

1. O esfíncter localizado na abertura da papila maior na mucosa duodenal, que tem uma função esfíncteriana, que vai relaxar durante a digestão para permitir a saída de bile tanto do ducto comum com a secretada pela vesícula é:
- Esfíncter Cárdia
 - Esfíncter Pilórico
 - Esfíncter de Oddi
 - Esfíncter Esofágico
 - Esfíncter Interno
2. Paciente de 29 anos com quadro de colelitíase sem comorbidades será submetido a tratamento cirúrgico (colecistectomia videolaparoscópica). Duas horas antes da cirurgia ingeriu 150 ml de maltodextrina a 12% com 10g de glutamina. Sobre este caso, é correto afirmar que:
- não existe benefícios adicionais em se acrescentar glutamina com líquidos claros sem resíduos com a finalidade de restringir o jejum prolongado pré operatório.
 - trata-se de uma conduta inadequada, visto que o uso de maltodextrina e glutamina, deve ter um volume de 100ml e 6h antes do procedimento cirúrgico.
 - considerando a via vídeo laparoscópica, e a necessidade de anestesia geral, o jejum deve ser de no mínimo 8h, a fim de evitar a broncoaspiração.
 - traz benefícios da restrição do jejum pré operatório, esta conduta vem demonstrando melhora na fosforilação mitocondrial, com maior produção de adenosina trifosfato pela célula.
 - a maltodextrina associada a glutamina não é utilizada como conduta no jejum pré operatório.
3. Leia as afirmativas abaixo e classifique-as em Verdadeiro (V) ou Falso (F).
- () O ringer lactato é composto de sódio, potássio, cloreto, cálcio e lactato.
- () O sódio exerce efetivamente a tonicidade.
- () O soro fisiológico e solução fisiológica são as mesmas soluções.
- () A hiperosmolaridade leva a crenação celular.
- () A uréia é um soluto que participa efetivamente da pressão osmótica.
- A alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo é:
- V, V, V, V, V
 - F, V, F, F, V
 - V, V, F, F, F
 - F, F, F, F, V
 - V, V, V, V, F
4. A hipertensão intracraniana é um transtorno neurológico, caracterizado por uma pressão intracraniana maior que 15mmHg em um adulto em repouso. Não é esperado neste transtorno:
- Bradicardia
 - Hipertensão arterial
 - Edema de pupila
 - Taquicardia
 - Rebaixamento do nível de consciência
5. A alternativa abaixo que descreve uma prega anatômica que contribui para o mecanismo valvular da contenção do refluxo gastroesofágico é:
- Membrana de Schatzki
 - Esfíncter de Oddi
 - Ligamento frenoesofágico
 - Membrana de Laimer – Bertelli
 - Prega de Guparroof
6. Paciente de 20 anos com quadro de queimação, disfagia, dor no peito, náuseas e vômitos. Na endoscopia digestiva alta e biopsia observou-se esôfago de Barrett. Histologicamente caracteriza-se pela presença de:
- Carcinoma epidermóide.
 - Epitélio metaplásico caracterizado por células em taça.
 - Epitélio metaplásico com corpos psamomatosos.
 - Epitélio displásico com atipias nucleares.
 - Anéis de sinete.
7. A colonoscopia é um exame endoscópico do intestino grosso e do reto, realizado principalmente para detecção de enfermidades. Representa uma contraindicação absoluta para a realização deste exame:
- Gravidez
 - Suboclusão cólica
 - Infarto do miocárdio recente
 - Diverticulite aguda localizada
 - Alergias
8. O tipo histológico mais comum no câncer do canal anal é:
- Adenocarcinoma
 - Linfoma
 - Adenoma
 - Carcinoma adenoescamoso
 - Carcinoma epidermóide
9. O sinal de Curvoisier-Terrier é característico da patologia abdominal:
- Colecistite aguda
 - Coledocolitíase
 - Pancreatite crônica
 - Câncer de pâncreas
 - Pancreatite aguda

- 10.** Um paciente de 39 anos é internado por distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes há 6 dias. Nega episódios anteriores parecidos, febre e emagrecimento, mas refere náuseas e vômitos biliosos. É hipertenso e já foi submetido a cirurgia abdominal, na sequência de queda de moto, com necessidade de esplenectomia. A radiografia simples de abdome mostra níveis hidroaéreos e sinal "de empilhamento de moedas", enquanto a ampola retal e o cólon estão murchos. A abordagem inicia neste caso, é:
- a) laparotomia exploradora.
 - b) passagem de sonda retal.
 - c) lavagem intestinal com clister.
 - d) videocolonoscopia.
 - e) passagem de sonda nasogástrica e hidratação intravenosa.
- 11.** O procedimento inicial de escolha no paciente com pseudo-obstrução do cólon (síndrome de Ogilvie), sem sinais de complicação, é:
- a) Colonoscopia descompressiva.
 - b) Colostomia em cólon transverso.
 - c) Arteriografia de mesentérica inferior.
 - d) Colectomia total com ileostomia provisória.
 - e) Colectomia com retirada do segmento obstruído e anastomose.
- 12.** Os tumores carcinóides do tubo digestivo estão localizados mais frequentemente na região:
- a) Reto
 - b) Cólon
 - c) Duodeno
 - d) Apêndice
 - e) Jejunó-íleo
- 13.** Ao exame físico de uma criança de 3 anos, observou-se ausência do testículo direito na bolsa escrotal. Nesta situação, a conduta indicada é:
- a) fazer orquidopexia imediata.
 - b) acompanhar clinicamente até a puberdade. Caso não tenha descida espontânea, fazer orquidopexia.
 - c) administrar gonadotrofinas pouco antes da puberdade e fazer orquidopexia, caso não haja resposta terapêutica.
 - d) fazer orquidopexia seguida de biópsia, devido ao grande risco de neoplasia neste testículo.
 - e) fazer orquidopexia após o estudo do cariótipo da criança.
- 14.** RN com 24 horas de vida, evolui com vômitos incoercíveis, bilioso e sem eliminar mecônio. O US pré-natal mostra sinal de dupla bolha gástrica. O diagnóstico mais provável, neste caso, é:
- a) Atresia ileal.
 - b) Megacólon agangliônico.
 - c) Atresia duodenal.
 - d) Atresia de esôfago com fístula traqueoesofágica.
 - e) Estenose hipertrófica do piloro.
- 15.** Paciente com história de cirurgia bariátrica (by pass) há 5 anos, com perda de 45kg, evolui com dor em hipocôndrio direito, náuseas e vômitos. Ao exame clínico descompressão doloroso no hipocôndrio direito. O diagnóstico mais provável, neste caso, é:
- a) Pancreatite aguda
 - b) Litíase renal
 - c) Colelitíase
 - d) Apendicite aguda
 - e) Úlcera péptica perfurada
- 16.** Paciente de 23 anos, sexo feminino, deu entrada no PS com quadro de dor abdominal recorrente e intensa. Ao exame físico: abdômen distendido, doloroso, sem ruídos hidroaéreos. História pregressa de cirurgia bariátrica há 11 meses com eliminação de 63 kg e sem eliminação de gases e fezes há dois dias. Na TC de abdômen provável obstrução intestinal. O diagnóstico provável, neste caso, é:
- a) Volvo gástrico
 - b) Volvo intestinal
 - c) Apendicite aguda
 - d) Hérnia de Petersen (interna)
 - e) Colelitíase
- 17.** Segundo a classificação de Spina, as fissuras que acometem o palato secundário, ocorrem no:
- a) Lábio superior
 - b) Pré forame incisivo
 - c) Pós forame incisivo
 - d) Transforame incisivo
 - e) Periforame incisivo
- 18.** Na blefaroplastia, o músculo extrínseco do olho mais frequentemente lesionado é:
- a) Reto inferior
 - b) Oblíquo inferior
 - c) Oblíquo superior
 - d) Reto superior
 - e) Reto medial

- 19.** Em relação à pancreatite aguda é correto afirmar que:
- a** os sinais de Grey Turner e de Cullen são comuns e indicam gravidade.
 - b** estão entre as causas mais frequentes a obstrução do ducto pancreático por cálculo biliar e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas.
 - c** a tomografia de abdome é mais sensível que a dosagem das enzimas pancreáticas no diagnóstico.
 - d** a necrose pancreática com infecção sobreposta leva à elevada taxa de mortalidade.
 - e** pode ser necessária reposição volêmica de até 20 litros nas primeiras 24 horas da crise.
- 20.** A artéria responsável pelo suprimento sanguíneo da próstata é:
- a** Artéria ilíaca externa
 - b** Artéria cavernosa profunda
 - c** Artéria pudenda
 - d** Artéria vesical inferior
 - e** Artéria vesical externa
- 21.** A pneumonite por hipersensibilidade (PH) ou alveolite alérgica extrínseca, é uma inflamação do parênquima pulmonar produzidas por mecanismos imunes, que engloba a parede alveolares e vias respiratórias terminais. Marque a alternativa que corresponde corretamente o diagnóstico laboratorial da doença.
- a** Neutropenia, linfopenia com eosinofilia.
 - b** Neutropenia, elevação de VHS e PCR.
 - c** Neutrofilia, linfopenia e aumento do fator reumatóide.
 - d** Neutropenia, diminuição do PCR e VHS.
 - e** Neutrofilia, diminuição de VHS e aumento do fator reumatóide.
- 22.** A Cirrose hepática pode ser uma evolução clínica de pacientes com doença hepática avançada, inúmeras sequelas podem ser manifestadas, entre elas a Hipertensão Portal (HP). Com relação a HP é correto afirmar que:
- a** a hipertensão portal resulta, mas comumente, da diminuição da resistência do fluxo sanguíneo porta.
 - b** a pressão normal da veia porta é baixa (10 a 15 cm de solução salina) porque a resistência vascular nos sinusóides hepáticos é mínima.
 - c** a HP também pode decorrer de um aumento do fluxo da porta, mas a alta resistência ao fluxo de saída do fígado normal faz com que este seja um problema clínico comum.
 - d** a oclusão da veia porta pode resultar em hematêmese maciça decorrente de varizes gástricas.
 - e** a presença de válvulas no sistema venoso porta facilita o fluxo sanguíneo retrógrado (hepatofugal) do sistema venoso porta de alta pressão para a circulação venosa sistêmica de baixa pressão.
- 23.** Homem, 35 anos, procura serviço de urgência, referindo dor lombar a direita, há 3 dias, com irradiação pra fossa ilíaca e testículo ipsilateral, de forte intensidade, tipo cólica, associado a hematuria leve, nega disúria e febre, apresenta edema de membros inferiores e está eupneico. Tomografia de abdome identificou que paciente tem rim único a direita, com cálculo de 8 mm em ureter distal direito, com importante uretero-hidronefrose a montante. Leucócitos: 8 mil, creatinina 9,8 ng/dl; uréia: 252 ng/dl. A conduta correta, neste caso, é:
- a** realizar analgesia com antiespasmódico, pois segundo a fisiopatologia da cólica renal é o melhor analgésico para tratamento.
 - b** associar analgesia endovenosa com opióide a hiper-hidratação e diurético, pois ajudarão no controle da dor.
 - c** se houver controle da dor com analgesia, o paciente preenche critérios para realizar a terapia expansiva medicamentosa com Tansulosina.
 - d** analgesia e realizar imediata desobstrução ureteral com cateter duplo j, sem a retirada do cálculo ureteral neste procedimento de urgência.
 - e** analgesia e realizar ureterolitotripsia endoscópica com a colocação de cateter duplo j.
- 24.** Mulher, 55 anos, refere cólica renal a direita de forte intensidade há 6 meses, tomografia identifica cálculo renal a direita de 2,1 cm. Nega febre ou disúria. Urocultura negativa, creatinina 0.8 ng/dl, uréia 25 ng/dl. O melhor nível de evidência para tratar esse caso é:
- a** Nefrolitotomia por lombotomia
 - b** Nefrolitotomia videolaparoscópica
 - c** Nefrolitotripsia Percutânea
 - d** Ureterorenolitotripsia flexível a laser
 - e** Litotripsia extracorpórea
- 25.** Menino, 2 anos, apresenta abaulamento inguinal a direita redutível a manobra manual e hidrocele a direita, de início há duas semanas, sem sinais flogísticos locais. A conduta correta, neste caso, é:
- a** Herniorrafia inguinal a direita sem tela.
 - b** Herniorrafia inguinal a direita com tela pela técnica de Liechestein.
 - c** Herniorrafia inguinal a direita sem tela e escrotomia mediana para correção de hidrocele.
 - d** Herniorrafia inguinal a direita com tela pela técnica de Liechestein e escrotomia mediana para correção de hidrocele.
 - e** Herniorrafia inguinal a direita por via laparoscópica com colocação de tela.

- 26.** Mulher, 49 anos, queixa de dor perianal, ao exame físico identifica-se lesão ulcerada em ânus, realizado biópsia que identificou carcinoma espinocelular. O melhor tratamento para este caso é:
- ressecção da borda anal onde encontra-se a úlcera com margem livre de 2 cm.
 - amputação abdominoperineal do reto com colostomia definitiva.
 - radioterapia.
 - quimioterapia neoadjuvante e ressecção local.
 - radioterapia e quimioterapia.
- 27.** Homem, 22 anos, vítima de acidente automobilístico, estava na moto sem capacete e colidiu com carro, tendo no momento do trauma perda momentânea de consciência, a seguir recobrou o nível de consciência, porém com cefaleia, entrando lúcido na ambulância e durante a chegada ao pronto-socorro, apresentou hemiparesia esquerda e midríase a direita, seguido por rebaixamento do nível de consciência, no restante do exame físico se identificou apenas algumas escoriações em braços e pernas. O tipo de TCE e lateralidade, neste caso, é:
- Hematoma subdural à direita.
 - Hematoma subdural à esquerda.
 - Lesão axonal difusa.
 - Hematoma extradural à direita.
 - Hematoma extradural à esquerda.
- 28.** Homem, 53 anos, PSA total de 33 ng/dl, relação de 6%, toque retal identificou nódulos prostáticos bilateralmente, realizou biópsia de próstata apresentando adenocarcinoma de próstata Gleason 7 (4+3) bilateralmente. Ressonância de próstata identificou lesão tumoral extravasando cápsula prostática, cintilografia óssea sem lesões osteoblásticas. A conduta correta, neste caso, é:
- bloqueio hormonal com análogo de LRHR.
 - terapia multimodal com Prostatectomia radical + radioterapia + bloqueio hormonal.
 - radioterapia.
 - prostatectomia radical.
 - quimioterapia.
- 29.** Homem, 65 anos, dá entrada na urgência com retenção urinária aguda, bexigoma ao nível da cicatriz umbilical, refere que faz tratamento para Hiperplasia prostática benigna há anos de forma irregular e traz um USG de próstata identificando próstata de 140 gramas. A melhor forma de desobstruir a via urinária, neste caso, é.
- sondagem uretral de demora, com sonda foley, número 20 de duas vias.
 - sondagem uretral de demora, com sonda foley, número 14 de duas vias.
 - sondagem uretral de alívio, com sonda de nelaton.
 - cistostomia.
 - Cateter duplo J.
- 30.** Mulher, 31 anos, vítima de acidente automobilístico, foi admitida em serviço de urgência, sem sinais de TCE ou fratura de membro, apresentando hematoma extenso em parede abdominal ao nível do hipocôndrio esquerdo, evoluiu com piora da dor abdominal, hipotensão, sem melhora com a reposição volêmica, sendo indicado laparotomia exploradora. Foi identificado lesão esplênica grau IV e hematoma de retroperitônio, tendo sido realizado esplenectomia. Sobre este caso, assinale a alternativa correta.
- Se o hematoma for de Zona 1, só deverá ser abordado se for expansivo ou pulsátil.
 - Se for hematoma de Zona 2, sempre deve ser abordado.
 - Se for hematoma de Zona 3, via de regra nunca deve ser abordado, pois a sua manipulação implica em nefrectomia em 100% dos casos.
 - No 14º dia do pós-operatório deve ser realizado vacinação para pneumococo, meningococo e hemophilus influenzae tipo B.
 - Deveria ter sido realizado um procedimento poupador do baço, evitando-se assim a esplenectomia.
- 31.** Mulher, 61 anos, dá entrada na urgência, com quadro de dor em fossa ilíaca esquerda e febre, pressão arterial 120 x 80 mmhg, frequência cardíaca 108 bpm, leucócito 22 mil, dor a palpação profunda de fossa ilíaca esquerda, realizou tomografia que evidenciou diverticulite em sigmoide associada a abscesso pélvico de 5 cm. A classificação de Hinchev e conduta indicada para este caso são:
- Hinchev I. Antibioticoterapia e drenagem percutânea guiada por tomografia.
 - Hinchev II. Antibioticoterapia e drenagem percutânea guiada por tomografia.
 - Hinchev III. Laparotomia exploradora com colostomia tipo Hartman.
 - Hinchev IV. Laparotomia exploradora com colostomia tipo Hartman.
 - Hinchev V. Laparotomia exploradora com colostomia tipo Hartman.
- 32.** Mulher, 35 anos, procura serviço de urgência devido intenso sangramento anal, após evacuação, referindo ter coloração vermelho-rutilante, negando dor perianal, febre ou outro sintoma associado. A principal hipótese diagnóstica, neste caso, é:
- Carcinoma epidermóide de canal anal.
 - Adenocarcinoma de reto.
 - Hemorroida.
 - Fístula anal.
 - Fissura anal.

- 33.** Homem, 60 anos, dá entrada em pronto-socorro com quadro de dor de início súbito em membro inferior direito, há 3 horas, nega história de trauma ou uso de medicações. Ao exame, o membro inferior direito encontra-se pálido e frio, encontra-se presente o pulso femoral e ausente os pulsos poplíteo, tibial posterior e pedioso, enquanto que o membro inferior esquerdo tem todos os pulsos preservados, com temperatura e cor sem alteração. É hipertenso, tem antecedente de acidente vascular cerebral há um ano, com seqüela de hemiparesia à direita. O diagnóstico e tratamento indicado para este caso são:
- a Insuficiência arterial aguda / heparinização e tromboembolectomia.
 - b Insuficiência arterial crônica /heparinização e angioplastia.
 - c Insuficiência arterial crônica / heparinização tromboembolectomia.
 - d Trombose venosa profunda / heparinização e filtro de veia cava.
 - e Insuficiência arterial aguda / heparinização e angioplastia.
- 34.** Mulher, 71 anos, apresentou quadro de isquemia mesentérica, sendo necessária a ressecção da metade distal do íleo. As substâncias que terão a absorção gravemente prejudicada são:
- a Cálcio e Ferro
 - b Ferro e Vitamina B 12
 - c Sais biliares e cálcio
 - d Ferro e Sais biliares
 - e Sais biliares e Vitamina B12
- 35.** Homem, 62 anos, diabético, IMC de 38, procura cirurgia e questiona sobre indicação de cirurgia bariátrica. Sobre este caso, assinale a alternativa correta.
- a Não tem indicação de cirurgia bariátrica, pois tem mais de 60 anos.
 - b Só teria indicação de cirurgia bariátrica se estivesse há pelo menos dois anos em tratamento clínico multidisciplinar para obesidade.
 - c Só teria indicação de cirurgia bariátrica se apresentasse duas comorbidades, pois IMC menor que 40.
 - d Orientaria aumentar de peso para IMC ficar acima de 40 e ter indicação de cirurgia bariátrica.
 - e Só teria indicação de cirurgia bariátrica se o diabetes estivesse descompensado.
- 36.** Mulher, 35 anos, após ser submetida a laparotomia foi feito o diagnóstico de tumor carcinoide metastático para fígado. Apresenta quadro clínico de síndrome carcinoide associada. A localização mais provável do tumor primário é:
- a Estômago
 - b Duodeno
 - c Íleo
 - d Apêndice
 - e Cólon
- 37.** Menino, 10 anos, refere dor testicular à direita, de forte intensidade há 6h, com início súbito, durante o sono às 4h da manhã, nega febre, nega trauma. Ao exame físico testículo direito encontra-se horizontalizado e não tem melhora da dor com a elevação manual do testículo direito. Sobre este caso, assinale a alternativa correta.
- a Realizar USG doppler de bolsa testicular, para fazer o diagnóstico de torção de testículo.
 - b Internar, para fazer antibioticoterapia, analgesia e observação.
 - c Realizar USG doppler de bolsa testicular, para fazer o diagnóstico de torção de hidátide de morgani.
 - d O Sinal de Prehn é positivo.
 - e Deve ser submetida à escrototomia exploradora imediata.
- 38.** Homem, 32 anos, vítima de acidente automobilístico, era o motoqueiro que colidiu com carro em alta velocidade, foi resgatado pela equipe do SAMU, dando entrada na urgência, com colar cervical e em prancha longa, falando, dispneico, frequência respiratória 35, ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente em hemitórax esquerdo e ausente em hemitórax direito, sem ruídos adventícios, saturação de oxigênio 80%, PA 80 x 40 mmHG, frequência cardíaca 120 batimentos por minuto, ausculta cardíaca com bulhas cardíacas normofonéticas, com turgescência jugular bilateral e Glasgow 12. Sobre a conduta imediata, neste caso, é correto afirmar que:
- a trata-se de um tamponamento cardíaco e deve ser realizada a punção pericárdica.
 - b há uma grande suspeita de pneumotórax hipertensivo e deve ser realizado Raio X de tórax com urgência.
 - c deve ser realizado toratocentese com jelco número 14, no segundo espaço intercostal direito ao nível da linha hemiclavicular.
 - d deve ser realizado toracocentese com jelco número 14, no quinto espaço intercostal direito ao nível da linha axilar anterior.
 - e deve ser realizada drenagem torácica a direita em selo de água, no quinto espaço intercostal direito ao nível da linha axilar anterior.

39. Homem, Vítima de acidente de queda de escada, chega à urgência, com rebaixamento do nível de consciência, abertura ocular com estímulo doloroso, resposta verbal é com palavras inapropriadas, a resposta motora é com movimento de retirada, no exame pupilar: pupila direita encontra-se isocórica e fotorreagente e pupila esquerda encontra-se midriática e não fotorreagente. A pontuação na escala de coma de Glasgow é:
- a) 7
 - b) 8
 - c) 9
 - d) 10
 - e) 11
40. Sobre os tumores de parótida marque a alternativa **INCORRETA**.
- a) O adenoma pleomórfico é o tumor benigno mais comum da parótida.
 - b) O Carcinoma mucoepidermóide é o tumor maligno mais comum da parótida.
 - c) O tumor de Warthin é um tumor benigno da parótida.
 - d) A parótida drena as suas secreções para cavidade oral através do ducto de Stenon.
 - e) O nervo facial está em contato com a face medial do lobo profundo da parótida.
41. Homem, 56 anos, com quadro de epigastralgia recorrente, evolui com hematêmese volumosa, encontra-se estável hemodinamicamente, foi submetido à endoscopia digestiva alta, sendo identificada úlcera hemorrágica na parede posterior da segunda porção do duodeno, tentado medidas de hemostasia por via endoscópica que foram sem sucesso, paciente ainda permanecia estável hemodinamicamente, sendo optado por realização de arteriografia com embolização. A artéria que deve ser embolizada é proveniente da:
- a) artéria gastroduodenal que é proveniente da artéria hepática comum.
 - b) artéria cólica média que é proveniente da artéria mesentérica superior.
 - c) artéria gastro-omental direita que é proveniente da artéria esplênica.
 - d) artéria duodenopancreática que é proveniente da artéria gástrica esquerda.
 - e) artéria gastroduodenal que é proveniente da artéria mesentérica superior.
42. Homem, 26 anos, tem lesões pigmentares melanóticas na cavidade oral, lábios, mãos e pés, apresentou quadro de obstrução intestinal, foi submetido à laparotomia, identificando-se intuscepção de intestino delgado há 50 cm da válvula íleo-cecal, causado pela presença de múltiplos pólipos no segmento ressecado, o histopatológico identificou que os pólipos eram hamartomatosos. A principal hipótese diagnóstica sindrômica para este paciente é:
- a) Síndrome de Lynch
 - b) Síndrome de Gardner
 - c) Síndrome de Turcot
 - d) Síndrome de Peutz-Jeghers
 - e) Síndrome de von-Hippel-Lindau
43. Homem de 42 anos, com história de perda ponderal de cerca de 40 Kg após 1 ano de cirurgia bariátrica, refere abaulamento inguinal direito indolor há 2 meses, principalmente durante esforço físico, tosse e espirro. Nega sintomas inflamatórios locais. Ao exame físico apresenta abaulamento inguinal direito, redutível, durante manobra de Valsalva. Sobre o tratamento da hérnia inguinal e suas complicações é correto afirmar que:
- a) o reparo cirúrgico eletivo e de emergência possuem taxas de morbidade e mortalidade similares.
 - b) a observação vigilante (watchful waiting) é a conduta de escolha nestes casos.
 - c) hematoma e/ou seroma são as complicações precoces mais frequentes após o reparo aberto.
 - d) a lesão do nervo ilioinguinal durante o reparo cirúrgico aberto provoca hiperreflexia cremastérica.
 - e) o reparo cirúrgico laparoscópico permite uma pior visualização e identificação das estruturas anatômicas.
44. Mulher de 66 anos portadora de Doença do Refluxo Gastroesofágico, queixa de regurgitação mais frequente nos últimos 8 meses, associado a episódios de tosse seca. Ela é obesa (IMC = 41 Kg/m²), diabética há 20 anos, hipertensa há 10 anos. Usa Losartana 50 mg 2 vezes ao dia, Pantoprazol 2 vezes ao dia e Glibencamida após as refeições. A mais provável causa dos sintomas e o mais adequado exame para o diagnóstico, neste caso, é:
- a) Câncer de esôfago e endoscopia digestiva alta com biópsia.
 - b) Hérnia de hiato esofágico e pHmetria esofágica de 24 horas.
 - c) Gastroparesia e radiografia esôfago-estômago-duodeno (REED).
 - d) Úlcera péptica gastroduodenal e endoscopia digestiva alta.
 - e) doença diverticular do cólon e colonoscopia.

- 45.** Homem de 76 anos hipertenso e diabético compensado, durante consulta médica queixa de epigastralgia há mais de 4 semanas acompanhada de hiporexia e certa astenia. A epigastralgia alivia com alimentos, principalmente leite. Comumente usa nimesulida para tratar a dor epigástrica. Seu exame físico revela sinais vitais normais, abdome normotenso e indolor a palpação. Os exames complementares revelam Hb=9,0 g% e colonoscopia normal. A endoscopia digestiva alta evidencia uma grande úlcera de cerca de 4 cm com bordas elevadas e irregulares, localizada a 6 cm distalmente da junção esofagogástrica. A conduta mais recomendada para este paciente, é:
- suspender a nimesulida, iniciar omeprazol e repetir os exames em 2 meses.
 - observação vigilante e repetir a endoscopia digestiva alta em 3 meses.
 - biopsiar a lesão ulcerada durante a endoscopia digestiva alta.
 - Gastrectomia total.
 - realizar radiografia esôfago-estômago-duodeno (REED).
- 46.** A Esofagogastroduodenoscopia, comumente chamada de endoscopia digestiva alta (EDA) é o método diagnóstico mais efetivo no diagnóstico dos tumores do intestino delgado. Sobre os tumores do intestino delgado é correto afirmar que:
- os tumores malignos correspondem a 75-85% das lesões tumorais do intestino delgado.
 - os pacientes apresentam sintomas desde o início da lesão, sendo a obstrução intestinal o mais precoce.
 - Adenocarcinomas são as formas malignas mais frequentes e podem surgir a partir de adenomas túbulo-vilosos.
 - os tumores de intestino delgado são muito prevalentes, correspondendo a cerca de 20% dos tumores do trato digestivo.
 - Adenomas duodenais com mais de 2 cm de largura são facilmente removidos endoscopicamente.
- 47.** O divertículo de Meckel é a anormalidade gastrointestinal congênita mais prevalente. Acomete cerca de 2% da população. Sobre esta mal formação congênita é correto afirmar que:
- a diverticulite de Meckel é comumente confundida com a Apendicite Aguda.
 - a obstrução intestinal é a apresentação clínica mais comum em crianças.
 - o tecido ectópico pancreático é mais frequentemente encontrado no divertículo.
 - é chamada de Hérnia de Petit quando a hérnia inguinal ou femoral possui um divertículo de Meckel.
 - são "falsos" divertículos, pois suas paredes possuem apenas mucosa e submucosa, sem a camada muscular.
- 48.** A ressecção de menos de 50% do intestino delgado geralmente é bem tolerada. Entretanto, os pacientes que perdem mais de 80% do seu intestino delgado evoluem com síndrome do intestino curto, com significativa má absorção intestinal e suas complicações. Sobre a Síndrome do Intestino Curto é correto afirmar que:
- o prognóstico é melhor nos adultos do que nas crianças.
 - o uso de inibidor de bomba de prótons e Octreotideo deve ser evitado, para estimular o peristaltismo.
 - intestino delgado menor que 200 cm e ausência de válvula ileocecal são importantes fatores de risco para desenvolvimento da má absorção.
 - cerca de 80% dos pacientes ficam dependentes de nutrição parenteral após 2 anos da ressecção intestinal.
 - o período de adaptação é associado a constipação intestinal e redução importante do peristaltismo.
- 49.** Paciente homem, de 56 anos, apresentando icterícia moderada indolor, sem outras queixas. Durante a investigação tem confirmado o diagnóstico de Cirrose Hepática. Portador de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Cardiopatia e Pseudogota. Nega etilismo e tabagismo. Refere história familiar de Cirrose Hepática (Pai, avô, tio e irmão). A mais provável etiologia da Cirrose Hepática neste paciente, é:
- Síndrome de Budd-Chiari
 - Hepatite autoimune
 - Hemocromatose
 - Abuso de álcool
 - Hepatite viral (B ou C)
- 50.** Os pacientes com Hipertensão Portal geralmente desenvolvem varizes esofagianas. A hemorragia digestiva alta por ruptura destas varizes é um quadro dramático e grave. As medidas iniciais mais recomendadas na prevenção da ruptura das varizes esofagianas, são:
- Shunt Portosistêmico Intrahepático transjugular (TIPS).
 - Endoscopia digestiva periódica com ligadura preventiva das varizes e uso contínuo de beta-bloqueadores não seletivos.
 - Shunt cirúrgico Portocaval e mesocaval.
 - Procedimento de Sugiura (desvascularização do estômago e esôfago distal).
 - Transplante hepático.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2021

Grupo B: Pré-Requisito: Cirurgia Geral

Especialidades: Cirurgia do Trauma, Cirurgia Geral Avançada, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Oncológica, Urologia.

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	