



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – **TIPO 06**

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **CIRURGIA VASCULAR**

DATA: 16/01/2022 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - a) Este caderno (**TIPO 06**) 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 06) 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 - CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
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



N ° DE INSCRIÇÃO					



CIRURGIA GERAL 1

- 01.** Paciente vítima de acidente com TCE (trauma crânio-encefálico), apresenta abertura ocular ao estímulo doloroso, flexão hipertônica à dor e resposta verbal com sons incompreensíveis. Marque a alternativa **CORRETA**, segundo a classificação de Glasgow:
- Glasgow 4.
 - Glasgow 5.
 - Glasgow 6.
 - Glasgow 7.
 - Glasgow 8.
- 02.** Na assistência ao politraumatizado, quando há necessidade de acesso às vias aéreas para manutenção destas, o procedimento realizado com maior frequência é:
- respiração boca-a-boca.
 - traqueostomia.
 - cricotireoideostomia.
 - intubação nasotraqueal.
 - intubação orotraqueal.
- 03.** A respeito do trauma torácico denominado tórax instável com respiração paradoxal, podemos afirmar:
- Há aumento da pressão intratorácica com posterior choque cardiogênico compressivo.
 - Trata-se da lesão do esterno e do mediastino com hipertensão deste compartimento.
 - Ocorre múltiplas fraturas de costelas com movimento assimétrico da caixa torácica.
 - Ocorre derrame pleural bilateral volumoso com redução da área pulmonar e compressão do mediastino.
 - Observa-se quando ocorre fratura de um arco costal e perfuração da pleura e parênquima pulmonar.
- 04.** Em qual dos sítios primários abaixo, uma neoplasia com metástase hepática tem melhor prognóstico em uma ressecção do foco metastático?
- Esôfago.
 - Estômago.
 - Hepato-duodenal.
 - Pâncreas.
 - Cólon.
- 05.** Com relação aos fenômenos tromboembólicos, assinale a alternativa que corresponde às características da tríade de Virchow.
- Lesão endotelial, coagulação intravascular disseminada e plaquetopenia.
 - Estase vascular, trombocitopenia e choque hipovolêmico.
 - Lesão vascular, fibrinólise e estase vascular.
 - Lesão da camada íntima da parede dos vasos, estase sanguínea e alterações no sistema de coagulação.
 - Lesão vascular endotelial, alargamento do RNI (razão normalizada internacional) e vasoespasmo.
- 06.** Sobre os marcadores tumorais, podemos afirmar, **EXCETO**,
- o CA19-9 pode estar elevado na icterícia, cirrose, pancreatite, doença inflamatória intestinal e doença auto-imune;
 - o CEA (antígeno carcinoembrionário) pode estar elevado nos tumores de mama, ovário, testículo, estômago e pâncreas;
 - o CEA (antígeno carcinoembrionário) pode estar elevado na colangite, cirrose crônica por etilismo, enfisema, úlcera gástrica e tabagismo;
 - o CA19-9 é um importante marcador para as neoplasias de vias biliares e pâncreas sendo um dos primeiros a elevar na recidiva, após tratamento cirúrgico destas doenças;
 - o CEA (antígeno carcinoembrionário) é o principal marcador de neoplasias hepáticas primárias.



- 07.** Abaixo são citados dois fatores que aumentam o risco de infecção operatória, sendo um fator ligado ao paciente e o outro fator peri-operatório, respectivamente. Assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) Diabetes Melitus e antibiótico-profilaxia inadequada.
 - b) Leucopenia e quebra na técnica operatória.
 - c) Tabagismo e cuidados inadequados com a ferida no pós-operatório.
 - d) Desnutrição e contaminação do instrumental cirúrgico.
 - e) Hipoxemia e tricotomia prévia.
- 08.** A respeito da Classificação internacional de ASA (Sociedade Americana de Anestesiologia) está correto afirmar, **EXCETO**,
- a) ASA 2: paciente com doença sistêmica leve, compensada.
 - b) ASA 3: paciente com doença sistêmica grave, não incapacitante.
 - c) ASA 4: paciente doença sistêmica grave, incapacitante, com ameaça constante à vida.
 - d) ASA 5: paciente moribundo, com morte cerebral. Doador de órgãos.
 - e) ASA E: paciente submetido a cirurgia de emergência.
- 09.** Marque a alternativa com associação correta.
- A) Erisipela
 - B) Celulite
 - C) Fleimão
 - D) Abscesso
- I) Bordos planos e mal definidos. Agente etiológico mais frequente: estreptococcus do grupo A.
II) Principal agente etiológico é o Staphylococcus aureus. Há membrana piogênica.
III) Necrose do tecido conjuntivo. Não há membrana piogênica. Estado geral do paciente geralmente comprometido.
IV) Mancha avermelhada, quente, dolorosa, bordas elevadas e bem definidas.
- a) A-IV; B-III; C-I; D-II.
 - b) A-IV; B-I; C-III; D-II.
 - c) A-I; B-II; C-III; D-IV.
 - d) A-I; B-II; C-IV; D-III.
 - e) A-I; B-III; C-I; D-IV.
- 10.** A associação entre procedimentos de diérese e instrumento cirúrgico mais correta é:
- a) Punção-agulha; dilatação-velas; incisão-tentacânula.
 - b) Serração-serra; punção-trocarte; divulsão-bisturi.
 - c) Incisão-LASER; dilatação-tesoura; secção-bisturi.
 - d) Dilatação-sondas; divulsão-pinça; punção-trocarte.
 - e) Secção-tesoura; incisão-bisturi ultrassônico; cauterização-bisturi elétrico.
- 11.** Um médico na sala de cirurgia ambulatorial faz o planejamento de um procedimento de pequeno porte. Trata-se de um paciente do sexo masculino, com 30 anos, sem comorbidades ou alergia a medicamentos. Conclui que pode utilizar no máximo 400mg de lidocaína e precisa diluir a lidocaína 2% em 20ml disponível, até uma concentração de 0,5% para obter anestésico suficiente para o procedimento, sem ultrapassar a dose máxima segura. Assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) Preenchendo uma seringa de 20ml com lidocaína 2% e diluente na proporção de 1 para 1, podendo obter até 2 seringas a 0,5% do anestésico para o procedimento.
 - b) Preenchendo uma seringa de 20ml com lidocaína 2% e diluente na proporção de 1 para 2, podendo obter até 3 seringas a 0,5% do anestésico para o procedimento.



- c) Preenchendo uma seringa de 20ml com lidocaína 2% e diluente na proporção de 1 para 3, podendo obter até 4 seringas a 0,5% do anestésico para o procedimento.
- d) A diluição da mesma quantidade de soluto de lidocaína com concentração inicial de 2% para uma a 0,5% não tem vantagem quanto à diminuição da sua toxicidade.
- e) O uso de lidocaína com vasoconstritor não interfere na dose tóxica do anestésico local.
- 12.** Paciente com 65 anos, refere abaulamento em região inguinal esquerda, aos esforços. Fez ultrassonografia de partes moles com diagnóstico: hérnia inguinal esquerda. Durante o ato cirúrgico observou-se: o anel inguinal profundo com menos de 1cm de diâmetro, contendo ligamento uterino; falha no anel femoral de 2 a 3 cm com respectivo saco herniário. Qual a melhor conduta?
- a) Fazer tratamento conservador com uso de funda.
- b) Cirurgia com uso de tela fixada caudalmente ao ligamento inguinal.
- c) Redução da hérnia sem uso de prótese à Bassini.
- d) Correção cirúrgica à Shouldice.
- e) Uso de técnica com a margem caudal de fixação no ligamento pectíneo
- 13.** Em relação à anatomia do ânus e canal está **CORRETO** afirmar:
- a) O esfíncter interno do canal anal é formado pela camada interna do músculo liso que circunda o canal anal.
- b) O diafragma pélvico que forma o assoalho pélvico é formado essencialmente por musculatura lisa.
- c) A formação do esfíncter externo do canal anal é de músculo liso.
- d) O anel anorretal é formado somente pelo músculo puborretal.
- e) As artérias retais superiores, média e inferior, são ramos da artéria pudenda interna.
- 14.** Sobre o divertículo de Meckel podemos afirmar que:
- a) A cintilografia com pertecnetato sódico de Tc é o método com maior acurácia diagnóstica na criança.
- b) Em caso de cirurgia a única técnica que deve ser utilizada é a diverticulectomia.
- c) Origina-se da borda antimesentérica do cólon.
- d) A perfuração diverticular com peritonite é a complicação mais frequente e mais temida.
- e) A ocorrência do encarceramento de um divertículo em uma hérnia inguinal é a chamada hérnia de Richter
- 15.** São indicações de colonoscopia, **EXCETO**:
- a) sangramento retal inexplicado.
- b) alteração do hábito intestinal.
- c) retirada de corpo estranho.
- d) colite fulminante e paciente hipotenso.
- e) doença inflamatória intestinal.
- 16.** Sobre a cirurgia de Puestow é **CORRETO** afirmar:
- a) Consiste na ressecção da cauda do pâncreas com anastomose término-terminal em Y de Roux feita na área da ressecção.
- b) Duodenopancreatectomia com preservação pilórica.
- c) Indicada no tratamento de cistos pancreáticos com mais de 6cm localizados na cabeça do pâncreas.
- d) Envolve a secção longitudinal do ducto pancreático com anastomose látero-lateral com em T de Roux com uma alça jejunal.
- e) É o procedimento com a marsupialização de um ou mais pseudo-cistos pancreáticos com a parede gástrica posterior



17. Marque a alternativa **INCORRETA** em relação às hérnias femorais:
- a) É o tipo III B na classificação de Nyhus.
 - b) Quando surge o saco herniário, fica lateral em relação aos vasos femorais.
 - c) O canal femoral tem como limite posterior o ligamento pectíneo.
 - d) O ligamento inguinal é o assoalho do canal femoral e a aponeurose do músculo oblíquo externo é o teto.
 - e) O trato ileopúbico é o limite póstero-lateral do canal femoral.
18. Paciente com adenocarcinoma gástrico fez estadiamento com ultrassonografia endoscópica, mostrando invasão da muscular própria com subserosa íntegra e três linfonodos regionais envolvidos, tomografia computadorizada do abdômen sem nenhuma metástase a distância. Assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) Pode ser definido como câncer gástrico precoce.
 - b) Trata-se de um T1b N1 M0 na classificação de TNM, Estágio III.
 - c) Pela classificação TNM é um T2a N1 M0, Estágio II.
 - d) Pelo TNM é um T1a N2 M0, Estádio I.
 - e) T3 N2 M0 no TNM com Estádio III.
19. Sobre os fios cirúrgicos é correto afirmar, **EXCETO**,
- a) o fio de seda tem bastante maleabilidade e grande capacidade de reter o nó.
 - b) o polidioxanona (PDS) é um fio absorvível com resistência inicial maior que o náilon e polipropileno.
 - c) o fio de polipropileno por ter pouca memória é de fácil manuseio e com grande capacidade de reter o nó.
 - d) a poligalactina 910, nome comercial Vicryl, é absorvido por hidrólise não enzimático.
 - e) o fio de Náilon de origem sintética, podendo ser monofilamentar ou multifilamentar trançado.
20. A respeito dos acessos venosos centrais é **CORRETO** afirmar:
- a) A lesão pleural ocorre mais frequentemente nas punções para acesso à veia subclávia do que às da veia jugular interna.
 - b) A veia de escolha na dissecação venosa para um acesso central é a veia braquial direita devido à facilidade de acesso.
 - c) A punção da veia femoral, entre os acesso venosos centrais, tem menor incidência de complicações como por exemplo a infecção do sítio.
 - d) Em caso de forte suspeita de infecção do cateter central, este deve ser removido e enviado para cultura da ponta.
 - e) A veia jugular interna apresenta posição medial no pescoço e a artéria carótida comum situa-se lateralmente.

CIRURGIA GERAL 2

21. Existem herniações consideradas raras através da na parede abdominal. Entre essas podemos encontrar hérnias ventrais e dorsais, além de hérnias de conteúdo especiais. Quando falamos em “Hérnia de Spigel” no referimos a: (*Doherty, GM. Current. Diagnosis&TreatmentSurgery*).
- a) Hérnia dorsal localizada no trígono lombar superior.
 - b) Hérnia que contém um divertículo de Meckel no saco herniário.
 - c) Hérnia em que apenas parte da circunferência do intestino é encarcerada ou estrangulada.
 - d) Hérnia ventral adquirida através da linha semilunar.
 - e) Hérnia dorsal localizada no trígono lombar inferior.



- 22.** Um paciente portador de hérnia inguinal indireta com anel inguinal aumentado, mas assoalho inguinal normal, foi submetido a tratamento cirúrgico, pela técnica de Bassini. Quanto à classificação e à técnica, podemos afirmar: (*Doherty, GM. Current. Diagnosis&TreatmentSurgery*).
- Nyhus I A, uso de tela para promover reparo sem tensão.
 - Nyhus I B, ligadura alta do saco herniário e retesamento do anel interno.
 - NyhusII, colocação do oblíquo externo sob o cordão.
 - NyhusI, tendão da foíce inguinal aproximado ao ligamento de Poupart.
 - NyhusI, tendão da foíce inguinal aproximado ao ligamento de Cooper.
- 23.** Hérnia é um defeito congênito ou adquirido da parede abdominal, circunscrito aos planos musculares e aponeuróticos. Localizando-se em diversos pontos do abdome, as hérnias podem ser inguinais, femorais, umbilicais, epigástricas, lombares, paramedianas, obturadoras e perineais. Sobre as hérnias está incorreto: (*Melo, RM; Abdalla, RZ. Hérnias da parede abdominal*).
- A incidência das hérnias inguinais varia em torno de 60 a 80% do total de todas as hernias, sendo a segunda causa de casos de abdome agudo obstrutivo.
 - As hérnias encarceradas requerem indicação cirúrgica premente, pois a constrição contínua do conteúdo pode rapidamente levar ao estrangulamento, à obstrução intestinal e à morte.
 - O colo largo das hérnias inguinais diretas faz com que frequentemente sofram encarceramento. E essas hérnias são passíveis de estrangular.
 - As hérnias inguinais diretas podem conter a bexiga no seu interior.
 - As hérnias umbilicais podem ser congênicas ou adquiridas. Não se resolvem espontaneamente no adulto, podendo apresentar encarceramento, daí a importância do seu diagnóstico precoce e reparo.
- 24.** A hérnia é uma das afecções cirúrgicas mais comuns a todos os países em todos os tempos. Não é apenas um problema médico. Tem implicações trabalhistas, sociais e econômicas. A cirurgia da hérnia não é fácil e exige considerável capacidade de julgamento. Sem dúvidas, causas técnicas podem implicar na recidiva da hérnia. Quanto ao tratamento cirúrgico das hérnias inguinais, podemos afirmar: (*Melo, RM; Abdalla, RZ. Hérnias da parede abdominal*).
- A ideia de utilizar algum reforço na parede posterior além das próprias estruturas anatômicas da região inguinal é recente e foi possibilitada pelo desenvolvimento tecnológico de materiais de alta resistência e bem tolerados pelo organismo como o polipropileno.
 - A técnica de Lichtenstein introduziu o conceito do reparo com tela para tratamento de hérnias inguinais recidivadas. Nesse reparo, além de suturar estruturas, todo o canal é permanentemente reforçado por uma tela de polipropileno.
 - A técnica de Shouldice integra o conjunto de procedimentos conhecido por reparos teciduais, anatômicos em que se utiliza uma prótese para restaurar a estrutura anatômica do canal inguinal em um reparo sem tensão, passível de ser realizado sob anestesia local, em regime ambulatorial.
 - A técnica totalmente extraperitoneal para reparo laparoscópicosurgiu como uma alternativa atraente, por não violar a cavidade peritoneal, evitando-se possíveis lesões de órgãos intracavitários e formação de aderências, porém com necessidade de fixação da tela em um maior número de pontos e conseqüente maior dor pós-operatória, tornou-se menos difundida e aceita.
 - Devido à popularidade cada vez maior da cirurgia minimamente invasiva, em todo o mundo e ao desconforto associado ao reparo anterior (tradicional) da hérnia inguinal, o sucesso da sua correção por via laparoscópica (TAPP), já foi relatado por diversos autores.



25. Com relação à anatomia cirurgia da região inguino-femoral, está **INCORRETO**: (Melo, RM; Abdalla, RZ. *Hérnias da parede abdominal*).
- a) Ligamento de Poupart (inguinal), músculo reto abdominal, músculo oblíquo interno e transversos do abdome. São os limites anatômicos do Triângulo de Hessert.
 - b) O nervo ilioinguinal cursa sobre o funículo espermático e emerge através do anel inguinal superficial. Inerva a base do pênis, porção superior do escroto e parte adjacente da coxa.
 - c) Os vasos epigástricos inferiores limitam lateralmente o anel inguinal profundo e servem de referência para distinguir as hérnias inguinais diretas e indiretas.
 - d) O músculo transversos do abdômen, o mais interno dos três músculos laminares, apresenta fibras que se dirigem transversalmente e continuam como lamina aponeurótica, cujas fibras contribuem para a formação da bainha do músculo reto do abdome.
 - e) O defeito anatômico fundamental a ser abordado nas hérnias inguino-femorais localiza-se no chamado “orifício miopectíneo de Fruchaud” que incorpora todas as áreas de fraqueza da virilha (inguinais e femorais).
26. A cavidade peritoneal é revestida pelo peritônio parietal. Este revestimento é chamado peritônio visceral, onde ele se reflete por sobre os órgãos abdominais contidos. Sua relação com as estruturas intraperitoneais define compartimentos discretos dentro dos quais os abscessos podem formar-se. Está correto: (Doherty, GM. *Current. Diagnosis&TreatmentSurgery*).
- a) A cavidade peritoneal, normalmente, é estéril. Pequenas quantidades de bactéria não podem ser eliminadas de forma eficiente, estabelecendo-se a peritonite.
 - b) O Omento é uma dobra de peritônio e tecido adiposo, dupla, móvel, maleável e pouco vascularizada, que participa ativamente no controle da inflamação e infecção peritoneais.
 - c) O abscesso intraperitoneal é uma coleção de líquido infectado dentro da cavidade abdominal, que só se forma como consequência de uma contaminação externa.
 - d) O imageamento do abdome por TC é altamente sensível e específico, porém as sombras por gás e as feridas expostas interferem com o imageamento por TC, nos pacientes no período do pós-operatório.
 - e) O tempo de exame, a inacessibilidade do paciente durante a aquisição da imagem e a movimentação respiratória superior limitaram a utilidade da Ressonância Magnética (RM) na pesquisa de abscessos abdominais superiores.
27. Com relação aos tumores malignos da glândula tireóide, qual alternativa é **FALSA**? (Doherty, GM. *Current. Diagnosis&TreatmentSurgery*).
- a) O adenocarcinoma papilar responde por 85% dos cânceres da glândula tireoide e geralmente aparece no início da vida adulta e se apresenta como um nódulo solitário.
 - b) Os cânceres foliculares da tireóide frequentemente metastatizam para os linfonodos regionais, e apresentam alguma tendência de se disseminar pela via hematogênica para os pulmões, esqueleto e fígado.
 - c) As metástases do adenocarcinoma folicular frequentemente demonstram uma avidéz por iodo radioativo, após a tireoidectomia total.
 - d) O carcinoma das células de Hürthle é uma variante do carcinoma folicular.
 - e) O carcinoma medular está associado a uma incidência tão elevada de comprometimento ganglionar que deve ser feito um esvaziamento dos gânglios centrais bilaterais do pescoço em todos os pacientes, para tumores primários maiores de 1,5cm de diâmetro.



28. A cicatrização é um processo biológico universal do corpo humano e realizada através do processo de regeneração celular, lise de colágeno, proliferação fibroblástica, produção e remodelação do colágeno. Sobre a cicatrização seus distúrbios e a retirada de pontos; assinale a alternativa **INCORRETA**. (*Jorge Filho, I. Cirurgia geral pré e pós operatório*).
- a) Os termos regeneração e reparação de uma ferida referem-se ao processo de cicatrização. A reparação envolve um processo complexo que resulta na substituição do tecido por lesado por colágeno e o órgão perde parte de sua funcionalidade, pois o colágeno não apresenta as propriedades do tecido em questão.
 - b) A base de sustentação e a resistência mecânica da maioria dos tecidos são dependentes da presença do colágeno, sendo este de fundamental importância para o processo de reparação das feridas.
 - c) O colágeno normalmente depositado nos tecidos é posteriormente retirado através de um processo de lisecolagênica. A concentração do colágeno tecidual é mantida pelo equilíbrio existente entre síntese e lise do colágeno. Na fase inicial da cicatrização a lise do colágeno ultrapassa o processo de síntese.
 - d) A cicatrização de uma ferida é basicamente similar em qualquer tecido. Didaticamente podem ser agrupadas em inflamatória, proliferativa e de remodelação. A cicatrização como um processo biológico não tem as fases mencionadas bem delimitadas; na realidade elas ocorrem concomitantemente.
 - e) A integridade da união das bordas de uma ferida cirúrgica, no pós-operatório imediato, é mantida quase que exclusivamente pelo fio cirúrgico. Porém, no sétimo dia de pós-operatório, a cicatriz apresenta resistência mecânica, mesmo na presença de infecção cirúrgica, quando a infecção é interrompida durante o ato cirúrgico.
29. Homem de 58 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. O paciente persiste com taquicardia, hipotensão e nível de consciência alterado: (*Doherty, GM. Current. Diagnosis&TreatmentSurgery*).
- a) Está caracterizado um quadro de coleciste enfisematosa e necessita de operação imediata.
 - b) O paciente apresenta a clássica tríade de Charcot, portanto trata-se de Colangite Esclerosante.
 - c) Devemos pensar em colangite supurativa grave. O ducto biliar deve ser prontamente descomprimido. A colangiografia é perigosa durante a colangite ativa.
 - d) Pêntade de Reynolds, compatível com o diagnóstico de Colangite Pirogênica Recorrente.
 - e) Conduta: Vitamina K, CT de abdômen e laparotomia com colecistectomia e derivação bílio-digestiva.
30. A cirurgia laparoscópica atualmente tem sido adotada para inúmeros procedimentos que eram classicamente feitos por laparotomia. Está **INCORRETO**: (*Jorge Filho, I. Cirurgia geral pré e pós operatório*).
- a) O paciente que irá se submeter a uma operação laparoscópica deve receber os mesmos cuidados pré-operatórios dispensados à cirurgia convencional, mesmo porque a possibilidade de conversão do método deve ser considerada.
 - b) A cirurgia laparoscópica está associada à criação de um pneumoperitônio, com certas implicações orgânicas. O aumento da pressão intra-abdominal interfere na mecânica respiratória e dificulta o retorno venosodos mmii. A absorção excessiva de CO2 pela circulação sanguínea pode acarretar hipercarbia com consequente alcalose respiratória.
 - c) A existência de cirurgias abdominais prévias não é obstáculo para cirurgia laparoscópica.
 - d) O paciente deve ser monitorizado durante todo o procedimento, principalmente no que diz respeito à pressão parcial de CO2 e O2, para detecção precoce de possíveis alterações na concentração desses gases. Durante o procedimento deve-se evitar que a pressão intraperitoneal exceda a 15mmHg.
 - e) O pós-operatório da cirurgia laparoscópica demonstra suas vantagens, pouco doloroso e o paciente consegue respirar e se movimentar sem restrições. Alguns pacientes apresentam dor no ombro e vômitos, geralmente por irritação frênica.



31. As indicações para ressecção hepática incluem os tumores malignos, tumores benignos, rupturas traumáticas, cistos e abscessos. Marque alternativa **INCORRETA** sobre o tema. (Doherty, GM. Current. Diagnosis&TreatmentSurgery).
- a) A remoção de até 80-85% do fígado normal é compatível com a sobrevivência.
 - b) A cirrose é uma contraindicação relativa para a hepatectomia parcial, por que a reserva limitada do fígado cirrótico residual, em geral, é insuficiente para satisfazer as demandas metabólicas essenciais e o fígado cirrótico possui pouca capacidade para regeneração.
 - c) Dentro de 24 horas depois de hepatectomia parcial, a replicação celular torna-se ativa e continua até que o peso original do órgão seja restaurado.
 - d) A função hepática pode ficar diminuída por várias semanas, depois de uma ressecção extensa, mas a extraordinária capacidade de regeneração do fígado fornece rapidamente novos hepatócitos funcionantes.
 - e) Como a ressecção hepática parcial é acompanhada por uma incidência relativamente alta de úlceras de estresse, a vagotomia troncular deve ser realizada de forma rotineira como um tempo cirúrgico da hepatectomia.
32. O curativo ideal ainda não existe; contudo há critérios que devem ser observados visando a esse objetivo. Sobre curativos é **VERDADEIRA**: (Fonseca P F; Savassi-Rocha, P R. Cirurgia Ambulatorial).
- a) São critérios para um curativo ideal: Manter a ferida limpa, remover o excesso de exsudação, impedir a troca gasosa, fornecer isolamento térmico e permitir sua remoção sem causar trauma na ferida.
 - b) O peróxido de hidrogênio a 3% (10 volumes) tem um efeito oxidante que destrói as bactérias anaeróbias. O efeito oxidante também é benéfico na remoção dos tecidos mortos das feridas. Seu efeito é aumentado principalmente quando entra em contato com matérias orgânicas como pus.
 - c) A clorexidina amplamente utilizada em uma série de fórmulas aquosas, e é eficaz contra microrganismos gram-positivos e gram-negativos, além de possuir baixa toxicidade celular.
 - d) O iodo é um antisséptico de amplo espectro. Utilizado normalmente como iodo povidina 10% (PVP-I 10%) que contém 10% de iodo livre. A desvantagem da PVP-I é que essa solução retarda a cicatrização e é citotóxica para os fibroblastos.
 - e) Vários antibióticos estão disponíveis na forma de aplicação tópica. Eles são potencialmente perigosos e nem sempre são absorvidos pela ferida. Quando se trata de feridas infectadas, os antibióticos tópicos são o medicamento de escolha.
33. Homem, 43 anos, com história de disfagia, pirose, regurgitação e perda de peso. O esôfago é um tubo muscular que se estende da faringe ao estômago. Sua principal função é levar o bolo alimentar da boca ao estômago. Manifestações clínicas das doenças esofágicas costumam ser variadas. A disfagia consiste num sintoma extremamente específico e nunca deve ser menosprezado. Assinale a alternativa **CORRETA**. (Doherty, GM. Current. Diagnosis&TreatmentSurgery).
- a) A acalasia do esôfago é um distúrbio neuromuscular em que acontecem dilatação esofágica e hipertrofia, com estenose orgânica distal. A peristaltese primária está ausente e o esfíncter inferior falha em relaxar, em resposta a deglutição.
 - b) A disfunção esofágica é comum nos pacientes com esclerodermia. Os sintomas iniciais são, em geral, aqueles do refluxo. Também pode ocorrer disfagia. A principal anormalidade é a atrofia e fibrose da musculatura esofágica, resultando em função progressivamente enfraquecida. As alterações afetam a porção da musculatura estriada e são mais acentuadas no esfíncter faringo-esofágico.
 - c) A disfagia pode ser uma queixa proeminente, na esofagite por refluxo, e resulta do edema inflamatório (formação de estenose) na parte inferior do esôfago. A disfagia indica um estágio mais avançado da doença e maior probabilidade de complicações.
 - d) O esôfago de Barret é o resultado de uma metaplasia adquirida que substitui o epitélio escamoso normal do esôfago distal. Pacientes com esôfago de Barret apresentam um risco duas vezes maior de desenvolver câncer. A operação anti-refluxo é comumente indicada por promover a regressão do epitélio anormal.
 - e) A anemia é um achado comum no câncer de esôfago, que apresenta sangramento de maneira maciça com frequência. As complicações mais comuns resultam da invasão de estruturas mediastinais, como traqueia, brônquio-fonte e pericárdio. A hemorragia fatal, obstrução traqueal e disritmias cardíacas podem sobrevir.



34. Homem de 40 anos, com dor abdominal importante em quadrante inferior direito, gerando desconforto ao se mover, caminhar ou tossir. O exame mostrou dor localizada à palpação com discreta defesa muscular. A tomografia de abdome constata um apêndice aumentado de volume. Foi indicado abordagem cirúrgica. Qual é a melhor conduta? (*Doherty, GM. Current. Diagnosis&TreatmentSurgery*).
- a) A abordagem aberta é desejável porque o diagnóstico pré-operatório ainda é incerto. E caso se demonstre que o apêndice não está inflamado, não será efetuada uma apendicectomia.
 - b) A prática de cultivar com líquido abdominal é importante, quando o apêndice perfurou. Os organismos obtidos, vão orientar um regime de antibióticos mais agressivo, o que evita complicações.
 - c) A operação deve ser realizada por meios laparoscópicos. Os estudos clínicos comparando os métodos (aberto x laparoscópicos) demonstram ampla vantagem da via laparoscópica, com pacientes retornando ao trabalho de forma precoce.
 - d) Os tumores carcinóides do apêndice, geralmente são benignos, mas o tumor raro que tem mais de 2cm de diâmetro pode exibir comportamento maligno. A apendicectomia isolada é o tratamento adequado, a menos que os linfonodos estejam visivelmente afetados, o tumor tenha mais de 2 cm, os elementos mucinosos estejam presentes no tumor ou o mesoapêndice ou a base do ceco estejam afetados.
 - e) O adenocarcinoma do tipo colônico pode originar-se no apêndice e espalhar-se com rapidez para os linfonodos regionais, ou implantar-se nos ovários, ou em outras superfícies peritoneais. O adenocarcinoma quase sempre é diagnosticado no período pré-operatório, raramente apresenta-se como apendicite aguda e não formam abscessos apendiculares.
35. Paciente sexo masculino, 30 anos, apresenta icterícia e prurido, com níveis de bilirrubinas elevados. Acolangiografiarevela múltiplas áreas de estenose e dilatação da via biliar intra e extrahepática. Marque a alternativa **INCORRETA**. (*Doherty, GM. Current. Diagnosis&TreatmentSurgery*).
- a) Na maioria dos casos de colangite esclerosante, toda a árvore biliar é afetada pelo processo inflamatório, o que provoca a obliteração parcial irregular da luz dos ductos.
 - b) A doença de Caroli é uma doença cística congênita, consiste na dilatação intra-hepática sacular dos ductos. Não existe solução cirúrgica definitiva para o problema, exceto em casos raros com o desenvolvimento isolado de um lobo hepático, onde a lobectomia é curativa.
 - c) Paciente com colite ulcerativa e colangite esclerosante parecem estar em maior risco para displasia da mucosa colônica e o câncer de cólon que aqueles com colite ulcerativa não associada à colangite esclerosante.
 - d) Uma minoria dos pacientes portadores de colangite esclerosante apresentam sintomas de colangite bacteriana (p. ex. febre e calafrios).
 - e) A história natural da colangite esclerosante é a de cronicidade e gravidade imprevisível. Muitos pacientes experimentam a evolução gradual da cirrose biliar secundária. O transplante de fígado está indicado, quando a doença se torna avançada.
36. A data 16 de outubro de 1846 é considerada como o marco inicial da era da anestesia, quando foi realizada a primeira intervenção cirúrgica com o controle da dor. Desde os primórdios, os médicos aprenderam que os anestésicos gerais não deprimem apenas o sistema nervoso central para produzir o efeito desejado, mas também outras funções vitais. De acordo com os princípios da anestesiologia para o cirurgião, está **CORRETA**: (*Jorge Filho, I. Cirurgia geral pré e pós-operatório*).
- a) Os agentes inalatórios, desde o éter etílico até os modernos halogenados, sempre foram analgésicos por excelência: abolem a dor cirúrgica em doses relativamente baixas. Continuam sendo usados com outra finalidade, ao lado dos narcóticos (morfina e derivados).
 - b) A visita pré-anestésica é responsabilidade intrasferível do anesthesiologista. Deve ser conferida atenção especial aos medicamentos de uso pré-operatório. Muitos pacientes tomam uma ou mais drogas regularmente. Muitas delas possuem interações com anestésico e drogas coadjuvantes. Cabe ao cirurgião interromper de modo abrupto às vésperas da cirurgia todos os medicamentos que o paciente vem usando.
 - c) Drogas inibidores da Monoaminoxidase (IMAO), bem como os Antidepressivos Tricíclicos, devem ter sua interrupção programada com cerca de duas semanas de antecedência em relação à cirurgia.



- d) Os efeitos cardiovasculares do Propofol são similares ao do Tiopental em indivíduos hígidos, em cardiopatas, provoca maiores reduções da pressão arterial e do índice cardíaco. Deve, portanto, ser evitado ou usado com muito cuidado em pacientes com baixa reserva cardíaca ou com hipovolemia.
- e) Sabe-se que todos os agentes anestésicos inalatórios deprimem a resposta ventilatória à hipercapnia e à hipóxia. O halotano e o enflurano estão entre os que menos deprimem essa resposta, sendo, portanto, os mais seguros para uma anestesia de longa duração.
- 37.** No pós-operatório a incidência da obstrução intestinal mecânica é rara. O diagnóstico diferencial entre íleo adinâmico e obstrução intestinal é difícil. O íleo paralítico pós-operatório ocorre com certa frequência após operações abdominais. Marque a alternativa **INCORRETA**. (*Jorge Filho, I. Cirurgia geral pré e pós operatório*).
- a) A recuperação da função motora do aparelho digestivo no pós-operatório varia nos diferentes segmentos. O intestino delgado é o menos afetado, normalizando-se a motilidade e a absorção em aproximadamente 24h após a operação.
- b) As infecções abdominais pós-operatórias são causas importantes do íleo adinâmico.
- c) A obstrução intestinal no pós-operatório pode estar relacionada com falhas técnicas no intra-operatório, aderências, hérnias internas ou vólvulo.
- d) Os enemas retais são de grande valor para estimular o peristaltismo pós-operatório, sobretudo em cirurgias com anastomoses colorretais.
- e) Os exames laboratoriais pouco contribuem para diferenciação entre obstrução intestinal e íleo adinâmico pós-operatório. O exame complementar mais importante para o diagnóstico diferencial é o radiológico.
- 38.** A cura de uma ferida de pele abrange um espectro de resultados que vai desde a ausência de cicatriz até a cicatriz patológica, que pode ser até mais prejudicial ao paciente que a lesão primária. Quanto a quelóides e cicatrizes hipertróficas, não podemos afirmar: (*Fonseca P F; Savassi-Rocha, P R. Cirurgia Ambulatorial*).
- a) Clinicamente, os quelóides se manifestam na segunda e terceira fases da cicatrização, isto é, nas fases de proliferação e maturação, principalmente, se estas fases forem prolongadas por corpo estranho local, tecidos necróticos ou desvitalizados por um fechamento de pele sob tensão, ou infecção local.
- b) O crescimento do quelóide é mais rápido no primeiro mês de cicatrização patológica, quando é notada a invasão da pele normal ao lado da ferida primária. O quadro é acompanhado, muitas vezes, por prurido intenso e sensações que vão da dor à parestesia.
- c) A cirurgia é uma das formas mais antigas de tratamento dos quelóides e cicatrizes hipertróficas. A excisão cirúrgica isolada tem índice de recidiva relativamente muito alto e atualmente é encarada como um meio terapêutico de segunda linha, nessas lesões.
- d) As cicatrizes hipertróficas são lesões também secundárias a um processo de cicatrização patológica. A lesão pode ser pruriginosa, invade a pele normal, mas sofre uma redução espontânea parcial relacionada à contração dos tecidos em cicatrização, resultando em um aspecto fibroso elevado, recoberto por epiderme fina e lisa.
- e) A radioterapia superficial deve ser indicada para o tratamento de quelóides e cicatrizes hipertróficas somente em casos resistentes à infiltração intralesional de corticoides, compressão e cirurgia.
- 39.** A pele é um órgão complexo e importante na homeostase do organismo. Sua espessura variável depende da região do corpo, da idade, do sexo e do estado nutricional do organismo. As dermatoses pré-cancerosas são afecções cutâneas que se transformam ou sobre elas se desenvolvem neoplasias malignas. Sobre as lesões pré-malignas e malignas da pele: (*Fonseca P F; Savassi-Rocha, P R. Cirurgia Ambulatorial*).
- a) Na prática clínica observa-se que a frequência da transformação maligna ou complicações dessas dermatoses é bastante variável. Entretanto, ela é mais comum na ceratose actínica, nas leucoplasias, nas queloses erosivas e nas cicatrizes viciosas.
- b) A denominação ceratose solar é mais específica do que ceratose actínica, pois o sol é a principal causa, ao passo que actínica se refere a uma variedade de raios. Entre os raios solares, o raio ultravioleta B tem maior efeito carcinogênico.



- c) O Xeroderma Pigmentoso é uma doença rara, autossômica recessiva, na qual os indivíduos afetados exibem sensibilidade exagerada à luz solar, alterações cutâneas pigmentadas e transformação carcinomatosa é rara nessas lesões.
- d) Os carcinomas da pele dividem-se em basocelular (CBC), espinocelular (CEC) e misto. O CBC é um neoplasma maligno epidérmico cujas células mimetizam as células normais da camada basal da derme. O CEC é um neoplasma maligno da pele cujas células tentam mimetizar as células suprabasais da epiderme.
- e) O aparecimento de carcinomas em cicatrizes cutâneas antigas e retráteis é relativamente frequente, principalmente naquelas provocadas por extensas queimaduras. Impõe-se a ressecção cirúrgica preventiva dessas cicatrizes, principalmente quando se ulceram.
- 40.** As principais causas de complicações imediatas e morte, após uma grande operação são distúrbios pulmonares agudos, cardiovasculares e hídricos. A recuperação pós-operatória é dividida em três fases: fase imediata (pós-anestésica); fase intermediária (período de hospitalização) e fase de convalescença. Assinale a alternativa **INCORRETA**. (*Doherty, GM. Current. Diagnosis&TreatmentSurgery*).
- a) Muitos pacientes toleram as alterações pós-operatórias na função pulmonar e recuperam-se delas sem dificuldade. Pacientes que têm uma função pulmonar pré-operatória marginal podem não ser capazes de manter uma ventilação adequada, no pós-operatório imediato. Em contraste com a síndrome de dificuldade respiratória aguda, insuficiência respiratória pós-operatória imediata, em geral é apenas um problema mecânico, todavia acarreta risco de vida e requer atenção imediata.
- b) A insuficiência respiratória pós-operatória tardia (que se desenvolve mais de 48h após a operação) é desencadeada, geralmente, por um evento intercorrente, como embolia pulmonar, distensão abdominal ou dose excessiva de opioides.
- c) A atelectasia é a complicação pulmonar mais comum, afeta 25% dos pacientes submetidos a operações abdominais. É mais comum em idosos, obesos, fumantes ou naqueles com sintomas de doença respiratória. Aparece mais frequentemente nas primeiras 48h, após a operação e é responsável por mais de 90% dos episódios febris nesse período.
- d) As vítimas de traumatismos têm particular propensão a aspirar o conteúdo gástrico regurgitado, quando a consciência está deprimida. A mortalidade da aspiração pulmonar macroscopicamente evidente e da pneumonia subjacente é de cerca de 50%. A aspiração do conteúdo gástrico é evitada pela inserção de uma sonda nasogástrica.
- 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.** Todas as alternativas a seguir se referem a fatores de risco para o desenvolvimento de aneurisma de aorta abdominal, **EXCETO**,
- a) Hipercolesterolemia;
b) Tabagismo;
c) História familiar;
d) Diabetes;
e) Idade maior que 80 anos.
- 42.** Um paciente internado por quadro de pielonefrite desenvolveu trombose venosa profunda (TVP) proximal à esquerda, diagnosticada por meio da ultrassonografia Doppler. O residente de cirurgia vascular prescreveu 8.000 UI de heparina não fracionada endovenosa para iniciar o tratamento da afecção. Entretanto, imediatamente após a infusão da heparina, o paciente iniciou com quadro de hemorragia digestiva alta de grande volume, indicando-se a suspensão da heparina e a reversão dela com sulfato de protamina. Qual a dose de sulfato de protamina que deve ser infundida nesse paciente, para a reversão completa da heparinização?



- a) 40 mg
b) 80 mg
c) 20 mg
d) 160 mg
e) 8 mg
- 43.** Uma paciente de 33 anos de idade foi vítima de ferimento por arma branca no terço médio da coxa há duas horas e chega na unidade de trauma do Hospital de Urgência de Teresina. Ao exame físico, apresenta pulso de 92 bpm, pressão arterial (PA) de 120X80 mmHg, palidez, hipotermia e cianose não fixa do membro acometido, pulso femoral palpável e ausência de pulsos poplíteo e distais. Qual, das seguintes, é a melhor conduta para esse caso?
- a) Anticoagulação sistêmica e aquecimento passivo do membro.
b) Solicitação de ultrassonografia Doppler para confirmar a lesão vascular.
c) Antiagregação plaquetária, vasodilatadores sistêmicos.
d) Solicitação de arteriografia para confirmar a presença de lesão vascular.
e) Tratamento cirúrgico definitivo imediato aberto ou endovascular.
- 44.** Na síndrome de isquemia e reperfusão, a insuficiência renal após oclusão arterial aguda está intrinsecamente relacionada a:
- a) Hipofluxo renal em razão da hipotensão arterial.
b) Trombose arterial renal.
c) Trombose venosa renal.
d) Ação de enzimas nefrotóxicas.
e) Obstrução dos túbulos renais pela mioglobina.
- 45.** Em hospital especializado em trauma, equipe ortopédica solicita avaliação da cirurgia vascular de vítima de fratura de ossos de perna esquerda. O paciente se encontra estável hemodinamicamente. O motivo do chamado foi porque notaram o pé esquerdo com cianose não fixa, dor importante e redução de sensibilidade e movimentos dos dedos. À direita, não há alterações. Os pulsos poplíteo, pedioso e tibial posterior se encontram ausentes à esquerda. Todos os outros pulsos estão presentes. Qual a conduta correta?
- a) Liberar procedimento ortopédico para correção de fratura e reavaliar após 4 horas se ainda existe isquemia e necessidade de revascularização.
b) Indicar fibrinólise logo após o término do procedimento ortopédico e reavaliar em 4 horas grau de isquemia. Após melhora, manter anticoagulado.
c) Realizar angiografia intraoperatória, se houver lesão arterial: derivação provisória antes de procedimento ortopédico e ponte arterial depois.
d) Iniciar revascularização por ponte arterial com enxerto de safena, após procedimento, liberar paciente para ortopedia.
e) Devido aos achados do exame físico e gravidade do trauma, contraindicar procedimento ortopédico e indica amputação primária do membro.
- 46.** Jovem de 23 anos, previamente hígida, tem diagnóstico de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo confirmado com doppler venoso. Sintomas começaram há 2 dias após longa viagem de carro. Faz uso de hormônios anticoncepcionais orais. Ainda não iniciou o tratamento para trombose venosa. Qual é a conduta correta do caso neste momento?
- a) Varfarina 5mg via oral 1x/dia.
b) Rivaroxabana 15mg via oral 12/12 horas.
c) Edoxabana 60mg via oral 1x/dia.
d) Internar com heparina não fracionada 5000 UI subcutâneo 8/8 horas.
e) Internar com enoxaparina 40mg subcutâneo 1x/dia.



- 47.** Um senhor de 72 anos, diabético de longa data, chega a você por úlcera plantar em base de hálux esquerdo. Tem essa lesão há 3 semanas. Nega dor. Não há sinais de infecção. Pulsos femorais estão presentes bilateralmente, porém outros pulsos de membros inferiores estão ausentes. Qual o próximo passo para este caso?
- Solicitar arteriografia do membro inferior esquerdo.
 - Solicitar arteriografia de ambos os membros inferiores.
 - Realizar desbridamento da lesão.
 - Indicar angioplastia arterial do membro isquêmico.
 - Indicar ponte arterial de ambos os membros inferiores, um por vez.
- 48.** Paciente de 82 anos acompanhada em investigação por cardiologista por arritmia cardíaca tem episódio súbito de parestesia, cianose e dor em pé esquerdo. Todos os pulsos estão presentes, exceto poplíteo e distais esquerdo. Pé esquerdo se encontra pálido, frio, com redução de sensibilidade e dor importante. Tem eletrocardiograma mostrando fibrilação atrial. Qual a correta condução do caso?
- Tratamento clínico com anticoagulação profilática.
 - Ponte arterial com enxerto de PTFE em membro inferior esquerdo..
 - Angioplastia de membro inferior esquerdo.
 - Ponte arterial com enxerto de safena em membro inferior esquerdo.
 - Tromboemblectomia de membro inferior esquerdo.
- 49.** De acordo com a classificação clínica C da CEAP, um paciente com varizes em veias superficiais e alterações tróficas com úlcera aberta deve ser enquadrado em:
- C2.
 - C4.
 - C5.
 - C6.
 - C1.
- 50.** Em caso de indicação de cirurgia de varizes para paciente da classe 3 de CEAP, por qual dos exames abaixo você optaria inicialmente?
- Eco Doppler venoso de membros inferiores.
 - Flebografia de membros inferiores.
 - Angio ressonância de membros inferiores.
 - Angio tomografia de membros inferiores.
 - Pletismografia de membros inferiores.