

RESIDÊNCIA MÉDICA

2008

UFRJ	HCA	HFAG
------	-----	------

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.
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 frequência.
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 3 referem-se ao caso a seguir.

Sr. Olavo, 80 anos, com dor abdominal em cólica, distensão e parada de eliminação de gases e fezes há 24 horas.

Há 6 horas iniciou vômitos biliosos. Dois episódios semelhantes há 3 e 6 meses, com resolução espontânea após 2 dias de internação. Exame físico: fácies de dor e agitação. Tax= 37.8°C; FC= 110bpm; PA= 150/60 mmHg, FR=24irpm; hipocorado ++/4+, desidratado +++/4+, anictérico. Enchimento capilar lentificado. Abdômen muito distendido, hipertimpânico com dor difusa à palpação profunda; percebem-se ruídos metálicos ao auscultar o abdômen.

1. A conduta imediata adequada é:

- a) mensurar condições circulatórias e respiratórias e equilibrá-las
- b) transporte urgente para o centro cirúrgico
- c) descompressão imediata do trato digestivo alto
- d) iniciar ventilação não invasiva

2. É necessária investigação por métodos de imagem. A primeira opção é:

- a) tomografia computadorizada com contraste oral
- b) rotina convencional para abdômen agudo
- c) angiorressonância abdominal
- d) enema opaco com bário diluído

3. Na avaliação por método de imagem, o forte indício para cirurgia de emergência é:

- a) tortuosidade e placas ateromatosas em aorta abdominal
- b) ausência de gás no reto, distensão do colo com níveis hidroaéreos
- c) imagem sugestiva de coledoclitase
- d) aumento da cabeça do pâncreas

As questões 4 e 5 referem-se ao caso a seguir.

Marina, 35 anos, foi submetida à laparoscopia para investigação de esterilidade que mostrou focos de endometriose em toda a pelve.

Na inspeção da cavidade abdominal observou-se uma tumoração no 1/3 médio do apêndice, com aproximadamente 1.5cm. Não havia patologista no centro cirúrgico.

4. A conduta adequada é:

- a) conversão para laparotomia, hemicolectomia direita e coagulação dos focos de endometriose
- b) abortar o procedimento e preparar para laparotomia exploradora
- c) biopsiar os focos de endometriose e o apêndice e acompanhar clinicamente até a obtenção dos resultados
- d) progredir o procedimento com a coagulação dos focos de endometriose e apendicectomia

5. A hipótese diagnóstica mais provável para a lesão do apêndice é:

- a) tumor carcinóide
- b) linfoma folicular não Hodgkin
- c) tuberculose ganglionar
- d) hiperplasia linfóide benigna

As questões de 6 a 9 referem-se ao caso a seguir.

Alberto, 45 anos, em investigação de anemia, realizou colonoscopia.

Havia lesão vegetante de 6 cm de extensão no ceco e dois pólipos sésseis menores que 1,0 cm em colon descendente abaixo do ângulo esplênico, que foram ressecados com alça de polipectomia.

6. O diagnóstico histológico mais provável da lesão do ceco é:

- a) adenoma viloso
- b) leiomiosarcoma
- c) tumor carcinóide
- d) adenocarcinoma

7. O exame histopatológico do pólipos ressecado revelou adenoma viloso com carcinoma intramucoso. A conduta é:

- a) polipectomia endoscópica
- b) hemicolectomia direita + colectomia segmentar do descendente
- c) colectomia direita alargada
- d) proctocolectomia com íleo-reto-anastomose

8. A doença neoplásica hereditária deste paciente pode ser:

- a) polipose familiar hereditária
- b) síndrome de Gardner
- c) câncer familiar não polipóide
- d) síndrome de Turcot

9. Na hemicolectomia direita, no câncer, o cirurgião deve ligar a artéria:

- a) mesentérica superior na sua origem próximo à aorta
- b) cólica direita próximo à sua origem na artéria cólica média
- c) íleo-ceco–apendicular próximo à sua origem na mesentérica superior
- d) cólica média próximo à sua origem na mesentérica superior

Durante o estadiamento de adenocarcinoma de sigmóide em paciente de 64 anos, foi detectado um nódulo sólido de 2cm de diâmetro no segmento IV do fígado, com características de implante secundário.

10. A conduta terapêutica adequada é colectomia e:

- a) hepatectomia central no mesmo tempo cirúrgico
- b) quimioembolização da metástase no pós-operatório imediato
- c) radioablação precoce do nódulo por via percutânea
- d) quimioterapia e acompanhamento

O exame mostra tumor submucoso de 5cm em fundo gástrico, com pequena área de umbilicação central com ulceração, já sem evidências de sangramento ativo. Biópsias mostraram ausência de malignidade.

11. O próximo passo deve ser:

- a) seriografia de esôfago, estômago e duodeno
- b) repetir endoscopia com novas biópsias
- c) preparar o paciente para gastrectomia polar
- d) tomografia computadorizada de abdômen

As questões 12 e 13 referem-se ao caso a seguir:

Sra. Martha, 65 anos, com icterícia, dor no quadrante superior direito do abdômen e vômitos

Exame físico: Tax = 37.8°C ; icterícia ++/4+; dor à palpação do hipocôndrio direito e peristalse diminuída. Exames laboratoriais: leucocitose com neutrofilia. Ultra-sonografia: dilatação da via biliar extra-hepática de 13mm.

12. O tratamento mais adequado é:

- a) antibioticoterapia + CPER com papilotomia
- b) antibioticoterapia + colecistectomia de emergência com exploração do colédoco
- c) antibioticoterapia + drenagem da via biliar por via trans-parieto-hepática
- d) somente antibioticoterapia

13. A melhor associação antibiótica é:

- a) aminoglicosídeo e ticarcilina
- b) imipenem e clindamicina
- c) ciprofloxacina e metronidazol
- d) tazobactam e cefazolina

Sr. Alfredo, 60 anos, com lesão de pele de 0,5 cm de diâmetro na região pré-auricular, sugestiva de carcinoma basocelular.

14. A melhor conduta é:

- a) biópsia incisional
- b) radioterapia local
- c) cauterização química
- d) excisão total

As questões 15 e 16 referem-se ao caso a seguir.

José Carlos, 56 anos, HIV positivo, com dor abdominal difusa, de média intensidade, distensão abdominal e peristalse diminuída.

Ausência de febre. Lúcido e cooperativo. Sinais Vitais: FC=100 bpm, PA=110/70mmHg, FR=16irpm. RX de abdômen com moderada distensão de alças de delgado, distensão do cólon e ausência de gás no reto. Iniciado tratamento clínico com hidratação venosa, antibioticoterapia e posicionada sonda naso-gástrica (SNG). Seis horas depois, o paciente encontra-se desorientado, torporoso com FC=130bpm, PA= 60/40 mmHg, FR=28irpm. A SNG drenou 500ml de secreção fecalóide. Abdômen muito distendido, sem peristalse, com dor intensa à palpação superficial e sinais de irritação peritoneal.

15. A etiologia mais provável é:

- a) isquemia mesentérica
- b) tuberculose intestinal
- c) perfuração intestinal por citomegalovírus
- d) volvo de ceco com necrose de alça

16. A abordagem adequada é:

- a) cecostomia tubular
- b) videolaparoscopia
- c) colonoscopia descompressiva
- d) laparotomia exploradora

As questões 17 e 18 referem-se ao caso a seguir.

Sr. Jacir, 63 anos, com hérnia inguinal à direita há 6 meses.

Constipação intestinal e sintomas de prostatismo. Durante a cirurgia, extensa dissecção do saco herniário e do cordão espermático e uso mais do que habitual do eletrocautério. No 7º dia de pós-operatório, o paciente queixa-se de dor e aumento de volume testicular. Observa-se edema de bolsa escrotal, sem sinais de infecção.

17. O diagnóstico mais provável desta complicação é:

- a) hematoma
- b) seroma
- c) orquite isquêmica
- d) recidiva da hérnia

18. A conduta mais adequada é:

- a) antibioticoterapia
- b) drenagem pela incisão
- c) reoperação
- d) observação clínica

Neuza, 25 anos, com colelitíase, foi submetida a colecistectomia videolaparoscópica.

Sem história de icterícia. Quarenta e oito horas depois do procedimento apresenta dor abdominal difusa e vômitos. A ultra-sonografia mostra grande quantidade de líquido livre na cavidade. A descrição da cirurgia relata sangramento intenso no leito hepático, junto ao pedículo.

19. O diagnóstico mais provável desta complicação é:

- a) pancreatite aguda biliar
- b) hemoperitônio
- c) perfuração de viscera oca
- d) lesão da via biliar

As questões 20 e 21 referem-se ao caso a seguir.

Ana Maria, 52 anos, com colelitíase, sem história de icterícia, foi submetida a colecistectomia videolaparoscópica

Seis meses depois, apresenta icterícia. Não houve dificuldades per-operatórias. A ultra-sonografia mostra moderada dilatação da via biliar; o colédoco terminal não é observado pelo intenso meteorismo intestinal.

20. O diagnóstico mais provável é:

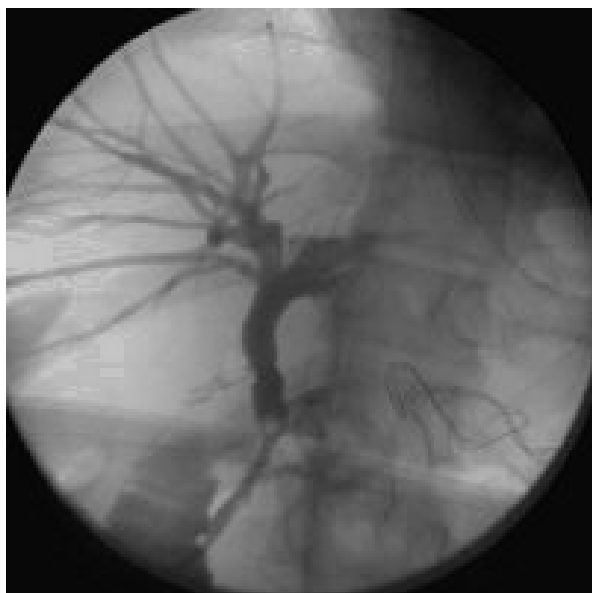
- a) litíase residual do colédoco
- b) ligadura parcial do colédoco
- c) tumor de ampola de Vater
- d) lesão da via biliar pelo eletrocautério

21. A conduta mais adequada é:

- a) colédoco-jejunostomia
- b) drenagem percutânea da via biliar
- c) CPER com papilotomia
- d) hepático-jejunostomia

Joana, 37 anos, com colelitíase, sem história de icterícia, com provas de função hepática normais, foi submetida a colecistectomia videolaparoscópica

22. A conduta adequada, considerando-se a colangiografia per-operatória abaixo é:



- a) conversão para cirurgia aberta e papilotomia cirúrgica
- b) exploração do colédoco por via laparoscópica
- c) derivação bileo-digestiva por vídeo
- d) anastomose hepático-jejunal por via aberta

As questões 23 e 24 referem-se ao caso a seguir.

Sra. Antonia, 68 anos, com dispepsia de longa duração e diagnóstico endoscópico de gastrite crônica atrófica e metaplasia intestinal

Passa a apresentar saciedade precoce e plenitude pós-prandial. Nova endoscopia revela lesão ulcerada, com bordos elevados e infiltrados, de cerca de 3 cm de diâmetro, localizada na parede posterior do antro pré-pilórico.

23. O provável tipo histológico da lesão é:
- a) adenocarcinoma bem diferenciado do tipo intestinal de Lauren
 - b) adenocarcinoma pouco diferenciado do tipo difuso de Lauren
 - c) linfoma MALT
 - d) lesão ulcerada péptica

24. Assinale a assertiva correta em relação à pesquisa de H. pylori (Hp), e a conduta terapêutica na Sra. Antonia:
- a) Hp positivo; está indicado o tratamento clínico
 - b) Hp positivo; está indicada a cirurgia
 - c) Hp negativo; está indicada a cirurgia
 - d) Hp negativo; há indicação de radio e quimioterapias

As questões de 25 a 29 referem-se ao caso a seguir.

Sr. Juvenal, 65 anos, com adenocarcinoma de antro gástrico, é submetido a gastrectomia subtotal com reconstrução (BII) e linfadenectomia.

O tumor comprometia a serosa e não havia evidências no pré-operatório ou no intra-operatório, de metástases a distância. O exame anátomo-patológico mostrou cinco linfonodos em cadeia 3, todos metastáticos; seis linfonodos em cadeia 4, todos livres; um linfonodo em cadeia 8, livre e um linfonodo em cadeia 9, metastático.

25. O estadiamento da doença:

- a) T3 N2 M0
- b) não pode ser estabelecido
- c) T3 N1 M1
- d) T3 N1 M0

26. As cadeias linfonodais de nível 2 ressecadas são:

- a) supra-pilórica, sub-pilórica e hilo hepático
- b) pequena e grande curvatura e gástrica esquerda
- c) hepática e tronco celíaco
- d) gástrica esquerda, hepática e tronco celíaco

27. Após o procedimento cirúrgico, a vascularização do remanescente gástrico é feita através de:

- a) ramos da gastroepiplóica esquerda
- b) ramos diafragmáticos
- c) vasos gástricos curtos
- d) ramos ascendentes da artéria dorsal do pâncreas

28. A terapêutica adjuvante é:

- a) apenas quimioterapia
- b) radio e quimioterapia
- c) desnecessária
- d) imunoterapia com BCG

Um mês após a alta o paciente queixa-se de grande mal estar, sudorese profusa, cólica intensa e diarreia aquosa que acontecem sempre após alimentar-se.

29. Este quadro é decorrente de:

- a) aumento da microbiota do coto gástrico
- b) perda da capacidade de absorção de vitamina B 12
- c) passagem rápida do bolo alimentar com alta osmolaridade para o delgado proximal
- d) mistura inadequada dos sais biliares e lípase pancreática

Sr. Augusto, 65 anos, com sintomas dispépticos, submete-se a endoscopia digestiva alta.

O exame revela lesão gástrica levemente elevada em grande curvatura do corpo, de 1,5 cm em seu maior diâmetro. Os dois fragmentos das biópsias realizadas sugerem carcinoma intramucoso. Exame físico e TC de abdômen sem evidências de metástases à distância.

30. A conduta mais adequada a seguir é:

- a) US para afastar linfodomegalia peri-gástrica e gastrectomia subtotal
- b) preparo pré-operatório para gastrectomia total com linfadenectomia D2
- c) US endoscópico para confirmação de lesão T1m e ressecção endoscópica
- d) preparo pré-operatório para gastrectomia total com linfadenectomia D1

As questões de 31 a 33 referem-se ao caso a seguir.

Waldir, 45 anos, submetido a antrectomia com reconstrução (BII) e vagotomia troncular.

No segundo mês de pós-operatório apresentou hemorragia digestiva alta. Nova endoscopia revelou sangramento por úlcera de boca anastomótica.

31. A principal hipótese diagnóstica é:

- a) síndrome de Zollinger-Ellison
- b) vagotomia incompleta
- c) antro residual
- d) tratamento clínico inadequado

32. O diagnóstico poderia ser feito por:

- a) teste do vermelho do Congo positivo
- b) elevação de enzimas pancreáticas
- c) nível sérico elevado de gastrina
- d) pH do suco gástrico maior do que 2,5

33. A conduta terapêutica mais adequada é:

- a) complementação da gastrectomia
- b) dose máxima de inibidores da bomba de prótons
- c) doses combinadas de inibidores da bomba de prótons e inibidores H2
- d) enucleação do tumor sempre que possível

Claudia, 35 anos, com disfagia, submeteu-se a endoscopia digestiva alta há 24 horas.

No momento tem dor torácica retroesternal de forte intensidade. Exame físico: PA= 100/60mmHg; FC=100bpm; FR= 21 irpm; TAx= 37.8°C.

34. O exame adequado para o diagnóstico precoce é:

- a) esofagografia
- b) endoscopia digestiva
- c) rx de tórax
- d) ecocardiografia

Antonio, 25 anos, 70 Kg e 1,70 m de altura com 75% de superfície corporal queimada de segundo grau de profundidade.

35. O volume líquido infundido nas primeiras oito horas após o evento deve ser:

- a) 7000 ml
- b) 21000 ml
- c) 5100 ml
- d) 10500 ml

As questões 36 e 37 referem-se ao caso abaixo.

Sr. Paulo, 60 anos, com queixas de refluxo gastroesofágico, realizou endoscopia digestiva alta (EDA).

A EDA mostra, além da esofagite, presença de epitélio de Barret cuja biópsia revelou metaplasia intestinal. Após tratamento clínico realizou nova endoscopia que apresentou o mesmo resultado.

36. A conduta mais adequada para este paciente é:

- a) medidas clínicas anti-refluxo e EDA se houver mudança da sintomatologia
- b) inibidores da bomba de prótons e EDA a cada 2 anos
- c) ressecção endoscópica da área do Barret
- d) repetir a EDA com biópsia feita por outro patologista

37. Se a biópsia revelasse displasia de baixo grau, a conduta mais adequada seria:

- a) inibidores da bomba de prótons e vigilância endoscópica a cada 6 meses
- b) ressecção endoscópica da área do Barret
- c) medidas clínicas anti-refluxo e EDA se houver mudança da sintomatologia
- d) esofagectomia

TAÍS, 35 anos, apresenta aumento do volume abdominal.

Exame físico: massa de consistência endurecida de parede abdominal com limites definidos medindo 10 x 15 cm, indolor à palpação. Cesariana há 7 anos. Não apresenta comorbidade. Exames de imagem: tumor restrito à parede anterior do abdômen, comprometendo toda sua extensão, mas sem invasão da cavidade.

38. O diagnóstico mais provável é:

- a) lipoma
- b) tumor desmóide
- c) hérnia incisional
- d) hematoma da bainha do reto anterior do abdômen

39. A iodo-radioterapia **NÃO** está indicada em paciente de:

- a) 25 anos submetida à lobectomia parcial à esquerda de tireóide por um carcinoma papilífero de 3 cm
- b) 70 anos submetido à tireoidectomia total por carcinoma folicular de 3cm localizado no lobo direito
- c) 45 anos, com recidiva de hipertireoidismo, tendo sido submetida à tireoidectomia "near total" há 1 ano
- d) 80 anos, coronariopata, com doença de Plummer por nódulo de 1,5cm no lobo direito da tireóide e cintigrafia revelando hipocaptação difusa do resto do parênquima

40. Em relação ao carcinoma medular da tireóide (CMT) e o RET Proto-oncogene é correto afirmar que:

- a) 90% dos pacientes com CMT esporádico têm mutação no RET Proto-oncogene
- b) os parentes de pacientes com CMT familiar e negativos para mutação no RET Proto-oncogene devem continuar com investigação anual da mutação.
- c) crianças com mutação no RET Proto-oncogene devem ser submetidas à tireoidectomia total a partir dos 5 anos de idade
- d) os parentes de pacientes com CMT familiar e negativos para mutação no RET Proto-oncogene devem continuar com investigação anual através da calcitonina plasmática

Marília, 54 anos, com cisto de ovário, realizou tomografia computadorizada de abdome.

O exame revelou nódulo sólido de 4cm na glândula supra-renal direita. A paciente é obesa e hipertensa de difícil controle; usa enalapril, β -bloqueador e hidroclorotiazida.

41. A conduta em relação ao nódulo na supra-renal é:

- a) rastreamento hormonal para síndrome de Cushing; feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário e síndrome virilizante
- b) supra-renalectomia direita, dispensando rastreamento hormonal
- c) supra-renalectomia direita duas semanas após a associação de alfa-bloqueador
- d) cintigrafias com metaiodobenzilguanidina e Iodo-colesterol

42. Há indicação de paratireoidectomia em:

- a) hiperparatireoidismo secundário com PTH (paratormônio) pouco elevado
- b) hiperparatireoidismo primário em paciente jovem e assintomático
- c) hiperparatireoidismo secundário com qualquer grau de lesão óssea
- d) produção ectópica de PTH (paratormônio)

As questões de 43 a 45 referem-se ao caso a seguir.

Sr. Mendel, 80 anos, com massa na região inguinal.

Considere as assertivas abaixo.

I - dor na região inguinal é o sintoma característico das hérnias inguinais

II - a manobra de Valsalva auxilia no diagnóstico das hérnias

III - as massas abaixo do ligamento inguinal são muito sugestivas de hérnia inguinal

IV - as hérnias diretas surgem medialmente ao orifício profundo do canal inguinal

V - nas hérnias por deslizamento a principal complicação operatória é a lesão no nervo ileo-hipogástrico

43. Marque as **CORRETAS**:

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

44. Após os exames, o cirurgião optou em realizar a cirurgia pela técnica de Lichtenstein que consiste em sutura de tela de polipropileno em:

- a) ligamento inguinal e no tendão conjunto
- b) fascia transversalis e no tendão conjunto
- c) ligamento inguinal e na fascia de Scarpa
- d) fascia transversalis e no ligamento de Cooper

45. A principal vantagem que a técnica de Lichtenstein oferece é menor índice de:

- a) infecção de sítio cirúrgico
- b) recidiva
- c) lesão dos nervos íleo-inguinal e íleo-hipogástrico
- d) orquite isquêmica

As questões 46 e 47 referem-se ao caso a seguir.

João Paulo, 59 anos, em uso de AINH por contusão muscular em partida de futebol, é admitido na emergência com hematêmese.

Recebeu reposição volêmica com cristalóide e três unidades de concentrados de hemácias. Endoscopia digestiva alta (EDA) revelou úlcera gástrica com vaso visível, que foi coagulado, com estabilização do quadro. Doze horas depois o paciente volta a apresentar sangramento.

Considere as afirmativas abaixo em relação ao sangramento digestivo alto:

- I – as úlceras duodenais da parede posterior raramente sangram
- II – o uso de AINH e o H. Pylori são responsáveis por 80% dos casos de hemorragia digestiva alta
- III- pressão arterial sistólica menor que 80 na admissão e alteração do estado mental são fatores de mau prognóstico
- IV- a presença de vaso visível na EDA indica possibilidade de ressangramento de até 80%
- V- o uso de inibidores de bomba de prótons não está indicado para as úlceras tratadas eficazmente pela escleroterapia

46. Marque as **INCORRETAS**:

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

47. O procedimento cirúrgico mais adequado nesse novo episódio de sangramento é:

- a) excisão da úlcera e rafia simples
- b) gastrectomia sub-total
- c) antrectomia com vagotomia troncular
- d) gastrotomia para ligadura do vaso sangrante e vagotomia super seletiva

As questões de 48 a 50 referem-se ao caso abaixo.

Antonio Carlos, 60 anos, com dor epigástrica atípica.

Ultra-sonografia abdominal: tumor sólido, de cerca de 8 cm, sem plano de clivagem definido com o fundo gástrico e dois volumosos nódulos hepáticos. TC confirmou a hipótese de tumor gástrico exofítico com metástases hepáticas em segmentos IV e VIII. A EDA mostrou compressão extrínseca do fundo gástrico. O tumor foi ressecado e o exame anátomo-patológico revelou neoplasia de origem mesenquimal, com 15 mitoses por 50 campos de grande aumento. Testes imunohistoquímicos positivos para CD 117.

48. A conduta terapêutica mais adequada nesse momento é:

- a) radio e quimioterapia com doxorubicina
- b) preparo pré-operatório para ressecção hepática
- c) quimioembolização das metástases hepáticas
- d) mesilato de imatinibe

49. Em relação ao tumor gástrico a cirurgia realizada foi:

- a) gastrectomia polar
- b) gastrectomia total
- c) ressecção gástrica atípica com margem mínima de 1 cm
- d) gastrectomia subtotal alargada com linfadenectomia D2

50. O potencial de malignidade do tumor em questão é:

- a) alto
- b) moderado
- c) baixo
- d) muito baixo