



# PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade  
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 9

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **CIRURGIA PEDIÁTRICA**

DATA: 19/01/2019 – HORÁRIO: 14h às 16h (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**

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

## CIRURGIA GERAL 1

- 01.** O Tromboembolismo pulmonar, uma complicação bastante frequente e potencialmente fatal em pacientes cirúrgicos e não-cirúrgicos, tem como exame “padrão-ouro” para diagnóstico:
- a) D-dímetro.
  - b) Arteriografia pulmonar.
  - c) Ultrassonografia Doppler de MMII.
  - d) Gasometria arterial.
  - e) Raio X de tórax: PA, Perfil e Decúbito lateral (Laurel).
- 02.** São achados encontrados na mucosa bulbar normal (primeira porção do duodeno):
- a) Pregas em todo bulbo e papila duodenal.
  - b) Pregas circulares concêntricas na metade distal e prega longitudinal única (pré-papilar).
  - c) Glândulas de Brunner e ausência de pregas.
  - d) Várias pregas circulares (pregas de Kerckring).
  - e) Nenhuma das alternativas acima está correta.
- 03.** São componentes do funículo espermático no homem, **EXCETO**:
- a) ducto deferente, plexo pampiniforme e artéria espermática.
  - b) artéria testicular e nervo ileoinguinal.
  - c) ducto deferente, artéria testicular e artéria epigástrica inferior.
  - d) ducto deferente e artéria testicular.
  - e) plexo pampiniforme e ramo genital do genitofemoral.
- 04.** Os tumores GIST (tumores gastrointestinais estromais) têm ocorrência de metástases mais frequentemente para:
- a) Pulmão e fígado.
  - b) Ossos e pulmão.
  - c) Fígado e linfonodos.
  - d) Peritônio e linfonodos.
  - e) Fígado e peritônio.
- 05.** A respeito da clássica incisão de Kocher, qual alternativa está **CORRETA**?
- a) Indicada como laparotomia de acesso à vesícula, a via biliar, fígado e útero.
  - b) Trata-se de incisão oblíqua, através da aponeurose anterior do músculo reto abdominal, músculo reto abdominal (MRA), aponeurose posterior do MRA e peritônio.
  - c) Incisão longitudinal, pararectal interna, sendo um bom acesso ao apêndice, ceco e cólon ascendente.
  - d) Incisão transversa, através da aponeurose anterior do músculo reto abdominal, o próprio MRA e peritônio
  - e) Por ser menor, mais estética e de mais fácil execução, é preferível ao acesso por via laparoscópica.
- 06.** Dentre os sinais de metástases de neoplasias gástricas podemos afirmar que:
- a) A linite gástrica é uma lesão gástrica metastática.
  - b) O sinal de Maria José é identificado ao toque retal na parede anterior no fundo de saco de Douglas.
  - c) O tumor de Krukenberg é quando ocorre metástase gástrica para os ovários.
  - d) A prateleira de Blummer é caracterizada por um ou mais implantes palpáveis junto à cicatriz umbilical.
  - e) O linfonodo de Virchow pode ser palpado na região inguinal uni ou bilateralmente.
- 07.** Durante a palpação do hipocôndrio direito, mais especificamente no ponto cístico, pede-se ao paciente que inspire profundamente. Caso ele suspenda a inspiração abruptamente e refira dor durante a manobra, teremos:
- a) Sinal de Courvoisier positivo.
  - b) Sinal de Rovising positivo.
  - c) Sinal de Lenander positivo.
  - d) Sinal de Murphy positivo.
  - e) Sinal de Jobert positivo.
- 08.** No acidente por ingestão de soda cáustica (Hidróxido de Sódio) devemos tomar as seguintes condutas, **EXCETO**:
- a) Exame físico com lesão importante dos lábios, língua e boca deve ser monitorado urgentemente.
  - b) Presença de roncos, estridor, tiragem intercostal, cianose determinam necessidade de acesso à via aérea.
  - c) Epiglote ou pregas vocais edemaciadas contraindicam a entubação orotraqueal. Neste caso a traqueostomia é o procedimento de escolha.
  - d) Induzir o vômito o mais precoce possível, manter paciente hidratado, com analgesia e em uso de inibidores de bomba de prótons.
  - e) Paciente deve ser investigado com exames radiológicos e endoscopia. Caso confirme a perfuração do esôfago, ele deve ser encaminhado à cirurgia.

09. A respeito da doença ulcerosa péptica complicada, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- O local mais acometido por perfuração é a parede anterior do duodeno.
  - A hemorragia é a complicação mais comum.
  - É a principal causa de morte e de indicação cirúrgica.
  - As neoplasias são a principal causa de obstrução ao esvaziamento gástrico e a doença ulcerosa péptica é a causa de menos de dez por cento dos casos.
  - A endoscopia digestiva alta é o exame de escolha na suspeita de úlcera péptica perfurada.
10. Quanto ao trauma cervical e torácico, marque a alternativa **CORRETA**.
- Os traumas Contusos são subdivididos em penetrantes e não-penetrantes, quando ultrapassam ou não o músculo platísmo, respectivamente.
  - O Esófagograma contrastado está contraindicado pelo risco de mediastinite química.
  - Considerando os ferimentos penetrantes, a frequência de acometimento, em ordem decrescente é vascular, vias respiratórias e esofágica.
  - A endoscopia digestiva alta está contraindicada na suspeita de perfuração do esôfago.
  - Todas as alternativas estão incorretas.
11. O TIPS (anastomose portossistêmica intra-hepática transjugular) é realizado por meio da passagem de um estente intra-hepático entre:
- um ramo da veia porta e artéria hepática esquerda.
  - um ramo da veia porta e artéria hepática direita.
  - um ramo da veia porta e da veia hepática.
  - veia porta e veia mesentérica inferior.
  - veia porta e veia mesentérica superior.
12. Com relação às cicatrizes patológicas: quelóide e cicatriz hipertrófica, as afirmações abaixo estão corretas, **EXCETO**:
- O quelóide ocorre com mais frequência na face, região dos deltóides e pré-esternal.
  - Os idosos são mais afetados que os jovens.
  - Indivíduos da raça negra e orientais são mais propensos a desenvolver estas doenças.
  - Hormônios sexuais influenciam na incidência de quelóides.
- A triancinolona intralesional reduz o volume da lesão em alguns casos e, em outros, diminui a dor e o prurido.
13. Das neoplasias malignas da pele qual a mais frequente?
- Melanoma.
  - Carcinoma Basocelular.
  - Carcinoma espinocelular.
  - Lipossarcoma.
  - Sarcoma de Kaposi.
14. Dos sítios primários de neoplasias quais os que mais dão metástase para a coluna vertebral?
- Pele e estômago.
  - Rim e fígado.
  - Tireóide e pulmão.
  - Pâncreas e vias biliares.
  - Mama e próstata.
15. Qual das alternativas abaixo é a causa mais frequente de trombose da veia esplênica?
- Neoplasia de pâncreas.
  - Neoplasia de vias biliares.
  - Pancreatite.
  - Colelitíase.
  - Hepatites virais.
16. Todas alternativas abaixo são consideradas lesões pré-malignas de neoplasia do esôfago, **EXCETO**:
- Barrett.
  - Acalásia chagásica com megaesôfago.
  - Esclerodermia.
  - Ingestão de agente corrosivo.
  - Tilose palmoplantar.
17. Das patologias abaixo qual a que mais frequentemente apresenta o megacólon tóxico?
- Diverticulose.
  - Retocolite Ulcerativa.
  - Doença de Crohn.
  - Síndrome do Intestino Irritável.
  - Colite amebiana.
18. É indicação imediata de nutrição parenteral total:
- Retocolite ulcerativa.
  - Megaesôfago grau II.
  - Hepatite.
  - Fístula ileal de alto débito.
  - Neoplasia de esôfago.

19. Faça a associação entre suspeita diagnóstica e achados clínicos encontrados, assinalando a alternativa **CORRETA** a seguir:

- 1- Íleo paralítico.
  - 2- Peritonite.
  - 3- Obstrução intestinal.
  - 4- Úlcera péptica perforada.
- x- Ruídos hidroaéreos ausentes, tosse, Blumberg presente, rigidez ou defesa.
- y- Severa distensão abdominal, peristaltismo visível, dor difusa sem Blumberg.
- w- Distensão abdominal, ruídos hidroaéreos ausentes, sem dor local.
- z- Rigidez abdominal, ruídos hidroaéreos diminuídos, sinal de Jolbert positivo.

- a) 1w, 2x, 3y, 4z.
- b) 1x, 2w, 3y, 4z.
- c) 1x, 2y, 3w, 4z.
- d) 1w, 2y, 3z, 4x.
- e) 1z, 2y, 3w, 4x.

20. Segundo o IMC (índice de massa corporal) e a presença de comorbidades (HAS, Diabetes mellitus tipo 2, artropatias, refluxo gastroesofageano, etc) a obesidade, tem indicação cirúrgica a partir da seguinte situação:

- a) IMC acima de 30, independente de comorbidades.
- b) IMC de 35 a 39.
- c) IMC maior que 40 associado à comorbidade.
- d) Sem haver comorbidades, somente com IMC acima de 50.
- e) IMC acima de 35 com comorbidade.

## CIRURGIA GERAL 2

21. Relacione as colunas, considerando os exames propedêuticos no atendimento inicial do politraumatizado.

- 1. Avaliação ultrassonográfica direcionada para trauma (FAST).
- 2. Radiografia de pelve em ântero-posterior (AP)
- 3. Punção abdominal.
- 4. Tomografia computadorizada.

- ( ) Deve ser realizada em todo paciente politraumatizado vítima de trauma contuso.
- ( ) Só pode ser utilizada no exame secundário.
- ( ) Tem as mesmas indicações do lavado peritoneal diagnóstico.
- ( ) Método invasivo com indicação restrita para realização no atendimento inicial ao politraumatizado.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência **CORRETA**.

- a) 3 – 1 – 2 – 4.
- b) 2 – 3 – 4 – 1.
- c) 4 – 2 – 3 – 1.
- d) 2 – 4 – 1 – 3.
- e) 3 – 4 – 2 – 1.

22. Sobre o atendimento inicial ao politraumatizado, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) Dentre as causas sistêmicas, a hipoxia (saturação de O<sub>2</sub> < 90%) e a hipotensão (pressão sistólica < 90mmHg em adultos) são os parâmetros que estão mais fortemente relacionados a pior prognóstico do paciente com Traumatismo cranioencefálico (TCE).
- b) Os pacientes traumatizados são menos suscetíveis à hipotermia, devendo esta ser uma preocupação secundária.
- c) Os idosos, devido a sua incapacidade de produzir calor e em diminuir a sua perda por vasoconstrição, e as crianças, devido a sua maior superfície corpórea relativa e a fontes limitadas de energia, são mais suscetíveis à hipotermia.
- d) A grande maioria das lesões torácicas é tratada por meio de procedimentos cirúrgicos simples (toracocentese e drenagem torácica)
- e) No trauma penetrante por arma de fogo, a opção mais segura é a indicação de laparotomia de rotina, visto que aproximadamente 90% dos pacientes apresentam lesão de víscera intra-abdominal que necessita de tratamento cirúrgico.

23. Sobre doença diverticular do cólon, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) Os divertículos hipotônicos, por apresentarem seu cólon estreito, têm maior tendência a complicações, pois possibilitam a permanência de fezes no interior do corpo, dificultando seu esvaziamento e ocasionando sua obstrução.
- b) Os fatores etiopatogênicos do divertículo adquirido mais aceitos são os seguintes: idade do enfermo (envelhecimento); alterações do colágeno e da elastina na submucosa cólica; aumento da pressão intracolônica; modificação da motilidade dos cólons e pouca ingestão de fibras.
- c) As principais complicações da doença diverticular hipertônica são: Perissigmoidite, Abscesso intramural ou pericólico, fístulas internas (colovesical, coloentérica ou colovaginal), fístulas externas (colocutânea ou coloperineal), obstrução intestinal.

- d) As principais complicações da doença diverticular hipotônica são hemorragia diverticular e perfuração em peritônio livre.
- e) Na forma hipotônica, a manifestação da doença diverticular dos cólons pode estar relacionada ao envelhecimento fisiológico do indivíduo, que ocasiona o adelgaçamento da musculatura cólica, deixando-a tênue e hipotônica. Por essa razão, essa enfermidade apresenta maior incidência nos pacientes idosos.

**24.** O tratamento da apendicite aguda tem mudado muito ao longo dos anos. Atualmente são indicações de cirurgia em casos de apendicite aguda não complicada:

- I - peritonite difusa.  
II - ausência de controle da dor em 24 horas.  
III - ausência de melhora do leucograma em 72 horas.  
IV - incapacidade de tolerar dieta via oral.

Quais estão **CORRETAS**?

- a) Apenas a I e II.  
b) Apenas a I e a IV.  
c) Apenas a II e a III.  
d) Apenas a III e a IV.  
e) Apenas a I e a III.

**25.** Sobre o estado atual da apendicite aguda, marque a alternativa **INCORRETA**.

- a) A microbiota a ser coberta em uma apendicite aguda de origem comunitária deve ser gram negativa e anaeróbia.
- b) Em situações de opção por tratamento não operatório, o maior risco é deixar de fazer o tratamento de neoplasias.
- c) As vantagens da abordagem laparoscópica são: menor relato de dor pós-operatória; menor risco de infecção de sítio cirúrgico superficial; menor tempo de internação; e menor chance de hérnia incisional.
- d) A obstrução do lúmen apendicular por fecalito ou por resíduo fecal, na maior parte das vezes, é o fator que desencadeia as alterações inflamatórias e infecciosas transmuralis, que iniciam na mucosa.
- e) No caso de cirurgia com abscesso periapendicular volumoso e contaminação das bordas da incisão, a melhor opção é lavar e colocar curativo a vácuo.

**26.** Sobre neoplasias de reto, marque a alternativa **INCORRETA**.

- a) Tumores de reto baixo podem levar a metástases linfonodais das cadeias ilíacas internas, enquanto os tumores de reto médio e alto tendem a se disseminar primeiro para linfonodos da cadeia mesentérica inferior.
- b) Hábitos cotidianos estão diretamente relacionados ao desenvolvimento de carcinoma coloretal. A alimentação é um importante fator. A ingestão excessiva de carne vermelha e de carnes processadas está relacionada à sua carcinogênese.
- c) A dislipidemia, níveis séricos elevados de colesterol total e lipoproteína de baixa densidade (LDL) aumentam o risco de carcinoma coloretal (CCR), particularmente em homens e mulheres na pós-menopausa.
- d) A síndrome de Gardner está relacionada ao desenvolvimento de CCR e tumores do sistema nervoso central, especificamente o glioblastoma multiforme (GBM) e o meduloblastoma. É subdividida em dois tipos principais: I, com mutação dos genes MMR, e II, com mutação do gene APC. A do tipo I está mais relacionada ao desenvolvimento do CCR hereditário não associado à polipose e ao GBM, enquanto a do tipo II apresenta maior manifestação de PAF e desenvolvimento do meduloblastoma.
- e) A Polipose adenomatosa familiar (PAF) AF é outra síndrome com padrão de herança autossômico dominante responsável pelo CCR hereditário, em que ocorre mutação do gene APC (um gene supressor tumoral). Pacientes com polipose adenomatosa familiar (PAF) apresentam mais de 100 pólipos adenomatosos colônicos e evoluem para CCR em 100% dos casos, se não forem submetidos à ressecção do cólon ou colorretal.

**27.** Sobre trombose venosa profunda (TVP), marque a alternativa **INCORRETA**.

- a) A trombose é acompanhada por reação inflamatória na parede da veia e nos tecidos perivenosos, o que provoca dor, calor, rubor e edema locais. Quando uma veia sofre obstrução por trombose, ocorre a congestão venosa, isto é, o acúmulo de sangue a montante do local da obstrução. A pressão dentro das veias se eleva (hipertensão venosa) e o fluxo sanguíneo se torna lento.

- b) A TVP dos membros inferiores (MMII), de longe a forma clínica mais comum, se apresenta em padrões bem definidos, de acordo com a localização predominante dos trombos. O padrão mais comum é a TVP distal, que acomete os seios venosos da panturrilha, e pode se estender para as veias tronculares da perna e para a veia poplítea distal. Outro padrão comum é a TVP proximal, que envolve o eixo femoropoplíteo e, frequentemente, se estende para as veias ilíacas. O padrão mais raro é a TVP extensa, que envolve todos os segmentos venosos do MI, desde as veias de panturrilha até as veias ilíacas.
- c) São fatores de risco para TEP: repouso, tabagismo, história familiar, uso de anticoncepcionais orais, bem como de outros hormônios, como reposição hormonal na menopausa e bloqueadores hormonais no câncer de mama, diabetes melito e dislipidemia são fatores de risco para TVP.
- d) O tratamento da TVP é baseado no uso de anticoagulantes parenterais (enoxaparina) e orais (varfarina, femprocumona e rivaroxabana). Excepcionalmente, casos graves de TVP podem ser tratados com drogas trombolíticas, trombectomia cirúrgica e colocação de filtro de veia cava inferior.
- e) São situações clínicas de risco aumentado de TVP cirurgias ortopédicas de quadril e joelho, cirurgias abdominais e pélvicas de grande porte, câncer, gestação e puerpério, uso de estrogênios, história pessoal ou familiar de TVP.

**28.** Sobre megacólon chagásico, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) A desnervação intestinal irá provocar incoordenação da atividade motora do órgão e, na tentativa de expulsar o bolo fecal, as contrações desordenadas acabam por provocar hipertrofia das suas camadas musculares.
- b) Observa-se que, à medida que aumenta o grupo etário dos pacientes e, por consequência, a evolução da doença, aumenta o período de obstipação. Paradoxalmente, também se percebe, ao exame radiológico, casos de pacientes portadores de megacólon que apresentam ritmo intestinal normal.
- c) Consideram-se passíveis de serem submetidos à cirurgia, a priori, apenas os pacientes sintomáticos, com quadro evolutivo e progressivo da obstipação intestinal, isto é, a simples existência de megacólon ao exame

radiológico não é indicativo de cirurgia. A principal razão para se adotar tal conduta é o fato de que, aproximadamente, 25% dos pacientes chagásicos, embora sejam portadores de megacólon radiológico, apresentam ritmo intestinal normal.

- d) Paciente portador de megacólon adquirido (chagásico), complicado por oclusão aguda em decorrência de fecaloma, inacessível ao toque retal, a cirurgia deve ser laparotomia, retirada do fecaloma, ressecção intestinal e anastomose primária.
- e) Dentre essas complicações, consideram-se como mais importantes o fecaloma e o volvo da sigmóide. As úlceras estercoráceas, a impação fecal e a colite isquêmica também podem ocorrer.

**29.** Sobre colecistite aguda, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) Na colecistite xantogranulomatosa, há o espessamento xantogranulomatoso da parede com o aumento da pressão da bile devido a cálculos e a rotura dos seios de Rokitansky Achoff. Com a rotura desses seios, há a infiltração de bile na parede, que é fagocitada pelos histiócitos e forma os granulomas. Os sintomas aparecem na fase inicial.
- b) Na colecistite aguda alitiásica, devido à estase da bile, há a absorção de água através da mucosa, o que torna a bile mais espessa. A estase e a bile espessa produzem uma hiperdistensão da vesícula que, devido a alterações microvasculares da parede da vesícula, evolui para isquemia.
- c) Na colecistite aguda litiásica, a obstrução se deve à impação do cálculo no conduto cístico ou no infundíbulo. Após a obstrução haverá um aumento da pressão na vesícula biliar. A evolução vai depender do grau e do tempo da obstrução.
- d) A colecistite enfisematosa tem a presença de gás na parede, em consequência da presença de bactérias anaeróbicas, o que inclui o *Clostridium perfringens*. A incidência da colecistite enfisematosa é maior entre os diabéticos.
- e) Atualmente, a videolaparoscopia está indicada na colecistite crônica, porque há um período menor de internação, uma rápida recuperação, uma redução do custo quando comparada com a aberta. É aceita por ser segura e a indicação precoce diminui o risco de lesão da via biliar. A indicação nas colecistites agudas esta contra indicada pelo alto índice de conversão para via aberta.

30. Sobre hérnias inguinais, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) O conduto peritoneo vaginal é claramente responsável pela grande maioria dos casos de hérnias inguinais na infância, sendo então decorrente de uma deficiência no desenvolvimento embriológico e fetal. Nesses casos, não se costuma verificar a modificação na composição da matriz extracelular, e a hérnia é a do tipo I de Nyhus, indireta, com anel inguinal de calibre normal.
- b) Hérnias diretas, em qualquer idade, estão associadas a distúrbios congênitos ou adquiridos da matriz extracelular.
- c) Hérnias diretas, em qualquer idade, estão associadas a distúrbios congênitos ou adquiridos da matriz extracelular. Em adultos portadores de hérnias inguinais indiretas, já se comprovou a presença de distúrbios da matriz extracelular, notadamente de colágeno, e a presença de um conduto PPV nessa população não é uma condição absolutamente determinante para o surgimento de hérnia inguinal.
- d) Atualmente, o tratamento conservador das hérnias é aceito para pacientes portadores de hérnias assintomáticas ou oligossintomáticas. O termo "oligossintomática" se refere à dor que não interfere nas atividades do dia a dia. Além disso, esse tratamento é considerado seguro para pacientes ASA 1 ou 2, uma vez que, neles, um episódio de estrangulamento não está associado a alta mortalidade.
- e) Por definição, a duração da dor por mais de 12 meses permite inferir o diagnóstico de dor crônica pós-hernioplastia.

31. Sobre fistulas anais, analise as assertivas abaixo e assinale a alternativa **CORRETA**.

- (1) Fístulas interesfincterianas.
  - (2) Fístulas transesfincterianas.
  - (3) Fístulas supraesfincterianas.
  - (4) Fístulas extraesfincterianas.
- ( ) Aparecem em 25% dos pacientes e provêm dos abscessos da loja isquiorretal, cujos trajetos atravessam o aparelho esfíncteriano, a partir da cripta anal comprometida.
  - ( ) Constituem 5% do total e se formam a partir de abscessos interesfincterianos que seguem para o espaço pelvirretal.
  - ( ) Evoluem a partir dos abscessos que se formam entre os esfíncteres interno e externo, devido à localização das glândulas de Chiari. São as mais comuns, ocorrendo em 70% dos doentes.

( ) São as mais raras, totalizando 2% do total. Resultam da penetração de corpos estranhos, traumas penetrantes no períneo e secundários a enteroclistomas e a outras formas de manipulação anorretal.

A sequência **CORRETA** é:

- a) 1 – 2 – 3 – 4.
- b) 2 – 3 – 1 – 4.
- c) 3 – 4 – 2 – 1.
- d) 4 – 3 – 2 – 1.
- e) 2 – 3 – 4 – 1.

32. Sobre tumor incidental de suprarenal, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) Embora seja mais provável um incidentaloma com hipersecreção hormonal nos pacientes obesos, hipertensos, diabéticos, com hipercolesterolemia e osteoporose, a doença subclínica pode existir e deve ser investigada.
- b) O melhor método de screening é o teste de supressão com dexametasona. Em um indivíduo normal, é esperado que o cortisol matinal caia após a dexametasona (<1,8µg/dL). No paciente com Cushing, o cortisol estará acima desse nível.
- c) Na síndrome de Cushing primária da suprarenal, a secreção de cortisol é independente do hormônio adrenocorticotrófico. Sua dosagem é cara, na maioria das vezes normal nos pacientes com incidentaloma, sendo então realizada somente em uma segunda etapa da investigação, se não houve a queda esperada do cortisol com o teste de supressão.
- d) A maioria dos incidentalomas da suprarenal é funcionante, somente 15 a 20% deles podem ter secreção hormonal normal. Se houver quadro clínico sugestivo, o screening hormonal pode ser seletivo, mas a ausência de sinais e sintomas não afasta obrigatoriamente a hiperfunção.
- e) A síndrome de Cushing subclínica é a condição clínica encontrada com mais frequência.

33. Analise as afirmativas a seguir a respeito da investigação da anemia no pré-operatório.

- I - A presença de anemia no pré-operatório não está relacionada com desfechos adversos, uma vez que pode ser facilmente sanada.
- II - A anemia pré-operatória não corrigida relaciona-se com maior número de transfusões de concentrados de hemácias no peri e pós-operatório.



III - Sugere-se a realização de hemograma completo no mínimo 30 dias antes da realização de procedimentos invasivos eletivos.

IV - A reposição do ferro deve, nesses casos, sempre ocorrer por IV.

Quais estão **CORRETAS**?

- a) Apenas a I e a II.
- b) Apenas a III e a IV.
- c) Apenas a II e a III.
- d) A I, a II, a III e a IV.
- e) A II, a III e a IV.

**34.** As metas atuais da Terapia nutricional pré-operatória são:

- a) prevenir a desnutrição ou minimizar os seus efeitos, imunomodulação, melhorar o estresse oxidativo e melhorar os resultados pós-operatórios;
- b) recuperar o peso perdido pelo paciente, imunomodulação, melhorar o estresse oxidativo e melhorar os resultados pós-operatórios;
- c) prevenir a desnutrição ou minimizar os seus efeitos, recuperar o IMC, aumentar o estresse oxidativo e melhorar os resultados pós-operatórios;
- d) recuperar o peso perdido pelo paciente, recuperar o IMC, melhorar o estresse oxidativo e melhorar os resultados pós-operatórios;
- e) Controlar os valores de albumina para diminuir os índices de infecções pós-operatória e diminuir o tempo de internação hospitalar.

**35.** Com relação à angioembolização no trauma renal, pode-se afirmar que:

- a) somente deve ser realizada, se houver extravasamento de urina;
- b) é uma prática em desuso;
- c) é indicada somente em casos de rim único;
- d) é uma modalidade terapêutica crescente no trauma renal, pois ao serem diagnosticadas lesões arteriais segmentares, realiza-se a angioembolização, evitando-se a cirurgia e, por conseguinte, a nefrectomia;
- e) É a primeira escolha nos casos de instabilidade hemodinâmica associada ao aumento da massa abdominal.

**36.** Nos pólipos do intestino grosso, com relação à colonoscopia, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) O exame é capaz de identificar todos os pólipos.
- b) As técnicas de cromoendoscopia eletrônica e magnificação aumentam a visualização de lesões diminutas.
- c) A videoendoscopia de luz branca e a fibroscopia possuem a mesma acurácia diagnóstica.
- d) Não existem recomendações sobre o emprego de técnicas endoscópicas.
- e) Nenhuma destas técnicas trouxe vantagem em relação à colonoscopia clássica.

**37.** Sobre os GISTs, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) São tumores cujo potencial de malignidade está associado ao tamanho e ao formato da lesão.
- b) São lesões que apresentam um comportamento biológico mais agressivo e pouco frequente no estômago, em relação ao esôfago.
- c) Sabe-se que os GISTs não apresentam potencial para metástases a distância.
- d) Indicam positividade para os marcadores CD117 e CD34.
- e) Os GISTs são o grupo mais frequente de lesão subepitelial no esôfago, apresentam uma evolução mais favorável à benignidade quando comparados aos GISTs do estômago.

**38.** Assinale a alternativa correta quanto à abordagem terapêutica da pancreatite aguda leve.

- a) O índice de mortalidade de pancreatite aguda leve é de 80%.
- b) O primeiro passo no tratamento da pancreatite aguda leve é tratar o fator etiológico da doença.
- c) A remoção da vesícula está contraindicada nos casos de pancreatite aguda de etiologia biliar.
- d) Em pacientes com obstáculo ao nível do confluente biliopancreático, deve-se considerar a realização da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (PCRE) e da papilotomia endoscópica.
- e) PCRE e a papilotomia endoscópica são contraindicados nos processos inflamatórios, particularmente na vigência de colangite.

**39.** Assinale a alternativa correta quanto ao diagnóstico de paciente com suspeita de obstrução da via biliar extra-hepática.

- a) O exame de primeira linha a ser solicitado nessa circunstância é a colangiorressonância.
- b) Exames laboratoriais são suficientes para determinar que um quadro de paciente icterico é devido a uma litíase residual.
- c) O diagnóstico da litíase residual pode ser feito ainda no pós-operatório imediato de colecistectomia, através de dreno transcístico ou dreno de Kehr.
- d) As imagens patognomônicas de cálculo são sempre visualizadas ao ultrassom.
- e) Os exames laboratoriais que podem fazer o diagnóstico de litíase residual de colédoco são aumento das bilirrubinase, gama GT e fosfatase alcalina.

**40.** Homem, 50 anos portador de HI à esquerda há um ano, redutível, de pequeno tamanho, resolveu submeter-se a cirurgia, aproveitando as suas férias, porque a hérnia começou a incomodá-lo, quando fazia exercícios físicos. Não era portador de nenhuma comorbidade clínica e seu risco cirúrgico foi avaliado como ASA 1

Entre as técnicas de reparo apresentadas abaixo, qual a melhor escolha para esse paciente?

- a) Via convencional com tela dupla de baixa gramatura (UHS®).
- b) Via convencional pela técnica de Lichtenstein com tela de polipropileno de alta gramatura.
- c) Via laparoscópica (TAPP) com tela de polipropileno de alta gramatura.
- d) Via pré-peritoneal de Nyhus com tela de polipropileno de alta gramatura.
- e) Via laparoscópica (TAPP) com tela de polipropileno de baixa gramatura.

## ESPECÍFICA

**41.** Sobre tumores na infância, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) Os hepatoblastomas se diferenciam epidemiologicamente dos hepatocarcinomas porque incidem sobretudo em crianças jovens (lactentes e pré-escolares) e não estão relacionadas a hepatites virais, embora haja um risco aumentado em portadores de algumas síndromes (especialmente aquelas em que ocorre hemi-hipertrofia) e em crianças com história de prematuridade/baixo peso.

- b) Os hepatocarcinomas, por sua vez, são mais incidentes em escolares e adolescentes e têm relação com hepatites virais e doenças causadoras de cirrose hepática.
- c) Os tumores sólidos mais comuns na criança são nefroblastomas e neuroblastomas. O diagnóstico diferencial pode ser difícil em alguns casos de neuroblastoma adrenal.
- d) Nefroblastomas raramente são calcificados e estão localizados dentro do parênquima renal, enquanto neuroblastomas frequentemente apresentam calcificações e não estão em continuidade com o parênquima renal, embora sejam capazes de causar deformidades renais por efeito de massa/deslocamento do órgão.
- e) No Brasil, a quimioterapia pré-operatória é adotada preferencialmente para o tratamento de nefroblastomas, com resultados excelentes, inclusive fazendo com que a ruptura da cápsula, durante a cirurgia, não tenha importância no estágio e prognóstico da doença.

**42.** No que se refere à prevenção de emergências traumáticas na infância, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Dispositivos de retenção veicular variam de acordo com a idade.
- b) Uma vez que a maioria das quedas não envolve acidentes de maior gravidade, o uso dos dispositivos de segurança pode ser dispensado durante o uso de bicicletas, patins e skates.
- c) Recipientes com pouco volume de água, com lâmina de água inferior a 10cm, não oferecem risco às crianças durante os momentos de lazer,
- d) Episódios de sufocação seguidos de óbito são mais comuns em crianças com mais de 1 ano de idade.
- e) A principal causa de trauma nas crianças são os acidentes automobilísticos, principalmente envolvendo motocicletas.

**43.** Contraindica a redução incruenta nas invaginações intestinais:

- a) episódio com mais de seis horas de duração, mesmo sem sinais de sofrimento de alças intestinais;
- b) criança com menos de 1 ano de idade, pelo risco de doenças associadas;
- c) impossibilidade de obter fluoroscopia, mesmo que tenha acompanhamento ultrassono-gráfico;

- d) invaginação íleo-ceco-cólica;
- e) paciente séptico, com mais de 24 horas de evolução e ultra-som sugerindo líquido livre na cavidade abdominal.
- 44.** Sobre o tratamento indicado para as balanopostites associadas a fimoses em crianças menores de 4 anos de idade, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) Postectomia imediata para evitar parafimose.
- b) Dilatação do anel prepucial sob anestesia geral ou sedação.
- c) Antibioticoterapia local e sistêmica.
- d) Cuidados locais e postectomia eletiva.
- e) Antiinflamatório local sistêmico.
- 45.** As hérnias inguinais da criança devem ser tratadas:
- a) Assim que for feito o diagnóstico, desde que a criança esteja apta ao ato anestésico.
- b) A videolaparoscopia é contra indicada na criança pelos riscos anestésicos aumentados e por altas taxas de conversão.
- c) Depois do sexto mês de vida para garantir uma anestesia mais segura.
- d) Apenas se a criança tiver mais de 10kg de peso.
- e) Se tiver associada à distopia testicular, operar ao nascimento, pelo risco de torção de testículo e escroto agudo.
- 46.** Nas varicoceles em criança, o exame de imagem utilizado como ajuda diagnóstica é a Us com Doppler colorido, que deve avaliar os seguintes parâmetros, **EXCETO**:
- a) O fluxo venoso no cordão espermático.
- b) O refluxo ou reversão de fluxo venoso.
- c) O tempo de esvaziamento dos vasos espermáticos.
- d) O diâmetro dos vasos (> 3,5mm).
- e) A avaliação volumétrica dos testículos.
- 47.** Sobre as atresias de esôfago, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) Considerando-se o tipo mais comum (AE com FtE distal), uma toracotomia posterior direita via trígono auscultatório ou posterolateral direito, com abordagem extrapleural ao nível do quarto espaço intercostal, usualmente provê um excelente acesso, porém a indicação formal atualmente é a via toracoscópica por ser um procedimento rápido e seguro.
- b) Dentre os primeiros sinais clínicos de AE, observam-se: salivação abundante; engasgo; cianose; desconforto respiratório.
- c) Ao RX simples, presença de ar no abdômen define a existência de FTE distal; a ausência de gás abdominal tipicamente define a ausência de FTE distal; se o coto esofágico proximal não estiver dilatado, sugere a ocorrência de FTE proximal, que pode ser confirmada por endoscopia.
- d) O tipo mais comum de atresia (III ou C) define-se por um coto esofágico proximal que termina em fundo cego e dista, usualmente, 1 a 2cm do coto distal, que, por sua vez, comunica-se com a árvore traqueobrônquica por uma fístula terminolateral ao nível da carina ou logo acima desta.
- e) O diagnóstico de AE pode ser feito na sala de parto, diante da impossibilidade de progressão de uma sonda nasogástrica de grosso calibre (8Fr ou 10Fr).
- 48.** Sobre atresia de vias biliares, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) A AVB é a causa mais comum de icterícia obstrutiva, cirrose e transplante hepático da infância. Inicia-se, na maioria das vezes, no período perinatal.
- b) Observa-se icterícia progressiva, que se prolonga além da 2ª semana de vida, acompanhada por acolia fecal persistente e colúria. Nota-se, ainda, hepatomegalia e bom estado geral, sem déficit do desenvolvimento nos primeiros meses.
- c) Como se trata de uma icterícia obstrutiva, ocorre, também, aumento sérico da fosfatase alcalina (FA), assim como da gama-glutamilttransferase (ggt), que é considerado o marcador bioquímico mais específico de doença hepatobiliar. Em geral, as transaminases são normais ou discretamente aumentadas.
- d) A icterícia neonatal, na maioria das vezes, é de origem infecciosa, metabólica, endócrina ou genética e sempre é caracterizada por aumento plasmático da bilirrubina conjugada em níveis superiores a 2mg%, ou correspondentes a 20% ou mais da Bt persistente por mais de 3 semanas de vida.
- e) A desordem extra-hepática pode ser secundária à anormalidade da secreção biliar, como resultado de disfunção hepatocelular ou excreção anormal, por alteração da integridade anatômica do trato biliar hepático.

**49.** Sobre megacólon congênito, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) A aganglionosecolônica incide em 1:5.000 nascidos vivos e, na maioria dos casos, se manifesta, desde o período perinatal, como constipação persistente e demora na eliminação espontânea de mecônio (> 24 horas no neonato de termo).
- b) Alguns bebês se apresentam com distensão abdominal progressiva, queda do estado geral, recusa alimentar e parada de eliminação de fezes ou, alternativamente, diarreia fétida persistente. Em alguns casos, pode ser obtida uma história familiar positiva para a doença.
- c) A maioria das crianças (75%) tem aganglionose na forma “clássica”, limitada ao segmento retossigmoideano, e um exame retal digital ou com cateterparaestimulação pode provocar a eliminação de fezes, de forma “explosiva” (sinal clássico de megacólonagangliônico).
- d) A confirmação da hipótese diagnóstica se fará de forma definitiva apenas através de biópsia retal (padrão-ouro), por aspiração da mucosa retal ou cirúrgica transanal da muscular.
- e) A ausência de uma zona de transição radiológica nítida entre a porção agangliônica e a normal está presente em todos os pacientes, independente da idade, é patognomônica e fecha o diagnóstico, sem necessidade de biópsias.

**50.** Sobre os defeitos congênitos da parede abdominal, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) A gastrosquise é um defeito que se caracteriza pela existência de um orifício de diâmetro variado na parede abdominal do lado direito do cordão umbilical. Uma ruptura na base do cordão umbilical causada pela involução do que seria a veia umbilical direita permite a saída mais ou menos precoce de vísceras abdominais para a cavidade amniótica.
- b) A oligodrâmnia de qualquer etiologia pode contribuir para o sofrimento das alças intestinais porque evita a compressão das mesmas pela parede uterina.
- c) A onfalocele consiste na saída de alças intestinais e/ou do fígado da cavidade abdominal para dentro de um saco constituído pela membrana amniótica e o peritônio. Pode-se observar presença de ascite no interior do saco, em cujo topo o cordão umbilical está implantado.

- d) Sempre que possível, deve ser realizada uma amniocentese para pesquisa de marcadores como a alfafetoproteína, que está aumentada na gastrosquise e baixa na onfalocele, e a cordocentese para pesquisa do cariótipo, que é muito mais frequentemente anormal nas onfaloceles.
- e) Um dos maiores avanços no tratamento das anomalias da parede abdominal é a possibilidade do diagnóstico pré-natal pela ultrassonografia.