

RESIDÊNCIA MÉDICA PUC-SP • 2026



Especialidades com pré-requisito em
CIRURGIA GERAL OU CIRURGIA BÁSICA



O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

Instruções

- A duração da prova é de 3 horas, devendo o candidato permanecer na sala por, no mínimo, 1 hora e meia.
- A prova contém 50 questões objetivas, cada uma com quatro respostas, das quais apenas uma é correta.
- Assinale na folha óptica de respostas a alternativa que julgar correta, preenchendo com caneta esferográfica (azul ou preta), com traço forte, dentro do espaço. Evite amassar e rasurar.
- Não serão computadas as questões que contenham mais de uma resposta assinalada na folha óptica. Também não serão computadas aquelas respostas com emenda ou rasura, ainda que legíveis, assinaladas com traço fraco ou em branco.
- Desligue o celular, similares e quaisquer outros equipamentos eletrônicos e coloque-os no envelope designado para este fim.
- Não é permitido o uso de relógio, seja digital, seja analógico, com calculadoras ou outros recursos. Coloque-o no envelope também.
- Será excluído da seleção o candidato que lançar mão de meios ilícitos para a execução da prova.
- Ao término da prova, o candidato deverá devolver ao fiscal o caderno de questões e a folha óptica de respostas.

Boa prova!

ESPECIALIDADES COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL OU CIRURGIA BÁSICA:

400 - Cirurgia Plástica

402 - Urologia

403 - Cirurgia Vascular

404 - Cirurgia do Trauma*

*Especialidade com pré-requisito em Cirurgia Geral

• Questão 01 •

Uma mulher de 28 anos, com índice de massa corporal de 25 kg/m^2 , foi internada com diagnóstico de colecistite aguda e encaminhada ao centro cirúrgico para colecistectomia laparoscópica. Após a administração de anestesia geral, o acesso ao peritônio foi realizado com a introdução de uma agulha de Veress para estabelecer o pneumoperitônio. A entrada na cavidade peritoneal foi realizada com a inserção de um trocarte de Hasson.

Quando uma agulha de Veress é usada para obter acesso ao peritônio, o anestesta observa que a saturação de dióxido de carbono e oxigênio expirados diminuíram e a paciente tornou-se taquicárdica e você observa que o pneumoperitônio não foi adequadamente estabelecido, qual é o próximo passo?

- a) Colocar o paciente em posição de Trendelenburg.
- b) Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo.
- c) Remover a agulha de Veress.
- d) Aumentar a FiO_2 para 100%.

• Questão 02 •

A lesão de um vaso abdominal após a colocação do trocarte geralmente é identificada por:

- a) Sangramento visível.
- b) Hematoma retroperitoneal.
- c) Bradicardia.
- d) Hipóxia.

As questões 03 e 04 se referem ao caso abaixo:

Você irá iniciar um programa de cirurgia minimamente invasiva em um novo hospital. O diretor pede que você avalie todas as novas técnicas e equipamentos minimamente invasivos, especificamente no que diz respeito à segurança do paciente, para que o hospital possa adquirir os equipamentos mais apropriados.

• Questão 03 •

Em relação ao uso seguro de dispositivos de energia em cirurgia laparoscópica, como instrumentos monopolares, qual das seguintes opções é a mais **correta**?

- a) Lesão térmica não pode ocorrer por outro instrumento se o instrumento eletricamente ativo não estiver em contato com ele.
- b) Falhas no isolamento de um instrumento ativo podem descarregar energia para estruturas ou tecidos circundantes, levando a lesões térmicas inadvertidas.
- c) O uso de dispositivos monopolares no modo de coagulação cria menos dispersão lateral de energia do que no modo de corte.
- d) Se o eletrodo ativo de um instrumento robótico for inserido através de um trocarte não metálico, este pode atuar como um capacitor, causando lesões potenciais.

• Questão 04 •

Ao realizar a separação dos componentes posteriores da parede abdominal com tesoura monopolar, qual é a principal precaução para evitar lesão térmica no intestino delgado abaixo da camada posterior?

- a) Utilizar uma cânula metálica com âncora plástica (sistema de cânula híbrida) para evitar acoplamento capacitivo.
- b) Utilizar o modo “coagulação” para dividir as fibras musculares devido à diminuição da voltagem e da dispersão lateral de energia associada a este modo.
- c) Utilizar o dispositivo monopolar com ativação contínua para diminuir o risco de lesão nos tecidos adjacentes.
- d) Utilizar a menor potência possível.

As questões 05 a 07 se referem ao caso abaixo:

Uma paciente em uma casa de repouso com demência leve é internada com obstrução intestinal de alto grau. Ela é internada para repouso intestinal e monitoramento. Nas 24 horas seguintes, seu débito por sonda nasogástrica permanece bilioso, sua dor abdominal piora e seu lactato aumenta. Você determina que ela precisa ir urgentemente para o centro cirúrgico, mas quando ela é informada sobre a cirurgia, diz: "Não quero cirurgia, quero ir para casa e preparar o jantar com meu marido" e afirma que vai melhorar sozinha, sem cirurgia. Ela insiste em deixar o hospital e continua falando com o marido como se ele estivesse presente. Quando você liga para a casa de repouso, eles informam que o marido dela faleceu há décadas, que ela não possui Diretiva Antecipada de Vontade registrada, já que todos os seus irmãos faleceram e que ela não tem filhos.

• Questão 05 •

Qual é o próximo passo no tratamento dela?

- a) Obter uma ordem judicial para prosseguir com a cirurgia.
- b) Obter a opinião de um segundo médico e prosseguir com a cirurgia, se ele concordar com sua avaliação.
- c) Respeitar a vontade verbal da paciente e devolvê-la à unidade de enfermagem com cuidados paliativos.
- d) Prosseguir com a cirurgia, pois ela não pode recusar neste momento e trata-se de uma emergência.

• Questão 06 •

Qual princípio bioético pode ser usado para justificar essa decisão?

- a) Autonomia.
- b) Beneficência.
- c) Não maleficência.
- d) Justiça.

• Questão 07 •

Você decide pela cirurgia e chama seu assistente para ajudar no caso. Ele informa que foi diagnosticado com HIV hoje. Quais das seguintes afirmações são **verdadeiras**?

- a) Se o cirurgião sabe que sua carga viral é $> 5 \times 10$ cópias/mL, ele deve abster-se de operar até que a carga viral esteja mais bem controlada.
- b) O cirurgião precisa revelar seu estado ao paciente.
- c) O cirurgião não deve ser autorizado a operar devido a esse diagnóstico.
- d) Devido ao diagnóstico recente, o risco de transmissão do profissional de saúde para o paciente é alto ($> 33\%$).

• Questão 08 •

Uma mulher de 80 anos chega ao hospital com náuseas, vômitos, dor abdominal e distensão há dois dias. A dor piora rapidamente na hora seguinte e a paciente é levada ao centro cirúrgico com o diagnóstico de isquemia mesentérica. Na cirurgia, a paciente apresenta extensa necrose intestinal, desde o ligamento de Treitz até o cólon transversal. O abdome da paciente é fechado sem ressecção.

Qual das seguintes opções está correta em relação aos cuidados paliativos?

- a) Tratamentos que prolongam a vida não são um componente dos cuidados paliativos.
- b) Cirurgias podem ser propensas a selecionar intervenções terapêuticas mais agressivas devido à escassez de treinamento e educação em cuidados paliativos.
- c) Cuidados paliativos abrangem apenas os tratamentos médicos/cirúrgicos fornecidos no final da vida, sem apoio psicológico ou espiritual.
- d) A maioria dos pacientes que se qualificam para cuidados paliativos os recebe.

As questões 09 a 11 se referem ao caso abaixo:

Uma mulher de 58 anos apresenta uma história de longa data de doença do refluxo gastroesofágico. Ela toma um inibidor da bomba de prótons duas vezes ao dia e reclama de crescente regurgitação nos últimos 6 meses. Ela tem um histórico de diabetes mellitus, obesidade mórbida e hipertensão. Ela nega o uso de álcool, atualmente fuma 1/2 pacote de cigarros por dia e é independente para todas as atividades da vida diária. No mais, ela está com boa saúde sem outros problemas. Seus sinais vitais são normais, o índice de massa corpora é de 39 kg/m² e o exame físico é normal.

• Questão 09 •

Qual deve ser o próximo teste diagnóstico?

- a) Radiografia de tórax.
- b) Manometria esofágica.
- c) Endoscopia.
- d) Monitoramento de pH 24 horas.

• Questão 10 •

Qual é o próximo passo no tratamento dessa paciente?

- a) *Bypass* gástrico laparoscópico em Y de Roux.
- b) Cessação de fumar e perda de peso.
- c) Reparo laparoscópico da hérnia hiatal.
- d) Aumentar a dose do inibidor da bomba de prótons.

• Questão 11 •

A paciente, na sequência, passou pela correção da hérnia com funduplicatura a Nissen, sem intercorrências. Dois anos depois, a paciente apresenta azia recorrente e regurgitação. Na avaliação, nota-se que a funduplicatura de Nissen migrou para o tórax.

Qual é a melhor alternativa neste momento?

- a) Gastroplastia a Collis.
- b) Esofagectomia de Ivor-Lewis.
- c) Bypass Gástrico em Y de Roux.
- d) Esofagomiotomia.

• Questão 12 •

Qual dos seguintes pacientes provavelmente se beneficiaria de uma cirurgia laparoscópica assistida por robô em comparação à tradicional para câncer colorretal?

- a) Homem de 75 anos internado com hemorragia digestiva baixa, com tumor de ceco hemorrágico descoberto na colonoscopia.
- b) Homem de 60 anos com câncer retal baixo adjacente à próstata na ultrassonografia endoscópica.
- c) Homem de 64 anos sem histórico médico significativo com massa no cólon descendente.
- d) Homem de 55 anos internado com obstipação e com tumor obstrutivo de sigmoide.

• Questão 13 •

Em relação ao reparo robótico versus laparoscópico de hérnia inguinal, qual das seguintes opções está correta?

- a) O reparo robótico está associado a tempos operatórios mais longos.
- b) Menores taxas de complicações ocorrem com a abordagem robótica.
- c) Há um maior tempo de internação associado à abordagem robótica.
- d) As taxas de recorrência são menores com a abordagem robótica.

• Questão 14 •

Uma mulher de 65 anos apresenta-se ao departamento de emergência com estado mental alterado. A família relata que ela estava reclamando da dor no quadrante superior direito do abdome, antes de tornar-se alterada mentalmente. Na chegada, ela tem uma temperatura de 39°C, frequência cardíaca de 112 batimentos por minuto e a pressão arterial sistólica é de 80 mmHg, apesar da infusão de cristaloides. No exame físico, ela está visivelmente ictérica e apresenta dor no quadrante superior direito do abdome. Iniciou-se Piperacilina/Tazobactam e foi admitida na unidade de terapia intensiva para monitoramento invasivo e suporte com vasopressores.

Em relação ao tratamento da colangite séptica causada por coledocolitíase nesta paciente, qual das seguintes opções está **correta**?

- a) A descompressão urgente do trato biliar por meio de CPRE: colangiopancreatografia retrógrada endoscópica é bem-sucedida em 95% dos casos.
- b) A CPTH: colangiografia percutânea trans-hepática é viável para extração de cálculos esfínterectomia e colocação de “stent”.
- c) A CPRE com esfínterectomia é equivalente à colecistectomia para reduzir as taxas de recorrência.
- d) Caso a CPRE e a CPTH falhem, ou não sejam viáveis, apenas a coledotomia laparoscópica e a colocação de tubo em T devem ser realizadas devido ao risco da cirurgia aberta.

• Questão 15 •

A paciente descrita é submetida a CPRE com remoção bem-sucedida do cálculo. Um colangiograma de controle é realizado, demonstrando ausência de outros defeitos de enchimento na árvore biliar. Seu quadro séptico se resolve rapidamente e ela é transferida para a enfermaria.

O que é verdade em relação ao seu tratamento posterior?

- a) Considerando que uma esfínterectomia foi realizada durante a CPRE, não há indicação para colecistectomia, pois a coledocolitíase recorrente é rara após a esfínterectomia.
- b) A colecistectomia deve ser realizada imediatamente após a CPRE, de preferência sob a mesma anestesia.
- c) A colecistectomia pode ser adiada por enquanto, mas deve ser realizada se ele sofrer outro episódio de coledocolitíase ou colangite.
- d) A colecistectomia deve ser realizada durante esta internação, assim que o paciente esteja estabilizado e recuperado de seu quadro séptico.

As questões 16 e 17 se referem ao caso abaixo:

Você é chamado ao pronto-socorro para avaliar um homem de 25 anos com queixa de dor abdominal iniciada nas 12 horas anteriores. Inicialmente, ele caracterizou a dor como um desconforto periumbilical, mas agora é aguda e se localiza no quadrante inferior direito. Ele refere elevação da temperatura para 38°C, anorexia e náuseas sem vômitos. O paciente nega diarreia, melena e hematoquezia. Seu histórico médico, histórico cirúrgico, histórico social e histórico familiar são todos normais. Ele não toma nenhum medicamento e não tem alergias. O exame físico é normal, exceto por sensibilidade focal à palpação, mais proeminente no Ponto de McBurney.

• Questão 16 •

Em relação ao uso de exames de imagem na apendicite aguda, qual das seguintes opções está **correta**?

- a) A ultrassonografia é o exame de imagem mais específico disponível.
- b) Imagens seletivas têm sido utilizadas para reduzir a taxa aceita de apendicetomia negativa para menos de 20%.
- c) Imagens confirmatórias não são necessárias em todos os casos para o diagnóstico de apendicite aguda antes do tratamento definitivo.
- d) Para gestantes, a ressonância nuclear magnética não é recomendada.

• Questão 17 •

É tomada a decisão de levar o paciente ao centro cirúrgico para uma apendicetomia laparoscópica. Em relação às possibilidades que podem ocorrer durante a operação, qual das seguintes opções está **correta**?

- a) Se o apêndice parecer normal, ele NÃO deve ser removido.
- b) Se uma massa menor que 1 cm for identificada na ponta do apêndice, deve-se realizar uma ileotiflectomia.
- c) Se ocorrer uma enterotomia durante a inserção do trocarte, deve-se realizar uma ressecção intestinal.
- d) Se houver perfuração do apêndice, não está demonstrado que a drenagem da cavidade abdominal reduza a taxa de formação de abscessos.

• Questão 18 •

Um homem de 50 anos é levado à sala de emergência após uma colisão entre veículos a motor. Ele está reclamando de uma leve dor torácica e tem alguns hematomas na região do esterno. Ele é um homem saudável e sem história cardíaca. A tomografia computadorizada não apresenta alterações, exceto por uma fratura do corpo do esterno. O eletrocardiograma apresenta taquicardia sinusal com uma frequência cardíaca de 110 batimentos por minutos. Sua dor está bem controlada e parece não haver outras razões para sua taquicardia.

Qual é a conduta mais apropriada para esse paciente?

- a) Admitir na unidade de terapia intensiva com monitoramento contínuo.
- b) Admitir para observação com monitoramento contínuo e fazer um ecocardiograma.
- c) Alta hospitalar com instruções para retornar ao hospital se os sintomas piorarem.
- d) Repetir a tomografia computadorizada do tórax em 12 horas e se não houver novas alterações, alta para casa.

• Questão 19 •

Um homem de 20 anos é trazido pelo Atendimento Pré-Hospitalar (APH) com um ferimento por arma branca paraesternal esquerdo. Ele está taquipneico, taquicárdico e com hipotensão, mas melhora com a reposição volêmica. Um exame FAST é realizado e identifica derrame pericárdico.

Qual é o próximo passo do tratamento?

- a) Obter angiotomografia computadorizada para avaliar as lesões torácicas.
- b) Transferir para o centro cirúrgico e realizar esternotomia mediana.
- c) Realizar pericardiocentese para aliviar o derrame pericárdico.
- d) Realizar toracotomia ântero-lateral esquerda na sala de trauma.

• Questão 20 •

Uma mulher de 30 anos no segundo trimestre apresenta-se à clínica de obstetrícia com dor aguda no flanco e náusea. Sua análise de urina é negativa para nitritos e demonstra 20 hemácias e 0 leucócitos por campo. A ultrassonografia demonstra um cálculo ureteral proximal de 5 mm.

Qual é a opção de tratamento preferida para cálculos ureterais na gravidez?

- a) Observação.
- b) Terapia expulsiva medicamentosa.
- c) Ureteroscopia.
- d) Nefrostomia percutânea.

• Questão 21 •

Você é chamado para atender um homem de 35 anos previamente saudável, que foi internado inicialmente há 26 dias em choque séptico secundário a uma infecção necrosante de tecidos moles na nádega direita. Ele necessitou de vasopressores em altas doses por vários dias após desbridamento cirúrgico de emergência e fez uso de antibióticos de amplo espectro. Ele estava se recuperando bem na UTI. No entanto, desenvolveu taquicardia, febre e leucocitose. A equipe da UTI o chama para avaliação, pois não consegue identificar a fonte de infecção. Você o examina e encontra uma escara negra com celulite circundante sobre a tuberosidade isquiática direita, medindo aproximadamente 4 × 5 cm.

A cirurgia é realizada e, quando a escara negra é removida, fluido purulento é liberado. Ao continuar o desbridamento, você descobre que a ferida se estende até o osso.

Qual é o próximo passo?

- a) Desbridar para tecido saudável e sangrante e utilizar a opção de reconstrução menos invasiva e mais benéfica com retalho musculocutâneo.
- b) Desbridar para tecido saudável e sangrante e empregar cobertura temporária com terapia de pressão negativa.
- c) Desbridar para tecido saudável e sangrante, obter biópsia óssea e empregar cobertura temporária com terapia de pressão negativa.
- d) Suspender o desbridamento cirúrgico até que a ressonância magnética seja obtida para descartar osteomielite.

• Questão 22 •

Qual dos seguintes pacientes seria o melhor candidato para reconstrução com retalho?

- a) Um homem de 48 anos com úlcera sacral em estágio I e sem comorbidades clínicas.
- b) Um homem de 34 anos em recuperação de lesão cerebral com úlcera isquiática em estágio IV, que recentemente passou por tratamento para osteomielite.
- c) Um homem de 74 anos, morador de rua, com úlcera sacral em estágio III.
- d) Um homem de 48 anos, diabético mal controlado, com úlcera de pressão em estágio III sobrepondo-se ao trocanter maior direito.

As questões 23 a 25 se referem ao caso abaixo:

Um homem de 56 anos de idade com uma história de dor abdominal epigástrica vaga, apetite diminuído e perda de peso a quatro meses, apresenta-se ao seu gastroenterologista para avaliação. Uma esofagogastroduodenoscopia revela gastrite não específica e uma lesão polipoide na região do antro. Os achados laboratoriais indicam anemia leve, elevação da desidrogenase láctica e amostras positivas para *Helicobacter pylori*, sem translocação t(11;18). Uma ultrassonografia endoscópica de acompanhamento observa um espessamento da parede antral e múltiplas biópsias obtidas revelam um linfoma da zona marginal extranodal do tipo MALT (tecido linfoide associado à mucosa). Uma tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve revela espessamento da metade distal do estômago sem evidência de adenopatia.

• Questão 23 •

O manejo cirúrgico adequado desse paciente é:

- a) Uma gastrectomia total com dissecação de linfonodos D2.
- b) Uma gastrectomia total com dissecação de linfonodos D1.
- c) Uma gastrectomia total sem dissecação de linfonodos.
- d) Uma ressecção cirúrgica não é justificada na maioria dos casos.

• Questão 24 •

Se esse paciente fosse *H. pylori* - negativo, a terapia consistiria em:

- a) Ressecção cirúrgica.
- b) Radioterapia.
- c) Quimioterapia.
- d) Ressecção endoluminal.

• Questão 25 •

Qual é o manejo do linfoma MALT persistente e localizado após o fracasso na terapia de erradicação de *H. pylori*?

- a) Radioterapia.
- b) Ressecção cirúrgica.
- c) Rituximabe.
- d) Bevacizumabe.

As questões 26 a 28 se referem ao caso abaixo:

Uma mulher japonesa de 66 anos é encaminhada por seu clínico geral com sintomas de cólica biliar de longa data. Ela descreve 10 a 15 anos de dor intermitente no quadrante superior direito do abdome com náuseas, que geralmente desaparecem após 1 a 2 horas. Foi ao pronto-socorro uma vez há 6 anos e fez uma ultrassonografia que mostrou cálculos biliares. Seu histórico médico é significativo para hipertensão e osteoporose e seus sinais vitais e exame físico são normais. Uma nova ultrassonografia foi solicitada e agora mostra um grande cálculo biliar de 3 cm, bem como uma massa fixa no fundo com 2 cm de diâmetro, que parece se originar da parede da vesícula biliar. A parede da vesícula biliar imediatamente circundante está espessada, com 8 a 11 mm. O hemograma completo, a bioquímica básica e os testes de função hepática estão todos dentro dos limites normais.

• Questão 26 •

Qual das seguintes opções é um fator de risco para carcinoma da vesícula biliar?

- a) Anemia hemolítica.
- b) Discinesia biliar.
- c) Infecção por *Clonorchis sinensis*.
- d) Junção pancreatobiliar anômala.

• Questão 27 •

Qual dos seguintes achados radiográficos está associado à maior incidência de carcinoma da vesícula biliar?

- a) Junção pancreatobiliar anômala sem dilatação biliar identificada na colangiorressonância nuclear magnética.
- b) Camada interna espessa com forte realce e camada externa com fraco realce ou sem realce da parede da vesícula biliar na fase portal de uma tomografia computadorizada.
- c) Pólipo da vesícula biliar de 10 a 20 mm na ultrassonografia.
- d) Calcificações da parede da vesícula biliar.

• Questão 28 •

Uma revisão de todos os exames de imagem mostra que um tumor da vesícula biliar invade a camada muscular própria. Não há linfadenopatia ou metástases à distância. Qual é o próximo passo do tratamento?

- a) Encaminhamento para tratamento definitivo com quimioterapia e radioterapia.
- b) Encaminhamento para quimioterapia neoadjuvante e radioterapia.
- c) Agendar colecistectomia.
- d) Agendar colecistectomia com remoção de linfonodos regionais e ressecção hepática em bloco.

As questões 29 e 30 se referem ao caso abaixo:

Uma mulher de 35 anos apresenta uma massa de 4 cm na glândula adrenal esquerda, encontrada incidentalmente em uma tomografia computadorizada feita para dor abdominal difusa. A paciente relata aumentos intermitentes na pressão arterial, mas não toma medicamentos anti-hipertensivos e não tem outras queixas. Ela não tem histórico médico passado significativo e sua única cirurgia anterior é uma apendicectomia laparoscópica há 15 anos. Tem uma irmã que fez uma tireoidectomia total para carcinoma medular da glândula tireoide. Ela é encaminhada à clínica de cirurgia geral por seu clínico geral para avaliação.

• Questão 29 •

Em relação a essa massa adrenal, qual das alternativas a seguir está **correta**?

- a) O diagnóstico da síndrome de Cushing é sugerido pela supressão dos níveis plasmáticos de cortisol após um teste de dexametasona em baixa dose durante a noite.
- b) Pacientes com adenomas produtores de cortisol primários apresentaram níveis elevados de cortisol e hormônio adrenocorticotrófico plasmático baixo.
- c) O risco de carcinoma adrenal aumenta devido ao tamanho dessa massa adrenal.
- d) A biópsia percutânea dessa massa é fundamental para fazer o diagnóstico.

• Questão 30 •

Devido à história da hipertensão intermitente, a paciente é avaliada quanto a um feocromocitoma. Qual das alternativas a seguir está **correta**?

- a) Níveis de metanefrina livre, mas não os níveis de normanefrina são marcadores sensíveis para o feocromocitoma.
- b) Os inibidores da monoaminoxidase podem elevar falsamente os níveis de metanefrina e normetanefrina livres.
- c) O feocromocitoma em uma tomografia computadorizada é representado por realce intenso na fase venosa exclusivamente.
- d) Os feocromocitomas representam a maioria dos incidentalomas encontrados em uma tomografia computadorizada.

• Questão 31 •

Um homem de 40 anos apresentou sintomas hipoglicêmicos recorrentes, com nível de glicose plasmática de 44 mg/dl e nível de peptídeo C $\geq$ 200 pmol/L. Ele apresenta alívio dos sintomas com administração de glicose. Exames complementares incluem jejum de 72 horas positivo.

Em relação aos tumores neuroendócrinos pancreáticos (PNETs), qual das seguintes afirmações é verdadeira?

- a) Os PNETs são comuns e em 75% dos casos são encontrados em associação com sintomas relacionados a um hormônio específico.
- b) Com lesões de PNET localizadas no corpo ou na cauda do pâncreas, uma pancreatectomia distal pode ser realizada, mesmo que a lesão seja considerada maligna e a preservação esplênica ainda pode ser tentada.
- c) A enucleação ou a ressecção formal geralmente levam a resultados equivalentes para o tratamento de PNETs com menos de 2 cm.
- d) A ressecção formal com linfadenectomia apropriada é recomendada para pacientes com insulínoma/gastrinoma menor que 2 cm e outros tumores funcionais, como VIPoma, somatostatínoma e glucagonoma, que não demonstram evidências de doença metastática.

• Questão 32 •

Você está avaliando um homem de 50 anos com histórico de úlceras duodenais recorrentes localizadas na segunda porção do duodeno. Exames complementares demonstram que ele é negativo para *H. pylori* e uma endoscopia digestiva alta mostra pregas gástricas marcadamente hipertróficas.

Qual das seguintes afirmações é verdadeira em relação ao provável diagnóstico?

- a) Um nível sérico de gastrina em jejum superior a 1.000 pg/mL (normal é <100 pg/mL) é considerado diagnóstico de gastrinoma.
- b) Após injeção intravenosa de secretina, a supressão de gastrina é diagnóstica.
- c) A maioria dos gastrinomas é geralmente encontrada em uma área delimitada pela junção do ducto cístico e do ducto biliar comum, a junção do duodeno e do jejuno no ligamento de Treitz e a junção do colo e do corpo do pâncreas.
- d) O tratamento médico da Síndrome de Zollinger-Ellison com inibidores da bomba de prótons é muito eficaz, eliminando qualquer potencial maligno e pode evitar a necessidade de cirurgia.

As questões 33 e 34 se referem ao caso abaixo:

Uma mulher de 50 anos apresenta-se ao pronto-socorro queixando-se de dor abdominal epigástrica aguda que piorou nos últimos dias e que parece ocorrer logo após comer ou beber. Ela sente algumas náuseas, mas nega vômitos. O histórico médico anterior é significativo para hipertensão, apneia obstrutiva do sono com pressão positiva contínua nas vias aéreas, hipercolesterolemia e diabetes tipo 2. Seu histórico cirúrgico apresenta *bypass* gástrico laparoscópico há 1 ano. Ela nega qualquer uso de drogas, mas bebe uma taça de vinho tinto quase todas as noites para “ajudar o coração”. Após muita investigação, relata que, embora tenha parado de fumar antes da cirurgia, voltou a fumar há cerca de 6 meses, um maço por dia. Ela afirma que, no momento da cirurgia pesava 165 kg com um IMS – índice de massa corporal de 59 kg/m^2 e agora perdeu 54 kg com um IMC de $38,6 \text{ kg/m}^2$. Ela não vê um cirurgião bariátrico desde sua visita pós-operatória há 3 meses, principalmente porque está envergonhada por ter começado a fumar novamente. Ela parou de tomar seu omeprazol quando sua receita expirou meses atrás. Os sinais vitais são: frequência cardíaca de 115 batimentos por minuto, pressão arterial de 97/62 mmHg, frequência respiratória de 18 incursões por minuto, saturação de oxigênio 98%. Seu exame físico apresenta sensibilidade abdominal difusa, mais significativa no epigástrio, com defesa voluntária. Os ruídos hidroaéreos estão ausentes. O teste de sangue oculto nas fezes é positivo.

• Questão 33 •

Qual dos seguintes é um fator potencialmente contributivo para o problema atual desta paciente?

- a) Hipercolesterolemia.
- b) Tabagismo ativo.
- c) Aumento na ingestão de carboidratos.
- d) Idade > 50 anos.

• Questão 34 •

Qual das seguintes é a complicação mais comum (precoce ou tardia) após *bypass* gástrico laparoscópico?

- a) Hérnias internas.
- b) Obstrução do intestino delgado.
- c) Ulceração marginal.
- d) Fístula gastrojejunal.

As questões 35 a 39 se referem ao caso abaixo:

Uma mulher de 27 anos apresenta-se ao departamento de emergência após um sinistro de trânsito com motocicleta. Ela estava hemodinamicamente instável na chegada e atualmente está recebendo cristaloides por infusão periférica. A Escala de Coma de Glasgow é 12. Está respirando espontaneamente e não tem um trauma evidente de extremidades. As radiografias iniciais demonstram fraturas da 4ª a 8ª costelas e uma pequena contusão pulmonar do lado direito. A radiografia de pelve mostra afastamento da sínfise púbica de 4 cm juntamente com a diástase da articulação sacroilíaca esquerda. O FAST abdominal é negativo.

• Questão 35 •

Em relação à lesão pélvica, a instabilidade hemodinâmica da paciente está provavelmente relacionada a:

- a) Ruptura da “Corona Mortis”.
- b) Lesão da artéria e veia glútea superior no nível da incisura isquiática maior.
- c) Lesão de Morel-Lavallee.
- d) Ruptura do plexo venoso sacral anterior.

• Questão 36 •

Que porcentagem de lesões vasculares no trauma pélvico de alta energia são de natureza arterial?

- a) <5%.
- b) 10% a 15%.
- c) 50%.
- d) 60% a 75%.

• Questão 37 •

Em relação à instabilidade hemodinâmica das fraturas pélvicas, qual é o padrão de fratura associado à maior gravidade da hemorragia?

- a) Padrões de fratura da compressão anteroposterior (APC III).
- b) Padrões de fratura de compressão lateral (LC III).
- c) Padrões de fratura verticais (VS).
- d) Fraturas pélvicas abertas.

• Questão 38 •

Em relação à mortalidade de fraturas pélvicas deslocadas, as maiores taxas de mortalidade são vistas em:

- a) Padrões de fratura por compressão anteroposterior (APC III).
- b) Padrões de fratura por compressão lateral (LC III).
- c) Padrões de fratura por cisalhamento vertical (VS).
- d) Fraturas pélvicas abertas.

• Questão 39 •

Um exame especular da mucosa vaginal demonstra uma laceração de 2 cm na parede esquerda da vagina e a proctoscopia mostra uma laceração retal. Qual das seguintes opções deve ser adotada no início do tratamento destas lesões?

- a) Fechamento primário urgente da laceração vaginal.
- b) Reparo da laceração retal e colostomia de proteção.
- c) Reparo da laceração retal e drenagem.
- d) Reparo de prováveis lesões associadas à bexiga e uretra.

• Questão 40 •

Com qual achado radiográfico pélvico a cinta pélvica agravaria a dor e o deslocamento da fratura?

- a) Ruptura da articulação sacroilíaca anterior.
- b) Fratura por rotação interna com sínfise púbica sobreposta.
- c) Sínfise púbica afastada em 4 cm sem lesão sacroilíaca associada.
- d) Deslocamento superior bilateral do fíio.

• Questão 41 •

Um homem de 21 anos de idade atingiu uma árvore com uma motocicleta a 90 km/hora. Suas lesões incluem fraturas da 2ª a 6ª costelas à direita, fratura da clavícula direita e um grande pneumotórax à direita com contusão pulmonar moderada e enfisema subcutâneo sobrejacente. Um dreno torácico foi introduzido do lado direito. A radiografia de tórax mostra um pneumotórax persistente e um segundo dreno torácico foi colocado. Uma nova radiografia de tórax mostra que o pulmão reexpandiu ligeiramente, mas permanece com pneumotórax apical moderado. Ele está consciente, com uma Escala de Coma de Glasgow de 14, taquipneico e com saturação de oxigênio de 92%. Os dois drenos torácicos apresentam grande escape de ar.

O próximo passo no atendimento deve ser:

- a) Oxigênio a 100% por 24 horas para permitir a resolução espontânea do pneumotórax e tratamento não cirúrgico para as fraturas de costelas, caso não estejam deslocadas.
- b) Obter tomografia computadorizada de tórax imediatamente e considerar toracoscopia videoassistida para reparo ou ressecção de provável laceração pulmonar.
- c) Realizar broncoscopia urgente e intubação por fibra óptica.
- d) Internar na UTI para observação contínua, oxigenação a 100%, controle agressivo da dor e higiene pulmonar.

• Questão 42 •

Uma mulher de 33 anos foi admitida depois de se envolver em uma colisão entre veículos a motor. Ela tinha um dreno torácico esquerdo colocado após a admissão para tratar um hemotórax que foi visto na radiografia de tórax. Fez uma tomografia computadorizada como parte de sua avaliação inicial que demonstrou melhora, mas não a resolução do seu hemotórax. Ela foi admitida na UTI por reanimação e observação contínuas. Inicialmente, 150 mL de sangue foram evacuados na colocação do dreno torácico, mas após 24 horas, apenas 100 mL adicionais foram drenados. Uma tomografia computadorizada foi repetida no terceiro dia de internação e ainda mostra o hemotórax retido.

O tratamento mais apropriado dessa paciente deve ser:

- a) Videotoroscopia imediata para evacuar o hemotórax.
- b) Videotoroscopia se o hemotórax não resolver em 3 semanas de observação.
- c) Toracotomia para decorticação e evacuação do hemotórax.
- d) Aspiração guiada por tomografia do hemotórax retido.

As questões 43 e 44 se referem ao caso abaixo:

• Questão 43 •

Uma mulher de 33 anos apresenta-se ao pronto-socorro com dor no flanco direito. Ela tem histórico cirúrgico de *bypass* gástrico em Y de Roux. Ela apresenta um cálculo ureteral distal direito de 4 mm com hidronefrose moderada na Tomografia computadorizada. Sua temperatura é de 38,8°C, frequência cardíaca de 120 bpm e pressão arterial de 100/64 mmHg. O exame de urina mostra 70 e 80 leucócitos por campo.

Qual é a melhor opção de tratamento?

- a) Cistoscopia urgente e colocação de stent ureteral direito.
- b) Terapia expulsiva medicamentosa.
- c) Ureteroscopia com litotripsia a laser.
- d) Tratamento de 7 dias com ciprofloxacino oral.

• Questão 44 •

Qual é a analgesia preferida para o tratamento agudo da cólica renal?

- a) Acetaminofeno.
- b) AINEs.
- c) Opiáceos intravenosos.
- d) AINEs e opiáceos intravenosos.

• Questão 45 •

Pacientes submetidos à cirurgia de *bypass* gástrico em Y-de-Roux são predispostos a qual tipo de nefrolitíase?

- a) Xantina.
- b) Oxalato de cálcio.
- c) Cistina.
- d) Estruvita.

• Questão 46 •

Durante a ureteroscopia com litotripsia a laser para um cálculo ureteral distal de 7 mm, você observa uma perfuração ureteral. Isso é confirmado por pielografia retrógrada, com extravasamento de contraste. Um fio guia está posicionado.

Qual é a melhor opção de tratamento?

- a) Ureteroureterostomia laparoscópica com colocação de dreno JP.
- b) Ureteroureterostomia aberta com colocação de dreno JP.
- c) Colocação de stent ureteral.
- d) Nefrostomia percutânea.

• Questão 47 •

Uma mulher de 72 anos é encaminhada ao seu consultório para avaliação e recomendações após achados incidentais em uma ATC – angiotomografia computadorizada do pescoço, realizada como parte da investigação de uma massa cervical. Ela tem histórico de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, ambas bem controladas com terapia medicamentosa. Sua ATC mostra uma ACI – artéria carótida interna esquerda ocluída e estenose de 60% da artéria carótida interna direita. Questionamentos adicionais revelam histórico de fraqueza do lado direito com duração de apenas 2 horas, ocorrida há 2 anos. A massa cervical foi considerada benigna e ela está sendo submetida a exames de imagem para acompanhamento.

A melhor opção de tratamento para esta paciente é:

- a) Endarterectomia carotídea interna direita.
- b) Stent carotídeo interno direito.
- c) Endarterectomia carotídea esquerda.
- d) Adição ao seu regime médico atual de terapia antiplaquetária e estatina em altas doses.

• Questão 48 •

A paciente mencionada não queria cirurgia e escolheu otimização médica. Ela se apresenta ao departamento de emergência 2 meses após a visita inicial. Ela teve três episódios de paralisia do braço direito desde sua visita ao consultório, o último ocorrendo 8 horas antes da apresentação. Ela atualmente não tem déficits neurológicos. A tomografia computadorizada do crânio não mostra evidências de infarto intracraniano e sua ATC do pescoço não apresenta alterações.

O melhor plano de tratamento neste momento é:

- a) Endarterectomia da carótida interna direita.
- b) Stent da carótida interna direita.
- c) Endarterectomia da carótida esquerda.
- d) Endarterectomia carotídea esquerda comum e carotídea externa, angioplastia com patch e obliteração do lúmen da ACI.

• Questão 49 •

Três anos depois, a mesma paciente desenvolve estenose assintomática da ACI direita com agravamento (pico de velocidade sistólica da ACI direita 370 cm/seg, relação ACI/ACC 5:6; lado contralateral <50% de estenose da ACI). Você realiza uma endarterectomia carotídea direita sob anestesia geral. A angiografia de controle não demonstra nenhuma anormalidade. No pós-operatório, a paciente acorda na sala de cirurgia, mas não consegue mover o lado esquerdo ao exame neurológico.

Seu próximo passo é:

- a) Transferência para radiologia para ATC de pescoço e crânio STAT.
- b) Administração imediata de protamina.
- c) Doppler imediato da carótida.
- d) Angiografia cerebral transfemoral.

• Questão 50 •

Uma mulher de 23 anos apresenta sintomas de edema unilateral no membro inferior direito. Ela se queixa de “peso” e preocupações com a estética. Seu edema começou há cerca de 6 meses e tem piorado progressivamente desde então. Ela foi submetida à excisão de melanoma na perna direita com dissecação de linfonodos regionais há 1 ano. Ela nega qualquer dor ou vermelhidão na perna direita, falta de ar, dor no peito, febre, calafrios, perda ou ganho de peso ou quaisquer outras queixas. Ela nunca fumou e nega uso de álcool. No exame físico, ela apresenta edema não depressível, envolvendo panturrilha, tornozelo, pé e dedos direitos e sinal de Stemmer positivo.

Qual é a condição da qual ela provavelmente sofre?

- a) Trombose venosa profunda aguda ou crônica.
- b) Lipedema.
- c) Linfedema primário.
- d) Linfedema secundário.



PUC-SP



FUNDAÇÃO SÃO PAULO

NucVest
vestibulares e concursos

www.nucvest.com.br