

1. Paciente do sexo masculino, 42 anos, está sendo submetido neste momento a gastrectomia total com linfadenectomia D2 por câncer gástrico de padrão difuso de Lauren em topografia de antro. O cirurgião observa que a lesão tumoral está limitada ao estômago e que não há sinais macroscópicos de metástases à distância. O paciente se manteve estável e não houve quaisquer intercorrências durante toda a cirurgia. Dos procedimentos abaixo listados, o mais apropriado a ser realizado é:

- a) Colectomia direita
- b) Derivação biliodigestiva
- c) Gastrostomia
- d) Colectectomia
- e) Cirurgia de Finney

Leia o quadro clínico abaixo para responder as questões 2 e 3

O senhor João procurou o hospital que você estava de plantão queixando-se de dor "embaixo das costelas" do lado direito e calafrios. O tom amarelado da pele e dos olhos chamou a sua atenção. Disse que já é a quarta vez que fica "amarelo" e que há 6 anos foi submetido a uma cirurgia para "retirar" a vesícula e os cálculos que "escaparam" da vesícula e ficaram no "canal da bile". Relatou também que estava "amarelo" antes mesmo da tal cirurgia. Imediatamente você suspeitou que poderia tratar-se da "Síndrome Sump".

2. Diante desses dados, a cirurgia que provavelmente foi realizada no senhor João há 6 anos foi:

- a) colecistectomia apenas.
- b) colecistectomia com exploração das vias biliares e anastomose colédoco-duodenal.
- c) colecistectomia com exploração das vias biliares e derivação biliodigestiva em Y de Roux.
- d) gastrectomia.
- e) piloroplastia.

3. Após você explicar ao senhor João o que poderia estar causando o quadro acima descrito, ele pergunta: - "Doutor, é caso de cirurgia"? O tratamento cirúrgico que poderia ser realizado no senhor João é:

- a) estricturoplastia
- b) derivação biliodigestiva em Y de Roux
- c) piloroplastia de Heineke-Mikulicz
- d) manobra de Brown
- e) ileostomia

4. Um paciente que foi submetido a gastrectomia total por câncer e relata que ultimamente vem sentindo-se mal com dor epigástrica, náuseas e vômitos predominantemente de aspecto bilioso sem restos alimentares cerca de meia hora após as refeições. O tipo de reconstrução do trato gastrointestinal que pode ter sido realizada após a gastrectomia e o tratamento cirúrgico que pode ajudá-lo são:

- a) Derivação biliodigestiva -Y de Roux
- b) Billroth I - Jejunostomia
- c) Billroth II - Y de Roux
- d) Billroth II - Gastroenteroanastomose
- e) Operação de Jaboulay

5. Sobre a doença de Crohn pode-se afirmar, **EXCETO**:

- a) é uma doença inflamatória intestinal que cursa com acometimento transmural e salteado da parede intestinal que acomete as mulheres com mais frequência.
- b) pode causar fístulas que nem sempre têm indicação cirúrgica.
- c) pode causar estenose das vias aéreas.
- d) a cirurgia está indicada quando há atraso no crescimento das crianças.
- e) não acomete o reto e a cirurgia é o tratamento curativo de escolha.

6. No melanoma cutâneo o prognóstico é proporcionalmente pior quanto maior a profundidade da lesão que é denominada espessura de Breslow. Sabemos também que a ressecção com margem livre de tumor varia conforme a espessura de Breslow. Chega ao seu consultório uma paciente com uma lesão cutânea no dorso da mão esquerda de aspecto assimétrico, com bordos irregulares, coloração acinzentada e medindo 1 cm de diâmetro. A conduta inicial mais adequada, neste caso, é:

- a) ressecção com margem livre de 2 cm.
- b) ressecção com margem livre de 3 cm.
- c) ressecção com margem livre de 1 cm e pesquisa de linfonodo sentinela.
- d) biópsia excisional com margem coincidente (exígua).
- e) observação.

7. Paciente do sexo masculino é acompanhado em seu consultório após o diagnóstico de retocolite ulcerativa. Está assintomático há 2 anos e sua última colonoscopia mostrou pequena lesão com displasia de alto grau menor que 1 cm em sigmóide. A indicação nesse caso é:
- a) manter acompanhamento rigoroso
 - b) nova biópsia transretal
 - c) tratamento com ablação via colonoscopia
 - d) sigmoidectomia
 - e) observação semestral
8. Para um paciente com colangite esclerosante primária, o exame abaixo que não pode ser excluído da sua investigação é:
- a) CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica)
 - b) EAS
 - c) Colonoscopia
 - d) Alfa-fetoproteína
 - e) Sigmoidoscopia
9. Das causas abaixo listadas, a que pode estar relacionada a amilase normal na pancreatite aguda é:
- a) Hepatite auto-imune
 - b) Hipertrigliceridemia
 - c) Síndrome da alça aferente
 - d) Fator anti-núcleo positivo
 - e) Fator reumatóide positivo
10. Com relação a pancreatite aguda é correto afirmar que:
- a) o hemosuccus pancreático não pode ser tratado por embolização ou ressecção pelo risco de hemorragia.
 - b) uma complicação frequente é o diabetes mellitus.
 - c) o pseudocistos pancreáticos menores de 6 cm e com menos de 6 semanas frequentemente regridem de forma espontânea.
 - d) pode ocorrer trombose de veia esplênica e por isso a esplenectomia profilática é indicada nos casos de intervenção cirúrgica.
 - e) a ceftriaxona não é uma causa de pancreatite.
11. Indivíduo do sexo masculino apresentava dor intensa em hipocôndrio direito há dois anos. Foi diagnosticado com colelitíase, porém sem tempo para ser submetido ao tratamento cirúrgico sentiu intensa dor com distensão abdominal importante. Após mais alguns exames foi enquadrado na tríade de Riegler. A indicação, neste caso, é:
- a) Laparotomia exploradora
 - b) Colectomia de emergência
 - c) CPRE
 - d) Tomografia computadorizada de abdome total com duplo contraste
 - e) Colectostomia.
12. Das condições abaixo geralmente a que **NÃO** está associada com colecistite alitiásica é:
- a) Grandes queimados
 - b) Imunossuprimidos
 - c) Nutrição parenteral
 - d) Paciente grave
 - e) Anemia
13. Paciente apresenta perda ponderal de 20 kg em dois meses devido a câncer de estômago. Foi classificado no quadro de caquexia. A alternativa abaixo que **NÃO** é verdadeira quanto à caquexia é:
- a) Existe mais afinidade das células a insulina com maior utilização de glicose.
 - b) Anorexia é sintoma frequente neste quadro.
 - c) A caquexia está relacionada com estabelecimento do processo inflamatório crônico.
 - d) São geralmente pacientes imunodeprimidos apesar da resposta inflamatória.
 - e) Caquexia é definida como perda de massa muscular com ou sem perda de tecido adiposo.

14. Estudos recentes vem demonstrando a importância da pesquisa com células tronco para novas alternativas de tratamento. Sobre as células tronco a alternativa **INCORRETA** é:
- a) possuem um grau previamente desconhecido de desenvolvimento de plasticidade que permite a elas se diferenciarem em outros tecidos.
 - b) as células tronco embrionárias são totipotentes e geram células de todos os três folhetos terminativos (ecto, meso e endoderma).
 - c) alguns tecidos adultos podem servir como fontes de acesso para obtenção de células tronco, como a medula óssea e o tecido adiposo.
 - d) a medula óssea contém uma grande variedade de tipos celulares, incluindo células tronco e precursores capazes de regenerar continuamente as células sanguíneas.
 - e) a utilização terapêutica de células tronco após cultura celular é muito segura devido a ausência de risco de oncogênese.
15. É uma contra-indicação de colecistectomia laparoscópica:
- a) Colecistite aguda
 - b) Colelitíase
 - c) Colelitíase associada a coledocolitíase
 - d) Câncer de vesícula
 - e) Pólipo de vesícula
16. Com relação aos tumores malignos do ânus e do canal anal é correto afirmar que:
- a) o carcinoma de células escamosas é o tipo histológico menos frequente, representando cerca de 3% dos carcinomas da porção terminal do tubo digestivo.
 - b) a doença hemorroidária de longa duração não está associada à etiopatogenia.
 - c) o tratamento para esses tumores é a amputação abdominoperineal.
 - d) a associação da radioterapia à quimioterapia não é o tratamento de escolha para esses tumores.
 - e) após quatro a seis semanas após o tratamento radioterápico a área afetada é re-biopsiada. Na maioria das vezes o exame histopatológico revela ausência de células malignas e a observação está indicada.
17. Quanto ao carcinoma hepatocelular (CHC) é correto afirmar que:
- a) a ressecção hepática parcial não é a melhor opção de tratamento em fígado não cirrótico.
 - b) o tratamento radical não oferece possibilidade de cura.
 - c) a terapia ablativa não é uma opção de tratamento radical.
 - d) a quimioembolização trans-arterial que utiliza micro-esferas carregadas com doxorubicina (DEB-TACE) é um tratamento paliativo.
 - e) a variante fibrolamelar também secreta alfa-fetoproteína.
18. Paciente do sexo masculino foi submetido a cirurgia para correção de hérnia inguinal. Evoluiu bem no primeiro dia pós-operatório, porém queixou-se de calafrios tão logo foi anunciada a alta hospitalar. A principal causa de febre nas primeiras 48 hs pós-operatórias de quaisquer cirurgias abdominais é:
- a) Infecção de sítio cirúrgico
 - b) Diarréia
 - c) Infecção do trato urinário
 - d) Infecção da ponta de cateter central
 - e) Atelectasia
19. Paciente sexo feminino, 33 anos, previamente hígida, dá entrada no setor de urgência e emergência vítima de acidente automobilístico de grande impacto. Apresenta trauma torácico, abdominal e fraturas de ossos longos. Evolui com quadro de hipotensão grave, turgência jugular e pulso paradoxal. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular reduzido no 1/3 inferior esquerdo. Considerando o diagnóstico mais provável, a opção terapêutica de escolha seria:
- a) uso de agentes Inotrópicos
 - b) transfusão de concentrados de hemácias
 - c) pericardiocentese
 - d) toracocentese
 - e) drenagem torácica

- 20.** Paciente sexo masculino, 55 anos, compareceu ao ambulatório de cirurgia geral queixando-se de dor e abaulamento na região inguinal direita há 1 ano. No exame físico da região inguinal observam-se dilatação dos anéis inguinais e defeito da parede posterior do canal inguinal à direita. O paciente refere uma "tumoração" que desce às vezes para o saco escrotal à direita sendo reduzido por ele manualmente. Diante do exposto o provável diagnóstico, tratamento e complicação pós-operatória mais frequentes são, respectivamente:
- a** hérnia inguino-escrotal indireta, hernioplastia por videolaparoscopia e neuralgia.
 - b** hérnia inguino-escrotal direta, hernioplastia com tela e neuralgia.
 - c** hérnia inguino-escrotal, hernioplastia com tela e retenção urinária.
 - d** hérnia inguino-escrotal direta, hernioplastia com tela e seroma.
 - e** hérnia femural, observação e obstrução.
- 21.** Paciente do sexo feminino com 40 anos é admitida no serviço de referência com quadro de ascite, perda ponderal e dor abdominal. Nega alteração do hábito intestinal ou sintomas dispépticos. Panturrilhas livres. Marcadores tumorais normais. A ascite dificultou a palpação abdominal. O exame tomográfico mostrou somente ascite. O residente de cirurgia que prontamente realizou a paracentese de alívio e diagnóstica esqueceu de solicitar a citologia oncológica do líquido. A colonoscopia e a endoscopia são normais. A alternativa correta é:
- a** caso a laparoscopia evidencie carcinomatose peritoneal por neoplasia de ovário o tratamento cirúrgico está contra-indicado.
 - b** os implantes peritoneais menores que 1 cm não dificultam a visualização no exame tomográfico.
 - c** independente do índice de carcinomatose peritoneal a cirurgia não tem intenção curativa.
 - d** a quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (QTIPH) tem bom resultado principalmente quando o índice de carcinomatose peritoneal é até 12.
 - e** essa paciente deve ser submetida a peritonectomia com QTIPH.
- 22.** Paciente do sexo masculino, 5 meses de idade, há mais ou menos 8 horas apresentando vômitos copiosos, distensão abdominal, e choro intenso e sem febre. Pais referem que não eliminou flatos porém evacuou secreção com aspecto de "geléia de morango". Ao exame: Criança desidratada, chorosa, principalmente à palpação de abdome, com massa palpável em flanco direito. Toque retal sem fezes ao dedo de luva com secreção mucosanguinolenta. O provável diagnóstico e conduta a ser indicada é:
- a** enterocolite necrotizante, devendo ser realizado hidratação, antiemético e raio-x de abdome seriado.
 - b** invaginação intestinal, devendo ser realizado hidratação e indicação de exploração cirúrgica.
 - c** tumor de retroperitônio, devendo ser indicado exploração cirúrgica e estadiamento.
 - d** apendicite aguda, sendo introduzido antibioticoterapia e preparação para cirurgia.
 - e** gastroenterite aguda, sendo instituída hidratação e orientações de cuidados para casa.
- 23.** Eliana traz o filho de 2 meses de idade na Unidade Básica queixando que quando o mesmo chora ocorre abaulamento de região umbilical. Nega hiperemia e saída de secreção da região. Ao exame físico: hérnia umbilical com anel herniário de mais ou menos 1 cm, facilmente redutível. A melhor conduta a ser realizada, neste caso, é:
- a** orientar que a criança precisa realizar cirurgia urgente para correção da hérnia, sendo encaminhada para o pronto socorro.
 - b** orientar que a criança necessita operar após preparo pré-operatório, de preferência com a idade atual.
 - c** orientar que a criança não precisa realizar cirurgia até os 6 meses de idade, e se persistir após essa idade, a mesma deve ser preparada para cirurgia.
 - d** orientar realizar curativo oclusivo do umbigo, de preferência com instrumentos circulares, para ocorrer a invaginação da hérnia.
 - e** orientar que a criança não necessita operar no momento, devendo aguardar até 3 anos, e caso não ocorra fechamento espontâneo da hérnia, deverá realizar cirurgia.

- 24.** Você foi chamado para socorrer paciente do sexo masculino, 22 anos, vítima de atropelamento por carro, há mais ou menos 10 minutos. Ao chegar na cena, você encontra paciente consciente, abrindo os olhos e movimentando membros superiores quando solicitado, confuso, com frequência respiratória de 22 irpm, frequência cardíaca de 120 bpm, desvio de traquéia para direita. Ausculta cardíaca: bulhas cardíacas normofonéticas. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente à Direita e abolido à Esquerda; Palpação do tórax com crepitação ao nível das 6ª e 7ª costelas à esquerda; percussão do tórax com hipertimpanismo à Esquerda. Exame do abdome sem alterações. A conduta primordial a ser estabelecida, neste caso, é
- a** realizar acesso venoso intraósseo para tratamento de choque hipovolêmico.
 - b** toracostomia com drenagem pleural fechada à Esquerda.
 - c** toracostomia descompressiva no 2º espaço intercostal à Esquerda.
 - d** intubação orotraqueal para otimizar ventilação.
 - e** realização de punção pericárdica devido tamponamento cardíaco.
- 25.** Paciente, sexo masculino, 6 meses de idade, mãe queixa que não consegue retrair totalmente o prepúcio para exposição de glândula, porém nega infecção urinária de repetição ou dificuldade para urinar. A melhor conduta a ser realizada neste caso é:
- a** orientar necessidade de cirurgia imediata.
 - b** orientar observação e limpeza com reavaliação a cada 6 meses.
 - c** realizar retração forçada com analgesia local.
 - d** iniciar antibioticoterapia e limpeza com clorexidina.
 - e** indicar incisão posterior de prepúcio e depois programar postectomia.
- 26.** Paciente sexo masculino, 7 meses de idade, mãe refere abaulamento em região inguinal direita principalmente quando chora e evacua, sem outras comorbidades. Trouxe ultrassonografia que demonstrou hérnia inguinal direita. Nesse caso a melhor conduta a ser realizada é:
- a** orientar cirurgia de urgência, sendo encaminhado para o Pronto Socorro.
 - b** orientar que necessita de cirurgia de imediato, sendo realizado preparo pré-operatório com hemograma.
 - c** orientar conduta conservadora até 3 anos de idade, uma vez que hérnia inguinal geralmente melhora espontaneamente.
 - d** Orientar cirurgia de imediato com recomendação para que utilize tela de polipropileno.
 - e** orientar cirurgia de imediato com preparo pré-operatório com eletrocardiograma, hemograma e raio-x de tórax.
- 27.** Paciente, sexo masculino, 2 anos de idade, mãe refere que o menor possui apenas o testículo direito na bolsa escrotal, porém nega dor ou abaulamentos na região inguinal. Ao exame físico: testículo direito na bolsa escrotal e nódulo palpável em região inguinal esquerda. A melhor conduta a ser realizada nesse caso é:
- a** orientar conduta conservadora, devendo aguardar até 7 anos, pois o testículo está na região inguinal e pode descer para a bolsa escrotal.
 - b** solicitar ultrassonografia de região inguinal para avaliar tamanho de testículo.
 - c** indicar exploração cirúrgica para tentar fixar testículo na bolsa escrotal.
 - d** indicar retirada de testículo esquerdo, devido risco de transformação neoplásica.
 - e** solicitar tomografia de região pélvica e dependendo do resultado pode ou não ser indicada cirurgia, devido risco neoplásico e tamanho de testículo.

- 28.** Paciente, sexo masculino, 15 anos de idade, queixando de dor intensa em região testicular esquerda, de início súbito, há mais ou menos 4 horas. Nega febre, nega trauma. Ao exame: hiperemia de bolsa escrotal à esquerda, com ausência de reflexo cremastérico à esquerda e sinal de Prehn negativo. A melhor conduta a ser realizada nesse caso é:
- a** solicitar ultrassom com doppler para avaliar fluxo de sangue para testículo.
 - b** iniciar antibioticoterapia e manter paciente internado.
 - c** indicar cirurgia de urgência para exploração de região escrotal.
 - d** indicar antibioticoterapia e compressa de água morna para casa.
 - e** solicitar tomografia de pelve e urina tipo I para avaliar infecção ou tumoração de testículo.
- 29.** Paciente do sexo feminino, 21 anos, com história de dor intensa em região de fossa ilíaca direita, que há mais ou menos 12 horas iniciou na região epigástrica migrando posteriormente para FID, associada a febre e diarreia. Nega disúria, nega corrimento e relata uso de anticoncepcional regular. Ao exame: Abdome plano, flácido, doloroso à palpação de FID, Blumberg positivo. Exames laboratoriais com leucocitose com desvio para esquerda, B-HCG negativo, e urina tipo I com leucócitos presentes. O provável diagnóstico e conduta a ser realizada, nesse caso é:
- a** úlcera péptica perfurada, sendo indicada laparotomia exploradora.
 - b** úlcera péptica não-perfurada, sendo indicado tratamento com inibidor de bomba de prótons.
 - c** infecção urinária, indicando tratamento com antibiótico.
 - d** apendicite aguda, sendo indicada exploração cirúrgica.
 - e** gravidez ectópica, indicando exploração cirúrgica.
- 30.** Paciente do sexo masculino, 32 anos, vítima de ferimento por arma branca em 8º espaço intercostal esquerdo com linha axilar anterior. Dos métodos diagnósticos abaixo o que **NÃO** deve ser utilizado para a avaliação do paciente, é:
- a** exame físico seriado
 - b** radiografia simples seriada de tórax
 - c** exploração digital de ferimento
 - d** toracoscopia
 - e** laparoscopia
- 31.** Paciente do sexo masculino, 8 semanas de vida, com história de vômitos em jato após amamentação, desde 4 semanas de vida com perda ponderal importante, desidratação moderada e distensão de abdome superior. Ao exame: Ondas peristálticas visíveis em andar superior de abdome, palpação de nodulação em quadrante superior direito de abdome. O provável diagnóstico neste caso é:
- a** estenose hipertrófica de piloro
 - b** atresia intestinal
 - c** torção intestinal
 - d** obstrução por *Ascaris lumbricoides*
 - e** megacólon congênito
- 32.** Paciente do sexo feminino, 23 anos, vítima de acidente automobilístico (colisão carro-moto), é trazida pelo SAMU à sala de emergência aonde você está de plantão. Paciente encontra-se inconsciente, sendo ventilada com AMBU e tubo oro-traqueal, não reagindo ao estímulo doloroso. Exame do tórax sem alterações. Exame do abdome com distensão, tenso, com hematoma em flancos. Pelve fixa. PA 80/40 e FC: 132 bpm, já tendo sido realizado 1500 ml de soro ringer lactato. A melhor conduta para a paciente deve ser:
- a** solicitar tomografia de abdome para avaliar se há sangramento abdominal.
 - b** realizar raio-x de abdome seriado a fim de identificar perfurações.
 - c** indicar laparotomia exploradora de emergência devido a provável sangramento abdominal.
 - d** realizar acesso venoso central para iniciar droga vasoativa.
 - e** infundir mais 2000 ml de soro fisiológico aquecido.

- 33.** Paciente com diagnóstico de abdome agudo apresentando peritonite difusa será submetido a laparotomia exploradora. Após a indução anestésica foi realizado a punção de acesso venoso central na veia subclávia esquerda. Durante a cirurgia o paciente passou a apresentar abaulamento da hemicúpula diafragmática esquerda e diminuição da saturação. O diagnóstico e conduta neste caso é:
- a** paciente encontra-se com hemotórax esquerdo, sendo a drenagem de tórax a melhor opção terapêutica.
 - b** paciente encontra-se com pneumotórax esquerdo, sendo a drenagem de tórax a melhor opção terapêutica.
 - c** paciente encontra-se com quilotórax esquerdo, sendo a drenagem de tórax ou a descompressão emergencial com uma agulha calibre 18 as melhores opções terapêuticas.
 - d** paciente encontra-se com hemotórax esquerdo, sendo a descompressão emergencial com uma agulha calibre 18 na linha mesoclavicular, no segundo espaço intercostal anterior, a melhor opção terapêutica.
 - e** paciente encontra-se com pneumotórax esquerdo, sendo a descompressão emergencial com uma agulha calibre 18 na linha mesoclavicular, no segundo espaço intercostal anterior, a melhor opção terapêutica.
- 34.** Paciente jovem vítima de politrauma evolui com dor abdominal em faixa 48 horas após o incidente e elevação das enzimas pancreáticas. A tomografia do abdome com contraste mostrou sinais de pancreatite aguda com escala de Balthazar D. A conduta apropriada para este paciente é:
- a** manter suporte clínico.
 - b** indicar pancreatectomia corpo caudal devido ao grau na escala de Balthazar.
 - c** indicar a necrosectomia.
 - d** iniciar tratamento com antibióticos por tratar-se de lesão infectada.
 - e** transfusão de concentrado de hemácias até atingir Hb=15.
- 35.** Um casal leva seu filho de 7 meses à emergência devido choro forte e vômitos há mais ou menos 2 horas. Durante exame físico nota-se irritabilidade, bom estado geral, abdome flácido e indolor, mas com abaulamento inguinal tenso e doloroso à esquerda, compatível com hérnia inguinal. A melhor conduta inicial para esta criança é:
- a** agendar operação eletiva.
 - b** indicar operação de urgência.
 - c** internar e reavaliar após 48 horas.
 - d** tentar reduzir o saco herniário.
 - e** aguardar o período de jejum anestésico e proceder à operação.
- 36.** Paciente do sexo masculino, 60 anos, comparece ao pronto-socorro municipal, queixando-se de distensão abdominal, dor abdominal tipo cólica, vômitos e obstipação que já duram cerca de três dias. À anamnese refere, além do agravamento dos sintomas, o surgimento de sede intensa e oligúria. A etiologia que melhor explica a dor abdominal do paciente é:
- a** apendicite aguda
 - b** obstrução intestinal
 - c** colecistite aguda
 - d** úlcera perfurada
 - e** diverticulite aguda
- 37.** Acerca do diagnóstico de apendicite aguda, assinale a alternativa correta.
- a** A diarreia pode aparecer como uma das primeiras manifestações.
 - b** Pode-se descartar o diagnóstico em pacientes que apresentam EAS com piúria.
 - c** O diagnóstico sempre pode ser obtido com a USG.
 - d** A dor é sempre localizada em fossa ilíaca direita.
 - e** Geralmente é acompanhada de febre, com temperatura superior a 39,5°C.
- 38.** Levando em consideração o carcinoma de vesícula biliar, entre as opções abaixo a que **NÃO** é considerada um fator de risco é:
- a** obesidade
 - b** cálculos Biliares
 - c** cistos do Colédoco
 - d** infecção por *Salmonella typhi*
 - e** infecção por *Enterococcus sp*

- 39.** Paciente masculino, 45 anos, foi levando ao pronto atendimento por familiares, queixando-se que a cerca de 14 horas, iniciou quadro de dor em hipocôndrio direito, acompanhado de náuseas e vômitos. Ao exame, apresenta-se levemente hipocorado (+/4+) e anictérico. No quadrante superior direito, há sensibilidade e defesa abdominal. Diante do quadro clínico do paciente, aponte a opção que apresenta o diagnóstico mais provável, assim como o melhor exame complementar e a conduta:
- a** colecistite aguda calculosa; Ecografia abdominal; Colectistectomia.
 - b** colecistite calculosa crônica; Ecografia abdominal; Colectistostomia.
 - c** pancreatite Biliar Aguda; Tomografia Computadorizada de Abdome; Jejum e Hidratação.
 - d** colangite piogênica; Ecografia abdominal; Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada.
 - e** colecistite aguda acalculosa; Tomografia Computadorizada de Abdome; Jejum, Hidratação e Antibioticoterapia.
- 40.** Paciente com hérnia localizada acima do ligamento inguinal, lateral aos vasos epigástricos inferiores e que alarga o anel inguinal interno, com destruição da parede posterior é classificada, de acordo com a classificação de Nyhus, como:
- a** Nyhus I
 - b** Nyhus II
 - c** Nyhus IIIa
 - d** Nyhus IIIb
 - e** Nyhus IIIc
- 41.** Em relação a oclusão arterial aguda por êmbolo, o local mais comum é:
- a** bifurcação da artéria femoral comum.
 - b** artéria femoral superficial ao nível do canal dos adutores.
 - c** bifurcação da artéria ilíaca comum.
 - d** artéria braquial.
 - e** bifurcação da artéria poplítea.
- 42.** Para se indicar a cirurgia para controle do dano em pacientes politraumatizados com lesões complexas, a falência metabólica deve ser causada por:
- a** acidose metabólica, coagulopatia e hipotermia.
 - b** alcalose respiratória, coagulopatia e hipertermia.
 - c** alcalose metabólica, hipercoagulabilidade e hipertermia.
 - d** acidose respiratória, hipercoagulabilidade e hipotermia.
 - e** acidose metabólica, hipercoagulabilidade e hipertermia.
- 43.** Paciente de 60 anos, apresenta queixa de dor abdominal tipo cólica, náuseas e vômitos. Durante o exame físico, observa-se abdome levemente distendido e doloroso à palpação, no entanto sem irritação peritoneal e com pequena massa com dois centímetros, não redutível, dolorosa à palpação e está abaixo da linha inguinal direita, restante do exame do abdome sem alterações. A melhor hipótese diagnóstica é:
- a** Síndrome de Marfan
 - b** Hérnia de Richter
 - c** Hérnia de Spiegel
 - d** Divertículo de Meckel
 - e** Hérnia de McVay
- 44.** Dentre as indicações para toracotomia de urgência, entre as opções abaixo a que apresenta uma indicação é:
- a** suspeita de projétil próximo a uma estrutura principal.
 - b** alargamento do mediastino com aortograma normal.
 - c** ferida aberta com lesão vascular e instabilidade hemodinâmica.
 - d** lesões traumáticas nos septos ou nas valvas cardíacas.
 - e** empiema pós-traumático.
- 45.** Quanto ao trauma do ducto biliar, a opção que indica a principal causa de mortalidade tardia é:
- a** Pancreatite
 - b** Abscesso hepático
 - c** Cirrose biliar
 - d** Abscesso subfrênico
 - e** Estenose biliar
- 46.** Paciente de 27 anos, do sexo masculino, previamente hígido, teve 60% da superfície corporal queimada e foi submetido à reposição de volume nas primeiras 24h em concordância com a fórmula de Parkland. Após 24h, apresenta balanço hídrico oligúrico. Diante do caso a melhor medida a ser adotada é:
- a** realizar USG de rins e vias urinárias.
 - b** uso de 40 mg venosa de furosemda.
 - c** iniciar dose de dopamina para abrir arteríola aferente renal.
 - d** aumentar a dose de Ringer lactato a ser reposto.
 - e** colocação do cateter Swan-Ganz.

- 47.** Paciente de 50 anos, do sexo masculino, vem se queixando de hematoquezia há cerca de 4 anos. Informou que inicialmente eram episódios esporádicos, porém foram se tornando mais frequentes. Refere que, no último 1 ano, passou a ter prolapso redutível espontaneamente, porém atualmente necessita de auxílio digital. O diagnóstico mais provável e o tratamento mais adequado, para este caso são:
- a** hemorroidas grau I; hemorroidectomia à Milligan-Morgan.
 - b** hemorroidas grau II; hemorroidectomia à Ferguson.
 - c** hemorroidas grau IV; esclerose com glicose hipertônica.
 - d** hemorroidas grau III; hemorroidectomia à Milligan-Morgan.
 - e** hemorroidas grau IV; hemorroidopexia com grampeador mecânico nº 33.
- 48.** RN nascido há dois dias, prematuro, havia sofrido de hipóxia neonatal. Foi submetido à cateterização de veia umbilical e recebeu aleitamento com leite artificial, desde então evacuou uma vez. Ao exame físico apresenta distensão abdominal, vômitos biliosos e dor à palpação generalizada. Foi solicitado RX simples de abdome que evidenciou dilatação de alças intestinais. O provável diagnóstico e a conduta para o caso são:
- a** atresia duodenal - laparotomia com duodeno-duodenostomia.
 - b** enterocolite necrosante - tratamento clínico (SNG, NPP, antibiótico) e aguardar evolução.
 - c** estenose hipertrófica do piloro - laparotomia com piloromiotomia.
 - d** intolerância ao leite artificial - suspensão do aleitamento e parenteral.
 - e** atresia do Jejunal - laparotomia com jejuno-ileostomia.
- 49.** Paciente do sexo masculino, 48 anos, chega à emergência ectoscopicamente saudável, havia sofrido queda de moto. O mesmo se encontra agitado, queixando de dor torácica e falta de ar importante. Ao exame físico, apresenta taquicardia de 145 bpm, dispneico com taquipneia intensa, além de turgência de jugulares, sudorese e leve cianose de extremidades. À inspeção, há um hematoma na região anterolateral do hemitórax direito, junto ao quinto, sexto, sétimo e oitavo espaços intercostais, com importante crepitação. Durante a ausculta respiratória há ausência do murmúrio vesicular no hemitórax direito, mas o ritmo cardíaco está regular e em dois tempos, sem abafamento de bulhas. Considerando o paciente supracitado, o diagnóstico clínico e a conduta terapêutica a serem executadas são respectivamente:
- a** pneumotórax hipertensivo e assistência respiratória por pressão positiva com reposição volêmica imediata.
 - b** embolia pulmonar e assistência respiratória e anticoagulante.
 - c** pneumotórax hipertensivo e toracocentese descompressiva imediata, seguida de toracostomia com drenagem fechada.
 - d** tórax instável com segmento paradoxal e intubação orotraqueal com ventilação por pressão positiva.
 - e** tamponamento cardíaco e pericardiocentese descompressiva ou pericardiotomia com aspiração.
- 50.** Escolar de 10 anos, chega ao hospital municipal de Santarém após queda do telhado de 4 metros, há 40 minutos. Os familiares referem perda da consciência por 4 minutos, seguida de vômitos, confusão mental e sonolência. Ao exame físico, o menor apresentava hematoma em região frontoparietal, palidez cutâneo-mucosa, pulsos finos, pupilas anisocóricas. Realizado a escala de Coma de Glasgow (ECG), o escolar realizava abertura ocular ao estímulo doloroso, sua melhor resposta verbal eram pronunciar palavras incompreensíveis e retirava o membro ao estímulo doloroso. A somatória da Escala de Coma de Glasgow e a primeira conduta a ser tomada será:
- a** ECG de 11; Realizar tomografia de crânio.
 - b** ECG de 10; Realizar radiografia de crânio e, se evidência de fratura, tomografia de crânio.
 - c** ECG de 9; Puncionar veia periférica e administrar dexametasona.
 - d** ECG de 8; Intubação orotraqueal.
 - e** ECG de 7; Realizar transferência para unidade de terapia intensiva.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA SANTARÉM 2019

Grupo B: Pré-Requisito: Cirurgia Geral

Especialidades: Cirurgia Geral Avançada, Cirurgia Pediátrica, Oncologia Cirúrgica, Urologia

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	