



**HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ**  
**PROVA DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2014**  
**CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO**

Data: 09/02/2014 - domingo  
Local: Hospital Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ  
Endereço: Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33 – São Mateus – Juiz de Fora/MG  
Horário: 18:30 às 23:00 horas

**REGULAMENTO**

**Leia atentamente as seguintes instruções:**

- 1) Você receberá do fiscal o seguinte material:
  - a) Um cartão de respostas destinado à marcação da opção que julgar acertada em cada pergunta;
  - b) Um caderno com o enunciado das 100 (cem) questões e respectivas opções, sem repetição ou falha.
- 2) Verifique se este material está em ordem. Ocorrendo dúvidas, notifique imediatamente ao fiscal.
- 3) Para cada uma das questões são apresentadas 4 (quatro) alternativas classificadas com as letras a),b),c),d); somente uma alternativa responde ao quesito proposto. Você só deve assinalar uma resposta; a marcação de mais de uma alternativa no cartão, anula a questão, mesmo que uma delas esteja correta.
- 4) As questões são identificadas pelo número que se situa junto ao seu enunciado.
- 5) Preencha **completamente o retângulo** correspondente a letra escolhida, com caneta esferográfica com tinta **azul ou preta**.
- 6) Tenha muito cuidado com o cartão de respostas para não dobrá-lo, amassá-lo ou manchá-lo em nenhuma hipótese será fornecido um substituto. **NÃO É PERMITIDO O USO DE CORRETIVO, NEM RASURAS.**
- 7) Sob a carteira somente será permitido o documento de identificação, ficha de inscrição, caneta e borracha.



- 8) Ao terminar a prova, entregue ao fiscal o caderno de questões e o cartão de respostas assinado.

Boa prova.

**ATENÇÃO**

**Condição de anulação da prova:**

**Retângulos preenchidos à lápis ou caneta hidrocor.**

**É proibido portar quaisquer aparelhos eletrônicos, mesmo desligados, incluindo relógio, computadores de mão, calculadora. A comprovação do porte de qualquer equipamento eletrônico pelo candidato resultará em sua eliminação do processo seletivo.**

- 1) Paciente 23 anos comparece ao serviço de pronto atendimento com quadro de sangramento anal. Quando arguido o paciente relata que não há dor local, nem dor abdominal, e que o sangue tem aspecto vermelho rutilante, não é em grande quantidade. Não há antecedentes mórbidos. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- a) Doença hemorroidária
  - b) Fistula perianal
  - c) Fissura anal
  - d) Abscesso perianal
- 2) Paciente é vítima de acidente automobilístico (carro) há 1 hora. Dá entrada no setor de emergência sonolento, com colar cervical, vias aéreas pervias, ausculta e percussão do tórax normais. Frequência cardíaca (FC) de 110 bpm, pressão arterial (PA) de 120x80 mmHg. Não há sinais de fraturas, o abdome é levemente doloroso. Em relação ao risco de sangramento podemos afirmar:

- a) Paciente está hemodinamicamente estável, risco baixo de sangramento, pois a PA está normal e a FC levemente elevada.
  - b) Paciente hemodinamicamente normal, a pequena elevação de PA deve-se a liberação de catecolaminas e ao estresse, não há risco de sangramento
  - c) A frequência cardíaca é um melhor marcador de sangramento nos pacientes traumatizados, do que a pressão arterial. Este paciente pode estar sangrando.
  - d) Nada se pode afirmar sem exames laboratoriais e de imagem
- 3) Paciente sexo feminino, 47 anos, com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito há 18 horas, refratária ao uso de analgésicos parenterais. Palpação abdominal com Sinal de Murphy positivo. O exame de imagem indicado neste caso é:
- a) Tomografia computadorizada de abdome
  - b) Ressonância nuclear magnética de abdome
  - c) Ultrassonografia abdominal
  - d) Cintilografia de vias biliares
- 4) Paciente icterico dá entrada no setor de emergência com dor abdominal em hipocôndrio direito, febre, alteração do nível de consciência e pressão arterial de 90x50mmHg refratária a infusão de cristalóides. Ultrassonografia de abdome mostra dilatação de vias biliares e a tomografia computadorizada de abdome mostra uma neoplasia em cabeça pancreática. A melhor conduta:
- a) Internação em UTI, drenagem de vias biliares, antibioticoterapia, uso de vasopressor e hidratação adequada
  - b) Colangiopancreatografia retrograda endoscópica (CPRE)
  - c) Gastroduodenopancreatectomia cefálica com reconstrução em Y de Roux alça única
  - d) Colectomia com drenagem das vias biliares com dreno de Kehr.

- 5) Paciente com mordedura de cobra em perna esquerda. Os familiares não trouxeram o animal, nem reconheceram seu gênero, mas relatam que o evento ocorreu há 45 minutos no sítio na Zona da Mata Mineira. O exame do local da picada mostra leve hiperemia e edema, não há sinais de flictenas, bolhas, nem necrose local. A dor é leve. A urina do paciente está de cor escura, turva, amarronzada. O paciente está desperto, lúcido, sem nenhum tipo de déficit motor. O provável gênero da cobra é:
- a) Botropico
  - b) Crotalico
  - c) Laquetico
  - d) Elapidico
- 6) Paciente foi submetido à cirurgia urológica (prostatectomia) e apresentou evolução favorável, sem nenhum tipo de intercorrência, com alta no PO 5. Retorna após 3 dias com dor em panturrilha direita, empastamento local, dor a elevação do membro. Perfusão distal no membro e a temperatura encontram-se adequadas. Qual a principal hipótese diagnóstica e o exame a ser solicitado para confirmá-la:
- a) Trombose venosa profunda / ultrassom doppler de membros inferiores
  - b) Trombose venosa profunda / arteriografia de membros inferiores
  - c) Oclusão arterial aguda / angiotomografia membros inferiores
  - d) Tromboangíte obliterante / angiotomografia de membros inferiores
- 7) Paciente com dor abdominal em fossa ilíaca direita. Segundo o próprio paciente a dor iniciou em mesogástrio e evoluiu para fossa ilíaca direita após 4 horas. Está hiporético, mas não há vômitos, diarreia ou febre. O exame do abdome mostra contratatura e defesa à palpação em fossa ilíaca direita, além de Blumberg positivo. Em relação à confirmação diagnóstica podemos afirmar:
- a) Ultrassonografia abdominal basta

- b) Caso seja do sexo feminino a tomografia é o melhor método
  - c) Além de ultrassonografia (ou tomografia) hemograma completo (com leucometria) é necessário
  - d) Nenhum exame é necessário para confirmação
- 8) Paciente 76 anos com hérnia NyhusIIIa tem como melhores opções cirúrgicas:
- a) Técnica de Lichteinstein ou herniorrafiavideolaparoscópica
  - b) Técnica de Bassini ou Marcy
  - c) Qualquer técnica sem tela de prolene
  - d) Qualquer técnica cirúrgica que utilize tela de dupla face.
- 9) Paciente encaminhado pela hematologia com diagnóstico de esferocitose para parecer (avaliação) da cirurgia. A conduta que você vai indicar para tratar esta doença é:
- a) Esplenectomia
  - b) Corticoterapia e Plasmaferese
  - c) Quimioterapia
  - d) Transplante de medula óssea
- 10) Paciente na UTI em pós-operatório de nefrectomia por pionefrose e abscesso perirrenal, apresenta os seguintes parâmetros gasométricos: pH=7,26; PaCO<sub>2</sub>= 37; e HCO<sub>3</sub>= 17. O distúrbio gasométrico apresentado é:
- a) Acidose respiratória
  - b) Acidose metabólica
  - c) Acidose refratária
  - d) Acidose mista

11) São alterações fisiopatológicas encontradas na síndrome de compartimento abdominal:

- a) Diminuição da frequência cardíaca
- b) Diminuição da pressão ocluída da art. Pulmonar e da pressão das vias aéreas
- c) Diminuição da pressão venosa central e da pressão intratorácica
- d) Diminuição da complacência pulmonar e da capacidade residual funcional

12) Observe duas situações distintas: (1) paciente com cisto hepático de 35 cm de diâmetro em lobo esquerdo, apresentando dor abdominal em epigástrio recorrente, limitando atividades diárias; (2) paciente com cisto hepático 35 cm de diâmetro em lobo direito mas sem sintomas no momento. O tratamento adequado respectivamente consiste em:

- a) (1) Destelhamento (“unroofing”) do cisto / (2) tratamento conservador (não operar)
- b) (1) hepatectomia esquerda / (2) hepatectomia direita
- c) (1) destelhamento (“unroofing”) do cisto / (2) destelhamento (“unroofing”) do cisto
- d) (1) destelhamento (“unroofing”) do cisto / (2) punção evacuadora do cisto

13) Paciente sexo feminino 35 anos, apresenta nódulo sólido hipocaptante em lobo direito de tireóide. A conduta mais apropriada é:

- a) Tireoidectomia parcial com esvaziamento cervical unilateral
- b) Tireoidectomia total + radioterapia
- c) Quimioterapia
- d) Biópsia através de punção (PAAF) e envio para estudo citológico

14) Paciente do sexo masculino, 47 anos apresenta-se com lesão cutânea elevada em dorso. Os bordos são assimétricos, com bordos irregulares e hiperocrômica. Segundo o paciente o crescimento foi rápido. A principal hipótese diagnóstica é:

- a) Melanoma
- b) Carcinoma basocelular
- c) Carcinoma espinocelular
- d) Nevus comum

15) Criança de 7 anos é trazida ao ambulatório de cirurgia pediátrica com histórico de sinais flogísticos recorrentes em região cervical anterior. O exame físico encontra um nódulo de mais ou menos 1,7 cm de diâmetro em linha média, de consistência fibroelástica, caudal ao osso

hióide. A mãe informa que a lesão “mexe pra cima e pra baixo quando a criança engole”. O diagnóstico mais provável é de:

- a) Cisto branquial
- b) Cisto tireoglossos
- c) Higroma cístico
- d) Adenopatia cervical

16) Paciente obesa comparece ao ambulatório de cirurgia bariátrica com desejo de ser submetida à cirurgia para redução de estômago. Seu peso é 126 kg e sua altura é de 1,80 m. pode-se afirmar:

- a) Tem com certeza indicação de cirurgia bariátrica
- b) Indicação de cirurgia bariátrica somente se apresentar co-morbidades associadas
- c) Não tem indicação de cirurgia bariátrica
- d) Pode ser considerada superobesa

17) Síndrome de PruneBelly inclui:

- a) Extrofia de bexiga, cisto de úraco, duplicação ureteral
- b) Estenose uretral, disfunção neurovesical, criptorquidia
- c) Valva de uretra posterior, hipospádia, fibrose retroperitoneal
- d) Deficiência de musculatura da parede abdominal, criptorquidia bilateral, dilatação do trato urogenital

18) Paciente encontra-se em pós-operatório de gastrectomia subtotal por neoplasia de antro gástrico. Apresenta após 18 h da cirurgia dois picos de temperatura de 37,9 graus e 38 graus. Esta hipertermia deve-se:

- a) Síndrome de resposta inflamatória sistêmica
- b) Abscesso intra-abdominal
- c) Atelectasia
- d) Choque pirogênico

19) A respeito de um paciente com morte encefálica podemos afirmar:

- a) Reflexos de deglutição e tosse podem estar presentes
- b) Reflexos medulares podem estar presentes
- c) A presença de midríase fixa diagnostica morte encefálica e o reflexo óculo-vestibular é menos importante que o óculo-cefálico
- d) Alterações na frequência cardíaca durante estimulação dolorosa, não devem ser valorizadas.

20) Paciente de 74 anos interna para submeter-se a esofagectomia subtotal em decorrência de carcinoma epidermoide de esôfago torácico. Durante a anamnese foi relatada uma perda de peso de 8 Kg (paciente tinha peso habitual de 70 Kg) em 2 meses. Marque a alternativa correta:

- a) Nutrir o paciente no pré e pós-operatório
- b) Apenas a nutrição pós-operatória se faz necessária.
- c) Caso se opte por nutrição pré-operatória, esta deve ser realizada por um período mínimo de 7 a 10 dias. É desnecessária a nutrição pós-operatória.
- d) Somente estará indicada nutrição no caso de cirurgia curativa

21) Paciente de 65 anos, sexo feminino é internada com diagnóstico de tumor gástrico. A endoscopia digestiva alta mostra lesão de 1,5 cm de diâmetro em pequena curvatura, no antro e dista 12 cm da transição esofagogástrica e 5 cm do piloro. O exame histológico mostra adenocarcinoma. A decisão de realizar uma gastrectomia total ou subtotal depende:

- a) Tipo histológico (classificação de Lauren) e margem
- b) Apenas região do estômago envolvida
- c) Distância para o piloro e para a transição esofagogástrica
- d) Idade e sexo



22) No caso clínico acima, se o cirurgião pensar que se trata de neoplasia gástrica precoce, ele necessitará realizar uma ecoendoscopia. Até que camada da parede gástrica a lesão pode invadir para que a neoplasia possa ser denominada precoce:

- a) Submucosa
- b) Muscular
- c) Serosa
- d) Apenas mucosa

23) No caso clínico da questão 21, em se pensando em uma cirurgia com intenção curativa, a linfadenectomia preferencialmente deverá ser:

- a) D1 com pancreatemia
- b) D2
- c) D3
- d) D1 com esplenectomia

24) Paciente com cirrose hepática Child-Pugh B, apresenta um tumor em lobo hepático esquerdo de 04 cm de diâmetro. A biópsia mostrou tratar-se de carcinoma hepatocelular. Há elevação de bilirrubina e varizes esofageanas de grosso calibre. Marque a alternativa correta em relação ao melhor tratamento:

- a) Transplante hepático ortotópico
- b) Hepatectomia esquerda, pois, o nódulo é único
- c) Somente alcoolização percutânea, pois, é portador de cirrose
- d) Quimioembolização ou embolização transarterial como terapia alternativa, já que não está indicada ressecção ou transplante.

25) Paciente feminina de 35 anos dá entrada no setor de emergência do hospital com quadro de abdome agudo. Exames laboratoriais mostram anemia (hemoglobina 6,5 g/dl) e ultra-sonografia identifica líquido livre em cavidade abdominal (provável sangue) e lesão sólida em segmento 6 hepático, superficial, com sinal de rotura. Não apresenta antecedentes mórbidos, a não ser uso contínuo de longa duração de contraceptivo oral. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) Adenoma hepático
- b) Hiperplasia nodular focal
- c) Hepatocarcinoma
- d) Colangiocarcinoma

26) A incidência de gastrite alcalina é maior em que tipo de reconstrução após gastrectomia:

- a) Y de Roux
- b) Billroth I
- c) Billroth II
- d) Píloroplastia

27) Em relação aos afogamentos podemos afirmar:

- a) Há sempre indicação de corticoterapia
- b) Há sempre indicação de diuréticos nos casos de afogamento em água doce
- c) Nos graus 5 e 6 está indicada restrição hídrica
- d) A causa básica da mortalidade é a hipóxia, acompanhada de acidose metabólica

28) Marque a alternativa correta em relação a resposta endócrino-metabólica ao trauma:

- a) Incoordenação de alterações complexas e não integradas, que tem por objetivo a manutenção da homeostase e cicatrização de feridas.
- b) Sinergismo dinâmico entre múltiplos eixos
- c) Na maioria dos casos é incoordenada e não limitada, promovendo deterioração do estado orgânico normal.
- d) Quase sempre uma reação desproporcionada: hipercatabolismo e efeitos deletérios

29) A respeito da pressão intra-abdominal podemos afirmar:

- a) É normal de 0 a 7 mmHg ou 0 a 5 cmH<sub>2</sub>O
- b) Em PO não complicado atinge 20 cmH<sub>2</sub>O
- c) O grau I corresponde a 15 a 20 mmHg
- d) A cirurgia de descompressão está indicada somente a partir de uma pressão de 40 cmH<sub>2</sub>O

30) A causa mais comum de óbito em pós-operatório de aneurisma de aorta abdominal eletiva é:

- a) Insuficiência coronariana
- b) Acidente vascular encefálico
- c) Sangramento intra-abdominal
- d) Insuficiência respiratória e renal

31) Criança de 4 meses, sexo masculino, melanodérmico, apresenta quadro de vômitos persistentes há 9 dias segundo a mãe. Os vômitos ocorrem predominantemente após alimentações com leite materno e não contém bile, mas contém grumos de leite parcialmente digeridos. A criança está desidratada, tem fontanelas bastante deprimidas, olhos encovados, boca seca, respiração superficial e alcalose metabólica à gasometria. O exame clínico identifica nódulo firme móvel, do tamanho de uma azeitona em abdome superior próximo ao gradil costal direito. O diagnóstico mais provável é:

- a) Estenose hipertrofica de piloro
- b) Atresia de esôfago
- c) Pancreasdivisum
- d) Microgastria

32) Indivíduo vítima de queimadura com óleo comprometendo 25% do corpo. O aspecto mais importante do tratamento deve ser:

- a) Antibioticoterapia
- b) Curativo com sulfadiazina de prata
- c) Hidratação
- d) Analgesia contínua com meperidina

33) Cirurgião pediátrico está realizando uma herniorrafia eletiva em criança do sexo feminino e encontra uma estrutura dentro do saco herniário. Na infância, a estrutura que se encontra mais freqüentemente deslizada dentro do saco herniário de meninas é:

- a) Ovário;
- b) Bexiga;
- c) Epiplon;
- d) Intestino

34) Paciente sexo feminino, 77 anos é diagnosticada com quadro de infecção urinária e gastrite intensa após realização de exame de urina e endoscopia digestiva alta. Paciente é portadora de diabetes mellitus, hipertensão arterial e tem como antecedente troca de valva mitral; encontra-se em uso insulina NPH, atenolol, amiodarona e warfarina. O tratamento proposto consiste em omeprazol 40 mg 2x/dia e ciprofloxacino 500 mg 2x/dia. Depois de 4 dias a paciente retorna ao hospital com dor abdominal, sem sinais de irritação peritoneal ao exame físico. Afebril. Palpa-se uma massa que se estende desde a fossa ilíaca direita até o hipocôndrio direito. A tomografia computadorizada de abdome mostra lesão expansiva com diâmetro de 9 x 10 x 12 cm a partir do pólo inferior do rim direito, com compressão do cólon direito. Hemoglobina é de 5,1g/dl, leucócitos discretamente aumentados. A hipótese diagnóstica mais provável é de:

- a) Abscesso intra-abdominal
- b) Hematoma de retroperitoneo
- c) Neoplasia colonica
- d) Diverticulite perforada a direita

35) Paciente 15 anos é vítima de acidente automobilístico. Dá entrada no setor de emergência e é encaminhada à UTI. Apresenta com dor abdominal intensa (trauma abdominal), com sinais discretos de irritação peritoneal, notadamente em abdome superior, mas não há fraturas de

arcos costais. O exame físico mostra um abdome assimétrico, mais elevado a direita, mas sem sinais de irritação peritoneal dos demais quadrantes. Pressão intra-abdominal é de 12 cm/H<sub>2</sub>O.A hemoglobina é de 6,6 g/dl. A tomografia computadorizada de abdome identifica hematoma extenso em fígado medindo 12x12x12 cm (lesão grau 4 hepática), pequena quantidade de líquido em goteira parietocolica direita e pelve, não há pneumoperitoneo. A radiografia de tórax mostra contusão pulmonar leve sem pneumotórax. A paciente tem leve dispneia e gasometria arterial com acidose respiratória leve. No momento encontra-se hemodinamicamente estável, não há queda da hemoglobina, apesar da dor abdominal e dispneia ainda persistirem nas últimas 8 horas. A melhor conduta no momento é:

- a) Cirurgia de urgência: hepatectomia não regradada
- b) Cirurgia de urgência: cirurgia de controle de danos
- c) Conduta expectante: acompanhar com hemoglobina, TC de abdome e pressão intra-abdominal; cateterismo nasogastrico, cateterismo vesical, oxigenioterapia sob máscara nasal inicialmente (controle gasométrico); embolização de ramos da artéria hepática no caso de sangramento pode ser necessário, assim como ventilação mecânica.
- d) Conduta expectante: antibioticoterapia de largo espectro, ventilação mecânica controlada, drenagem torácica profilática, manter hemoglobina acima de 11 g/dl. Assim que apresentar estabilização videolaparoscopia diagnóstica e se necessário terapêutica.

36) Paciente internado em UTI com quadro de insuficiência renal aguda é submetido à instalação de cateter de hemodiálise em veia subclávia direita através da técnica de Seldinger. Evolui após 30 minutos, antes da hemodiálise, com desconforto respiratório, dispneia, hipotensão arterial, rebaixamento do sensorio. Exame físico mostra timpanismo a percussão de hemitórax direito e murmúrio vesicular abolido a direita. A medida correta a ser tomada é:

- a) Drenagem torácica em selo d'água, depois radiografia de tórax para controle do posicionamento do dreno e expansão pulmonar
- b) Radiografia de tórax e após conformação do pneumotórax drenagem de tórax a direita em selo d' água.
- c) Início rápido da hemodiálise para controle da uremia

- d) Intubação orotraqueal sob sedação, início da hemodiálise e posteriormente drenagem de tórax
- 37) A indicação cirúrgica não é rotineira na Hipertrofia Prostática Benigna. Citar a alternativa que não é indicação de cirurgia:
- a) Retenções urinárias agudas freqüentes
  - b) Resíduo urinário importante
  - c) Pacientes mais jovens com sintomas predominantemente irritativos
  - d) Infecções recidivantes com sintomatologia intensa
- 38) Paciente jovem com história de hipertensão arterial de difícil controle, taquicardia (FC maior que 120 bpm), cefaleias intensas recorrentes, sudorese profusa excessiva, palpitações. A dosagem urinária de acidovanil mandélico encontra-se acima da normalidade. O diagnóstico provável é:
- a) Doença de Addison
  - b) Feocromocitoma
  - c) Hiperaldosteronismo primário
  - d) Doença de Cushing
- 39) Paciente sexo masculino de 70 anos deu entrada na UTI com quadro de sonolência, palidez cutânea intensa, taquicardia, taquipnéia, hipotensão arterial, dor torácica dorsal muito importante. A monitorização hemodinâmica mostrava taquicardia sinusal, oximetria de pulso com 87%. O exame físico não identificou pulsos femorais nem poplíteos, mas os pulsos carotídeos estavam presentes e os pulsos radiais muito finos. Hemoglobina de 6,7 g/dl e acidose mista à gasometria. O diagnóstico mais provável é:
- a) Aneurisma dissecante de aorta
  - b) Aneurisma de ventrículo esquerdo
  - c) Infarto agudo do miocárdio
  - d) Pneumotórax hipertensivo
- 40) Não são contraindicações absolutas para doação de órgãos:
- a) Carcinoma in situ do colo uterino
  - b) Sepses ativa e não controlada

- c) Desconhecimento do diagnóstico da causa de morte encefálica
- d) Paciente desconhecido

41) Com relação ao carcinoma adenocístico de traquéia é incorreto afirmar que:

- a) Origina-se das glândulas produtoras de muco da mucosa traqueal.
- b) O crescimento intraluminal é maior que o extratraqueal.
- c) É altamente invasivo para as estruturas vizinhas extratraqueais.
- d) Apresenta infiltração submucosa traqueal além dos limites macroscópicos

42) Homem de 60 anos de idade, tabagista desde os 15, em média 2 maços/dia, refere ser portador de nódulo pulmonar identificado em radiografia convencional de tórax recente. Na TC de tórax, observa-se nódulo de 9 mm em lobo superior esquerdo, distante 2cm da superfície pulmonar. Seu pai morreu de câncer de pulmão e, por esse motivo, faz radiografias de tórax anuais, que são sempre normais. Tem PET-CT recente, solicitado por sua filha médica, que não mostra captação na referida lesão. A melhor opção, na sequência, é:

- a) Nova TC em 4 meses pois, o PET-CT não mostra atividade metabólica na lesão.
- b) Punção aspirativa guiada por TC e, caso haja negativa para malignidade, manter indicação de nova TC em 4 meses.
- c) Ressecção em cunha da lesão por vídeo após sua marcação com auxílio da TC, estabelecer o diagnóstico e definir o tratamento adequado.
- d) Toracotomia exploradora e ressecção em cunha do nódulo pulmonar, pelo alto risco de neoplasia pulmonar. Lobectomia radical no caso de tumor primário de pulmão.

43) Mulher de 58 anos de idade apresenta clinicamente síndrome de obstrução de cava superior. A TC de tórax mostra apenas adenomegalia mediastinal (4R) de aproximadamente 3 cm de diâmetro. Não se observa compressão da cava superior pela adenomegalia, somente obstrução da luz por trombo. Em sua história patológica progressa, refere lobectomia radical superior direita há 2 anos para tratamento de neoplasia de pulmão. Na época, a mediastinoscopia transcervical foi negativa. O PET-CT atual mostra atividade metabólica discreta em correlação com a adenomegalia mediastinal (SUVmax de 2,1). Nesse caso, tem-se que:

- a) O PET-CT, isoladamente, é diagnóstico de certeza de recidiva.

- b) A mediastinoscopia transcervical está contraindicada como forma de diagnóstico, pelo quadro de síndrome de cava superior.
  - c) A segunda mediastinoscopia tem indicação, porém pode apresentar limitações técnicas.
  - d) A pleuroscopia com biópsia do linfonodo é mais segura e efetiva que a mediastinoscopia.
- 44) Paciente de 18 anos chega à emergência com quadro de dispneia, sudorese, cianose e cornagem. Mãe refere que o paciente permaneceu internado por 30 dias há 3 meses devido a trauma cranioencefálico, permanecendo intubado por 13 dias. Qual a melhor conduta a ser tomada:
- a) Traqueostomia de urgência
  - b) Dilatação traqueal e programação de traqueoplastia o mais precoce possível
  - c) Dilatação traqueal
  - d) Intubação orotraqueal e corticóide venoso
- 45) Com relação às manifestações paraneoplásicas em tumores de pulmão, está incorreta a afirmativa:
- a) Encefalopatia, polimiosites e síndrome de Eaton-Lambert são manifestações neurológicas paraneoplásicas em câncer de pulmão.
  - b) A insuficiência suprarrenal (síndrome de Addison) é manifestação frequente no grupo das síndromes paraneoplásicas e deve ser diferenciada daquela produzida pela disfunção suprarrenal por metástases.
  - c) A hipercalcemia pode ser resultante de destruição óssea por metástases e ou pela produção ectópica de paratormônio.
  - d) A síndrome de secreção inapropriada do hormônio antidiurético é mais frequente em mulheres com tumores de pequenas células.
- 46) Homem de 56 anos, alcoólatra e dependente de drogas. História recente (uma semana) de infecção respiratória com extrema fetidez no escarro. Febre persistente e prostração. Usando antibióticos, sem melhora clínica. Radiografia de tórax mostra grande massa no lobo superior direito e a TC sugere o diagnóstico de abscesso pulmonar, com provável estenose do brônquio. Broncofibroscopia evidenciou estenose parcial do brônquio lobar por tecido de granulação, com pequena drenagem de secreção purulenta fétida. Qual atitude seria recomendada neste momento:
- a) Manutenção do tratamento clínico
  - b) Dilatação e aspiração traqueobrônquica
  - c) Toracotomia e lobectomia
  - d) Segmentectomia por videotoracoscopia



- 47) Paciente de 18 anos, sexo masculino, assintomático do ponto de vista respiratório, realiza exames de rotina admissional na construção civil. A radiografia do tórax evidenciou hipertransparência no campo pleuropulmonar superior esquerdo. O paciente foi submetido a tomografia computadorizada que mostrou broncomucocele e hiperinsuflação de lobo superior esquerdo. Estes achados permitem confirmar o diagnóstico de:
- a) Displasia broncopulmonar
  - b) Atresia brônquica
  - c) Enfisema lobar congênito
  - d) Pneumotórax
- 48) Qual das opções abaixo representa o conjunto de medidas essenciais para o atendimento a um paciente portador de traumatismo crânio-encefálico?
- a) Normoglicemia, pressão de perfusão cerebral acima de 40 mmHg, corticoide e oxigênio suplementar
  - b) Pressão de perfusão cerebral acima de 60 mmHg, normoglicemia, controle da temperatura e oxigênio suplementar
  - c) Pressão de perfusão cerebral acima de 40 mmHg, manitol, corticoide e hidantalação
  - d) Pressão de perfusão cerebral acima de 60 mmHg, normoglicemia, controle de temperatura, oxigênio suplementar, corticoide venoso e solução salina hipertônica
- 49) Paciente 15 anos, sexo feminino, vítima de acidente automobilístico com queimadura de segundo e terceiro grau em aproximadamente 80% da superfície corporal, com peso estimado em 70 kg. Assinale abaixo a alternativa correta em relação a hidratação venosa a ser realizada nas primeiras 24 horas após o atendimento inicial:
- a) Ringer lactado ou solução salina, 8l nas primeiras 8h seguido de mais 8l nas próximas 16h
  - b) Solução glicosada, 4l nas primeiras 12h seguido de 12l nas próximas 12h
  - c) Ringer lactato ou solução salina, 4l nas primeiras 12h seguido de mais 4l nas próximas 12h
  - d) Solução glicosada, 8l nas primeiras 8h seguido de mais 8l nas próximas 16h



50) Paciente do sexo masculino, 65 anos, submetido a retirada colonoscópica de pólipó sésil, com 1,5 cm de diâmetro, de cólon sigmóide. O exame anatomopatológico mostrou adenoma túbulo-viloso com áreas de adenocarcinoma moderadamente diferenciado que atinge a mucosa e, em 10% da lesão, a submucosa. Qual a conduta?

- a) Observação e colonoscopias semestrais
- b) Observação e colonoscopias anuais
- c) Sigmoidectomia e esvaziamento ganglionar
- d) Sigmoidectomia