

# RESIDÊNCIA MÉDICA

## 2007

UFRJ      HFAG      CGABEG      IFF      INCA

### PROVA DE ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

#### INSTRUÇÕES

01. Antes de ler as instruções, verifique se o Nº DE INSCRIÇÃO é o mesmo no CARTÃO DE CONFIRMAÇÃO e no CARTÃO DE RESPOSTAS. Verifique também se as Instituições/Áreas estão corretas.
02. Esta prova compõe-se de 50 questões de escolha múltipla de Conhecimentos em Cirurgia Geral.
03. Cada questão apresenta 04 (quatro) opções e apenas uma resposta correta.
04. A maneira correta de marcar a resposta encontra-se indicada na parte inferior do cartão de respostas. **Utilize a caneta azul fornecida.** Assine o cartão de respostas na **parte superior do VERSO**. **NÃO rasure o cartão.**
05. Coloque seu nome e número de inscrição na folha de rosto do caderno de prova.
06. A prova terá a duração de 3 (três) horas, incluindo o tempo de marcação no cartão de respostas.
07. Ao final da prova entregue ao fiscal do setor o cartão de respostas, o caderno de prova completo, a caneta e assine a lista de freqüência.
08. Ao ser dado o sinal para o início da prova, abra o caderno e verifique se ele está completo.
09. Os últimos 03 (três) candidatos a terminar a prova só poderão retirar-se da sala juntos.
10. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE RESPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA**

**As questões de 1 a 6 referem-se ao caso abaixo.**

Sra. Ana, 70 anos, fumante, queixa-se de eliminação de fezes com raias de sangue e muco em grande quantidade. Apresenta mucosas levemente hipocoradas e o exame do abdome é normal. Refere sobrinha falecida por câncer do cólon. Colonoscopia: doença diverticular hipertônica de sigmóide e dois pólipos, um deles pediculado de 2 cm no sigmóide, que foi totalmente excisado, e outro no cólon ascendente, próximo ao ângulo hepático, sésil, de 3 cm, ressecado em fragmentos "piecemeal". Exame histopatológico: pólipo de sigmóide compatível com adenoma tubular com displasia de baixo grau e o do cólon ascendente sugestivo de adenoma viloso com displasia de alto grau, em que a invasão da muscular de mucosa não pode ser avaliada.

**1. A hipótese diagnóstica é:**

- a) polipose familiar com degeneração maligna
- b) câncer hereditário do cólon
- c) neoplasia esporádica do cólon
- d) síndrome de Linch II

**2. No caso de indicação cirúrgica, a técnica mais adequada para esta paciente é:**

- a) colectomia total
- b) hemicolectomia direita
- c) colectomia direita e sigmoidectomia
- d) ressecção segmentar do cólon direito englobando o pólipo e sigmoidectomia

**3. O suprimento arterial do segmento a ser ressecado é feito pela(s) artéria(s):**

- a) mesentérica inferior
- b) cólica média e cólica direita
- c) cólica média e cólica esquerda
- d) íleo-ceco-cólica e cólica direita

Após a ressecção cirúrgica e análise do exame histopatológico, a doença foi classificada como no estágio T2 N1M0.

**4. O tratamento indicado é:**

- a) radio e quimioterapia adjuvante
- b) radioterapia adjuvante
- c) radio e quimioterapia neoadjuvante
- d) quimioterapia adjuvante

Um ano depois da cirurgia, a tomografia computadorizada de abdômen mostra uma lesão isolada de 4 cm entre os segmentos II e III. A colonoscopia é normal.

**5. A conduta adequada é:**

- a) ressecção em cunha da lesão
- b) lobectomia esquerda
- c) quimioembolização
- d) radioterapia

**6. Em relação ao antígeno cárcino-embrionário é certo afirmar que:**

- a) não tem valor preditivo para metástases nos pacientes fumantes
- b) sua elevação é específica para tumores gastrintestinais
- c) tem pouco valor preditivo para metástases quando normal, antes da colectomia
- d) quando elevado é específico para metástases hepáticas

**As questões de 7 a 12 referem-se ao caso abaixo.**

Sra. Rita, 65 anos, queixa-se de perda de peso (10 kg em três meses) e dor epigástrica após alimentação. História de "cirurgia de estômago" para tratamento de úlcera há 20 anos seguida, dois meses depois, por sudorese, rubor facial, cólica e diarreia pós-alimentares, quadro que desapareceu espontaneamente após alguns meses. A endoscopia digestiva alta (EDA) atual mostra estômago operado a BII e lesão ulcerada de 3 cm no coto gástrico com *H. pylori* positivo.

**7. A hipótese diagnóstica mais provável para o quadro apresentado no pós-operatório, há 20 anos, é:**

- a) síndrome da alça aferente
- b) síndrome de "dumping"
- c) antro residual
- d) síndrome pós-vagotomia

**8. Em relação ao diagnóstico na questão anterior, a melhor conduta é:**

- a) orientação dietética
- b) de-gastro-gastrectomia
- c) tratamento com inibidores da bomba de prótons
- d) dieta e medicação constipantes

**9. O fator intimamente relacionado ao aparecimento da lesão de coto gástrico nesta paciente é:**

- a) hipercloridria
- b) presença de *H. pylori*
- c) estômago operado
- d) tipo de reconstrução pós-gastrectomia

**10. Para a liberação da grande curvatura nas gastrectomias distais, a ligadura da artéria gastroepilóica direita deve ser feita de modo cuidadoso para evitar lesão da artéria:**

- a) cólica média
- b) mesentérica superior
- c) mesentérica inferior
- d) gastroduodenal

**11. A conduta terapêutica mais adequada neste momento é:**

- a) totalização da gastrectomia
- b) gastrectomia total com linfadenectomia D2, esplenectomia e pancreatectomia
- c) quimioterapia e radioterapia
- d) omeprazol, tratamento de *H. pylori* e nova EDA com biópsia em 6 semanas

**12. Além do exame clínico periódico a conduta ideal para o seguimento pós-operatório é:**

- a) endoscopia a cada 6 meses no primeiro ano
- b) tomografia computadorizada semestralmente por três anos
- c) tomografia computadorizada e avaliação da função hepática a cada 4 meses no primeiro ano
- d) não há necessidade de exames complementares

**A questão 13 refere-se ao caso abaixo.**

Sr. Paulo, 65 anos, há 3 anos vem apresentando pirose e regurgitação, ocasionalmente, à noite, além de disfagia intermitente para alimentos sólidos e de dor torácica retroesternal que piora após a alimentação e melhora com vômitos. Os sintomas melhoraram parcialmente com o uso de bloqueadores H2. Há 48 horas não consegue ingerir sequer líquidos.

**13. A hipótese diagnóstica mais provável é:**

- a) hérnia de hiato para-esofágica
- b) divertículo de Zencker
- c) neoplasia de esôfago
- d) acalasia

**14. A conduta terapêutica diante de um paciente de 55 anos com esofagite incapacitante após cirurgia de Thal e contra-indicação para esofagectomia é:**

- a) operação de Serra-Dória
- b) hiatoplastia e válvula anti-refluxo de Lind
- c) cirurgia de Nissen por via convencional aberta
- d) confecção de válvula de Hatafuku

**A questão 15 refere-se ao caso abaixo.**

Cláudia, de 46 anos, com queixas sugestivas de cólica biliar. Tabagista de um maço e meio de cigarros por dia durante 20 anos. Hipertensão arterial em uso de enalapril, com PA= 150x80 mmHg. A ultra-sonografia mostra: colelitíase e nódulo de 3 cm na supra-renal esquerda. As dosagens laboratoriais revelaram nódulo não funcionante.

**15. A conduta adequada é:**

- a) punção da massa guiada por TC
- b) colecistectomia e adrenalectomia por vídeo cirurgia
- c) observação com ultra-sonografia seriada semestralmente
- d) TC de tórax e abdômen

**A questão 16 refere-se ao caso abaixo.**

Rosana, 37 anos, submetida à colecistectomia videolaparoscópica há 1 ano, relata episódios de náuseas e dor em cólica em hipocôndrio direito. Refere colúria durante a última crise dolorosa. Exame físico: corada, anictérica, abdômen flácido, depressível e pouco doloroso à palpação em epigástrio e hipocôndrio direito. A ultra-sonografia realizada na Emergência mostrou ausência de dilatação da via biliar.

**16. A etapa seguinte é:**

- a) colangiorrressonância
- b) colangiopancreatografia endoscópica retrógrada
- c) colangiografia percutânea trans-hepática
- d) repetir a ultra-sonografia com melhor preparo intestinal

**A questão 17 refere-se ao caso abaixo.**

Carlos, 60 anos, há cerca de 8 meses vem notando aumento progressivo do volume abdominal. Nas últimas semanas passou a apresentar dor abdominal e saciedade precoce. O exame físico revelava ascite e a punção abdominal deu saída a líquido amarelado viscoso. A citologia comprovou a presença de células neoplásicas.

**17. O provável local de origem da neoplasia é:**

- a) estômago
- b) pâncreas
- c) cólon
- d) apêndice vermiforme

**A questão 18 refere-se ao caso abaixo.**

Janaina procura a Emergência com dor abdominal difusa, mais intensa nos quadrantes inferiores, de moderada intensidade, anorexia e temperatura axilar de 37,8° C. Exame físico: dor abdominal com sinais de irritação peritoneal. Hemograma: leucocitose com aumento de formas jovens. Exame ginecológico: dor ao toque bi-manual. Feito o diagnóstico de apendicite e indicada a cirurgia que revelou apêndice de aspecto normal.

**18. Os prováveis diagnóstico e conduta são, respectivamente:**

- a) linfadenite mesentérica – encerrar procedimento
- b) indicação inadequada da cirurgia – encerrar procedimento
- c) actinomicose de ceco – hemicolectomia direita
- d) diverticulite de Meckel – ressecção

**A questão 19 refere-se ao caso abaixo.**

Bruno, 20 anos, relata saída intermitente de secreção pela cicatriz umbilical de odor fétido, há dois anos. O médico diagnosticou granuloma e indicou tratamento com nitrato de prata, sem sucesso. Ao exame notava-se pequena lesão ulcerada com secreção muco-purulenta.

**19. A opção mais indicada é:**

- a) biópsia de possível implante secundário
- b) ressecção de sinus umbilical
- c) esclerose com substância abrasiva
- d) antibioticoterapia tópica com mupirocin

**A questão 20 refere-se ao caso abaixo.**

Marcos, 58 anos, é submetido à gastrectomia subtotal com reconstrução a B II por neoplasia gástrica. No quarto dia de pós-operatório apresenta febre, taquicardia e dor abdominal. Foi drenado abscesso na ferida operatória, com saída de grande quantidade de secreção purulenta com odor fétido. No dia seguinte havia melhora do estado geral e a pele apresentava-se hiperemiada, sangrando ao toque ao redor da ferida cirúrgica. O curativo estava sujo de secreção esverdeada. O teste com azul de metileno foi negativo.

**20. A conduta neste momento é:**

- a) tratamento da infecção da ferida operatória
- b) fistulografia
- c) seriografia esofagogastroduodenal
- d) laparotomia exploradora

**A questão 21 refere-se ao caso abaixo.**

Sr. Armindo, 74 anos, diabético, DPOC, com neoplasia de cólon, sob quimioterapia, foi internado para melhora das condições respiratórias. Apresentava hematócrito de 24% e albumina de 3,5 g/l. Foi submetido à hemicolectomia direita, com duração de 5 horas, sem intercorrências. O fechamento da aponeurose foi feito com fio monofilamentar não absorvível. No quarto dia de pós-operatório apresentou abscesso de parede. Identifique os fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico.

Considere os indicadores abaixo.

- I - ASA III, neoplasia, cirurgia de longa duração.
- II - hematócrito baixo, DPOC e uso de fio não absorvível.
- III - DM, DPOC, albumina baixa.
- IV - ASA II, cirurgia prolongada, ferida potencialmente contaminada.
- V - Múltiplas comorbidades, longa duração do procedimento, quimioterapia.

**21. Assinale a opção CORRETA:**

- a) II e III
- b) II e V
- c) I e V
- d) I e IV

**As questões 22 e 23 referem-se ao caso abaixo.**

Sr. José Lima, 65 anos, internado na unidade coronariana há 4 dias para tratamento de infarto agudo do miocárdio, queixa-se de dor abdominal de forte intensidade, contínua, que surgiu há 2 horas, com piora progressiva e sem melhora com analgésicos e anti-inflamatórios. Ao exame físico apresenta-se sudoreico, agitado, sem distensão e sem sinais de irritação peritoneal. Leucócitos: 13.500, lactato: 7mmol/L.

**22. A conduta diagnóstica é:**

- a) laparoscopia
- b) angiografia mesentérica
- c) rotina radiológica para abdômen agudo
- d) colonoscopia

**23. Se o exame anterior confirmar a hipótese diagnóstica, o próximo passo será:**

- a) laparotomia exploradora
- b) analgesia com opióides e observação
- c) embolectomia via angiografia
- d) extração de fecaloma

**As questões 24 e 25 referem-se ao caso abaixo.**

Inês, 40 anos, com acalasia, 2 horas depois de uma sessão de dilatação pneumática apresenta dor retroesternal de forte intensidade. O RX de tórax é normal. Vinte e quatro horas depois, estava taquicárdica, taquipnêica, com batimentos de asa do nariz, dor retroesternal intensa e hipotensão arterial.

**24. A conduta para confirmar o diagnóstico é:**

- a) tomografia computadorizada de abdome com contraste oral e venoso
- b) novo RX tórax
- c) endoscopia digestiva alta
- d) esofagografia com contraste solúvel

**25. O tratamento indicado é:**

- a) esofagectomia, jejunostomia e drenagem pleural
- b) toracotomia com "patch" de pleura sobre a lesão, gastrostomia e drenagem pleural
- c) esofagostomia cervical, gastrostomia e drenagem do mediastino
- d) esofagotomia com "patch" de epíplon sobre a lesão e drenagem do mediastino

**A questão 26 refere-se ao caso abaixo.**

Carla, 20 anos, previamente saudável, foi atendida na emergência após acidente automobilístico. Sinais vitais na entrada: PA= 110/70 mm Hg, FC= 16 bpm, FR= 16 irpm. Glasgow 15. No exame do abdômen notou-se equimose correspondente à posição do cinto de segurança. Vinte e quatro horas após o trauma, a paciente apresenta quadro de dor, distensão abdominal e vômitos. A tomografia computadorizada do abdômen mostra compressão duodenal de causa extrínseca.

**26. A conduta terapêutica é:**

- a) gastrojejunostomia
- b) duodenopancreatectomia
- c) descompressão com cateter naso-gástrico e observação
- d) duodenojejunostomia

**A questão 27 refere-se ao caso abaixo.**

Francisco, 25 anos, trabalhador em construção civil, sofre queda de andaime. Ao chegar à emergência estava obnubilado e não respondia às solicitações verbais. Seus sinais vitais eram estáveis e foram observadas, à palpação, fratura de cinco arcos costais à esquerda e movimentos respiratórios paradoxais. O RX de tórax não mostrou pneumotórax ou hemotórax. Presença de contusão pulmonar.

**27. O procedimento correto é:**

- a) estabilização cirúrgica das fraturas
- b) ventilação mecânica com pressão positiva ao final da expiração
- c) estabilização das fraturas com peso sobre o hemitórax direito
- d) ventilação mecânica e antibioticoterapia profilática para contusão pulmonar

**A questão 28 refere-se ao caso abaixo.**

Sra. Carolina, de 70 anos, hipertensa, coronariopata, procura a Emergência com dor abdominal de forte intensidade e febre. O exame físico revela massa em fossa ilíaca esquerda, dolorosa à palpação; a tomografia computadorizada de abdômen sugeriu tratar-se de abscesso.

**28. A melhor conduta é:**

- a) ressecção segmentar do cólon com colostomia a Hartmann
- b) ressecção segmentar do colon com anastomose primária
- c) drenagem percutânea do abscesso e antibioticoterapia venosa
- d) colostomia descompressiva

**As questões de 29 a 31 a referem-se ao caso abaixo.**

Sandra, 40 anos, com dor abdominal e febre, no terceiro dia de pós-operatório de esplenectomia. A tomografia computadorizada de abdômen mostra coleção de 10 cm na loja esplênica. Realizada drenagem percutânea, com melhora acentuada do quadro em 24 horas. Inicialmente a secreção drenada era de aspecto purulento e passou a ser clara e líquida. A drenagem no terceiro dia foi 300 ml.

**29. O exame que deverá ser feito para o acompanhamento deste quadro é:**

- a) dosagem de amilase no líquido drenado
- b) RX contrastado do estômago com contraste solúvel
- c) dosagem da PCR e do lactato séricos.
- d) cultura da secreção do líquido drenado

**30. A conduta terapêutica indicada é:**

- a) suspender alimentação oral e iniciar NPT
- b) manter alimentação oral hipolípida e iniciar antibióticos VO
- c) fazer nutrição enteral monomérica e antibiótico endovenoso
- d) manter alimentação oral enquanto o volume drenado for o mesmo

Em relação à vacinação profilática dos pacientes submetidos à esplenectomia, pode-se dizer que:

- I - deve ser feita com o paciente internado e com reforço em 3 anos, nos casos eletivos
- II - deve ser feita 2 semanas antes da cirurgia, nos casos eletivos
- III - deve incluir *H. influenzae*, meningococos e pneumococos
- IV - recomenda-se reforço da vacinação para todos os pacientes após 6 anos
- V - recomenda-se reforço para pacientes imunodeprimidos entre 3-6 anos

**31. Marque a seqüência CORRETA:**

- a) I, II, e IV
- b) II, III, e V
- c) II, IV e V
- d) I, IV e V

**32. O procedimento cirúrgico adequado para paciente com quadro clínico de emagrecimento e vômitos com o diagnóstico de pâncreas anular é:**

- a) duodenojejunosomia
- b) gastroduodenopancreatectomia
- c) gastrojejunosomia com vagotomia troncular
- d) gastrojejunosomia

**A questão 33 refere-se ao caso abaixo.**

Ivan, 48 anos, com disfagia progressiva, relata que há cerca de 10 anos vem fazendo tratamento regular para doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE); a última endoscopia digestiva alta, realizada há 18 meses, mostrava esofagite grau II e projeções digitiformes da mucosa gástrica para o esôfago terminal. A biópsia destas lesões revelou epitélio colunar metaplásico.

**33. O diagnóstico provável é:**

- a) carcinoma epidermóide da cárdia
- b) adenocarcinoma do 1/3 inferior do esôfago
- c) carcinoma espinocelular do esôfago inferior
- d) estenose péptica do esôfago inferior

**A questão 34 refere-se ao caso abaixo.**

Alexandre, 23 anos, sofre trauma contuso na região lombar durante partida de vôlei. No dia seguinte, observa hematúria e procura a Emergência. Ao exame físico PA= 120/70 mmHg, FC= 52 bpm. A tomografia computadorizada mostrou extravasamento de contraste para dentro do parênquima renal.

**34. A conduta neste momento é:**

- a) exploração e sutura
- b) nefrostomia
- c) ressecção em cunha do segmento lesado
- d) observação

**A questão 35 refere-se ao caso abaixo.**

Sr. Luiz, 78 anos, com insuficiência renal crônica em hemodiálise, doença coronariana parcialmente tratada com dois "stents" e volumosa hérnia inguino-escrotal à esquerda, apresenta quadro compatível com colecistite aguda.

**35. O tratamento deve ser:**

- a) colecistectomia videolaparoscópica
- b) colecistostomia
- c) colecistectomia aberta
- d) antibioticoterapia venosa

**A questão 36 refere-se ao caso abaixo.**

Sr. Martins, hipertenso, diabético controlado com dieta e hipoglicemiante oral, apresenta síndrome de estenose pilórica. A endoscopia digestiva alta revela estenose péptica cerca de 2 cm depois do piloro, que não permite a progressão do aparelho.

**36. A cirurgia indicada é vagotomia:**

- a) troncular e gastroenteroanastomose
- b) superseletiva
- c) gástrica proximal e Jaboulay
- d) troncular + antrectomia + reconstrução em Y de Roux

**A questão 37 refere-se ao caso abaixo.**

Sr. Orlando, 82 anos, acamado, com seqüelas de AVC é levado para emergência com vômitos, dor e grande distensão abdominal. O R-X de abdômen mostra alça intestinal muito distendida ao nível do sacro em forma de "U" invertido.

**37. A conduta neste momento é:**

- a) transversostomia
- b) cirurgia de Hartmann
- c) colectomia parcial
- d) colonoscopia

**As questões 38 e 39 referem-se ao caso abaixo.**

Sr. Pedro, 70 anos, é submetido à esofagectomia trans-hiatal por carcinoma do 1/3 médio do esôfago. Durante o procedimento ocorreu uma hemorragia de difícil controle. No 8º dia do pós-operatório apresenta dor torácica e dispnéia. O RX de tórax mostra grande derrame pleural e a toracocentese revela líquido esbranquiçado de aspecto leitoso.

**38. O provável sítio da lesão vascular foi:**

- a) artéria pulmonar
- b) veia ázigos
- c) veia cava superior
- d) veias esofagianas inferiores

**39. A conduta inicial em relação ao derrame pleural é:**

- a) toracocentese e dieta hipolipídica
- b) pleurostomia e dieta hiperprotéica
- c) toracotomia e dieta hiperproteica
- d) drenagem de tórax e dieta hipolipídica

**A questão 40 refere-se ao caso abaixo.**

Sra. Cybelle, 80 anos, é submetida à cirurgia de emergência para tratamento de ruptura de aneurisma de aorta abdominal. No terceiro dia de pós-operatório queixa-se de dor de forte intensidade em flanco esquerdo e apresenta diarreia muco-sanguinolenta.

**40. O diagnóstico mais provável é:**

- a) infarto êntero-mesentérico
- b) diverticulite
- c) colite isquêmica do cólon esquerdo
- d) enterocolite pseudomembranosa

**A questão 41 refere-se ao caso abaixo.**

Ricardo, 20 anos, procura a Emergência com dor no testículo direito, há 2 horas, que piora progressivamente. Ao exame: testículo elevado, endurecido e muito doloroso à palpação. O EAS é normal.

**41. A melhor conduta é:**

- a) exploração cirúrgica da bolsa escrotal com orquipexia imediata
- b) inguilotomia e tratamento de hérnia inguino-escrotal estrangulada
- c) anti-inflamatórios e reavaliação em 24 horas
- d) orquiectomia

**42. Homem, 35 anos, vítima de atropelamento, chega à emergência com o diagnóstico de fratura de bacia e ruptura da uretra posterior. A conduta deve ser:**

- a) nefrostomia bilateral
- b) cateterismo vesical cuidadoso com Foley de demora
- c) cistostomia supra-púbica
- d) exploração cirúrgica da pelve, alinhamento da fratura e sutura da lesão de uretra

**A questão 43 refere-se ao caso abaixo.**

Sr. Antônio, 66 anos, cirrótico, Child B, apresenta lesão única no fígado sugestiva de hepatocarcinoma.

**43. O exame complementar adequado para a confirmação diagnóstica é:**

- a) cintilografia com hemácias marcadas
- b) tomografia helicoidal com estudo da fase arterial
- c) ultra-sonografia abdominal com ecodoppler
- d) arteriografia hepática seletiva

**A questão 44 refere-se ao caso abaixo.**

Sr. Augusto, 70 anos, faz endoscopia digestiva alta como parte de investigação para sintomas dispépticos, que revela gastrite enantematosa leve e pequena lesão esofágica em 1/3 médio, plana, de 1.8cm. A ultra-sonografia endoscópica revelou neoplasia esofágica com envolvimento da mucosa sem invasão da membrana basal.

**44. O tratamento ideal é:**

- a) remoção endoscópica da lesão
- b) quimioterapia e radioterapia
- c) quimioterapia e radioterapia neoadjuvante seguida por esofagectomia
- d) esofagectomia sem toracotomia

**A questão 45 refere-se ao caso abaixo.**

Sr. Cesar, 60 anos, com úlcera gástrica em pequena curvatura de 3.5 cm, ao nível da incisura angularis. As biópsias foram negativas para neoplasia. Após 6 semanas de tratamento com omeprazol, a endoscopia mostrou redução da úlcera para 3 cm. Novas biópsias foram negativas para neoplasia.

**45. A cirurgia indicada é:**

- a) vagotomia com antrectomia e reconstrução a B II
- b) gastrectomia sub-total com reconstrução em Y de Roux
- c) vagotomia e hemigastrectomia com reconstrução a B II
- d) hemigastrectomia com reconstrução a B I

**As questões 46 e 47 referem-se ao caso abaixo.**

Sr. Arnaldo, 63 anos, apresenta quadro de hemorragia digestiva alta. A endoscopia digestiva alta revela tumor gástrico extra mucoso no corpo, com área de umbilicação da mucosa, já sem sinais de sangramento. A biópsia revela mucosa gástrica normal.

**46. O próximo passo na investigação deve ser:**

- a) seriografia esôfago-estômago e duodeno
- b) laparoscopia
- c) biópsia percutânea guiada por TC
- d) tomografia computadorizada (TC) de abdômen

O paciente foi submetido à ressecção gástrica atípica. O laudo histopatológico da peça cirúrgica revela tumor de origem mesenquimal com 4.5 cm de diâmetro. A contagem do número de mitoses foi de 5 mitoses por campo de grande aumento. Os testes imuno-histoquímicos foram positivos para CD 117 e CD 34.

**47. A melhor conduta pós-operatória é:**

- a) quimioterapia com doxorubicina
- b) observação
- c) quimioterapia com imatinib
- d) ampliação da gastrectomia

**A questão 48 refere-se ao caso abaixo.**

Sr. Reinaldo, 70 anos, em investigação de anemia, faz endoscopia digestiva alta que revela lesão infiltrante de antro. A biópsia foi sugestiva de linfoma de células B. O estadiamento sugere linfoma gástrico primário estágio II E.

**48. O tratamento adequado é:**

- a) quimioterapia e radioterapia
- b) gastrectomia total, quimioterapia e radioterapia
- c) gastrectomia
- d) quimioterapia

**As questões 49 e 50 referem-se ao caso abaixo.**

Ivo, 33 anos, com história de icterícia há um ano. Refere perda de 5 kg nos últimos 6 meses. Ao exame, icterícia (++/4+), abdômen flácido não doloroso à palpação, sem massas palpáveis ou visceromegalias. Bilirrubinas totais: 9mg/dl com predomínio de diretas; fosfatase alcalina,  $\delta$ -GT e transaminases muito aumentadas. A CPRE revelou colédoco de paredes espessadas, luz fina, sem cálculos com boa passagem do contraste para o duodeno. Via biliar intra-hepática irregular, com áreas de dilatação segmentar.

**49. O diagnóstico provável é:**

- a) colangite esclerosante
- b) cirrose biliar secundária
- c) doença de Caroli
- d) colangiocarcinoma da junção dos ductos hepáticos

**50. O tratamento que, quando indicado precocemente, oferece a maior possibilidade de sucesso é:**

- a) uso de corticóides e antibióticos
- b) hepatectomia central
- c) transplante hepático
- d) hepático-jejunoestomia em Y de Roux