

CIRURGIA GERAL

(CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO; UROLOGIA; CIRURGIA DO TRAUMA; CIRURGIA ONCOLÓGICA; CIRURGIA PLÁSTICA; CIRURGIA VASCULAR; COLOPROCTOLOGIA; MASTOLOGIA)

TIPO 1 – BRANCA



SUA PROVA

- Além deste caderno contendo **50 (cinquenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de prova o cartão de respostas;
- As questões objetivas têm **5 (cinco)** opções de resposta (A, B, C, D e E) e somente uma delas está correta.



TEMPO

- Você dispõe de **3 (três) horas** para a realização da prova, já incluído o tempo para a marcação do cartão de respostas;
- 1 (uma) hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões;
- A partir dos **30 (trinta) minutos** anteriores ao término da prova é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**.



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova;
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja o caderno de questões;
- Levantar da cadeira sem autorização do fiscal de sala;
- Usar o sanitário ao término da prova.



INFORMAÇÕES GERAIS

- Verifique se seu caderno de questões está completo, sem repetição de questões ou falhas. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal de sala**, para que sejam tomadas as devidas providências;
- Confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade e leia atentamente as instruções para preencher o cartão de respostas;
- Para o preenchimento do cartão de respostas, use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul;
- Assine seu nome apenas no(s) espaço(s) reservado(s) no cartão de respostas;
- Confira seu cargo, cor e tipo do caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de cargo ou cor ou tipo **diferente** do impresso em seu cartão de respostas, o fiscal de sala deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala;
- Reserve tempo suficiente para o preenchimento do seu cartão de respostas. O preenchimento é de sua responsabilidade e **não será permitida a troca do cartão de respostas em caso de erro cometido pelo candidato**;
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas no cartão de respostas;
- A FGV coletará as impressões digitais dos candidatos na lista de presença;
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!

Cirurgia Geral

1

Seu paciente é um homem de 65 anos, tabagista pesado, com diagnóstico de DPOC GOLD IV em uso de broncodilatadores e corticoide inalatório, com indicação para colecistectomia eletiva. Relata dispneia aos pequenos esforços e exacerbão há 2 meses, tratada com antibiótico. Ao exame: FR 20 irpm, saturação O₂ 91% em ar ambiente, murmúrio vesicular difusamente reduzido, sem estertores.

Neste caso, a conduta mais adequada antes da cirurgia será

- (A) prosseguir com a cirurgia, pois não há contra-indicação absoluta.
- (B) suspender a cirurgia até otimização do quadro pulmonar, incluindo fisioterapia respiratória, cessação do tabagismo e ajuste da terapia medicamentosa.
- (C) solicitar ecocardiograma para excluir hipertensão pulmonar como causa da dispneia.
- (D) cancelar a cirurgia, pois pacientes com DPOC grave têm mortalidade inaceitável em cirurgias eletivas.
- (E) solicitar teste ergométrico, pois todo paciente com doença pulmonar deve passar por estratificação funcional.

2

Homem de 70 anos, com antecedente de infarto há 8 anos, revascularizado cirurgicamente, encontra-se em uso de IECA e betabloqueador. Apresenta insuficiência cardíaca classe II (NYHA), sem internações recentes. Tem indicação para colecistectomia eletiva por colecistite crônica calculosa.

Exame físico: PA 120/70 mmHg, FC 68 bpm, sem crepitações pulmonares, sem edemas.

Para esse paciente, a conduta mais adequada em relação ao risco cirúrgico é

- (A) prosseguir com a cirurgia sem necessidade de investigação adicional, mantendo o medicamento usual.
- (B) cancelar a cirurgia, pois insuficiência cardíaca é contra-indicação para cirurgias eletivas.
- (C) solicitar ecocardiograma de rotina para todos os pacientes com histórico de insuficiência cardíaca.
- (D) suspender os betabloqueadores no pré-operatório para evitar hipotensão intraoperatória.
- (E) solicitar teste ergométrico, pois todo paciente com doença cardíaca prévia deve realizar estratificação funcional.

3

Uma paciente de 64 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico avançado, apresenta vômitos frequentes, há 3 semanas, por obstrução gástrica parcial. Relata perda de 15% do peso em 4 meses. IMC atual: 17 kg/m². Exames laboratoriais mostram albumina sérica de 2,6 g/dL e linfócitos totais 800/mm³. Está indicada para gastrectomia eletiva após estabilização clínica.

No preparo pré-operatório, a conduta mais adequada quanto ao suporte nutricional é

- (A) prosseguir com a cirurgia, pois a nutrição parenteral não melhora o prognóstico.
- (B) indicar nutrição parenteral total por, pelo menos, 7 dias antes da cirurgia, já que a via oral/enteral não é viável.
- (C) oferecer apenas suplementação oral hiperproteica, mesmo com intolerância alimentar.
- (D) esperar a paciente recuperar peso espontaneamente, antes de programar a cirurgia.
- (E) iniciar jejum absoluto até o dia da cirurgia, evitando complicações aspirativas.

4

Paciente de 55 anos foi submetido à esplenectomia por trauma abdominal. Após 12 horas da cirurgia, apresenta taquicardia, queda progressiva da pressão arterial e aumento do débito sanguinolento pelo dreno abdominal. O hematocrito caiu de 36% para 26% em poucas horas.

Diante desse caso, assinale a opção que apresenta o diagnóstico mais provável e a conduta imediata.

- (A) Coagulopatia induzida por transfusão – iniciar plasma fresco congelado.
- (B) Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) – apenas fazer monitorização intensiva.
- (C) Infecção do sítio cirúrgico – iniciar antibiótico de amplo espectro.
- (D) Hematoma intra-abdominal estável – realizar conduta expectante.
- (E) Sangramento pós-operatório ativo – proceder à reoperação imediata para hemostasia.

5

O seu paciente é um homem de 45 anos que apresenta disfagia progressiva tanto para líquidos quanto para sólidos, regurgitação noturna e perda ponderal de 8 kg em 6 meses. Uma endoscopia digestiva alta mostra dilatação esofágica sem lesão obstrutiva aparente. A manometria caracteriza ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI) e aperistalse do corpo esofágico.

Diante desse caso, a melhor opção terapêutica definitiva será proceder

- (A) à dilatação pneumática do EEI.
- (B) ao uso contínuo de bloqueadores de bomba de prótons.
- (C) à miotomia de Heller com fundoplicatura parcial.
- (D) à esofagectomia imediata.
- (E) a nitratos e bloqueadores de canal de cálcio como tratamento exclusivo.

6

Uma paciente de 48 anos apresenta história de refluxo gastroesofágico crônico mal controlado. Evolui com disfagia progressiva para sólidos. Uma endoscopia mostra estenose benigna em terço distal do esôfago e mucosa sem sinais de malignidade.

Nesse caso, a conduta terapêutica mais adequada será conduzir à

(A) dilatação endoscópica associada a IBP de uso contínuo.
 (B) esofagectomia imediata.
 (C) radioterapia.
 (D) medida dietética sem tratamento medicamentoso, apenas.
 (E) miotomia de Heller com fundoplicatura.

7

Seu paciente é um homem de 63 anos, tabagista pesado e etilista, que refere disfagia progressiva, odinofagia e emagrecimento acentuado. Na investigação clínica, uma endoscopia mostra lesão vegetante e infiltrativa no terço médio do esôfago. O resultado anatomo-patológico caracteriza carcinoma epidermoide.

Para esse paciente, a conduta com intenção curativa mais indicada, se não houver metástases à distância, será

- (A) dilatação endoscópica seriada.
 (B) quimioterapia exclusiva.
 (C) radioterapia isolada.
 (D) esofagectomia com linfadenectomia regional.
 (E) colocação de prótese esofágica paliativa.

8

Homem de 62 anos, submetido à colectomia esquerda por adenocarcinoma de cólon descendente (estágio II). No pré-operatório, apresentava CEA de 12 ng/mL. Após 3 meses da cirurgia, o CEA encontra-se persistentemente elevado em 9 ng/mL.

Assinale a opção que dá a interpretação mais adequada a esse achado.

- (A) Confirma recidiva tumoral precoce e indica quimioterapia imediata.
 (B) Indica apenas inflamação pós-operatória, sem necessidade de investigação.
 (C) Indica metástase hepática oculta que deve ser ressecada sem exames adicionais.
 (D) Não tem valor clínico, pois o CEA não deve ser usado em câncer colorretal.
 (E) Sugere persistência ou recidiva tumoral, devendo ser investigado com exames de imagem.

9

Mulher de 58 anos apresenta icterícia progressiva, perda de peso e dor abdominal difusa. TC de abdome mostra massa na cabeça do pâncreas. CA 19-9 = 780 U/mL.

A respeito da utilidade do CA 19-9 nesse caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) É diagnóstico definitivo de adenocarcinoma pancreático.
 (B) Não tem qualquer utilidade clínica na prática cirúrgica.
 (C) Serve para rastreamento populacional de câncer de pâncreas.
 (D) Auxilia na suspeita diagnóstica, mas não substitui biópsia e imagem.
 (E) Indica que o paciente tem doença metastática irreversível.

10

Sua paciente de 36 anos tem um nódulo cervical endurecido no lobo direito da tireoide. História familiar positiva de neoplasia endócrina múltipla tipo 2A (MEN2A).

Os exames laboratoriais mostram níveis elevados de calcitonina e CEA. Punção aspirativa confirma carcinoma medular de tireoide. Para esse caso, a conduta cirúrgica a ser realizada é

(A) tireoidectomia parcial com preservação do istmo.
 (B) lobectomia direita da tireoide.
 (C) tireoidectomia total com linfadenectomia central profilática.
 (D) radioterapia adjuvante como tratamento principal.
 (E) apenas vigilância clínica com dosagem seriada de calcitonina.

11

Sua paciente de 38 anos apresenta episódios recorrentes de sudorese, palpitações, tremores e confusão mental, que melhoram rapidamente após ingestão de carboidratos.

Durante internação, foi documentada tríade de Whipple: glicemia < 50 mg/dL, sintomas neuroglicopênicos durante hipoglicemia e alívio imediato após glicose endovenosa. Nos exames, a dosagem de insulina sérica está inapropriadamente elevada no momento da hipoglicemia.

Para essa paciente, a conduta mais adequada é

(A) tratar apenas com dieta fracionada e restrição de açúcares simples.
 (B) usar continuamente diazóxido como tratamento definitivo.
 (C) efetuar pancreatectomia total devido ao risco de múltiplos tumores.
 (D) realizar enucleação do tumor pancreático localizado ou pancreatectomia parcial, conforme a localização.
 (E) proceder à radioterapia pancreática como tratamento inicial.

12

Homem de 54 anos, portador de cirrose hepática por hepatite B, em acompanhamento ambulatorial.

Em rastreamento semestral, uma ultrassonografia revela nódulo hepático sólido de 2,5 cm no lobo direito. Exames laboratoriais: alfafetoproteína -AFP = 560 ng/mL.

A interpretação correta desse achado é

- (A) a elevação da AFP confirma o diagnóstico de carcinoma hepatocelular, sem necessidade de outros exames.
 (B) a AFP elevada sugere carcinoma hepatocelular, mas imagem dinâmica (TC/RM com contraste) é fundamental para confirmar.
 (C) AFP é marcador específico para metástases hepáticas de câncer colorretal.
 (D) a AFP não tem qualquer utilidade prática na cirurgia hepática.
 (E) o valor da AFP indica que o tumor é irssecável, sendo candidato apenas a transplante.

13

No serviço de emergência, dá entrada um homem de 55 anos, tabagista e etilista, que apresenta dor abdominal súbita, difusa, intensa, iniciada há 6 horas. Exame físico: abdome em tábua, defesa involuntária, sinais de irritação peritoneal difusa. A rotina radiológica de abdome agudo mostra pneumoperitônio subdiafragmático.

Diante desse quadro, a conduta mais adequada será

- (A) tratamento conservador com antibióticos e IBP.
- (B) cirurgia de urgência com ráfia da perfuração e epiploplastia (*patch de Graham*).
- (C) gastrectomia total de urgência em todos os casos.
- (D) apenas drenagem peritoneal e antibioticoterapia.
- (E) radioterapia associada à quimioterapia.

14

Homem de 60 anos, tabagista, com história de uso continuado de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), apresenta hematêmese volumosa e instabilidade hemodinâmica. Endoscopia mostra úlcera duodenal com vaso visível não sangrante em fundo fibrinoso.

Nesse caso, a conduta mais adequada será a

- (A) alta hospitalar com IBP oral, além de acompanhamento ambulatorial.
- (B) radioterapia gástrica.
- (C) gastrectomia parcial imediata.
- (D) angiografia apenas diagnóstica, sem intervenção.
- (E) hemostasia endoscópica com injeção ou clipagem associada a IBP endovenoso.

15

Uma mulher de 52 anos apresenta plenitude pós-prandial, dor abdominal vaga e episódio de melena. A endoscopia mostra massa submucosa gástrica em corpo proximal. Resultado da biópsia com imunohistoquímica: positiva para c-KIT (CD117).

Para esse caso, a conduta cirúrgica indicada é efetuar

- (A) gastrectomia radical com linfadenectomia D2.
- (B) ressecção segmentar ou enucleação com margens livres, sem necessidade de linfadenectomia ampla.
- (C) radioterapia adjuvante obrigatória.
- (D) quimioterapia convencional baseada em platinas.
- (E) apenas acompanhamento endoscópico sem intervenção.

16

Chega à emergência uma mulher de 72 anos, portadora de fibrilação atrial crônica, em uso irregular de anticoagulação.

Ela apresenta dor abdominal súbita e intensa, desproporcional ao exame físico (abdome discretamente doloroso, sem defesa). Exames laboratoriais: leucocitose e acidose metabólica. Angiotomografia mostra tromboembolismo na artéria mesentérica superior.

Nesse caso, a conduta indicada é

- (A) antibioticoterapia e observação clínica.
- (B) anticoagulação plena isolada, sem intervenção.
- (C) laparotomia imediata com embolectomia/ressuscitação intestinal e ressecção de alças inviáveis.
- (D) colonoscopia terapêutica para remoção do trombo.
- (E) analgesia e cuidados paliativos iniciais.

17

Paciente masculino de 64 anos apresenta anemia ferropriva, dor abdominal intermitente e perda de 7 kg em 4 meses.

Enteroscopia mostra lesão estenosante em jejunum proximal, e a biópsia confirma adenocarcinoma. Uma tomografia computadorizada não mostra metástases.

Nesse caso, a conduta cirúrgica mais indicada é

- (A) a quimioterapia exclusiva como tratamento inicial.
- (B) apenas o acompanhamento clínico por ser tumor raro.
- (C) a radioterapia abdominal isolada.
- (D) a ressecção segmentar com margens livres e linfadenectomia regional.
- (E) a ressecção endoscópica da lesão.

18

Seu paciente é um homem de 22 anos com história familiar de câncer colorretal em múltiplos parentes de primeiro grau.

A colonoscopia mostra centenas de pólipos adenomatosos difusos, em todo o cólon e o reto. Exames genéticos confirmam mutação no gene APC.

A conduta cirúrgica mais adequada para esse paciente é

- (A) colectomia total com ileorretoanastomose, mantendo o reto.
- (B) retossigmoidectomia com preservação do cólon proximal.
- (C) proctocolectomia total com anastomose íleo-anal em bolsa (reservatório íleal).
- (D) seguimento apenas endoscópico, sem intervenção cirúrgica.
- (E) radioterapia profilática para o reto.

19

Mulher de 42 anos, cuja mãe e irmã tiveram câncer colorretal antes dos 50 anos, apresenta dor abdominal crônica e alteração do hábito intestinal.

Uma colonoscopia mostra lesão no cólon direito. Biópsia confirma adenocarcinoma. A imunohistoquímica revela deficiência em proteínas de reparo de DNA (MLH1, MSH2).

A conduta cirúrgica mais apropriada, nesse caso, é

- (A) colectomia total com ileorretoanastomose, devido ao risco elevado de neoplasias metacônicas.
- (B) ressecção segmentar limitada do cólon direito com linfadenectomia.
- (C) apenas ressecção endoscópica da lesão.
- (D) radioterapia profilática de cólon residual.
- (E) seguimento clínico sem cirurgia imediata, pois é uma neoplasia de baixo risco.

20

Homem de 66 anos, com história de diverticulite recorrente, chega à emergência com dor intensa em fossa ilíaca esquerda, febre, taquicardia e sinais de irritação peritoneal difusa.

Uma tomografia computadorizada abdominal mostra perfuração diverticular com peritonite generalizada.

Diante desse caso, a conduta cirúrgica mais adequada será

- (A) antibioticoterapia isolada e alta hospitalar precoce.
- (B) radioterapia abdominal paliativa.
- (C) ressecção segmentar do cólon e anastomose primária em todos os casos.
- (D) apenas drenagem peritoneal sem ressecção.
- (E) ressecção do sigmoide com colostomia terminal e fechamento do coto retal (Hartmann).

21

Paciente de 54 anos, sexo feminino, foi submetida à appendicectomia por quadro de apendicite aguda.

O exame histopatológico mostrou adenocarcinoma mucinoso do apêndice, comprometendo a base do órgão.

Diante desse caso, a conduta cirúrgica complementar indicada será

- (A) apenas observação clínica, pois a appendicectomia é suficiente.
- (B) colectomia direita oncológica com linfadenectomia.
- (C) radioterapia abdominal profilática.
- (D) quimioterapia isolada sem cirurgia adicional.
- (E) sigmoidectomia eletiva.

22

Homem de 33 anos apresenta dor abdominal difusa há 48 horas, febre, taquicardia e leucocitose.

O exame físico revela defesa em quadrante inferior direito. Uma tomografia computadorizada mostra apêndice perfurado com peritonite difusa.

A melhor conduta cirúrgica, para esse paciente, é

- (A) antibióticos isolados e observação hospitalar.
- (B) appendicectomia laparoscópica ou aberta com lavagem e drenagem peritoneal.
- (C) alta hospitalar com analgésicos e reavaliação em 24 h.
- (D) apenas drenagem percutânea da coleção.
- (E) radioterapia abdominal.

23

Na sua Unidade de Emergência, chega um homem de 27 anos com dor abdominal iniciada em região periumbilical há 48 h, migrando para fossa ilíaca direita. Apresenta febre 38,5 °C, leucocitose de 17.000/mm³. Exame físico: dor intensa em FID, defesa e massa palpável dolorosa.

A tomografia computadorizada de abdome mostra apêndice perfurado com flegmão periappendicular, sem abscesso definido.

Diante desse caso, a melhor conduta inicial a ser adotada é:

- (A) appendicectomia de urgência obrigatória.
- (B) colectomia direita imediata.
- (C) alta hospitalar com analgésicos e retorno ambulatorial.
- (D) radioterapia abdominal.
- (E) antibióticos endovenosos, observação clínica e appendicectomia intervalar se necessário.

24

Sua paciente é uma mulher de 63 anos que se queixa de dor em fossa ilíaca esquerda, há 4 dias, e febre de 38 °C. Uma TC de abdome mostra diverticulite no sigmoide com abscesso de 4 cm. Sem sinais de peritonite difusa.

Diante desse caso, a conduta inicial mais adequada é

- (A) receber antibióticos endovenosos e drenagem percutânea do abscesso.
- (B) realizar Hartmann imediato.
- (C) realizar colectomia eletiva obrigatória após o primeiro episódio.
- (D) prescrever apenas analgesia e alta hospitalar.
- (E) realizar radioterapia pélvica profilática.

25

Homem de 35 anos, vítima de acidente automobilístico, apresenta dor em hipocôndrio direito e taquicardia. FAST positivo para líquido livre. TC abdominal com contraste: laceração hepática grau III (AAST), paciente hemodinamicamente estável.

A conduta inicial mais adequada é

- (A) laparotomia imediata obrigatória.
- (B) embolização arterial profilática.
- (C) ressecção hepática de urgência.
- (D) tratamento não operatório em UTI, com monitorização e TC seriada.
- (E) alta hospitalar imediata com retorno ambulatorial.

26

Homem de 40 anos, vítima de colisão frontal, apresenta dor abdominal difusa e sinais de peritonite. Uma TC com contraste mostra líquido livre difuso sem lesão de víscera maciça evidente.

A conduta mais adequada para o caso é

- (A) laparotomia exploradora imediata para investigação e reparo.
- (B) observação clínica por 24h.
- (C) colonoscopia diagnóstica urgente.
- (D) radioterapia abdominal.
- (E) antibióticos isolados sem cirurgia.

27

Homem de 32 anos, vítima de colisão de moto, chega à sala de trauma em choque: PA 70/40 mmHg, taquicardia, dispneia grave, desvio de traqueia para a esquerda e ausência de murmúrio vesicular no hemitórax direito.

Nesse caso, a sua conduta imediata será a

- (A) colocação de dreno de tórax em selo d'água no 5º espaço intercostal.
- (B) realização de toracotomia imediata no pronto-socorro.
- (C) punção descompressiva com agulha no 2º espaço intercostal direito, seguida de drenagem em selo d'água.
- (D) intubação orotraqueal com ventilação com pressão positiva antes da drenagem.
- (E) solicitação TC de tórax para confirmação diagnóstica.

28

Homem de 45 anos chega ao pronto-socorro com ferimento por arma de fogo em hemitórax esquerdo. Apresenta-se estável. É realizada drenagem torácica imediata, com saída inicial de 1600 mL de sangue.

Nesse caso, a conduta correta é

- (A) realizar observação em UTI com monitorização hemodinâmica.
- (B) fazer reposição volêmica, além de manter dreno em selo d'água.
- (C) indicar toracotomia imediata.
- (D) solicitar angio-TC antes de qualquer decisão.
- (E) prescrever alta hospitalar após estabilização.

29

Mulher de 26 anos foi vítima de acidente automobilístico com trauma torácico fechado. Saturação O₂ 85% em ar ambiente, taquipneia. Telerradiografia torácica mostra infiltrado alveolar difuso em lobo inferior direito. Uma TC confirma contusão pulmonar extensa.

Diante desse quadro, a conduta inicial mais adequada será

- (A) radioterapia torácica.
- (B) lobectomia imediata para ressecção do parênquima lesado.
- (C) antibioticoterapia profilática de amplo espectro obrigatória.
- (D) alta hospitalar com analgesia.
- (E) oxigenoterapia suplementar e suporte ventilatório conforme necessidade.

30

Homem de 55 anos, politraumatizado, apresenta dispneia intensa, crepitação óssea e movimento paradoxal da parede torácica à inspiração. Não há evidências radiológicas de hemopneumotórax. A gasometria mostra hipoxemia grave.

A conduta inicial mais adequada é

- (A) radioterapia torácica paliativa.
- (B) toracotomia exploradora imediata.
- (C) observação clínica em enfermaria com O₂ por cateter.
- (D) ventilação mecânica com pressão positiva e analgesia adequada.
- (E) cirurgia ortopédica de estabilização de costelas.

31

Na sua Unidade de Emergência dá entrada um homem de 28 anos que foi vítima de ferimento por arma branca em região cervical anterior (zona II). Chega estável, sem sinais de choque. Apresenta enfisema subcutâneo e discreta disfagia, sem sangramento ativo.

A conduta mais adequada para o caso é

- (A) exploração cirúrgica imediata obrigatória.
- (B) observação clínica e alta hospitalar após analgesia.
- (C) avaliação com angiotomografia cervical, seguida de exploração seletiva se necessário.
- (D) radioterapia cervical profilática.
- (E) colonoscopia diagnóstica para descartar perfuração associada.

32

Homem de 35 anos foi vítima de ferimento, por projétil de arma de fogo, em região cervical lateral direita. Chega consciente, estável, mas apresenta sopro cervical palpável e hematoma expansivo.

Diante desse quadro, a conduta imediata é

- (A) exploração cirúrgica da lesão vascular cervical.
- (B) observação clínica com antibioticoterapia.
- (C) angio-TC cervical apenas, sem outra intervenção.
- (D) alta hospitalar após estabilização clínica.
- (E) radioterapia profilática de vasos cervicais.

33

Mulher de 27 anos encontra-se na emergência por queda de grande altura. Está consciente, com tetraplegia flácida, arreflexia e PA 80 x 40 mmHg, FC 55 bpm.

A melhor interpretação e a conduta inicial são:

- (A) choque hipovolêmico → expandir com cristaloides.
- (B) choque neurogênico → fazer reposição volêmica limitada + vasopressores.
- (C) choque séptico precoce → iniciar antibióticos imediatos.
- (D) choque cardiogênico → iniciar drogas inotrópicas específicas.
- (E) choque anafilático → administrar adrenalina intramuscular.

34

Homem de 40 anos, vítima de colisão automobilística, chega a emergência hipotensivo (PA 70 x 40 mmHg), taquicárdico, com instabilidade pélvica ao exame físico (pelve aberta à compressão). Realizou-se um FAST, que resultou negativo para líquido livre intra-abdominal.

Nesse caso, a conduta inicial mais indicada é

- (A) laparotomia exploradora imediata.
- (B) estabilização pélvica com fixador externo ou cinturão pélvico, associada a reposição volêmica e considerar embolização arterial.
- (C) radioterapia pélvica para controle do sangramento.
- (D) observação clínica em enfermaria.
- (E) antibioticoterapia isolada.

35

Paciente do sexo masculino, de 36 anos, com hipertensão resistente ao tratamento e hipocalémia persistente. Aldosterona plasmática elevada, renina suprimida. Uma tomografia computadorizada mostra nódulo adrenal unilateral de 2,5 cm.

A melhor conduta cirúrgica para esse paciente será

- (A) adrenalectomia unilateral laparoscópica.
- (B) adrenalectomia bilateral obrigatória.
- (C) apenas espironolactona contínua, sem cirurgia.
- (D) radioterapia adrenal.
- (E) alta hospitalar com observação.

36

Homem de 62 anos foi submetido a uma tomografia computadorizada por dor lombar.

Achado incidental: massa adrenal direita de 3,5 cm, homogênea, densidade < 10 UH. Exames hormonais para as adrenais são normais.

A melhor conduta para o caso é

- (A) ressecção cirúrgica imediata.
- (B) alta sem qualquer seguimento.
- (C) radioterapia profilática da adrenal.
- (D) quimioterapia preventiva.
- (E) acompanhamento clínico e radiológico periódico.

37

Mulher de 32 anos, usuária de anticoncepcional oral há 10 anos, apresenta dor no hipocôndrio direito. Uma TC mostra lesão hepática de 6 cm, compatível com adenoma hepático.

Diante desse caso, a conduta indicada é

- (A) acompanhamento clínico, apenas.
- (B) radioterapia abdominal.
- (C) suspender anticoncepcional e observar indefinidamente.
- (D) ressecção hepática da lesão.
- (E) quimioterapia sistêmica.

38

Homem de 58 anos, portador de cirrose alcoólica, apresenta esplenomegalia, ascite moderada e plaquetopenia. A endoscopia digestiva alta mostra varizes esofágicas calibrosas.

O exame considerado padrão-ouro para diagnóstico hemodinâmico de hipertensão portal é a(o)

- (A) ultrassonografia com Doppler.
- (B) tomografia de abdome com contraste.
- (C) cateterismo venoso hepático com medida do gradiente de pressão portossistêmica (HVPG).
- (D) endoscopia digestiva alta.
- (E) ressonância magnética do fígado.

39

Um homem de 22 anos, praticante de musculação, procura o pronto-socorro relatando abaulamento na região inguinal direita há 6 meses, que aumenta ao esforço e desaparece em repouso. Ao exame, nota-se tumoração mole, redutível, que protrui ao anel inguinal profundo durante a manobra de Valsalva.

O diagnóstico mais provável e a conduta cirúrgica indicada são, respectivamente,

- (A) hérnia femoral – correção com técnica de McVay.
- (B) hérnia inguinal direta – observação clínica.
- (C) hérnia epigástrica – ressecção com sutura primária.
- (D) hérnia inguinal indireta – hernioplastia com tela de Lichtenstein.
- (E) hérnia incisional – correção laparoscópica por TAPP.

40

Uma mulher de 64 anos, obesa, apresenta dor abdominal súbita e abaulamento irreduzível em região inguinal esquerda. Há náuseas e vômitos, abdome distendido e doloroso difusamente.

A melhor conduta imediata a ser instituída é

- (A) solicitar tomografia para avaliar conteúdo herniário.
- (B) tentar redução manual prolongada em pronto-socorro.
- (C) iniciar antibioticoterapia e observação clínica.
- (D) indicar observação hospitalar com analgesia.
- (E) indicar laparotomia/laparoscopia imediata para herniorrafia e possível ressecção intestinal.

41

Um homem de 72 anos, agricultor, apresenta lesão nodular perolada, com telangiectasias, na asa do nariz, de crescimento lento, sem linfonodomegalias palpáveis.

Nesse caso, a melhor conduta inicial é

- (A) radioterapia exclusiva.
- (B) ressecção cirúrgica com margens de 4 mm.
- (C) quimioterapia sistêmica com cisplatina.
- (D) observação clínica, já que a lesão é indolente.
- (E) crioterapia ambulatorial sem biópsia prévia.

42

Uma paciente de 35 anos, submetida a *by-pass* gástrico em Y de Roux há 3 meses, apresenta episódios de taquicardia, sudorese, tremores e diarreia, logo após refeições ricas em carboidratos.

Seu diagnóstico mais provável é

- (A) síndrome de *dumping* precoce.
- (B) hipoglicemia tardia pós-prandial.
- (C) estenose da anastomose gastrojejunal.
- (D) deficiência de vitamina B12.
- (E) fístula gastrojejunal.

43

Paciente de 54 anos, IMC 39 kg/m², portador de Diabetes Mellitus tipo 2 grave, em uso de múltiplos fármacos, apresenta também doença do refluxo gastroesofágico severa e esôfago de Barrett confirmados por endoscopia. Está em avaliação para cirurgia bariátrica.

A melhor técnica cirúrgica indicada será

- (A) gastrectomia vertical (*sleeve*).
- (B) *by-pass* gástrico em Y de Roux.
- (C) banda gástrica ajustável.
- (D) balão intragástrico endoscópico.
- (E) *switch* duodenal com derivação biliopancreática.

44

Homem de 35 anos, vítima de acidente automobilístico, chega em choque hipovolêmico classe IV. Após reposição inicial de fluidos, apresenta acidose metabólica grave (pH 7,1), hipotermia (34 °C) e sangramento difuso.

Nesse caso, a seguinte complicação está presente:

- (A) sepse grave.
- (B) choque neurogênico.
- (C) síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS).
- (D) síndrome de compartimento abdominal.
- (E) tríade letal do trauma (acidose, hipotermia e coagulopatia).

45

Paciente, sexo masculino, 46 anos, saudável, é encaminhado para retirada ambulatorial de um lipoma de 4 cm de diâmetro, na região dorsal superior. A decisão foi realizar o procedimento sob anestesia local.

Durante o preparo, o residente pergunta ao cirurgião qual seria a melhor escolha e a concentração do anestésico local, considerando eficácia, segurança e duração adequadas para o porte do procedimento.

Nesse caso, a escolha adequada para o procedimento é

- (A) lidocaína 1% com adrenalina 1:100.000, respeitando dose máxima de 7 mg/kg, permite bloqueio rápido, boa hemostasia e duração adequada para exérese simples.
- (B) bupivacaína 0,5% sem vasoconstritor, por ter menor risco de toxicidade sistêmica e início mais rápido do que a lidocaína.
- (C) procaína 2% sem adrenalina, indicada por ser amida estável, de longa duração e baixa alergogenicidade.
- (D) ropivacaína 1% com adrenalina, indicada por promover bloqueio superficial de curta duração e baixa cardiotoxicidade.
- (E) lidocaína 2% sem vasoconstritor, por proporcionar vasodilatação local e maior difusão tecidual, reduzindo o risco de necrose.

46

Uma mulher de 62 anos, diabética e tabagista, é submetida a uma colectomia eletiva por neoplasia de cólon. No 6º dia pós-operatório, ela apresenta leve deiscência da ferida operatória, com exsudato seroso e tecido de granulação visível, sem sinais de infecção.

Durante a visita, o residente pergunta ao cirurgião sobre qual fase do processo de cicatrização está predominando e quais mecanismos celulares e bioquímicos são mais importantes nesse estágio.

Das opções a seguir, assinale a que descreve corretamente essa fase da cicatrização e seus principais componentes.

- (A) Fase inflamatória, caracterizada pela migração de fibroblastos e deposição de colágeno tipo I, com início imediato após o fechamento da ferida.
- (B) Fase inflamatória tardia, caracterizada pela predominância de macrófagos e início da epitelização.
- (C) Fase de maturação, definida pela migração de neutrófilos e fagocitose de detritos celulares.
- (D) Fase proliferativa, marcada pela formação de tecido de granulação, angiogênese e deposição inicial de colágeno tipo III.
- (E) Fase de remodelação, na qual há substituição do colágeno tipo I por colágeno tipo III e aumento da vascularização do tecido cicatricial.

47

Um paciente de 63 anos, portador de aneurisma da aorta abdominal infrarrenal de 6,8 cm, é admitido para correção cirúrgica eletiva.

O cirurgião-chefe discute com a equipe residente a escolha da melhor via de acesso para proporcionar exposição adequada da aorta infrarrenal, controle vascular proximal e distal seguro, além de menor taxa de complicações respiratórias e de ferida operatória.

Das abordagens cirúrgicas descritas abaixo, a mais apropriada para esse caso será

- (A) incisão mediana supra e infraumbilical, estendendo-se do apêndice xifoide ao púbis.
- (B) incisão subcostal direita estendida para o flanco, tipo Kocher.
- (C) incisão transversa infraumbilical bilateral, tipo Pfannenstiel.
- (D) incisão paramediana esquerda, paralela à linha alba.
- (E) incisão retroperitoneal oblíqua esquerda, do 10º espaço intercostal à crista ilíaca.

48

Um homem de 59 anos, portador de DPOC grave, encontra-se entubado há 14 dias em UTI após sepse pulmonar, sem previsão de extubação precoce. O cirurgião é solicitado para realizar uma traqueostomia eletiva à beira do leito. O paciente apresenta instabilidade hemodinâmica, PEEP moderada (8 cm H₂O) e bom controle de oxigenação.

Considerando as recomendações técnicas e de segurança, das condutas descritas a seguir, a mais correta quanto à execução do procedimento é

- (A) interromper completamente a ventilação durante a confecção do orifício traqueal, para evitar escape de ar e risco de enfisema subcutâneo.
- (B) realizar incisão vertical ampla desde a fúrcula esternal até o 1º anel traqueal, dissecando cegamente até o lúmen.
- (C) realizar incisão horizontal entre o 3º e 4º anel traqueal, com identificação prévia do istmo da tireoide, mantendo o tubo orotraqueal parcialmente insuflado e recuado sob visão direta.
- (D) escolher sempre a traqueostomia percutânea guiada por broncoscopia, independentemente da anatomia do pescoço e da experiência da equipe.
- (E) inserir a cânula após secção do primeiro anel traqueal, acima da cartilagem cricoide, garantindo menor distância até a glote.

49

Um cirurgião realiza uma colectomia laparoscópica em um paciente com adenocarcinoma de cólon. Durante o procedimento, utiliza um instrumento de energia para dissecção e selagem vascular. Após o caso, o residente pergunta sobre as diferenças entre os dispositivos de energia disponíveis e os cuidados necessários no seu uso.

Assinale a afirmativa correta, a respeito do princípio e da aplicação clínica dos principais instrumentos de energia em cirurgia.

- (A) O bisturi harmônico utiliza corrente elétrica de alta frequência que causa desnaturação proteica por calor direto, com temperaturas superiores a 400 °C.
- (B) O bisturi elétrico monopolar é mais seguro em cavidades fechadas do que o bipolar, pois a corrente elétrica percorre menor distância entre os eletrodos.
- (C) Os dispositivos de energia bipolar avançada (como LigaSure®) selam vasos de até 7 mm por meio de desidratação do colágeno e elastina com controle automático de energia.
- (D) O laser de CO₂ é frequentemente utilizado para selagem de vasos profundos em laparoscopia devido à sua alta penetração tecidual.
- (E) O uso de energia ultrassônica não causa liberação de fumaça cirúrgica, pois não há vaporização tecidual.

50

Durante uma colecistectomia laparoscópica eletiva, o residente responsável pela checagem pré-operatória nota que o prontuário não contém informações sobre alergias medicamentosas, e o paciente menciona, já na sala de cirurgia, ter tido, em situação anterior, uma reação à penicilina. O anestesiologista também observa que a profilaxia antibiótica foi prescrita com cefazolina.

Diante dessa situação, a conduta mais apropriada, dentro dos princípios de segurança do paciente em cirurgia, é

- (A) prosseguir com o antibiótico prescrito, pois a cefazolina raramente causa reação cruzada com penicilina.
- (B) substituir a cefazolina por clindamicina, sem necessidade de notificação formal, pois o problema foi identificado antes da administração.
- (C) administrar um anti-histamínico profilático e manter o antibiótico conforme prescrição.
- (D) interromper o procedimento até que seja realizada a verificação completa da alergia, e registrar formalmente o evento como desvio de segurança.
- (E) solicitar que o residente anote a alergia no prontuário e prossiga com o antibiótico, pois a profilaxia deve ser administrada antes da indução anestésica.

Realização

