

PRÉ-REQUISITO

CIRURGIA GERAL/ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA

Tipo 1

Goiânia, 19 de novembro de 2023.

INSTRUÇÕES

- 1) **NÃO ABRA O CADERNO DE PROVA SEM AUTORIZAÇÃO.**
- 2) Esta prova consta de **50 questões** de múltipla escolha.
- 3) Cada questão apresenta quatro alternativas (A, B, C, D), comportando uma e somente uma alternativa como resposta certa.
- 4) Assinale na folha de respostas com caneta azul ou preta, como indicado 
- 5) A prova terá a duração de **2 horas**, incluindo o tempo para a marcação da folha de respostas.
- 6) Ao terminar, levante o braço e aguarde a presença do fiscal de prova, a quem você deverá entregar a **folha de respostas**.
- 7) Não será concedida revisão de prova.
- 8) O gabarito preliminar será publicado após as 20 horas, no dia da prova.



PRÉ-REQUISITO
CIRURGIA GERAL/ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA
CADERNO DE PROVA – TIPO 1

NOME: _____ DATA: 19/11/2023.

Leia o relato do caso clínico a seguir.

1. Paciente, 30 anos de idade, sexo masculino, procura atendimento médico para tratamento de quadro clínico de edema em membros inferiores de início há 2 anos. Nega traumas, comorbidades ou tratamento para doenças prévias. Ao exame físico apresenta edema em pernas bilateralmente, sem alterações da pele, além de ausência de ulcerações ou lesões cicatriciais. Ecodoppler venoso demonstrou dilatação do calibre venoso e incompetência valvular com conseqüente refluxo em veias poplíteas direita e esquerda, sem outras alterações no sistema venoso. Considerando o caso relatado e o sistema de classificação CEAP do *American Venous Forum*, como se classifica este paciente?

- (A) C3 Ep Ap Pr
- (B) C4 Ep Ap Po
- (C) C4 Ep Ad Po
- (D) C3 Ep Ad Pr

Leia o relato do caso clínico a seguir.

2. Paciente politraumatizado após atropelamento em via pública apresentou choque hipovolêmico classe II conforme classificação do ATLS (*Advanced Trauma Life Support*). De acordo com o relato, qual deve ser a conduta inicial?

- (A) Administração de solução cristalóide isotônica.
- (B) Administração de concentrado de hemácias.
- (C) Administração de solução colóide isotônica.
- (D) Administração de plasma fresco congelado.

3. De acordo com a classificação de Nyhus para hérnia da virilha, como se classifica um paciente com recidiva de quadro de hérnia com anel inguinal interno dilatado, parede inguinal posterior intacta e vasos epigástricos profundos inferiores não deslocados?

- (A) Tipo IV A
- (B) Tipo IV B
- (C) Tipo IV C
- (D) Tipo IV D

4. Durante o processo de cicatrização de feridas as citocinas desempenham diversos efeitos biológicos importantes. Qual citocina, sintetizada pelas células dendríticas e medula óssea, aumenta a produção de plaquetas e inibe a proliferação de fibroblastos?

- (A) Interleucina 11
- (B) Interleucina 12
- (C) Interleucina 13
- (D) Interleucina 18

Leia o relato do caso clínico a seguir.

5. Paciente, 25 anos de idade, sexo feminino, com quadro clínico de politraumatismo após atropelamento em via pública, foi submetida a laparotomia identificando lesão vascular das veias hepáticas principais, sem avulsão hepática. De acordo com o caso relatado e, conforme a classificação cirúrgica e anatomopatológica das lesões hepáticas, elaborada pela Associação Americana para a Cirurgia do Trauma, qual é o grau desta lesão?

- (A) Grau da lesão III
- (B) Grau da lesão IV
- (C) Grau da lesão V
- (D) Grau da lesão VI

6. Nas últimas décadas, observou-se o desenvolvimento das terapêuticas medicamentosas para profilaxia e tratamento do tromboembolismo venoso. Qual medicamento é um inibidor seletivo e reversível do centro ativo do fator de coagulação Xa, tendo a capacidade de inibir o Fator Xa livre e no interior do complexo protrombinase?

- (A) Dabigatana.
- (B) Varfarina.



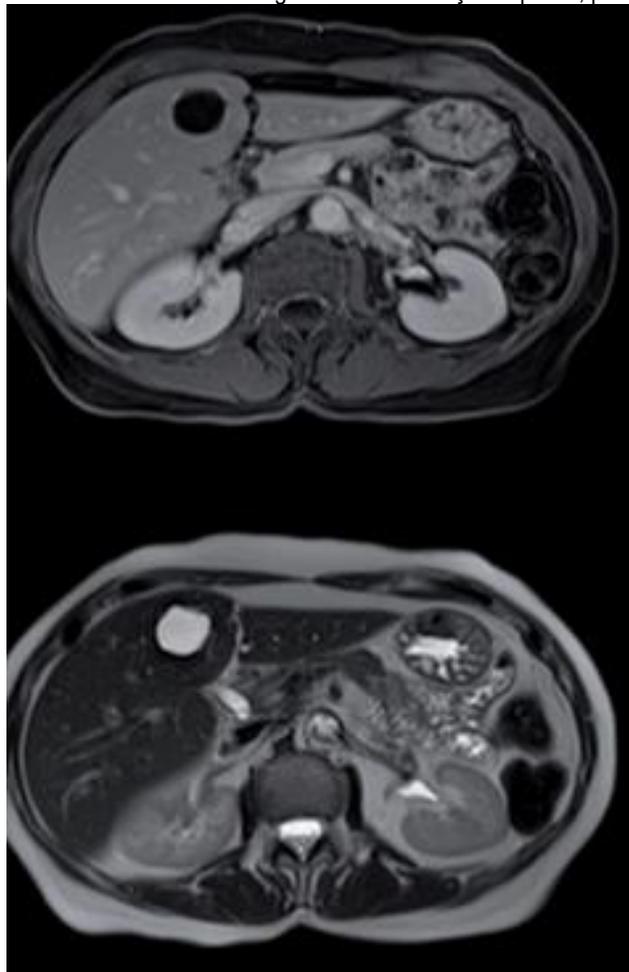
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2024 - GOIÁS

- (C) Apixabana.
- (D) Clopidogrel.

7. O choque circulatório é uma síndrome caracterizada por uma inadequada perfusão tecidual sistêmica e, se não diagnosticado e manejado precocemente, pode levar à falência múltipla de órgãos e a altos índices de mortalidade. Qual é o perfil hemodinâmico do choque hipovolêmico muito frequente em pacientes politraumatizados?

- (A) Pressão venosa central alta; saturação venosa central baixa; débito cardíaco baixo; resistência vascular sistêmica alta; pressão de oclusão de artéria pulmonar alta.
- (B) Pressão venosa central alta; saturação venosa central baixa; débito cardíaco baixo; resistência vascular sistêmica alta; pressão de oclusão de artéria pulmonar baixa.
- (C) Pressão venosa central baixa; saturação venosa central baixa; débito cardíaco alto; resistência vascular sistêmica alta; pressão de oclusão de artéria pulmonar baixa.
- (D) Pressão venosa central baixa; saturação venosa central baixa; débito cardíaco baixo; resistência vascular sistêmica alta; pressão de oclusão de artéria pulmonar baixa.

Analise as imagens a seguir, que representam uma ressonância magnética com alteração hepática, para responder às questões 8 e 9.



8. A alteração hepática mostrada nas imagens tem como principal hipótese diagnóstica

- (A) um hemangioma.
- (B) um cisto.
- (C) uma hiperplasia nodular focal.
- (D) um adenoma.

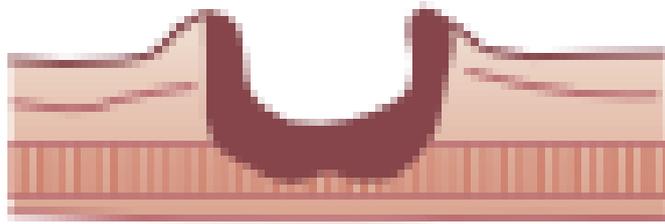
9. Na alteração mostrada nas imagens, a conduta a ser adotada é a

- (A) biópsia.
- (B) ressecção.
- (C) segmentectomia.
- (D) observação.



PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2024 - GOIÁS

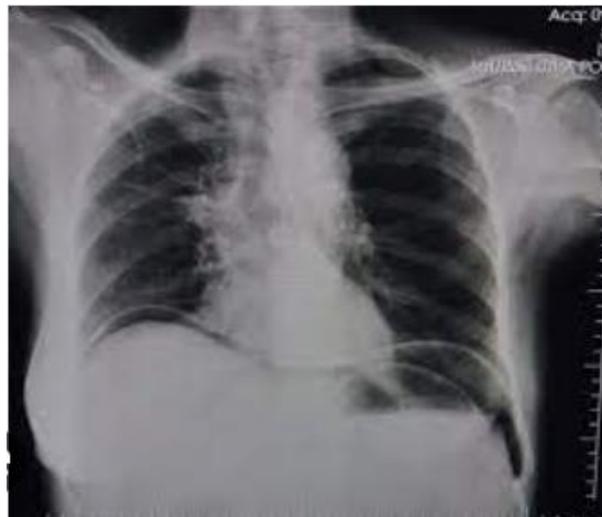
10. Observe a figura a seguir que representa uma lesão gástrica.



Segundo a classificação de Borrmann, esta lesão é do tipo:

- (A) I
 - (B) II
 - (C) III
 - (D) IV
11. A indicação de tratamento cirúrgico para um paciente que apresenta doença do refluxo gastroesofágico deve ser feita quando
- (A) a manometria apresenta baixo peristaltismo no terço distal do esôfago.
 - (B) a pHmetria apresenta vários episódios com pH 6.
 - (C) apresenta esofagite erosiva grau III.
 - (D) apresenta pontuação no índice De Mester baixo.
12. Dentre as fístulas enterocutâneas, qual tem a maior probabilidade de fechamento?
- (A) Trajeto longo.
 - (B) Labiada.
 - (C) Próxima à pele.
 - (D) Próxima à obstrução.

Observe a imagem a seguir para responder à questão 13.



13. Qual é o tratamento preconizado pela alteração apresentada na imagem?
- (A) Lise de aderências.
 - (B) Antibióticoterapia.
 - (C) Observação.
 - (D) Duodenorrafia.
14. Sobre a hérnia de Spiegel, sabe-se que
- (A) é mais comum na infância.
 - (B) ocorre abaixo da linha arqueada.
 - (C) apresenta-se com grande volume.
 - (D) tem alto índice de recidiva.



PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2024 - GOIÁS

15. Sobre as neoplasias císticas mucinosas do pâncreas, sabe-se que
- (A) têm como sinal de alerta para malignidade a calcificação da parede.
 - (B) ocorrem predominantemente na cabeça.
 - (C) são mais comuns no sexo masculino.
 - (D) são formadas a partir da comunicação com o ducto pancreático.
16. Megacólon chagásico tem como um dos elementos de sua fisiopatologia a acalásia do esfíncter interno do ânus. A forma de avaliar com segurança essa alteração é por meio de
- (A) ultrassom anorretal.
 - (B) manometria anorretal.
 - (C) clister opaco com duplo contraste.
 - (D) cinedefecografia.

Leia o relato do caso clínico a seguir.

17. Homem, 42 anos de idade, sem comorbidades, apresenta abscesso volumoso medindo 4,0 X 5,0 cm de diâmetro em região supra elevadora esquerda. A conduta, neste momento, é
- (A) excluir diverticulite ou apendicite com supuração para pele.
 - (B) drenagem ampla em ponto mais próximo da margem anal.
 - (C) drenagem de abscesso e criação de um estoma.
 - (D) administrar antibioticoterapia considerando que ainda não apresenta sinais externos de massa ou inflamação; reservar drenagem cirúrgica para os casos que não respondem ao tratamento clínico.
18. Os tratamentos dos cálculos do trato urinário são determinados por muitos fatores, dentre eles, os mais importantes para a escolha do tipo de tratamento são o tamanho e a posição deste na via excretora. De acordo com estes dois fatores, qual é a indicação de tratamento?
- (A) Se o cálculo mede 0,8 cm de diâmetro e se encontra no cálice superior, a indicação de litotripsia extracorpórea precede a de ureterorenolitotripsia flexível que precede a de nefrolitotripsia.
 - (B) Se o cálculo mede 0,9 cm de diâmetro e se encontra no ureter distal, a indicação de litotripsia extracorpórea e ureterorenolitotripsia flexível são igualmente adequadas.
 - (C) Se o cálculo mede 1,5 cm de diâmetro e se encontra no cálice inferior, a indicação de litotripsia extracorpórea e ureterorenolitotripsia flexível são igualmente adequadas e precedem a de nefrolitotripsia percutânea, desde que na ausência de fatores desfavoráveis para litotripsia percutânea.
 - (D) Se o cálculo mede 2,3 cm de diâmetro e se encontra na pelve renal, a indicação de nefrolitotripsia percutânea precede a de ureterorenolitotripsia que, por sua vez, precede a de litotripsia extracorpórea.
19. Os cálculos ureterais podem causar espectros diferentes de sintomas ou problemas ao trato urinário. Em alguns casos, é possível realizar tratamento conservador e aguardar a eliminação do cálculo. A observação de cálculos ureterais é viável em pacientes informados e com
- (A) dor na lombar direita associada a náuseas e vômitos controlada com analgésicos e antieméticos, tomografia demonstrando cálculo ureteral distal de 8 mm à direita sem ureterohidronefrose, exame simples de urina demonstrando hemácias de 400 mil/mL, leucócitos de 20 mil/mL, nitrito negativo e creatinina de 1,1 mg/dL.
 - (B) dor na lombar direita e febre controladas com analgésicos e antipiréticos, tomografia demonstrando cálculo ureteral proximal de 7 mm à direita, com ureterohidronefrose leve a moderada a montante, exame simples de urina demonstrando hemácias de 35 mil/mL, leucócitos de 150 mil/mL, nitrito positivo e creatinina de 0,8 mg/dL.
 - (C) dor na lombar com irradiação para flanco e bolsa testicular esquerda refratária a analgésicos comuns e opioides, tomografia demonstrando cálculo ureteral distal de 8 mm à esquerda, com ureterohidronefrose leve a montante, exame simples de urina demonstrando hemácias de 180 mil/mL, leucócitos de 15 mil/mL, nitrito negativo, creatinina de 1,6 mg/dL.
 - (D) dor em flanco e bolsa testicular esquerda, disúria, náuseas e vômitos controlados com analgésicos comuns, opióides e antieméticos, tomografia demonstrando cálculo ureteral distal de 4 mm à esquerda, com ureterohidronefrose acentuada a montante, exame simples de urina demonstrando hemácias de 70 mil/mL, leucócitos de 17 mil/mL, nitrito negativo, creatinina de 2,8 mg/dL.
20. Paciente, de 16 anos de idade, sexo masculino, portador de porfiria aguda intermitente foi internado no Hospital das Clínicas por quadro de vômito persistente associado a dor abdominal intensa. No segundo dia de internação mesmo após melhora do quadro de desidratação evoluiu com crise convulsiva; a medicação de escolha nesse quadro é
- (A) propofol.
 - (B) etomidato.
 - (C) fenitoína.
 - (D) ácido valproico.



PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2024 - GOIÁS

21. A síndrome do aprisionamento da artéria poplítea (SAAP) é uma doença caracterizada pela compressão extrínseca desta artéria. De acordo com Levien (1999), como se classifica a SAAP em que a artéria poplítea tem trajeto anterior em relação ao normal, estando posicionada entre a tíbia e o músculo poplíteo, sendo comprimida por este último, podendo ou não estar desviada?

- (A) Tipo I
- (B) Tipo II
- (C) Tipo III
- (D) Tipo IV

22. Paciente submetido a tratamento cirúrgico endovascular de aneurisma de aorta abdominal apresentou, em angiotomografia de controle pós-operatório, a presença de endoleak (vazamento) tipo II. Considerando o caso relatado, como se caracteriza esse diagnóstico de endoleak?

- (A) Enchimento do saco aneurismático, devido ao fechamento incompleto nas extremidades do enxerto e a parede do vaso.
- (B) Enchimento do saco aneurismático, através da laceração da parede da prótese ou entre conexões.
- (C) Enchimento do saco aneurismático, através da porosidade do próprio material da prótese.
- (D) Enchimento retrógrado do saco aneurismático por artérias lombares, de artéria polar ou artéria mesentérica inferior pérvias.

23. O acidente vascular encefálico pode relacionar-se à lesões arteriais obstrutivas ou aneurismáticas, destacando-se a necessidade do estudo completo da circulação cerebral. Qual é a origem anatômica das artérias vertebrais?

- (A) Artérias cerebrais posteriores.
- (B) Artérias subclávias.
- (C) Artérias carótidas comuns.
- (D) Artérias carótidas externas.

24. Paciente com trauma penetrante em região cervical apresentou hematoma pulsátil. Durante o exame físico deste paciente, quais os parâmetros anatômicos definem a zona anatômica II do pescoço, em que se encontram as artérias carótidas?

- (A) Ângulo da mandíbula e base do crânio.
- (B) Cartilagem cricóide ao ângulo da mandíbula.
- (C) Fúrcula esternal a cartilagem cricóide.
- (D) Ângulo da mandíbula e linha paravertebral.

25. Diversas medicações compõem a terapêutica medicamentosa para o tratamento da doença arterial obstrutiva periférica. Neste contexto, qual medicamento é um inibidor da fosfodiesterase tipo III capaz de inibir a agregação plaquetária e produzir vasodilatação?

- (A) Diosmina.
- (B) Clopidogrel.
- (C) Cilostazol.
- (D) Pentoxifilina.

26. O diagnóstico precoce das lesões estenóticas das artérias carótidas e vertebrais é fundamental para se evitar a evolução para quadros de acidente vascular encefálico isquêmicos. Dessa forma, considerando os parâmetros da *European Carotid Surgery Trial* (ECST), quando é que um paciente, recentemente sintomático, deve ser considerado para endarterectomia ou angioplastia de carótidas?

- (A) Placa aterosclerótica de grande volume consistente com uma estenose ESCT de 75% em apenas uma artéria carótida interna, sem lesões estenóticas em artéria carótida interna contralateral.
- (B) Placa aterosclerótica de grande volume consistente com uma estenose ESCT de 65% em apenas uma artéria carótida interna, sem lesões estenóticas em artéria carótida interna contralateral.
- (C) Placa aterosclerótica de grande volume consistente com uma estenose ESCT de 55% em apenas uma artéria carótida interna, sem lesões estenóticas em artéria carótida interna contralateral.
- (D) Placa aterosclerótica de grande volume consistente com uma estenose ESCT de 45% em apenas uma artéria carótida interna, sem lesões estenóticas em artéria carótida interna contralateral.

27. Conforme a Classificação de DeBAKEY, como se caracteriza uma dissecação tipo II da aorta?

- (A) dissecação em toda aorta, ou seja, inicia na aorta ascendente estende-se pela parte ascendente, pelo arco aórtico e pela aorta descendente.
- (B) dissecação da aorta descendente torácica.
- (C) dissecação na aorta ascendente e restringe-se a ela, não ultrapassando a artéria inominada.
- (D) dissecação da aorta abdominal.

Leia o relato do caso clínico a seguir.

28. Homem, 32 anos de idade, com diagnóstico de doença de Crohn, relata múltiplas internações hospitalares por suboclusão intestinal. Em enterorressonância magnética, foram evidenciados diversos segmentos de intestino delgado (pelo menos 4) com estenoses curtas, distantes uma das outras entre 40 e 60 cm, sem sinais inflamatórios agudos da parede do íleo/jejuno. Neste caso, o tratamento apropriado é



PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2024 - GOIÁS

- (A) estenoplastias a Heineke-Mikulicz.
(B) enterectomias alargadas e anastomose término-terminal mecânica.
(C) dilatações endoscópicas por meio de enteroscopias.
(D) mudança de medicação, laparoscopia e ileostomia terminal.
29. Em relação aos estomas intestinais sabe-se que
(A) o fechamento de uma ileostomia em alça requer relaparotomia ou laparoscopia
(B) as colostomias em alças requerem a colocação de um bastão plástico sob a alça exteriorizada para prevenir a retração a qual deve ser mantida até o momento de fechamento da colostomia.
(C) a dieta rica em gordura auxilia no controle de ileostomias de alto débito.
(D) a formação de uma colostomia terminal com fistula mucosa é um exemplo de estoma de dupla boca.
30. Em relação a patologia de neoplasias colorretais, sabe-se que:
(A) os pólipos hiperplásicos tem um alto risco de transformação maligna quando comparado aos adenomas.
(B) os pólipos serrateis e sua associação com câncer tendem estar localizadas no cólon esquerdo.
(C) a descrição da presença (ou ausência) de invasão venosa não faz parte do estadiamento TNM do câncer colorretal, enquanto é descrição obrigatória no estadiamento do câncer de reto.
(D) um pólipó com adenocarcinoma Kikuchi sm3 que foi completamente removido por endoscopia não necessita de outra forma de tratamento complementar.
31. Foi solicitado um parecer médico na enfermaria de ortopedia para avaliação de um paciente que se submeteu a uma artroplastia de quadril na urgência realizada há 5 dias, após uma queda que causou fratura da cabeça do fêmur. Paciente frágil, idoso, desenvolveu no pós-operatório, nas últimas 48 horas, quadro de distensão abdominal e parada da eliminação de fezes. Radiografia simples de abdome evidenciava um cólon dilatado difusamente e diminuição de gás na ampola retal, sem evidência de distensão de alças de delgado. Qual é o diagnóstico provável?
(A) Estenose de doença diverticular.
(B) Íleo paralítico.
(C) Pseudo-obstrução colônica.
(D) Volvo de sigmoide.
32. Um paciente se apresenta no consultório como portador de tumor de reto médio/inferior de 2,5 cm cujo US endorretal revelou tratar-se de T1N0. Trata-se de um senhor de 56 anos de idade, saudável, sem comorbidades importantes. Na biópsia da lesão, nenhum fator de maior agressividade foi identificado no estudo histopatológico. Outros estadiamento para investigação de doença metastática foram realizados e resultaram negativos. CEA de 2,1 ng/ml. Qual é a conduta apropriada para esse paciente?
(A) Quimiorradioterapia adjuvante seguida de ressecção completa de mesorreto.
(B) Ressecção total de mesorreto.
(C) Ressecção endoscópica transanal.
(D) Amputação abdomino-perineal.
33. Em paciente com primeiro episódio de diverticulite Hinchey I, qual é a conduta apropriada?
(A) Tratamento ambulatorial, sendo mandatório o uso de antibióticos e antiespasmódicos e controle rigoroso da dieta.
(B) Ressecção anterior com anastomose primária e ileostomia protetora.
(C) Drenagem de abscesso pélvico guiado por tomografia.
(D) Tratamento clínico, por vezes sendo necessário antibiótico, sendo descartada a princípio abordagem cirúrgica.
34. Em relação ao câncer de cólon, sabe-se que:
(A) o câncer de sigmoide/descendente deve-se preservar a artéria cólica esquerda.
(B) o prognóstico das lesões de cólon direito é pior do que daquelas localizadas no cólon esquerdo.
(C) as ressecções D3 são mandatórias nas lesões de cólon direito.
(D) as lesões de cólon transversal proximal devem ser tratadas com colectomia subtotal com ascendente reto anastomose.
35. Qual das abordagens cirúrgicas tem menor risco de lesão esfinteriana no tratamento de uma fístula anorretal?
(A) Fistulotomia em um tempo.
(B) Fistulotomia pós-setonagem.
(C) LIFT (*ligation of intersfincteric fistula tract*).
(D) Fistulotomia com marsupialização das bordas cirúrgicas.
36. O antígeno prostático específico (PSA) é frequentemente utilizado para rastrear o câncer de próstata (CaP). A recomendação é oferecer estratégia adaptada ao risco, baseada no nível inicial de PSA, com intervalos de acompanhamento de 2 anos para aqueles inicialmente em risco que, no caso são homens com nível de PSA



PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2024 - GOIÁS

- (A) 0,5 ng/mL aos 40 anos de idade.
- (B) 1 ng/mL aos 50 anos de idade
- (C) >1,5 ng/mL aos 45 anos de idade
- (D) 2 ng/mL aos 60 anos de idade.

37. A biópsia de próstata é o exame utilizado para o diagnóstico de câncer desse órgão. Em homens assintomáticos com nível de antígeno prostático específico (PSA) entre 3–10 ng/mL e toque retal normal, a recomendação para indicação de biópsia: é que se use a seguinte ferramenta:

- (A) calculadora de risco calibrada à prevalência populacional.
- (B) ressonância magnética da próstata para pacientes com menos de 50 anos.
- (C) ultrassom transretal de próstata com doppler colorido.
- (D) teste de biomarcadores séricos e urinários para pacientes negros.

38. O câncer de bexiga é a segunda neoplasia maligna mais comum, entre os tumores urológicos. A avaliação primária desses tumores é diferente nos casos músculo-invasivos e não músculo-invasivos. No caso de tumores não músculo-invasivos as recomendações para a avaliação primária, são

- (A) utilizar cistoscópio flexível, se disponível, nos homens e aplicar compressão perineal manual externa para diminuir a dor do procedimento ao passar pela uretra proximal.
- (B) descrever todas as características macroscópicas do tumor (localização, tamanho, número e aparência) e anormalidades da mucosa durante a cistoscopia, o diagrama da bexiga é dispensável.
- (C) usar citologia de urina miccional como complemento à cistoscopia para detectar tumor de alto grau.
- (D) realizar citologia, utilizando pelo menos 25 mL de urina fresca ou urina com fixação adequada. A primeira urina da manhã é a mais adequada.

39. As massas renais sólidas, até que se prove o contrário, são tumores renais malignos que devem ser conduzidos inicialmente com nefrectomia parcial ou radical. Em alguns casos essas massas podem ser inicialmente conduzidas com biópsia com posterior planejamento de conduta. As biópsias percutâneas de tumores renais são usadas para

- (A) obter histologia de massas renais que, radiologicamente, sugerem oncocitomas.
- (B) selecionar pacientes com pequenas massas renais para vigilância ativa ou tratamentos ablativos, como crioablação.
- (C) obter histologia antes ou simultaneamente aos tratamentos de ressecções parciais (nefrectomia parcial).
- (D) selecionar a forma mais adequada de estratégia médica e cirúrgica no contexto da doença metastática.

40. O hipogonadismo masculino, também conhecido como deficiência de testosterona, é um distúrbio associado à diminuição da atividade funcional dos testículos, com diminuição da produção de andrógenos e/ou produção prejudicada de espermatozoides. Pode afetar adversamente as funções de múltiplos órgãos e a qualidade de vida. A prevalência aumenta com a idade. O hipogonadismo de início tardio (HIT), aquele detectado na vida adulta, necessita de avaliação específica. Na avaliação diagnóstica do HIT é recomendado

- (A) analisar os níveis séricos do hormônio luteinizante e do hormônio folículo estimulante para diferenciar hipogonadismo primário, secundário e tumores testiculares.
- (B) considerar a mensuração de prolactina (PRL) se houver baixo desejo sexual ou outros sinais/sintomas sugestivos e testosterona baixa ou normal baixa.
- (C) realizar ressonância magnética (RM) hipofisária no hipogonadismo secundário, com PRL elevada ou sintomas específicos de massa hipofisária e/ou presença de outras deficiências hormonais da hipófise posterior.
- (D) realizar ressonância magnética hipotalâmica e ultrassom de bolsa testicular em hipogonadismo secundário grave, quando a dosagem de testosterona total for < 6 nmol/L.

41. Paciente, 45 anos de idade, sexo feminino, 1,64 m e 75 kg, hipertensa e diabética, em uso de furosemida e metformina. Refere quadro de tosse, halitose intensa e disfagia há 1 ano que implicaram em isolamento social. Realizado uma esofagografia baritada que mostrou um divertículo faringoesofágico com cerca de 4,5 cm de extensão posterior ao esôfago cervical acima da cartilagem cricóide. Programado a diverticulectomia por cervicotomia esquerda longitudinal sob anestesia geral, durante a avaliação pré-anestésica foi visto boa abertura de boca e mobilidade cervical, distância tireoentoniana de 8 cm e Mallampati IV. Nesse caso a indução anestésica deverá ser feita com

- (A) indução em sequência rápida, com a realização da manobra de Sellick antes mesmo da perda de consciência.
- (B) intubação com paciente acordada realizando bloqueios dos nervos laríngeo superior e recorrente.
- (C) indução em sequência atrasada, para promover maior tempo de apneia e segurança para intubação.
- (D) indução em sequência rápida, sem a realização da manobra de Sellick.

42. Paciente, 65 anos de idade, sexo feminino, 1,60 m, 75 kg, será submetida a retossigmoidectomia videolaparoscópica sob anestesia geral. No intraoperatório, a paciente apresenta redução significativa no débito urinário. A explicação que se relaciona com a redução do fluxo sanguíneo renal neste caso é

- (A) a perda da autorregulação renal.
- (B) o aumento da excreção de sódio.



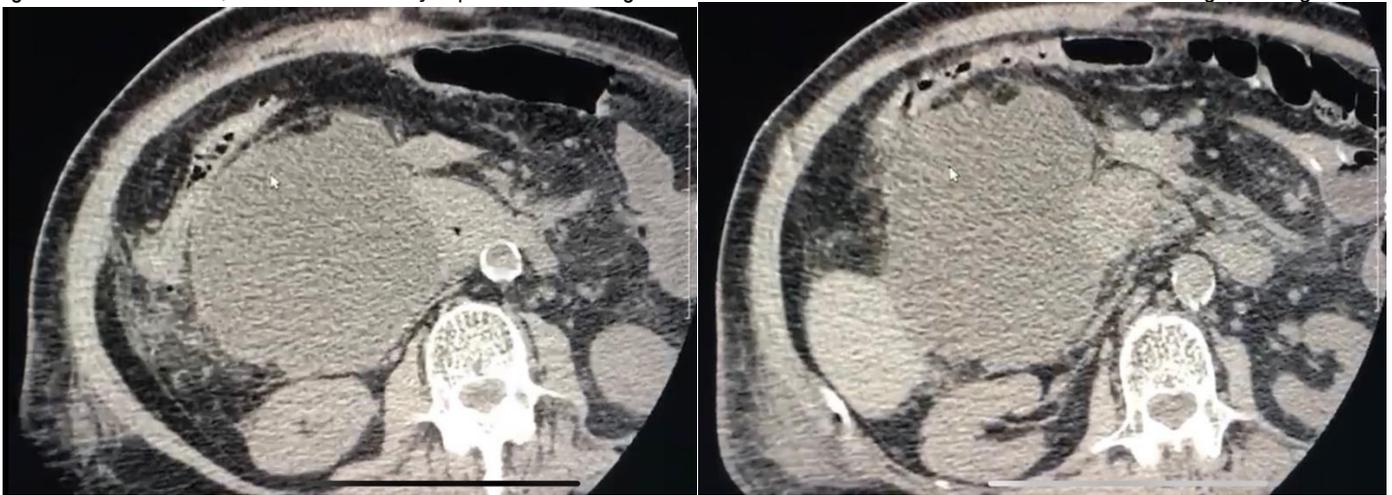
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2024 - GOIÁS

- (C) a compressão do parênquima renal.
- (D) a inibição da liberação da vasopressina.

43. Sobre o mecanismo de ação dos fármacos para profilaxia de náuseas e vômitos perioperatório sabe-se que
- (A) ondansetrona atua nos receptores 5HT₃, levando a endocitose desse receptor.
 - (B) droperiol atua por antagonismo parcial GABA-A.
 - (C) fosaprepitant, trata-se de um agonista NK-1, com eficácia semelhante à da ondansetrona na prevenção de náuseas, porém é inferior na prevenção de vômitos.
 - (D) dexametasona tem mecanismo de ação central na profilaxia de náuseas após cirurgias de ouvido médio e estrabismo.

Leia o relato do caso clínico e analise as imagens a seguir.

44. Paciente, 78 anos de idade, sexo masculino, portador de adenocarcinoma de papila duodenal moderadamente diferenciado, foi submetido à cirurgia curativa (duodenopancreatectomia convencional com reconstrução em alça única) após estadiamento oncológico. No sétimo dia de pós-operatório, evoluiu com náuseas, vômitos e dor abdominal. Ao exame: paciente em regular estado geral, consciente, orientado. Pressão arterial de 110 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 98 bpm e respiratória de 22 ipm. Abdome semigloboso, distendido, intensamente doloroso à palpação em epigastro e flanco direito, sem sinais de irritação peritoneal. Tomografia de abdome realizada e o resultado mostrado nas imagens a seguir.



De acordo com os relatos e as imagens, qual é, respectivamente, o diagnóstico e a conduta a serem adotados?

- (A) Fístula biliar complicada com abscesso; laparotomia exploradora.
- (B) Fístula pancreática complicada com abscesso; drenagem percutânea guiada.
- (C) Deiscência da gastroenteroanastomose; laparotomia exploradora.
- (D) Íleo adinâmico; passagem de sonda nasogástrica e hidratação.

Leia o relato do caso clínico e analise as imagens a seguir.

45. Paciente, 27 anos de idade, sexo feminino, chega à enfermaria de cirurgia geral do Hospital das Clínicas para avaliação especializada, após realização de colecistectomia videolaparoscópica em outro serviço. A paciente está no segundo dia de pós-operatório, e o cirurgião assistente relata que o procedimento foi complicado, com sangramento moderado e, devido à dificuldade técnica, realizou drenagem da via biliar com cateter de punção venosa (Intracath®) associado à drenagem do leito sub-hepático com dreno laminar. Ao exame físico, a paciente está em bom estado geral, estável hemodinamicamente, com dor abdominal à palpação em hipocôndrio direito. O cateter está drenando 300 mL/24 horas de bile e o dreno laminar está drenando 600 mL/24 horas de bile. A paciente vem com exame de imagem realizado no mesmo serviço, que são mostradas a seguir.

Exames laboratoriais: Hb=10.4 g/dL, Ht=30%, Amilase=130 U/L, Lipase=90 U/L, TGO=3000 U/L, TGP=4200 U/L, Bilirrubina total=1.2 mg/dL, Bilirrubina direta=0.8 mg/dL



De acordo com os relatos e as imagens, qual é o provável diagnóstico?

- (A) Lesão iatrogênica da via biliar com abscesso hepático.
- (B) Lesão iatrogênica da via biliar com lesão vascular associada (arterial).
- (C) Lesão iatrogênica da via biliar sem lesão vascular associada.
- (D) Lesão iatrogênica da via biliar com hepatite aguda viral associada.



PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2024 - GOIÁS

Leia as informações do caso clínico e do artigo publicado na JAMA, a seguir.

46. Paciente portador de adenocarcinoma de cárdia (T2N1M0), após ser submetido ao estadiamento oncológico, foi submetido a terapia neoadjuvante. O paciente apresentou boa tolerância à quimioterapia, e será submetido à gastrectomia total com linfadenectomia por videolaparoscopia, com esofagojejunostomia (anastomose do estômago com o jejuno latero-lateral em Y de Roux). A fístula dessa anastomose, apesar de infrequente, pode levar a complicações graves no pós-operatório. Os cirurgiões do caso, divergem se devem ou não colocar sonda nasoenteral após o término da cirurgia, com o objetivo de reduzir a incidência dessa fístula. Uma rápida pesquisa no Pubmed, apontou um ensaio clínico publicado na JAMA que testou essa hipótese.

ORIGINAL ARTICLE

Nasojejunal Tube Placement After Total Gastrectomy

A Multicenter Prospective Randomized Trial

Giovanni Battista Doglietto, MD; Valerio Papa, MD; Antonio Pio Tortorelli, MD; Maurizio Bossola, MD; Marcello Covino, MD; Fabio Pacelli, MD; for the Italian Total Gastrectomy Study Group

Major noninfectious complications

Anastomotic leak	8	7
Wound dehiscence	3	2
Digestive tract complications‡	5	4
Pulmonary embolus	1	0
Hemoperitoneum	1	1
Pulmonary failure	5	3
Renal failure	1	0
Total	24	17
No. (%) of patients affected	16 (13.8)	13 (10.7)

O resultado principal foi: As taxas de fístula anastomótica no grupo de pacientes que usou a sonda foi de 6,9% (8 pacientes) e de 5,8% (7 pacientes) para o grupo de que não usou a sonda ($P = 0,71$).

Assim, com relação ao caso e utilizando a orientação científica do artigo, qual deve ser a conduta?

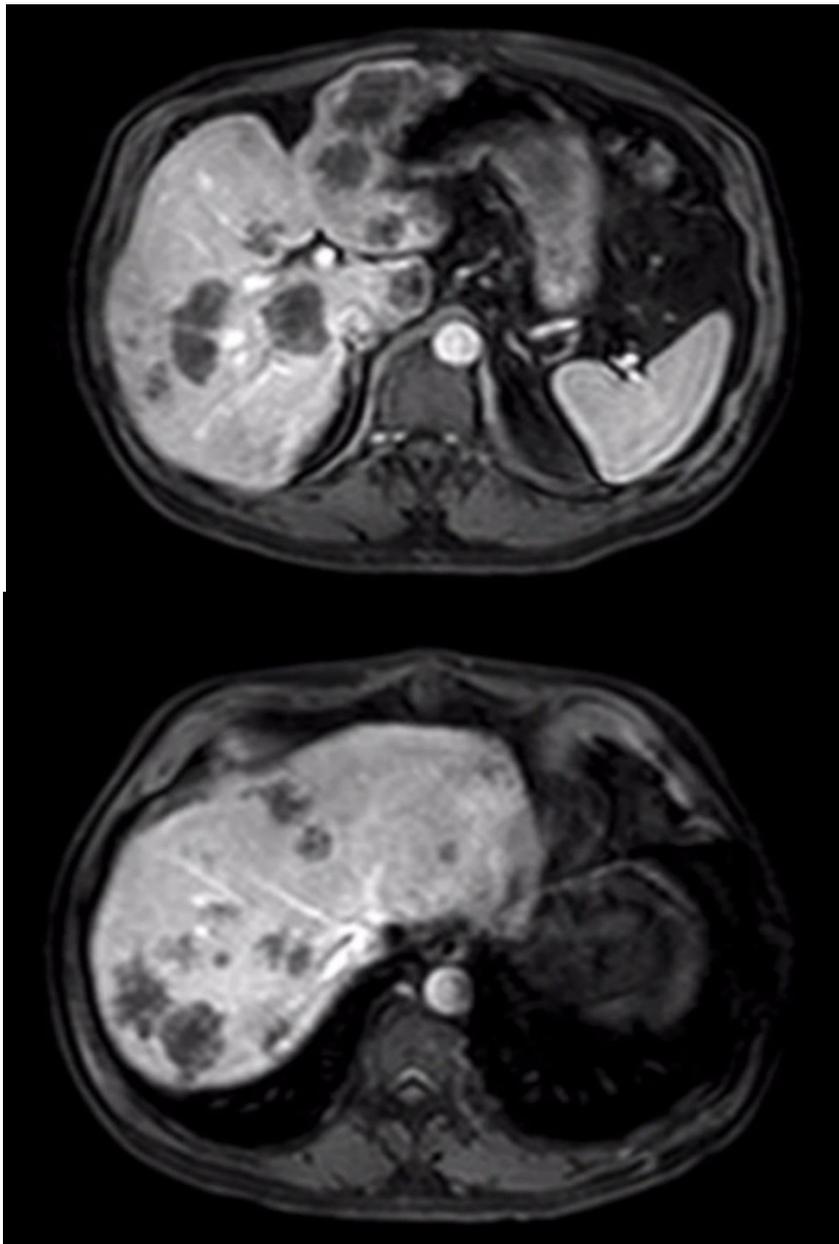
- (A) A sonda nasoenteral deve ser passada em casos selecionados.
- (B) A sonda nasoenteral caso seja passada, aumenta a incidência de fístula.
- (C) A sonda nasoenteral não deve ser passada, pois o experimento não rejeitou a hipótese nula.
- (D) Deve ser realizado uma jejunostomia compressiva.

Leia o relato do caso clínico e analise as imagens a seguir.

47. Paciente da enfermaria do Hospital das Clínicas, 42 anos de idade, com história de hematoquezia em pequena quantidade, associado a desconforto abdominal, foi diagnosticado com adenocarcinoma de cólon esquerdo. O paciente nega perda de peso, tenesmo, tabagismo e sem comorbidades. O exame clínico é normal e apresenta ECOG performance status 0. Durante o estadiamento oncológico, o paciente apresentou tomografia de tórax sem evidência de doença, ressonância magnética de abdome alterada com imagem mostrada a seguir. Os exames laboratoriais estão normais. O marcador CEA igual a 27 ng/mL (normal até 3,4 ng/mL).



PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2024 - GOIÁS



De acordo com o relato do caso e a análise das imagens, qual é a conduta adequada para este caso?

- (A) Colectomia esquerda e quimioterapia adjuvante.
- (B) Colectomia esquerda, com hepatectomia não regrada e quimioterapia adjuvante.
- (C) Colectomia esquerda paliativa.
- (D) Quimioterapia de conversão.

48. O tempo de estadia do paciente em contexto cirúrgico onera o sistema de saúde e gera morbidades adicionais a grupos específicos de pacientes de acordo com seus fatores de risco. As complicações pulmonares pós-operatórias são independentes de quais fatores?

- (A) Local cirúrgico e anestesia geral.
- (B) Obesidade e diabetes.
- (C) DPOC e idade > 60 anos.
- (D) Creatinina > 1,5 e HAS.

49. Os avanços no tratamento cirúrgico e nos cuidados intensivos de traumatizados graves e pacientes cirúrgicos seriamente doentes melhoraram as taxas de sobrevivência naqueles que anteriormente teriam morrido por causa de sua lesão ou doença. A criação de um fechamento abdominal temporário contribuiu para tais avanços, esse fechamento é indicado em

- (A) hemorragia controlada com expansão volêmica.
- (B) reoperação aguda planejada.



PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2024 - GOIÁS

- (C) síndrome compartimental extra-abdominal.
- (D) viabilidade visceral evidente.

50. As glândulas salivares (maiores ou menores) são neoplasias raras, constituindo cerca de 3 a 4% das neoplasias de cabeça e pescoço, a maior parte está localizada na parótida (70%) e, dessas, cerca de 80% são benignas. A neoplasia maligna de glândula salivar é encontrada em

- (A) adenoma pleomórfico.
- (B) papiloma intraductal.
- (C) carcinoma mioepitelial.
- (D) hemangioma capilar.