



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS



PROCESSO SELETIVO 2012 RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL

EDITAL N.º 14/2011

18 de janeiro de 2012

Nome: _____ N.º de Inscrição: _____

BOLETIM DE QUESTÕES

LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTES.

- 1 Este BOLETIM DE QUESTÕES contém 50 QUESTÕES OBJETIVAS. Cada questão apresenta cinco alternativas, identificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E), das quais apenas uma é correta.
- 2 Esta prova está redigida conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (1990).
- 3 Confira se, além deste BOLETIM DE QUESTÕES, você recebeu o CARTÃO-RESPOSTA destinado à marcação das respostas das questões.
- 4 É necessário conferir se a prova está completa e sem falhas, bem como se o seu nome e seu número de inscrição conferem com os dados contidos no CARTÃO-RESPOSTA. **Caso exista algum problema, comunique-o imediatamente ao fiscal de sala.**
- 5 A marcação do CARTÃO-RESPOSTA deve ser feita com caneta esferográfica de **tinta preta ou azul**.
- 6 O CARTÃO-RESPOSTA não pode ser dobrado, amassado, rasurado, manchado ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas. Não é permitida a utilização de qualquer espécie de corretivo. O Cartão só será substituído se contiver falha de impressão.
- 7 O CARTÃO-RESPOSTA é o único documento considerado na avaliação. O BOLETIM DE QUESTÕES deve ser usado apenas como rascunho e não valerá, sob hipótese alguma, para efeito da correção.
- 8 Ao término da prova, devolva ao fiscal de sala todo o material relacionado no item 3 acima e assine a LISTA DE PRESENÇA. A assinatura do seu nome deve corresponder àquela que consta no seu documento de identificação.
- 9 O tempo disponível para a prova é de **quatro horas**, com início às 8h30min e término às 12h30min, observado o horário de Belém-PA.
- 10 Reserve os 30 minutos finais destinados à prova para a marcação do CARTÃO-RESPOSTA.

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL



MARQUE A ÚNICA ALTERNATIVA CORRETA NAS QUESTÕES DE 01 A 50.

- 01.** Não é causa de desequilíbrio hidroeletrólítico no pós-operatório:
- (A) Vômito.
 - (B) Dor abdominal.
 - (C) Diarreia.
 - (D) Ileoparalítico.
 - (E) Fistulas digestivas.
- 02.** Pré-escolar, ♀, com quadro clínico de dor abdominal, icterícia e massa palpável em hipocôndrio direito, tem como caso diagnóstico provável
- (A) Atresia duodenal.
 - (B) Estenose hipertrófica do piloro.
 - (C) Cisto de colédoco.
 - (D) Úlcera duodenal.
 - (E) Apendicite aguda.
- 03.** Antibiótico mais indicado para a antibioticoprofilaxia de uma hemicolectomia direita:
- (A) Cefalotina.
 - (B) Cefazolina.
 - (C) Cefoxitina.
 - (D) Amicacina.
 - (E) Ampicilina.
- 04.** De acordo com a classificação da National Academy of Science (NAS), dos EUA, a Gastrectomia é uma cirurgia
- (A) limpa.
 - (B) potencialmente contaminada.
 - (C) contaminada.
 - (D) infectada.
 - (E) limpa, com indicação de antibioticoprofilaxia.
- 05.** Na avaliação nutricional pré-operatória, um paciente com Índice de Risco Nutricional (IRN)=80,4 é considerado
- (A) Obeso.
 - (B) Normal.
 - (C) Desnutrido leve.
 - (D) Desnutrido moderado.
 - (E) Desnutrido grave.
- 06.** Paciente de 55 anos, obeso, diabético, faz tratamento com antiarrítmico e antiagregante plaquetário. Após episódio de vômito, apresenta quadro de dor intensa, hipotermia, palidez de extremidade e ausência de pulsos femoral–poplíteo e tibiais no MID. O diagnóstico mais provável é
- (A) Trombose arterial aguda MID.
 - (B) Tromboangeíte obliterante MID.
 - (C) Embolia arterial aguda MID.
 - (D) Ruptura de aneurisma de artéria femoral direita.
 - (E) Erisipela MID.
- 07.** Paciente diabético com gangrena infectada do pé. Para indicação de amputação infragenicular do membro, o nível da pressão arterial na artéria poplíteia deve ser
- (A) acima de 80mmHg
 - (B) igual ou maior que 60mmHg
 - (C) menor que 80mmHg
 - (D) igual ou maior que 80mmHg
 - (E) desconsiderado para definição do nível de amputação



08. Frente ao quadro de trombose arterial aguda (TAA) de membro inferior, as providências que devem ser imediatamente adotadas são

- (A) Aquecimento indireto do membro + analgesia.
- (B) Anticoagulação plena + aquecimento indireto do membro.
- (C) Anticoagulação + aquecimento direto do membro.
- (D) Analgesia + posição em proclive do paciente.
- (E) Tromboembolectomia + uso de antiagregante plaquetário.

09. São critérios de Ranson aplicados na admissão de um paciente com pancreatite aguda:

- (A) Idade > 55 anos, glicose > 200mg, PO₂ < 60mmHg
- (B) Glicose > 200mg, DHL > 350u, TGO > 250u
- (C) Idade > 55 anos, DHL > 350u, cálcio < 8mg
- (D) Leucócitos > 16.000, Redução de 10% de hematócritos, glicose > 200mg
- (E) TGO > 250u, volume repostado > 6 litros, glicose > 200mg

10. Paciente vítima de ferimento por arma branca no flanco E. À laparotomia realizada 70 minutos depois da agressão, encontrou-se lesão de sigmoide com 3cm de comprimento. A melhor conduta deve ser

- (A) Exteriorização da lesão com maturação precoce.
- (B) Rafia da lesão com colostomia de transverso de proteção.
- (C) Cirurgia aos moldes de Hartmann.
- (D) Rafia com exteriorização da sutura.
- (E) Rafia primária.

11. Paciente deu entrada no Pronto-Socorro de Trauma, vítima de TCE. Quando o médico fala, o paciente abre os olhos, localiza a dor e mostra-se confuso. A pontuação deste paciente na Escala de Coma de Glasgow é

- (A) 15
- (B) 12
- (C) 11
- (D) 9
- (E) 10

12. Assinale V (verdadeiro) ou F (falso) nas afirmativas abaixo, relacionadas ao lavado peritoneal.

- () O lavado deve ser realizado nos traumas multissistêmicos, principalmente em pacientes com TCE.
- () Não é necessário realizar o lavado em trauma multissistêmico com lesão medular.
- () O lavado deve ser realizado em paciente com trauma multissistêmico que será submetido a craniotomia com previsão de cirurgia de 4 horas.
- () O lavado peritoneal diagnóstico não deve ser realizado em pacientes com indicação de laparotomia.

A alternativa que apresenta a seqüência correta é

- (A) V, F, V, V
- (B) F, F, V, V
- (C) V, V, F, F
- (D) F, V, V, F
- (E) V, V, V, V

13. J.A.O., ♂, 58 anos, colidiu frontalmente com seu carro contra pilar do viaduto. Chegou ao Pronto-Socorro inconsciente, com dificuldade respiratória, murmúrio vesicular presente bilateralmente, ausculta cardíaca BNFR2T, FC-124bat/min, débito urinário 20ml/h, pupilas anisocóricas, Escala de Coma de Glasgow - 8 e instabilidade pélvica. A radiografia pélvica demonstrou fratura do ramo púbico e do ísqueo, bilateralmente. Após intubar o paciente e reanimá-lo de acordo com o protocolo do ATLS, a conduta médica correta deve ser

- (A) realizar a Laparotomia imediata.
- (B) realizar o FAST.
- (C) submeter o paciente a tração bilateral do fêmur.
- (D) realizar a arteriografia para embolizar a artéria hipogástrica.
- (E) fazer a reposição volêmica e anti-hemorrágica.



- 14.** Com relação à manometria esofágica, é falso afirmar:
- (A) Está indicada para diagnóstico de distúrbios motores específicos do esôfago, que podem alterar a orientação terapêutica (presença de acalásia, aperistalse e hipocontratilidades muito acentuadas).
 - (B) Quando um paciente evolui com complicações disfágicas, no pós-operatório de uma cirurgia antirrefluxo, não há nada mais que uma nova manometria possa informar, que uma manometria pré-operatória já não tenha informado.
 - (C) Não avalia a real capacidade que o esôfago tem de transportar as substâncias ingeridas.
 - (D) Casos com hipotonia muito acentuada do esfíncter inferior do esôfago frequentemente necessitam de tratamento medicamentoso continuado, para controle adequado dos sintomas. Nesses casos, cogita-se mais precocemente a opção do tratamento cirúrgico do refluxo.
 - (E) Fornece bom parâmetro preditivo de evolução da doença e identifica a localização dos esfíncteres do esôfago, para posicionamento adequado dos sensores de pHmetria.
- 15.** Quanto ao tratamento da DRGE, é correto afirmar:
- (A) Considera-se que os pacientes em que se observam melhores resultados funcionais do tratamento cirúrgico são os que tiveram boa resposta ao tratamento clínico, mas que se tornaram dependentes deste para manterem-se assintomáticos.
 - (B) Deve-se indicar a terapêutica cirúrgica sempre que houver existência de uma das complicações da doença, isto é, esofagites de grau I ou II.
 - (C) O tratamento cirúrgico do refluxo gastroesofágico deve ser recomendado como medida antineoplásica.
 - (D) O tratamento clínico é tão eficaz quanto o tratamento cirúrgico em relação à melhora dos sintomas e cicatrização da esofagite. Os IBP podem proporcionar melhora dos sintomas, comparável ao tratamento cirúrgico, se forem utilizadas doses mínimas por períodos inferiores a 8 semanas.
 - (E) Não se indica tratamento cirúrgico para pacientes com manifestações atípicas que têm as queixas decorrentes de refluxo não ácido, mesmo quando estes não respondem bem ao tratamento com IBP.
- 16.** Criança de 2 anos, procedente de Abaetetuba, com quadro de pneumonia arrastado por 15 dias, foi internado no PSM com quadro de febre, taquipneia e leucocitose de 30mil, cuja radiografia demonstra hemitórax direito opaco com desvio do mediastino para esquerda. Foi-lhe realizada toracostomia com drenagem fechada com saída de 400ml de pus e, após 20 dias, houve melhora clínica e leucométrica, porém persiste a supuração pelo dreno, apesar de melhora radiográfica. Foi transferido para o HUIBB. A conduta operatória mais adequada é
- (A) realizar nova Toracostomia fechada.
 - (B) realizar toracotomia para descorticação pulmonar.
 - (C) realizar Toracosopia para descorticação pulmonar.
 - (D) realizar Drenagem aberta.
 - (E) mudar os antibióticos.
- 17.** Uma paciente com derrame pleural de origem neoplásica (mastectomia por neoplasia de mama operada há dois anos com quimioterapia adjuvante) deu entrada na Sala de Emergência francamente dispnéica. A radiografia demonstra hemitórax velado. A melhor conduta é
- (A) inicialmente realizar toracocentese e depois programar toracostomia com drenagem fechada.
 - (B) inicialmente realizar toracocentese e depois programar Pleurodese.
 - (C) inicialmente realizar toracostomia fechada e depois programar Quimioterapia com outras drogas.
 - (D) inicialmente realizar toracostomia fechada e depois programar Pleurodese.
 - (E) partir direto para pleurodese.
- 18.** Num paciente vítima de FAF no hemitórax direito (entrada infraclavicular sem orifício de saída cujo RX mostra Projétil (PAF) alojado entre as costelas) foi realizada toracostomia com drenagem fechada devido ao estado de choque. Houve saída de 900ml de sangue. Após a estabilização hemodinâmica a radiografia ainda mostrou hemitórax opaco. Nesse caso, o procedimento correto é realizar a
- (A) Toracotomia imediata para retirada do PAF.
 - (B) Toracotomia imediata para pneumorrafia.
 - (C) Toracotomia imediata para retirada de coágulo.
 - (D) Toracotomia mediata para retirada de coágulo.
 - (E) Toracotomia mediata para pneumorrafia e retirada do PAF.



19. Sobre nutrição parenteral, é correto afirmar:

- (A) Nutrição parenteral periférica consiste na administração de uma solução de glicose ou outro carboidrato, emulsão lipídica e aminoácidos por veia periférica, devendo apresentar osmolaridade inferior a 500mOsm/l e tempo de duração previsto de, no máximo, 20 (vinte) dias.
- (B) Nutrição parenteral do tipo 2:1 é caracterizada pela combinação de fontes calóricas do tipo carboidrato e proteínas, numa proporção de 50% para 50%.
- (C) Nutrição parenteral do tipo mistura 3 em 1 é a associação de aminoácidos, glicose, lipídios, vitaminas e eletrólitos e minerais na quantidade adequada para administração diária.
- (D) Nutrição parenteral 3 em 1 é aquela em que os macronutrientes estão em sua forma intacta e diluída em solução de água filtrada.
- (E) Nutrição parenteral periférica é aquela em que a osmolaridade é > 1000 osmol/L.

20. Paciente masculino, 45 anos, é internado em enfermaria de cirurgia geral devido a quadro de dor abdominal em andar superior (em pontada, moderada intensidade, irradiada para o dorso, evolução de 10 horas), associada a vômitos (biliosos e que não modificam o padrão de dor), estado subfebril (TAX = 38°C) e lecometria de 14000mm³, PA 120/70 cmHg, FC 98bpm. Ao exame abdominal: discreta distensão, dor à palpação no andar superior, sem massa palpável, sem sinais de irritação peritonial. Ultrassonografia abdominal aponta para colecistolitíase, vesícula com paredes normais, alteração ecográfica e de morfologia pancreática, com amilase de 500mg/dl. Após 48h de internação, houve redução da dor e do vômito, e o abdome encontra-se pouco distendido, flácido, doloroso em andar superior, RHA positivos, sem sinais de irritação peritonial; a amilasemia é 400mg/dl. Quanto ao suporte nutricional, é correto

- (A) manter jejum por mais 5 dias, até que haja remissão total da dor abdominal e normalização da amilase sérica.
- (B) iniciar nutrição parenteral total, visando a manter tubo digestivo em repouso, evitando-se estímulo digestivo da função pancreática.
- (C) proceder à nutrição enteral com sonda de posicionamento gástrico.
- (D) proceder à nutrição enteral com sonda de posicionamento pós-pilórico.
- (E) iniciar dieta via oral líquida e testar tolerância.

21. Paciente renal crônica e dialítica, interna por sepse grave decorrente de infecção em sítio de Cateter de duplo lúmen - CDL, sendo iniciada a terapia antimicrobiana com vancomicina, meropenem e fluconazol. Devido a encefalopatia da sepse, foi posicionada sonda nasoenteral e iniciada dieta enteral. Após quatro dias de internação, surge diarreia líquida, mais de seis episódios em 24h, sendo reduzido o volume da dieta, além da introdução de antidiarreicos. Após 48h, persiste diarreia líquida e volumosa, com mais de seis episódios. A estratégia nutricional mais indicada é

- (A) fazer jejum por, pelo menos 48h, até que haja otimização dos medicamentos antidiarreicos, suspender os antibióticos e aguardar que o intestino retome sua capacidade absorptiva.
- (B) iniciar nutrição enteral do tipo elementar.
- (C) iniciar nutrição parenteral e manter jejum por via digestiva.
- (D) iniciar dieta enteral rica em fibras.
- (E) iniciar nutrição parenteral total com meta de 45Kcal/Kg/dia, visando a repor o déficit nutricional acumulado.

22. Sobre a terapia nutricional em paciente com disfunção hepática, é INCORRETO afirmar:

- (A) Na encefalopatia aguda, a retirada de proteínas do suporte nutricional é obrigatória.
- (B) O uso de aminoácidos de cadeia ramificada não está indicado na encefalopatia hepática aguda.
- (C) Atualmente, segundo diretrizes da sociedade internacional de hepatologia e metabolismo hepático, a restrição proteica está indicada em todas as fases da disfunção hepática.
- (D) A nutrição parenteral total pode acarretar piora da disfunção hepática.
- (E) O uso de nutrição parenteral total pode agravar a disfunção hepática.

23. Paciente com diverticulite aguda, perfurada em sigmoide com peritonite difusa, purulenta. A melhor conduta na urgência é indicar

- (A) Colectomia total com ileostomia com sepultamento do coto retal.
- (B) Sigmoidectomia + colostomia terminal do descendente e sepultamento retal (cirurgia de Hartmann).
- (C) Antibioticoterapia + drenagem percutânea orientada por tomografia computadorizada em fossa ilíaca E.
- (D) Jejum oral + antibioticoterapia endovenosa + hidratação;
- (E) Sigmoidectomia + anastomose de cólon descendente e reto primário.



- 24.** Sobre doenças bilio pancreáticas, é correto afirmar:
- (A) Tríade de Charcot é composta de febre com calafrios, icterícia e hipotensão arterial.
 - (B) O melhor tratamento para crise de colecistite aguda litiásica é a colecistectomia vídeolaparoscópica.
 - (C) Pêntade de Reynolds é sugestiva de colecistite aguda grave.
 - (D) O paciente portador de pancreatite aguda biliar deverá ser submetido a colecistectomia nas primeiras 48 horas do início do quadro.
 - (E) A colecistectomia por via laparoscópica é contraindicada em pacientes previamente operados no andar supramesocólico.
- 25.** Tratamento mais indicado para paciente com quadro de úlcera duodenal perfurada:
- (A) Vagotomia gástrica proximal + piloroplastia.
 - (B) Vagotomia seletiva + antrectomia.
 - (C) Ráfia de úlcera por vídeolaparoscopia.
 - (D) Jejum via oral + sonda nasogástrica + hidratação + antibioticoterapia.
 - (E) Vagotomia troncular + Ráfia de necrose.
- 26.** Em relação à neoplasia maligna da vesícula, é correto afirmar:
- (A) No tratamento do adenocarcinoma de vesícula, a cirurgia seguida de radioterapia são modalidades obrigatórias nos pacientes com intenção de cura.
 - (B) A radioterapia paliativa para colestase é um recurso valioso utilizado em casos avançados.
 - (C) A palição sempre deverá ser realizada com quimioterapia associada à drenagem das vias biliares.
 - (D) Durante a cirurgia, devemos perseguir as ressecções consideradas R1 associando-as à linfadenectomia da tríade portal.
 - (E) A quimioterapia não tem impacto algum na sobrevida e/ou na melhor palição destes doentes.
- 27.** Quanto à classificação de Todani dos cistos de vias biliares, é correto afirmar:
- (A) No cisto classificado como Todani 3, poderá haver necessidade da realização de duodeno-pancreatectomia cefálica para seu adequado tratamento.
 - (B) Os cistos classificados como Todani 1 são os mais frequentes, geralmente fusiformes e múltiplos em vias biliares extra-hepáticas.
 - (C) A doença de Caroli corresponde à classificação de Todani IV e significa dilatações císticas das vias biliares intra-hepáticas.
 - (D) No Todani IIIb, temos dilatações císticas múltiplas intra e extra-hepáticas das vias biliares.
 - (E) A cirurgia de Fang é considerada o tratamento ideal para os pacientes portadores de doença de Caroli.
- 28.** Em relação às cirurgias de vias biliares, é correto afirmar:
- (A) Durante a exploração das vias biliares por doença benigna sem dilatação de hepatocolédoco, opta-se por hepático-jejunoanastomose nos pacientes com menos de 70 anos.
 - (B) A coledocoduodenoanastomose possui como morbidade mais importante a longo prazo a fístula duodenal.
 - (C) Na coledocostomia a Kher para o tratamento das coledocolitíases sem significativa dilatação das vias biliares, não se deve realizar colangiografia de controle antes de optar pela retirada do dreno no pós-operatório.
 - (D) Com o advento da CPRE, não se deve mais indicar cirurgias de manipulação de vias biliares em casos de coledocolitíase.
 - (E) A coledocoduodenostomia não deve ser realizada nas patologias malignas da cabeça de pâncreas.
- 29.** Em relação aos colangiocarcinomas, é correto afirmar:
- (A) São considerados a terceira neoplasia maligna mais frequente no trato gastrointestinal.
 - (B) Na maioria dos pacientes, pode-se esperar chance de cura em virtude do diagnóstico precoce dado pela síndrome colestática.
 - (C) Os marcadores CEA e Ca 19-9 são inespecíficos, mas sempre se encontram elevados nesta patologia.
 - (D) As hepatectomias alargadas com manutenção de pelo menos 20% de parênquima hepático sadio são procedimentos indicados com frequência.
 - (E) Os colangiocarcinomas, com invasão da vesícula biliar, apresentam melhor prognóstico pela perspectiva de cura com a colecistectomia.



30. Paciente 65 anos, ♀, com história prévia de perda ponderal, mudança de hábito intestinal e sangramento via retal. Submetido a investigação, foi identificado tumor avançado de reto (adenocarcinoma), distante 7cm da margem anal, que não permitiu a passagem do colonoscópio. A RM de pelve identificou grande espessamento da parede do reto, e os demais exames não demonstram metástases. Nesse caso, a conduta terapêutica adequada é

- (A) Radioterapia + quimioterapia seguida de retossigmoidectomia.
- (B) Amputação abdominoperineal do reto.
- (C) Colostomia em alça, exclusivamente.
- (D) Radioterapia + quimioterapia exclusivas.
- (E) Proctocolectomia total.

31. Paciente de 28 anos com adenocarcinoma gástrico difuso, tem na história familiar 4 parentes de 1º grau falecidos em função de câncer gástrico, todos antes dos 35 anos. Considerando esse quadro, é correto afirmar:

- (A) Pode tratar-se de Síndrome de câncer gástrico difuso hereditário e não se recomenda cirurgia, apenas terapia genética.
- (B) A orientação mais importante é a mudança de hábito alimentar da família.
- (C) Em caso de mutação confirmada em CDH1, pode haver indicação para gastrectomia total profilática em familiares portadores.
- (D) O tratamento endoscópico em múltiplas etapas é o mais apropriado.
- (E) Indica-se gastrectomia e colectomia total concomitante.

32. Quanto aos avanços do tratamento do adenocarcinoma gástrico, é correto afirmar:

- (A) Não há necessidade de linfadenectomia, pois os resultados terapêuticos tardios não são modificados.
- (B) O padrão ouro para tumores precoces é ablação por radiofrequência dirigido por US endoscópico.
- (C) Em doença metastática, procede-se à adição de anticorpo monoclonal contra HER-2 em pacientes que confirmadamente expressam HER-2.
- (D) Tumores distais que acometem a serosa devem ser tratados com gastrectomia total.
- (E) Laserterapia + prótese endoscópica autoexpansiva são indicadas em casos de neoplasias de cárdia restritas à camada muscular.

33. São fatores que estão fisiopatologicamente relacionados às hérnias incisionais de parede abdominal:

- (A) Aterosclerose, enfisema pulmonar e idade avançada.
- (B) Doença diverticular dos cólons, constipação intestinal e tosse crônica.
- (C) Obesidade, infecção do trato urinário e coronariopatia.
- (D) Infecção de sítio operatório e má técnica operatória.
- (E) Hipertensão arterial, velhice e obesidade.

34. Sobre doença diverticular dos cólons, identifique as afirmativas verdadeiras (V) e falsas (F).

- () Na doença complicada, a dor é o sintoma mais frequente, localizado no quadrante inferior esquerdo e em cólica, sendo de aparecimento súbito.
- () O sangramento ocorre mais frequentemente no cólon distal e pode ser precipitado pelo uso de anti-inflamatórios não hormonais.
- () Indivíduos imunodeprimidos têm quadro clínico menos evidente e maior chance de complicações, sendo indicada cirurgia após primeiro surto de diverticulite.
- () A hemorragia é autolimitada em 90% dos casos.
- () A colonoscopia é contraindicação absoluta na diverticulite.

A alternativa que apresenta a sequência correta é

- (A) F,V,F,F,V
- (B) V,F,V,V,V
- (C) V,F,V,V,F
- (D) F,F,F,V,V
- (E) V,F,V,F,V

35. Em relação às hérnias de parede abdominal, é correto afirmar:

- (A) Não está indicada qualquer tentativa de redução de hérnia femoral encarcerada, ainda que recente e sem sinais de estrangulamento.
- (B) A fragilidade do orifício miopectíneo contribui para a formação das hérnias inguinais, mas sem qualquer relação com a hérnia crural.
- (C) As técnicas com tensão estão atualmente proscritas.
- (D) Na hérnia indireta com deslizamento, a parede de bexiga pode fazer parte do saco herniário.
- (E) Na realização das técnicas sem tensão, o tipo de fio a ser utilizado é de pouca importância.



- 36.** Fator que não tem relação com a taxa de recidiva de hernioplastias:
- (A) Hiperestrogenismo em homens.
 - (B) Níveis de hidroxiprolina.
 - (C) Ascite.
 - (D) Infecções de ferida operatória.
 - (E) Corticoterapia.
- 37.** Grupo de cirurgias no qual está indicada a antibioticoprofilaxia:
- (A) Cirurgia eletiva dos cólons, hernioplastias de parede abdominal com colocação de tela e apendicectomia.
 - (B) Colectomia por empiema de vesícula, prótese de quadril e úlcera péptica estenosante.
 - (C) Gastrectomia por câncer gástrico, hernioplastia inguinal com tela e cistectomia.
 - (D) Anastomose biliodigestiva por colangite, hemorroidectomia e fistulectomia anorretal.
 - (E) Facectomia, cirurgia cardiovascular e peritonite primária.
- 38.** Paciente feminino de 65 anos, submetida há uma semana a sigmoidectomia com colostomia proximal e fechamento de coto distal por peritonite generalizada devido a Diverticulite Perfurada de Sigmoide. Encontrava-se sob esquema de antibioticoterapia parenteral com metronidazol + amicacina em doses padrão. Apresenta evolução satisfatória sem febre nem leucocitose há 2 dias. Quanto ao uso dos antibióticos, é correto
- (A) parar de usá-los.
 - (B) ajustar as doses para subclínicas devido a melhora;
 - (C) mantê-los até o 10º dia;
 - (D) mantê-los até o 14º dia;
 - (E) mudar o esquema de antibióticos por via oral.
- 39.** Paciente, 24 horas após ser submetida a injeção intramuscular em região glútea E, passa a apresentar quadro de febre (39 C) e leucocitose com sinais flogísticos no sítio de punção. Correspondem ao provável agente etiológico e ao tratamento de eleição
- (A) *P. aeruginosa*/imipenem.
 - (B) *S. aureus*/penicilina cristalina.
 - (C) *S. aureus*/oxacilina.
 - (D) *P. aeruginosa*/ceftazidina.
 - (E) *C. tetani*/penicilina cristalina e toxóide tetânico.
- 40.** Paciente ♀, 48 anos, diabética tipo II, apresentou quadro de dor abdominal e vômitos há ±12 h. Os sintomas iniciaram após refeição da noite anterior. Ingeriu uma taça de vinho. Não faz uso de nenhum medicamento. Ao exame físico tem PA 120x80, FC 110bpm, FR 16 ipm. Refere dor à palpação de moderada intensidade em epigástrico, sem sinal de irritação peritoneal. Fez uso em casa de antiemético e analgésico, sem melhora. Apresenta um hemograma com 17.000 leucócitos e uma amilase sérica de 1550 u/dl. É INCORRETO afirmar:
- (A) A severidade da pancreatite aguda é definida pelos níveis séricos de amilase juntamente com presença ou não de febre.
 - (B) O uso de antibiótico deve ser reservado para os casos de necrose pancreática acima de 30%.
 - (C) Nos critérios de gravidade de Balthazar é utilizada a tomografia computadorizada.
 - (D) A nutrição enteral precoce é capaz de reduzir complicações infecciosas e a mortalidade na pancreatite aguda.
 - (E) A obstrução biliar persistente piora o prognóstico e predispõe a colangite bacteriana. A papilotomia endoscópica deve ser realizada nos pacientes com pancreatite grave.
- 41.** A rotina radiológica do abdome agudo pode dar sinais indiretos de comprometimento pancreático. Não é exemplo desses sinais:
- (A) Derrame pleural (principalmente à esquerda).
 - (B) Rebaixamento do ângulo de Treitz.
 - (C) Aumento do espaço retrogástrico.
 - (D) Sinal de Chilaiditi.
 - (E) Apagamento do contorno do músculo psoas.
- 42.** Não faz parte das manifestações clínicas da pancreatite crônica:
- (A) Dor abdominal.
 - (B) Emagrecimento.
 - (C) Esteatorréia.
 - (D) Derrames cavitários.
 - (E) Disfagia.



43. Dor típica na pancreatite aguda:

- (A) Dor epigástrica irradiando para dorso em faixa, com náuseas e vômitos associados.
- (B) Dor epigástrica com irradiação para região retroesternal associada à regurgitação e a sintomas dispépticos.
- (C) Não existe, pois a pancreatite aguda geralmente leva a dor abdominal difusa e o diagnóstico só é dado com a elevação da amilase sérica.
- (D) Dor em epigástrio pouco característica com sinal de Giordano positivo devido à posição do pâncreas retroesternal.
- (E) Dor em cólica no hipocôndrio direito com irradiação para o ombro contralateral e piora com alimentação copiosa ou ingestão de alimentação gordurosa.

44. Paciente de 60 anos, portador de neoplasia de sigmoide, suboclusiva e 3 nódulos hepáticos, localizados em segmentos IV, V e VIII. Nesse caso, a melhor conduta é proceder à

- (A) Colectomia subtotal seguida de transplante hepático.
- (B) Retossigmoidectomia seguida de quimioterapia, e, na dependência do status de K-Ras, terapia alvo associada.
- (C) Quimioembolização + hepatectomia + sigmoidostomia em alça.
- (D) Proctocolectomia com bolsa ileal. Após 4 semanas, hepatectomia direita com linfadenectomia.
- (E) Quimioterapia paliativa + radioterapia pélvica para evitar obstrução intestinal.

45. Paciente de 45 anos submetida a endoscopia digestiva alta por meio da qual se identificou lesão subepitelial de 4cm em fundo gástrico. Nesse caso, é correto afirmar:

- (A) O diagnóstico provável é leiomioma e a conduta é o acompanhamento endoscópico.
- (B) Se a biópsia endoscópica evidenciar gastrite, sem metaplasia, trata-se *H. pylori* e acompanha-se.
- (C) O diagnóstico de GIST deve ser considerado e o tratamento é inatinib até o desaparecimento da lesão.
- (D) Linfoma gástrico é o diagnóstico mais provável e deve-se realizar quimioterapia, mesmo com biópsia negativa.
- (E) Caso o US endoscópico com biópsia dirigida confirme tratar-se de GIST, a gastrectomia total não é obrigatória, se houver margens cirúrgicas livres.

46. Sobre incontinência anal, identifique as alternativas verdadeiras (V) e falsas (F).

- () A prevalência aumenta com a idade.
- () A diminuição da função sensorial anorretal não tem significância após a menopausa.
- () Terapia de reposição hormonal em pacientes com incontinência fecal melhoram os sintomas por melhorar a pressão anal.
- () O maior fator de risco para mulheres é o sintoma de urgência retal.
- () Os únicos músculos relacionados com a continência fecal são os esfíncteres anal externo e interno e os músculos do assoalho pélvico.

A alternativa que apresenta a sequência correta é

- (A) F,V,F,F,V
- (B) V,F,V,F,F
- (C) V,F,V,V,F
- (D) V,F,V,V,V
- (E) F,F,V,V,F

47. Sobre neoplasia anal, identifique as alternativas verdadeiras (V) e falsas (F).

- () O tratamento da doença de Paget perianal, na ausência de câncer invasivo, é uma ampla excisão local.
- () Ressecção abdominoperineal nunca está indicada no adenocarcinoma de ânus.
- () No sarcoma de Kaposi anal, indica-se apenas a quimioterapia, pois não é radiorresponsivo.
- () No tumor de Buschke-Lowenstein, quando superficial, indica-se apenas uma ampla excisão local.
- () No carcinoma verrucoso anal invasivo, indica-se ressecção abdominoperineal.

A alternativa que apresenta a sequência correta é

- (A) F,V,V,F,F
- (B) V,V,F,V,V
- (C) V,F,F,V,V
- (D) V,F,V,F,F
- (E) V,F,V,F,V



48. Com relação à patogênese da doença diverticular dos cólons, identifique as alternativas verdadeiras (V) e falsas (F).

- Alterações da atividade mioelétrica podem contribuir para a formação dos divertículos.
- Estudos têm indicado significativo aumento das células intestinais de Cajal em pacientes com diverticulose, possivelmente retardando o trânsito intestinal.
- A lei de Laplace explica por que os divertículos são mais comuns no cólon sigmoide.
- Divertículos são vistos no reto porque as tênias coalescem nesta região, formando uma camada muscular longitudinal circunferencial.
- A segmentação dentro do cólon atua como importante papel no desenvolvimento dos divertículos.

A alternativa que apresenta a sequência correta é

- (A) V,F,V,F,V
- (B) F,V,F,V,F
- (C) V,V,F,F,V
- (D) F,F,V,V,F
- (E) V,V,V,F,F

49. Sobre a doença de Crohn perianal, é INCORRETO afirmar que a fistulotomia e a fistulectomia

- (A) podem ser realizadas nas fistulas anais baixas.
- (B) devem ser realizadas nos pacientes sem doença retal ativa.
- (C) devem ser realizadas nos pacientes com doença luminal; proximal bem controlada.
- (D) devem ser realizadas em pacientes com adequada continência.
- (E) devem ser realizadas nas fistulas anovaginais baixas.

50. Com relação à hemorragia digestiva baixa ocasionada por divertículos colônicos, identifique as alternativas verdadeiras (V) e falsas (F).

- Estudos têm demonstrado relação com uso de anti-inflamatórios não hormonais.
- Estudos têm demonstrado risco menor ao sangramento das úlceras duodenais relacionado aos anti-inflamatórios não hormonais.
- Paciente que requer mais de seis bolsas de concentrado de glóbulos vermelhos têm indicação de cirurgia e possível colectomia total.
- O tratamento cirúrgico está indicado naqueles pacientes com instabilidade hemodinâmica que não resolve com ressuscitação.
- O sangramento, ao contrário da diverticulite, frequentemente envolve o lado direito e não está relacionado com anti-inflamatórios não hormonais.

A alternativa que apresenta a sequência correta é

- (A) V,F,V,V,F
- (B) V,V,F,F,V
- (C) F,F,V,V,F
- (D) V,F,V,F,V
- (E) F,F,V,F,V

RASCUNHO