



HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ PROVA DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2016 CIRURGIA PLÁSTICA

Data: 28/02/2016 - domingo
Local: Hospital Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ
Endereço: Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33 – São Mateus – Juiz de Fora/MG
Horário: 09:00 às 11:30 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 50 (cinquenta) 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.
- 9) 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, calculadoras, telefones celulares, etc.
A comprovação do porte de qualquer equipamento eletrônico pelo candidato resultará em sua eliminação do processo seletivo.

- 1) Paciente dá entrada em um pronto-socorro queixando-se de fezes escurecidas e com odor fétido há 36 horas. Refere dor epigástrica leve há cerca de 20 dias, e está em uso de anti-inflamatório não hormonal decorrente de artrite no joelho. Não apresentou vômitos ou diarreia. Tem 27 anos de idade, sem outras morbidades associadas. Está hemodinamicamente normal. Você chama o endoscopista, mas durante o período de espera o paciente se torna sonolento, pálido. A frequência cardíaca é de 136bpm, a pressão arterial é de 80/40 mmHg. A conduta mais adequada nesta situação, neste momento, lembrando que seu hospital não dispõe de UTI é:
- a) passar balão de Sengstaken-Blakemore ou Linton-Nachlas
 - b) infusão de terlipressina
 - c) reposição volêmica, monitorização dos sinais vitais
 - d) infusão de octreotídeo
- 2) Fazem parte dos fatores de risco para isquemia mesentérica, exceto:
- a) idade superior a 50 - 60 anos, história prévia de embolia arterial
 - b) ICC, arritmia cardíaca (Fibrilação Atrial), IAM recente, valvulopatias.
 - c) hipovolemia, hipotensão grave, sepse, pós-operatório de cirurgia cardíaca
 - d) estados de hipocoagulabilidade: aumento de proteínas C, S e de antitrombina III
- 3) Das doenças trombofílicas abaixo, qual apresenta maior risco de trombose venosa profunda nos pacientes a serem submetidos a cirurgia:
- a) Fator V de Leiden
 - b) Deficiência de proteína C e S
 - c) Deficiência de antitrombina
 - d) Sínd. do Anticorpo antifosfolípide
- 4) Paciente apresenta nódulo sólido de tireoide à ultra-sonografia. A cintilografia revela lesão hipocaptante ("fria"). A conduta a ser tomada a seguir é:
- a) Tomografia computadorizada de região cervical
 - b) biópsia através de punção e envio para estudo citológico

- c) tireoidectomia parcial com envio da peça para estudo histológico
- d) tireoidectomia total com envio da peça para estudo histológico
- 5) Marque a alternativa correta em relação aos insulinomas:**
- a) são os tumores neuroendócrinos de pâncreas menos comuns.
- b) São derivados das células delta das ilhotas de Langerhans
- c) São malignos em 10 a 25% dos casos, com metástases mais freqüentes para o fígado
- d) São múltiplos em 95% dos casos
- 6) Vítima de ferimento por projétil de arma de fogo em hemitórax esquerdo apresenta palidez cutânea, taquicardia, taquipnéia, hipotensão arterial, desvio da traquéia para a direita e, turgência jugular. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular abolido à esquerda. A conduta adequada imediata neste caso é:**
- a) Punção do segundo espaço intercostal esquerdo com abocath (jelco) de grosso calibre
- b) Drenar o hemitórax esquerdo e colocação do tubo em selo d'água
- c) radiografia de tórax no leito
- d) radiografia de tórax em posição ortostática, decúbito dorsal associadas a radiografia de abdome
- 7) Paciente vítima de queimadura em face (sobrancelhas e barba queimados) apresenta escarros carbonáceos e tosse, mas não há estridor nem agitação e a saturação de O₂ pela oximetria de pulso é normal. A melhor mais adequada consiste em:**
- a) oxigênio sob cateter nasal 7 litros por minuto
- b) oxigênio sob mascara de venturi 7 litros por minuto
- c) ventilação não-invasiva com pressão positiva
- d) intubação endotraqueal
- 8) Paciente do sexo feminino, 69 anos queixa de dor abdominal intensa de início súbito, localizada em hipocôndrio esquerdo e flanco, associada a hematoquezia e vômitos. Sinais vitais permanecem**

normais. Na história patológica pregressa, a paciente apresenta deficiência de proteína S em tratamento. Ultra-sonografia de abdome foi normal. Tomografia computadorizada de abdome mostrou espessamento da parede colônica desde porção distal de colon transverso até início de colon sigmoide, e ateromatose difusa de vasos esplancnicos. Colonoscopia revelou mucosa colônica em flexura esplênica e descendente com áreas erodidas longitudinalmente, com fibrina em seu leito, ulcerações rasas de bordas irregulares com nodosidades, congestão vascular importante e friabilidade. A biopsia mostrou mucosa com atrofia focal. O diagnóstico mais provável é:

- a) Colite isquêmica
- b) doença de Crohn
- c) Retocolite ulcerativa
- d) Doença de Whipple

9) Paciente 69 anos com diagnóstico de carcinoma epidermóide de esofago foi submetido à radioterapia e quimioterapia e retorna ao consultório para marcação da cirurgia. Durante o novo exame clínico o peso do paciente é de 62 Kg, havendo uma perda de 10 Kg nos últimos 3 meses. A conduta apropriada para o caso é:

- a) operar o doente e instituir nutrição parenteral no pós-operatório imediato até que o paciente reestabeleça a nutrição via oral
- b) operar o doente e instituir nutrição enteral por meio de jejunostomia criada durante a cirurgia no pós-operatório imediato até que o paciente re-estabeleça a nutrição via oral.
- c) Nutrição enteral pré-operatória por 2 a 3 semanas, e nutrição enteral pós-operatória através de jejunostomia.
- d) Nutrição parenteral pré-operatória por 7 dias, seguida de nutrição parenteral pós-operatória

10) Paciente apresenta hemorragia digestiva alta maciça. Endoscopia digestiva alta de urgência revelou varizes de médio calibre em esôfago médio e distal, com estigmas de sangramento recente. A hemostasia endoscópica com ligadura elástica foi tentada sem sucesso. Optou-se, então pela colocação de balão de Sengstaken-Blakemore e o paciente foi encaminhado à UTI, onde recebeu transfusão de hemoderivados, com estabilização do quadro. Após 8 horas, o balão foi retirado e o paciente voltou a apresentar sangramento ativo. No exame clínico foi notado que o paciente não apresentava quaisquer sinais de insuficiência hepatocítica (cirrose) ou sinais semiológicos de

esquistossomose hepato-esplênica. Os exames laboratoriais mostraram enzimas hepáticas normais. A família relatou que há um ano o paciente sofreu grave acidente automobilístico sendo tratado em UTI e com instabilidade hemodinâmica. Foi solicitado ultra-sonografia abdominal com doppler, que demonstrou apenas esplenomegalia leve e ascite laminar, com fluxo das veias porta e esplênica preservados. A colocação de um cateter de Swan-Ganz em artéria pulmonar mostrou insuficiência cardíaca de alto débito (sinal de Nicoladonni-Brahmann). A tomografia abdominal com contraste foi normal. Qual das hipóteses diagnósticas abaixo não pode ser excluída:

- a) síndrome aórtico-mesentérica
- b) pancreatite crônica com trombose da veia esplênica
- c) tromboflebite migratória da veia porta (doença de Cauchois-Eppinger-Frugoni)
- d) fístula arterio-venosa (arterioportal)

11) Vítima de acidente automobilístico apresentou múltiplas fraturas e trauma tóraco-abdominal. Hemopneumotórax à direita foi drenado. Hipotensão arterial inicial foi revertida com expansão volêmica. O paciente evoluiu com distensão abdominal importante e oligúria (elevação de escórias nitrogenadas) 18 horas após a admissão. A pressão venosa central era de 20 mmHg, o sódio urinário era de 13 mEq/L e o sedimento urinário normal. Ultra-sonografia abdominal revelou hematoma retroperitoneal, ascite importante associada à distensão de alças, mas ausência de hidronefrose bilateralmente. A pressão intravesical era de 33 mmHg. Qual a conduta mais apropriada nesta situação?

- a) diálise precoce
- b) dopamina 1 – 2 mcg/Kg/min
- c) coloides
- d) descompressão abdominal

12) Paciente do sexo feminino, 31 anos, branco, foi admitida no hospital com quadro de hipertermia, prostração, hemorragias conjuntivais e necrose em dois pododáctilos, sugestivas de embolia arterial. O paciente se encontrava no 20º dia de pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica, iniciou o quadro atual há uma semana, apresentando também dispnéia aos esforços e edema de membros inferiores. Apresentava-se toxemiado, hipotenso, refratário a expansão volêmica, taquicárdico, febril; o exame clínico mostrava turgência jugular, sopro sistólico mitral,

estertores crepitantes basais em ausculta pulmonar, hepatoesplenomegalia e edema de membros inferiores; foi transferido para a UTI com o diagnóstico de sepse de foco indeterminado. Evoluiu com confusão mental, agitação psicomotora, piora da taquicardia e da hipotensão mesmo após início da noradrenalina. Houve redução do volume urinário, hematúria macroscópica e dispnéia acentuada. O ecodoppler transtorácico demonstrou vegetação oscilante em valva mitral. O mais provável diagnóstico, agente etiológico e tratamento inicial recomendado, podemos considerar:

- a) endocardite precoce relacionada a cirurgia prévia por staphylococcus aureus ou epidermidis; vancomicina e gentamicina
- b) endocardite por streptococcus viridans ou bovis; penicilina G
- c) endocardite por doença valvular pré-existente por streptococcus viridans; ampicilina, gentamicina e oxacilina
- d) endocardite tardia não relacionada a cirurgia prévia, por enterobactérias ou pseudomonas aeruginosa; cefalosporina de 3ª ou 4ª geração.

13) Paciente com 35 anos, sexo feminino, assintomática, traz ao seu consultório uma ultra-sonografia mostrando um pólipio de 0,9 cm em vesícula biliar associado a colecistolitíase. Qual a conduta apropriada:

- a) Operar somente por laparotomia
- b) operar, pois o pólipio é maior que 0,6 cm
- c) não operar pois a paciente é do sexo feminino, jovem, assintomática e o pólipio é menor que 1 cm
- d) operar somente se ressonância mostrar-se alterada

14) Qual a opção correta em relação a classificação de Nyhus para hérnias inguinais:

- a) tipo 3a – indireta
- b) tipo 3b – direta
- c) tipo 4 – recidivada
- d) tipo 3c – direta e indireta

15) Paciente do sexo feminino, 51 anos foi admitida com icterícia de evolução há 2 meses, associada a acolia fecal, colúria e prurido. Referia também hiporexia e emagrecimento de aproximadamente 5 kg em duas semanas. Na anamnese, relatava pirose com piora ao se alimentar, mas negou apresentar febre e dor abdominal. Há dois anos, em virtude de diarreia de “aspecto gorduroso” e emagrecimento, se submeteu a colonoscopia cujo exame foi normal. Antecedentes incluem cesariana, infecção do trato urinário de repetição e osteoporose. Ao exame físico, apresentava-se com icterícia, lesões crostosas difusas, massa palpável indolor em hipocôndrio direito. Os exames laboratoriais mostraram amilase com valor normal, enzimas hepáticas elevadas, discrasia sanguínea (RNI = 2,6), CEA e CA 19-9 normais. Ultra-sonografia abdominal mostrou vesícula biliar muito distendida, vias biliares intra e extra-hepáticas dilatadas; junto à cabeça pancreática foi visualizada imagem heterogênea, predominantemente hipocóica, com imagens císticas de permeio, medindo 7,2 cm x 5,3 cm x 4,6 cm (volume de 91,8 cm³); corpo e caudas normais. Realizou-se então uma tomografia abdominal computadorizada de abdome que visibilizou massa em cabeça de pâncreas, esponjosa, com septos e calcificações centrais (“favo de mel”). Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) mostrou lesão irregular de colédoco médio e distal sugestiva de tumor de cabeça de pâncreas. Qual é mais provável:

- a) adenoma microcístico (cistadenoma seroso)
- b) neoplasia sólido-cístico-papilar (tumor de Frantz)
- c) linfoma de pâncreas
- d) cisto linfoepitelial

16) Paciente apresenta dor intensa de aparecimento súbito em membro inferior direito. O exame físico mostrou ausência de pulsos abaixo da fossa poplíteia, presença de palidez cutânea, hipotermia e dificuldade de movimentação do membro acometido. O paciente é portador de fibrilação atrial. O mais importante no que diz respeito ao tratamento é:

- a) anticoagulação
- b) trombolíticos
- c) correção da arritmia
- d) embolectomia

17) Em relação aos tumores de cabeça e pescoço podemos afirmar:

- a) a maioria dos tumores de glândulas salivares ocorre na parótida
- b) os tumores de orofaringe na sua maioria se apresentam como vegetações
- c) os sinais e sintomas referentes aos tumores supraglóticos de laringe não dependem do local da neoplasia
- d) os tumores papilíferos de tireóide exigem complementação terapêutica com iodo

18) Correlacione e marque a opção correta:

- | | |
|--------------------------------|--|
| a) sinal de Dunphy | 1) Volvo de sigmóide |
| b) sinal de Krukemberg | 2) metástase para ovário |
| c) sinal de Sister Mary Joseph | 3) dor em fossa ilíaca direita ao tossir |
| d) doença de Plummer-Vinson | 4) metastase umbilical cancer gástrico |
| e) alça de Wall | 5) disfagia |

- a) a1, b2, c3, d4, e5
- b) a1, b2, c4, d3, e5
- c) a3, b2, c4, d5, e1
- d) a4, b2, c3, d5, e1

19) São justificativas de não iniciar nutrição enteral, exceto:

- a) instabilidade hemodinâmica
- b) pancreatite aguda
- c) distúrbio metabólico grave (hipercalcemia grave)
- d) obstrução intestinal total

20) Faz parte do diagnóstico de hiperplasia benigna da próstata, exceto:

- a) retenção urinária aguda
- b) uremia em casos avançados
- c) priapismo

d) redução do jato urinário

21) Paciente de 82 anos, coronariopata, diabética apresentou perfuração do esôfago distal próximo à transição esôfago-gástrica durante a realização de dilatação esofageana endoscópica em virtude de megaesôfago grau III. A melhor conduta consiste em:

- a) Dieta oral zero; antibioticoterapia; esofagostomia. A cirurgia com esofagorrafia consiste em procedimento de risco para a paciente em questão.
- b) Dieta oral zero; antibioticoterapia; laparotomia com esofagorrafia associado a funduplicatura gástrica ou reforço da sutura com peritônio ou pleura; jejunostomia para alimentar.
- c) Dieta oral zero e nutrição parenteral exclusiva.
- d) Esofagostomia cervical, drenagem torácica.

22) Paciente interna para reconstrução de trânsito intestinal (anastomose colorretal). Evolui bem no pós-operatório (PO) com início da alimentação do terceiro dia de PO. Alta no quinto dia de PO, sem dor abdominal, sem sinais de fístula (sem débito pelo dreno de Penrose), sem febre, sem distensão abdominal, com plena aceitação da dieta via oral e com funcionamento intestinal presente. No oitavo dia de PO apresenta febre vespertina 38,3°C, dor abdominal (principalmente em fossa ilíaca esquerda), anorexia. Leucócitos de 19000 (bastões=11%), PCR de 152. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) pneumonia
- b) infecção urinária
- c) obstrução intestinal
- d) fístula da anastomose coloretal

23) Paciente de 75 anos com antecedente de valva mitral, em uso de amiodarona e warfarina procura atendimento em virtude de com dor epigástrica em queimação e urina “escura”. O exame físico abdominal é normal. Endoscopia digestiva alta e exame de urina diagnosticam hérnia de hiato com esofagite de refluxo grau 2 e infecção do trato urinário respectivamente. A paciente é medicada com omeprazol e ciprofloxacino. Após 5 dias dá entrada no hospital com quadro de dor abdominal intensa e sinais de irritação peritoneal. Afebril. Palpa-se uma massa em flanco direito. A tomografia computadorizada de abdome mostra lesão expansiva com diâmetro de 7 x 8 x 9 cm a partir do polo

inferior do rim direito, com compressão do cólon direito. Hemoglobina é de 7,5g/dl, leucócitos normais, plaquetas de 90.000. A hipótese diagnóstica mais plausível é de:

- a) Colecistite aguda
- b) Tumor de cólon direito
- c) Hemorragia em retroperitônio (hematoma)
- d) Diverticulite perfurada de ceco

24) Paciente vítima de acidente automobilístico com trauma abdominal apresenta-se sem sinais de irritação peritoneal, mas com fraturas de arcos costais inferiores esquerdos. A tomografia computadorizada abdominal mostra lesão esplênica grau 2, pequeno hematoma periesplênico, com pequena quantidade de líquido livre em goteira parieto-colica esquerda. A radiografia de tórax mostra pequeno pneumotórax a esquerda (paciente com leve dispnéia, gasometria arterial normal). No momento encontra-se hemodinamicamente estável e a hemoglobina caiu de 9,6 g/dl para 9,1 g/dl nas últimas 8 horas. A melhor conduta no momento para o trauma esplênico em questão é:

- a) cirurgia de urgência: esplenectomia
- b) cirurgia de urgência: esplenorrafia
- c) conduta expectante: acompanhar com hemoglobina e TC de abdome
- d) conduta expectante: operar se piora do pneumotórax

25) A respeito dos cistos de colédoco podemos afirmar, exceto:

- a) A complicação menos temida é a degeneração maligna. A incidência de câncer biliar varia de 1 a 2%, 2 vezes maior que a população geral, e diminui com a idade.
- b) 40% das lesões são encontradas antes de 4 anos de idade, 2/3 dos pacientes que procuram atendimento médico em virtude desta doença encontram-se abaixo de 10 anos de idade.
- c) A apresentação clínica é muito variável, em criança massa abdominal palpável pode se apresentar em 50% dos casos.
- d) Dor em flanco direito pode se apresentar como sinal menor. Também podem ocorrer icterícia, acolia fecal ou pancreatite aguda recidivante

26) Marque a alternativa INCORRETA em relação a piloroplastia:

- a) Permite refluxo de bile e secreção pancreática para dentro do estômago
- b) Torna o esvaziamento gástrico de sólidos mais acelerado
- c) Está relacionado à síndrome de dumping
- d) Após vagotomia troncular e piloroplastia o esvaziamento gástrico torna-se menos dependente da força de gravidade do que no estado normal, sendo mais lento na posição ereta e mais rápido na posição supina.

27) Há menor probabilidade de os cálculos urinários serem eliminados espontaneamente quando seu tamanho é maior que:

- a) 2mm
- b) 3mm
- c) 4mm
- d) 5mm

28) A colocação de um “cateter duplo J” (stent ureteral) , quando a litotripsia extracorpórea é realizada para cálculos ureterais, é adequada por todos os motivos a seguir, exceto:

- a) alívio de sintomas graves (cólica, náuseas, vômitos)
- b) melhoria da fragmentação do cálculo
- c) alívio da obstrução
- d) auxílio na localização de cálculos difíceis para visualizar

29) Paciente de 66 anos deu entrada na UTI com quadro de palidez cutânea intensa, taquicardia, taquipnéia, hipotensão arterial, dor torácica e dorsal importantes, além de torpor. Monitorização cardíaca mostrou taquicardia sinusal, oximetria de pulso com 88%. Não se palpavam pulsos femorais nem poplíteos, pulsos carotídeos presentes, pulsos radiais muito finos. Exame laboratorial mostrava hemoglobina de 65 g/dl e acidose metabólica. Diagnóstico provável:

- a) infarto agudo do miocárdio
- b) pneumotórax hipertensivo
- c) tamponamento cardíaco

d) aneurisma dissecante de aorta

30) Criança de 2 meses, sexo masculino, cor negra, apresenta vômitos persistentes há 1 semana segundo informa a mãe. Os vômitos são predominantemente após alimentações e não contém bile, contendo grumos de leite parcialmente digeridos. Apresenta-se com fontanelas deprimidas, fronte enrugada, olhos encovados, boca seca, respiração superficial com sinais de alcalose. Ao exame palpa-se massa firme móvel, do tamanho de uma azeitona em abdome superior a direita. O diagnóstico provável consiste em:

- a) atresia antral e pilórica
- b) estenose hipertrofica de piloro
- c) pancreas divisum
- d) volvulo gástrico

31) Paciente proveniente do interior de Minas Gerais com história de disfagia progressiva, vômitos com restos alimentares, halitose, emagrecimento. Exame radiológico de esôfago evidencia ausência de peristalse primária, dilatação esofageana (esôfago com 9 cm de diâmetro), estreitamento da junção cardioesofageana. O diagnóstico provável é:

- a) doença de Barret
- b) doença de Plummer-Vinson
- c) divertículo de Zenker
- d) acalasia ou megaesofago

32) Paciente com história de hipertensão arterial de difícil controle, cefaléias recorrentes, sudorese profusa e palpitações. Apresentando também taquicardia postural. Dosagem urinária de ácido vanílico é acima da normalidade. O diagnóstico provável é:

- a) feocromocitoma
- b) hipertireoidismo
- c) hiperaldosteronismo
- d) hiperparatireoidismo

33) Marque a alternativa correta:

- a) a indicação mais comum de cirurgia na doença de Crohn é diarreia
- b) tumor hepático benigno mais comum é a hiperplasia nodular focal
- c) tumor hepático maligno mais comum é o hepatocarcinoma
- d) causa mais comum de abdome agudo cirúrgico é apendicite aguda

34) Paciente vítima de acidente automobilístico, jogado para fora do carro a uma distância de 10 metros, chega ao seu serviço em Glasgow 7, sem colar cervical, com equimoses perioculares e retroauriculares. Abdome distendido com equimoses em flancos, equimose em períneo e em pênis. A conduta apropriada consistirá em:

- a) colocação de colar cervical, intubação endotraqueal, caso se consiga manter a coluna cervical estabilizada em posição neutra, lavado peritoneal e cateterismo vesical.
- b) Intubação endotraqueal, não se faz necessário colar cervical já que se passou muito tempo do acidente. Tomografia computadorizada de crânio e abdome, uretrografia retrograda antes da cateterismo vesical
- c) Colocação de colar cervical, cricotireoidotomia, lavado peritoneal, tomografia de crânio e cateterismo vesical
- d) Colocação de colar cervical, intubação endotraqueal caso se consiga proceder a esta sem risco de lesão de coluna cervical, caso contrário realizar cricotireoidotomia. Se a pressão sistólica se mantiver acima de 100 mmHg pode-se realizar tomografia computadorizada de abdome e crânio, caso contrário realizar ultrassonografia abdominal na sala de urgência (FAST). Uretrografia antes de cateterismo vesical.

35) Em relação aos pacientes com fístula do trato gastrointestinal pós-operatória, podemos afirmar, EXCETO:

- a) é importante avaliar o débito da fístula, o nível no trato digestório, se a fístula é terminal ou lateral e se é simples ou complicada
- b) Considerando o tratamento disponível atualmente, não há lugar para o uso de somatostatina ou análogos.

- c) as fístulas podem ocasionar alterações hidreletrolíticas, distúrbios metabólicos, alteração na absorção de nutrientes, deficit nutricional, comprometimento da parede abdominal, infecção intracavitária, sangramento gastrintestinal
- d) O tratamento inclui cuidados locais com a pele e parede abdominal, reposição volêmica, hidreletrolítica e ácido básicas, redução da secreção gastrintestinal, suporte nutricional e combate a infecção.

36) Em relação à síndrome da artéria mesentérica superior podemos afirmar EXCETO:

- a) é uma rara afecção, causando obstrução duodenal em pacientes jovens com emagrecimento rápido e acentuado.
- b) O diagnóstico diferencial se faz com tumores malignos e benignos do duodeno, além de compressão extrínseca e hérnia paraduodenal
- c) Não existe lugar para tratamento conservador nestes casos, sendo o tratamento cirúrgico sempre indicado, com reimplantação da artéria mesentérica abaixo da terceira porção do duodeno.
- d) O diagnóstico é baseado em três critérios: dilatação duodenal, compressão do duodeno pela artéria mesentérica superior e um ângulo aortico-mesentérico menor que 20°

37) Paciente de 54 anos, hipertenso e diabético em uso de medicações, procura cirurgião para realização de cirurgia bariátrica. Sua altura é de 1,74m e seu peso é de 120 Kg. A respeito deste paciente podemos afirmar:

- a) o IMC está abaixo de 40: não há indicação de cirurgia bariátrica
- b) o IMC está acima de 40: há indicação de cirurgia
- c) o IMC está abaixo de 40, mas em virtude das co-morbidades associadas (HAS e DM) há indicação de cirurgia.
- d) O IMC está acima de 40, mas em virtude das co-morbidades não há indicação cirúrgica.

38) Paciente de 23 anos iniciou há 72 horas com dor abdominal periumbilical que evoluiu para fossa ilíaca direita após 6 horas do início do quadro. Foi medicada em outro serviço com analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos com melhora parcial. Comparece agora ao seu hospital (após as

referidas 72 horas de início do quadro) com dor difusa e franca irritação peritoneal em todos quadrantes. Sobre o caso, marque a opção correta:

- a) O paciente tem indicação cirúrgica, laparoscópica ou laparotômica dependendo da experiência do cirurgião e da infra-estrutura do hospital.
- b) apendicectomia laparoscópica não está indicada já que somente pode ser aplicada aos casos iniciais (sem complicação) da doença
- c) a melhora parcial do quadro fala contra o diagnóstico de apendicite aguda.
- d) Está indicada tomografia de abdome para indicar cirurgia

39) Paciente 63 anos, tabagista procura serviço de cirurgia com endoscopia digestiva alta realizada na semana anterior que revela ulcera de 3 cm de diâmetro em antro, pequena curvatura próximo à incisura angular. A biópsia (3 fragmentos) não revelou neoplasia. A anamnese mostrou emagrecimento importante, hiporexia, mas ausência de disfagia. A melhor conduta neste caso é:

- a) acompanhamento ambulatorial com endoscopia a cada 6 meses
- b) repetir endoscopia com biópsia em virtude do risco de neoplasia
- c) operar de urgência devido ao risco de perfuração
- d) apesar da idade, a localização da lesão não corresponde ao sítio mais comum de neoplasia gástrica

40) Paciente 59 anos, sexo masculino, procura o proctologista com história de anemia, negando outras queixas e não referindo emagrecimento ou anorexia. Vem encaminhado pelo gastroenterologista com um exame mostrando sangue oculto nas fezes positivo e endoscopia digestiva alta normal. A anosscopia e o toque retal identificam doença hemorroidária grau 2, mas não se nota tumor ou ulcera no exame. A melhor abordagem consiste em:

- a) hemorroidectomia técnica de Obando ou Milligan-Morgan
- b) hemorroidectomia utilizando grampeador mecânico
- c) tratamento conservador, sem cirurgia, sem colonoscopia.
- d) colonoscopia para certificar a ausência de neoplasia

41) São critérios para diagnóstico da síndrome de resposta inflamatória sistêmica, EXCETO:

- a) temperatura maior que 38° C ou menor que 36° C
- b) frequência cardíaca maior que 90 bpm
- c) frequência respiratória maior que 20 incursões por minuto
- d) leucograma com formas imaturas menor que 10%

42) Em relação ao uso de antiotico profilaxia em cirurgia podemos afirmar:

- a) cirurgias contaminadas têm indicação de antibioticoprofilaxia
- b) cirurgias potencialmente contaminadas tem indicação de profilaxia, desde que não sejam sobre o cólon e reto, neste caso a indicação é de antibioticoterapia.
- c) cirurgia cardíaca, cirurgia ortopédica com próteses, cirurgias vasculares, esplenectomias, apesar de consistirem em cirurgia limpas têm indicação de antibioticoprofilaxia
- d) o ideal é que se utilize a profilaxia antimicrobiana somente após o início da cirurgia, caso haja abertura de visceras ocas durante o procedimento.

43) Paciente de 30 anos, fumante, iniciou com quadro de dor torácica à direita, febre alta, escarros hemoptóicos há 6 dias; radiografia de torax em PA e perfil mostrando derrame pleural a direita. Toracocentes mostrou predomínio de polimorfonucleares (89%), pH 7,1, LDH de 1118U, com cultura para inespecíficos negativa; fez uso por 4 dias de ampicilina + clavulanato oral (antes da punção). Pela análise do líquido podemos constatar o diagnóstico de :

- a) derrame pleural infeccioso - exsudato
- b) pancreatite aguda com derrame pleural - transudato
- c) derrame pleural inflamatório simples - transudato
- d) quilotórax

44) Paciente de 34 anos, sexo masculino, apresenta dor em hipocôndrio direito há 6 horas. Medicado anteriormente com antiespasmódico com melhora parcial da dor. Ao exame físico encontramos dor à palpação profunda de hipocôndrio direito, Murphy positivo, ausência de visceromegalias e massas palpáveis. Considerando o quadro clínico, o cirurgião solicitou uma ecografia abdominal, que se mostrou normal. Qual a melhor conduta neste caso:

- a) liberar o paciente com antiespasmódico, já que este se mostrou eficaz e a ultra-sonografia foi normal
- b) Solicitar uma tomografia abdominal computadorizada, pois consiste no exame mais adequado para a confirmação de colecistite aguda
- c) Solicitar uma cintilografia de vias biliares pois consiste no exame com melhor acurácia diagnóstica para os casos de colecistite aguda.
- d) Quando a ultra-sonografia é normal e o quadro clínico é sugestivo, o tratamento de escolha é antibióticoterapia isolada.

45) Paciente do sexo masculino, 66 anos, diabético, com quadro de dor em hipocondrio direito, murphy positivo. Ultra-sonografia abdominal mostrando pequenos cálculos em vesícula biliar, sem espessamento da parede vesicular (sem sinais de colecistite) com vias biliares de calibre normal; EDA normal. Foi medicado com antibióticos e anti-inflamatórios durante uma semana apresentando remissão completa do quadro. Interna para tratamento cirúrgico (colecistectomia videolaparoscópica). Podemos dizer a respeito do tratamento realizado:

- a) Foi inadequado, paciente com colecistolitíase, idoso, diabético e com quadro clínico típico, deve ser submetido a colecistectomia precocemente, pelo risco de evolução com gangrena, necrose e perfuração da vesícula biliar.
- b) Foi inadequado, a antibioticoterapia deveria se prolongar por 10 dias.
- c) Foi inadequado, este paciente é considerado de risco, o tratamento deveria ser exclusivamente com antibióticos, ele não deveria ter sido encaminhado para colecistectomia
- d) Foi adequado, apenas a colecistectomia não deveria ser laparoscópica.

46) Paciente é internada com pancreatite aguda grave. Na segunda semana de internação, uma tomografia abdominal computadorizada com contraste mostrou uma diminuição da captação na cabeça pancreática e infiltrados inflamatórios peripancreáticos. Paciente com piora clínica progressiva. Iniciou-se a antibioticoterapia empírica com imipenem após a punção guiada (aspiração) por tomografia da região com deficit de captação de contraste. Exame microscópico do material revelou a presença de microrganismos Gram negativos. Qual o melhor tratamento?

- a) Manter antibioticoterapia com ciprofloxacino e metronidazol
- b) Alterar antibioticoterapia para carbapenêmico

- c) Realizar lavagem peritoneal continua
- d) Desbridamento cirúrgico (necrosectomia)

47) A onfalocele e a gastrosquise apresentam maior associação com quais alterações congênitas:

- a) cardiológicas
- b) pneumológicas
- c) íleo-jejunais
- d) renais

48) São efeitos do Fator de necrose tumoral alfa:

- a) redução da taxa de metabolismo basal, da permeabilidade vascular e da liberação de hormônios
- b) redução da temperatura corporal e da síntese de proteínas de fase aguda
- c) redistribuição da proteína corporal com proteólise muscular e captação hepática de aminoácidos
- d) diminuição do transporte de glutamina para o pulmão

49) São efeitos dos glicocorticóides, exceto:

- a) Neoglicogênese
- b) Potencializa ação do glucagon e adrenalina
- c) Estimula lipólise e proteólise
- d) Redução do tônus cardiovascular

50) Local mais comum de oclusão vascular nas embolias da artéria mesentérica superior:

- a) Tronco da artéria mesentérica superior
- b) Arcada de Riolan
- c) Arcada de Drummond
- d) Art. ileocecolica