



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2018, DE 5 DE OUTUBRO DE 2017

PROGRAMAS – GRUPO 002

Cirurgia do Aparelho Digestivo (504), Cirurgia Pediátrica (505),
Cirurgia Plástica (506), Cirurgia Vasculare (508), Coloproctologia (509),
Urologia (517) e Cirurgia do Trauma (602).

Data e horário da prova:

*Domingo,
3/12/2017, às 14h*

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Liberdade é o espaço que a felicidade precisa.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos ou apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, escreva apenas no(s) campo(s) a ser(em) corrigido(s), conforme instruções na folha de respostas.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem pode conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

Realização **iades**
Instituto Brasileiro de Desenvolvimento

Informações: (61) 3574-7200
www.iades.com.br

CIRURGIA GERAL
Itens de 1 a 120

Um senhor de 70 anos de idade, hipertenso, diabético, com adequado controle clínico de suas comorbidades, durante consulta de rotina com seu médico de família, queixou-se de abaulamento na região inguinal esquerda ao fazer esforços físicos. O paciente relatou que o abaulamento havia aumentado no último ano e que vinha sentindo dores no local. Ao exame físico, apresentou hérnia inguinal esquerda redutível, sem sinais de encarceramento.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

1. Segundo a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA), para estimar o risco perioperatório, o paciente do caso clínico apresentado seria enquadrado como ASA II.
2. As hérnias são mais frequentes no sexo masculino. Nas mulheres, as hérnias mais prevalentes são as femorais e as umbilicais.
3. No que se refere à anatomia da região inguinal, é correto afirmar que existe uma porção da *fascia transversalis* mais vulnerável, conhecida como triângulo de Hasselbach, cujos limites são compostos, inferiormente, pelo ligamento inguinal; medialmente, pela bainha lateral do músculo reto abdominal; e, lateralmente, pelos vasos epigástricos superiores.
4. As hérnias inguinais indiretas acontecem quando o conduto peritônio-vaginal mantém-se patente. Se a patência for total, o saco herniário atingirá a bolsa escrotal.
5. Anatomicamente, as hérnias inguinais podem ser classificadas como diretas, quando a protrusão ocorre medialmente aos vasos epigástricos; ou indiretas, quando a protrusão é lateral aos vasos epigástricos sendo as hérnias diretas as mais comuns.
6. Uma das técnicas de correção cirúrgica da hérnia inguinal é a técnica de Lichtenstein. Nessa técnica, o reforço da parede posterior é feito com tela de polipropileno, com reparo livre de tensão.
7. Para o paciente do caso clínico apresentado, os exames pré-operatórios solicitados para a realização de herniorrafia eletiva seriam apenas ECG, função renal e glicemia.

Durante a madrugada, paciente do sexo feminino, de 40 anos de idade, sem comorbidades, deu entrada na emergência com dor tipo cólica no hipocôndrio direito. A dor iniciou-se havia mais de 6 horas, após um jantar de confraternização com amigos. Referiu episódios prévios, porém com duração menor e alívio com analgesia simples. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, anictérica, afebril, com IMC = 30 e com sinal de Murphy positivo. Os exames laboratoriais mostraram leucocitose com desvio à esquerda. A ecografia abdominal revelou vesícula biliar com paredes espessadas e cálculo no infundíbulo.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

8. Dor prolongada, leucocitose com desvio, sinal de Murphy positivo e vesícula com paredes espessadas à ecografia sugerem o diagnóstico de colecistite aguda calculosa, cujo tratamento definitivo é a colecistectomia, preferencialmente por via videolaparoscópica.

9. Todos os casos de colelitíase, independentemente de apresentarem sintomatologia, devem ser tratados com colecistectomia em razão do risco aumentado de desenvolvimento de neoplasia de vias biliares.
10. O exame que apresenta maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de colecistite é a ecografia abdominal, sendo, inclusive, melhor que a tomografia abdominal.
11. De acordo com a classificação da ASA, a paciente do caso clínico apresentado seria considerada ASA I. Essa classificação vai de I a VI, sendo enquadrado como ASA VI o paciente em morte cerebral mantido em perfusão e ventilação controlada.
12. A maioria dos cálculos de vesícula biliar – cujos fatores de risco para formação incluem obesidade, história familiar, sexo feminino e dieta rica em gorduras – são formados por colesterol.
13. Se a paciente do caso clínico estivesse grávida e fosse possível, o ideal seria protelar a colecistectomia até o 3º trimestre gestacional, período com menor risco de complicações fetais.

Adolescente, do sexo masculino, de 16 anos de idade, referiu dor abdominal em mesogástrico e inapetência. No dia seguinte, a dor migrou para a fossa ilíaca direita e o paciente começou a apresentar febre e vômitos. Ao exame físico, apresentou bom estado geral, frequência cardíaca = 111 bpm, temperatura axilar = 38 °C, PA = 120 mmHg x 80 mmHg. Apresentou, também, abdômen depressível, com dor à descompressão súbita no ponto de McBurney.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

14. A escala de Alvarado, ferramenta usada para auxiliar no diagnóstico de apendicite, considera sinais, sintomas e leucograma; e utiliza pontuação que varia de 1 a 10.
15. Ao exame físico, podem-se pesquisar alguns sinais que auxiliam no diagnóstico de apendicite. O sinal de Lapinsky é um exemplo e consiste no surgimento de dor na fossa ilíaca direita após compressão da fossa ilíaca esquerda.
16. Apendicectomia não supurada é considerada cirurgia infectada, sendo obrigatória a antibioticoprofilaxia.
17. A apendicite é a causa mais comum de abdome agudo.
18. O apêndice é derivado do intestino médio, sendo inervado por fibras simpáticas e parassimpáticas através do plexo mesentérico inferior.
19. Além da apendicite, estão inclusas, como possibilidades no diagnóstico diferencial de dor no quadrante inferior direito do abdome, as seguintes condições: gravidez ectópica rota, cálculo ureteral, diverticulite de sigmoide, doença inflamatória pélvica e abscesso de psoas.

Área livre

Paciente, do sexo feminino, de 55 anos de idade, cirurgiã, vinha notando cansaço progressivo em ambas as pernas, acompanhado de inchaço e ardência. As queixas pioravam com o decorrer do dia. Em consulta com seu médico assistente, foi orientada a consultar um cirurgião vascular para avaliar varizes em membros inferiores.

No que se refere à doença venosa periférica, e considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

20. Varizes primárias desenvolvem-se espontaneamente, associando-se a um sistema venoso profundo normal. Varizes secundárias são decorrentes de trombose venosa profunda, malformação de veias profundas e fístulas arteriovenosas; e podem levar a insuficiência venosa crônica.
21. Após exame físico, as varizes dessa paciente poderão ser classificadas em um dos seis estágios da doença venosa crônica (classificação CEAP): telangiectasias, varizes, edema, alterações de pele, úlcera cicatrizada e úlcera ativa.
22. Essa paciente apresenta fatores de risco bem estabelecidos para doença venosa crônica: é do sexo feminino e permanece em ortostatismo prolongado em razão da sua profissão. Além desses, também são fatores de risco para doença venosa crônica a história familiar positiva, a obesidade e a gestação.
23. As úlceras venosas costumam estar próximas ao maléolo lateral e possuir bordas regulares e base seca. Já as úlceras arteriais localizam-se no maléolo medial e apresentam bordas irregulares com fundo vermelho escuro e exsudativo.
24. A dor não é proporcional ao grau de dilatação das varizes, podendo-se encontrar pacientes com varizes calibrosas sem dor, e pacientes com veias dérmicas pequenas, com bastante dor e incômodo locais.
25. O tratamento clínico para essa paciente inclui evitar os fatores de risco; manter os membros inferiores elevados durante a noite; e usar meias elásticas e medicamentos flebotônicos. O uso de medicamentos que aumentem o tônus venoso por cerca de 6 meses resulta em melhora sintomática por vários anos subsequentes.
26. As varizes primárias dos membros inferiores devem receber tratamento cirúrgico para resolução do problema estético e correção do distúrbio hemodinâmico.
27. Pacientes com úlcera venosa precisam esperar a cicatrização completa da ferida antes de se submeterem a tratamento cirúrgico.

Homem de 65 anos de idade, branco, tabagista e hipertenso, descobriu, em consulta de rotina com cardiologista, uma massa abdominal pulsátil. O médico solicitou uma ecografia abdominal total que diagnosticou um aneurisma de aorta abdominal de 4 cm de diâmetro.

No que se refere a aneurismas de aorta abdominal, e considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

28. A diabetes é um fator de risco independente para a formação de aneurismas de aorta abdominal.
29. O aneurisma de aorta abdominal, além de ser mais prevalente nos homens, apresenta pior evolução e maior risco de ruptura nos pacientes do sexo masculino.

30. Para os homens, indica-se o tratamento cirúrgico eletivo quando o diâmetro do aneurisma de aorta abdominal ultrapassa os 5,5 cm, e, para as mulheres, existe a tendência de indicar cirurgia quando o diâmetro for maior que 4,5 cm.
31. A maioria dos pacientes com aneurisma de aorta abdominal são assintomáticos, sendo a dilatação aneurismática um achado incidental ao exame físico ou em ecografia abdominal.
32. Caso a escolha para o tratamento cirúrgico do paciente do caso clínico em questão seja a correção endovascular do aneurisma, tratamento que apresenta menor morbimortalidade no período pós-operatório imediato e alta morbimortalidade precoce, ele deve ser acompanhado com angiotomografia de controle 1 mês após o procedimento, 12 meses após a cirurgia e anualmente a partir de então.
33. A tríade clássica dor abdominal, massa abdominal pulsátil e hipotensão está presente em 70% dos casos de ruptura de aorta abdominal.

Paciente de 70 anos de idade, do sexo masculino, sentia-se cansado e desanimado ultimamente. Seus familiares achavam que ele havia emagrecido bastante nos últimos meses, apesar de não estar fazendo dieta para emagrecer. Sempre foi um homem saudável e não usava medicações de uso contínuo. Notou que suas fezes estavam com menor calibre. Procurou seu médico, iniciou investigação e foi diagnosticado com neoplasia de cólon.

No que se refere à neoplasia de cólon, e considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

34. O câncer colorretal tem fatores de risco predominantemente ambientais e relacionados a hábitos dietéticos, tendo pouco significado a história familiar positiva para a doença.
35. Pacientes com quadro de colite durante longos períodos estão sob risco de desenvolver neoplasia colorretal.
36. Tumores do cólon direito estão mais relacionados à anemia ferropriva. Já pacientes com tumores do cólon esquerdo (como o paciente do caso clínico) podem relatar que as fezes ficam mais finas, conhecidas como fezes em fita.
37. Para concluir o diagnóstico do paciente desse caso, além da colonoscopia, é necessário medir a dosagem de CEA, pois esse marcador apresenta elevada sensibilidade.
38. Dietas ricas em vegetais, fibras e alimentos ricos em cálcio, ácido fólico e vitamina C parecem exercer efeito protetor contra o desenvolvimento das neoplasias colorretais.
39. Sendo o tumor colorretal uma das neoplasias mais prevalentes no mundo, o paciente desse caso deveria ter iniciado o rastreamento do tumor, preferencialmente com colonoscopia, a partir dos 50 anos de idade.
40. O principal sítio metastático de adenocarcinoma de cólon é o peritônio.
41. Nos casos de adenocarcinoma com doença metastática, a ressecção das lesões não é recomendada, pois não há evidência de aumento da sobrevida dessa população.

A.T.C., de 75 anos de idade, tabagista de longa data, hipertenso, ex-trabalhador da indústria petroquímica, procurou serviço médico, pois estava urinando sangue. Não havia queixas de disúria, secreção uretral ou lesão em genitália. O médico, então, levantou a suspeita de neoplasia de bexiga.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

42. O tabagismo e o contato com hidrocarbonetos aromáticos, relatados pelo paciente, são fatores de risco importantes para a neoplasia vesical.
43. A conduta adequada, nesse caso, seria a solicitação de tomografia abdominal com contraste, seguida de cistoscopia. É correto indicar ressecção transuretral diagnóstica e terapêutica, caso haja, lesão suspeita de malignidade, pois a maioria das lesões malignas de bexiga são superficiais e não invasivas.
44. Se a neoplasia vesical de A.T.C. invadir a camada muscular, o tratamento apenas com ressecção transuretral, não será suficiente, devendo-se optar por quimioterapia e cistectomia parcial.
45. Para a doença metastática da neoplasia vesical, não é indicado tratamento com intenção curativa, apenas paliativa.
46. Para o acompanhamento ambulatorial desse paciente, após tratamento cirúrgico de neoplasia de bexiga, devem ser solicitados os seguintes exames: tomografia de abdome e pelve, cistoscopia e citologia urinária.

Paciente de 70 anos de idade, sexo feminino, descendente de alemães e moradora do interior do Rio Grande do Sul, consultava regularmente a dermatologista para acompanhamento de diversos nevos melanocíticos. Um desses nevos, no antebraço, apresenta prurido, ulceração e sangramento. Foi levantada a possibilidade diagnóstica de melanoma.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

47. As principais formas clínicas de melanoma são: lentigo maligno; extenso superficial; nodular; mucoso; lentiginoso acral; e amelanótico.
48. Provavelmente, a paciente apresenta a forma lentigo maligno, que é a forma mais comum de melanoma (cerca de 70% dos casos). Essa lesão é superficial, *in situ*, quase exclusiva de áreas expostas ao sol, e é a lesão com melhor prognóstico.
49. Assimetria, bordas irregulares, cores variadas, diâmetro > 6 mm e aumento da espessura são sinais que, nos nevos pigmentados, sugerem diagnóstico de melanoma.
50. A classificação de Breslow mede a espessura, em profundidade, do melanoma, enquanto a classificação de Clark avalia a invasão longitudinal em relação à pele.
51. Pele, pulmão, fígado, sistema nervoso central, ossos e trato gastrointestinal são sítios metastáticos do melanoma, sendo as metástases do sistema nervoso a principal causa de óbito.
52. Após biópsia excisional da lesão da paciente, com margem mínima de 2 mm e confirmação anatomopatológica para melanoma, devem-se ampliar as margens iniciais, conforme o índice de Breslow.

Paciente, 40 anos de idade, do sexo feminino, procurou atendimento médico por queixa de queimação retroesternal e regurgitação havia mais de 6 meses. Negava náusea, vômitos, disfagia ou perda de peso involuntária. Estava obesa e era tabagista desde os 15 anos de idade. Refere-se tosse crônica havia 2 meses. Não usava medicações de uso contínuo além do anticoncepcional oral. Durante a consulta, a paciente recebeu o diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico e saiu do consultório com prescrição de inibidor de bomba de prótons.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionado, julgue os itens a seguir.

53. O tratamento prescrito está errado, pois deveria ter sido solicitada endoscopia digestiva alta para confirmar o diagnóstico.
54. A substância P e a gastrina estão associadas à diminuição do esfíncter esofágico inferior, o que provoca os sintomas da doença do refluxo gastroesofágico.
55. Na investigação da tosse crônica da paciente, a doença do refluxo gastroesofágico deve entrar no diagnóstico diferencial desse sintoma, pois manifestações pulmonares são consideradas manifestações atípicas dessa doença.
56. A endoscopia digestiva alta tem elevada sensibilidade e especificidade para o diagnóstico da doença do refluxo gastroesofágico, sendo considerada padrão ouro para esta doença.
57. As principais classificações endoscópicas para avaliar esofagite de refluxo são Savary-Miller e Los Angeles, sendo as erosões as soluções de continuidade > 3 mm limitadas à mucosa e com a úlcera atingindo a camada muscular da mucosa.
58. Uma das complicações da doença do refluxo é o esôfago de Barrett, o qual deve ser acompanhado com endoscopias seriadas, pois há risco de desenvolvimento de adenocarcinoma esofágico.
59. A fundoplicatura de Nissen, ou parcial, é o tratamento cirúrgico de escolha para a doença do refluxo gastroesofágico, para a qual se deve sempre solicitar, antes da cirurgia, pHmetria de 24h para confirmar o diagnóstico.
60. Um dos sintomas que pode haver no pós-operatório imediato da paciente, caso ela seja submetida à fundoplicatura de Nissen, é a disfagia, em razão do edema no hiato esofágico gerado pela dissecação durante a cirurgia.

Paciente do sexo masculino, de 65 anos de idade, tabagista, alcoolista, com baixo nível escolar e socioeconômico, vem queixando-se de emagrecimento importante (cerca de 10 kg, em 6 meses), inapetência, dor epigástrica, cansaço e desânimo. Ao exame físico, o paciente apresenta-se emagrecido, hipocorado, eupneico, afebril. Na palpação do abdome, nota-se nódulo umbilical palpável. Embora o paciente não seja diabético ou tenha outra endocrinopatia, apresenta acantose nigricans.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos relacionados ao possível diagnóstico de neoplasia de estômago, julgue os itens a seguir.

61. São fatores de risco para câncer de estômago: baixo nível socioeconômico; história familiar positiva; tipo sanguíneo O; dieta rica em alimentos defumados; e infecção pelo *H. pylori*.

62. A presença de nódulo umbilical palpável (sinal de *sister Mary Joseph*) no paciente indica infiltração neoplásica metastática do ligamento umbilical e apresenta indícios de doença avançada e incurável.
63. A acantose nigricans, apresentada pelo paciente do caso, é uma das síndromes paraneoplásicas do câncer de estômago.
64. A classificação histológica de Lauren divide o câncer gástrico em dois tipos. O tipo intestinal acomete mais homens e idosos, além de estar associado à gastrite crônica trófica. O tipo difuso, por sua vez, acomete mais mulheres, tende a se disseminar por via linfática e possui melhor prognóstico.
65. O paciente foi submetido a múltiplas biópsias (no mínimo sete) das bordas da úlcera para se confirmar o diagnóstico de câncer gástrico. Biópsias do centro da úlcera geralmente revela apenas necrose.
66. O tratamento cirúrgico dos pacientes com tumores proximais sem doença metastática é a gastrectomia total com reconstrução em Y-de-Roux, acompanhada de linfadenectomia a D2.

Paciente de 30 anos de idade, do sexo feminino, sente-se insatisfeita com o tamanho de suas mamas e procurou um cirurgião plástico para planejar uma cirurgia de mamoplastia de aumento com colocação de próteses de silicone. Hígida, ela nega cirurgias prévias, não usa medicações de uso contínuo e o método contraceptivo dela é o sistema intrauterino. Além disso, ela nega tabagismo e história pessoal ou familiar de sangramento. Seu cirurgião solicitou exames pré-operatórios: ECG, hemograma, provas de coagulação, sorologias e Raio X de tórax. Os resultados dos exames apresentaram normalidade, excetuando-se o de tórax, que mostrou nódulo pulmonar solitário.

Com base no caso clínico exposto e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

67. A paciente do caso clínico tem menos de 35 anos de idade, não é tabagista, não apresenta sintomas torácicos e, dependendo do tamanho e das características do nódulo, este tem baixo risco de malignidade. Por isso, a paciente deve ser acompanhada clinicamente nos próximos 2 anos.
68. As características de malignidade do nódulo são: borda irregular e nódulo espiculado (com coroa radiada) com calcificação excêntrica.
69. Nódulos pulmonares solitários são achados incidentais e são malignos em menos de 10% dos casos.
70. Uma complicação incomum, mas que pode ocorrer na cirurgia da paciente, é a infecção de sítio cirúrgico, que pode ser de difícil tratamento; aumentar o risco de contratura capsular; e necessitar de remoção da prótese para erradicação da infecção.
71. Segundo a estratificação de risco para trombose venosa profunda em pacientes submetidos a cirurgia plástica, a paciente do caso clínico apresenta alto risco, razão pela qual deve ser feita profilaxia com enoxaparina, iniciada no procedimento intraoperatório e mantida por mais 7 dias após a cirurgia.
72. Após a avaliação do risco cirúrgico da paciente, é correto concluir que não seria necessário realizar nenhum dos exames solicitados pelo cirurgião para predizer o risco de complicações perioperatórias.

Paciente do sexo masculino, caucasiano, de 35 anos de idade, procurou um serviço de emergência médica na madrugada por apresentar dor forte, em cólica, no flanco direito, para a região da bolsa escrotal, acompanhada de náuseas, vômitos e sudorese. Refere disúria. Nega comorbidades, alergias e episódios prévios. No exame físico, o paciente apresentou bom estado geral, estando afebril. Apresentou, ainda, abdome flácido, depressível, sem sinais de irritação peritoneal. O sinal de Giordano mostrou-se negativo. Foi solicitado exame de urina, o qual evidenciou hematúria. A radiografia simples de abdome mostrou a presença de cálculo.

Com base no caso apresentado, e considerando o diagnóstico de nefrolitíase, julgue os itens a seguir.

73. A localização provável do cálculo do paciente em questão, pela sua sintomatologia, é na junção ureteropélvica.
74. Hematúria é uma manifestação bastante comum no quadro agudo de nefrolitíase, mas também pode estar presente na apendicite, por causar irritação no ureter, pela proximidade anatômica.
75. O exame de escolha, padrão ouro, no diagnóstico de nefrolitíase é a ecografia abdominal e de vias urinárias.
76. Cálculos coraliformes são formados por estruvita (geralmente durante infecções urinárias causadas por *Proteus*) e, quando assintomáticos, não necessitam de intervenção cirúrgica.
77. A grande maioria dos cálculos de vias urinárias é formada por oxalato de cálcio.
78. São fatores de risco para nefrolitíase: história familiar positiva; baixa ingestão hídrica; hipercaleciúria; hiperuricosúria; obesidade; e gota. Trata-se do primeiro episódio de cólica nefrética do paciente, mas existem chances maiores de ele desenvolver novos episódios.
79. Para evitar a formação de novos cálculos, a dieta do paciente deve ser pobre em cálcio, com restrição de sal e proteínas, ingestão hídrica de pelo menos 2 L por dia.
80. Pacientes assintomáticos, mas com pielonefrite não drenada, sempre devem ser tratados com intervenção urológica.

Paciente de 82 anos de idade, do sexo feminino, obesa, compareceu a uma consulta em posto de saúde, há 2 dias, com queixa de dor abdominal em razão da cólica que se intensificou nas últimas horas e está acompanhada de distensão abdominal importante. A paciente é cronicamente constipada, evacua apenas com o uso de laxantes, não conseguiu evacuar com as medicações e está, há algumas horas, sem eliminar flatos. Nega cirurgias abdominais prévias. Ao exame físico, ela apresenta bom estado geral e está eupneica, afebril, taquicárdica. O abdome da paciente mostrou-se mais globoso, hipertimpânico, sem sinais de irritação peritoneal e ruídos hidroaéreos metálicos.

Com base no caso clínico hipotético apresentado, e considerando a possibilidade clínica de síndrome de obstrução intestinal, julgue os itens a seguir.

81. Pela apresentação clínica da paciente, pode-se inferir que se trata de uma obstrução do intestino delgado.
82. Ao se fazer o toque retal na paciente, deve-se avaliar a presença de fezes na ampola retal, sangue ou massas que justifiquem a obstrução.

83. Na suspeita de obstrução intestinal, deve-se sempre solicitar tomografia de abdome para confirmar o diagnóstico, dispensando-se as radiografias de tórax e abdome, por apresentarem baixa especificidade.
84. O tratamento cirúrgico é a escolha terapêutica nos casos de obstruções totais, parciais, refratárias ou de estrangulamento. A via de abordagem, geralmente, é a videolaparoscópica, tendo em vista a menor morbidade pós-operatória.
85. Nos casos de obstrução em nível colônico, as principais causas são: volvo, divertículos e as neoplasias.
86. Nas obstruções causadas por neoplasia em cólon esquerdo, costuma-se fazer uma ressecção segmentar do cólon acometido com colostomia terminal (Hartmann) ou colectomia total ou subtotal com reconstrução primária.
87. Supondo que a paciente tenha sido submetida a uma laparotomia exploradora e, alguns dias depois da cirurgia, houve abaulamento da ferida operatória, com drenagem espontânea de líquido claro, translúcido. O tratamento do referido caso clínico consiste na drenagem por punção e na antibioticoterapia oral.
88. A obstrução intestinal, quando tratada com laparotomia exploradora, pode ter, como agravamento, a deiscência de suturas da parede abdominal. Geralmente, tal fato ocorre por erro técnico no fechamento aponeurótico. A paciente do citado caso clínico está sob risco para tal agravo porque ela é idosa, obesa e fará uma cirurgia de emergência.

Homem de 55 anos de idade, hipertenso, tabagista, alcoologista, foi atendido na emergência de um hospital com hemorragia digestiva alta, vomitando sangue vivo, em choque hipovolêmico. Nega uso recente de anti-inflamatórios e não tem histórico de patologias hepáticas.

Em relação ao referido caso clínico e considerando os conhecimentos médicos relacionados ao diagnóstico de hemorragia digestiva alta, julgue os itens a seguir.

89. A causa mais provável para o sangramento digestivo do paciente citado é a síndrome de Mallory-Weiss, uma vez que o paciente é alcoologista.
90. O paciente está em choque; por isso, o manejo inicial deve incluir reposição volêmica, estabilização clínica, passagem de sonda nasogástrica e endoscopia digestiva alta.
91. A hemorragia digestiva alta é aquela que ocorre antes do ângulo de Treitz e apresenta, como sintoma, a hematoquezia ou enterorragia.
92. O tratamento endoscópico das úlceras pépticas sangrantes é baseado na classificação de Forrest, na qual o achado de úlcera com base clara é Forrest I; úlcera com sinais de sangramento recente é Forrest II; e úlcera com sangramento ativo é Forrest III.
93. As indicações para o tratamento cirúrgico de úlcera péptica são: instabilidade hemodinâmica a despeito de reposição vigorosa; falha do tratamento endoscópico; sangramento pequeno (porém contínuo); e necessidade de transfusões diárias.
94. No tratamento cirúrgico da hemorragia refratária por úlcera gástrica, sempre deve-se ressecar a úlcera, em razão do risco de idade ampliado malignidade.

Paciente de 26 anos de idade, do sexo feminino, hígida, procurou auxílio médico após assustar-se ao ver sangue vivo no vaso sanitário depois defecação. Nega dor e não tem outras queixas. Refere constipação. Ao exame físico, a paciente apresenta bom estado geral, sinais vitais normais e estáveis. Após toque retal, é constatado esfíncter normotônico. No resultado da anuscopia, notou-se a presença de prolapso com redução digital.

Tendo como base o referido caso clínico e os conhecimentos médicos relativos à doença hemorroidária, julgue os itens a seguir.

95. O ânus é constituído pelo esfíncter anal interno, que é composto por musculatura lisa, e pelo esfíncter anal externo, que é formado pelo músculo elevador do ânus e pelo músculo puborretal.
96. A linha pectínea é a área em que ocorre a transição do epitélio colunar para o epitélio escamoso no reto. Ela é usada como ponto de referência para distinguir as hemorroidas internas das externas.
97. Todos os pacientes com doença hemorroidária devem ser avaliados com colonoscopia, pois existe maior probabilidade de neoplasia colorretal.
98. A paciente do caso em questão tem hemorroidas internas de grau IV e seu tratamento deve ser cirúrgico, com hemorroidectomia.
99. As hemorroidas podem ser classificadas em internas e externas. As hemorroidas internas ocorrem acima da linha pectínea, originam-se no plexo hemorroidário superior e estão associadas a sangramento. Já as hemorroidas externas são oriundas do plexo hemorroidário inferior e costumam ser dolorosas. Pela descrição do caso, a referida paciente tem hemorroidas internas.
100. Um procedimento simples para a referida paciente, realizado no ambulatório, para tratamento de hemorroidas de grau II e III, é a ligadura elástica. Uma complicação relevante de tal procedimento é a sepse.
101. Na hemorroidectomia de Ferguson, a cicatrização ocorre por segunda intenção. Já na hemorroidectomia de Milligan e Morgan, é realizada sutura da mucosa com fio absorvível.

P.T.M., de 56 anos de idade, do sexo masculino, tabagista, etilista, relatou perda ponderal acentuada nos últimos 3 meses e disfagia progressiva de sólidos para líquidos. Uma endoscopia digestiva alta mostrou lesão exofítica a 30 cm da arcada dentária.

Considerando o caso clínico relatado e tendo em vista os conhecimentos médicos relacionados ao provável diagnóstico de neoplasia esofágica, julgue os itens a seguir.

102. As neoplasias de terço médio do esôfago são derivadas de epitélio escamoso e os adenocarcinomas são mais comuns no terço distal.
103. São necessárias várias biópsias para confirmar o diagnóstico de neoplasia, pois algumas amostras podem revelar necrose ou inflamação inespecífica.
104. Pela localização, a neoplasia de P.T.M. provavelmente é um adenocarcinoma.

- 105.** Quanto ao tratamento de neoplasia de esôfago, tumores que atingem a submucosa são tratados com mucosectomia, enquanto tumores que atingem a camada muscular necessitam de terapia neoadjuvante com esofagectomia e linfadectomia regional.
- 106.** Uma das complicações da esofagectomia transtorácica é a mediastinite por deiscência da anastomose intratorácica, complicação grave com chances de sepse e óbito.
- 107.** P.T.M., obrigatoriamente, além de tomografia de tórax e abdome, deve fazer fibrobroncoscopia, pelo alto risco de disseminação linfática através dos linfonodos traqueobrônquicos.

A.P.C., de 76 anos de idade, do sexo masculino, hipertenso (sem doença renal crônica), em consulta de rotina com seu médico assistente, relatou dificuldade para iniciar a micção, além de apresentar jato fraco e sensação de esvaziamento incompleto da bexiga. Contou que seu pai e seu irmão tiveram problemas na próstata, mas não soube dar mais detalhes. Foram solicitados exames que apresentaram os seguintes resultados: PSA = 2,2 ng/mL; creatinina = 3,3; crescimento de *E. coli* em urocultura; e ecografia de vias urinárias com hidronefrose bilateral.

Com base no caso clínico mencionado e considerando os conhecimentos médicos referentes à suspeita de hiperplasia prostática benigna, julgue os itens a seguir.

- 108.** A próstata é uma glândula dividida, anatomicamente, em três zonas: anterior, de transição e periférica. A zona anterior, a partir da quinta década de vida, aumenta de volume e pode causar sintomas obstrutivos e irritativos do trato urinário inferior, condição conhecida como hiperplasia prostática benigna.
- 109.** A escolha da droga para o tratamento da hiperplasia prostática depende da apresentação clínica e de quais sintomas são predominantes. Se predominarem sintomas irritativos, a droga de escolha consiste nos inibidores da 5-alfa-redutase. Já se forem sintomas obstrutivos, usam-se os alfa-bloqueadores.
- 110.** A.P.C. já está apresentando sinais de retenção urinária, com hidronefrose e insuficiência renal aguda pós-renal. O paciente deve ser operado o quanto antes, devendo-se dispensar qualquer tratamento farmacológico.
- 111.** Durante e após a ressecção transuretral, o paciente recebe irrigação vesical contínua com solução hipotônica com glicina e pode apresentar hiponatremia sintomática, conhecida como síndrome da ressecção transuretral.
- 112.** Se a próstata de A.P.C. tiver até 100 g, a cirurgia é feita pela ressecção transuretral. Próstatas maiores são tratadas por prostatectomia suprapúbica.
- 113.** Os medicamentos antiandrogênicos têm ação imediata para a diminuição do volume da próstata, mas também diminuem o valor do PSA, o que prejudica a triagem para câncer de próstata.

Paciente do sexo feminino, vítima de acidente automobilístico, 37 anos de idade, foi admitida no setor de emergência de um hospital com o seguinte exame físico: ela estava torporosa, com abertura ocular ausente, balbuciando sons incompreensíveis, com reflexo de retirada à dor,

anisocoria com midríase à direita, hipocorada, desidratada, acianótica, taquidispneica, com esforço ventilatório e turgência jugular. Sinais vitais: PA = 90 mmHg x 60 mmHg; frequência cardíaca = 126 bpm; frequência respiratória = 30 irpm. Após ausculta pulmonar, constataram-se murmúrio abolido à esquerda e percussão timpânica. Constatou-se, ainda, enfisema subcutâneo em base do hemitórax esquerdo. O ritmo cardíaco da paciente era regular, com dois tempos, além de bulhas normofonéticas. O exame abdominal não mostrou alterações. A pelve se revelou estável. Não foram encontradas fraturas em membros inferiores.

Acerca do caso clínico apresentado e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 114.** A pontuação da paciente na escala de coma de Glasgow é 9, admitindo-se intubação orotraqueal, objetivando a via aérea definitiva.
- 115.** A perda sanguínea estimada da paciente está entre 1.500 mL e 2.000 mL, razão pela qual esta necessita de reposição volêmica com cristalóides e concentrado de hemácias.
- 116.** O diagnóstico mais provável do caso clínico da paciente é pneumotórax hipertensivo (murmúrio abolido, percussão timpânica e turgência jugular) em hemitórax esquerdo, de modo que se deve solicitar radiografia de tórax de urgência, para posterior tratamento.
- 117.** Firmado o diagnóstico de pneumotórax hipertensivo, procede-se à toracocentese de alívio e realiza-se posterior drenagem torácica em selo d'água.
- 118.** A toracocentese sempre deve ser realizada na borda inferior da costela, a fim de se evitar o feixe vaso-nervoso intercostal.
- 119.** Hemotórax maciço com drenagem de 1.500 mL pelo dreno da toracotomia ou saída superior a 200 mL ou 300 mL na primeira hora, após a drenagem inicial, é indicação de toracotomia em centro cirúrgico.
- 120.** Caso o pneumotórax hipertensivo da paciente se mantenha "hipertensivo" mesmo após a drenagem, deve-se suspeitar de lesão de via aérea de grande calibre em comunicação com a pleura. O diagnóstico é feito com broncoscopia e o tratamento, por toracotomia.

Área livre