



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO ANO DE 2019

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA COM EXIGÊNCIA DE PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL

CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

18 de novembro de 2018

BOLETIM DE QUESTÕES

Nome: _____ N.º de Inscrição: _____

LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTEs.

- 1 Confira se o Boletim que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique ao fiscal de sala.
- 2 Este Boletim contém a PROVA OBJETIVA.
- 3 O Boletim de Questões consistirá de 20 (vinte) questões de múltipla escolha, sendo 20 (vinte) questões da especialidade Cirurgia Geral. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) alternativas, identificadas por (A), (B), (C), (D) e (E), das quais apenas uma é correta.
- 4 Confira se, além deste Boletim, você recebeu o Cartão-Resposta, destinado à marcação das respostas das questões objetivas.
- 5 É necessário conferir se a prova está completa e sem falhas, bem como se seu nome e o número de sua inscrição conferem com os dados contidos no Cartão-Resposta. Em caso de divergência, comunique imediatamente o fiscal de sala.
- 6 O Cartão-Resposta só será substituído se nele for constatado erro de impressão.
- 7 Será de exclusiva responsabilidade do candidato a certificação de que o Cartão-Resposta que lhe for entregue no dia da prova é realmente o seu.
- 8 Após a conferência, assine seu nome no espaço próprio do Cartão-Resposta.
- 9 No Cartão-Resposta não serão computadas as questões cujas alternativas estiverem sem marcação, com marcação a lápis, com mais de uma alternativa marcada e aquelas que contiverem qualquer espécie de corretivo sobre as alternativas.
- 10 A marcação do Cartão-Resposta deve ser feita com caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
- 11 O Cartão-Resposta será o único documento considerado para a correção. O Boletim de Questões deve ser usado apenas como rascunho e não valerá, sob hipótese alguma, para efeito de correção.
- 12 O tempo disponível para esta prova é de quatro horas, com início às 14 horas e término às 18 horas, observado o horário de Belém/PA.
- 13 O candidato deverá permanecer obrigatoriamente no local de realização da prova por, no mínimo, duas horas após o início da prova.
- 14 Ao terminar a prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o Boletim de Questões e o Cartão-Resposta, e assinar a Lista de Presença.

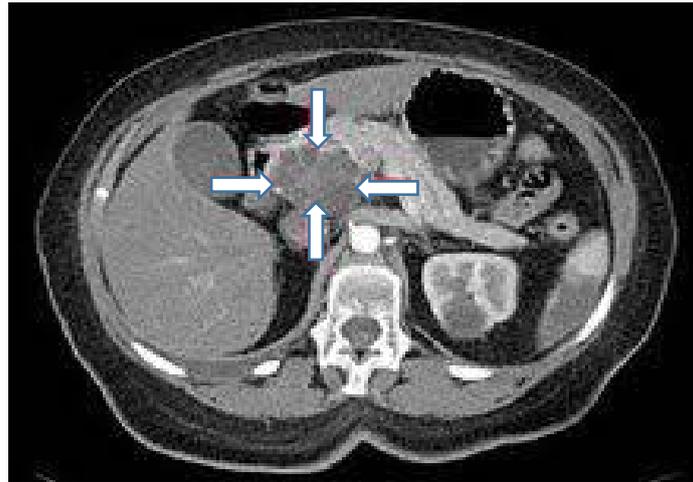


MARQUE A ÚNICA ALTERNATIVA CORRETA NAS QUESTÕES DE 1 A 20.

CIRURGIA GERAL

- 1 Com relação ao estudo das hérnias, é correto afirmar:
- (A) A maioria das hérnias estranguladas é direta.
 - (B) As hérnias femorais apresentam baixas taxas de estrangulamento e recomenda-se que todas elas sejam reparadas no momento do seu diagnóstico.
 - (C) O ligamento de cooper é formado pelo periósteo e pela fáscia ao longo do ramo superior do púbis.
 - (D) Na classificação de nyhus, a hérnia tipo IIIa é uma hérnia inguinal indireta e com destruição da parede posterior.
 - (E) Lesão do nervo genitofemoral é causa importante de orquite isquêmica.
- 2 S.C.S, sexo feminino, 45 anos, após cirurgia de herniorrafia pela técnica de “tension-free”, evoluiu com dor na face interna da coxa e nos grandes lábios. A provável complicação associada à cirurgia descrita foi
- (A) trombose do plexo pampiniforme.
 - (B) lesão do nervo ilioinguinal.
 - (C) lesão do ramo genital do genitofemoral.
 - (D) dor psicogênica.
 - (E) lesão do nervo ilio-hipogástrico.
- 3 S.A.P, sexo feminino, 70 anos, foi submetida à retossigmoidectomia a hartmannn, por doença diverticular complicada, há 2 anos. No pós-operatório, apresentou infecção da ferida operatória e, posteriormente, hérnia incisional. Foi internada para reconstrução de trânsito intestinal, com preparo pré-operatório apropriado. A respeito da conduta operatória, é correto afirmar:
- (A) Devido à morbidade e à mortalidade da reconstrução de trânsito, deve ser realizada somente a correção da hérnia incisional, com ou sem tela, a critério do cirurgião.
 - (B) A hérnia deve ser tratada com prótese e o trânsito intestinal reconstruído, porém deve ser feita obrigatoriamente colostomia de proteção, devido ao risco de deiscência da anastomose.
 - (C) Deve ser feita apenas a reconstrução do trânsito intestinal, neste momento, por ser uma cirurgia contaminada.
 - (D) Deve ser feita a reconstrução do trânsito intestinal com a correção da hérnia, porém sem utilizar prótese de polipropileno, pelo risco proibitivo de infecção desse material.
 - (E) Em princípio, deve ser corrigida a hérnia com prótese de polipropileno ou similar, no mesmo tempo da reconstrução de trânsito. Não há aumento na incidência de infecção de sítio cirúrgico.
- 4 O melhor tratamento cirúrgico indicado para paciente portador de DRGE que não responde bem ao tratamento clínico é a
- (A) gastrectomia subtotal com anastomose em y de roux.
 - (B) funduplicatura.
 - (C) hiatoplastia.
 - (D) hiatoplastia+funduplicatura.
 - (E) vagotomia.
- 5 O número dos linfonodos da cadeia infrapilórica é
- (A) 4.
 - (B) 6.
 - (C) 5.
 - (D) 8.
 - (E) 7.

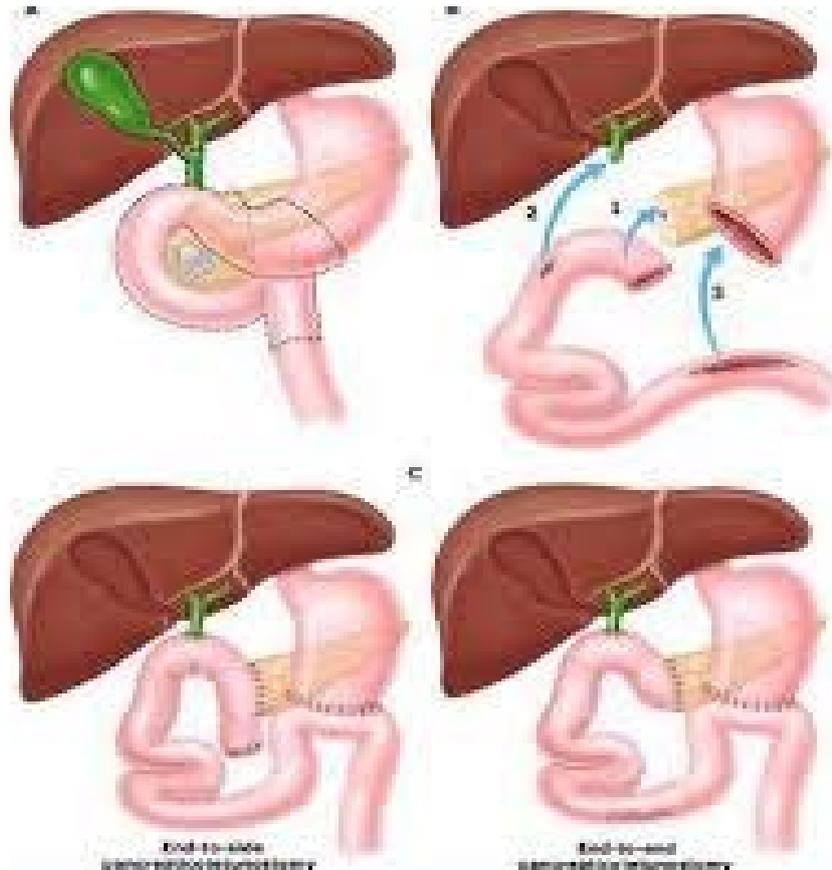
- 6 Paciente, 74 anos, sexo masculino, evolui com síndrome consuptiva, astenia, perda de peso, icterícia intermitente e presença de sangue oculto positivo nas fezes. O melhor diagnóstico para o caso em questão é
- (A) neoplasia gástrica avançada.
 - (B) neoplasia de intestino delgado.
 - (C) colangiocarcinoma distal.
 - (D) neoplasia de papila duodenal.
 - (E) coledocolitíase.
- 7 Paciente, 68 anos, ex-tabagista, negro, iniciou quadro de icterícia progressiva e perda de peso acentuada há dois meses. Foi ao médico, que detectou bilirrubina total de 8 mg/dl com 6 mg/dl de bilirrubina direta, além de elevação de enzimas canaliculares. Fez TC de abdome contrastada, conforme figura a seguir.



De acordo com o quadro descrito e com a figura acima, é correto afirmar:

- (A) As setas indicam uma neoplasia de antro gástrico, estado indicado: gastrectomia subtotal a D2.
- (B) O diagnóstico de neoplasia de cabeça de pâncreas deve ser confirmado por biópsia via ecoendoscopia antes de se indicar cirurgia de Whipple.
- (C) O diagnóstico é de neoplasia de corpo de pâncreas, indicando uma videolaparoscopia prévia para evitar grandes incisões na presença de eventual carcinomatose peritoneal.
- (D) As setas indicam linfonodomegalia de uma suposta doença linfoproliferativa, a ser tratada com quimioterapia exclusiva.
- (E) Apesar do tamanho considerável desta neoplasia e do mal prognóstico na maioria das vezes, não se notam critérios de irresssecabilidade, estando indicado o tratamento cirúrgico com intenção curativa.

8 Observe a figura abaixo.



Em relação à figura, é **incorreto** afirmar:

- (A) A figura representa uma gastroduodenopancreatectomia cefálica, procedimento utilizado na ressecção de tumores periampulares.
- (B) Nesta cirurgia, retira-se a vesícula biliar, ducto colédoco, duodeno, jejuno proximal, cabeça e processo uncinado do pâncreas e antro gástrico.
- (C) São diversas as técnicas possíveis para reconstituir o trato digestivo pós-ressecção, sendo representada na figura a reconstrução em dupla alça.
- (D) A anastomose pancreatojejunal, a mais delicada de todas, geralmente é confeccionada utilizando a técnica de telescopagem ou ducto-mucosa.
- (E) As invasões venosas portal ou de mesentérica superior não são mais consideradas como critério de irresssecabilidade durante esta cirurgia.

9 Em relação ao câncer gástrico precoce, é correto afirmar que

- (A) aparece como tumores de diâmetro menor que 1,5 cm, sem ultrapassar a serosa.
- (B) aparece como tumores de estágio I ou II em pacientes com menos de 40 anos.
- (C) atinge apenas a mucosa e a submucosa, mas pode ter linfonodos metastáticos.
- (D) aparece como tumores de estágio I com menos de 2 meses de sintomas.
- (E) atinge até a serosa, mas não pode ter linfonodos metastáticos.

10 Sobre a colecistopatia, é **incorreto** afirmar:

- (A) A perfuração é a complicação mais comum de colecistite aguda e pode ocorrer em até 10% dos casos.
- (B) Pancreatite aguda, hepatite e apendicite aguda são as principais doenças que devem ser incluídas no diagnóstico diferencial de colecistite aguda.
- (C) Cálculos biliares estão presentes em 95% dos pacientes com colecistite aguda.
- (D) A colecistectomia é o procedimento de escolha para o tratamento da colecistite aguda, sendo a via aberta (convencional) a escolhida, devido à taxa de conversão ser alta, acima de 50%.
- (E) A presença de cálculos na vesícula biliar é confirmada pela ultrasonografia com aparecimento de falha de enchimento na luz do vesículo com formação de sombra acústica posterior.



- 11 Em relação ao diagnóstico das fístulas anais, é correto afirmar:
- (A) Na maioria das vezes, o exame proctológico não é suficiente para indicar o tratamento de um paciente com fístula anal.
 - (B) Orifícios externos localizados na fossa isquirretal geralmente estão associados a fístulas supraesfincterianas e interesfincterianas.
 - (C) A regra de Goodsall tem maior acurácia nas fístulas anteriores.
 - (D) Na presença de múltiplos orifícios e quando não se identifica o orifício interno, os exames de imagem podem ser necessários.
 - (E) Ultrassom endorretal tem pouca eficácia no diagnóstico das fístulas complexas.
- 12 Paciente, 38 anos, procedente do interior do estado, há aproximadamente 3 anos com dor abdominal de início em epigástrio e posteriormente em faixa no andar superior do abdome. Teve vários episódios de vômitos. Ao exame consciente, orientado eupneico, normocorado, desidratado (+/4+), frequência cardíaca 98 bpm, PA 120x80 mmHg, sem comorbidade, abdome flácido, doloroso em andar superior, sem irritação peritoneal. Laboratório 12000 leucócitos, lipase 1.100 U/L, amilase 1200 U/L. Fez ultrassom abdominal que mostrou microcálculos na vesícula com discreto espessamento da vesícula biliar. A tomografia de abdome mostrou o escore de Balthazar B, Em relação a esse quadro, é correto afirmar:
- (A) A paciente deverá ser tratada preferencialmente em UTI.
 - (B) Balthazar B significa necrose pancreática.
 - (C) A paciente deverá ser submetida à CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) de imediato.
 - (D) Iniciar antibiótico imediatamente e de preferência imipenem.
 - (E) A paciente deverá ser submetida à colecistectomia videolaparoscópica na mesma internação hospitalar após melhora clínica.
- 13 Sobre o tratamento cirúrgico da pancreatite aguda, é correto afirmar:
- (A) A presença de gás no tecido pancreático necrótico é indicação de cirurgia.
 - (B) A cirurgia de urgência está sempre indicada quando o paciente estiver com febre.
 - (C) Nos cálculos impactados na pupila duodenal, fazer a cirurgia de Whipple.
 - (D) Pancreatite aguda pós-CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) é sempre de tratamento cirúrgico.
 - (E) O tratamento cirúrgico por videolaparoscopia nunca está indicado.
- 14 Sobre o diagnóstico diferencial das lesões hepáticas benignas, é correto afirmar:
- (A) Hemangiomas são as lesões mais raras.
 - (B) Adenomas apresentam componente gorduroso na ressonância magnética.
 - (C) Adenomas apresentam cicatriz central nos exames de imagem.
 - (D) Hiperplasia nodular focal apresenta comportamento hipovascular nos exames contrastados.
 - (E) Sempre é necessária a realização de biópsia para fechar o diagnóstico.



CONSIDERE O SEGUINTE CASO CLÍNICO PARA RESPONDER ÀS QUESTÕES 15 E 16.

Paciente masculino, 64 anos, previamente hígido, com aumento do volume abdominal de início recente (1 mês), associado a discreto edema de membros inferiores e com relato de vômitos em borra de café há 12 horas. História de cirurgia de úlcera duodenal perfurada em 1981, com transfusão sanguínea nessa ocasião. Ao exame, apresenta icterícia +/4+, edema peri-maleolar, rarefação de pelos em pernas, ginecomastia, *spiders* no tórax. Aparelho respiratório sem alterações.

Aparelho cardiovascular: FC 110 bpm. PA 85x55 mmHg. Perfusão periférica lentificada.

Abdome globoso, depressível e indolor à palpação, timpânico em mesogástrico, maciço nos flancos e com sinal do piparote presente.

15 Em relação ao caso clínico, analise as afirmativas abaixo e assinale V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas

- () A mortalidade média do paciente com cirrose após o surgimento de ascite é de 50% em um ano.
- () Hipertensão portal é definida quando o gradiente de pressão venosa portal é maior que 12 mmHg.
- () Todo paciente diagnosticado com cirrose tem indicação de transplante hepático.
- () Sempre deve ser realizada paracentese de alívio com retirada de todo líquido ascítico, independentemente do tamanho da ascite.
- () Na vigência de hemorragia digestiva alta varicosa, deve-se instituir antibióticos para profilaxia de peritonite bacteriana espontânea.

A sequência correta é

- (A) V, V, F, F, V.
- (B) V, F, V, F, V.
- (C) F, V, F, F, V.
- (D) F, F, V, V, F.
- (E) V, V, F, V, V.

16 Em relação ao caso clínico, é **incorreto** afirmar:

- (A) O atendimento inicial de hemorragia digestiva alta varicosa no cirrótico deve incluir antibioticoterapia para profilaxia de infecção por translocação bacteriana.
- (B) Sempre deve ser utilizado balão de Sengstaken-Blakemore na suspeita de hemorragia digestiva alta varicosa.
- (C) Está indicado o *TIPS* (shunt transjugular porto-sistêmico intra-hepático) quando há falha da terapia endoscópica.
- (D) Shunts cirúrgicos são indicados nos cirróticos sem indicação de transplante e boa performance (Child A), quando há falha de tratamento endoscópico.
- (E) Após o primeiro episódio de hemorragia varicosa, deve-se iniciar programa de ligaduras elásticas seriadas até erradicação das varizes.

17 **Não** é fator de risco para hepatocarcinoma:

- (A) Hemocromatose.
- (B) Hepatite B.
- (C) Esteato-hepatite não alcoólica.
- (D) Colangite Esclerosante Primária.
- (E) Intoxicação por aflatoxina.



- 18 Paciente, sexo masculino, 40 anos, vítima de colisão carro versus carro, chega ao Pronto Atendimento do Hospital de trauma e é atendido aos moldes do ATLS, conforme relato a seguir.
- A: Intubação oro-traqueal.
B: Murmúrio vesicular presente bilateralmente, Saturação de O₂ de 98%.
C: PA 100x70mmHg, Pulso 110bpm, tempo de enchimento capilar de 2s, pelve estável, toque retal sem alterações.
D: Glasgow 3T.
E: escoriações pelo dorso.
- Passada sonda vesical de Foley, observou-se diurese francamente hematórica. A melhor conduta a ser instituída é
- (A) Irrigação vesical contínua.
(B) Laparoscopia Diagnóstica.
(C) FAST (*focused assessment with sonography for trauma*).
(D) Tomografia de abdome.
(E) Uretrocistografia retrógrada.
- 19 Paciente, sexo masculino, dá entrada no Pronto-Socorro com ferimento por arma branca em flanco esquerdo. Aparentemente alcoolizado, mas hemodinamicamente estável, com dor abdominal à palpação, mas sem sinais de irritação peritoneal. Foi realizada exploração digital do ferimento que mostrou se tratar de um ferimento penetrante da cavidade abdominal, sendo indicada a laparotomia exploradora. Como achados cirúrgicos, obtiveram-se: moderada quantidade de sangue em cavidade, hematoma retroperitoneal de zona II à esquerda e lesão de cólon esquerdo.
- Sobre este hematoma de zona II, a melhor conduta é
- (A) só deve ser explorado se for pulsátil ou estiver em expansão.
(B) não explorar, afinal o paciente está hemodinamicamente estável.
(C) exploração sistemática do hematoma.
(D) a exploração não ser realizada haja vista o risco de contaminação pela lesão de cólon.
(E) exploração sistemática somente se houver hematuria.
- 20 Paciente idoso, hipertenso, ex-fumante, submetido à colecistectomia convencional eletiva, evoluiu com febre de 38,5° no 1º pós-operatório. No exame físico, apresenta FC: 96bpm, PA: 140x90, FR: 22 SatO₂: 97%, abdome com leve dor em incisão cirúrgica. A causa mais provável é
- (A) flebite.
(B) atelectasia.
(C) infecção urinária.
(D) pneumonia hospitalar.
(E) abscesso intracavitário.