

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 2023 – 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

01. Sobre a dissecação aguda da aorta, É CORRETO AFIRMAR:

- a. Dissecação da aorta descendente é a mais comum e está relacionada a doenças do colágeno.
- b. Síndrome de Marfan, arterite de células gigantes, uso de crack e válvula aórtica bicúspide são fatores de risco.
- c. Aortografia é o método atual de escolha para o diagnóstico de dissecação aórtica aguda na emergência.
- d. Nitroprussiato de sódio, por induzir taquicardia reflexa, não deve ser utilizado no controle pressórico nesta condição.

02. Com relação à arritmia no pós-operatório de cirurgias cardíacas, ASSINALE A OPÇÃO CORRETA.

- a. A profilaxia da fibrilação atrial deve ser realizada com digitálicos ou bloqueadores de canal de cálcio.
- b. A fibrilação atrial é a manifestação mais comum e seu tratamento deve ser cardioversão elétrica ou química, de acordo com estado clínico do paciente.
- c. A presença de extrassístoles ventriculares, especialmente no idoso, exige tratamento agressivo com antiarrítmicos a fim de se evitar evolução para taquicardia ventricular.
- d. O *flutter* é a condição mais frequente de arritmia no pós-operatório e a abordagem deve ser com fármacos com taxas de sucesso em torno de 80% a 90% dos casos.

03. Sobre hipertensão intra-abdominal e síndrome do compartimento abdominal, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- a. Acidose grave, hipotermia, transfusão maciça e ventilação mecânica com uso de bloqueadores neuromusculares são condições predisponentes.
- b. Presença de elevadas pressões de via aérea, levando a insuficiência respiratória, é critério para compartimento abdominal.
- c. Descompressão cirúrgica está indicada quando a pressão de perfusão abdominal for inferior a 50mmHg, independente das disfunções orgânicas.
- d. Deve-se melhorar a complacência da parede abdominal, reduzir o conteúdo intraluminal, evacuar fluidos extraintestinais e buscar balanço hídrico negativo.

04. Sobre os tipos e características dos choques, É CORRETO AFIRMAR:

- a. No choque distributivo, como no séptico, débito cardíaco elevado significa que as necessidades metabólicas foram atendidas.
- b. No choque obstrutivo, a hipóxia tecidual encontrada é do tipo estagnante, que ocorre quando o fluxo baixo é o principal determinante.
- c. Elevações da pressão venosa central e da pressão de oclusão da artéria pulmonar estão presentes no choque obstrutivo por embolia pulmonar.
- d. O choque anafilático é caracterizado por altas pressões de enchimento e baixo débito cardíaco.

05. Qual dos seguintes efeitos da noradrenalina pode afetar diretamente a pré-carga?

- a. Aumento da resistência vascular sistêmica.
- b. Aumento do retorno venoso.
- c. Efeito alfa e beta-agonista.
- d. Taquicardia.

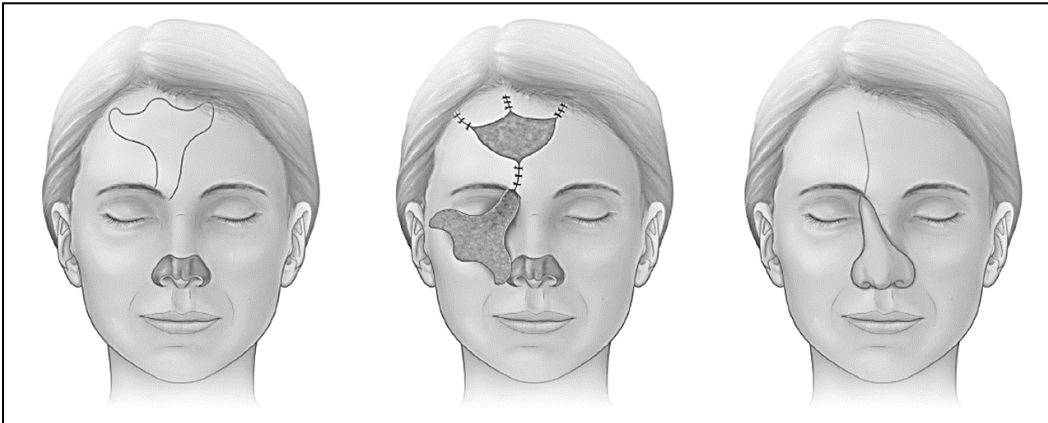
06. Durante a reanimação cardiopulmonar cerebral, quando o ETCO₂ estiver <10mmHg, A CONDUTA É:

- a. Parar a massagem cardíaca, pois o paciente tem prognóstico reservado.
- b. Aumentar a frequência ventilatória, pois o ETCO₂ está muito alto.
- c. Melhorar a qualidade da massagem cardíaca, pois o ETCO₂ está baixo.
- d. Reposicionar o tubo orotraqueal, pois sugere intubação de brônquio direito.

07. Em relação à monitorização multimodal no traumatismo cranioncefálico (TCE) grave PODE-SE AFIRMAR QUE:

- a. A monitorização da pressão intracraniana está indicada quando a escala de coma de Glasgow <9 e tomografia de crânio anormal relacionados ao TCE.
- b. A monitorização da pressão intracraniana está indicada em todos os pacientes com escala de coma de Glasgow <9.
- c. A monitorização da pressão tecidual cerebral de oxigênio deve, de preferência, preceder a monitorização da pressão intracraniana.
- d. A pressão de perfusão cerebral ideal na fase aguda do tratamento do TCE grave é de 80mmHg.

08. O retalho demonstrado na figura abaixo é considerado o padrão-ouro para reconstrução nasal.



SOBRE ESTE RETALHO, É CORRETO AFIRMAR QUE:

- a. Recebe vascularização de pedículo ao acaso.
- b. Trata-se de um retalho local de rotação.
- c. Necessita de mais de um tempo cirúrgico.
- d. Permite apenas a reconstrução da cobertura cutânea nasal.

09. Menina, 10a, golpeada por um objeto na face, apresenta ao exame físico a seguinte alteração no olho direito:

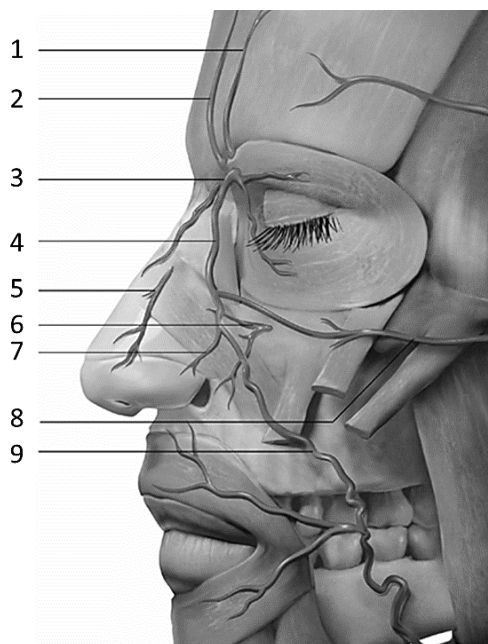


O MECANISMO MAIS PROVÁVEL DA SITUAÇÃO OBSERVADA É:

- a. Encarceramento de estruturas intraorbitárias.
- b. Lesão do músculo levantador da pálpebra.
- c. Secção do nervo oculomotor.
- d. Neuropraxia do VII par craniano.

10. O conhecimento da anatomia vascular da face é de extrema importância para a realização de procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos. Tendo em vista as complicações como necrose e

amaurose, as artérias supratroclear e angular **SÃO REPRESENTADAS RESPECTIVAMENTE PELOS NÚMEROS:**



- a. 1 e 9.
- b. 2 e 4.
- c. 3 e 9.
- d. 4 e 8.

11. O processo mecânico envolvido na fisiopatologia das úlceras por pressão, que envolve o estiramento dos tecidos moles sobre as estruturas profundas mais rígidas levando a deformação e lesão vascular, é o de:

- a. Pressão.
- b. Inosculação.
- c. Cisalhamento.
- d. Desabamento.

12. Homem 31a, vítima de agressão com socos na face, apresenta ao exame físico alteração de sensibilidade tátil em asa nasal e lábio superior. **UM SÍTIO ANATÔMICO DE FRATURA QUE PODE JUSTIFICAR ESTE ACHADO É:**

- a. Porção alveolar da maxila.

- b. Osso nasal.
- c. Arco zigomático.
- d. Assoalho orbitário.

13. Os enxertos de pele parcial não são excelentes indicações para cobertura de defeitos cutâneos em topografia articular **DEVIDO AO PROCESSO DE:**

- a. Contração secundária.
- b. Contração primária.
- c. Cicatrização hipertrófica.
- d. Reepitelização.

14. Ao se ter o diagnóstico de nódulo(s) em tireoide, **QUAIS SINAIS E SINTOMAS PODEM INDICAR MAIOR RISCO DE MALIGNIDADE?**

- a. Consistência endurecida, crescimento rápido, histórico familiar de neoplasia em tireoide.
- b. Nódulo(s) cístico(s), sexo feminino, histórico anterior de bócio multinodular.
- c. Sexo feminino, alterações nos hormônios tireoidianos, histórico familiar de câncer em tireoide.
- d. Consistência endurecida, crescimento rápido, alterações nos hormônios tireoidianos.

15. Homem, 62a, etilista e tabagista, queixa-se de dor em “região de garganta”. Apresenta no exame físico nódulo cervical à direita, localizado em nível II, medindo cerca de 25mm. **ALÉM DO EXAME FÍSICO COMPLETO, OS PRINCIPAIS EXAMES NECESSÁRIOS PARA O DIAGNÓSTICO SÃO:**

- a. Laringoscopia, radiograma de tórax, tomografia computadorizada (TC) do pescoço e punção aspirativa por agulha fina do nódulo cervical.
- b. Laringoscopia, radiograma cervical e punção aspirativa por agulha fina do nódulo cervical.
- c. Radiograma de tórax e cervical, TC de pescoço e punção aspirativa por agulha fina do nódulo cervical.
- d. Laringoscopia, TC do pescoço e biópsia da provável neoplasia de faringe ou laringe.

16. Na irrigação arterial do pescoço, a artéria carótida comum se divide em seu bulbo em carótida interna e externa. **OS RAMOS ARTERIAIS EM SUA ORDEM (NA ANATOMIA SEM VARIAÇÕES) QUE IRRIGAM A FACE E PESCOÇO EM SUA ASCENDÊNCIA SÃO:**

- a. Tireoidiana superior, lingual, faríngea ascendente, facial, occipital, auricular posterior, maxilar e temporal superficial.
- b. Lingual, tireoidiana superior, temporal superficial, faríngea ascendente, facial, occipital, auricular posterior.
- c. Tireoidiana superior, lingual, faríngea ascendente, auricular posterior, maxilar, facial, occipital, e temporal superficial.

- d. Lingual, tireoidiana superior, faríngea ascendente, facial, occipital, auricular posterior e temporal superficial.

17. No melanoma cutâneo os níveis de invasão de Breslow podem determinar a indicação da pesquisa do linfonodo sentinela (LSN). **EM QUAIS SITUAÇÕES ANATOMOPATOLÓGICAS, NA PRESENÇA DE MELANOMA COM BRESLOW MEDIDA INFERIOR A 1MM, É INDICADA A PESQUISA DO LSN?**

- a. Índice mitótico de 1 a 2 mitoses por cm².
- b. Presença de regressão.
- c. Presença de ulceração.
- d. Paciente jovem.

18. Paciente procurou ambulatório de cirurgia com história de tumor na região da base de língua. Foi realizada biópsia no local primário da neoplasia que demonstrou se tratar de tumor raro de glândula salivar menor. **QUAL DIAGNÓSTICO É O MAIS PROVÁVEL?**

- a. Carcinoma epidermoide.
- b. Carcinoma basocelular.
- c. Carcinoma de Merkel.
- d. Carcinoma epitelial-mioepitelial.

19. Mulher, 38a, apresenta abaulamento em região cervical pulsátil em nível II à direita, de 3,0cm. É assintomática e refere ter notado o mesmo há cerca de um ano. Fez ultrassonografia e ressonância magnética nuclear que apontou para provável tumor de origem vascular. **QUAL NEOPLASIA DEVE SER A MAIS PROVÁVEL?**

- a. Tumor de Warthin.
- b. Quimiodectoma.
- c. Linfangioma.
- d. Hamartoma.

20. Mulher, 35a, foi submetida à gastrectomia vertical para tratamento de obesidade grau III, tendo apresentado vômitos de difícil controle nas primeiras 48h, evoluindo com melhora, tendo alta no 3º pós-operatório. Foi admitida no pronto socorro no 7º dia de pós-operatório com queixa de dor abdominal difusa, de moderada intensidade, com distensão abdominal significativa, sem outras alterações. Angiotomografia de abdome demonstrou trombose aguda de veia porta. **SOBRE ESTE CASO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. A desidratação constitui importante mecanismo etiopatogênico na formação e instalação da trombose.

- b. A incidência de trombose de veia porta após a gastrectomia vertical é similar à do *bypass* gástrico.
- c. O tratamento é eminentemente cirúrgico na maioria dos casos e deve ser instituído imediatamente após o diagnóstico.
- d. Existe contraindicação à anticoagulação com varfarina após a reintrodução de dieta oral após gastrectomia vertical.

21. Mulher, 29a, com quadros recorrentes de hipoglicemia e tomografia demonstrando presença de nódulo hipervascular de 1,0cm, exofítico, em corpo pancreático. **SOBRE ESTE CASO, ASSINALE**

A ALTERNATIVA CORRETA:

- a. O adenocarcinoma ductal associa-se frequentemente a síndromes paraneoplásicas que simulam tumores neuroendócrinos funcionais.
- b. A remoção cirúrgica é o tratamento de escolha por se tratar de tumor neuroendócrino funcional e ressecável.
- c. O uso de diazóxido é o tratamento indicado, uma vez que não há indicação cirúrgica em tumores neuroendócrinos menores que 2,0cm.
- d. O insulinoma é um tipo específico de tumor funcional de células acinares cujo tratamento de escolha é cirúrgico.

22. Homem, 45a, submetido ao *bypass* gástrico em Y de Roux videolaparoscópico há 6 meses devido à obesidade grau II com hipertensão arterial. Foi admitido em pronto socorro com queixa de dor tipo cólica em hipocôndrio direito associada à icterícia, prurido, acolia fecal e colúria há 10 dias. **A**

RESPEITO DESTE CASO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- a. Existe indicação de colecistectomia profilática em pacientes submetidos ao *bypass* gástrico em Y de Roux.
- b. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica é o método ideal para confirmar o diagnóstico de coledocolitíase nesta situação.
- c. O uso de ácido ursodesoxicólico após o *bypass* gástrico reduz a incidência pós-operatória de cálculos biliares.
- d. A colangiorressonância de abdome é contraindicada em pacientes submetidos a cirurgias com uso de grampeadores cirúrgicos.

23. Homem, 76a, apresenta perda de 20kg nos últimos 3 meses, associada à icterícia, acolia fecal e colúria. **SOBRE ESTE CASO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. O diagnóstico mais provável é tumor de cabeça de pâncreas de tipo histológico carcinoma neuroendócrino e a realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) pré-operatória associa-se com menor risco de complicações infecciosas após a ressecção.

- b. O diagnóstico mais provável é tumor de cauda de pâncreas de tipo histológico adenocarcinoma ductal e a realização de CPRE pré-operatória associa-se com maior risco de complicações infecciosas após a ressecção.
- c. O diagnóstico mais provável é tumor de cabeça de pâncreas de tipo histológico adenocarcinoma ductal e a realização de CPRE pré-operatória associa-se com maior risco de complicações infecciosas após a ressecção.
- d. O diagnóstico mais provável é tumor de corpo de pâncreas do tipo histológico carcinoma de células acinares e a realização de CPRE pré-operatória associa-se com menor risco de complicações infecciosas após a cirurgia de ressecção.

24. Mulher, 45a, queixa-se de dor tipo cólica em hipocôndrio direito há 30 dias. Apresentou icterícia, prurido, colúria e acolia fecal há uma semana. Colangiorressonância de abdome demonstrou múltiplos cálculos na vesícula biliar, dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas (hepatocolédoco medindo 3,0cm de diâmetro), com cálculo de 2,0cm impactado em papila duodenal. **EM RELAÇÃO A ESTE CASO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

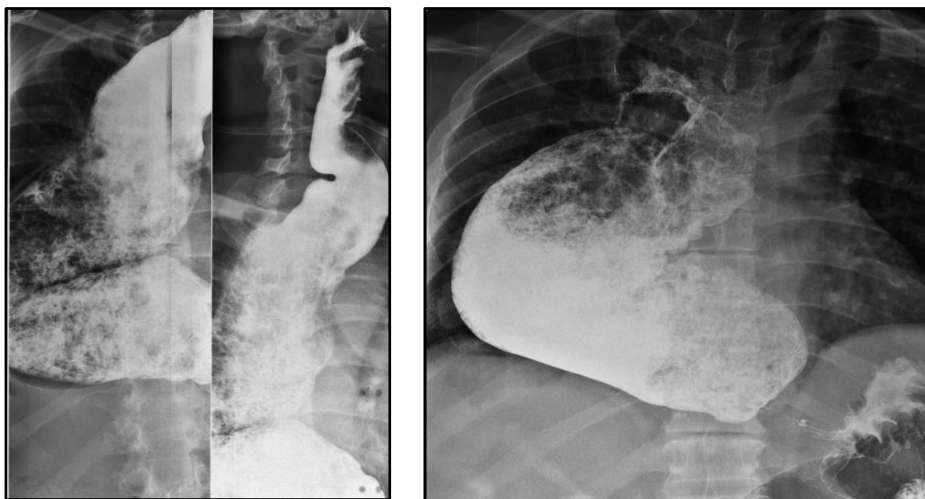
- a. A possibilidade de colangite aguda pode ser afastada, uma vez que a paciente não apresenta a tríade de Charcot.
- b. A exploração laparoscópica da via biliar neste caso deve ser realizada preferencialmente pela via transcística com colecistectomia concomitante.
- c. Em caso de insucesso da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) e da exploração laparoscópica na extração do cálculo no colédoco, a esfincteroplastia transduodenal seria o tratamento de escolha.
- d. Em caso de insucesso da CPRE e da exploração laparoscópica na extração do cálculo no colédoco, a anastomose coledocoduodenal seria o tratamento de escolha.

25. Homem, 52a, etilista crônico (consumo de 1 litro de aguardente por dia durante 20 anos), queixa-se de dor de forte intensidade em andar superior do abdome com irradiação para o dorso. Trata-se dor limitante, que impede a realização de suas atividades laborais habituais. Foi iniciado tratamento medicamento, sem melhora. Realizada ressonância magnética nuclear de abdome que evidenciou pâncreas com múltiplas calcificações, principalmente na região da cabeça, associada à dilatação e tortuosidade do ducto de Wirsung (1,0cm de diâmetro). **SOBRE AS POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO CIRÚRGICO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. A cirurgia de Izbicki com ressecção em V junto ao ducto pancreático é indicada para casos com dilatação ductal significativa.
- b. A cirurgia de Partington-Rochelle associa-se a risco de trombose portal uma vez que inclui a realização concomitante de esplenectomia.

- c. A cirurgia de Frey é um procedimento que se associa a maior grau de insuficiência funcional do que as cirurgias puramente derivativas.
- d. A cirurgia de Beger com a modificação de Berna é indicada para casos de acometimento predominantemente de corpo pancreático.

26. Homem, 56a, chagásico, apresenta disfagia progressiva de longa data, tendo realizado radiograma contrastado demonstrado abaixo:



A CONDUTA CIRÚRGICA QUE NÃO ESTÁ INDICADA NESTE PACIENTE É:

- a. Cardiomiectomia à Heller-Pinotti.
- b. Esofagectomia videotoracoscópica.
- c. Esofagectomia transmediastinal.
- d. Mucosectomia esofágica e transposição de tubo gástrico.

27. Mulher, 64a, apresenta-se ao ambulatório com quadro de dor epigástrica e anemia crônica. A endoscopia digestiva alta demonstra uma lesão submucosa no corpo gástrico. (**Figura Q27-** anexo).

O TIPO HISTOLÓGICO MAIS PREVALENTE NOS TUMORES SUBMUCOSOS GÁSTRICOS É:

- a. Tumor de células granulares.
- b. Schwannoma.
- c. Leiomioma.
- d. Tumor estromal gastrointestinal.

28. Homem, 74a, apresenta disfagia na região cervical há 8 meses, com piora progressiva. Refere perda ponderal de 4kg no período. Realizou radiograma contrastado do esôfago:



ASSINALE A ALTERNATIVA COM A ASSOCIAÇÃO CORRETA:

- Divertículo epifrênico – de pulsão – falso.
- Divertículo de Zenker – de pulsão – falso.
- Divertículo epifrênico – de tração – verdadeiro.
- Divertículo de Zenker – de tração – verdadeiro.

29. Várias alterações motoras do esôfago podem estar presentes na doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). **ASSINALE A ALTERNATIVA COM AS ALTERAÇÕES MOTORAS MAIS FREQUENTEMENTE ASSOCIADAS À DRGE:**

- Aperistaltismo do corpo esofágico.
- Acalásia do esfíncter esofágico inferior.
- Hipotonia do esfíncter esofágico inferior.
- Hipertonia do esfíncter esofágico superior.

30. Em relação aos fatores de risco para o câncer de esôfago, **ASSINALE A ALTERNATIVA COM A ASSOCIAÇÃO CORRETA:**

- Tabagismo – adenocarcinoma da transição esofagogástrica.
- Obesidade – carcinoma espinocelular.
- Refluxo gastroesofágico – carcinoma espinocelular.
- Obesidade – adenocarcinoma da transição esofagogástrica.

31. Homem, 47a, queixa-se de dor epigástrica e empachamento abdominal. Realizou endoscopia digestiva alta que demonstrou a seguinte lesão na incisura angular (**figura Q31**, anexo). A biópsia

confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma. **A CONDUTA PARA ESTE PACIENTE QUE OFERECERÁ A MELHOR POSSIBILIDADE DE SOBREVIDA EM LONGO PRAZO É:**

- a. Ressecção endoscópica.
- b. Gastrectomia com linfadenectomia.
- c. Quimioterapia exclusiva.
- d. Radioterapia associada à quimioterapia.

32. SOBRE BALÃO INTRA-AÓRTICO É CORRETO AFIRMAR:

- a. É indicado em situações de baixo débito cardíaco no intraoperatório e falência de saída de circulação extracorpórea.
- b. É contraindicado em casos de insuficiência mitral grave e dissecções de aorta.
- c. A ponta do cateter deve ficar posicionada 2,0cm acima da valva aórtica para que se obtenha seu maior efeito de suporte hemodinâmico.
- d. Está associado a grandes taxas de plaquetopenia e anemia no pós-operatório, sendo contraindicado o uso de heparina concomitante.

33. A respeito da cirurgia realizada (figura Q33, anexo), É CORRETO AFIRMAR:

- a. Deverá fazer uso de anticoagulação com dicumarínico (antagonista da vitamina K) por toda a vida.
- b. O uso de heparina de baixo peso molecular ou não fracionada está indicado durante todo o período de internação hospitalar.
- c. Por se tratar de uma prótese valvar biológica a substituir a valva nativa, não há indicação de anticoagulação em longo prazo.
- d. A técnica utilizada neste paciente também pode ser em utilizada em pacientes com etiologia reumática.

34. Paciente submetido à troca de valva aórtica por prótese biológica por meio de esternotomia apresenta subitamente no primeiro dia de pós-operatório episódio de bloqueio atrioventricular de terceiro grau. NESTE CASO, DEVE SER REALIZADO:

- a. Programação de implante de marcapasso definitivo caso não haja desbloqueio até o terceiro dia de pós-operatório.
- b. Implante de marcapasso provisório transvenoso e uso de agentes vagolíticos até desenvolver uma frequência cardíaca adequada.
- c. Estimulação provisória pelos eletrodos de marcapasso provisório já instalado no intraoperatório por via epicárdica.
- d. Manter o paciente em repouso e evitar medicações que possam promover bradicardia, devido ao caráter limitado desta ocorrência.

35. Mulher, 69a, é atendida no ambulatório com história de cansaço a moderados esforços há 2 anos. Nos últimos 2 meses começou a apresentar episódios de palpitações súbitas e piora da queixa de cansaço a esforços. É diabética e hipertensa; faz uso de metformina, captopril e omeprazol. Exame físico: FC= 82bpm; FR= 16irpm; PA= 150x90mmHg; IMC= 28kg/m². Bom estado geral, corada, hidratada, afebril. Pulmões: murmúrio vesicular simétrico, sem ruídos adventícios. Coração: bulhas regulares normofonéticas, com sopro sistólico 2+/4+ em foco mitral. Abdome: flácido, indolor, sem visceromegalias. Membros inferiores: sem edemas. Realizou radiograma de tórax (**Figura Q35-anexo**). **É CORRETO AFIRMAR:**

- a. Trata-se de uma paciente com insuficiência aórtica grave que evoluiu com cardiomegalia importante.
- b. Os achados clínicos e o radiograma de tórax estabelecem como primeira hipótese o tamponamento cardíaco.
- c. O aumento cardíaco no radiograma, sobretudo acometendo o lado direito do coração, indica investigação inicial de possível tromboembolismo pulmonar crônico.
- d. Dilatação do anel da valva mitral secundária a miocardiopatia dilatada poderia explicar os achados clínicos.

36. Homem, 56a, queixa-se de dor torácica, de forte intensidade, há 6 horas. Exame físico: PA= 140x95mmHg; FC= 90bpm; FR= 18irpm. Coração: bulhas regulares normofonéticas, com sopro sistólico +/4+ em foco aórtico. Pulmões: limpos. Realizou tomografia computadorizada de tórax (**Figura Q36-anexo**). **É CORRETO AFIRMAR:**

- a. Trata-se de uma emergência cirúrgica e o paciente deve ser transferido para hospital de referência onde possa ser operado o quanto antes.
- b. Deve-se iniciar o tratamento analgésico e de controle de pressão imediatamente e caso não haja melhora, encaminhar para serviço onde possa ser operado.
- c. Deve-se controlar a dor e o duplo produto e encaminhar para tratamento endovascular assim que o quadro se estabilizar.
- d. É necessário o estudo de isquemia miocárdica por meio da cineangiocoronariografia o quanto antes.

37. A COMPLICAÇÃO MAIS FREQUENTE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE UM TRANSPLANTE CARDÍACO É:

- a. Disfunção ventricular direita.
- b. Rejeição hiperaguda.
- c. Doença vascular do enxerto.
- d. Desproporção anatômica entre vasos e câmaras do enxerto e do receptor.

38. Mulher, 37a, apresenta infecções urinárias recorrentes e dor lombar esquerda. Foi solicitada tomografia computadorizada de abdome que demonstrou: excreção simultânea de contraste por ambos os rins, além de dilatação acentuada do sistema pielocalicial esquerdo. Presença de cálculo na pelve renal esquerda, medindo 3,5cm de diâmetro, causando obstrução da junção ureteropielíca com densidade de 1100 Unidades Hounsfield. **QUAL A MELHOR OPÇÃO TERAPEUTICA PARA ESTA PACIENTE, CONSIDERANDO-SE COM O OBJETIVO DE RESOLUÇÃO TOTAL DO CÁLCULO:**

- a. Litotripsia extracorpórea por ondas de choque, com prévia colocação de cateter duplo "J".
- b. Nefrolitotripsia percutânea.
- c. Ureteroscopia flexível e fragmentação do cálculo com laser.
- d. Pielolitomia radial por laparoscopia.

39. Sobre o diagnóstico e tratamento da síndrome da bexiga hiperativa em pacientes do sexo feminino, **É CORRETO AFIRMAR:**

- a. O sintoma principal da síndrome da bexiga hiperativa é o aumento da frequência miccional.
- b. Na avaliação inicial deve ser solicitada urinálise e avaliação do resíduo pós-miccional por meio de estudo urodinâmico.
- c. As pacientes candidatas à injeção de toxina botulínica no detrusor devem receber treinamento para cateterismo intermitente limpo.
- d. O treinamento dos músculos do assoalho pélvico corresponde a segunda linha de tratamento, caso não haja resposta ao tratamento medicamentoso.

40. Em pacientes com mielomenigocele lombossacra, **QUAL A CONDIÇÃO URODINÂMICA QUE SE RELACIONA COM MAIOR RISCO DE COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO RENAL?**

- a. Complacência vesical diminuída, capacidade cistométrica normal e esfíncter uretral externo sinérgico.
- b. Detrusor hiperativo, complacência vesical normal e esfíncter uretral sinérgico.
- c. Detrusor hiperativo, complacência vesical diminuída e esfíncter dissinérgico.
- d. Detrusor acontrátil, capacidade cistométrica diminuída e esfíncter externo deficiente.

41. Sobre a anatomia cirúrgica do aparelho genital, urinário e das glândulas adrenais, **É CORRETO AFIRMAR:**

- a. As artérias renais se bifurcam em um ramo posterior, que nutre 2/3 do parênquima renal, e um ramo anterior, que irriga o restante.
- b. Nas mulheres, o ureter pélvico cruza anteriormente aos vasos uterinos.
- c. A veia adrenal é habitualmente única, e bilateralmente a drenagem venosa destina-se à veia renal ipsilateral.

- d. A linha de Brodel, na face convexa dos rins, corresponde ao ponto mais seguro para a punção renal percutânea.

42. Sobre o risco de progressão das neoplasias vesicais superficiais, É CORRETO AFIRMAR:

- a. Pacientes com neoplasias pTa de baixo grau são classificados como de baixo risco, independentemente do número e tamanho das lesões.
- b. Pacientes com neoplasias pT1 de alto grau são considerados de risco intermediário.
- c. Pacientes com presença de carcinoma *in situ* são considerados de alto risco.
- d. Pacientes com neoplasias pT1 de baixo grau são considerados de baixo risco.

43. Sobre a hematúria, É CORRETO AFIRMAR:

- a. Todos os pacientes com hematúria microscópica devem ser avaliados com função renal, tomografia computadorizada de abdome e pelve e ureteroscopia.
- b. Nefropatia por IgA, vasculites autoimunes e doença renal policística são causas de hematúria glomerular.
- c. Os principais quimioterápicos que causam cistite hemorrágica são: ciclofosfamida, ifosfamida e tiotepa.
- d. A oxigenoterapia hiperbárica é pouco eficaz para cistite hemorrágica associada à radioterapia.

44. Criança, 5a, foi operada com diagnóstico de apendicite aguda (Figura Q44-anexo). SOBRE ESTA DOENÇA, É CORRETO AFIRMAR:

- a. A apendicite aguda na criança é de tratamento exclusivamente cirúrgico.
- b. A incisão mostrada na foto é a de McBurney.
- c. A artéria apendicular é ramo da artéria cólica direita.
- d. A principal complicação da apendicectomia é o abscesso de parede.

45. Menino, 8a, apresenta paralisia cerebral, constipação intestinal, refluxo gastroesofágico e distúrbio de deglutição. Antecedente de cirurgia de Nissen e gastrostomia (laparoscópica) há 1 ano. Retornou ao pronto socorro com vômitos e extravasamento ao redor da sonda (Figura Q45- anexo).

QUAL A PRINCIPAL HIPÓTESE E CONDUTA TERAPÊUTICA?

- a. Ileo paralítico; passagem de sonda nasoenteral.
- b. Abdome agudo obstrutivo; laparotomia para lise de bridas.
- c. Obstrução duodenal; tração ou troca da sonda.
- d. Fecaloma; clister glicerinado.

46. Menina, 13a, com mielomeningocele lombossacral, apresenta infecção urinária de repetição na vigência de antibioticoprofilaxia e cateterismo intermitente. Tem incontinência urinária primária e incontinência fecal. Realizou este exame contrastado (**Figura Q46-** anexo). **EM RELAÇÃO AO CASO, PERGUNTA-SE:**

- a. Este exame é uma uretrocistografia com megaureter obstrutivo.
- b. Apresenta refluxo vesicoureteral e necessita de reimplante ureteral.
- c. A vesicostomia protegerá o trato urinário superior.
- d. Anticolinérgicos e fisioterapia uroperineal tem boa resposta.

47. A laparoscopia é um método minimamente invasivo com vantagens e desvantagens em relação à cirurgia convencional (**Figura Q47-** anexo). **QUAL A AFIRMATIVA CORRETA, EM RELAÇÃO À LAPAROSCOPIA PEDIÁTRICA?**

- a. A solução tampão de bicarbonato está relacionada ao CO₂ e H₂O.
- b. A diurese do lactente é pouco afetada durante o pneumoperitônio com CO₂.
- c. O CO₂ é considerado uma base volátil e diminui o pH sanguíneo.
- d. O pneumoperitônio com oxigênio apresenta menos riscos que com CO₂.

48. Menino, 3a, com testículo não palpável à esquerda, foi submetido à laparoscopia para resolução do caso, com a visualização da fossa ilíaca esquerda (**Figura Q48-** anexo). **OS NÚMEROS 1, 2 E 3 IDENTIFICAM RESPECTIVAMENTE:**

- a. Orifício herniário; artéria gonadal; artéria epigástrica.
- b. Anel inguinal externo; artéria deferencial; vasos cremastéricos.
- c. Anel inguinal interno; ducto deferente; vasos gonadais.
- d. Canal inguinal; artéria umbilical; vasos testiculares.

49. Menina, 4a, com antecedente de infecção urinária de repetição e constipação intestinal. Realizou o exame demonstrado na figura anexa (**Figura Q49**). A cintilografia renal estática com ácido dimercaptosuccínico marcado com tecnécio mostrou função tubular relativa do rim esquerdo de 30%. **QUAL A AFIRMATIVA CORRETA?**

- a. Trata-se de um refluxo vesicoureteral de baixo grau de tratamento conservador.
- b. Apresenta um megaureter obstrutivo de tratamento endoscópico.
- c. Apresenta exclusão renal direita e poderá se beneficiar da vesicostomia.
- d. A síndrome bexiga-intestino deve ser suspeitada e tratada.

50. Homem, 79a, é submetido a endarterectomia de carótida direita. No pós-operatório imediato apresenta-se com rouquidão. Ao exame de laringoscopia direta observa-se diminuição de

movimentação da corda vocal direita. **O NERVO PROVAVELMENTE LESADO DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO É:**

- a. Vago.
- b. Laríngeo superior.
- c. Alça descendente do hipoglosso.
- d. Glossofaríngeo.

51. Mulher, 45a, múltipara, refere que há dois dias começou quadro de febre alta não medida, acompanhada de calafrio e sudorese. Apresenta edema e dor intensa em membro inferior esquerdo, que dificultam a marcha. Ao exame físico observa-se no membro sintomático: varizes de grosso calibre em face medial da panturrilha, pulsos periféricos normais, edema brilhante com aumento de temperatura local na parte distal da perna. O trajeto da veia safena interna em perna e coxa apresenta hiperemia intensa e observa-se adenopatia inguinal e micose interdigital. **O QUADRO CLÍNICO SUGERE COMO PRIMEIRA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

- a. Erisipela com linfangite ascendente.
- b. Tromboflebite superficial de safena interna.
- c. Trombose venosa profunda.
- d. Varizes descompensadas com linfedema crônico.

52. Mulher, 23a, queixa-se de dor em região escapular e base do pescoço do lado direito, irradiada para o braço e antebraço pela face medial até os dedos do lado hipotenar. O quadro teve início há alguns anos e está associado com dias em que realiza maior atividade física. Ao exame físico observa-se leve abaulamento da fossa supraclavicular bilateralmente e dor à compressão das raízes nervosas na região dos músculos escalenos. Realizou exame radiográfico (**Figura Q52-** anexo). **A ALTERAÇÃO ANATÔMICA NO EXAME QUE JUSTIFICA A SINTOMATOLOGIA DA PACIENTE É:**

- a. Bandas fibrosas comprimindo o plexo braquial.
- b. Costela cervical completa articulada.
- c. Hipertrofia da musculatura dos escalenos.
- d. Calo ósseo hipertrófico da primeira costela.

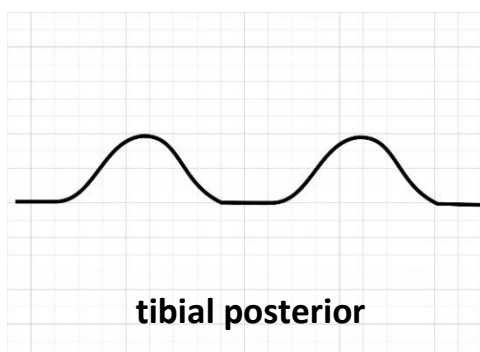
53. Observando a imagem de uma correção aberta de aneurisma de aorta abdominal (**Figura Q53 – anexo**), **QUAL É A ESTRUTURA APONTADA PELA FLECHA?**

- a. Veia renal esquerda.
- b. Veia esplênica.
- c. Veia mesentérica inferior.
- d. Veia cava inferior.

54. Homem, 81a, com antecedente de fibrilação atrial crônica, dá entrada no pronto socorro referindo que há 2h sentiu mal súbito com perda momentânea de consciência, seguido de forte dor abdominal irradiada para as costas. Exame físico: PA= 90x60mmHg; FC= 124bpm; ansioso, com sudorese fria. Abdome: observa-se massa pulsátil de difícil delimitação. Pulsos periféricos são difíceis de serem palpados. Realizou angiotomografia (**Figura Q54-** anexo). **QUAL É O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA A SER TOMADA?**

- a. Aneurisma roto de aorta abdominal; laparotomia para correção aberta.
- b. Aneurisma dissecante de aorta abdominal; colocação de endoprótese aórtica.
- c. Hematoma retroperitoneal espontâneo; suspender uso de anticoagulantes orais.
- d. Embolia aguda de bifurcação aórtica; embolectomia de urgência.

55. Homem, 72a, procura atendimento relatando aparecimento de lesão enegrecida em 4º pododáctilo esquerdo. Antecedente de diabetes melito há aproximadamente 15 anos, em uso de hipoglicemiantes orais. Ao exame físico apresenta os pulsos femoral e poplíteo presentes do lado esquerdo, com ausência dos pulsos no pé. É solicitado um exame de Doppler com registro gráfico cujo resultado está mostrado abaixo.



Índice Tornozelo-Braço (ITB) = 1,7

COMO PODE SER INTERPRETADO O RESULTADO DESTE EXAME?

- a. Afasta obstrução arterial, o ITB está aumentado.
- b. Confirma obstrução arterial, o ITB está aumentado.
- c. Afasta obstrução arterial, o ITB está normal.
- d. Confirma obstrução arterial, o ITB está diminuído.

56. Homem, 32a, foi vítima de explosão em posto de combustível sendo trazido ao pronto socorro. Foram observados 38% de área queimada da superfície corpórea, de segundo e terceiro grau, e presença de fragmento de metal encravado na coxa direita. **ESTES ACHADOS NO EXAME FÍSICO SÃO CLASSIFICADOS, RESPECTIVAMENTE, COMO LESÕES:**

- a. Primária e quaternária.
- b. Primária e terciária.

- c. Secundária e terciária.
- d. Quaternária e secundária.

57. Motociclista sofreu queda em rodovia. É trazido pelo atendimento pré-hospitalar ao pronto socorro em prancha longa, colar cervical e máscara de oxigênio não reinalante 15L/min. Na admissão apresentava: PA=82x51mmHg; FC=127bpm; FR=32irpm; oximetria de pulso= 93%. Cabeça: equimose e afundamento frontoparietal esquerda. Neurológico: escala de coma de Glasgow=8 e pupilas anisocóricas. Região toracoabdominal esquerda: escoriação, equimoses e crepitações à palpação e murmúrio vesicular diminuído na base esquerda. Conforme o atendimento inicial ao traumatizado do ATLS®, foram realizados: via aérea definitiva, acessos venosos periféricos, coleta de amostra de sangue, administração de 1.000ml de solução cristalóide aquecida e FAST (*Focused Assessment with Sonography for Trauma*), que foi positivo nos espaços de Morrison e esplenoarenal. Com bases nos dados acima, a próxima conduta é:

- a. Tomografia computadorizada de crânio, tórax e abdome.
- b. Protocolo de transfusão maciça.
- c. Drenagem de tórax à esquerda em selo d'água.
- d. Adicionar 1.000ml de cristalóide aquecida e controle de hemoglobina.

58. Veículo em alta velocidade teve colisão frontal contra anteparo fixo e passageiro sem cinto de segurança é ejetado. Apresentou traumatismo craniano grave e fraturas em membro superior direito. É trazido pelo SAMU ao pronto socorro com via aérea definitiva, acesso venoso periférico, colar cervical e em prancha rígida longa. Apresentava estabilidade hemodinâmica (PAM= 82mmHg, Hb=15g/dL). Tomografias realizadas= Crânio: hematoma subdural à direita, desvio de 8mm da linha média para esquerda e contusão contralateral; Cervical: fratura de corpo da vértebra C3, com desalinhamento dos corpos vertebrais entre C3 e C4. Foi submetido a procedimento neurocirúrgico no crânio e mantido colar cervical. Com 18h de internação em UTI, em ventilação mecânica com FiO₂ 55%, antibioticoterapia, medicamento vasoativo e cuidados neurocríticos. Evoluiu com pupilas midriáticas, sem resposta a estímulo luminoso e PAM=93mmHg; Hb=11,5g/dL. **O FATOR QUE NÃO PERMITE APLICAR O PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA, CONFORME A RESOLUÇÃO CFM Nº 2.173/2017 É:**

- a. Presença de fratura da coluna cervical.
- b. Administração de medicamento vasoativo.
- c. Tempo de internação menor que 24h.
- d. Necessidade de transfusão pela queda da hemoglobina.

59. Homem 25a, sofreu queda de andaime de 15m apresentando traumatismo craniano. Após o atendimento inicial, foi trazido pelo SAMU para um serviço de referência especializada. Foi avaliado

por equipe multidisciplinar, sendo indicado monitorização da pressão intracraniana e suporte/cuidados neurocríticos em UTI. No quinto dia de internação, evoluiu para morte encefálica pelo protocolo. A família decidiu realizar doação de órgãos. **A ASSINATURA DO ATESTADO É REALIZADA PELO MÉDICO DE QUAL EQUIPE?**

- a. Neurocirurgia.
- b. Instituto Médico Legal.
- c. Captação de Órgãos.
- d. Terapia Intensiva.

60. Dentro dos índices para avaliar a probabilidade de sobrevida no traumatizado há a Escala de Trauma Revisada ou *Revised Trauma Score* (RTS). **O RTS UTILIZA OS SEGUINTE PARÂMETROS:**

- a. Escala de coma de Glasgow, pressão arterial sistólica e frequência respiratória.
- b. Frequência respiratória, frequência cardíaca e escala de coma de Glasgow.
- c. Grau da lesão anatômica pela tomografia, pressão arterial sistólica e *base excess*.
- d. *Focused Assessment with Sonography for Trauma* (FAST), frequência cardíaca e pressão arterial média.

61. O TRABALHO EM EQUIPE OU TEAM WORK NO ATENDIMENTO AO TRAUMATIZADO TEM A SEGUINTE CARACTERÍSTICA:

- a. O líder ou *leader team* não precisa ser o mais antigo da equipe.
- b. Cada membro assume a responsabilidade final pelas ações individuais.
- c. Com as tomadas de decisões imediatas, não há necessidade de discussão após o atendimento.
- d. A comunicação entre um membro e um líder de equipe deve ser unidirecional e direta.

62. Mulher 29a, vítima de acidente motociclístico é atendida em uma unidade de pronto atendimento. Apresentava-se consciente, sem desconforto respiratório e referindo dor na região pélvica e perna esquerda. PA=102x76mmHg; FC=118bpm. O exame físico e o radiograma evidenciaram fratura de pelve e de perna esquerda, sendo imobilizados, respectivamente, com lençol e tala maleável com ataduras. Foi transferida para hospital de referência, não havendo modificação do exame físico. Realizado FAST (*Focused Assessment with Sonography for Trauma*), que demonstrou as seguintes imagens da cavidade peritoneal (**FiguraQ62-anexo**). **A CONDUTA SEQUENCIAL NESTE CASO É:**

- a. Laparotomia exploradora.
- b. Tomografia computadorizada.
- c. Arteriografia.
- d. Videolaparoscopia.

63. Homem, 21a, apresenta queixa de dor e distensão abdominal há cinco anos. Foi submetido à laparotomia após investigação (**Figura Q63** - anexo). **CONSIDERANDO AS INFORMAÇÕES ACIMA, PODE-SE AFIRMAR QUE O PACIENTE É PORTADOR DA SÍNDROME DE:**

- a. Gardner.
- b. Lynch.
- c. Peutz-Jeghers.
- d. Klippel-Trenaunay.

64. Em relação à colangite esclerosante primária, **É CORRETO AFIRMAR:**

- a. Na retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI), a colectomia profilática retarda o curso da doença.
- b. Esta manifestação extraintestinal é mais comumente observada na doença de Crohn do que na RCUI.
- c. A maioria dos pacientes que desenvolve esta manifestação são principalmente homens, com mais de 40 anos.
- d. Sua ocorrência na RCUI aumenta a possibilidade de desenvolver câncer colorretal.

65. AS DUAS PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO EM DOENTES COM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR SUBMETIDOS A RETOCOLECTOMIA TOTAL E RESERVATÓRIO ILEAL (RI) COM ANASTOMOSE ILEOANAL SÃO:

- a. Carcinoma gástrico e tumores desmoides.
- b. Carcinoma de duodeno e tumores desmoides.
- c. Carcinoma em RI e carcinoma gástrico.
- d. Carcinoma de duodeno e carcinoma em RI.

66. Em relação aos estomas intestinais, uma das importantes complicações é o prolapso. **O ESTOMA MAIS COMUMENTE ASSOCIADO A ESTA COMPLICAÇÃO É:**

- a. Transversostomia em alça.
- b. Ileostomia terminal.
- c. Sigmoidostomia em alça.
- d. Ileostomia em alça.

67. Mulher, 54a, realizou colonoscopia, sendo observada lesão em reto. (**Figura Q67-** anexo). Realizada submucosectomia com retirada da lesão. Anatomopatológico demonstrou adenoma viloso com neoplasia intraepitelial de alto grau, e margens livres. **A CONDUTA É:**

- a. Tratamento cirúrgico.
- b. Radioterapia e quimioterapia.

- c. Seguimento com colonoscopia.
- d. Seguimento com CEA e exames de imagem.

68. Em relação à hemorragia digestiva baixa aguda, **ASSINALE A AFIRMATIVA CORRETA:**

- a. No paciente idoso, as duas principais etiologias são a doença diverticular e o câncer colorretal.
- b. No adulto jovem, as principais causas são invaginação intestinal e divertículo de Meckel.
- c. A cintilografia com tecnécio-99 é método bastante sensível, detectando sangramento a partir de 0,01ml/minuto.
- d. A arteriografia detecta a hemorragia na faixa de 0,5-1,0ml/minuto, e pode ser terapêutica.

69. Homem, 70a, carga tabágica 40 anos-maço, apresenta escarro hemoptoico e tosse há 3 meses. Ao exame físico apresentava estridor laringotraqueal, rouquidão e dispneia aos médios esforços. Ausculta respiratória com estridor e sibilos inspiratórios. **QUAL É A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E O NERVO RESPONSÁVEL PELA ROUQUIDÃO?**

- a. Estenose traqueal; alça descendente do hipoglosso.
- b. Carcinoma pulmonar; frênico.
- c. Tumor traqueal; laríngeo recorrente.
- d. Obstrução do brônquio principal esquerdo; cadeia simpática torácica.

70. Homem, 52a, com história de abaulamento cervical com uma semana de evolução, precedido de dor de garganta por quadro infeccioso. Apresentou crescimento progressivo do abaulamento cervical. A tomografia demonstrou conteúdo líquido e gasoso em mediastino abaixo da carina traqueal e derrame pleural bilateral. **A CONDUTA RESOLUTIVA PARA ESTE CASO É:**

- a. Antibioticoterapia e cuidados intensivos.
- b. Cervicotomia e drenagem cervical ampla.
- c. Cervicotomia, drenagem torácica e traqueostomia.
- d. Cervicotomia e abordagem cirúrgica mediastinal.

71. Paciente tabagista 40 anos-maço em acompanhamento irregular por DPOC. Realizou PET/CT onde foi achado nódulo pulmonar de 2,8cm em lobo inferior direito, com adenomegalia mediastinal infra carinal, pré-traqueal direita e em cadeia da janela aortopulmonar, com captação positiva no nódulo e linfonodos. Antecedente de irmão com neoplasia pulmonar tipo pequenas células. **ESTE DOENTE DEVE SER SUBMETIDO A:**

- a. Mediastinoscopia.
- b. Biópsia pulmonar por videotoracoscopia.

- c. Lobectomia inferior direita + linfadenectomia mediastinal.
- d. Novo PET/CT para confirmação.

72. Homem, 75a, antecedente de ter sido operado há 9 anos de uma neoplasia renal, tabagista 30 anos-maço, tendo cessado há 10 anos. Apresentou achado incidental de lesão nodular de 11mm em lobo inferior direito que mostrou crescimento para 15mm no seguimento por imagem no intervalo de 8 meses. Realizou PET/CT que mostrou captação SUV= 3,5. **A CONDUTA A SEGUIR É:**

- a. Cirurgia imediata.
- b. Punção transtorácica guiada por tomografia.
- c. Broncoscopia com biópsia transbrônquica.
- d. Radioterapia estereotáxica.

73. Homem, 30a, antecedente de etilismo e tabagismo 30 anos-maço. Encaminhado com queixa de dor torácica, dispneia e febre. Radiograma de tórax evidenciou derrame pleural à direita. Tomografia de tórax. Foi submetido à toracocentese que evidenciou no líquido coletado aumento de polimorfonucleares e proteína.



QUAL A CONDUTA INICIAL PARA ESTE CASO?

- a. Pleurostomia.
- b. Toracotomia exploradora.
- c. Toracoplastia.
- d. Pleuroscopia.

74. Homem, 45a, apresenta tosse seca, astenia, anorexia e emagrecimento, acompanhados de prurido e sudorese noturna. Radiograma de tórax: múltiplas adenopatias hilares, intertraqueobrônquicas e mediastinais anteriores. **QUAL A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA?**

- a. Sarcoidose.
- b. Linfoma.

- c. Tuberculose.
- d. Metástases ganglionares.

75. Em relação às variáveis utilizadas no cálculo do MELD, **ASSINALE AQUELA QUE TEM MAIOR COEFICIENTE NA FÓRMULA MATEMÁTICA:**

- a. Sódio.
- b. Creatinina.
- c. Bilirrubina total.
- d. RNI.

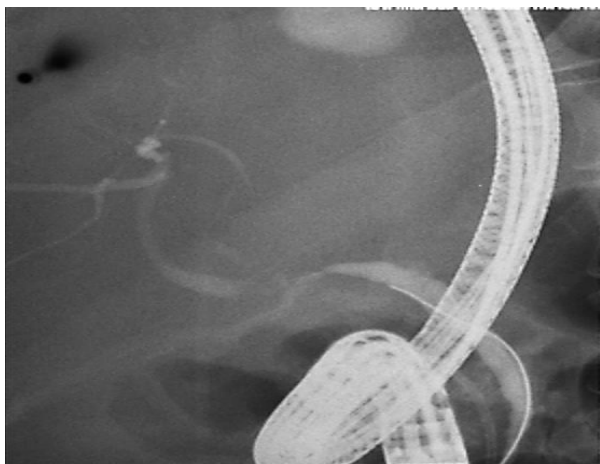
76. Homem, 45a, apresenta lesão focal hepática na ultrassonografia medindo 6,0cm, na transição entre segmentos IV e V. Apresenta sorologias para hepatite B e C negativas, CA19-9 e AFP dentro dos padrões de normalidade. Realizou tomografia de abdome com contraste arterial, portal e tardio, evidenciando lesão de bordos bem definidos, superfície regular, homogênea, sem invasão vascular, indefinida em relação a etiologia entre adenoma hepático ou hiperplasia nodular focal (HNF). **O PRÓXIMO PASSO EM RELAÇÃO À ELUCIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO RESPECTIVAMENTE:**

- a. Ressonância magnética nuclear (RMN) com gálio; confirmando HNF, cirurgia.
- b. RMN com tecnécio; confirmando adenoma, seguimento semestral.
- c. RMN com gadoxetato dissódico; confirmando adenoma, seguimento semestral.
- d. RMN com gadoxetato dissódico; confirmando adenoma, intervenção cirúrgica.

77. Paciente foi submetido a transplante hepático por MELD= 27 e a cirurgia ocorreu sem intercorrências com as seguintes anastomoses:

- veia cava supra-hepática do doador com veia cava supra-hepática do receptor;
- veia porta do doador com veia porta do receptor;
- artéria hepática comum do doador com artéria hepática própria do receptor;
- colédoco do doador com colédoco do receptor.

No 15º dia de pós-operatório o paciente evoluiu com aumento gradativo de enzimas canaliculares e de bilirrubina total (fosfatas alcalina=343U/L; bilirrubina total= 6,7mg/dL; gama GT= 647U/L). Realizou o exame mostrado abaixo.



O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO RESPECTIVAMENTE:

- a. Dilatação de árvore biliar por estenose de colédoco; passagem de prótese.
- b. Dilatação de árvore biliar por estenose de colédoco; papilotomia descompressiva.
- c. Fístula biliar na anastomose colédoco-colédoco; passagem de prótese.
- d. Colangite; antibioticoterapia de amplo espectro.

78. Homem, 37a, foi submetido a retossigmoidectomia com anastomose primária com anatomopatológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado pT3 N2b M1. Encaminhado para avaliação de metástase hepática, sendo submetido a metastatectomia não regrada dos nódulos hepáticos como demonstrado na **figura Q78** (anexo). **QUAIS SEGMENTOS ESTAVAM ACOMETIDOS PELAS METÁSTASES?**

- a. III, Va, VI.
- b. III, IVa, VII.
- c. II, V, VII.
- d. III, IVa, VI.

79. Mulher, 67a, previamente hígida, sem histórico de doença hepática, evoluiu com quadro de icterícia e perda ponderal de 5kg em 45 dias. Realizou colangiorressonância: lesão focal hepática, sugestiva de tumor de Klatskin, acometendo segmentos IVa e IVb com invasão do ramo portal esquerdo e artéria hepática esquerda, apresentando íntimo contato com veia supra-hepática esquerda sem sinais de invasão, e acometimento da bifurcação dos ductos biliares hepáticos direito e esquerdo, sendo o lado esquerdo acometido até ramos de segunda ordem. **A CIRURGIA A SER REALIZADA É:**

- a. Hepatectomia direita ampliada.
- b. Hepatectomia central com derivação biliodigestiva bilateral.
- c. Hepatectomia esquerda precedida de radioterapia local citorrredutora.
- d. Hepatectomia esquerda com derivação biliodigestiva a direita.

80. Paciente, 32a, tipo sanguíneo AB, com quadro de cirrose por esteato-hepatite não alcoólica (NASH), em uso de furosemida 60mg/dia e espironolactona 250mg/dia, mantém quadro de ascite com necessidade de paracenteses seriadas a cada 7 a 15 dias. Apresenta os seguintes exames laboratoriais: bilirrubina total= 0,8mg/dL; creatinina=1,15 mg/dL e RNI=1,4; MELD=14; sódio urinário=133mEq/24h. **A CONDUTA ADEQUADA PARA ESTE PACIENTE É:**

- a. Listar para transplante hepático pelo MELD real.
- b. Aumentar dose de diuréticos e orientação dietética.
- c. Solicitar situação especial por ascite refratária.
- d. Passagem de TIPS (*transjugular intrahepatic portosystemic shunt*).

Figura Q27- corresponde à questão 27



Figura Q31- corresponde à questão 31



Figura Q33- corresponde à questão 33

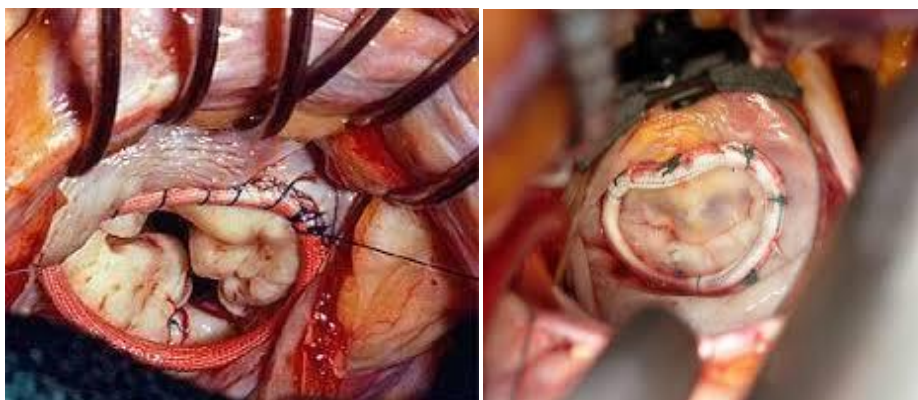


Figura Q35- corresponde à questão 35



Figura Q36- corresponde à questão 36



Figura Q44- corresponde à questão 44.

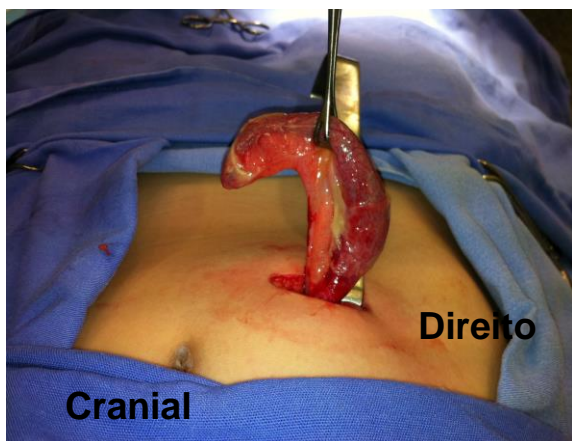


Figura Q45- corresponde à questão 45



Figura Q46- referente à questão 46.



Figura Q47- corresponde à questão 47.



Figura Q48- corresponde à questão 48

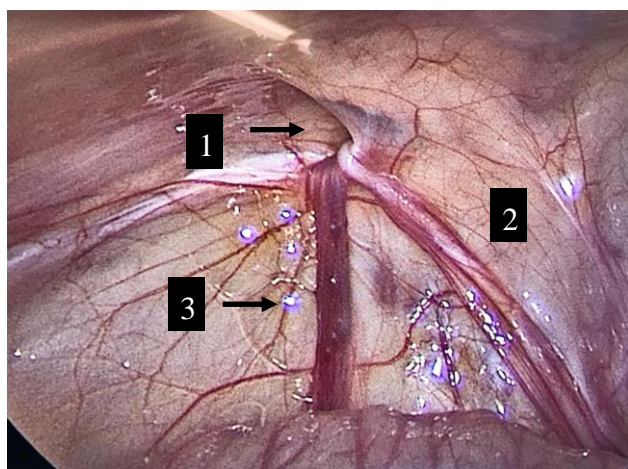


Figura Q49- corresponde à questão 49



Figura Q52: corresponde à questão 52



Figura Q53- corresponde à questão 53

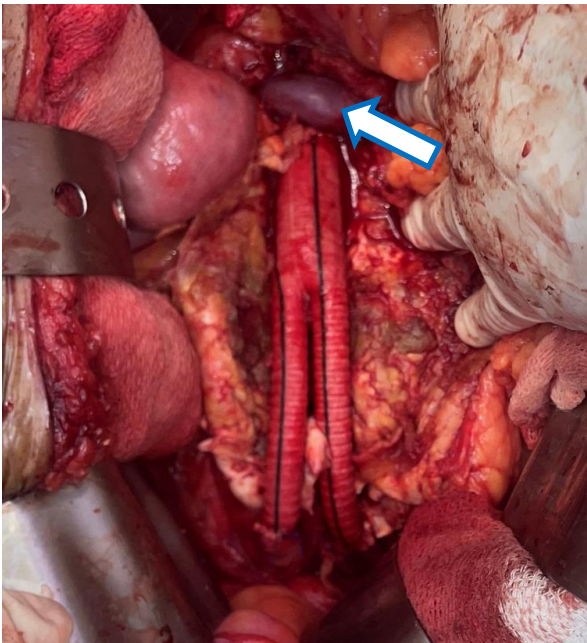


Figura Q54- corresponde à questão 54

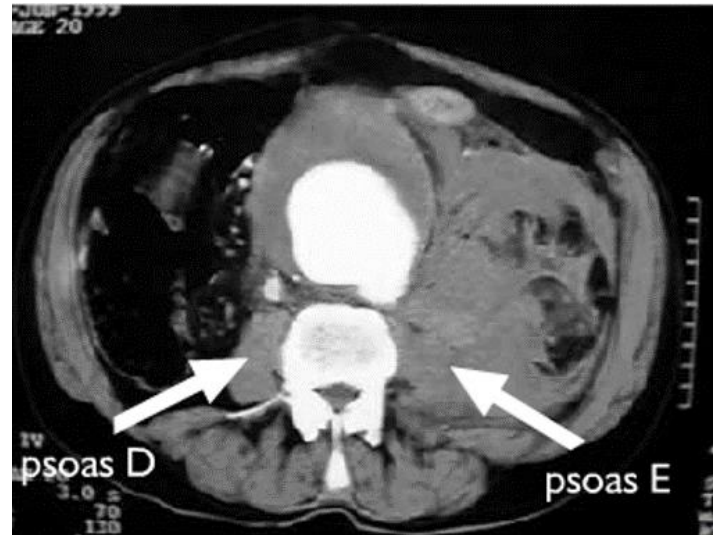


Figura Q62- corresponde à questão 62



Hipocôndrio Direito

Hipocôndrio Esquerdo

Região Pélvica

Figura Q63- corresponde à questão 63



Exame físico

Colonoscopia

Achado cirúrgico

Figura Q67- corresponde à questão 67

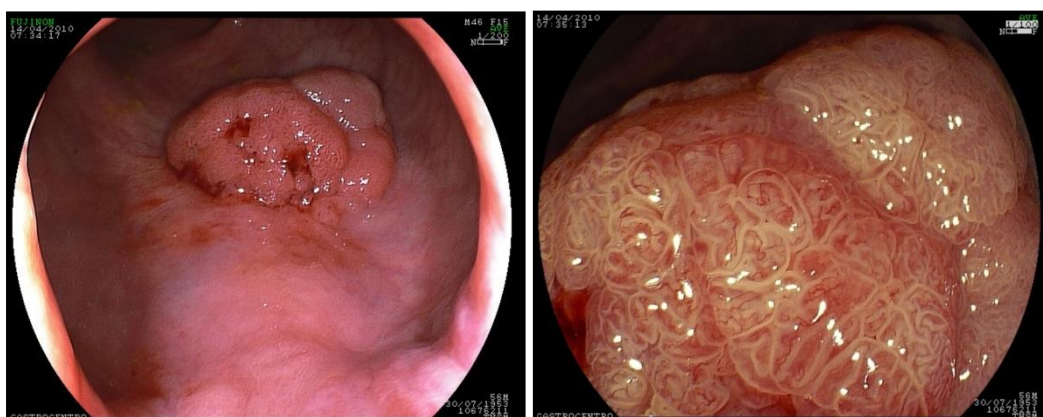


Figura Q78- corresponde à questão 78

