



Candidato: _____

Especialidade: _____

Assinatura: _____

1) No tratamento cirúrgico de um abscesso anal em ferradura, qual é o passo essencial do procedimento de Hanley modificado para resolver a origem da infecção e prevenir a recorrência?

- A) Colocar um sedenho frouxo nas extensões laterais.
- B) Drenar o espaço pós-anal profundo através de uma incisão posterior e divisão do ligamento anococcígeo.
- C) Efetuar uma fistulotomia primária do trajeto identificado durante a drenagem.
- D) Drenar o abscesso para o interior do reto para evitar a formação de uma fístula extra-esfincteriana.
- E) Realizar uma incisão ampla sobre a fossa isquiorretal mais proeminente.

2) Mulher de 55 anos, previamente hígida, apresenta dor em fossa ilíaca esquerda há 12 horas e procura atendimento em serviço de emergência. Ao exame físico apresenta dor leve à palpação de fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal. O leucograma apresenta 12.490 leucócitos com 10% de bastões. A tomografia computadorizada sem contraste identificou espessamento parietal colônico em topografia de formação diverticular no terço médio do cólon sigmóide, associado à densificação dos planos adiposos, pequena quantidade de bolhas de ar adjacentes ao cólon (pericólicas), mas sem abscesso associado. Em relação a este caso, qual é a conduta **CORRETA**:

- A) Internação para antibioticoterapia intravenosa.
- B) Sigmoidectomia à Hartmann devido à perfuração.
- C) Sigmoidectomia com anastomose colorretal primária.
- D) Drenagem percutânea para remover as bolhas de ar.
- E) Antibioticoterapia oral e reavaliação ambulatorial em 48 horas.

3) Paciente masculino, 30 anos, com queixa de drenagem de secreção purulenta na região anal há 3 meses. Ao exame físico, apresenta fístula anal com orifício externo póstero-lateral esquerdo a 2 cm da margem anal. Qual é a provável localização do orifício interno?

- A) Lateral esquerdo
- B) Póstero-lateral direito
- C) Posterior
- D) Anterior
- E) Póstero-lateral esquerdo

4) Sobre cisto pilonidal, considere as seguintes afirmações:

- I. Pacientes assintomáticos não necessitam de tratamento cirúrgico.
- II. A técnica de fechamento primário na linha média apresenta excelentes resultados, com taxas baixas de recidiva.
- III. A técnica de incisão e curetagem da cavidade apresenta taxas baixas de recidiva, porém com um tempo de cicatrização prolongado.

Estão **CORRETAS**:

- A) Apenas I.
- B) Apenas II.
- C) Apenas III.
- D) I e III.
- E) I, II e III.

5) Paciente do sexo feminino de 46 anos, vem ao serviço de emergência com quadro de distensão abdominal progressiva, parada de eliminação de fezes e flatos há 5 dias.

Nega vômitos. Refere alteração do hábito intestinal nos últimos dois meses (afilamento das fezes) com perda de 3kg neste período. Nega co-morbididades ou cirurgias prévias. Ao exame físico, o abdome é globoso, doloroso à palpação, mas sem peritonismo. No toque retal, palpa-se lesão vegetante a aproximadamente 5cm da margem anal ocupando toda a luz do órgão. Foi submetida à tomografia computadorizada sem contraste, que evidenciou *"Acentuada distensão de todo o cólon até o reto médio/inferior, onde se observa transição abrupta do calibre. As alças de intestino delgado não apresentam alterações. Fígado sem alterações"*. Diante do quadro clínico, qual é a conduta **CORRETA**:

- A) Colocação de stent endoscópico
- B) Derivação de trânsito intestinal
- C) Colectomia total com ileostomia terminal
- D) Retossigmoidectomia com anastomose primária
- E) Amputação abdominoperineal de reto

6) Homem de 50 anos foi submetido a colonoscopia de rastreamento, na qual foi identificado um pólipó sésil de 2 cm no cólon sigmoide, que foi ressecado por polipectomia em fragmento único, com tatuagem do bordo distal da lesão. O exame anatomopatológico do pólipó evidenciou: *adenocarcinoma pouco diferenciado, invasão submucosa >1 mm, presença de invasão linfovascular e perineural, tumor budding baixo e margens radiais e profundas livres*. O cirurgião optou por realizar retossigmoidectomia complementar com anastomose primária, abrangendo a área tatuada. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica demonstrou: *ausência de neoplasia residual, 24 linfonodos livres, presença da tatuagem no cólon sigmoide distal e alterações cicatriciais compatíveis com ressecção prévia endoscópica*.

Considerando as afirmações abaixo :

- I. A presença de invasão submucosa >1 mm, associada à invasão linfovascular e perineural, caracteriza alto risco de metástase linfonodal e justifica colectomia oncológica complementar, mesmo com margens livres.
- II. As classificações de Haggitt e de Kikuchi auxiliam na avaliação da profundidade da invasão submucosa, sendo empregadas para definir a necessidade de cirurgia adicional após ressecção endoscópica de pólipos malignos sésseis e pediculados, respectivamente.
- III. Embora o tumor *budding* baixo indique prognóstico favorável, ele não elimina o risco aumentado de metástase linfonodal determinado por fatores como má diferenciação e pelas invasões linfovascular e perineural, observadas neste caso.
- IV. A ausência de tumor residual na peça cirúrgica sugere que a retossigmoidectomia complementar foi uma conduta excessiva, uma vez que a ressecção endoscópica inicial teria sido suficiente.

Estão **CORRETAS**:

- A) Apenas I e II.
- B) Apenas I, II e III.
- C) Apenas I e III.
- D) Apenas III e IV.
- E) Todas estão corretas.

7) Em relação ao estadiamento do câncer de reto a classificação N1c se refere a:

- A) Metástase em 1 linfonodo regional
- B) Metástase em 4 ou mais linfonodos regionais
- C) Metástase em 7 ou mais linfonodos
- D) Depósito(s) tumoral(is) na subserosa, mesentério ou tecidos não peritonealizados, pericólicos ou perirretais/mesorretais sem metástase ganglionar regional
- E) Depósito(s) tumoral(is) com acometimento além da subserosa, e/ou com acometimento de órgãos adjacentes.

8) Paciente apresentando lesão pulmonar neoplásica de 2,9 cm no maior eixo, em topografia periférica no lobo superior direito. Apresenta PET CT com captação de SUV=19 apenas na lesão, sem lesões captantes à distância ou mediastinais. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) O estadiamento invasivo mediastinal pode ser dispensado
- B) A abordagem inicial do mediastino deverá ser realizada por EBUS
- C) A abordagem inicial do mediastino deverá ser realizada por mediastinoscopia
- D) Trata-se obrigatoriamente de um adenocarcinoma
- E) A linfadenectomia mediastinal transoperatória é desnecessária

9) Paciente de 29 anos, masculino, apresenta-se no pronto atendimento tendo diagnóstico confirmado por exames de imagem de síndrome de Hamman. O tratamento frente a esta delicada situação deve ser:

- A) Esofagostomia cervical e cerclagem da junção esôfago gástrica
- B) Esofagectomia
- C) Toracostomia com drenagem pleural fechada
- D) Suporte clínico e ventilatório
- E) Traqueostomia

10) Paciente vítima tardia de trauma contuso, moto x carro, tendo sido atendido em serviço de trauma e submetido a toracostomia com drenagem fechada à esquerda por hemopneumotórax. RX pós drenagem demonstra dreno bem posicionado na cavidade torácica, porém seguia apresentando re-expansão incompleta, com nível hidroaéreo. No 10º pós-operatório evolui para quadro de septicemia e passa a apresentar saída de fezes pelo dreno de tórax. Frente ao diagnóstico de hérnia diafragmática complicada, com perfuração de víscera oca intratorácica, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A correção deve ser realizada por abordagem combinada, com toracotomia exploradora para ampla lavagem da cavidade e redução do conteúdo herniário, e uma eventual laparotomia exploradora para reparo das estruturas abdominais.
- B) O órgão possivelmente acometido no caso é o estômago.
- C) A toracotomia exploradora não é necessária, bastando a redução do conteúdo por laparotomia exploradora.
- D) A abordagem inicial por videotoracosopia não tem valor.
- E) Nenhuma das anteriores.

11) Na síndrome pós-ressecção transuretral da próstata, qual das alternativas abaixo é **CORRETA**?

- A) Tem manifestações cardiovasculares e neurológicas.
- B) Bradicardia e hipotensão são sinais precoces.
- C) Indução de diurese com furosemida é o manejo inicial.
- D) A e C estão corretas.
- E) Todas estão corretas

12) São emergências urológicas não traumáticas:

- A) Priapismo e torção do cordão espermático.
- B) Ureterolitíase obstrutiva com infecção e gangrena de Fournier.
- C) Parafimose e retenção urinária.
- D) A e B estão corretas.
- E) Todas estão corretas.

13) Durante cesariana de urgência devido a placenta acreta, identificou-se lesão ureteral total. Como é feito o reparo?

- A) Sutura contínua com catgut simples e sem necessidade de uso de cateter duplo J
- B) Colocação de cateter duplo J e sutura separada com fio de prolene
- C) Reavivamento das bordas, espatulação e sentidos opostos de cada coto, colocação de cateter duplo J e pontos separados com fio absorvível (polidioxanona)
- D) Reavivamento das bordas, espatulação e sentidos opostos de cada coto, pontos separados com fio absorvível (polidioxanona) sem necessidade de colocação de cateter duplo J
- E) Colocação de cateter duplo J e sutura contínua de vicryl 2,0

14) Mulher com 33 anos, obesa, procura a emergência hospitalar por cólica reno-ureteral direita e através da tomografia computadorizada de abdome é diagnosticado litíase ureteral. Qual é a principal indicação para intervenção cirúrgica nesta paciente com cálculo ureteral?

- A) Persistência dos sintomas por mais de 3 dias.
- B) O tamanho do cálculo superior a 5mm.
- C) Quadro de infecção urinária associada.
- D) Histórico familiar de litíase urinária.
- E) Paciente assintomática com uso da analgesia prescrita.

15) Paciente com 64 anos, procura a emergência hospitalar, referindo ser diabético e que se submeteu a implante de prótese peniana há duas semanas e agora está com febre, dor e secreção purulenta na ferida operatória. Qual é a conduta mais indicada neste caso?

- A) Iniciar imediatamente com antibióticos de amplo espectro.
- B) Realizar a remoção imediata da prótese peniana e iniciar antibióticoterapia.
- C) Agendar cirurgia de revisão após a resolução dos sintomas.
- D) Monitorar os sintomas de perto, sem intervenção.
- E) Aplicar antibióticos tópicos no local.

16) Qual fator é mais fortemente associado a incidência de litíase urinária?

- A) Consumo de proteína animal.
- B) Ingestão de cálcio.
- C) Baixa ingestão de líquidos.
- D) Exposição ao sol.
- E) Consumo de sal.

17) Paciente em crise hipertensiva e dor abdominal, foi identificado em Tomografia sem contraste incidentaloma adrenal esquerda de 5,2 cm em seu maior eixo com 28 Unidades Hounsfield. Frente ao manejo desse paciente, podemos afirmar:

- A) No Carcinoma Adrenocortical a hipersecreção hormonal mais frequentemente associada a este paciente é o excesso de Aldosterona.
- B) A biópsia adrenal guiada por tomografia é o próximo passo a ser indicado a fim de excluir malignidade.
- C) O seguimento não operatório deste paciente está indicado caso seja um tumor não hipersecretor após o término da avaliação hormonal.
- D) Diagnosticando-se Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 2A, a adrenalectomia deve anteceder a tireoidectomia total.
- E) Independente do fenótipo tumoral, a cirurgia laparoscópica é o acesso de escolha.

18) Durante a paratireoidectomia no tratamento do hiperparatireoidismo primário, a queda de PTH intraoperatório superior a 50% em 10 minutos após a exérese do(s) tumor(es) sugere:

- A) Persistência da doença.
- B) Hipoparatiroidismo permanente.
- C) Exérese completa do tecido hiperfuncionante.
- D) Necessidade de exploração bilateral.
- E) Hiperplasia glandular residual.

19) A principal característica histopatológica que diferencia carcinoma folicular de adenoma folicular é:

- A) Presença de papilas.
- B) Colóide espesso.
- C) Invasão capsular e/ou vascular.
- D) Calcificações psamomatosas.
- E) Núcleos em vidro fosco.

20) Para um paciente adulto, qual seria a concentração máxima em mg/Kg de Lidocaína com vasoconstritor considerada segura?

- A) 4,5 mg/kg
- B) 5,0 mg/kg
- C) 5,5 mg/kg
- D) 6,5 mg/kg
- E) 7 mg/kg

21) Conforme a classificação de Mathes e Nahai, o músculo sartório seria do tipo:

- A) Tipo I
- B) Tipo II
- C) Tipo III
- D) Tipo IV
- E) Tipo V

22) A sulfadiazina de prata é um dos antimicrobianos tópicos mais utilizados para tratamento de queimados em vista do seu bom espectro bacteriano e à sua penetração em feridas, todavia quando utilizada em pacientes com grandes áreas queimadas, pode ocasionar:

- A) Anemia Megaloblástica
- B) Hiperpotassemia
- C) Acidose Metabólica
- D) Leucopenia transitória
- E) Alcalose Metabólica

23) Sobre os quelóides, todas as alternativas abaixo são corretas, **EXCETO**:

- A) São mais prevalentes em pessoas da raça negra.
- B) São cicatrizes benignas, mas localmente agressivas em termos de fibroproliferação.
- C) São frequentemente acelulares em suas bordas e diretamente associados a higiene precária da ferida.
- D) São clinicamente lesões com bordas elevadas e pruriginosas.
- E) Há predisposição genética e com padrão autossômico dominante.

24) Paciente masculino, 54 anos, previamente hígido, foi encaminhado pelo médico dermatologista com diagnóstico de melanoma cutâneo após biópsia excisional de lesão pigmentada de pele em região dorsal superior. Traz o seguinte exame anatomopatológico: melanoma tipo extensivo superficial, Breslow 0,9mm, Clark II, ausência de ulceração ou regressão; índice mitótico de 1/mm²; margens periféricas exúguas (<1mm), margem profunda livre de neoplasia. Qual a conduta a seguir?

- A) Realizar ampliação de margens com 1 cm e observar clinicamente, sem necessidade de rastreamento adicional.
- B) Ampliar margens cirúrgicas para 2 cm e solicitar PET-CT para estadiamento.
- C) Realizar ampliação de margens cirúrgicas para 0,5cm e observar clinicamente, sem necessidade de rastreamento adicional.
- D) Realizar ampliação de margens cirúrgicas para 1 cm e indicar biópsia de linfonodo sentinela.
- E) Realizar ampliação de margens cirúrgicas para 1 cm, indicar biópsia de linfonodo sentinela e rastreamento adicional com PET-CT.

25) Paciente de 62 anos, sem outras comorbidades, será submetido à ressecção em bloco de um sarcoma retroperitoneal por laparotomia, sem reconstrução vascular, com tempo cirúrgico previsto de 6 horas. Conforme tomografia prévia, o tumor envolve totalmente o rim direito, ureter direito, veia cava inferior infrarrenal, artéria e veia renal direita. Considerando o *score* de Caprini, assinale a alternativa **CORRETA** sobre a profilaxia perioperatória para tromboembolismo venoso (TEV) neste caso.

- A) A instalação de um acesso venoso central no peri-operatório não aumenta o risco de TEV.
- B) Se a cirurgia fosse realizada por via laparoscópica, a profilaxia farmacológica seria dispensável.
- C) Na ocorrência de trombose venosa profunda da veia femoral no pós-operatório, se houver contra-indicação à anticoagulação, está indicado o implante de filtro de veia cava inferior.
- D) No caso ilustrado está indicada a associação de profilaxia mecânica e farmacológica.
- E) Caso desenvolva injúria renal aguda no pós-operatório, a profilaxia farmacológica está contraindicada.

26) Analise as alternativas abaixo sobre oclusão arterial aguda dos membros inferiores:

I - A diferenciação entre oclusão embólica e trombótica é difícil em alguns casos, sendo que as oclusões trombóticas não necessitam de tratamento cirúrgico imediato.

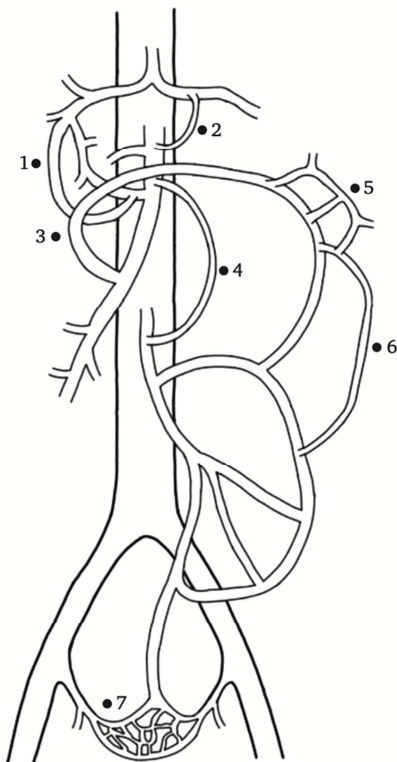
II - Um paciente com dor aguda, sem perda sensitiva ou motora na apresentação, pode ser tratado apenas com anticoagulação sistêmica.

III - O tratamento pode envolver anticoagulação ou trombólise sistêmica, abordagem cirúrgica com tromboembolectomia ou *bypass* ou ainda em casos de inviabilidade do membro, amputação primária.

IV - Na síndrome compartimental após revascularização, a fasciotomia dos quatro compartimentos da perna deve ser realizada idealmente em até 8 horas do diagnóstico, sendo a ausência do pulso distal, um achado tardio.

- A) Apenas I está correta.
- B) Apenas II está correta.
- C) Apenas II e III estão corretas.
- D) Apenas I, II e III estão corretas.
- E) Todas estão corretas.

27) Considere a seguinte imagem sobre as vias de circulação colateral das artérias do abdome e assinale a alternativa correta:



- A) A artéria de número 4 representa a arcada de Riouan.
- B) A artéria marginal de Drummond é uma importante via colateral entre o território do tronco celiaco e da artéria mesentérica superior.
- C) A oclusão da artéria mesentérica superior isoladamente não é suficiente para desenvolver sintomas de angina mesentérica.
- D) A arcada de Villemain conecta o território da artéria mesentérica superior e mesentérica inferior.
- E) Na síndrome da compressão do ligamento arqueado, o fluxo no tronco celiaco tende a se reduzir na inspiração.

28) Em relação à anticoagulação no trauma vascular, é **CORRETO** afirmar:

- I) Sempre deve ser utilizada após qualquer reparo vascular.
 - II) Está indicada rotineiramente em todos os traumas de membros.
 - III) É indicada em traumas cervicais fechados grau I e II com heparina não fracionada ou antiagregação plaquetária.
 - IV) É contra-indicada em traumas cervicais fechados.
 - V) Todos os pacientes que não tiverem contra-indicação devem receber heparina profilática para prevenção de TVP.
- A) I e III
 - B) III e V
 - C) II, III, V
 - D) I, IV, V
 - E) II, V

29) Qual das alternativas a seguir representa corretamente uma situação em que a ligadura vascular é aceitável como tratamento definitivo no trauma abdominal?

- A) Ligadura da veia porta isolada sem preservar o fluxo arterial hepático.
- B) Ligadura da veia esplênica sem esplenectomia.
- C) Ligadura da veia renal direita com preservação do rim.
- D) Ligadura da veia ilíaca comum com fasciotomia do membro.
- E) Ligadura da artéria mesentérica superior proximal à artéria cólica média.

30) Durante laparotomia por trauma abdominal, o cirurgião identifica um hematoma retroperitoneal em zona 3, secundário a ferimento contuso. Segundo as diretrizes, as condutas mais adequadas são:

- I) Não explorar o hematoma, exceto se evidência radiológica de lesão de ilíacas
 - II) Explorar obrigatoriamente o hematoma, pois se trata de lesão potencialmente grave
 - III) Realizar angioembolização seletiva para controle do sangramento, se indicado.
 - IV) Realizar estabilização pélvica, se fratura pélvica associada
- A) I, III, IV
 - B) II, III, IV
 - C) I, III
 - D) I, IV
 - E) III, IV

31) Foi encaminhado da UBS para avaliação um lactente de 6 meses no qual não se palpou um testículo. Ao exame, a genitália externa é normal, e você palpa o testículo esquerdo em região inguinal, porém não consegue conduzi-lo ao escroto, que é relativamente hipotrófico (à esquerda). Qual é a conduta **CORRETA** entre as apresentadas?

- A) Indicar orquidopexia antes de 1 ano de idade.
- B) Reavaliação com 1 ano de idade.
- C) Realizar ecografia de região inguinoescrotal.
- D) Realizar triagem para malformações genitourinárias associadas.
- E) Solicitar dosagem de testosterona, LH e FSH.

32) Manoel, menino de 2 anos, estava comendo pipoca com os irmãos mais velhos quando se engasgou, e depois começou a tossir. Chegando à consulta, o menino estava assintomático. Ao exame físico, estava sem disfunção respiratória, apresentando apenas sibilos expiratórios na ausculta. Realizado RX de tórax, foi observada hiperinsuflação pulmonar esquerda. O que sugere este achado radiológico?

- A) Enfisema lobar congênito.
- B) Derrame pleural à esquerda.
- C) Corpo estranho localizado no brônquio principal direito.
- D) Corpo estranho localizado no brônquio principal esquerdo.
- E) Pneumotórax à esquerda.

33) Menino de 9 anos foi encaminhado para a Cirurgia Pediátrica por apresentar dor abdominal em quadrante inferior direito há 24 horas, acompanhada de vômitos, sem hipertermia, e com exames laboratoriais inespecíficos. Realizada a avaliação inicial, a hipótese foi de moderada probabilidade de apendicite aguda. Qual seria o melhor exame de imagem a ser solicitado?

- A) RX de abdome.
- B) Tomografia computadorizada.
- C) Ressonância magnética
- D) Ecografia abdominal
- E) Exame de imagem não melhora a acurácia do diagnóstico.

34) Quando falamos à respeito de patologia da glândula parótida podemos afirmar que ao analisar entre os seguintes sinais e sintomas que a suspeita muito forte de malignidade é:

- A) Inchaço indolor
- B) Dormência
- C) Paralisia facial
- D) Formigamento
- E) Assimetria facial

35) Um achado característico do melanoma ungueal entre os seguintes é:

- A) Faixa de Hutchinson
- B) Melanoníquia em pessoas de pele escura
- C) Melasma
- D) Todas as acima
- E) Nenhuma das acima

36) O esvaziamento cervical exige uma drenagem precisa afim de que nenhum espaço morto permaneça abaixo dos retalhos. Entre os tipos de drenagem propostos diga qual é o mais recomendado por sua eficiência:

- A) Dreno de Penrose
- B) Dreno tubular tipo "sump"
- C) Dreno tubular simples
- D) Dreno tubular com aspiração contínua
- E) Dreno do tipo "calha"

37) De acordo com o Consenso de Lyon 2.0, a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) pode ser confirmada com base em achados diagnósticos considerados conclusivos, incluindo:

- A) Tempo de exposição ácida de 5% em pHmetria de 24 horas em paciente sem tratamento prévio.
- B) Esofagite grau B de Los Angeles, sem hérnia de hiato associada.
- C) Tempo de exposição ácida de 3% em pHmetria de 24 horas em paciente usuário de Inibidor de Bomba de Prótons.
- D) Esofagite grau A de Los Angeles, associada à hérnia de hiato de 1,5cm.
- E) Hérnia de hiato de 4 cm à endoscopia, sem esofagite associada.

38) Paciente feminina, 38 anos, deu entrada na emergência com quadro de dor abdominal em andar superior do abdômen, mais localizada em epigastro, com evolução de cerca de 1 mês e piora há 2 dias. Na chegada, encontrava-se normotensa, frequência cardíaca 106 bpm, afebril. Realizou cirurgia bariátrica há 4 meses, porém não soube referir qual a técnica cirúrgica utilizada. Durante a investigação, foi solicitada endoscopia digestiva alta, que descreveu o seguinte: *junção escamo-colunar junto ao pinçamento diafragmático, estômago com anatomia e distensibilidade alteradas por cirurgia prévia, com linha de grampo ao longo de toda a grande curvatura, transição antro-pilórica de aspecto usual, bulbo duodenal e segunda porção do duodeno sem alterações. No antro gástrico, identifica-se anastomose gastrojejunal, na qual se observa pequena área de ulceração marginal junto à borda anastomótica. O endoscópio transita pela anastomose sem resistência, identificando-se duas luzes: uma terminando em fundo cego de jejuno e outra dando continuidade ao trânsito para jejuno, sem alterações de mucosa ou calibração.*

(continua na página seguinte)

Com base na descrição da endoscopia acima, qual a técnica cirúrgica utilizada previamente:

- A) Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve Gástrico)
- B) Bypass gástrico em Y de Roux
- C) Switch duodenal
- D) Single Anastomosis Duodenal Switch (SADI-S)
- E) Sleeve com bipartição do trânsito intestinal (Cirurgia de Santoro)

39) Os fatores citados abaixo estão relacionados ao risco de desenvolvimento de carcinoma gástrico, **EXCETO**:

- A) Infecção por *Helicobacter pylori*.
- B) Gastrite atrófica e/ou anemia perniciosa.
- C) Leiomioma gástrico.
- D) Cirurgia gástrica prévia (antrectomia).
- E) Metaplasia intestinal.

40) Sobre os fatores de risco para o adenocarcinoma da junção esofagogástrica (JEG):

- I- o comprimento do esôfago de Barrett (EB) impacta no risco para o desenvolvimento de adenocarcinoma de JEG.
- II- Obesidade aumenta o risco de adenocarcinoma de JEG apenas por ser causadora de doença do refluxo gastroesofágico, não sendo um fator de risco independente.
- III- o tabagismo é um fator de risco exclusivo para carcinoma epidermóide da JEG.

Estão **CORRETAS** as afirmações:

- A) apenas I
- B) apenas II
- C) apenas III
- D) II e III
- E) I, II e III

41) Um paciente masculino de 65 anos, sem comorbidades conhecidas, apresenta um quadro de perda de peso e icterícia. À investigação, demonstra hiperbilirrubinemia (BT 22, BD 18), INR 2,0, CA 19-9 350 e RNM evidenciando lesão nodular com evidente restrição à difusão, com diâmetro de 3,0 cm em processo uncinado do pâncreas, causando compressão de via biliar com dilatação à montante, sem evidências de lesão à distância ou invasão de estruturas adjacentes. Qual a melhor conduta para o paciente?

- A) proceder com duodenopancreatectomia, visto a janela terapêutica de tratamento curativo ser estreita para esta patologia.
- B) realizar drenagem da via biliar por via endoscópica ou percutânea e encaminhar para quimioterapia neoadjuvante uma vez que CA 19-9 >300 é considerado borderline bioquímico e a neoadjuvância aumenta a probabilidade de ressecção R0.
- C) corrigir a discrasia sanguínea, realizar drenagem da via biliar por via endoscópica ou percutânea, biópsia da lesão e encaminhar para quimioterapia neoadjuvante uma vez que nas lesões do processo uncinado que comprimem a via biliar a neoadjuvância aumenta a probabilidade de ressecção R0.
- D) corrigir a discrasia sanguínea, realizar drenagem da via biliar por via endoscópica ou percutânea, e proceder com a duodenopancreatectomia.
- E) corrigir a discrasia sanguínea, biopsiar a lesão e proceder com duodenopancreatectomia uma vez que a própria cirurgia curativa irá corrigir a hiperbilirrubinemia.

42) Um paciente apresenta hematemese profusa e instabilidade hemodinâmica. Após ressuscitação volêmica é submetido à endoscopia com identificação de úlcera de parede posterior de bulbo duodenal sangrante. Empregada terapia hemostática endoscópica sem sucesso, seguido de terapia por radiologia intervencionista também sem sucesso apesar de apresentar anatomia vascular usual. Paciente segue em choque. Qual a melhor tática para abordagem do sangramento?:

- A) Angiotomografia para identificação de vaso visceral sangrante e indicação de endoprótese.
- B) Abordagem cirúrgica com ressecção em bloco de antro gástrico, duodeno e segmento pancreático acometidos.
- C) Abordagem cirúrgica com duodenotomia para controle local, e em caso de insucesso, ligadura da artéria gastroduodenal, indicando também colecistectomia por cortar o suprimento arterial da artéria cística.
- D) Abordagem cirúrgica com duodenotomia para controle local, e em caso de insucesso, ligadura seletiva da artéria pancreaticoduodenal superior, a fim de evitar isquemia da cabeça do pâncreas.
- E) Abordagem cirúrgica com duodenotomia para controle local, e em caso de insucesso, ligadura da artéria gastroduodenal, a fim de reduzir a perfusão arterial do bulbo duodenal e da arcada pancreática.

43) Em relação ao câncer de cólon direito assinale a alternativa **INCORRETA**:

- A) É causa frequente de anemia ferropriva.
- B) Costuma cursar com aumento do antígeno carcinoembrionário.
- C) A colonoscopia é o exame de escolha para confirmar a suspeita diagnóstica.
- D) A Síndrome de Lynch está associada a esse tumor, sendo também chamado nestes casos de câncer colorretal hereditário não polipóide, embora assim como no câncer esporádico, costume iniciar o processo neoplásico através de um pólipos.
- E) o tratamento indicado associa cirurgia, quimioterapia e radioterapia para melhores taxas de sobrevida global e menor incidência de recidiva local.

44) Assinale a assertiva que melhor descreve a anastomose de Braun:

- A) Gastroenteroanastomose anisoperistáltica.
- B) Enteroenteroanastomose em uma reconstrução a Billroth II
- C) Enteroanastomose com grampeador.
- D) Enterocistoanastomose no pseudocisto pancreático.
- E) Ileocoloanastomose com confecção de bolsa ileal

45) Considere o trecho abaixo retirado da seção *Statistical Analysis* da referência Abou-Alfa GK, Lau G, Kudo M, et al. *Tremelimumab plus durvalumab in unresectable hepatocellular carcinoma*. NEJM Evid 2022;1:EVIDoa2100070

"The trial initially planned to screen approximately 1600 patients and randomly assign 1200 patients to STRIDE, durvalumab, T75+D, and sorafenib (300 per arm). After enrollment closure of the T75+D arm, the protocol was amended to randomly assign 1310 patients: 385 each to STRIDE, durvalumab, and sorafenib as well as 155 to T75+D who were randomly assigned before enrollment closure. (...) Efficacy data were analyzed in the intent-to-treat population, defined as all patients randomly assigned to STRIDE, durvalumab, and sorafenib; no efficacy data are presented for patients in the T75+D arm. Patients were assessed according to the arm to which they were randomly assigned."

Baseado nesta leitura, assinale a assertiva **CORRETA**:

- A) Trata-se de um estudo longitudinal, visto que ensaios clínicos não costumam ter um 'n' muito grande devido ao custo.
- B) Este estudo observacional identificou a incidência de hepatocarcinoma irrissecável nos diferentes grupos avaliados.
- C) A análise por intenção de tratar tem por objetivo manter a randomização.
- D) Esta metodologia pode ter um importante viés de seleção devido à criação de vários braços.
- E) Pacientes que porventura utilizaram um tratamento diferente do alocado tiveram que trocar de braço.

46) Considere os delineamentos de pesquisa abaixo:

- I - Estudo de coorte
- II - Estudo transversal
- III - Ensaio clínico randomizado
- IV - Estudo de caso-controle

Assinale a assertiva abaixo que corresponde, respectivamente, a medidas de efeito possíveis de se aferir em cada metodologia:

- A) Risco relativo, razão de prevalência, regressão de Cox (HR), odds ratio.
- B) Incidência, prevalência, regressão de Cox (HR), odds ratio.
- C) Incidência, prevalência, diferença de médias, odds ratio.
- D) Odds ratio, razão de prevalência, regressão de Cox (HR), risco relativo.
- E) Risco relativo, razão de prevalência, odds ratio, diferença de médias.

47) Sobre divertículo de Meckel, considere as assertivas abaixo:

- I - Localiza-se na maior parte das vezes no íleo distal, distando até 100 cm da válvula ileocecal.
- II - O tecido heterotópico mais comum é o pancreático.
- III - Hemorragia está associada à heterotopia gástrica.
- IV - Diverticulite de Meckel é um diagnóstico diferencial de apendicite aguda.
- V - É um resquício embrionário do alantóide.

Estão **CORRETAS**:

- A) I, III, IV.
- B) I, III, V.
- C) II, III, IV.
- D) I, II, III, IV.
- E) I, II, III, IV, V.

48) Considere as assertivas sobre o tratamento cirúrgico do câncer de esôfago:

- I- A extensão da linfadenectomia é discutível, não havendo consenso sobre linfadenectomia torácica *en bloc* vs. linfadenectomia em 3 campos pela ausência de evidências robustas de impacto na sobrevida.
- II- Tumores no terço proximal se beneficiam da esofagectomia a Ivor-Lewis.
- III- Esofagectomia transhiatal está proscrita.

Estão **CORRETAS**:

- A) Apenas I.
- B) Apenas II.
- C) Apenas III.
- D) II, III.
- E) I, II, III.

49) Pileflebite é uma condição extremamente grave, associada à significativa morbimortalidade devido à trombose infectada aguda da veia porta. Sobre esta afecção, considere as assertivas abaixo:

- I- Ocorre como complicação de infecções abdominopélvicas cuja drenagem venosa tributa na veia porta, em especial diverticulite e apendicite.
- II- Infecções contíguas (i.e., colangite, colecistite por *clostridium*, entre outras) também são fatores etiológicos possíveis.
- III- A anticoagulação é mandatória.

Estão **CORRETAS**:

- A) Apenas I
- B) Apenas II
- C) Apenas III
- D) I e II.
- E) I, II, III.



50) Paciente feminina, 43 anos, previamente submetida à gastrectomia vertical em manga para tratamento da obesidade. Após 5 anos da cirurgia, apresentou reganho quase total do peso perdido inicialmente. Retorna ao consultório para avaliar necessidade de cirurgia revisional. Sobre as possibilidades de tratamento para a paciente supracitada, é **CORRETO** afirmar que:

- A) Está indicada a realização de cirurgia bariátrica revisional, não sendo necessário um novo período de acompanhamento junto à equipe multidisciplinar.
- B) É mandatório a realização de endoscopia digestiva alta antes da indicação de cirurgia revisional.
- C) A cirurgia revisional é apenas uma das opções neste caso. Outras opções de tratamento inicial podem ser oferecidas à paciente, como Tirzepatida, Semaglutida ou balão intra-gástrico.
- D) A paciente não deve ser submetida à cirurgia revisional, uma vez que a primeira cirurgia já teve um bom resultado e, em retomando às mudanças de estilo de vida, a paciente voltará a perder o peso necessário.
- E) As cirurgias revisionais são uma ótima opção nestes casos, com baixo risco cirúrgico, tendo morbimortalidade semelhante à cirurgia primária.