



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 08

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: COLOPROCTOLOGIA

DATA: 24/01/2021 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - a) Este caderno (**TIPO 08**) 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 08) 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 **1h30min** 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 - RESIDÊNCIA MÉDICA - 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 MÉDICAS



Nº DE INSCRIÇÃO					

CIRURGIA GERAL 1

- 01.** A respeito da cicatrização das feridas, marque a alternativa **INCORRETA**.
- Diabetes e idade avançada interferem diretamente na cicatrização de feridas.
 - Cicatrização por segunda intenção é aquela em que a correção é feita por preenchimento por tecido de granulação.
 - Na fase da maturação, a força tênsil da ferida é crucial na sua formação.
 - Os macrófagos são as células que predominam na fase proliferativa da cicatrização.
 - A força tênsil de uma ferida é determinada principalmente pelo colágeno.
- 02.** Com relação a úlcera de Marjolin, marque a alternativa **CORRETA**.
- São úlceras pépticas, gástricas, relacionadas a pacientes vítimas de queimaduras extensas.
 - São úlceras pépticas, localizadas no bulbo duodenal, relacionadas a quadro de hemorragia digestiva alta.
 - Origina-se de tumores carcinomatosos que acometem as cicatrizes de queimaduras
 - Origina-se de neoplasias benignas que acometem as cicatrizes de queimaduras
 - Ocorre nos membros inferiores de pacientes hipertensos.
- 03.** É composta por duas camadas: papilar e reticular. Proporciona a capacidade de contração e distensão da pele por conter em abundância fibras de colágeno e elásticas. Trata-se de:
- Camada córnea.
 - Derme.
 - Epiderme.
 - Hipoderme.
 - Mesoderme.
- 04.** A proceder com a instalação de um cateter para acesso venoso central. A veia periférica de primeira escolha é a:
- Cefálica.
 - Basílica.
 - Jugular externa.
 - Jugular interna.
 - Subclávia.
- 05.** O choque hipovolêmico ocorre por grande déficit de volume de líquido com ou sem perda de sangue. Sendo que a causa mais comum é:
- Queimaduras.
 - Diarreia e vômitos.
 - Perda de sangue.
 - Sequestro de líquido para o terceiro espaço.
 - Queimadura elétrica.
- 06.** Quanto à trombose venosa profunda (TVP), o quadro clínico apresenta como tríade clássica:
- defesa involuntária do abdômen, dor na região da fossa ilíaca direita e hiperestesia.
 - empastamento do membro acometido, dor e edema.
 - turgência jugular, abafamento de bulhas e hipotensão arterial.
 - dispneia, dor torácica súbita e hemoptise.
 - icterícia, febre com calafrios e dor em hipocôndrio direito.
- 07.** Na utilização da lidocaína como anestésico local, para prevenir a toxicidade, devemos evitar utilização acima da dose máxima, que seria:
- 0,5mg/Kg sem vasoconstritor e 1mg/Kg com vasoconstritor.
 - 1mg/Kg sem vasoconstritor e 2mg/Kg com vasoconstritor.
 - 3mg/Kg sem vasoconstritor e 5mg/Kg com vasoconstritor.
 - 5mg/Kg sem vasoconstritor e 7mg/Kg com vasoconstritor.
 - 7mg/Kg sem vasoconstritor e 10mg/Kg com vasoconstritor.
- 08.** No trauma abdominal, podemos afirmar:
- Paciente sem queixas de dor abdominal e sem sinais de peritonite ao exame, então podemos excluir lesão intra-abdominal.
 - Devemos fazer a investigação prioritariamente e só depois a reposição volêmica.
 - Trauma por arma de fogo usualmente causa menos danos intra-abdominais que o trauma por arma branca.
 - A causa mais frequente de trauma abdominal contuso ocorre por arma branca.
 - No trauma contuso, o órgão mais acometido é o baço.



- 09.** Qual a principal causa de apendicite aguda?
- Obstrução por parasita.
 - Secundária à doença inflamatória intestinal.
 - Obstrução da luz por fecalito.
 - Hiperplasia linfoide com compressão da luz.
 - Neoplasias benignas e malignas com obstrução luminal.
- 10.** A respeito do sinal de Lenander, podemos afirmar que está relacionado ao diagnóstico de:
- Colelitíase.
 - Pancreatite aguda.
 - Apendicite aguda.
 - Carcinomatose peritoneal.
 - Obstrução intestinal.
- 11.** A doença diverticular ocorre com maior frequência em qual dos segmentos abaixo?
- Íleo terminal.
 - Cólon ascendente.
 - Cólon transverso.
 - Sigmóide.
 - Reto.
- 12.** Está contraindicado a colocação de dreno torácico com selo d'água:
- Hemotórax.
 - Quilotórax.
 - Após a descompressão do pneumotórax hipertensivo.
 - Derrame pleural tuberculoso.
 - Pneumotórax bilateral.
- 13.** No tratamento das hérnias inguinais, durante a dissecação do funículo, encontramos, primeiro, mais anteriormente e, por último mais profundo, respectivamente as seguintes estruturas:
- plexo pampiniforme e ducto deferente.
 - artéria testicular e ducto deferente.
 - ducto deferente e artéria testicular.
 - ducto deferente e nervo genitofemoral.
 - nervo genitofemoral e plexo pampiniforme.
- 14.** O funículo ou cordão espermático contém as seguintes estruturas, **EXCETO**:
- ducto deferente e artéria testicular.
 - vasos epigástricos inferiores.
 - artéria cremastérica.
 - plexo pampiniforme.
 - ramo genital do nervo gênitofemoral.
- 15.** A hérnia que surge no triângulo lombar superior é:
- Hérnia de Petit
 - Hérnia de Spiegel.
 - Hérnia do obturador.
 - Hérnia de Littrè
 - Hérnia de Grynfeltt.
- 16.** São fatores e ou lesões precursoras do câncer gástrico, **EXCETO**:
- gastrite atrófica; pólipos hiperplásicos.
 - anemia perniciosa; lipoma gástrico.
 - úlcera gástrica; gastrectomia parcial por doença benigna.
 - doença de Ménétrier; *Helicobacter pylori*.
 - síndrome de Lynch II; pólipos adenomatosos.
- 17.** Com relação ao pâncreas, podemos afirmar, **EXCETO**:
- O tumor de Frantz é uma neoplasia sólida pseudopapilar com potencial maligno alto.
 - O pâncreas é irrigado por ramos originados do tronco celíaco e da artéria mesentérica superior.
 - A técnica de Whipple consiste na pancreaticojejunostomia látero-lateral.
 - A neoplasia papilar intraductal (IPMN) é a neoplasia mais comum no pâncreas.
 - A ecoendoscopia com punção para coleta de material para análise histológica é um método que tem alta acurácia na investigação de lesões pancreáticas.
- 18.** Na trisegmentectomia direita é realizada a ressecção dos seguintes segmentos hepáticos:
- II, III e IV
 - IV, V e VIII
 - VI, VII e VIII
 - V, VI, VII, VIII
 - IV, V, VI, VII e VIII
- 19.** Na colangite esclerosante primária, o achado característico no exame histológico é:
- Pseudolóbulos delimitados por tecido fibroso.
 - Fibrose periductal em "casaca de cebola".
 - Presença de gotas de gordura nos hepatócitos.
 - Granulomas e ou nódulos fibróticos no tecido hepático.
 - Hepatócitos com núcleos glicogenados e balonizados.



20. As alternativas abaixo contêm somente condições que predisõem ao câncer de esôfago, **EXCETO**:

- a) Tabagismo e etilismo.
- b) Síndrome de Boerhaave e síndrome de Chilaiditi
- c) Megaesôfago e ingestão de agentes corrosivos.
- d) Síndrome de Plummer-Vinson e Esôfago de Barrett.
- e) TILOSE palmoplantar e epitélio colunar na transição esôfago-gástrica com metaplasia intestinal e displasia.

CIRURGIA GERAL 2

21. Existem herniações consideradas raras através da parede abdominal. Entre essas, podemos encontrar hérnias ventrais e dorsais. As hérnias lombares do triângulo superior são conhecidas como hérnias de: (*Doherty, GM. Current. Diagnosis & Treatment Surgery*).

- a) Spiegel.
- b) Richter.
- c) Littré.
- d) Grynfelt.
- e) Petit.

22. Um paciente portador de hérnia inguinal indireta, com assoalho inguinal distorcido, foi submetido a tratamento cirúrgico com emprego de materiais de prótese. Quanto à classificação, a técnica e a principal característica deste método, podemos afirmar: (*Doherty, GM. Current. Diagnosis & Treatment Surgery*).

- a) Nyhus III A, Lichtenstein, Tela sem tensão.
- b) Nyhus III B, Shouldice, Sutura monofilamentar.
- c) Nyhus III A, Shouldice, Incisão de relaxamento.
- d) Nyhus III B, Lichtenstein, Tela sem tensão.
- e) Nyhus II A, Lichtenstein, Abordagem pré-peritoneal.

23. A Hérnia é uma protrusão anormal do tecido intra-abdominal por um defeito congênito ou adquirido da parede abdominal. Cerca de 75% das hérnias ocorrem na região inguinal. Sobre as hérnias inguinais, está **INCORRETO**: (*Melo, RM; Abdalla, RZ. Hérnias da parede abdominal*).

- a) O correto exame clínico pode levar com segurança ao diagnóstico anatômico e etiológico, sem necessidade de quaisquer exames complementares
- b) As hérnias encarceradas requerem indicação cirúrgica premente, pois a constrição contínua do conteúdo pode rapidamente levar ao estrangulamento, à obstrução intestinal e à morte.
- c) O colo largo das hérnias inguinais diretas faz com que muito raramente sofram encarceramento. Porém essas hérnias são passíveis de estrangular.
- d) Tentativas de redução manual do conteúdo do saco devem ser sempre tentadas em casos de estrangulamento recente e a manobra deve ser executada de forma suave e gentilmente. Quase sempre é possível à redução, permitindo um preparo mais adequado do paciente, para submeter-se à cirurgia.
- e) Nas hérnias indiretas, o conteúdo mais frequente é epíplon e intestino delgado. Se volumosas, pode estar presente o ceco no saco herniário e até o colón transversal.

24. A cirurgia é o único tratamento eficaz para as hérnias inguinais é também um dos procedimentos mais realizados nos hospitais gerais. Em 1884 Edoardo Bassini realizou, pela primeira vez, um reparo inguinal, com base na etiopatogenia da doença herniária. Quanto ao tratamento cirúrgico das hérnias inguinais, podemos afirmar: (*Melo, RM; Abdalla, RZ. Hérnias da parede abdominal*).

- a) A técnica proposta por Shouldice trata-se de um reparo tecidual sem tensão, passível de ser realizado sob anestesia local, em regime ambulatorial. Embasada em princípios como uso de fios monofilamentares e suturas de pontos separados.
- b) A técnica de Lichtenstein introduziu o conceito do “reparo livre de tensão” para tratamento de hérnias inguinais em adultos. Nesse reparo, em vez de suturar estruturas sob tensão, todo o canal é permanentemente reforçado por uma tela de polipropileno. Um “novo” anel inguinal é criado com a tela.
- c) Nas Hérnias multirecidivadas, sobretudo, quando bilaterais, constituem uma contraindicação para o emprego da técnica de Stoppa



- d) Devido à popularidade cada vez maior da cirurgia minimamente invasiva e ao desconforto associado ao reparo anterior (tradicional) da hérnia inguinal, o sucesso da correção por via laparoscópica (TAPP) realizado sob anestesia local, já foi relatado por diversos autores
- e) A técnica extraperitoneal para herniorrafia laparoscópica tem alguns atrativos importantes, como não violar a cavidade peritoneal, evitando-se possíveis lesões de órgãos intracavitários e a formação de aderências. Quando foi originalmente descrita, envolvia uma dissecação difícil com uso de um balão dissector, mas recentemente o abandono dessa ferramenta fez com que o acesso ao espaço pré-peritoneal fosse simplificado.

25. Com relação às hérnias inguinais, os limites anatômicos inferior, medial e superior do Triângulo de Hessert são, respectivamente: (Melo, RM; Abdalla, RZ. *Hérnias da parede abdominal*).

- a) Ligamento de Poupart (inguinal), músculo reto abdominal, músculo oblíquo interno e transverso do abdome.
- b) Fascia transversalis, músculo reto abdominal, músculo psoas.
- c) Ligamento de Poupart (inguinal), músculo reto abdominal, artéria epigástrica inferior.
- d) Trato ileopúbico, músculo transverso do abdômen, artéria epigástrica inferior.
- e) Ligamento de Cooper, músculo reto abdominal, artéria epigástrica inferior.

26. Uma paciente com certa irritabilidade queixa-se de câimbras musculares e dor no curso do segundo dia de pós-operatório. Ao exame físico, apresenta os sinais de Chvostek e Trousseau positivos. A cirurgia realizada e o distúrbio resultante apresentado são, respectivamente: (Doherty, GM. *Current. Diagnosis & Treatment Surgery*).

- a) Adrenalectomia e Hipofosfatemia.
- b) Tireoidectomia e Hipercalcemia.
- c) Adrenalectomia e hipercalcemia.
- d) Adrenalectomia e Hipocalcemia.
- e) Tireoidectomia e Hipocalcemia.

27. Com relação ao adenocarcinoma folicular da glândula tireóide, qual alternativa é FALSA: (Doherty, GM. *Current. Diagnosis & Treatment Surgery*).

- a) É menos frequente e surge mais tarde na vida do que a forma papilar
- b) Apenas ocasionalmente metastatizam para os linfonodos regionais, mas apresentam uma tendência maior de se disseminar pela via hematogênica para os pulmões, esqueleto e fígado.
- c) As metástases desse tumor não captam iodo radioativo, após a tireoidectomia total.
- d) O carcinoma das células de Hürthle é uma variante do carcinoma folicular.
- e) O prognóstico não é tão bom, seja para os cânceres foliculares, seja para os cânceres de células de Hürthle, ou para o tipo papilar.

28. Um princípio geral de fechamento de uma ferida cirúrgica primária é que: (Jorge Filho, I. *Cirurgia geral pré e pós operatório*).

- a) As bordas da ferida devem ser invertidas de modo que, após a deposição de colágeno ser concluída, a cicatriz madura final é plana.
- b) O excesso de tensão em uma ferida é mais bem tratado por suturas simples de espessura total com material monofilamentar.
- c) O prazo para retirada dos pontos independe da espessura da pele da região e os pontos devem ser retirados mais precocemente, se o espaço morto foi obliterado corretamente para prevenir infecção subsequente, no espaço subcutâneo.
- d) A presença de contagens bacterianas acima de 10^5 bactérias por grama de tecido está associada à infecção subsequente da ferida.
- e) Excesso de tensão em uma ferida é uma preocupação apenas, se sutura absorvível for usada.

29. Mulher de 52 anos procura o serviço médico com quadro dor em hipocôndrio direito, febre, calafrios e icterícia. Nas últimas 8h apresentou ainda sonolência, confusão mental e hipotensão arterial. Na admissão foi verificado FC: 120bpm, PA: 100 X 50, TA: 39°C. Abdome doloroso à palpação em todo andar superior, mais intenso em hipocôndrio direito. Uma ultrassonografia mostrou dilatação de vias biliares com imagem sugestiva de cálculo de 0,8 cm no colédoco distal. A paciente persiste com taquicardia, hipotensão e nível de consciência alterado. Qual a conduta mais apropriada? (Doherty, GM. *Current. Diagnosis & Treatment Surgery*).



- a) Hidratação adequada, antibioticoterapia venosa, colecistectomia por videolaparoscopia.
- b) Internação em UTI, antibioticoterapia venosa e drenagem percutânea, guiada por ultrassonografia, da vesícula biliar.
- c) Internação em UTI, antibioticoterapia venosa e realizar uma colangiorressonância nuclear magnética.
- d) Internação em UTI, antibioticoterapia venosa, realização de CPRE de emergência para drenagem da via biliar e, se possível, extração do cálculo.
- e) Vitamina K, CT de abdômen e laparotomia com colecistectomia e derivação bílio-digestiva.
- 30.** O uso da sonda nasogástrica pode proporcionar benefícios, porém não é isento de complicações. Qual condição pode ser creditada à presença do cateter nasogástrico no pós-operatório de cirurgia abdominal? (*Jorge Filho, I. Cirurgia geral pré e pós operatório*).
- a) Aumento das complicações respiratórias como atelectasia e pneumonia.
- b) Redução do tempo de internação, para prevenção de complicações como íleo.
- c) Permite a introdução da alimentação oral mais precoce.
- d) Diminuição da gastroparesia e do íleo paralítico no pós-operatório.
- e) Aumento da gastroparesia e retardo no retorno do peristaltismo intestinal.
- 31.** São reconhecidos três tipos celulares principais do câncer hepático primário: Hepatoma (carcinoma hepatocelular), colangiocarcinoma (carcinoma colangiocelular) e uma forma mista (hepato-colangioma). O carcinoma hepatocelular (CHC) é o tumor maligno primário mais comum do fígado. Marque alternativa errada sobre o tema. (*Doherty, GM. Current. Diagnosis & Treatment Surgery*).
- a) A alfafetoproteína (AFP) é encontrada em altas concentrações no soro de muitos pacientes com hepatomas primários e tumores testiculares.
- b) O diagnóstico pode ser estabelecido por biópsia percutânea do núcleo ou de biópsia por aspiração, na maioria dos pacientes, caso o sítio da biópsia seja selecionado de

- acordo com o imageamento. O risco é baixo porque esses tumores são pouco vascularizados.
- c) O prognóstico é pior, quando os níveis de alfafetoproteína são altos.
- d) A AFP aumentada também pode ser observada, raramente, como um produto dos tumores em algum ponto no corpo, como pulmão, estômago, pâncreas e árvore biliar.
- e) A hemorragia intra-abdominal súbita pode ocorrer, a partir de sangramento espontâneo.

- 32.** Homem, 35 anos, etilista, procura o pronto-socorro com queixa de dor abdominal intensa, difusa, de início súbito, há 16 horas. Na anamnese relata automedicação frequente com Ibuprofeno e Nimesulide para tratar quadros de tendinites de repetição que vem apresentando há alguns meses. Ao exame físico, apresenta fácies de dor, o abdômen está tenso, com defesa, ruídos presentes e diminuído. Sinal de Jobert positivo. Qual o diagnóstico mais provável para o caso? (*Fahel, E; Savassi-Rocha, P R. Abdome agudo não traumático*).

- a) Apendicite aguda.
- b) Pancreatite aguda ou Agudização de pancreatite crônica.
- c) Abdome agudo vascular.
- d) Abdome agudo perfurativo.
- e) Colecistite aguda.

- 33.** Homem, 40 anos, foi atingido por um projétil de arma de fogo no abdome, durante um assalto. Foi levado ao serviço de Pronto-Socorro onde é submetido à tratamento operatório sendo evidenciadas 6 perfurações em intestino delgado. Não havia outras lesões. Realiza-se enterectomia de 60 cm na transição jejunoileal com êntero-êntero anastomose primária. Entre as alternativas abaixo, qual deve ser realizada para completar o procedimento operatório? (*Doherty, GM. Current. Diagnosis & Treatment Surgery*).

- a) Fixação do delgado para evitar torção de alça.
- b) Fechamento do mesentério do delgado.
- c) Diverticulização junto à anastomose.
- d) Ileostomia de proteção.
- e) Drenagem da anastomose.



34. Homem de 42 anos, com dor abdominal importante, portador de pancreatite crônica. A tomografia de abdome constata a dilatação do ducto pancreático. Devido à dor intratável clinicamente, está em programação cirúrgica. Qual é a melhor opção para operação? (*Doherty, GM. Current. Diagnosis & Treatment Surgery*).

- a) Pancreatectomia total.
- b) Gastroduodenopancreatectomia (cirurgia de Whipple).
- c) Gastroenteroanastomose e derivação biliodigestiva, sem ressecção pancreática.
- d) Pancreatojejunoanastomose longitudinal (cirurgia de Puestow).
- e) Pancreatectomia distal.

35. Paciente jovem com níveis de gama GT e fosfatase alcalina elevados, assim como as bilirrubinas totais e frações com predomínio da bilirrubina direta. A colangiografia revela múltiplas áreas de estenose e dilatação da via biliar intra e extrahepática. Marque a alternativa INCORRETA: (*Doherty, GM. Current. Diagnosis & Treatment Surgery*).

- a) A colangite esclerosante é uma doença que acomete predominantemente pacientes do sexo masculino e jovens.
- b) Na colangite esclerosante, mesmo pacientes assintomáticos podem estar com a doença em fase avançada.
- c) A tireoidite de Riedel, assim como pseudotumores de órbita podem estar relacionados com a colangite esclerosante.
- d) Uma minoria dos pacientes portadores de colangite esclerosante apresentam quadro de colangite aguda com hemoculturas positivas.
- e) Aproximadamente 90% dos pacientes são sintomáticos na ocasião do diagnóstico da colangite esclerosante.

36. A cicatrização é um processo biológico do corpo humano e realizada através do processo de regeneração celular, proliferação fibroblástica, produção e remodelação do colágeno. É fundamental para o restabelecimento da continuidade de uma ferida cirúrgica ou traumática. Com relação ao processo de cicatrização todas estão corretas EXCETO: (*Jorge Filho, I. Cirurgia geral pré e pós operatório*).

- a) A reepitelização ocorre na segunda fase da cicatrização, quando o colágeno tipo I é substituído pelo colágeno tipo III.
- b) Até aproximadamente a 24ª semana de vida intrauterina, o processo de cicatrização fetal raramente deixa cicatriz.
- c) São responsáveis pelo processo inflamatório na primeira etapa da cicatrização: Interleucina-1alfa, Interleucina-1beta, Interleucina-6 e fator de necrose tumoral-alfa.
- d) A última fase da cicatrização é a remodelação que pode durar até um ano após a lesão inicial.
- e) Em adultos com lesões graves, os folículos pilosos e as glândulas sudoríparas não têm potencial de regeneração.

37. Quanto ao íleo paralítico pós-operatório que ocorre com frequência após operações abdominais. Marque a alternativa **INCORRETA**. (*Jorge Filho, I. Cirurgia geral pré e pós operatório*).

- a) A duração da cirurgia é o principal fator determinante do íleo prolongado pós-operatório.
- b) A presença de evacuação não é necessária para considerarmos que o doente saiu do íleo.
- c) Hipocloremia, hipomagnesemia e hipocalemia são distúrbios eletrolíticos que predisõem ao íleo pósoperatório prolongado.
- d) A metoclopramida e a eritromicina podem ser utilizadas no tratamento do íleo prolongado pelo seu efeito pró-cinético.
- e) É uma obstrução intestinal funcional de tratamento não operatório.

38. Paciente encaminhado ao ambulatório de cirurgia com hipótese diagnóstica de uma síndrome pós-gastrectomia (antecedente cirúrgico de gastrectomia parcial com reconstrução, tipo Billrot II). Refere dor, intensa, predominantemente em andar superior do abdome que piora significativamente após as refeições. A dor apresenta melhora, após a ocorrência eventual de vômitos biliosos e em jato, não observa presença de restos alimentares. Traz alguns exames laboratoriais que mostram anemia discreta, eletrólitos, enzimas hepáticas e pancreáticas normais. Qual o diagnóstico mais provável? (*Jorge Filho, I. Cirurgia geral pré e pós operatório*).



- a) Dumping tardio.
- b) Síndrome da alça aferente.
- c) Fito-bezoar.
- d) Síndrome de Zollinger-Ellison.
- e) Gastrite alcalina de refluxo.

39. Depois dos tumores do pulmão e do cólon, o carcinoma de pâncreas é a terceira causa principal de morte por câncer em homens, entre 35 e 54 anos de idade. Qual o marcador tumoral mais relacionado ao câncer do pâncreas. (*Doherty, GM. Current. Diagnosis & Treatment Surgery*).

- a) Ca 125.
- b) Alfafetoproteína.
- c) Ca 19.9.
- d) Tireoglobulina 44.
- e) CEA.

40. As complicações pós-operatórias podem decorrer da doença primária, da operação ou de fatores não relacionados. A detecção precoce das complicações pós-operatórias requer uma avaliação repetida do paciente pelo cirurgião e outros membros da equipe. Assinale a alternativa INCORRETA: (*Doherty, GM. Current. Diagnosis & Treatment Surgery*).

- a) Seroma é uma coleção líquida na ferida não por pus ou sangue. Os seromas retardam a cicatrização e aumentam o risco de infecção da ferida.
- b) As infecções do trato urinário inferior são as mais comuns infecções hospitalares adquiridas. Contaminação preexistente do trato urinário, retenção urinária e instrumentação são os fatores principais que contribuem para isso. A cistite se manifesta por disúria e febre baixa e a pielonefrite por febre alta, pontos doloridos e sensíveis no flanco e, ocasionalmente íleo paralítico.
- c) A atelectasia é a complicação pulmonar mais comum, afeta 25% dos pacientes submetidos a operações abdominais e é responsável por mais de 90% dos episódios febris nas primeiras 48h após a operação.
- d) A deiscência da ferida é a ruptura parcial ou total de qualquer das camadas da ferida operatória ou de todas elas. Os fatores locais mais importantes predispondo à deiscência da ferida são um fechamento inadequado, tipo de incisão, uma pressão intra-abdominal aumentada e uma cicatrização deficiente da ferida.

- e) A dilatação gástrica é uma complicação rara, com risco de vida para o indivíduo. O estômago distendido empurra o diafragma para cima, o que causa o colapso do lobo inferior do pulmão esquerdo, rotação do coração e obstrução da veia cava inferior.

ESPECÍFICA

41. Sobre a alimentação pós-operatória precoce após cirurgia colorretal eletiva:

- a) Obtém sucesso em apenas 25% dos pacientes.
- b) Pode prosseguir com segurança somente após os ruídos intestinais serem audíveis.
- c) Só é possível, se uma dieta elementar for fornecida.
- d) Tem sido associada a uma incidência inaceitável de vazamento anastomóticos.
- e) Aumenta a integridade da mucosa intestinal.

42. Em relação à diverticulite:

- a) A ressecção deve ser realizada proximal ao intestino comprometido e estendida até o reto superior.
- b) A gravidade da crise de diverticulite esta diretamente relacionada com a idade do paciente.
- c) Evitar sementes e nozes irá reduzir o risco de diverticulite aguda.
- d) Um episódio agudo que requer hospitalização em um paciente de 40 anos indica a necessidade de ressecção cirúrgica.
- e) Na presença de peritonite purulenta ou fecal é imperativo a realização da operação de Hartmann.

43. Sobre a polipose adenomatosa familiar:

- a) A principal causa de morte são complicações de manifestações extracolônicas.
- b) Aproximadamente 80% dos indivíduos diagnosticados com polipose adenomatosa familiar tem um história familiar positiva.
- c) Os pólipos gástricos e duodenais tendem a ser adenomatosos e devem ser removidos.
- d) A cirurgia profilática reduz o risco de complicações, porém não diminui a incidência de câncer intestinal.
- e) As crianças em risco devem começar a triagem por volta dos 20 anos.



44. Os "coxins hemorroidários" que revestem o canal anal são:

- a) Varicosidades da veia hemorroidária média.
- b) Vasos submucosos suportados por músculo liso e tecido elástico.
- c) Malformações arteriovenosas sob o anoderma.
- d) Prolapso da mucosa retal redundante.
- e) Tecido hemorroidário externo.

45. A recorrência pélvica após a excisão local de carcinoma retal está mais frequentemente relacionada a:

- a) Tumor ulcerativo.
- b) Células mal diferenciadas dentro do tumor.
- c) Implantação de células tumorais do tumor.
- d) Metástase de linfonodo pré-existente.
- e) Invasão linfática e vascular.

46. Em relação ao uso de seton na doença de Crohn anal, qual dos seguintes é **VERDADEIRO**:

- a) É mal tolerado pelo paciente.
- b) Impede que outras terapias de maior sucesso sejam empregadas.
- c) Resulta na recorrência das manifestações da fístula, quando o seton é removido.
- d) Provoca inflamação acentuada na região perianal e pode levar à proctectomia.
- e) É frequentemente utilizada como preparatório para terapia biológica.

47. Qual é o fator mais importante na prevenção primária de carcinoma colorretal?

- a) Diminuição da gordura dietética.
- b) Diminuição do tabagismo.
- c) Aumento da atividade física.
- d) Polipectomia endoscópica.
- e) Teste genético.

48. Os seguintes tipos de células histológicas são identificados, na zona de transição anorretal, **EXCETO**,

- a) Células colunares.
- b) Melanócitos.
- c) Células transicionais.
- d) Células escamosas.
- e) Células endócrinas.

49. A dosagem sérica do antígeno carcinoembrionário é recomendado para:

- a) Diagnóstico de metástases hepáticas de câncer colorretal.
- b) Rastreamento de câncer colorretal em grandes grupos populacionais.
- c) Seguimento pós-operatório de câncer colorretal.
- d) Diagnóstico de câncer colorretal hereditário.
- e) Diagnóstico diferencial entre câncer de ovário e câncer colorretal.

50. Assinale, dentre as condições abaixo, a **MENOS** indicada para tratamento cirúrgico, por vídeolaparoscopia:

- a) Megacólon chagásico.
- b) Ileíte terminal (Crohn) complicada por estenose.
- c) Adenoma viloso do ceco.
- d) Diverticulite aguda do sigmóide estágio 4 de Hinchey.
- e) Procidência do reto.