante cirurgias valvares concomitantes, caso haja algum ramo coronário com lesão crítica.

13. A artéria ilíaca interna pode ser empregada para anastomose arterial nos transplantes renais. Esta artéria divide-se em dois troncos (anterior e posterior). São ramos do tronco anterior da artéria ilíaca interna:

- a) Artéria glútea inferior e artéria iliolumbar.
- b) Artéria vesical superior e artéria obturatória.
- c) Artéria retal média e artérias sacrais laterais.
- d) Artéria pudenda interna e artéria glútea superior.

14. A biópsia para diagnóstico de neoplasia de próstata deve ser considerada nos pacientes com as seguintes características:

- a) Nódulo hipoecoide visibilizado na ultrassonografia nos pacientes até 55 anos, independente da dosagem de PSA.
- b) PSA total maior que 4ng/mL, nos pacientes com mais de 55 anos e densidade de PSA menor que 0,15ng/mL.
- c) Relação PSA livre/PSA total menor que 18%, quando PSA total maior que 2ng/mL e densidade de PSA maior que 0,15ng/mL.
- d) Velocidade de PSA maior que 0,75ng/mL/ano, independente do PSA atual.

15. Em estudo urodinâmico, realizado durante o seguimento ambulatorial de um paciente de 32 anos vítima de trauma raquimedular há oito anos, verificou-se capacidade cistométrica máxima de 100mL e complacência vesical de 6mL/cmH₂O. Na presente situação, o melhor tratamento a ser oferecido é:

- a) Cistoplastia de aumento.
- b) Tratamento com anticolinérgico e agonista beta-3 adrenérgico.
- c) Estimulação transcutânea do nervo tibial.
- d) Implante de neuromodulador sacral.

16. Mulher, 72a, com antecedente de diabetes melito, procurou o pronto socorro com dor no flanco direito e febre recorrente há cinco dias. Realizou tomografia computadorizada de abdome, com administração de contraste intravenoso e oral.



O diagnóstico provável é:

- a) Obstrução renal aguda à direita.
- b) Neoplasia renal direita.
- c) Abscesso perirrenal direito.
- d) Pielonefrite xantogranulomatosa à direita.

17. Mulher, 89a, apresenta-se com prolapso uterovaginal completo associado com retenção urinária crônica. Foram realizadas tentativas de tratamento conservador por meio de três diferentes modelos de pessários vaginais, sem sucesso. Na ultrassonografia transvaginal foi observado útero atrófico (volume= 16cm³), sem particularidades. Trata-se de uma paciente diabética, cardiopata, que não tem companheiro, e vive numa casa de repouso para idosos. Qual o procedimento cirúrgico mais adequado para o tratamento do seu prolapso vaginal?

- a) Colpocleise.
- b) Histerectomia vaginal e colpopexia uterossacra.
- c) Histeropexia sacroespinal.
- d) Histeropexia sacral laparoscópica.

18. Em relação aos tumores uroteliais que acometem o trato urinário superior, é correto afirmar:

- a) A ressonância magnética nuclear é o exame padrão-ouro para o diagnóstico.
- b) A citologia oncótica negativa da urina vesical exclui o diagnóstico de neoplasias uroteliais de alto grau.
- c) A radioterapia não é uma opção terapêutica, pois estas neoplasias não são radiosensíveis.
- d) A ressecção parcial pode ser indicada em portadores de insuficiência renal, tumores de baixo grau e não infiltrativos.

19. Mulher, 62a, procurou assistência devido à obesidade e diabetes tipo 2. É diabética há 15 anos, utilizando atualmente 90UI de insulina NPH e 20UI de insulina de ação rápida. Sua última glicemia de jejum era de 249mg/dL e a hemoglobina glicada, de 12%. Apresenta índice de massa corporal (IMC) de 32,1kg/m². Em relação à cirurgia metabólica, é correto afirmar:

- a) Pode ser indicada apenas em pacientes com IMC maior ou igual a 35 kg/m², de acordo com o Conselho Federal de Medicina do Brasil.
- b) A gastrectomia vertical apresenta probabilidade de remissão do diabetes superior à observada após o *bypass* gástrico em Y de Roux.
- c) A idade avançada e uso de insulina são fatores que reduzem a possibilidade de remissão pós-operatória completa do diabetes.
- d) A perda de peso é o principal mecanismo fisiopatológico relacionado à melhora do diabetes na fase pós-operatória inicial.

20. Homem, 29a, foi submetido ao *bypass* gástrico em Y de Roux há seis meses devido à obesidade mórbida, com perda de 45% do excesso de peso no período. Não faz uso de reposição vitamínica regularmente. Queixa-se de parestesias em extremidades e alopecia significativa. As principais deficiências nutricionais associadas a estes sintomas nesta fase pós-operatória são, respectivamente:

- a) Ferro e vitamina D.
- b) Vitamina A e cálcio.
- c) Selênio e vitamina E.
- d) Vitamina B12 e zinco.

21. Homem, 62a, foi submetido à derivação biliopancreática clássica (cirurgia de Scopinaro) há 10 anos devido à obesidade mórbida. Apresentou perda de 80% do excesso de peso após cinco anos de cirurgia, com adequada manutenção de peso desde então. Apresenta cerca de oito evacuações diárias, com odor fétido e presença de sobrenadante. Em relação a este procedimento cirúrgico, assinale a alternativa correta:

- a) Observa-se aumento significativo dos níveis de peptídeo YY devido à derivação intestinal.
- b) Há redução significativa dos níveis de grelina devido à ressecção do fundo gástrico.
- c) É realizada uma restrição à ingestão alimentar através de uma gastrectomia vertical.
- d) Há má absorção através da confecção de alça biliopancreática curta e canal comum longo.

22. Em relação à duodenopancreatectomia no tratamento das neoplasias periampulares, assinale a alternativa correta:

- a) A preservação pilórica associa-se ao pior prognóstico oncológico, com redução de sobrevida global e livre de doença.
- b) A drenagem biliar pré-operatória por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica associa a mais complicações infecciosas.
- c) A preservação pilórica reduz a ocorrência de gastroparesia no período pós-operatório precoce.
- d) A anastomose pancreaticojejunal tipo ducto-mucosa associa-se à maior frequência de fístula pancreática.

23. Homem, 71a, foi submetido à colangiorressonância devido suspeita de coledocolitíase. Como achado incidental, observou-se no pâncreas lesão cística suspeita para o espectro das Neoplasias Intraductais Produtoras de Mucina (IPMNs) de ramo ductal lateral. Sobre este caso, assinale a alternativa correta:

- a) Para IPMNs de ramo ductal lateral assintomáticas com menos de 3cm a vigilância seriada é suficiente.
- b) O comportamento biológico das IPMNs de tipo misto assemelha-se ao das IPMNs de ramo ductal lateral.
- c) A presença de nódulo mural que não fixa contraste é uma característica de alto risco para malignidade.
- d) A icterícia não é considerada característica de alto risco para malignidade nas IPMNs de ramo ductal lateral.

24. Mulher, 62a, foi submetida à colecistectomia devido à colecistolitíase. O exame histopatológico revelou um adenocarcinoma de vesícula biliar, localizado no fundo do órgão, com infiltração até a camada muscular da mucosa. De acordo com o Consenso Brasileiro de Carcinoma Incidental de Vesícula Biliar, de 2020, assinale a alternativa correta em relação a este caso:

- a) A colecistectomia simples é o tratamento indicado para este caso, não havendo necessidade de reintervenção cirúrgica.
- b) Há necessidade de reintervenção para ampliação de margem hepática e linfadenectomia, se paciente apresentar baixo risco cirúrgico.
- c) O índice de recorrência da doença não difere após a colecistectomia simples ou radical com linfadenectomia nesta situação.
- d) Há indicação de reintervenção cirúrgica para ressecção hepática, linfadenectomia e ressecção do hepatocolédoco.

25. Em relação aos nódulos em tireoide, é correto afirmar:

- a) A maioria é assintomática, e muitas vezes, é achado incidental de exames de imagem.
- b) Devem ser rastreados independentemente de seu tamanho e localização.
- c) São potencialmente sujeitos a evolução cancerígena quando não tratados precocemente.
- d) Quando aumentados, frequentemente ocasionam elevação de T4, TSH e calcitonina.

26. Mulher, 67a, procurou ambulatório geral com queixas de dores ósseas há seis meses. Em exame laboratorial foi observado dosagem de cálcio pouco acima do limite superior e fósforo abaixo do limite inferior. Como devemos continuar a investigação?

- a) Dosar PTH, sódio/potássio, bilirrubinas, fosfatase alcalina e radiograma de crânio.
- b) Dosar PTH, cálcio urinário, vitamina D e cintilografia óssea.
- c) Dosar TSH, T4, cálcio urinário, sódio/potássio e ultrassonografia abdominal.
- d) Dosar TSH, T4, vitamina D, bilirrubinas e ultrassonografia cervical.

27. Em relação ao câncer de laringe, é correto afirmar:

- a) É mais comum em fumantes, no sexo masculino, podendo ter o HPV como fator de risco associado.
- b) É mais comumente observado no sexo masculino, etilistas de longa data e com exposição repetida ao asbesto.
- c) É mais frequente no sexo masculino, em etilistas, sendo a região anatômica mais acometida inicialmente a supraglote.
- d) Dietas ricas em proteínas, com baixa ingestão de caloria e com alto teor de sódio, são fatores de proteção neste tipo de tumor.

28. Mulher, 45a, assintomática e eutireoidiana. Trouxe exame de ultrassonografia (US) com achado de nódulo único sólido medindo 8mm, em lobo direito. Apresenta vascularização periférica ao estudo com Doppler e restante do parênquima tireoidiano normal. A conduta a seguir é:

- a) Dosar TSH, T4, CEA, calcitonina e indicar lobectomia a direita.
- b) Dosar TSH, T4 e indicar realização de punção aspirativa por agulha fina (PAAF) no nódulo.
- c) Dosar TSH, T4, CEA, calcitonina e seguir a paciente bimestralmente.
- d) Seguimento com US e indicar PAAF se houver crescimento ou mudança de características do nódulo.

29. Para o diagnóstico de melanoma em região de cabeça e pescoço devemos realizar:

- a) Biópsia excisional com margens de 1 a 3mm. Evitar margens maiores que possam interferir no possível mapeamento linfático subsequente.
- b) Biópsia por *shaving* é a ideal na medição da espessura do tumor e invasão profunda da lesão.
- c) Biópsia por *punch* quando indicada, deve ser realizada na periferia da lesão para avaliar margem.
- d) Exame de congelação, no ato operatório, deve ser realizado na maioria dos casos, para diagnóstico e estadiamento dos níveis de Clark e Breslow.

30. Pacientes com carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço apresentam maior prevalência de segundo carcinoma espinocelular primário de esôfago (sincrônico ou metacrônico). Qual é o meio diagnóstico para detectar precocemente essas lesões?

- a) Tomografia computadorizada *multislice* para diagnóstico de provável lesão e/ou linfonodos suspeitos.
- b) Ressonância magnética nuclear para diagnóstico de provável lesão e/ou linfonodos suspeitos.
- c) Ultrassonografia via endoscópica para avaliação do esôfago e biópsia de áreas suspeitas.
- d) Endoscopia e coloração do epitélio esofageano com solução de Lugol, seguido de biópsia nas áreas não coradas (teste de Schiller).

31. Homem, 34a, vítima de esmagamento da caixa torácica, apresenta dispneia intensa e enfisema subcutâneo em toda face, pescoço e parede torácica. Na ausculta pulmonar observa-se murmúrio vesicular ausente à direita. Realizado drenagem pleural com intenso borbulhamento no selo d'água do frasco. Radiograma de tórax de controle pós-drenagem revela que não houve expansão pulmonar. Qual a hipótese diagnóstica?

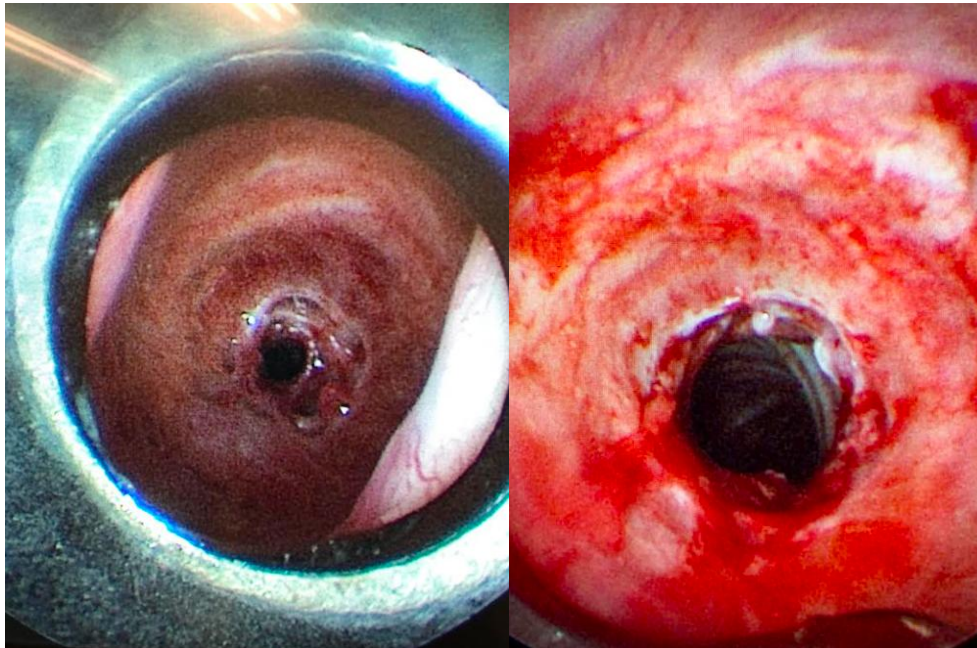
- a) Perfuração do pulmão por fratura de costelas e pequena fístula aérea.
- b) Rotura brônquica direita com escape aéreo.
- c) Atelectasia do pulmão direito por corpo estranho.
- d) Dreno pleural de calibre insuficiente.

32. Homem, 48a, foi encaminhado para serviço de cirurgia torácica para avaliação de derrame pleural complicado após drenagem em selo d'água. Deu entrada consciente, orientado, eupneico e contactuante. Considerando a imagem abaixo, constatou-se que:



- a) O frasco de drenagem não deve ficar preso na maca de transporte.
- b) Se houver borbulhamento no selo d'água, constata-se fístula broncopleurale.
- c) O frasco está localizado em nível inadequado.
- d) O sistema de drenagem não está conectado no local correto.

33. Homem, 28a, vítima de acidente de motocicleta com traumatismo cranioencefálico grave, foi mantido em intubação orotraqueal e ventilação mecânica por 10 dias. Após a alta hospitalar, retornou com insuficiência respiratória sendo realizada broncoscopia rígida que evidenciou uma estenose. Realizado a dilatação como demonstrado abaixo:



Pré-dilatação

Pós-dilatação

Assinale a alternativa correta:

- a) A dilatação traqueal não foi conduta mais adequada neste caso.
- b) A probabilidade de recidiva da estenose com a dilatação é baixa.
- c) Há elevado risco de paralisia de pregas vocais por lesão do nervo recorrente.
- d) Na maioria destes casos a dilatação é uma medida temporária.

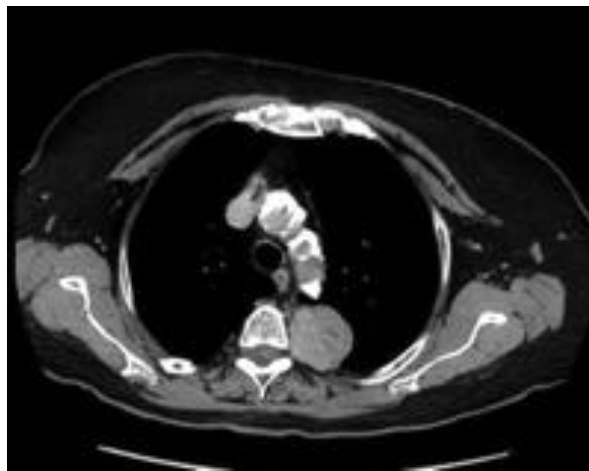
34. Homem, 28a, com diabetes tipo 1, apresenta achado incidental em tomografia de tórax na investigação de Covid-19, uma lesão sólida em lobo inferior direito (segmento apical) medindo 16mm com áreas ténue de vidro fosco ao redor. Apresenta dor torácica e sinais infecciosos clínicos e laboratoriais.



Baseado nestas informações, a conduta é:

- a) Punção transtorácica guiada por imagem.
- b) Realização de PET-CT.
- c) Seguimento com método de imagem em três meses.
- d) Biópsia excisional por videocirurgia.

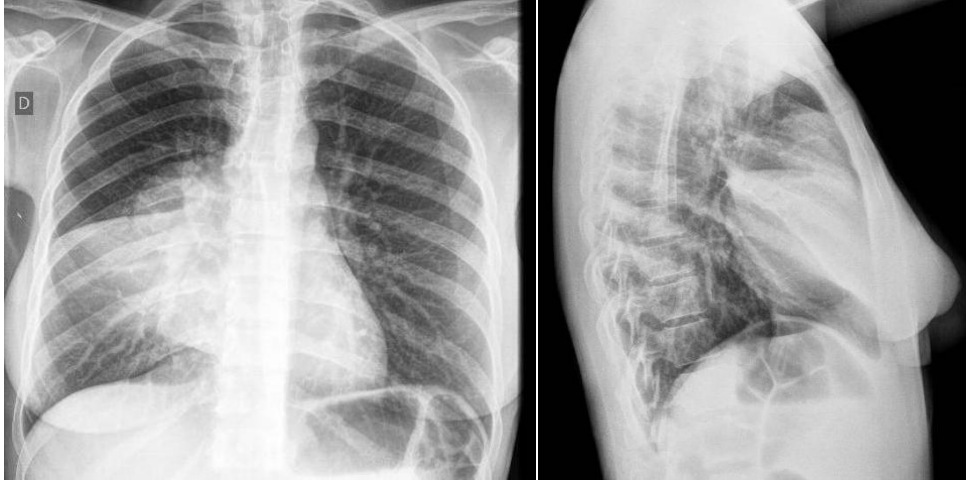
35. Homem, 55a, resolve cessar o tabagismo (carga de 35 anos/maço) e procurou ajuda médica. Assintomático do ponto de vista respiratório, realizou radiograma de tórax que evidenciou, no perfil, uma lesão bem delimitada, de 5cm no mediastino posterior. A tomografia computadorizada demonstrou lesão com densidade de partes moles, bem delimitada, arredondada e paravertebral esquerda (Figura abaixo).



Podemos afirmar que:

- a) Certamente trata-se de uma neoplasia maligna do pulmão, visto o antecedente de tabagismo e a faixa etária.
- b) É altamente sugestivo de neoplasia da bainha neural (neurilenomas ou neurofibromas).
- c) Dado o caráter oncológico, a ressecção cirúrgica deste tumor não pode ser realizada por meio de videocirurgia.
- d) O paciente deve ser orientado para retorno em um ano e controle com método de imagem.

36. Mulher, 33a, apresenta tosse persistente há dois meses. Estudo radiológico do tórax revelou opacidade paracardíaca direita, com apagamento do bordo direito do coração e discreto alargamento do mediastino, conforme imagens abaixo. A broncoscopia com biópsia confirmou carcinoma não pequenas células.



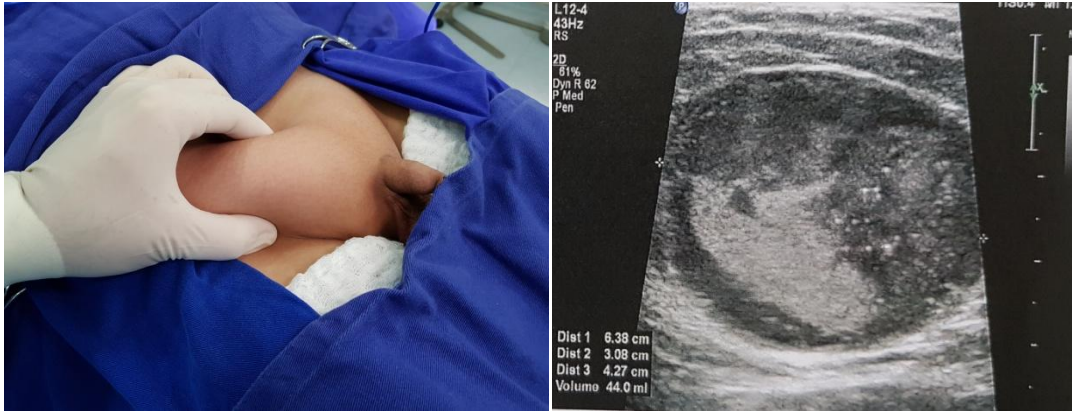
Baseado no contexto, qual brônquio se encontra a lesão tumoral?

- a) Brônquio principal direito.
- b) Brônquio intermediário.
- c) Brônquio do lobo médio.
- d) Brônquio do lobo inferior direito.

37. Neonato de 1,8kg se encontra internado na UTI neonatal, em ventilação mecânica, taquicárdico, em choque séptico e sem acesso venoso. O cirurgião pediátrico é chamado para um acesso venoso central. A opção mais indicada é:

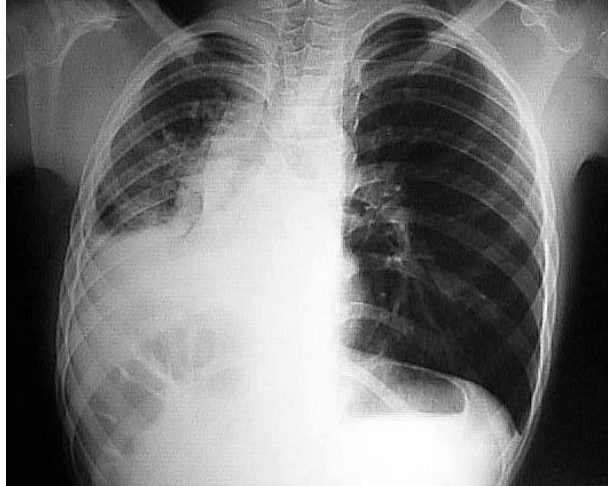
- a) Cateter Central de Inserção Periférica (PICC).
- b) Dissecção de veia jugular interna.
- c) Punção de veia subclávia esquerda.
- d) Dissecção da crossa da safena.

38. Menino, 12a, pré-púbere, apresenta história de abaulamento inguinal direito e criptorquidia de longa data. Retornou em consulta de rotina com o pediatra que observa abaulamento na região inguinal, à direita, pouco doloroso, como mostrado na foto. Realizou ultrassonografia (US) com o achado abaixo. Pode-se afirmar que:



- a) O exame físico e a US são compatíveis com hérnia inguinal.
- b) Trata-se de cisto de cordão e criptorquidia, necessitando de cirurgia.
- c) Trata-se de neoplasia testicular em testículo criptorquídico.
- d) O exame físico e a US são compatíveis com cisto de cordão.

39. Criança, 10a, internada por pneumonia do lobo inferior direito, apresentou piora da saturação e da expectoração. Apresenta-se consciente, hidratada, corada, taquicárdica e taquidispneica. Leucograma apresenta 18.000 leucócitos/mm³, com desvio à esquerda. Realizou radiograma de tórax:



Qual premissa é verdadeira?

- a) Trata-se de um hidropneumotórax na base direita.
- b) A embolia pulmonar deve ser descartada.
- c) Trata-se de uma hérnia diafragmática à direita.
- d) A atelectasia lobar direita é a principal hipótese.

40. Recém-nascido masculino, a termo, com diagnóstico pré-natal de megabexiga e oligoâmnio. Ao nascimento, foi observado: alteração abdominal (Figura abaixo), bexigoma e aumento das escórias urinárias. Pode-se afirmar que:



- a) Trata-se da síndrome de Eagle-Barret com hipoplasia vesical e pulmonar.
- b) Esta síndrome tríplice caracteriza-se por hidronefrose, hipoplasia da parede abdominal e insuficiência renal.
- c) Trata-se de síndrome de Prune-Belly com criptorquidia, hipoplasia pulmonar e hidronefrose.
- d) Pode estar associado à estenose de uretra, displasia renal e infecção urinária de repetição.

41. Uma criança de 8a foi submetida a uma incisão subcostal ampliada para ressecção de tumor intra-abdominal. Em relação à anatomia da parede abdominal, no hipocôndrio esquerdo, quais estruturas serão seccionadas, em sequência, a partir da pele até o peritônio?



- a) Fáschia de Scarpa, fáschia de Camper, aponeurose do músculo oblíquo externo, músculo oblíquo externo, músculo transverso, músculo oblíquo interno, fáschia transversal, gordura pré-peritoneal, peritônio parietal.
- b) Camada lamelar de Camper, fáschia de Scarpa, aponeurose do músculo oblíquo externo, músculo oblíquo externo, músculo oblíquo interno, músculo transverso, gordura transversal, fáschia pré-peritoneal, peritônio parietal.
- c) Fáschia de Scarpa, camada areolar de Camper, aponeurose do músculo oblíquo externo, músculo oblíquo externo, músculo oblíquo interno, músculo transverso, fáschia transversal, gordura pré-peritoneal, peritônio parietal.
- d) Camada areolar de Camper, fáschia de Scarpa, aponeurose do músculo oblíquo externo, músculo oblíquo externo, músculo oblíquo interno, músculo transverso, fáschia transversal, gordura pré-peritoneal, peritônio parietal.

42. Recém-nascido com 24 horas de vida foi encaminhado ao pronto socorro após parto domiciliar. Apresentou-se com vômitos, distendido e com urina escura. O exame perineal observado é apresentado nesta fotografia. Em relação a este quadro, assinale a afirmativa correta.



- a) A ileostomia é a conduta mais adequada neste momento.
- b) A malformação mais comum é a fístula retouretral.
- c) A colostomia à Hartmann está indicada.
- d) A anoplastia deve ser realizada neste momento.

43. Pacientes portadores de paralisia facial apresentam um amplo espectro de sinais e sintomas, com demandas a serem tratadas tanto do ponto de vista funcional quanto estético. Apesar das diferenças de acometimento entre os doentes, o principal objetivo do tratamento é:

- a) Proporcionar simetria do sorriso.
- b) Restabelecer a continência oral.
- c) Proteger o globo ocular.
- d) Melhorar a fala.

44. Ao realizar a excisão de uma lesão neoplásica cutânea na face, o cirurgião optou pela utilização de uma solução anestésica local comercial já contendo adrenalina. Uma das vantagens de sua utilização é:

- a) Aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial.
- b) Redução do tempo de latência do anestésico.
- c) Redução da absorção vascular.
- d) Aumento da perfusão tecidual local.

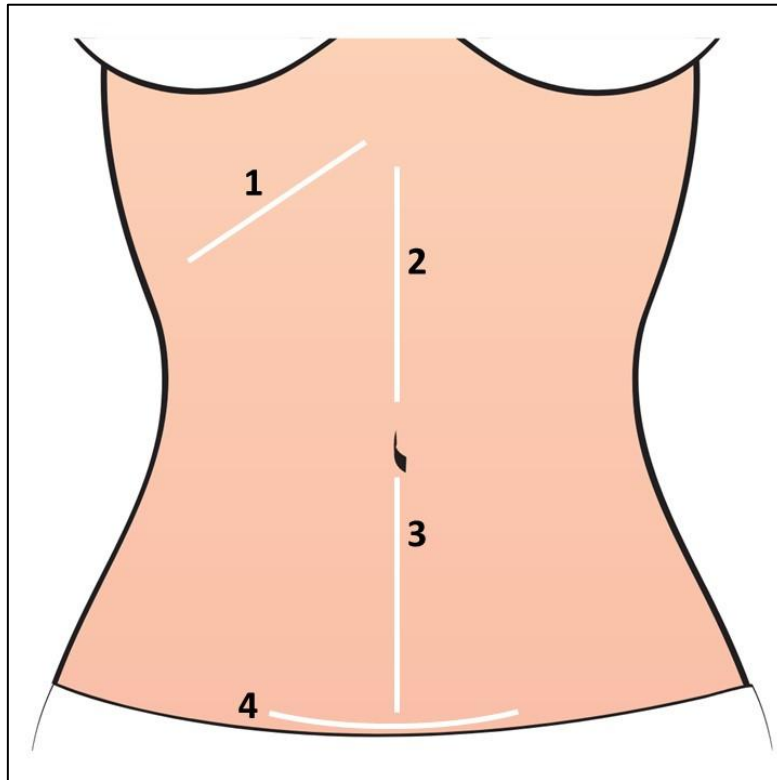
45. Mulher, 50a, foi vítima de trauma com lesão de partes moles em terço médio da face acometendo região paranasal à direita, estendendo-se ao lábio superior ipsilateral. A lesão pode ser reparada utilizando um bloqueio anestésico do nervo:

- a) Facial.
- b) Infratroclear.
- c) Infranasal.
- d) Infraorbitário.

46. Em pacientes idosos ou que tenham cicatrizes na região da pálpebra inferior pode ocorrer distúrbio da posição palpebral caracterizado pela eversão de sua margem e perda de contato com a superfície ocular, com consequente irritação ocular e conjuntival. A esta afecção dá-se o nome de:

- a) Epífora.
- b) Ptose palpebral.
- c) Lagoftalmo.
- d) Ectrópio.

47. Mulher, 52a, deseja ser submetida à abdominoplastia. Considerando a anatomia das zonas de vascularização da parede abdominal, incisões de cirurgias prévias podem comprometer a circulação sanguínea e aumentar o risco de necrose cutânea do retalho abdominal. Dentre as incisões demonstradas na imagem abaixo, aquela que tem maior chance de comprometimento vascular é:



- a) 1.
- b) 2.
- c) 3.
- d) 4.

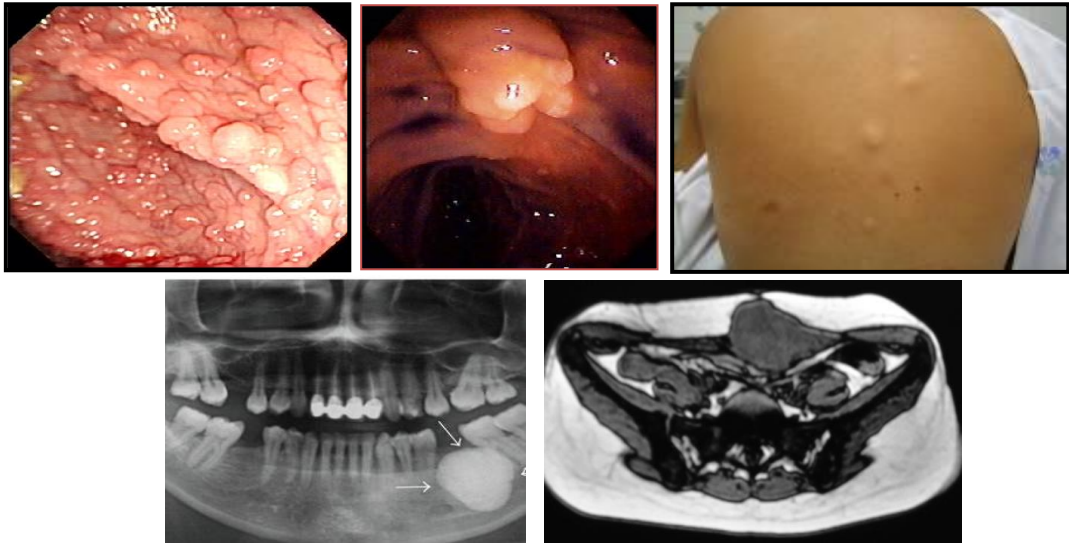
48. A otoplastia para correção de orelhas proeminentes visa a remodelar o pavilhão auricular por meio de manipulação da pele e da cartilagem, seja utilizando suturas, excisões ou desgastes pontuais. Dentre as estruturas anatômicas que compõem o pavilhão auricular, aquela que não é acometida em pacientes com orelhas proeminentes e, portanto, não é abordada na cirurgia de otoplastia é:

- a) Lóbulo.
- b) Cruz superior da antélice.
- c) Cruz inferior da antélice.
- d) Concha auricular.

49. Em relação às doenças proctológicas, assinale a afirmativa correta:

- a) A fissura anal é uma solução de continuidade no canal anal entre a linha pectínea e a junção mucocutânea, sendo a localização mais comum na linha média anterior.
- b) A hidradenite supurativa é uma doença crônica e recidivante da pele e tecido celular subcutâneo em áreas onde ocorrem glândulas sudoríparas apócrinas.
- c) A maioria das fístulas anais deriva de uma infecção que se origina nas glândulas do canal anal, sendo as mais frequentes as fístulas transesfincterianas.
- d) As hemorróidas podem ser classificadas como externas ou internas, sendo mais comumente localizadas na lateral direita, quadrantes anterior esquerdo e posterior esquerdo.

50. Paciente apresenta os seguintes achados nos exames físico, endoscópicos e de imagens:



Como se denomina esta síndrome?

- a) Gardner.
- b) Turcot.
- c) Lynch II.
- d) Peutz-Jeghers.

51. Homem, 62a, apresenta neoplasia de reto avançada, tocável à 6cm da linha pectínea. O exame de melhor acurácia para o estadiamento locorregional do tumor é:

- a) Tomografia computadorizada *multislice*.
- b) Ultrassonografia endorretal.
- c) Ressonância magnética nuclear.
- d) Tomografia por emissão de pósitrons (PET/CT).

52. Mulher, 76a, se encontra internada na enfermaria de ortopedia no pós-operatório de cirurgia para correção de fratura de colo de fêmur. Evoluiu com pneumonia, tendo utilizado vários antibióticos de largo espectro. Há sete dias apresenta quadro de dor abdominal, diarreia com muco e laivos de sangue, e febre. Realizou colonoscopia com o seguinte achado:



O provável diagnóstico é:

- a) Retocolite ulcerativa.
- b) Polipose intestinal.
- c) Tuberculose intestinal.
- d) Colite pseudomembranosa.

53. Homem, 89a, hipertenso e diabético, deu entrada no pronto socorro com quadro de enterorragia há um dia. Não apresenta outras queixas. Tem antecedente de hipertensão arterial e radioterapia para câncer de próstata há cinco anos. Encontra-se hemodinamicamente estável, descorado (+/4+). Exame físico do abdome sem alterações. Exame proctológico: ausência de doenças orificiais; sem lesões tocáveis e presença de sangue, com poucos coágulos. A principal hipótese diagnóstica é:

- a) Doença diverticular dos cólons.
- b) Retite actínica.
- c) Neoplasia colorretal.
- d) Angiodisplasia de cólon.

54. Um dos procedimentos cirúrgicos indicados no tratamento das estenoses na doença de Crohn são as plastias intestinais. São utilizadas principalmente na doença localizada no intestino delgado. Constituem contra-indicações da realização de enteroplastias:

- a) Múltiplos segmentos acometidos.
- b) Estenoses longas.
- c) Presença de flegmão e fístulas.
- d) Estar em tratamento com terapia biológica.

55. O aspecto observado nesta paciente no primeiro pós-operatório de uma correção aberta de aneurisma de aorta abdominal é característico. Pulso femoral direito e distais estão presentes. Qual foi a complicação?



- a) Microembolização de trombo mural ou placas de ateroma da aorta.
- b) Trombose venosa profunda pela estase venosa durante o pinçamento aórtico.
- c) Obstrução arterial aguda por trombose pós-operatória do ramo da prótese.
- d) Má-perfusão periférica devido ao choque e uso de drogas vasoativas.

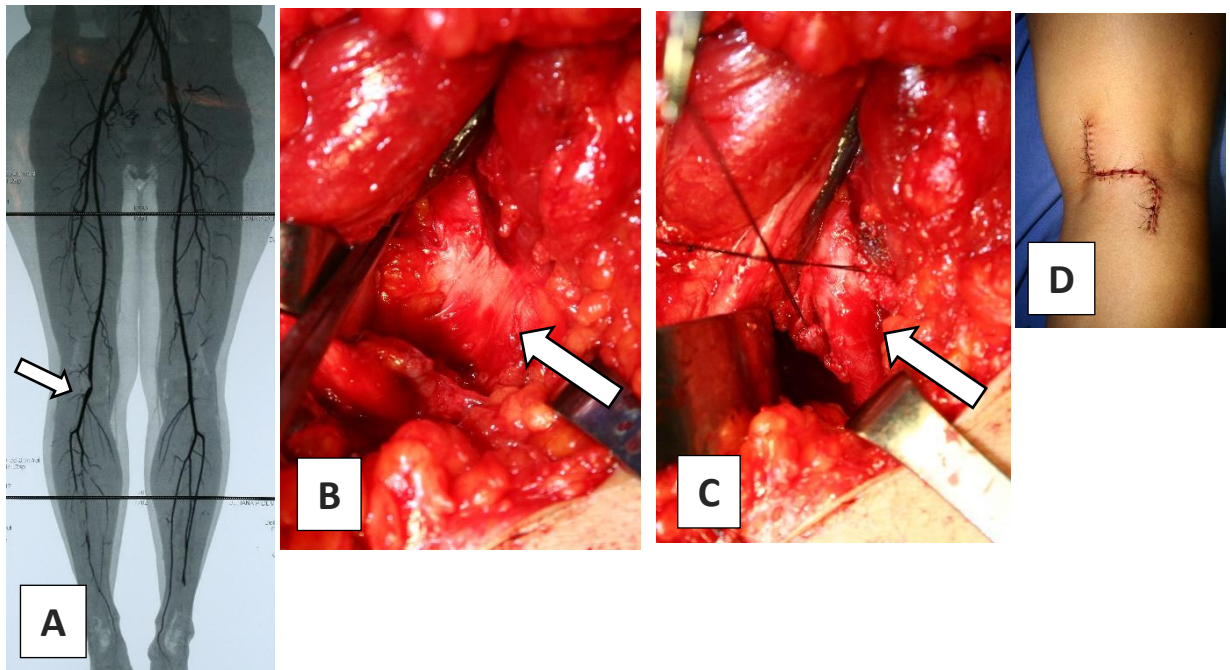
56. No quinto pós-operatório de uma cirurgia de prótese aortofemoral, o paciente evoluiu com abdome agudo e sepse. À laparotomia exploradora foi encontrado o achado da Figura abaixo:



Qual é o ramo arterial que deve ter sido ligado durante a cirurgia deste paciente, levando a esta complicação cirúrgica?

- a) Mesentérica superior.
- b) Cólica média.
- c) Mesentérica inferior.
- d) Ilíaca interna esquerda.

57. As imagens de angiorressonância magnética e das fotografias intraoperatórias revelam uma doença rara e que pode ser causa de claudicação intermitente em doentes jovens. Qual o diagnóstico apresentado neste caso?



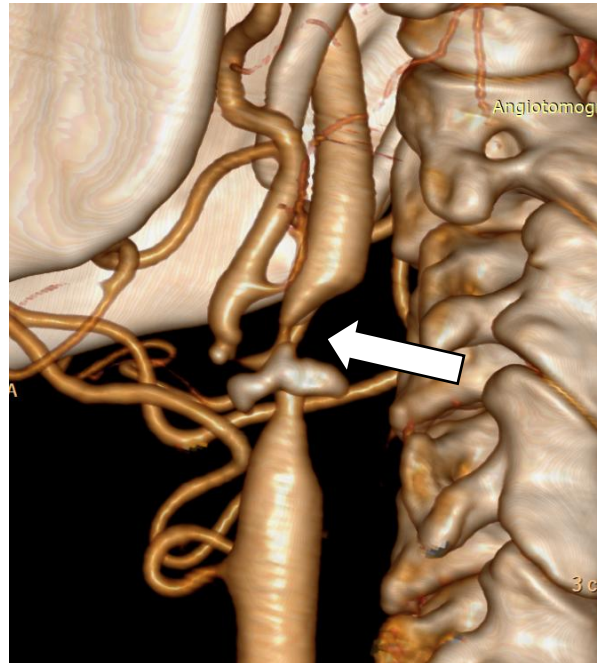
- a) Aprisionamento de artéria poplítea.
- b) Doença adventicial cística de artéria poplítea.
- c) Tromboangeíte obliterante em doente do sexo feminino.
- d) Embolia paradoxal por comunicação interatrial patente.

58. Na Figura abaixo se pode observar um caso avançado de necrose seca isquêmica em membro inferior. Foi proposta amputação para a paciente. Diz-se que a amputação é primária quando:



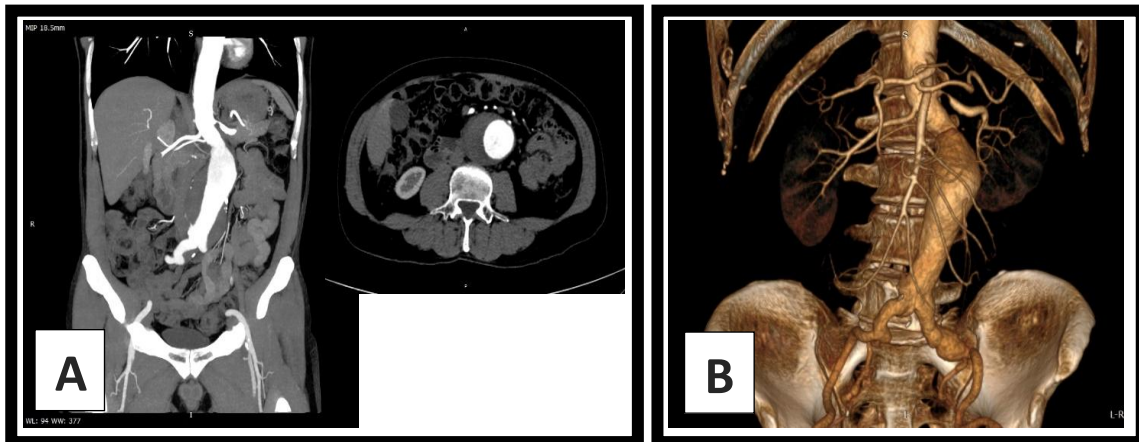
- a) É a primeira cirurgia de amputação que o paciente realiza na evolução de sua doença arterial.
- b) É uma cirurgia maior em que o nível de secção óssea é transtibial ou transfemoral.
- c) É a cirurgia realizada em situação de emergência, em que o paciente foi internado pelo pronto socorro.
- d) É a cirurgia realizada sem que tenha sido tentada a revascularização do membro antes da amputação.

59. A imagem da reconstrução tridimensional da angiogramia abaixo mostra uma estenose crítica de artéria carótida interna. Qual a melhor indicação para tratamento cirúrgico das estenoses carótídeas atualmente, ou seja, onde há o maior benefício, com menor NNT (número necessário tratar para evitar um acidente vascular cerebral)?



- a) Estenose maior que 80% em doentes assintomáticos na faixa etária da 5ª década de vida.
- b) Estenose maior que 70% em doentes que apresentaram sintomas reversíveis ou leves.
- c) Estenose maior que 60% em doentes assintomáticos na faixa etária da 7ª década de vida.
- d) Estenose maior que 50% em doentes que apresentam úlcera ao exame de imagem, independentemente dos sintomas.

60. Analisando as figuras de tomografia apresentadas abaixo, qual tipo de reconstrução de imagem é mais indicado para realizar a programação cirúrgica e por quê?



- a) A, porque permite a visualização dos trombos murais.
- b) A, porque permite o estudo das estenoses dos ramos da aorta.
- c) B, porque permite a visão geral da aorta abdominal e seus ramos.
- d) B, porque permite a avaliação das tortuosidades arteriais.

61. Homem, 37a, deu entrada no pronto socorro com trauma cranioencefálico grave e trauma ocular (avulsão do olho direito). Após atendimento e exames complementares iniciais foi encaminhado para procedimento neurocirúrgico, e posteriormente à UTI. Após 30 horas evoluiu com midríase, sem reação a estímulo luminoso. PAM= 78mmHg; FC= 92bpm; Temperatura retal= 34°C. Foram suspensas a sedação e analgesia intravenosa. O fator que não permite o início do protocolo do diagnóstico de morte encefálica é:

- a) Tempo de internação.
- b) Trauma ocular.
- c) Temperatura corporal.
- d) Medida da PAM.

62. Homem, 27a, vítima de três ferimentos penetrantes por projéteis de arma de fogo em abdome, foi trazido ao pronto socorro pelo SAMU com intubação orotraqueal e dois acessos venosos calibrosos periféricos com infusão de cristaloides. Apresentava-se com PA= 73x42mmHg; FC= 146bpm; oximetria de pulso= 92%. Foi acionado o protocolo de transfusão maciça e encaminhado para laparotomia. Na cirurgia se evidenciou várias perfurações de mesentério e de alças intestinais de delgado. Exames colhidos durante a cirurgia demonstraram uma acidose metabólica e alterações do coagulograma. Temperatura axilar= 34°C. A conduta é:

- a) Cirurgia de controle de danos, peritoniotomia com curativo à vácuo e encaminhamento para unidade de terapia intensiva.
- b) Transfusão de hemocomponentes adicionais, realização de enterectomias com anastomoses primárias e fechamento da parede abdominal.
- c) Correção da coagulopatia com plasma fresco congelado, enterectomias com anastomoses e ileostomia de proteção.
- d) Elevar a temperatura com solução cristalóide aquecida, correção da coagulopatia e realização de enterectomias com ileostomia terminal.

63. Mulher, 25a, gestante no último trimestre, vítima de colisão automobilística foi trazida ao pronto socorro com colar cervical e prancha longa rígida. Na sala de emergência apresentava: PA= 95x73mmHg; FC= 102bpm; FR= 20irpm; oximetria de pulso (máscara não inalante 12L/min)= 98%. Foi iniciado infusão inicial de 500mL de solução de Ringer com lactato aquecido. A conduta que melhora a hemodinâmica é:

- a) Colocar um coxim debaixo da prancha, do lado direito.
- b) Deslocar manualmente o útero para direita.
- c) Posicionar a paciente em proclive.
- d) Retirar os cintos de fixação que estão sobre a paciente.

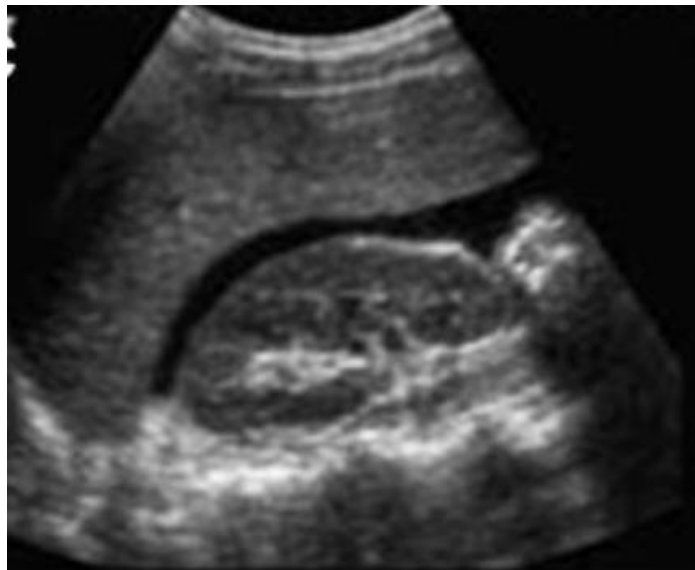
64. Homem 64a, vítima de queda da própria altura, com contusão na região maxilar direita, foi trazido ao pronto socorro de hospital terciário pelo Corpo de Bombeiros com colar cervical e prancha longa rígida. Faz uso de captopril e varfarina. Exame físico: PA= 112x74mmHg; FC= 86bpm; FR= 16 irpm; oximetria de pulso em ar ambiente= 99%. Escala de Glasgow= 15; pupilas isofotorreagentes. Face: crepitação e dor à palpação no seio maxilar direito. A conduta é:

- a) Exame radiográfico simples de face e de crânio.
- b) Tomografias de face e crânio.
- c) Solicitar concentrado de plaquetas e avaliação da cirurgia plástica.
- d) Exame radiográfico de crânio e coagulograma.

65. Mulher, 29a, vítima de atropelamento, foi trazida pelo Corpo de Bombeiros com colar cervical, prancha longa rígida e máscara não inalante 15L/minutos com oximetria de pulso= 97%. Apresentava-se com PA= 82x61mmHg; FC= 127bpm; FR= 20irpm. Exame físico: Cabeça, região cervical e tórax: sem alterações; Abdome: doloroso à palpação profunda, à direita; Membros inferiores: deformidade e edema de coxa e pulso pedioso diminuído, bilateralmente. FAST (*Focused Assessment with Sonography for Trauma*): positivo no espaço de Morrison. Foi realizada reanimação volêmica inicial com solução de Ringer com lactato aquecido e protocolo de transfusão maciça pelo escore ABC (*Assessment of Blood Consumption*). Quantos quesitos do escore estão presentes neste caso?

- a) 1.
- b) 2.
- c) 3.
- d) 4.

66. Homem 34a, sofreu queda de motocicleta, a 80km/h, sendo trazido pelo SAMU com colar cervical, prancha longa rígida e acesso venoso periférico. Exame físico: PA= 93x72mmHg; FC= 127bpm; oximetria de pulso (máscara não inalante 12L/minutos)= 95%. Exame físico do crânio, região cervical e tórax: sem alterações. Abdome: escoriações e doloroso à palpação profunda, à direita. Pelve: presença de imobilização com lençol devido crepitação à palpação em trocânteres, e sínfise púbica aberta com 3cm na avaliação do SAMU. Realizou-se a administração de 500mL de solução de Ringer com lactato aquecida e FAST (*Focused Assessment with Sonography for Trauma*) que apresentou a imagem seguinte:



É correto afirmar que:

- a) É demonstrado pneumoperitônio.
- b) Evidencia-se presença de líquido intraperitoneal.
- c) Demonstra lesão hepática com sangue ao redor.
- d) Há sangramento no polo inferior do rim.

67. Homem, 44a, condutor de veículo, teve colisão frontal contra anteparo fixo e não utilizava cinto de segurança. Houve necessidade de 40 minutos para sua retirada das ferragens. Refere dor na região toracoabdominal direita. Foi trazido ao Centro de Referência em Trauma, onde se apresentava: PA= 84x61mmHg; FC= 134bpm; oximetria de pulso (máscara não inalante 15L/min)= 96%. Após reanimação volêmica com cristaloides e hemoderivados: PA= 108x78mmHg; FC= 103bpm. Foi encaminhado para tomografia computadorizada *multislice*: Cabeça/pescoço: sem alterações. Tórax: fraturas dos 3 últimos arcos costais direito; Abdome/Pelve: presença de lesão hepática grau III, sem extravasamento de contraste. Foi optado por tratamento não operatório para a lesão abdominal. No sexto dia de internação apresentou um episódio de hematêmese. Após as primeiras medidas clínicas e controle laboratorial para hemorragia digestiva, o paciente foi submetido a endoscopia digestiva alta (EDA), com o seguinte achado na segunda porção do duodeno:



Mediante quadro clínico e achado endoscópico, o diagnóstico é:

- a) Úlcera duodenal sangrante.
- b) Lesão de Dieulafoy.
- c) Hemobilia.
- d) Pólipo duodenal com hemorragia.

68. Em relação ao choque hemorrágico, assinale a alternativa correta.

- a) O colapso circulatório grave, evidenciado por perfusão inadequada de pele, rins e sistema nervoso central, é dificilmente reconhecido.
- b) A presença de marca-passo pode limitar a capacidade de aumentar a frequência cardíaca.
- c) Os níveis de hematócrito ou da concentração de hemoglobina são métodos apropriados e confiáveis para estimar a perda sanguínea aguda ou diagnosticar o choque.
- d) O valor do déficit de base e/ou do lactato na gasometria não é útil para determinar a presença e a gravidade do choque.

69. Em relação ao choque neurogênico, é correto afirmar:

- a) Resulta da lesão das vias descendentes do sistema simpático da medula espinhal cervical ou torácica alta, o que ocasiona a perda do tônus vasomotor e perda da inervação simpática do coração.
- b) A perda do tônus vasomotor, por sua vez, causa vasoconstrição dos vasos viscerais e das extremidades inferiores, represamento de sangue e, conseqüentemente, hipotensão.
- c) Como resultado da perda de tônus simpático no coração, o doente pode apresentar aumento dos batimentos cardíacos.
- d) A pressão sanguínea costuma normalizar-se habitualmente por meio da infusão de fluidos, e a necessidade de utilização de drogas vasopressoras é rara.

70. Em relação a rabdomiólise no trauma, assinale a afirmativa correta:

- a) A infusão de manitol é a principal medida terapêutica.
- b) Pode ocorrer em qualquer estado de choque, mesmo sem lesão muscular direta.
- c) O uso de bicarbonato de sódio intravenoso é contra-indicado devido ao risco de hipernatremia.
- d) A presença de grumos na urina é patognomônico para o diagnóstico.

71. A curva de Langfit trata-se da relação entre:

- a) Pressão de perfusão cerebral e a PaCO₂.
- b) Pressão de perfusão cerebral e a pressão intracraniana.
- c) Pressão intracraniana e volume intracraniano.
- d) Pressão arterial média e fluxo sanguíneo cerebral.

72. Um paciente com lesão neurológica grave é admitido no pronto socorro já com critérios para abertura de protocolo de morte encefálica. Por necessidade de doses elevadas de vasopressor, o emergencista solicita a transferência para a UTI. O intensivista tem dois leitos vagos, sem outra demanda prevista. Qual das alternativas abaixo é a opção mais adequada:

- a) Solicitar a doação de órgãos para os familiares e, somente se houver aceite, transferir para UTI e realizar os testes clínicos e de imagem que confirmem o diagnóstico.
- b) Transferir para UTI, confirmar que os familiares foram informados sobre o protocolo de morte encefálica. Informar a possibilidade de médico indicado pela família para acompanhar todos os procedimentos.
- c) Transferir para a UTI e não associar novas terapias, pois devido à instabilidade hemodinâmica, a doação de órgãos para transplantes não é mais uma opção.
- d) Admitir na UTI, realizar otimização hemodinâmica e ventilatória, e informar a família sobre a possibilidade de doação de órgãos. Caso a família concorde com a doação, realizar os exames para a confirmação da morte encefálica.

73. Em relação ao potencial doador de órgãos, assinale a correta:

- a) A indicação de vasopressina está limitada aos pacientes com diagnóstico de diabetes *insipidus* refratário à desmopressina.
- b) Para manutenção dos níveis pressóricos adequados, recomenda-se limitar a dose de noradrenalina em 1mcg/kg/min.
- c) Na presença de bradiarritmias com instabilidade hemodinâmica, deve-se seguir o algoritmo do *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)* e atropina é a droga inicial.
- d) Hipernatremia com níveis superiores a 160mEq/L interferem de forma negativa na função hepática após o transplante.

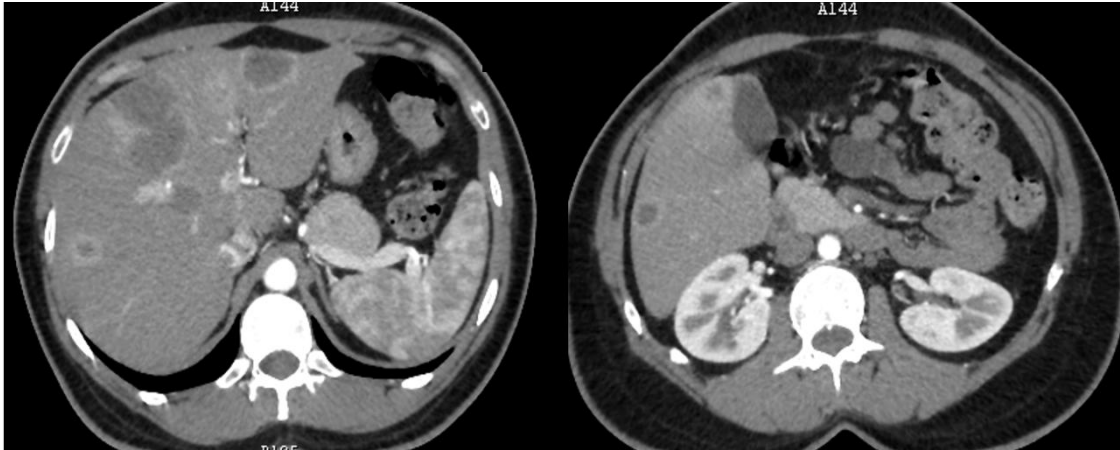
74. Paciente com trauma cranioencefálico grave encontra-se na UTI. Em determinado momento a pressão arterial média foi para 98mmHg e a pressão intracraniana (PIC) para 27mmHg. A PaCO₂ está em 48mmHg e a PaO₂ em 155mmHg, com saturação arterial de O₂ de 100%. O médico intensivista optou por ajustar a PaCO₂ para 40mmHg e diminuir a FiO₂ com objetivo de alcançar saturação arterial maior que 94%. Em relação a esta conduta:

- a) Está correta, pois a PIC acima de 20mmHg pode ser devido a elevação da PaCO₂ e a hiperóxia é desnecessária.
- b) Está errada, pois a pressão de perfusão cerebral está maior que 60 mmHg, não sendo necessário ajustes na PaCO₂ ou PaO₂.
- c) Está errada, pois estas altas PaO₂ são protetoras e diminuem a PIC, não sendo necessário ajuste na PaCO₂.
- d) Está correta, já que neste caso, a melhor pressão de perfusão cerebral seria de 80mmHg e tanto o ajuste da PaCO₂ como da PaO₂ poderiam ajudar a diminuir os valores da PIC.

75. Em relação à trombose da veia porta no adulto, pode-se afirmar:

- a) As duas principais causas em pacientes não cirróticos são as traumáticas e pós-operatório de cirurgias como bariátrica e colecistectomia.
- b) Em pacientes cirróticos o principal mecanismo é o estado de hipercoagulabilidade adquirida observada nestes pacientes.
- c) A manifestação clínica destes pacientes não está associada a extensão do acometimento portal pelo trombo e sim a sua etiologia.
- d) A colangiopatia cavernosa portal é uma dos principais complicações observada, mais proeminente em pacientes não cirróticos.

76. Mulher, 31a, refere que ao realizar ultrassonografia de abdome, foram observadas lesões hepáticas. Nega sintomas abdominais, outras queixas ou perda ponderal. Antecedentes pessoais: sem comorbidades; nega uso contínuo de medicações ou transfusão sanguínea; sem antecedentes de vírus de hepatites B e C. Nega tabagismo, refere etilismo social. Cirurgias prévias: cesárea.



Realizou tomografia acima que demonstrou múltiplas lesões hepáticas, as maiores medindo 4cm, de limites mal definidos, acometendo a maioria dos segmentos hepáticos, exceto o segmento I. Não evidenciou invasão vascular ou implantes peritoneais. Tomografia de tórax e cintilografia óssea sem alterações. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia foram normais. Foi optado pela realização de biópsia hepática que demonstrou hemangioendotelioma epitelióide. Frente a este achado, a conduta é:

- a) Quimioembolização das lesões maiores que 3cm, radiofrequência nas lesões menores que 3cm, e posterior reavaliação para hepatectomia direita.
- b) Hepatectomia direita em dois tempos.
- c) Quimioembolização de lesões de até 4cm, sem a necessidade de radiofrequência, com posterior avaliação quanto a hepatectomia direita ampliada.
- d) Transplante de fígado.

77. Homem, 57a, previamente hígido, fez uso de amoxicilina, AAS e corticoesteroides via oral devido infecção por SARS-COV2 (COVID-19). Após 28 dias evoluiu com colestase. Realizou ultrassonografia abdominal que não demonstrou alterações. Sorologias para hepatite B e C e IgM para hepatite A, assim como anticorpos anti-músculo liso, anti-mitocôndria, fator antinúcleo, anti-endomísio, anti-transglutaminase, anti-gliadina IgA, anti-transglutaminase IgG 19 e ANCA (*Anti-neutrophil Cytoplasmic Antibodies*) foram todos negativos. Novo PCR para COVID-19 também foi negativo. Realizada biópsia hepática com achados de hepatite colestática com atividade inflamatória, podendo estar relacionados à etiologia tóxico-medicamentosa ou ser secundária ao tropismo do vírus pelo parênquima hepático. Teve alta em boas condições, retornando após mais 45 dias com piora clínica e seguintes exames laboratoriais: Hb= 13,9mg/dL; RNI= 1,7; Bilirrubinas totais= 25,7mg/dL; Na= 129mEq/L; Cr= 1,3mg/dL; TGO= 67 U/L; TGP= 45 U/L; GGT= 891U/L; FA = 765 U/L. PCR COVID= negativo. MELD-Na= 31.

Diante deste quadro, a conduta é:

- a) Internação para hidratação, antibioticoterapia de largo espectro, pesquisa de nova infecção por SARS-COV2 e posterior reavaliação.
- b) Listagem para realização de transplante hepático pelo MELD alterado.
- c) Listagem para transplante hepático por insuficiência hepática fulminante secundária a medicação ministrada na afecção pelo SARS-COV2.
- d) Listagem para transplante hepático após plasmaferese devido infecção recente pelo SARS-COV2.

78. Mulher, 50a, diabética, sem obesidade, assintomática, realizou ultrassonografia de abdome demonstrando uma imagem hiperecogênica e bem delimitada no fígado (Figura 1). Prosseguiu a investigação e na tomografia com contraste não foi evidenciada hiper captação arterial (Figura 2) e a imagem se manteve hipodensa nas demais fases.



Figura 1

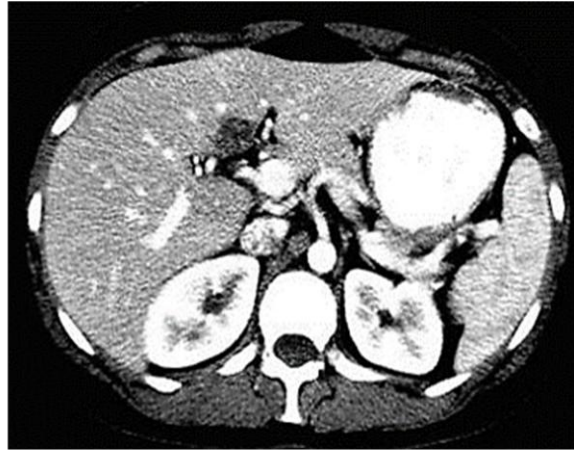


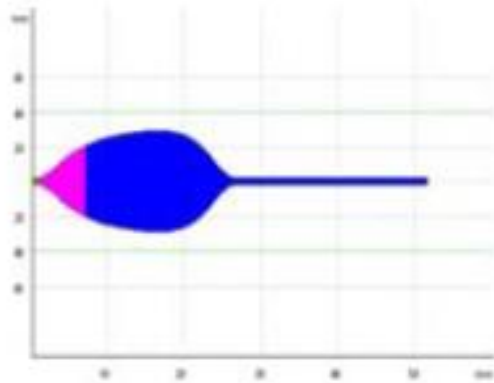
Figura 2

Os achados dos exames de imagem, relacionam-se com:

- a) Adenoma.
- b) Hemangioma.
- c) Hiperplasia nodular focal.
- d) Esteatose focal.

79. Homem, 62a, portador de cirrose hepática por álcool, com peso de 61kg foi submetido à transplante hepático. Durante o procedimento, 20 minutos após a reperfusão passa a apresentar grande quantidade de sangramento difuso, com necessidade de duas unidades (U) de concentrado de hemácias e recuperação de 800mL na recuperadora automatizada de células (*Cell Saver*). O hemoterapeuta solicita a tromboelastografia que apresenta o resultado abaixo:

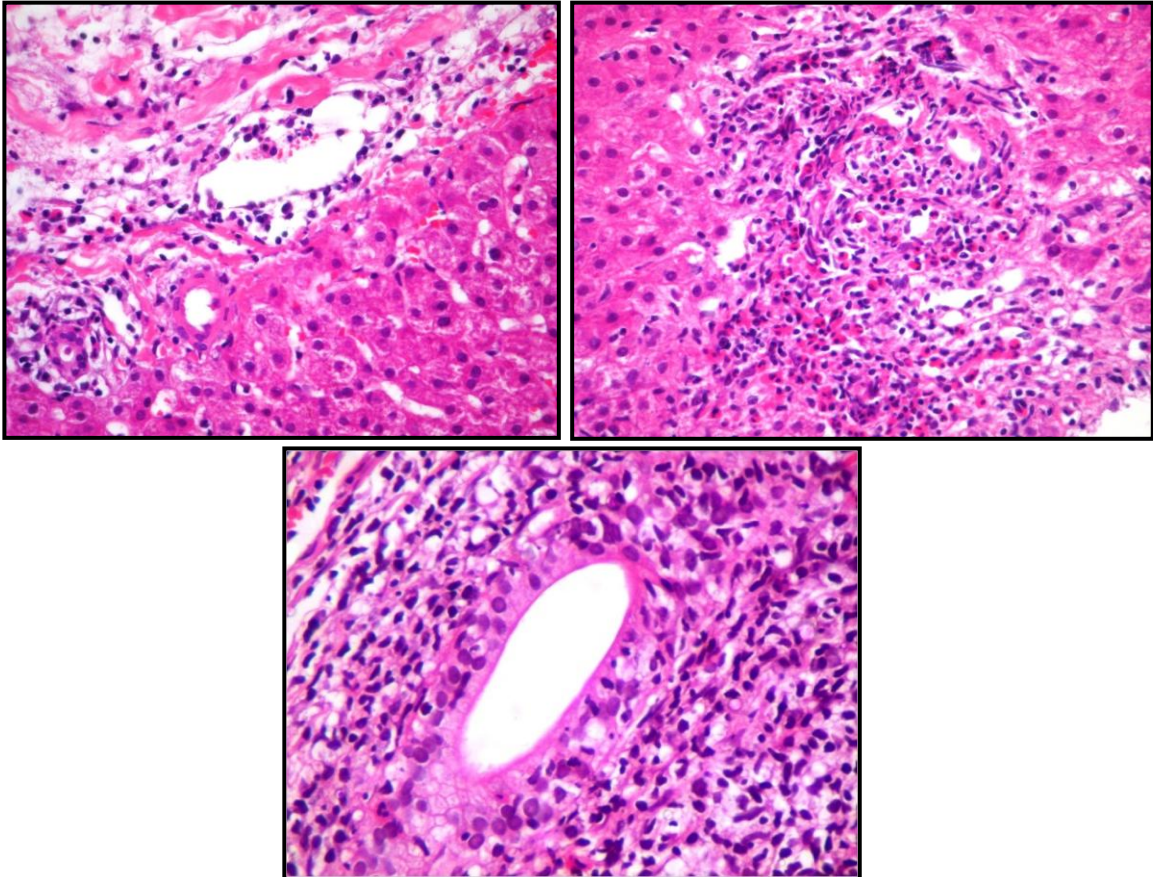
EXTEM e FIBTEM com percentual de lise em 30min. LY30 > 50%.



Frente a este resultado, a conduta para reduzir este sangramento é administrar:

- 6U de Plasma fresco congelado (PFC) na dose de 20mL/kg.
- 3U de PFC na dose de 10mL/kg e 6U de concentrado de plaquetas.
- Ácido tranexâmico 15-20mL/kg em *bolus* e 10mg/kg/h de manutenção.
- 3U de PFC na dose de 10mL/kg e 6U de crioprecipitado.

80. Paciente submetido a transplante de fígado por MELD real elevado (MELD= 29) devido colangite esclerosante primária. Apresentou boa evolução no pós-operatório com alta após 15 dias. Dois meses depois evoluiu com aumento de ALT e AST. Realizou ultrassonografia de abdome que não demonstrou alterações. Foi submetido a biópsia hepática com os achados apresentados abaixo na coloração hematoxilina-eosina (HE).



Frente a estes achados, é correto afirmar:

- a) A presença de áreas de necrose extensa ao redor de veias centro-lobulares favorece recidiva da doença de base.
- b) Favorecem o diagnóstico de rejeição celular aguda: agressão ductal, endotelite e infiltrado inflamatório portal rico em eosinófilos.
- c) O exuberante infiltrado inflamatório portal favorece lesão de preservação grave.
- d) Mostram extensas áreas de colestase macrofágica, canalicular e hepatocelular, sendo a principal hipótese diagnóstica subestenose de vias biliares extra-hepáticas.