

**SELEÇÃO DE CANDIDATOS A VAGAS REMANESCENTES DE R3 DO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL 2023
HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES
EDITAL 02/2022**

PROVA TEÓRICA

1 – A colecistectomia laparoscópica em vigência de colecistite aguda e inflamação grave é um procedimento desafiador, que pode ser considerado como laparoscopia avançada. No caso de indissecabilidade do trígono hepatocístico e impossibilidade de se obter a chamada “visão crítica de segurança”, a opção técnica mais apropriada é (seja por laparoscopia ou laparotomia - suponha que a colangiografia intraoperatória não ajudou a definir a anatomia):

- a) Colecistectomia com técnica “fundus-down”, já que diminui os riscos de lesão vasculobiliar
- b) Colecistectomia parcial.
- c) Colecistectomia com técnica “infundibular”, já que na colecistite aguda grave, é uma técnica segura para se identificar o ducto cístico.
- d) Colecistectomia completa, clipando e seccionando as estruturas com maior probabilidade de serem o ducto cístico e a artéria cística.
- e) Abortar a cirurgia deixando a vesícula intacta, sem drenagem.

2 – No que se refere à pancreatite aguda, assinale a alternativa correta:

- a) Amilase e Lipase séricas encontram-se elevadas nas primeiras 24 horas em 90% dos casos, com valores superiores a mais de três vezes o limite normal.
- b) O tratamento da doença leve, no quadro agudo, envolve dieta branda e controle da dor, estando contraindicado absolutamente o uso de meperidina nesses pacientes, pelas prováveis complicações que esse medicamento pode causar.
- c) Náuseas e vômitos não costumam ocorrer. A febre pode ser observada e, quando ocorre, é baixa.

d) A dor epigástrica é, em geral, de início gradual, progressivo, melhorando ao caminhar e quando deitado em posição supina, e piorando quando sentado e ao se inclinar para frente.

e) A amilase, além de ser mais precisa para o diagnóstico de pancreatite aguda, permanece elevada por mais tempo quando comparada à lipase.

3 – Qual dos tumores abaixo tem elevada associação com o uso de anticoncepcionais hormonais?

a) Colangiocarcinoma.

b) Hepatocarcinoma.

c) Hiperplasia nodular focal.

d) Adenoma hepático.

e) Angiossarcoma.

4 – Na admissão do paciente, é fator prognóstico de Ranson na pancreatite aguda, EXCETO:

a) Bilirrubina total acima de 4 mg/dL.

b) Idade acima de 55 anos.

c) Leucócitos acima de 16000/mm³.

d) Glicemia acima de 200 mg/100mL.

e) DHL acima de 350 UI/L.

5 – Com relação ao diagnóstico e tratamento da Colecistite Aguda, considere as afirmações abaixo:

I- Para o diagnóstico definitivo de Colecistite Aguda é necessário, obrigatoriamente, exame de imagem.

II- Na Colecistite Aguda Grau III, icterícia clínica, alteração neurológica e alteração respiratória, estão relacionadas com uma maior taxa de mortalidade em 30 dias.

III- Paciente evoluindo com quadro de Colecistite Aguda deve receber sempre antibioticoterapia empiricamente a partir de seu diagnóstico. Podendo ser iniciado Ceftriaxona eventualmente associado à Metronidazol.

IV- Paciente com Colecistite Aguda deve receber antibioticoterapia via oral, assim que estiverem tolerando dieta via oral.

Quais questões estão corretas?

- a) Apenas I.
- b) Apenas II, III e IV.
- c) Apenas I e III
- d) Apenas I, II e IV.
- e) Apenas II e III.

6 – Com relação ao quadro de Colangite Aguda, considere as afirmações abaixo:

I - O diagnóstico de Colangite Aguda é dado quando paciente evolui com Tríade de Charcot, pois possui especificidade e sensibilidade elevados.

II- O seu diagnóstico só é definitivo na presença de icterícia clínica constatada.

III- Para o diagnóstico definitivo de Colangite Aguda é necessário, obrigatoriamente, exame de imagem.

IV- Quando suspeito o diagnóstico de Colangite Aguda Grave a Ressonância Magnética de Abdome deve ser realizada.

V- Na Colangite Aguda, devido à sua gravidade, deve-se iniciar antibioticoterapia empiricamente, imediatamente, com Ceftriaxona e Metronidazol.

Quais questões estão corretas?

- a) Apenas I.
- b) Apenas III.

c) Apenas I, II, IV, V.

d) Todas estão corretas.

e) Apenas I, II, V

7 – Para um paciente com adenocarcinoma gástrico de 2cm localizado no antro gástrico, com comprometimento linfonodal de tronco celíaco e sem metástases a distância, a melhor técnica cirúrgica e a reconstrução deve ser:

a) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia a D2 + Y de Roux.

b) Gastrectomia total com linfadenectomia a D1 + Billroth I.

c) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia a D2 + Billroth II.

d) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia a D1 + Y de Roux.

e) Gastrectomia total com linfadenectomia a D2 + Billroth II.

8 – Em relação a definições de obesidade de acordo com o National Institute of Health (EUA), considere as seguintes assertivas:

I- São considerados obesos mórbidos aqueles com Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 35kg/m².

II- Os pacientes são considerados super-obesos quando seu IMC é superior a 55 kg/m².

III- Em adultos, o IMC saudável varia de 18,5 a 24,9kg/m².

Quais estão corretas?

a) Apenas I.

b) Apenas II.

c) Apenas III.

d) Apenas I e II.

e) I, II e III.

9 – FMC, masculino, 70 anos, queixa-se de disfagia há 3 anos associada a halitose e regurgitação de alimentos não digeridos. Refere também que frequentemente percebe abaulamento na região cervical, mas que nem sempre é perceptível. Sobre o caso clínico podemos afirmar:

- a) Trata-se de provável distúrbio motor do esôfago. Assim o diagnóstico será confirmado após uma esofagomanometria.
- b) Devido a idade, devemos considerar como principal hipótese o câncer de esôfago. Assim, realizar uma endoscopia digestiva alta deve ser a primeira medida.
- c) A principal hipótese é de divertículo esofágico verdadeiro, formado em área de fraqueza entre hipofaringe e esôfago conhecida como trígono de Killian.
- d) Considerando a principal hipótese de divertículo de Zencker, devemos evitar a indicação inicial da endoscopia digestiva alta, pelo risco de perfuração acidental.
- e) A confirmação diagnóstica provavelmente será mediante uma pHmetria ou após melhora clínica com IBP (prova terapêutica).

10 – O adenocarcinoma de pâncreas tem na ressecção cirúrgica como único tratamento com intuito curativo. No entanto, no momento do diagnóstico pequena parcela torna-se candidata ao procedimento cirúrgico.

Assim, analise os achados descritos abaixo e assinale aquele que NÃO CONTRAINDICA a cirurgia curativa:

- a) Lesão de 4 cm com invasão da parede posterior do antro gástrico por contiguidade.
- b) Nódulo de 0,5cm sugestivo de implante no peritônio do diafragma.
- c) Lesão de 3cm com acometimento circunferencial da artéria mesentérica superior.
- d) Lesão de 2cm em paciente com nódulo supraclavicular esquerdo endurecido e fixo.
- e) Tumor de 2cm limitado ao pâncreas em paciente com doença coronariana grave e sinais de ICC limitante.

11 – Sobre o choque hemorrágico no Trauma é incorreto afirmar:

- a) A hipotensão permissiva é contraindicada no TCE.
- b) 25% dos politraumatizados são coagulopatas imediatamente após o trauma.
- c) A pressão arterial sistólica é confiável ferramenta para o diagnóstico de choque hemorrágico.
- d) O fibrinogênio é um dos primeiros elementos a atingir níveis plasmáticos baixos.
- e) O choque e a destruição tecidual estão intimamente associados à coagulopatia no trauma.

As questões 12, 13 e 14 e se referem ao seguinte caso clínico:

Paciente masculino, 25 anos, é trazido pelo SAMU 192. À sala de choque, vítima de ferimento por arma de fogo com orifício de entrada em quadrante superior direito do abdome, e orifício de saída no dorso à direita, com irritação peritoneal, mas hemodinamicamente estável. Após as medidas de reanimação inicial é rapidamente levado a laparotomia exploradora com achado de lesão transfixante de colo transversal grau III, com moderada contaminação fecal nesta topografia, lesão duodenal na segunda porção grau IV e trauma pancreático grau III com laceração ductal (junção de ductos colédoco e pancreático principal).

12 – No caso acima é dispensável a realização de:

- a) Tomografia Computadorizada do Abdome e Lavado Peritoneal Diagnóstico (LPD).
- b) RX de Tórax em AP.
- c) FAST (Focused Abdominal Sonography for Trauma).
- d) Tipagem Sanguinea e Rh.
- e) As alternativas “a” e “c” estão corretas.

13 – Uma vez identificadas as lesões, o melhor tratamento imediato no trauma para a lesão duodeno-pancreática descrita é:

- a) Duodenorrafia, Reparo Ductal, Exclusão Pilórica.
- b) Cirurgia de Whipple.
- c) Damage Control.
- d) Duodenorrafia, Reparo Ductal e Drenagem Regional.
- e) Duodenorrafia, Reparo Ductal e Gastrostomia.

14 – Na lesão cólica a melhor opção cirúrgica é:

- a) Colorrafia em dois planos.
- b) Colorrafia em plano único.
- c) Colostomia proximal de transverso e síntese de coto distal.
- d) Colostomia em alça do colo transverso exteriorizando a lesão.
- e) Colectomia segmentar direita com síntese do coto distal e ileostomia terminal proximal.

15 – Um paciente de 45 anos de idade, vítima de ferimento por uma faca em zona II cervical à esquerda, foi levado ao serviço de emergência. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a circunstância em que não está indicada a cervicotomia exploradora no tipo de lesão do paciente:

- a) Presença de sangramento ativo pelo orifício.
- b) Presença de lesão de músculo cervical.
- c) Sinais de saída de ar pelo orifício da lesão.
- d) Presença de hematoma cervical em expansão.
- e) Presença de saliva no orifício da lesão.

16 – Mulher, 20 anos, vítima de ferimento por arma branca em hemitórax esquerdo, na altura do 3º EIC junto à linha axilar anterior; chega dispneica à sala de trauma com SaO₂ 88%. O tórax foi drenado com dreno tubular e sistema coletor selo d'água. A saturação após a drenagem pleural = 90%. Realizado RX Tórax ainda na sala de

trauma que mostra dreno bem posicionado com pneumotórax persistente, apesar do coletor borbulhar bastante. Qual a próxima conduta?

- a) Colocar segundo dreno de tórax.
- b) Tomografia computadorizada de tórax.
- c) Broncoscopia de urgência.
- d) Trocar o dreno de tórax.
- e) Colocar o dreno em aspiração contínua.

17 - Um homem de 20 anos de idade chegou ao PS após trauma de grande energia: foi ejetado da motocicleta que dirigia, chocando-se contra um poste. Realizou uma AngioTC de tórax que evidenciou hematoma intramural da aorta, próximo a bifurcação do tronco das artérias pulmonares. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a melhor via de acesso para o tratamento da lesão:

- a) Esternotomia.
- b) Bitoracotomia.
- c) Toracotomia esquerda.
- d) Toracotomia direita.
- e) Endovascular.

18 – Homem de 65 anos veio para consulta de emergência com dor abdominal na fossa ilíaca esquerda e febre há 2 dias. Ao exame físico, apresenta dor e resistência à palpação de fossa ilíaca esquerda, sem sinais de peritonite difusa. Realizou TC com achados de diverticulite aguda do sigmoide, associada a abscesso pericolônico de 7 cm de diâmetro. Qual é o tratamento de emergência indicado?

- a) Antibioticoterapia isolada.
- b) Drenagem percutânea do abscesso guiada por radiologia.
- c) Drenagem do abscesso por laparotomia.
- d) Laparotomia com sigmoidectomia a Hartman.
- e) Laparotomia com sigmoidectomia e anastomose primária.

19 – Um paciente de 39 anos está no 3º pós-operatório de laparotomia de urgência por abdome agudo obstrutivo por bridas. Deambula sem dificuldade. Diz estar um pouco nauseado, mas não vomitou. Não eliminou flatos, nem fezes. Está estável hemodinamicamente, afebril e hidratado. FC: 80 bpm. PA: 120x80mmHg. O abdome está distendido, com dor apenas à palpação profunda. A descompressão brusca é negativa e os ruídos hidroaéreos ausentes. Conduta:

- a) Passar sonda nasogástrica e mantê-la aberta.
- b) Manter jejum, introduzir procinéticos, estimular a deambulação e fazer fisioterapia.
- c) Iniciar dieta enteral, após passagem de sonda nasoenteral.
- d) Administrar neostigmina intravenosa para auxiliar a recuperação do trânsito intestinal.
- e) Antibioticoterapia empírica e TC de abdome de urgência.

20 – Paciente de 49 anos, com lúpus eritematoso sistêmico em uso corticosteroide, é portadora de hérnia umbilical, anel de cerca de 2 cm, com abaulamento umbilical, desconforto e dor local ao tossir e aos esforços. No intraoperatório, o conteúdo do saco herniário era composto por gordura pré-peritoneal redutível e anel de 2,5 x 2 cm. A respeito do tratamento mais adequado ao caso, podemos afirmar que:

- a) Herniorrafia umbilical a Mayo é a técnica com menor índice de recidivas.
- b) A técnica de McVay com tela de polipropileno inserida no anel é técnica adequada para este paciente.
- c) A sutura simples das bordas do anel com fio inabsorvível apresenta taxa de recidiva menor do que com fio absorvível.
- d) A sutura simples com reforço de tela de polipropileno pré-aponeurótica ou pré-peritoneal está mais indicada devido à menor taxa de recidiva.
- e) Todas as alternativas estão corretas.