



PROCESSO SELETIVO

RESIDÊNCIAS UESPI



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 07

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **COLOPROCTOLOGIA**

DATA: 14/01/2024 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - a) Este caderno (**TIPO 07**) com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
 - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 07) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.*

OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **2h (duas horas)**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30** do início desta.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

RASCUNHO

01		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	

PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIAS UESPI - COLOPROCTOLOGIA
NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS - NUCEPE
FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.



PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS UESPI



N^o DE INSCRIÇÃO					



CIRURGIA GERAL

01. Quanto às complicações pós-operatórias, marque a alternativa **INCORRETA**:

- a) A atelectasia é a complicação pulmonar mais frequente.
- b) A atelectasia é a principal causa de febre nas primeiras 48 horas.
- c) No caso do infarto do miocárdio, o risco de novo evento diminui bastante ao fim do primeiro mês, permanecendo quase inalterado até o primeiro ano.
- d) A maioria das disritmias é transitória, benigna e assintomática.
- e) A infecção de ferida operatória é a complicação local mais frequente.

02. A respeito das complicações pós-operatórias, assinale o fator que aumenta o risco de complicações respiratórias (pulmonares):

- a) idade acima de 40 anos.
- b) IMC igual a 22,5.
- c) procedimento com duração de até 1 hora.
- d) cirurgia no abdome superior e no tórax.
- e) cirurgia eletiva.

03. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) No hematoma ocorre o acúmulo de linfa e soro na ferida operatória.
- b) O quadro clínico dos seromas é dor, aumento do volume operatório e secreção purulenta.
- c) O tratamento de escolha para deiscência de aponeurose da parede abdominal é conservador, com curativos compressivos e uso de cintas abdominais.
- d) As complicações da ferida operatória, seroma, hematoma e infecção, predispõem a deiscência de aponeurose.
- e) Todas as alternativas são incorretas.

04. Marque a alternativa **CORRETA**, segundo a classificação de ASA (American Society of Anesthesiologists):

- a) Um paciente com hipertensão arterial sistêmica controlada é considerado ASA I.
- b) ASA II é o paciente com doença sistêmica controlada, sem limitação funcional.
- c) Paciente classificado como ASA IV é aquele com doença sistêmica não controlada, grave, limitação funcional estabelecida.
- d) ASA V é o paciente com doença sistêmica grave, com risco de vida constante.
- e) ASA IV é o paciente moribundo.

05. A respeito dos anestésicos locais, marque a alternativa **CORRETA**:

- a) O radical aromático representa a estrutura lipofílica, relacionado com a potência e toxicidade dos anestésicos locais.
- b) O grupo amina é a porção ionizável e responsável pela penetração no nervo.
- c) A duração de ação da lidocaína é superior à da bupivacaína devido a maior afinidade proteica daquela.
- d) A adrenalina adicionada ao anestésico local reduz a velocidade de absorção do anestésico local, diminui o risco de intoxicação, reduz o sangramento cirúrgico e melhora a qualidade do bloqueio.
- e) Todas as alternativas são incorretas.



06. Durante a investigação diagnóstica, quando há suspeita de um cisto da via biliar principal, o exame a ser solicitado inicialmente é
- tomografia computadorizada do abdome.
 - ressonância magnética do abdome.
 - ultrassonografia endoscópica.
 - ultrassonografia do abdome.
 - colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
07. Qual dos tumores neuroendócrinos funcionantes é o mais comum?
- Gastrinoma.
 - Insulinoma.
 - Somatostatina.
 - Vipoma.
 - Glucagonoma.
08. Na investigação diagnóstica em um paciente com suspeita de gastrinoma, qual dos testes a seguir deve ser utilizado?
- Teste de lactose.
 - Teste pós-prandial de glicose/ glicogênio.
 - Teste provocativo com secretina.
 - Dosagem de glucagon.
 - Dosagem de peptídeo C e pró-insulina.
09. O suprimento vascular do trato gastrointestinal é feito por três artérias principais que formam a circulação mesentérica. Assinale-as.
- a. mesentérica superior, a. mesentérica inferior e a. gástrica comum.
 - aorta abdominal, a. mesentérica superior e a. íleo-cólica.
 - aorta abdominal, a. hepática comum e a. mesentérica.
 - tronco celíaco, a. mesentérica superior e a. mesentérica inferior.
 - aorta abdominal, tronco celíaco, a. mesentérica superior.
10. Na abordagem conservadora do trauma esplênico, podemos utilizar os seguintes critérios para adoção dessa conduta, **EXCETO**:
- estabilidade hemodinâmica.
 - exame abdominal normal.
 - paciente consciente e cooperativo.
 - coagulopatia e perda sanguínea evidente.
 - evidência de lesão esplênica no exame de imagem.
11. Paciente do sexo masculino, tabagista, com dor em hemitórax direito, tosse, dificuldade respiratória e murmúrio vesicular diminuído à direita. Ausculta cardíaca normal. Qual exame de escolha para esse quadro clínico?
- Videoendoscopia digestiva alta.
 - Broncoscopia.
 - Raio X simples de tórax.
 - Teste ergométrico.
 - Videotoracoscopia.



12. Na investigação de suspeita de colecolitíase, o primeiro exame de imagem a ser feito é
- colangiorressonância magnética.
 - CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica).
 - ultrassonografia abdominal.
 - ultrassonografia endoscópica.
 - raio X simples de abdômen.
13. Em um paciente com perfuração do esôfago, o sintoma mais frequente encontrado no quadro clínico inicial é
- dor retroesternal.
 - pirose e odinofagia.
 - enfisema subcutâneo.
 - dispneia e hipertimpanismo.
 - febre e tosse.
14. A doença diverticular ocorre com mais frequência em qual dos segmentos a seguir?
- Reto.
 - Cólon sigmoide.
 - Cólon descendente.
 - Cólon transverso.
 - Cólon ascendente e ceco.

Com relação ao caso clínico a seguir, responda às **questões 15 e 16**.

CASO CLÍNICO:

Paciente do sexo masculino com 32 anos de idade procurou serviço de referência com queixa de “hérnia na virilha”. Informou que, desde os 18 anos de idade, percebeu abaulamento discreto em região inguinal direita, que evoluiu progressivamente com aumento, chegando até a bolsa escrotal. Somente aos 25 anos de idade procurou o serviço médico, sendo feito tratamento cirúrgico. Há 2 anos, percebeu novo abaulamento no mesmo local (à direita) e agora também à esquerda, principalmente aos esforços. Ao exame físico, nota-se, à direita, cicatriz oblíqua e volumoso abaulamento progredindo pelo anel inguinal profundo até a bolsa escrotal. Observa-se, à esquerda, abaulamento na parede anterior, com anel inguinal interno fechado.

15. Conforme o caso clínico acima, as hérnias inguinais à DIREITA e à ESQUERDA podem ser classificadas respectivamente em Nyhus
- tipos II e III-B.
 - tipos IV-B e III-A.
 - tipos IV-A e III-B.
 - tipos IV-B e III-B.
 - tipos IV-A e III-A.
16. Referindo-se ainda ao caso clínico supracitado, qual a melhor conduta a ser adotada?
- A hérnia à DIREITA por técnica de Bassini, e a da ESQUERDA à Lichtenstein.
 - A hérnia à DIREITA por técnica de Lichtenstein, e a da ESQUERDA por videolaparoscopia.
 - A hérnia à DIREITA por técnica de Lichtenstein, e a da ESQUERDA não tem indicação cirúrgica.
 - A hérnia à DIREITA por técnica de Bassini, e a da ESQUERDA à McVay.
 - Tratamento por videolaparoscopia bilateral, com uso de tela.



17. Avalie as assertivas a seguir:

- I. Sinal de Murphy é a vesícula biliar palpável associada à presença de icterícia.
- II. Sinal de Rovsing é dor no ponto apendicular à compressão no abdômen inferior direito.
- III. Sinal de Charcot é a presença de febre, icterícia e dor intermitente no quadrante superior direito.

Marque a alternativa **CORRETA**:

- a) as assertivas I e II estão incorretas, e a III está correta.
- b) as assertivas I e III estão incorretas, e a II, correta.
- c) as assertivas II e III estão incorretas, e a I, correta.
- d) todas assertivas estão corretas.
- e) todas assertivas estão incorretas.

18. Marque a alternativa que contém somente fatores de risco para ocorrência de hérnias incisionais:

- a) IMC 25, idade 75 anos e diabetes mellitus.
- b) infecção do acesso cirúrgico, idade 40 anos e DPOC.
- c) obesidade grau III, idade 65 anos e ascite.
- d) desnutrição, idade 75 anos e cirurgia videolaparoscópica.
- e) todas as assertivas estão incorretas.

19. Paciente com câncer de esôfago tem os seguintes achados: tumor invade somente até a muscular própria; observa-se acometimento de dois nódulos linfáticos regionais; sem invasão metastática a distância. Conforme a classificação do TNM para o estadiamento seria

- a) T1 N1 M0.
- b) T2 N1 M0.
- c) T1 N2 M0.
- d) T2 N2 M0.
- e) T2 N2 MX.

20. A respeito dos fios de sutura, marque a alternativa **INCORRETA**:

- a) quanto à força tênsil, o melhor fio a ser utilizado é aquele que, tendo menor diâmetro, apresente força tênsil equivalente àquela dos tecidos sobre o qual será aplicado.
- b) os fios monofilamentares e não absorvíveis são os que desencadeiam menor resposta inflamatória.
- c) os fios monofilamentares têm baixo coeficiente de fricção, assim confeccionando nós com maior segurança.
- d) um fio com configuração multifilamentar aumenta significativamente o risco de infecção da ferida operatória, por propiciar às bactérias uma penetração no interior da trama de seus filamentos.
- e) a elasticidade de um fio cirúrgico é a capacidade de se alongar quando sob tensão e retornar a seu comprimento inicial após o fim desta.

21. Assinale a situação em que o tratamento cirúrgico laparoscópico da hérnia localizada na região inguinal e proximidades é **MENOS** apropriado:

- a) Hérnias inguinais bilaterais do tipo Nyhus IIIA.
- b) Hérnia recidivada cuja primeira abordagem foi por via anterior.
- c) Hérnia inguinal em paciente previamente submetido à prostatectomia retropúbica radical.
- d) Hérnia inguinal em paciente previamente submetido à cirurgia no abdômen superior.
- e) Hérnia Nyhus IIIC.



22. Um paciente submetido a reparo herniário tipo Lichtenstein evolui, no 3º dia pós-operatório, com dor e entumescimento testicular ipsilateral. Sobre esse paciente é **CORRETO** afirmar:
- a) Essa complicação é mais comum na abordagem posterior.
 - b) Em geral, resulta em atrofia testicular após 6 a 12 semanas.
 - c) A orquiectomia é frequentemente indicada.
 - d) Nessa situação, a causa mais provável é a ligadura da artéria testicular.
 - e) A incidência dessa complicação diminui nas hérnias recidivadas.
23. Paciente do sexo masculino, 40 anos, submetido à cirurgia bariátrica do tipo Bypass há 3 anos, relata mal-estar cerca de duas horas após ingestão de doce de leite. Apresenta visão turva, palpitação, taquicardia, associadas ainda à plenitude epigástrica e dores abdominais em cólica. Essa complicação é conhecida como
- a) síndrome de dumping tardio.
 - b) síndrome da alça aferente.
 - c) síndrome da alça eferente.
 - d) gastrite de refluxo alcalino.
 - e) atonia gástrica.
24. Mulher, 56 anos, submetida à colecistectomia videolaparoscópica queixou-se de dor recorrente no hipocôndrio direito, similar à cólica biliar. Os sintomas surgiram algumas semanas após o procedimento. Provas de função hepática estavam normais. Por indicação médica, realizou ainda colangiorrressonância, que mostrou dilatação do colédoco (13mm) sem fator obstrutivo. Diante da hipótese mais provável, marque a conduta **MAIS** apropriada:
- a) Laparotomia exploradora.
 - b) Punção da via biliar guiada por tomografia e colocação de dreno de Kher.
 - c) Manometria do esfícter de Oddi e indicar papilotomia endoscópica, se pressão maior que 40 mmHg.
 - d) Coledocoduodenostomia.
 - e) Dosagem da gastrina sérica.
25. Mulher, 71 anos, submetida à tireoidectomia total por carcinoma papilífero há 2 meses, faz uso diário de levotiroxina 75mcg/dia e losartana 50mg/dia. Evolui com ansiedade e alterações neurocognitivas. Apresenta ainda sinais clínicos de Chvostek e Trousseau positivos. Eletrocardiograma mostra alterações da repolarização ventricular e aumento do intervalo QT. Considerando os achados clínicos e a hipótese mais provável, as alterações eletrolíticas esperadas são
- a) hipocalcemia e hiperfosfatemia.
 - b) hipercalemia e hipofosfatemia.
 - c) hipercalcemia e hiperfosfatemia.
 - d) hiponatremia e hipofosfatemia.
 - e) hipocalcemia e hipofosfatemia.
26. Homem, 60 anos, etilista crônico, procura a emergência devido a quadro de dor torácica aguda e epigastralgia há cerca de 1 hora, associado a taquipneia e taquicardia. O início do quadro ocorreu após episódio de vômito forçado (autoinduzido). Eletrocardiograma inicial não mostrou alterações. Realizou tomografia de tórax, que mostrou volumoso pneumomediastino, com coleção mediastinal. Nessa situação, o diagnóstico mais provável é



- a) síndrome Sump.
b) síndrome de Boerhaave.
c) síndrome de Mallory-Weiss.
d) síndrome de Bouveret.
e) síndrome de Li-fraumeni.
- 27.** Um paciente ex-tabagista submetido à duodenopancreatectomia (cirurgia de Whipple), devido a tumoração na cabeça do pâncreas, apresentou, no 4º dia do pós-operatório, secreção por dreno abdominal com amilase acima de 3x o limite normal. Duas semanas depois, a secreção havia cessado, e o dreno foi retirado. Essa situação é descrita, segundo a ISGPS (*International Study Group of Pancreatic Surgery*), como
- a) uma situação corriqueira e não caracteriza fístula.
b) uma fístula grau A, provavelmente da anastomose hepaticojejunal.
c) uma fístula grau B, provavelmente da anastomose hepaticojejunal.
d) uma fístula grau A, provavelmente da anastomose pancreatojejunal.
e) uma fístula grau B, provavelmente da anastomose pancreatojejunal.
- 28.** Homem, 23 anos, vítima de politraumatismo grave desenvolve síndrome compartimental abdominal. Sobre essa afecção, julgue as afirmações a seguir:
- I. Quando a pressão intra-abdominal (PIA) atinge 25 mmHg, há aumento na pressão respiratória terminal para obter um volume corrente fixo.
II. O retorno venoso diminui com PIA maior que 20 mmHg.
III. O débito cardíaco diminui por alteração no retorno venoso e por redução da contratilidade.
IV. O quadro descrito é obrigatoriamente resultado de doenças intra-abdominais.
- a) Apenas as afirmações II, III e IV estão corretas.
b) Apenas as afirmações I, III e IV estão corretas.
c) Apenas as afirmações I, II e IV estão corretas.
d) Apenas as afirmações I, II e III estão corretas.
e) Todas as afirmações estão corretas.
- 29.** Paciente vítima de acidente motociclístico apresenta trauma contuso em região cervical após impacto com fio de telefonia estendido a pequena altura que atravessava a via pública. O paciente relatou quase estrangulamento à equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Em seguida, chega à emergência trazido pela equipe do SAMU, que relata que o paciente apresentou hemiparesia à direita súbita alguns minutos após o trauma. Na admissão hospitalar, apresentava a via aérea pérvia, ausculta pulmonar presente bilateralmente e hemodinamicamente estável, com hematoma cervical não expansivo. Ao exame neurológico, encontrava-se acordado, pupilas isocóricas, não apresentando o déficit descrito pelo SAMU. Considerando a hipótese mais provável, a conduta mais adequada é
- a) encaminhar o paciente imediatamente para cervicotomia exploradora.
b) realizar laringoscopia, broncoscopia, esofagografia com contraste, endoscopia digestiva alta e angiotomografia cervical. Se lesão de carótida sem extravasamento, proceder com cervicotomia exploradora.
c) realizar laringoscopia, broncoscopia, esofagografia com contraste, endoscopia digestiva alta e angiotomografia cervical. Se lesão de carótida sem extravasamento, indicar terapia antitrombótica por 7 a 10 dias. Repetir angiotomografia após, para reavaliar tratamento.



- d) realizar laringoscopia, broncoscopia, esofagografia com contraste e angiotomografia cervical. Se lesão de carótida sem extravasamento, proceder com cervicotomia exploradora.
- e) realizar laringoscopia, broncoscopia, endoscopia digestiva alta e angiotomografia. Se lesão de carótida sem extravasamento, indicar terapia antitrombótica por 7 a 10 dias. Repetir angiotomografia após, para reavaliar tratamento.
- 30.** Mulher de 42 anos teve uma amputação traumática do membro inferior direito proximal por golpe de machado infligido por seu esposo em surto psicótico, em sua oficina mecânica. Ela está caída, e seu filho, de 15 anos, grita por socorro na rua. Nesse momento, o agressor encontra-se ainda em surto dentro do imóvel. Você está passando em frente ao local e é chamado pelo filho para socorrê-la. O SAMU e a polícia já foram acionados e estão a caminho. A sua conduta deverá ser
- a) aguardar a chegada de auxílio.
- b) comprimir o sangramento com a mão e avaliar a necessidade de torniquete.
- c) primeiramente avaliar se a via aérea está pérvia.
- d) ofertar uma boa quantidade de água por via oral, visto que não tem equipamento para acesso venoso.
- e) irrigar o osso exposto, visto que, dessa maneira, servirá como acesso intra-ósseo.

ESPECÍFICA

- 31.** Qual desses casos estaria formalmente indicado à realização de neoadjuvância?
- a) Neoplasia de reto superior com invasão da gordura perirretal.
- b) Neoplasia de sigmoide metastática.
- c) Neoplasia de reto com invasão até a camada muscular, sem comprometimento linfonodal.
- d) Neoplasia de reto inferior com invasão da gordura mesorretal.
- e) Neoplasia de reto médio “in situ”.
- 32.** A cirurgia como primeira linha de tratamento da doença de Crohn é indicada na seguinte situação:
- a) Pancolite.
- b) Doença ileocecal não-estenosante.
- c) Enterite multifocal não-estenosante.
- d) Colite segmentar com acometimento anorretal.
- e) Pancolite com acometimento de íleo terminal.
- 33.** Com relação à avaliação intraoperatória e complicações das anastomoses pélvicas, é **CORRETO** afirmar:
- a) Para anastomoses abaixo da junção retossigmoide, a derivação é mandatória.
- b) A endoscopia (retossigmoidoscopia flexível) é comprovadamente mais eficaz do que o teste de deiscência de ar (manobra do borracheiro).
- c) Para pequenas deiscências, o reparo da sutura frequentemente é adequado.
- d) As anastomoses devem ser auditadas no período intraoperatório. Os testes mecânicos das anastomoses demonstram deiscências em cerca de 35% dos casos.
- e) A deiscência anastomótica não tem influência sobre as taxas de recidiva local do câncer retal.



34. Com relação à trombose hemorroidária externa, é **CORRETO** afirmar:
- Cursa sempre com sangramento.
 - O uso de antifibrinolíticos está indicado para conter o sangramento.
 - A dor costuma perdurar por cerca de 7 dias, quando começa a ceder, mesmo sem tratamento específico.
 - A escolha entre tratamento clínico ou cirúrgico depende da gravidade dos sintomas.
 - É preditivo de indicação cirúrgica posterior.
35. Sobre a técnica de ligadura do trajeto interesfincteriano de fístula anal (LIFT), é **CORRETO** afirmar:
- Trata-se de técnica de escolha para fístulas supraesfincterianas ou fístulas em quadrantes posteriores.
 - Não está indicada em fístulas recidivadas.
 - Utilização de seton antes do LIFT é obrigatório.
 - Os orifícios interno e externo devem ser fechados com sutura.
 - A recidiva ocorre, geralmente, com um trajeto interesfincteriano.
36. Mulher de 55 anos não apresenta antecedentes pessoais ou familiares de câncer. Apresenta pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva, sendo indicada a realização de colonoscopia. Realizada a colonoscopia, com resultado normal, qual será a orientação mais adequada quanto ao rastreamento subsequente?
- Realizar nova pesquisa de sangue oculto nas fezes, anualmente.
 - Realizar nova pesquisa de sangue oculto nas fezes, a cada dois anos.
 - Realizar nova colonoscopia, anualmente.
 - Realizar nova colonoscopia, a cada 10 anos.
 - Não há indicação para novos exames de rastreamento.
37. São manobras úteis para obtenção de uma anastomose sem tensão nas cirurgias de abaixamento colorretal, **EXCETO**:
- Ligadura da artéria mesentérica inferior na origem.
 - Ligadura da veia mesentérica inferior na borda inferior do pâncreas.
 - Mobilização da flexura esplênica.
 - Divisão do mesentério do cólon transversal até os vasos cólicos médios.
 - Dissecção mesentérica de medial para lateral.
38. Paciente de 70 anos, sexo masculino, dá entrada no hospital com febre baixa e dor em flanco e fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal. Leucócitos 15.500 e PCR de 10 mg/dL. A tomografia mostra uma imagem de borramento da gordura pericólica e abscesso paracólico de cerca de 3 cm. O tratamento **CORRETO** requer, inicialmente,
- cirurgia eletiva 4 semanas após a resolução do quadro agudo.
 - tratamento ambulatorial com antibióticos e mesalazina.
 - internação hospitalar, repouso intestinal e antibioticoterapia venosa.
 - internação para drenagem percutânea.
 - drenagem cirúrgica por videolaparoscopia.



39. A cirurgia de amputação abdominoperineal do reto está indicada nas seguintes situações, **EXCETO**:
- Adenocarcinoma do reto inferior com invasão do músculo puborretal.
 - Adenocarcinoma do reto inferior com comprometimento linfonodal.
 - Adenocarcinoma do canal anal.
 - Carcinoma epidermóide do canal anal recidivado.
 - Carcinoma epidermóide do canal anal resistente à radioquimioterapia.
40. Sobre o tratamento da retocolite ulcerativa, assinale a alternativa **CORRETA**:
- Os corticosteroides orais podem ser utilizados para indução e manutenção da remissão.
 - Os corticosteroides apresentam respostas clínicas em torno de 30%.
 - As formulações orais com 5 aminossalicilatos não são efetivas na indução de remissão.
 - O uso de azatioprina é alternativa aos derivados salicilatos, com resposta clínica rápida, em menos de 30 dias.
 - A maioria dos pacientes refratários aos corticosteroides respondem ao tratamento de indução com infliximabe.
41. Assinale a alternativa **CORRETA** quanto ao diagnóstico de paciente com suspeita de obstrução da via biliar extra-hepática:
- O exame de primeira linha a ser solicitado nessa circunstância é a colangiorressonância.
 - Exames laboratoriais são suficientes para determinar que um quadro de paciente icterico é devido a uma litíase residual.
 - O diagnóstico da litíase residual pode ser feito ainda no pós-operatório imediato de colecistectomia, através de dreno transcístico ou dreno de Kehr.
 - As imagens patognomônicas de cálculo são sempre visualizadas ao ultrassom.
 - Os exames laboratoriais que podem fazer o diagnóstico de litíase residual de colédoco são aumento da bilirrubinase, gama GT e fosfatase alcalina.
42. Considere um paciente com icterícia obstrutiva cujo quadro clínico e exame de imagem diagnosticam um colangiocarcinoma extra-hepático (perihilar). A vesícula biliar é palpável (túrgida, lisa e pouco dolorosa). Nesse caso, pela classificação de Bismuth-Corlette, esse tumor seria, provavelmente, do tipo
- I
 - II
 - III A
 - III B
 - IV
43. Um paciente de 50 anos que perdeu o acompanhamento médico há 4 anos, após alcançar resposta virológica sustentada do vírus C, retorna com resultado de USG que mostra nódulo hepático de 4,2 cm.
- Sabendo que, antes do tratamento antiviral, a elastografia sugeria uma fibrose grau 4, assinale a alternativa **CORRETA** com relação ao caso descrito.
- Caso seja confirmado o diagnóstico de carcinoma hepatocelular (CHC), é imprescindível repetir o HCV-RNA, pois é provável que tenha havido uma recidiva tardia da infecção.
 - Esse paciente deveria ter permanecido em acompanhamento rigoroso, repetindo o HCV-RNA a cada seis meses pelos dois primeiros anos após o final do tratamento, para monitorizar recidiva viral.
 - É importante resgatar o resultado da genotipagem realizada antes do tratamento antiviral, pois o risco de desenvolver CHC é variável de acordo com o genótipo do vírus C.



- d) Resposta virológica sustentada é definida como persistência de HCV-RNA negativo 12 semanas após o fim do esquema antiviral e pode ser interpretada como cura da infecção.
- e) Esse paciente deveria ter realizado rastreio de CHC com USG e dosagem de alfa fetoproteína semestral por dois anos, após o fim do tratamento antiviral.
- 44.** Assinale a alternativa que **NÃO** é uma boa opção de necrosectomia na pancreatite aguda grave.
- a) Através de laparotomia exploradora.
- b) Através de laparoscopia.
- c) Por via percutânea.
- d) Por via endoscópica transgástrica com o apoio de US endoscópica.
- e) Por via endoscópica transpapilar após papilotomia.
- 45.** Homem de 70 anos, em acompanhamento clínico por conta de queixa de azia há mais de 10 anos, vem apresentando disfagia para alimentos sólidos. Realizou exame de endoscopia digestiva, alta que revelou lesão ulcerada subestenotante na região do esôfago distal até a transição esôfago-gástrica. A biópsia está em análise. Qual a principal suspeita anátomo-patológica e a próxima etapa para estadiamento do caso, de acordo com essa hipótese?
- a) Adenocarcinoma; tomografia de pescoço, tórax, abdome e pelve.
- b) Adenocarcinoma; tomografia de tórax e laparoscopia.
- c) Carcinoma espinho-celular; tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT).
- d) Carcinoma espinho-celular; tomografia de pescoço, tórax, abdome e pelve.
- e) Carcinoma espinho-celular; broncoscopia e PET-CT.
- 46.** A doença hepática crônica bem estabelecida com ascite é acompanhada por várias alterações hemodinâmicas e endócrinas, que estão descritas a seguir, **EXCETO**:
- a) Vasodilatação esplâncnica e vasoconstrição renal.
- b) Aumento do sódio e da água corporal total que se localiza na ascite e no espaço intersticial.
- c) Aumento da aldosterona e do hormônio antidiurético.
- d) Aumento da resistência vascular periférica e diminuição do débito cardíaco.
- e) Tendência à hipotensão arterial e diminuição do volume arterial efetivo.
- 47.** Em relação à pancreatite aguda biliar, assinale a afirmativa **CORRETA**.
- a) É sugerida pela USG e uma TGP(ALT) acima de 3 vezes o valor normal.
- b) Geralmente evolui com icterícia progressiva e colangite.
- c) A TC com contraste deve ser feita dentro das primeiras 24 horas, nos casos graves, para quantificar a extensão da lesão.
- d) A terapia antibiótica deve ser feita de rotina, independente da gravidade, desde que o diagnóstico esteja bem estabelecido. A cobertura inicial é para gram (-), gram(+) e anaeróbios.
- e) O diagnóstico de coledocolitíase deve ser feito pela CPRE ou colangioscopia.
- 48.** Há cerca de 6 meses, o paciente traz os seguintes exames: EDA: varizes esofágicas de médio calibre e USG de abdome total com hepatopatia crônica e hipertensão portal.
- Qual das condutas a seguir mencionadas é a mais adequada para o tratamento do paciente supracitado?
- a) Lactulose + espironolactona.
- b) Propanolol + espirolactona.
- c) Propanolol + ligadura elástica das varizes de esôfago.
- d) Lactulose + furosemida.
- e) Lactulose + propanolol.



49. Em relação à síndrome da colelitíase associada a baixo fosfolípídeo, assinale a afirmativa **CORRETA**.

- a) Geralmente evolui de maneira assintomática.
- b) Cursa com disfunção da proteína MDR3, que reduz a concentração de fosfatidilcolina na bile.
- c) Geralmente não se acompanha de litíase intra-hepática.
- d) Cursa com gama-GT tipicamente baixa.
- e) Geralmente não há agressão ao epitélio biliar, não havendo colangite.

50. A pancreatectomia central

- a) inclui a ressecção de parte do duodeno.
- b) inclui a ressecção do baço.
- c) se acompanha de uma anastomose pancreatojejunal com o corpo do pâncreas.
- d) é indicada em adenocarcinoma de processo uncinado de pâncreas.
- e) exige ligaduras das artérias pancreatoduodenais inferiores.