



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 9

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **CIRURGIA PEDIÁTRICA**

DATA: 20/01/2018 – HORÁRIO: 14 às 16 horas (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - a) Este caderno com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
 - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova.

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 **2 (duas) horas**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30min.** do início de sua prova.
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 - RESIDÊNCIA MÉDICA - CIRURGIA PEDIÁTRICA
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.

Nº DE INSCRIÇÃO						

01. A relação correta entre tríade de Charcot e diagnóstico é:
- Febre com calafrios, hiperbilirrubinemia e dor abdominal alta/ colangite.
 - Cianose, icterícia, dor abdominal alta/ colangite.
 - Murphy positivo, icterícia, leucocitose/ coledocolitíase.
 - Febre com calafrios, icterícia, dor abdominal alta/ colangite.
 - Massa palpável em hipocôndrio direito, icterícia, dor abdominal alta.
02. Paciente de 50 anos, submetida à gastrectomia parcial tipo Billroth II, por doença benigna. Duas semanas após a cirurgia evoluiu com dor epigástrica intensa após refeição, seguida de vômito volumoso contendo principalmente bile. Qual diagnóstico mais provável?
- Torção do coto gástrico.
 - Fístula do bulbo duodenal.
 - Síndrome da alça aferente.
 - Síndrome de dumping.
 - Úlcera de anastomose com hemorragia digestiva ativa.
03. Paciente com colangite aguda supurativa, em uso de antibiótico há 2 dias, sem melhora do quadro clínico. Não havendo disponibilidade de tratamento endoscópico (papiotomia), qual o melhor procedimento cirúrgico indicado?
- Anastomose colédoco-duodenal látero-lateral.
 - Anastomose colédoco-duodenal término-lateral.
 - Anastomose colédoco-jejunal em Y de Roux.
 - Drenagem do colédoco com dreno em T.
 - Papilo esfínterectomia transduodenal.
04. A síndrome de Budd-Chiari ocorre por:
- Interrupção do fluxo da artéria hepática.
 - Trombose da veia porta.
 - Trombose da veia esplênica.
 - Trombose das veias supra-hepáticas.
 - Interrupção do fluxo do tronco celíaco.
05. A síndrome de Gardner caracteriza-se por pólipos intestinais com padrão histológico:
- hamartomas.
 - leiomiomas.
 - pólipos inflamatórios.
 - pseudo-pólipos.
 - pólipos adenomatosos.
06. Qual a melhor conduta na urgência, entre as alternativas abaixo, para o volvo de sigmóide?
- Laparotomia, desfazer a torção e fixação da alça.
 - Procedimento de Hartmann.
 - Retossigmoidoscopia com passagem de sonda através da área de torção.
 - Colectomia esquerda com anastomose coló-cólica primária.
 - Passar sonda nasogástrica calibrosa, hidratação venosa e manter em observação por 24h.
07. A clássica Pêntade de Reynolds, que pode ocorrer na colangite grave, tem os seguintes sinais e sintomas:
- Febre com calafrios, hiperbilirrubinemia, vômitos em jato, dor abdominal alta/ colangite e distensão abdominal.
 - Cianose, icterícia, dor abdominal alta/ colangite, náuseas e vômitos e sinal de Courvoisier.
 - Murphy positivo, icterícia, leucocitose, sinal de Courvoisier e colúria.
 - Dor abdominal, febre com calafrios, icterícia, hipotensão e rebaixamento do sistema nervoso central.
 - Massa palpável em hipocôndrio direito, dor e descompressão brusca do abdômen, icterícia, dor abdominal alta e febre com calafrios.
08. A causa mais comum de deficiência de cicatrização de uma ferida está associada à hipovitaminose:
- A.
 - B.
 - C.
 - D.
 - E.
09. Reto-colectomia abdomino-perineal com abaixamento retrorretal e anastomose colorretal retardada é o procedimento de:
- Hartmann.
 - Duhamel-Haddad.
 - Whitehead.
 - Simonsen.
 - Nenhuma das alternativas anteriores.
10. Sobre as hérnias inguinais, está **CORRETO**:
- a hérnia direta é a que mais encarcera.
 - na hérnia direta inicial há uma integridade da parede posterior do canal inguinal.
 - a hérnia direta, ou Nyhus IIIa, caracteriza-se pela persistência do conduto peritônio-vaginal.
 - a hérnia femoral é mais frequente na mulher.
 - a hérnia direta é a mais frequente de todas.

11. A síndrome de Mallory-Weiss está mais associada a:
- Neoplasia gástrica.
 - Neoplasia de esôfago.
 - Alcoolismo.
 - Monilíase.
 - Úlcera gástrica ativa.
12. Marque a alternativa **CORRETA**:
- o câncer gástrico mais comum é o tipo II – ulcerado de Bormann.
 - a dimensão do tumor é o fator prognóstico mais importante nos tumores malignos do esôfago.
 - o linfoma primário do estômago acomete com mais frequência o cárdia.
 - o tumor de Krukenberg é uma metástase do câncer gástrico no útero.
 - a linite plástica é uma lesão metastática gástrica.
13. Na resposta endócrina ao trauma, o cortisol tem a seguinte função, **EXCETO**:
- ação indireta, através das catecolaminas, na lipólise.
 - promove o catabolismo tecidual.
 - mobilização de aminoácidos da musculatura esquelética.
 - promoção direta da síntese hepática das proteínas da fase aguda.
 - os aminoácidos, oriundos da musculatura esquelética, serão utilizados na síntese da glicose no fígado.
14. A respeito da peritonite terciária, é **CORRETO** afirmar:
- trata-se de peritonite localizada, com formação de abscesso intra-abdominal.
 - peritonite com predomínio de microorganismos aeróbicos.
 - peritonite com predomínio de microorganismos anaeróbicos.
 - é aquela que ocorre somente nos pacientes com ascite.
 - peritonite com infecção de cavidade recorrente e após episódio anterior de peritonite secundária.
15. São exemplos de terceiro espaço, **EXCETO**:
- epiderme.
 - retroperitônio.
 - músculo.
 - Serosa.
 - luz intestinal.
16. Dos métodos diagnósticos abaixo, qual deles fornece maior número de informações para o estadiamento do carcinoma de esôfago?
- Endoscopia digestiva alta com biópsia.
 - Ultra-sonografia endoscópica.
 - Tomografia computadorizada trifásica.
 - Manometria de esôfago de alta resolução.
 - Ressonância nuclear magnética.
17. Assinale a alternativa **CORRETA**:
- No fleimão a supuração se limita a uma pequena área, envolvida por uma membrana piogênica.
 - O tratamento do fleimão deve ser sempre conservador.
 - Panarício é infecção da polpa digital, de origem estafilocócica, na maioria das vezes.
 - O furúnculo é quase sempre causado pelo *Streptococcus sp.*
 - Nenhuma das alternativas está correta.
18. Marque a seguir, alternativa com todas as associações corretas entre procedimentos de diérese e instrumento cirúrgico:
- Punção-agulha; Dilatação-velas; Incisão-tentacânula.
 - Serração-serra; Punção-trocarte; Divulsão-bisturi.
 - Incisão-LASER; Dilatação-tesoura; Secção-bisturi.
 - Dilatação-sondas; Divulsão-pinça; punção-trocarte.
 - Incisão-bisturi; Cisalhamento-tentacânula; Punção-agulha.
19. A composição do cálculo de vesícula biliar mais comum é:
- Bilirrubinato de cálcio.
 - Resíduo bacteriano e de helmintos.
 - Colesterol.
 - Sais de bilirrubinato diversos.
 - Mistos.
20. Paciente do sexo masculino, com história de trauma em região pélvica e perineal e ao exame físico revela próstata com descolamento cefálico ao toque retal. Assim, o exame que deve ser solicitado prioritariamente é:
- Retossigmoidoscopia flexível.
 - Ultrassonografia.
 - Raio X de abdômen em ortostase.
 - Angiografia seletiva.
 - Uretrografia retrógrada.

21. Sobre anomalias anoretais, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) O tipo conhecido como atresia retal representa 20% dos casos.
- b) Nos pacientes do sexo feminino há predominância de anomalia anorretal baixa.
- c) Na anomalia anorretal com fístula prostática deve-se fazer a correção operatória sem colostomia prévia por tratar-se de anomalia anorretal baixa.
- d) Deve-se proceder a anoplastia sagital posterior mínima para correção da anomalia anorretal com fístula uretral.
- e) A dilatação anal preconizada para ser realizada após a anoplastia sagital posterior, estará indicada apenas quando houver a possibilidade de ocorrer estenose do ânus.

22. Sobre anomalias anoretais, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Aberturas anais perineais ectópicas e estenóticas podem ser encontradas em posição anterior ou posterior à impressão anal.
- b) A mortalidade encontrada em pacientes com anomalias anoretais altas é maior que a encontrada em crianças com anomalias baixas, em face da maior gravidade das anomalias associadas aos defeitos anoretais mais altos.
- c) Nas anomalias anoretais, a colostomia deve ser sempre terminal em sua boca proximal, com fechamento da parte distal, para proteger o sistema urinário nos casos de fistulas.
- d) RN com 30 horas de vida, com invertograma mostrando distância menor de 1cm entre a sombra gasosa do reto e o marcador radiopaco perineal deve ser tratado com colostomia em duas bocas.
- e) RN na sala de parto, sendo observada ausência do ânus, o períneo é liso e a fosseta anal mal delimitada com sulco interglúteo raso. Nesse momento, a conduta é tratamento cirúrgico imediato com anoretoplastia, por acesso incisão sagital posterior.

23. Sobre apendicite aguda na infância, assinale a alternativa **ERRADA**.

- a) A obstrução do lúmen apendicular é o fator desencadeante da apendicite aguda e a principal causa em crianças é hiperplasia dos linfonodos submucosos do apêndice.
- b) Com relação ao diagnóstico diferencial, peritonite primária é um dos principais e está

quase sempre associada à síndrome nefrótica em crianças menores de 6 anos.

- c) A adenite mesentérica tem quadro clínico com peritonite de início generalizada e o diagnóstico diferencial só é feito na cirurgia.
- d) No diagnóstico da apendicite, quando indicado exame complementar de imagem, a ultrassonografia é mais específica e a tomografia axial computadorizada mais sensível.
- e) É incomum nas crianças pequenas e nos idosos, mas, quando ocorre, tende a evoluir com peritonite generalizada.

24. Com relação à apendicite aguda, assinale a alternativa **ERRADA**.

- a) A apendicectomia por via videolaparoscópica já é um procedimento aceito para ser realizado em crianças.
- b) A realização da bolsa de tabaco com inversão do apêndice cecal ligado é obrigatória na cirurgia para tratamento de apendicite na criança.
- c) Nos pacientes com perfuração apendicular, observa-se quadro clínico com febre elevada (>38,6° C), leucocitose acima de 14.000 células/mm³ e peritonite caso o processo não esteja devidamente bloqueado.
- d) O quadro de apendicite no neonato é extremamente grave, com mortalidade elevada. Fatores de pior prognóstico são a imaturidade do sistema imunológico e a impossibilidade de bloqueio do processo inflamatório pelo grande omento.
- e) Dor abdominal em fossa ilíaca direita, febre, náuseas e vômitos estão presentes na maioria dos casos.

25. Com relação à apendicite aguda, assinale a alternativa **ERRADA**.

- a) Toda criança deve ser submetida a exames de imagem para confirmar o diagnóstico de apendicite aguda.
- b) Hemograma apresentando série branca normal não afasta diagnóstico de apendicite aguda.
- c) Com relação ao abscesso de fossa ilíaca direita após apendicectomia por apendicite aguda em adolescente, o tratamento clínico pode apresentar bom resultado e deve incluir o uso de antibioticoterapia sistêmica, com drogas contra bactérias gram-negativas e anaeróbias.
- d) Os sinais Rovsing e Blumberg costumam ser pronunciados em crianças com apendicite aguda.
- e) Apendicectomia por videolaparoscopia está associada a tempo de internamento mais curto.

26. Com relação à atresia de esôfago, assinale a alternativa **ERRADA**.

- a) As malformações congênitas associadas são raras.
- b) A dissecação do esôfago proximal pode ser feita amplamente para evitar anastomose sob tensão, uma vez que o suprimento sanguíneo deste segmento é grande.
- c) O coto distal deve ser dissecado com maior precaução devido a sua irrigação deficitária;
- d) A ligadura da veia ázigos nem sempre é necessária.
- e) Na atresia de esôfago tipo C, a broncoscopia pré-operatória tem sido indicada para definir posição da fístula traqueoesofágica (TE) distal, pesquisar traqueomalácia, pesquisar associação com fenda esofagotraqueal e detectar presença de fístula TE proximal.

27. Sobre cisto tireoglosso, assinale a alternativa **ERRADA**.

- a) A cirurgia de Sistrunk é a que apresenta menores taxas de recorrência e consiste na excisão do cisto, do ducto tireoglosso, da porção central do osso hióide e o segmento distal até os músculos da base da língua.
- b) Os restos do ducto tireoglosso devem ser retirados em sua totalidade, porque a incidência de carcinoma da tireoide chega a 50% nesses vestígios.
- c) Mesmo sendo de origem congênita, quase nunca se manifesta no recém-nascido ou no lactente.
- d) Menino de 5 anos apresenta tumoração cervical observada pelos pais há 1 mês. Queixa-se também de sonolência excessiva, apatia e constipação intestinal há, aproximadamente 6 meses. Ao exame físico observa-se cisto de aspecto sólido, com aproximadamente 3 cm de diâmetro, palpável pouco acima do osso hióide, na linha média do pescoço, sem sinais flogísticos. Glândula tireoide não palpável. A Cintilografia de tireoide para afastar o diagnóstico de tireoide ectópica é a melhor conduta neste momento.
- e) O cisto tireoglosso é o defeito embriológico mais comum do pescoço, correspondendo a 70% das anomalias congênitas cervicais e possui diversas formas de apresentação clínica, tais como: cisto de linha média ou quase linha média, fístula com drenagem crônica, abscesso de linha média ou cisto situado nas vizinhanças do forame cego, podendo causar disfagia, dispneia, rouquidão e estridor, principalmente quando infectado.

28. Sobre colestase neonatal, assinale a alternativa **ERRADA**.

- a) Paciente com 6 meses de vida, do sexo feminino, com quadro de dor intermitente no quadrante superior direito do abdômen, icterícia intermitente leve, febre, fezes hipocólicas e massa palpável. O diagnóstico provável é atresia de vias biliares.
- b) Em atresias de vias biliares, considera-se que o prazo máximo para garantir máxima eficácia da correção cirúrgica é de vinte dias de vida.
- c) A ultrassonografia é um exame de imagem fundamental na investigação diagnóstica de pacientes com atresia de vias biliares. Assinale a alternativa que apresenta o achado ultrassonográfico que apresenta maior especificidade para o diagnóstico de atresia de vias biliares., sendo patognomônico a presença do sinal do cordão triangular.
- d) Na avaliação de colestase prolongada, a exclusão diagnóstica o mais breve possível de atresia de vias biliares (AVB) é essencial., Acerca disso sabe-se que presença de fezes coradas (pigmentadas) exclui o diagnóstico de AVB.
- e) Cintilografia hepatobiliar com excreção do radioisótopo para o duodeno exclui AVB.

29. Sobre distopias testiculares, assinale a alternativa **ERRADA**.

- a) Testículos impalpáveis, não detectados por métodos de imagem, não precisam ser explorados cirurgicamente.
- b) O exame físico de um recém-nascido revela ausência de testículo esquerdo na bolsa testicular. Ele é palpado no terço médio do canal inguinal. Os pais devem ser orientados, expondo-se que eles devem procurar um cirurgião pediatra para correção cirúrgica entre 6 meses e um ano de vida.
- c) A criptorquidia é uma das afecções urológicas mais frequentes na criança. Sua incidência é idade-dependente e ocorre em 1,8 a 4% de todos os meninos nascidos a termo com peso superior a 2.500 g.
- d) As gônadas ectópicas, tanto quanto as criptorquídicas, apresentam alterações histológicas significativas, se não levadas à bolsa testicular até um ano de idade.
- e) A melhor conduta para um menino de um ano de idade portador de um testículo de localização intra-abdominal é fazer orquidopexia usando videolaparoscopia.



30. Sobre divertículo de Meckel, assinale a alternativa **ERRADA**.

- a) O divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal e costuma causar problemas por suas complicações.
- b) O sangramento vermelho-amarrozado é uma das formas de apresentação mais comum e a fisiopatologia desse sangramento é ulceração peptica.
- c) Nos casos de sangramentos, o exame que provavelmente definirá o diagnóstico é a cintilografia com tecnécio.
- d) Está localizado a, no máximo, 10 cm da válvula ileocecal.
- e) A ultrassonografia não é um exame sensível para avaliação diagnóstica.

31. Sobre Divertículo de Meckel, assinale a alternativa **ERRADA**.

- a) A colonoscopia pode ser utilizada com objetivo diagnóstico e terapêutico.
- b) Tem origem na persistência parcial do conduto onfalomesentérico.
- c) Pode apresentar mucosa gástrica e pancreática ectópica.
- d) Trata-se de um divertículo verdadeiro, composto por todas as camadas da parede intestinal.
- e) Nos casos de diverticulite, o principal diagnóstico diferencial é apendicite aguda.

32. Sobre Estenose hipertrófica congênita de piloro (EHCP), assinale a alternativa **ERRADA**.

- a) Estenose hipertrófica do piloro é a causa mais comum de vômitos em recém-nascidos e lactentes, sendo passível de correção cirúrgica.
- b) Os vômitos iniciam-se, em geral, desde a segunda semana de vida e levam a desequilíbrios hidreletrolítico e ácido-básico.
- c) Essas crianças vomitadoras apresentam depleção de sódio, potássio e ácido clorídrico, resultando em uma alcalose metabólica hipoclorêmica e hipocalêmica.
- d) Nesses casos, os rins retêm o sódio, à custa dos íons hidrogênio, levando a uma urina alcalina.
- e) Nesses casos, para uma anestesia geral segura, são exigidas dosagens do bicarbonato e cloreto séricos normais.

33. Sobre EHCP, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A Palpação da oliva pilórica no quadrante superior direito indica a cirurgia.
- b) Não existem achados patognomônicos dessa doença. A laparotomia/laparoscopia é que estabelece o diagnóstico de certeza.
- c) A única contraindicação formal para o procedimento laparoscópico, nesses casos, é a alteração metabólica ácido/base descompensada que inviabiliza o procedimento anestésico adequado.
- d) Em casos de lesão inadvertida da mucosa identificada no intraoperatório, durante um procedimento laparoscópico, há consenso de se converter para procedimento laparotômico, visando melhor visualização para o reparo.
- e) Na estabilização pré-operatória de lactentes portadores de estenose hipertrófica do piloro, é objetivo da reposição volêmica e reposição hídrica até obter uma diurese de 1 ml/kg/hora.

34. Sobre gastrosquise, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A malrotação intestinal é incomum.
- b) Os doentes normalmente são prematuros e filhos de mãe jovens.
- c) A herniação hepática é comum.
- d) Associação com outras malformações é muito comum.
- e) A taxa de mortalidade é alta.

35. Sobre gastrosquise, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Um bom critério para prevenir complicações pós-operatórias é manter a pressão intra-abdominal menor que 25 mm Hg.
- b) A chamada síndrome do compartimento abdominal, que pode acontecer em casos de hipertensão intra-abdominal pós-operatória em gastrosquises, leva à falência renal e à isquemia intestinal, piorando consideravelmente o prognóstico.
- c) Apresenta saco herniário, o cordão umbilical está inserido neste saco herniário, existe a presença de malrotação do cólon e são muitas as malformações associadas.
- d) Apresenta graus variados de peritonite amniótica, normalmente estão herniadas vísceras maciças e apresenta muitas malformações associadas.
- e) É um defeito embrionário falso por ruptura da base do cordão umbilical na sua base à esquerda.



36. Sobre onfaloceles, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Associação com outras malformações é rara.
- b) Existe uma membrana protegendo as vísceras expostas, que pode estar íntegra ou rota.
- c) Taxa de mortalidade muito alta, assim como nas gastrosquises.
- d) Apesar de duas entidades distintas morfológicamente entre si, a gastrosquise e a onfalocele apresentam embriogênese do defeito semelhante, com base no abrupto crescimento e alongamento do intestino médio, desproporcional ao corpo do embrião;
- e) A medida da pressão da veia cava inferior mostra correlação com o nível de pressão intra-abdominal. Na prática, é a medida mais utilizada na decisão de tratamento primário ou estadiado da onfalocele.

37. Sobre hérnia inguinal na infância, assinale a alternativa **ERRADA**.

- a) A hérnia inguinal na criança é a saída de uma víscera da cavidade abdominal para a região inguinal por meio da persistência do conduto peritôneovaginal e o tratamento está indicado em crianças sintomáticas e em crianças maiores de 2 anos de idade.
- b) Hérnia inguinal bilateral em meninas com gônadas palpáveis e irreduzíveis sugere uma síndrome de insensibilidade completa aos andrógenos. E nos meninos, quando a transiluminação for positiva sugere hidrocele;
- c) A exploração contra-lateral na cirurgia só deve ser feita naqueles pacientes que tenham alguma patologia que cause o aumento da pressão intra-abdominal (ascite volumosa, massas abdominais, derivação ventrículo peritoneal) e nos casos sintomáticos.
- d) No sexo feminino as estruturas mais frequentemente encarceradas são ovário e trompa.
- e) As complicações mais frequentes da hérnia inguinal na infância são estrangulamento e encarceramento.

38. Sobre fimose e hipospádia, assinale a alternativa **ERRADA**.

- a) As principais complicações pós-operatórias na correção da hipospádia são as fístulas, estenoses, infecção e efeito cosmético inadequado.
- b) Na hipospádia pode-se encontrar, em proporções variadas, malformação do prepúcio, meato uretral ectópico e curvatura ventral (corda).

- c) Malformações do sistema urogenital, que se caracterizam por uma abertura ectópica da uretra junto ao sulco bálano prepucial, caracterizam a epispádia coronal.
- d) A complicação mais comum pós postectomia é sangramento.
- e) A correção operatória das hipospádias deve sempre ser realizada ainda no primeiro ano de vida. Independentemente do tipo de hipospádia, a cirurgia preconizada para os lactentes é a ortofaloplastia e neouretroplastia no mesmo ato cirúrgico.

39. Sobre invaginação intestinal, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Em lactentes, a presença de duplicação intestinal, linfoma e persistência do ducto onfalomesentérico são considerados os principais fatores desencadeantes da invaginação intestinal.
- b) O paciente deve ser levado imediatamente ao centro cirúrgico para resolução do problema e a alça invaginada deverá ser ressecada para evitar recidiva.
- c) O clister (enema) opaco sob escopia, com finalidade diagnóstica e terapêutica não deve ser realizado devido ao risco de perfuração intestinal.
- d) A mortalidade dos pacientes com invaginação intestinal é de aproximadamente 10% nos países desenvolvidos.
- e) A ultrassonografia é um método de imagem sensível para avaliação diagnóstica.

40. Assinale a alternativa correta a respeito da invaginação intestinal na infância.

- a) É uma das principais causas de abdome agudo obstrutivo entre 2 e 5 anos de idade.
- b) A maior parte dos casos apresenta lesão anatômica identificável.
- c) A forma mais frequente é a ileocecólica, seguida pela forma ileocólica.
- d) A principal causa para sua ocorrência é a má-fixação intestinal.
- e) Os principais diagnósticos diferenciais são megacólon congênito, alergia ao leite de vaca e gastroenterite aguda.



41. Sobre a obstrução intestinal no lactente e/ou na criança maior, assinale a alternativa **ERRADA**.

- a) As causas que levam mais frequentemente à obstrução mecânica na criança são hérnia inguinal encarcerada, intussuscepção intestinal, aderências pós-operatórias e novelo de áscaris lumbricóides.
- b) Quanto mais proximal a obstrução, maior a frequência de vômitos. Inicialmente, os vômitos são alimentares, progredindo para biliosos e fecalóides, de acordo com a localização e o tempo da obstrução.
- c) Nas obstruções intestinais altas a eliminação de gases e fezes permanece normal;
- d) A ultrassonografia do abdome tem indicações específicas na avaliação do trato gastrointestinal pediátrico, sendo altamente sensível no diagnóstico da intussuscepção intestinal.
- e) Na ultrassonografia, o sinal do pseudorim e do alvo são patognomônicos de intussuscepção intestinal.

42. Sobre doenças da região cervical, assinale a alternativa **ERRADA**.

- a) Rânula é uma lesão caracterizada como coleção líquida viscosa tipo muco, encistada, localizada no assoalho da cavidade oral e relacionada à glândula sublingual.
- b) A origem mais comum da fístula branquial é segunda bolsa branquial que se estende desde a fossa tonsilar até a borda posterior do músculo esternocleidomastoideo.
- c) São características clínicas da fenda cervical mediana estender-se desde o queixo até manúbrio; o epitélio é extremamente fino, sem folículos pilosos e glândulas sebáceas e o tratamento preconizado é a ressecção com zetaplastia.
- d) Os apêndices auriculares devem ser removidos cirurgicamente por causa dos riscos de infecções recorrentes.
- e) Em casos de fístula de quarto arco branquial, pode-se encontrar tireoidite recorrente.

43. Sobre malformações vasculares, assinale a alternativa **ERRADA**.

- a) O higroma cístico é uma malformação congênita de desenvolvimento do sistema linfático que pode expandir e infiltrar tecidos vizinhos. Uma das abordagens possíveis é a infiltração intralesional de OK - 432 (Picibanil®) que tem como principal ação causar dano ao epitélio do cisto, levando à aderência de suas paredes, prevenindo o acúmulo de linfa.

b) O termo hemangioma, tradicionalmente, tem sido usado para descrever uma variedade de lesões vasculares de diferentes etiologias. Os de localização cutânea sobre a coluna vertebral devem ser estudados com ecocardiograma (ECO), porque podem estar associados à insuficiência cardíaca congestiva.

c) O baço é a principal víscera acometida pelos hemangiomas disseminados, seguido do fígado e cérebro.

d) Os tumores vasculares mais frequentemente encontrados na criança são os hemangiomas.

e) A cirurgia é indicada nos hemangiomas menores de 2 cm, desde que a remoção não provoque sequelas funcionais ou estéticas.

44. Sobre megacolon congênito, assinale a opção **CORRETA**.

a) A sintomatologia independe da extensão do segmento de cólon agangliônico.

b) O abaixamento videolaparoscópico pode ser realizado apenas para a técnica de Soave (telescopagem).

c) A realização do preparo de cólon é fundamental antes da realização do enema opaco, pois facilita a visualização do cone de transição.

d) A doença de Hirschsprung caracteriza-se, no recém-nascido, pelo retardo da primeira evacuação. O sinal radiológico patognomônico dessa doença é o aparecimento do cone de transição (aspecto de cone invertido no intestino).

e) No megacolon total a cirurgia preconizada é a ileostomia definitiva.

45. Sobre megacolon Congênito, assinale a alternativa **CORRETA**.

a) A gravidade do caso está diretamente relacionada à extensão do segmento de cólon agangliônico.

b) A biópsia da mucosa intestinal evidenciando ausência de células ganglionares é suficiente para confirmar o diagnóstico.

c) A modificação da cirurgia de Duhamel, com a utilização de grampeadores cirúrgicos, não reduziu a morbi-mortalidade pós-operatória.

d) A confecção de colostomia antes da cirurgia definitiva é consenso entre os cirurgiões.

e) O enema opaco mostra dilatação da ampola retal na aganglionose que acomete o reto-sigmóide.



46. Sobre torcicolo congênito, assinale a alternativa ERRADA.

- a) Quando um caso de torcicolo do recém-nascido chega tardiamente ao médico, depois do primeiro ano de vida, o tratamento com melhores resultados é a retirada dos dois terços inferiores do músculo esternocleidomastoide.
- b) O tratamento cirúrgico está indicado antes do uso da toxina botulínica (Botox®) devido às chances de agravar o encurtamento muscular.
- c) O tratamento preferencial é clínico, ficando reservada cirurgia para insucesso do tratamento clínico ou para apresentações em crianças maiores com complicações musculares ou mesmo plagiocéfalia.
- d) Em um recém-nascido de 7 dias de vida, parto vaginal, 3.500g, que apresenta massa nodular endurecida, de cerca de 4cm na face lateral direita do pescoço, pouco móvel no sentido craniocaudal e um pouco mais móvel transversalmente, a conduta correta é observação e fisioterapia.
- e) Um neonato de 15 dias de vida começou a apresentar rotação persistente da cabeça para o lado direito. Apesar de verificar um discreto endurecimento em um dos músculos esternocleidomastóideos, o pediatra que o examinou ficou indeciso em relação ao diagnóstico. Considerando a situação hipotética apresentada, é correto afirmar que a criança pode ter torcicolo congênito, e o músculo comprometido é o esquerdo.

47. Sobre traumatismo na infância, assinale a alternativa ERRADA.

- a) A morte por lesões traumáticas acontece em três etapas: inicial, intermediária e tardia. A etapa inicial transcorre durante os primeiros minutos depois do acidente e a morte é causada por lesões massivas e graves do sistema nervoso central, grandes vasos, vísceras maciças e coração. O melhor manejo dessa fase é a prevenção primária visando à diminuição no número de acidentes e sua gravidade.
- b) No traumatismo genitourinário a hematúria esta relacionada com o grau da lesão.
- c) A formação de pseudocisto deve ser considerada em pacientes que mantêm as enzimas amilase e/ou lipase aumentadas. O tratamento cirúrgico definitivo está indicado geralmente após 6 semanas de seu início.

- d) O pâncreas é o órgão sólido mais frequentemente lesado em crianças nos traumas abdominais fechados.
- e) A toracotomia de reanimação na sala de emergência é a forma mais agressiva de tentativa de manutenção de sinais vitais em pacientes politraumatizados e taxa de sobrevivida é equivalente a de adultos e permanece entre 10-12% nos casos de trauma penetrante e aproximadamente 1-2% nos traumas.

48. Sobre traumatismo na infância, assinale a alternativa ERRADA.

- a) Adolescente de 13 anos vítima de ferimento por arma branca em quadrante inferior esquerdo do abdome. Após a avaliação primária, opta-se por laparotomia exploradora. Os achados intraoperatórios são: - pequena lesão de sigmoide (menor que 25% da circunferência da alça); - hematoma de zona 3 do retroperitônio. Nesse momento, o paciente está estável, com reposição volêmica de cristalóide. A informação do anesthesiologista é que a gasometria está boa e não necessita de drogas vasoativas. A conduta do médico, nesse momento, é sutura primária do colo e exploração do hematoma, avisando à equipe de anestesia da chance de descompensação hemodinâmica iminente.
- b) A maior complacência da parede torácica torna comum a ocorrência de contusão pulmonar mesmo na ausência de fraturas das costelas. Apesar disso, por causa da maior mobilidade das estruturas do mediastino, as crianças são menos propensas a desenvolver pneumotórax hipertensivo.
- c) Traumas não acidentais correspondem a até 5% das lesões graves em crianças, sendo causa importante de morbimortalidade em pediatria. É dever do médico, além do atendimento à criança, estar atento a situações de demora para buscar ajuda, histórias vagas, discordantes e inconsistentes, lesões inexplicadas ou fraturas em diferentes estágios de consolidação.
- d) Mantendo instabilidade hemodinâmica, mesmo com adequada reposição volêmica indica laparotomia exploradora de emergência para controle do sangramento.
- e) A tomografia computadorizada deve ser realizada na presença de estabilidade hemodinâmica, não deve atrasar o tratamento definitivo e deve ser usada a menor dose de radiação possível.

49. Sobre tumor de Wilms, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) O tumor de Wilms é o tumor renal sólido maligno mais comum na infância. A incidência é de 7 a 8,1 casos por 1 milhão de crianças, por ano.
- b) É frequente um grande comprometimento do quadro clínico geral e massa abdominal palpável e dolorosa.
- c) O paciente no estágio I tem sobrevida em cinco anos de aproximadamente 20%.
- d) A idade média de apresentação é de seis anos.
- e) Na maioria dos casos, o tumor acomete ambos os rins.

50. Sobre neuroblastoma, assinale a alternativa **ERRADA**.

- a) O neuroblastoma, uma neoplasia do sistema nervoso simpático, é o tumor sólido extracraniano mais comum da criança.
- b) Seu comportamento clínico é bastante variável; enquanto alguns tumores regredem espontaneamente, outros resistem à terapêutica mais agressiva.
- c) No que se refere ao tratamento do neuroblastoma de alto risco, o controle local ótimo é obtido com uma combinação de ressecção cirúrgica agressiva e administração de radioterapia externa no sítio do tumor primário, independentemente da resposta à indução quimioterápica.
- d) A intervenção cirúrgica tardia, após a indução inicial pela quimioterapia, possibilita ressecção mais completa do tumor primário quando comparada com a ressecção inicial feita ao diagnóstico. Entretanto, as complicações resultantes do procedimento cirúrgico são semelhantes, a despeito da época da operação.
- e) A presença da amplificação do gene N-myc está intimamente relacionada com um melhor prognóstico da doença, independente do estágio no momento do diagnóstico.