



CONCURSO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2021

UROLOGIA

Nome do Candidato	N.Inscrição

INSTRUÇÕES

- Verifique se este caderno de prova contém um total de 50 questões, numeradas de 1 a 50.
- Se o caderno estiver incompleto, solicite outro ao fiscal da sala.
- Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Para cada questão existe apenas UMA resposta correta.
- Você deve ler cuidadosamente cada uma das questões e escolher UMA resposta.
- Essa resposta deve ser marcada na FOLHA DE RESPOSTAS que você recebeu.

VOCÊ DEVE:

- Procurar, na FOLHA DE RESPOSTAS, o número da questão a que você está respondendo.
- Verificar no caderno de prova qual a letra (A, B, C, D) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra na FOLHA DE RESPOSTAS, preenchendo por completo o círculo correspondente à letra escolhida.

ATENÇÃO

- Marque as respostas com **caneta esferográfica de tinta azul ou preta**.
- Marque apenas uma letra para cada questão, mais de uma letra assinalada implicará anulação dessa questão.
- **Responda a todas as questões.**
- Não será permitida qualquer espécie de consulta, nem o uso de aparelhos eletrônicos.
- Você terá **3h (três horas)** para responder a todas as questões e preencher a Folha de Respostas.

"Direitos autorais reservados. Proibida a reprodução, ainda que parcial, sem autorização prévia".

21/JANEIRO/2021

1. Mulher, 36 anos de idade, com peso = 128kg e altura = 1,65m, IMC = 47,01 kg/m², diabética há 5 anos, em uso de 2 medicações hipoglicemiantes orais, com peptídeo C normal, hipertensa há 6 anos, em uso de 2 anti-hipertensivos, sem dislipidemia e com osteoartrose dolorosa dos joelhos, procura o cirurgião para tratamento cirúrgico de obesidade. Foi submetida a toda a avaliação clínica pré-operatória multidisciplinar e foi liberada para a cirurgia. Em comum acordo com o médico assistente, a paciente e o familiar são informados que a cirurgia realizada será o ByPass Gástrico, com reconstrução em Y de Roux. Assinale a alternativa correta:

- (A) A escolha do tipo cirurgia, ByPass ou Gastrectomia vertical, é indiferente, pois ambas, igualmente, controlam as comorbidades de igual forma, diferindo apenas na absorção dos nutrientes ao longo do tubo digestivo.
- (B) A melhor opção cirúrgica para este caso seria a Gastrectomia Vertical, dada a inibição da produção de grelina, favorecendo perda de peso mais acentuada após 2 anos da cirurgia.
- (C) A opção do bypass é melhor, pois o efeito incretínico é melhor; há maior controle do diabetes e da hipertensão após 2 anos de cirurgia e uma maior perda do excesso de peso.
- (D) A opção de cirurgia para este caso é muito radical. O tratamento clínico bem executado tem o mesmo efeito na manutenção de perda de peso e controle de comorbidades comparativamente à cirurgia, em longo prazo.

2. Em relação ao tratamento do câncer retal, extraperitoneal, pode-se afirmar que:

- (A) A excisão total de mesorreto é a cirurgia recomendada para os tumores distais de reto.
- (B) O tratamento neoadjuvante com quimio e radioterapia, seguido de ressecção local transanal, é a melhor opção terapêutica.
- (C) A amputação abdominoperineal do reto (cirurgia de Miles) é a que apresenta melhor resultado na sobrevida dos pacientes.
- (D) A preservação esfinteriana não deve ser utilizada, pois apresenta piora nos resultados de sobrevida.

3. Sobre o Adenocarcinoma Gástrico, pode-se afirmar que:

- (A) A realização de linfadenectomia D3 (periaórtica) melhora a sobrevida, devendo ser utilizada rotineiramente para os pacientes com neoplasias ressecáveis.
- (B) A neoadjuvância com esquema FLOT (fluorouracil, leucovorin, oxaliplatina e docetaxel) melhora a sobrevida global nos casos estágio T2 ou superior.
- (C) A laparoscopia não deve ser utilizada no estadiamento da neoplasia, devido ao risco de disseminação peritoneal pelo pneumoperitônio.
- (D) A incidência dos tumores proximais vem diminuindo, com um aumento significativo na incidência dos tumores distais.

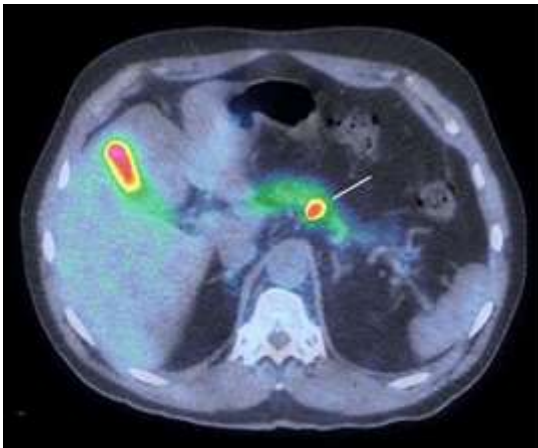
4. Em relação ao tratamento cirúrgico da Doença de Crohn, pode-se afirmar que:

- (A) As estenoplastias (Heineke-Mikulicz ou Finney) devem ser evitadas, devido ao risco de desenvolvimento da síndrome de intestino curto.
- (B) As estenoses do colón dificilmente apresentam componente neoplásico, podendo ser acompanhadas clinicamente.
- (C) Na realização de enterectomias devido a estenose, as margens das ressecções devem ser avaliadas histologicamente, para se evitar recidivas.
- (D) Indica-se nas complicações (perfuração, abscesso, estenose, fístula, hemorragia, neoplasia) ou sintomas persistentes, sob tratamento clínico adequado.

5. A síndrome metabólica – SM, compreende dislipidemia, micro e macrovasculopatia, hipertensão arterial sistêmica, apneia obstrutiva do sono, resistência insulínica, entre outras. A demanda de pacientes à procura destes procedimentos aumenta a cada ano, sendo fundamental na formação do Cirurgião Geral o treinamento eficiente para estes procedimentos. Isto posto, aponte a alternativa correta:

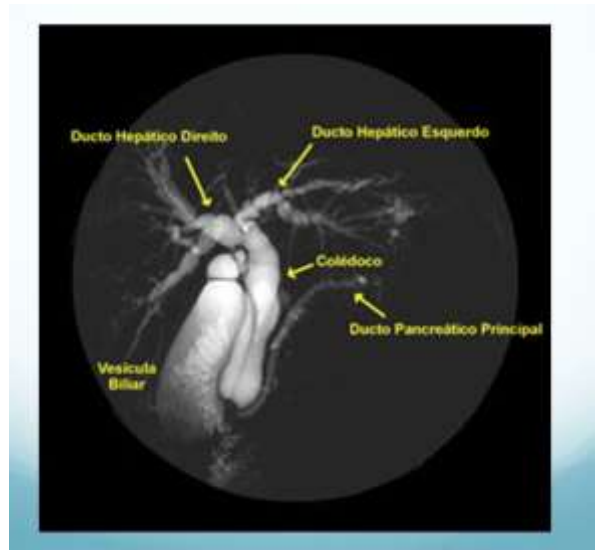
- (A) A indicação da cirurgia é para aqueles pacientes com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 34,9 e 40 ou > 40 kg/m², que procuram o cirurgião.
- (B) A SM melhora significativamente com o tratamento cirúrgico bariátrico, seja a gastrectomia vertical, seja o bypass gástrico.
- (C) Os hormônios relativos aos mecanismos de perda de peso são chamados de insulínicos e sacietógenos, insulina, glucagon e colecistocinina.
- (D) A abordagem laparotômica para execução do procedimento está proscrita, sendo utilizada a abordagem laparoscópica, endoscópica e robótica.

6. Mulher, 28 anos de idade, no pronto-socorro trazida pelo SAMU, torporosa, descorada, com sudorese fria, sem exteriorização de sangramento, agitada, tornando-se em seguida sonolenta. Familiares contam que, há 3 anos, aproximadamente, apresenta sintomas semelhantes e às vezes desmaio. Habitualmente socorrida em pronto atendimento com hidratação, reposição de glicose, com melhora. Os exames gerais colhidos nestas ocasiões não apresentam alterações significativas. A mãe da paciente informa que a filha está ansiosa nestes últimos três anos, tem irritabilidade fácil e crises de pânico e hiperfagia. Algumas vezes faz crises de hipoglicemia. Diante deste relato, o médico solicita dosagem de glicemia, que se revela igual a 40 g/dL. Após hidratação, glicose intravenosa; internação para investigação diagnóstica. A imagem adquirida pela ressonância de abdome mostra um nódulo hipercaptante no parênquima pancreático. A principal hipótese diagnóstica e o tratamento proposto para o caso são, respectivamente:



- (A) Trata-se de um gastrinoma-síndrome de Zollinger-Ellison; extirpação da lesão.
- (B) Adenocarcinoma de pâncreas; gastro-duodeno-pancreatectomia cefálica (Cirurgia de Whipple).
- (C) Insulinoma - Tríade de Whipple, nódulo hipervascularizado e hipercaptante; extirpação da lesão.
- (D) Vipoma - Síndrome de Verner-Morrison e o tratamento será a extirpação da lesão.

7. Um homem, 68 anos de idade, no pronto-socorro (PS), queixando-se de perda de apetite há 60 dias, com perda de 10kg de peso no período, dor epigástrica mal definida, com irradiação para hipocôndrio direito e dorso. Colúria, com hipocolia fecal e icterícia há 10 dias, com prurido generalizado há 5 dias. Etilista (destilado e fermentados), tabagista, 45 maços-ano, hipertenso controlado. Há 2 meses medicado com hipoglicemiante oral. Nega alergias. Exames laboratoriais realizados na admissão do PS: tempo de atividade de protrombina – TAP alargado, com TTPA normal. AST-TGO/ALT-TGP = 168/245 UI/L; Fosfatase Alcalina (FA) = 1107 UI/L; Gama Glutamil Transferase (GGT) = 985 UI/L; Bilirrubinas Total + Frações: BT = 18 mg/dL; BD = 13; BI = 5 mg/dL. Ultrassonografia de abdome: dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, com vesícula biliar túrgida, com colelitíase. Tomografia de abdome total e colangiorressonância magnética – ambas com imagem que sugere dilatação de toda a árvore biliar, vesícula biliar túrgida, com colelitíase e amputação do ducto colédoco distal (imagem a seguir). Diante do exposto, aponte a principal hipótese diagnóstica e o tratamento a ser indicado:



- (A) Doença neoplásica da região periampular; gastroduodenopancreatectomia cefálica.
- (B) Pancreatite crônica cefálica pseudo tumoral; gastroduodenopancreatectomia cefálica.
- (C) Colangiocarcinoma proximal; meso-hepatectomia com colecistectomia, linfadenectomia regional e derivação biliodigestiva intra-hepática.
- (D) Tumor obstrutivo de papila duodenal; gastroduodenopancreatectomia cefálica.

8. Pacientes com mais de 5 anos de bypass gástrico (seguimento em longo prazo) para tratamento cirúrgico da obesidade apresentam 15% a 20% de recidiva da obesidade. A recidiva se estabelece quando:

- (A) Recuperação de mais de 5kg de peso em 5 anos, com ou sem recuperação de comorbidades.
- (B) Reaparecimento de comorbidades com recuperação de 10% a 15% do peso perdido.
- (C) Não há consenso na literatura médica quanto à definição de recidiva da obesidade.
- (D) Ocorre recuperação de 50% do peso atingido-perdido ou 20% do peso associado ao reaparecimento de comorbidades.

9. Homem, com peso estimado de 100kg e 1,85m de altura está internado com melena há 24 horas, com repercussão hemodinâmica e hematómica graves. Há 5 dias teve mal-estar geral e náuseas. Foi admitido via pronto-socorro, descorado e torporoso, queixando-se de sede. Apresenta descoramento cutâneo mucoso, hipotensão (pressão arterial = 90 x 50 mmHg), frequência cardíaca = 120 batimentos/minuto. Após sondagem vesical de demora, apresenta 150mL de diurese escura. Foi submetido a ressuscitação volêmica com cristaloides e hemotransfusão. Endoscopia Digestiva Alta (EDA) não revelou exato local de sangramento. Após estabilização volêmica, colonoscopia não revelou sangramento. Informa que esta é a terceira vez que apresenta este quadro clínico. Até o presente sem conclusão diagnóstica do foco de origem da perda. As evidências apontam como conduta apropriada:

- (A) Por se tratar de sangramento digestivo de origem obscura – SDOO, a conduta deve ser expectante, tratando as intercorrências. Não há respaldo em se realizar qualquer sequência de exames.
- (B) História clínica e exame físico detalhados; exames na seguinte ordem: 1) angiografia; 2) enteroscopia com duplo balão ou balão único; 3) mapeamento de hemácias com radioisótopo; 4) trânsito intestinal e enema baritado.
- (C) Por tratar-se provavelmente de Sangramento Digestivo de Origem Obscura (SDOO), devemos voltar para a história clínica e exame físico de maneira detalhada, e aí sim repetir endoscopia e colonoscopia.
- (D) Além de repetir EDA e colonoscopia em centro especializado, sugere-se realizar enteroscopia, enema baritado e ultrassonografia endoscópica, tendo em mente as diversas causas de SDOO.

10. Um paciente de 86 anos, morador de um lar de longa permanência, foi vítima de um evento isquêmico cerebral. Evoluiu com rebaixamento no nível de cognição e incapacidade motora generalizada, além de dificuldade de deglutição e incontinência esfinteriana para evacuação. Por este motivo, passa a maior parte do dia acamado. Como complicação, ao longo dos meses, desenvolveu escara na região sacral, que foi reparada por uma equipe de cirurgia plástica através da confecção de um retalho dermogorduroso. Considerando os conceitos em cicatrização de feridas, assinale a alternativa correta:

- (A) Ao longo do processo, desaparecem os neutrófilos e surgem os macrófagos, importante célula na cicatrização das feridas. Estes liberam citocinas e estimulam os processos subsequentes da cicatrização.
- (B) A fase inflamatória é caracterizada por diminuição da permeabilidade capilar após a hemostasia cirúrgica, aumento da celularidade com migração de células reparadoras e aumento de citocinas e fatores de crescimento.
- (C) A fase proliferativa surge após a formação do tecido de granulação. Ocorre a angiogênese, a fibroplasia e a desepitelização de células mortas, que liberam citocinas, estimulando os processos finais da cicatrização.
- (D) A epitelização, é a fase que precede a fase de queratinização da pele, impedindo a perda de líquidos e a entrada de bactérias no tecido. Também ocorre a impermeabilização dos tecidos.

11. Homem, 35 anos de idade, natural e procedente de São Paulo, no pronto-socorro com queixa de dor de dorso e dor lombar à esquerda. Antecedente de uso de esteroides anabolizantes, pois é fisiculturista. Há 2 dias com dor na região dorsal e lombar, em peso, com irradiação para fossa ilíaca esquerda, que piora aos esforços e alivia com o repouso. O médico de plantão solicitou tomografia computadorizada (TC) de abdome, negativa para ureterolitíase, mostrando cisto esplênico de 5,0 x 3,5cm. A conduta para o paciente será:

- (A) Em seu interior para afastar doença hidática ou pseudocisto causado por equinococose.
- (B) Puncionar o cisto esplênico, guiado por tomografia, colhendo material.
- (C) Acompanhar com exames radiológicos de rotina (ultrassonografia ou TC de abdome); programar “destelhamento” laparoscópico do cisto esplênico, no caso de aumento do volume ou dos sintomas.
- (D) Orientar o paciente a suspender o uso de esteroides anabolizantes, que se relacionam a cistos viscerais. As dores estão relacionadas aos esforços do fisiculturismo.

12. A Visão Crítica de Segurança proposta por Strasberg é uma técnica para a identificação dos elementos críticos do triângulo de Calot (TC) durante a colecistectomia laparoscópica (padrão ouro) para tratamento de cálculos biliares, com o objetivo de reduzir a lesão do biliar. Quais são os passos necessários para se atingir a visão de segurança de Strasberg?

- (A) Isolamento do hilo hepático, visualização de forame de Winslow, mobilização da parte inferior da vesícula biliar, identificação, isolamento e rebatimento do uréter, identificação de duodeno.
- (B) Descolamento da goteira parietocólica à direita, identificação, isolamento e rebatimento do uréter, identificação de duodeno, rebatimento e isolamento do cólon transversal.
- (C) Descolamento de goteira parietocólica à esquerda, isolamento e rebatimento do uréter, identificação de duodeno, rebatimento e isolamento do cólon descendente.
- (D) Dissecção do TC, incluindo ligamento hepatoduodenal. Mobilização do infundíbulo da vesícula biliar, isolamento e identificação do ducto e da artéria cística.

Atenção: utilize o caso a seguir para responder às questões 13 e 14.

Paciente admitido no Pronto-Socorro após episódio de hematêmese e melena, sem repercussão hemodinâmica. Informa uso prévio de anti-inflamatório não hormonal, por dor osteoarticular em membro inferior direito. Nega etilismo, tabagismo ou uso de substâncias ilícitas.

13. Quais exames iniciais devem ser solicitados?

- (A) Tomografia computadorizada de abdome e pelve; endoscopia digestiva alta.
- (B) Hemoglobina e hematócrito; endoscopia digestiva alta.
- (C) Colonoscopia; creatinina, hemograma, potássio, sódio e cloro séricos.
- (D) Tomografia computadorizada de abdome total e pelve; hemograma completo.

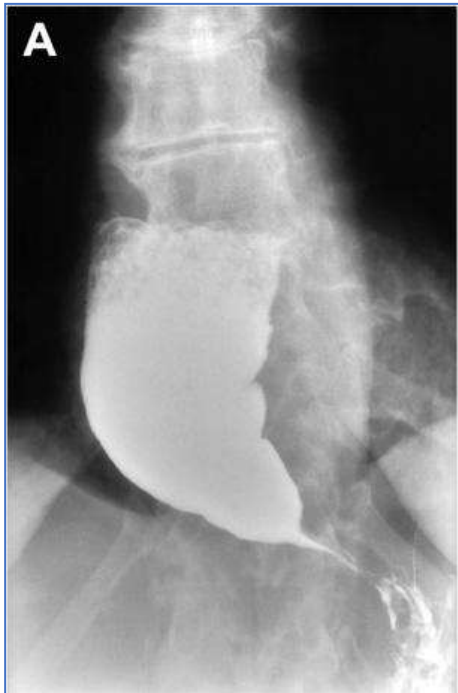
14. O exame realizado revelou: estômago com forma, distensibilidade e pregueado normal, apresentando úlcera em corpo gástrico, com presença de coágulo aderido, sem sangramento ativo. Classifique a úlcera de acordo com a classificação de Forrest:

- (A) IIB
- (B) IIA
- (C) III
- (D) IIC

15. Paciente com hepatopatia, Child B, com tumor hepático, hipervascularizado, com *washout* de 6cm, sem invasão vascular, dosagem de alfa-fetoproteína = 400 ng/mL. Aponte o tratamento para o caso:

- (A) Ressecção primária da lesão e quimioterapia
- (B) Radioablação e quimioterapia
- (C) Monoterapia com quimioterapia exclusiva
- (D) Quimioembolização e transplante de fígado

16. Considere o EED reproduzido a seguir (largura total do esôfago = 9cm).



Classifique a doença e estabeleça a conduta:

- (A) Megaesôfago grau IV e Esofagectomia
- (B) Megaesôfago grau II e Cardiomiectomia a Heller
- (C) Megaesôfago grau III e Cardiomiectomia a Heller
- (D) Megaesôfago grau II e uso de toxina botulínica

17. Na confecção do tubo gástrico, para reconstrução digestiva após esofagectomia, qual pedículo vascular deve ser obrigatoriamente preservado para sua viabilidade?

- (A) Artéria gastroepiloica da esquerda
- (B) Artéria gastroepiloica da direita
- (C) Artéria gastroduodenal
- (D) Artéria gástrica esquerda

18. Homem, 63 anos de idade, com dor em fossa ilíaca esquerda, febre, hiporexia e alteração de hábito intestinal. A tomografia computadorizada de abdome evidenciou coleção pericólica, em cólon sigmoide, sugestiva de diverticulite. Aponte a classificação de Hinchey e a conduta, respectivamente:

- (A) Hinchey I; drenagem percutânea
- (B) Hinchey III; laparotomia
- (C) Hinchey I; laparotomia
- (D) Hinchey II; drenagem percutânea

19. Paciente com dor inespecífica em hipocôndrio esquerdo há 3 semanas, indolente, sem fator de melhora ou piora. Nega alteração de hábito intestinal, nega náuseas, vômitos, febre ou outros sintomas. Refere internação prévia devido a pancreatite aguda. Qual o diagnóstico mais provável e o tratamento, respectivamente?

- (A) Pseudocisto pancreático; laparotomia para drenagem do cisto.
- (B) IPMN de corpo pancreático; observação clínica.
- (C) Necrose pancreática; drenagem percutânea.
- (D) Pseudocisto pancreático; drenagem guiada por ecoendoscopia.

20. Homem, 23 anos de idade, no pronto-socorro, vítima de acidente auto x moto. Avaliação inicial mostrou vias aéreas pervias, ausculta pulmonar normal, ausência de crepitações ou enfisemas, saturação de oxigênio = 98% em ar ambiente, com pressão arterial = 90 x 60 mmHg, frequência cardíaca = 100 batimentos/minuto e boa perfusão periférica. Pontuação na Escala de Coma de Glasgow = 15. Ausência de deformidades ou fraturas em extremidades. Abdome doloroso, tenso, com equimose em flanco esquerdo. Tomografia computadorizada de abdome evidenciou: laceração esplênica de 6cm, com extravasamento de contraste positivo em hilo esplênico. Aponte a classificação do trauma e a conduta a seguir:

- (A) Trauma esplênico grau III e laparotomia
- (B) Trauma esplênico grau IV e laparotomia
- (C) Trauma esplênico grau IV e arteriografia
- (D) Trauma esplênico grau III e arteriografia

21. Homem, 23 anos de idade, com dor abdominal em fossa ilíaca direita, progressiva, associado a hiporexia, há 1 dia. No pronto-socorro foi realizado hemograma, com discreta leucocitose e radiografia simples de abdome (reproduzido a seguir). Qual é a principal hipótese diagnóstica e a conduta sequencial para o caso?



- (A) Abdome agudo inflamatório, provável doença diarreica aguda e tratamento clínico.
- (B) Ureterolitíase e ureteroscopia flexível.
- (C) Abdome agudo perfurativo e laparotomia exploradora.
- (D) Apendicite aguda e apendicectomia.

22. Mulher, 52 anos de idade, chega ao pronto-socorro com dor abdominal súbita em andar superior do abdome, de forte intensidade, iniciada há 6 horas, associada a náuseas, vômitos e dor em ombro direito. Nega comorbidades. Hábitos: tabagista, etilista e usuária de substâncias ilícitas. Aponte a principal hipótese diagnóstica a ser considerada e um exame a ser realizado neste momento com potencial para confirmar tal hipótese:

- (A) Abdome agudo obstrutivo; tomografia de abdome e pelve.
- (B) Abdome agudo perfurativo; radiografia simples de abdome.
- (C) Abdome agudo perfurativo; endoscopia digestiva alta.
- (D) Abdome agudo obstrutivo; radiografia contrastada de abdome.

23. Homem admitido no pronto-socorro, vítima de acidente auto x moto de alta energia cinética. Ao exame físico de entrada: vias aéreas pervias, com ausculta pulmonar normal, pressão arterial = 80 x 40 mmHg, frequência cardíaca = 110 batimentos/minuto, descorado 2+/4+, perfusão periférica regular e pontuação na escala de coma de Glasgow = 14. Deformidade em coxa à direita, com rotação externa e encurtamento do membro. Realizada expansão volêmica, constatada fratura de fêmur à direita, rapidamente imobilizada e estabilizada, com controle hemodinâmico do paciente. O próximo procedimento a ser adotado deve ser:

- (A) Ultrassonografia FAST
- (B) Lavado peritoneal diagnóstico
- (C) Laparotomia exploradora
- (D) Tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve

24. Paciente submetido a hernioplastia inguinal primária, com anel inguinal interno de 3cm, com destruição de parede posterior. Segundo Nyhus, pode-se classificar tal hérnia como:

- (A) Nyhus IIIb
- (B) Nyhus III
- (C) Nyhus IIIa
- (D) Nyhus IVd

25. O MELD (model for end stage liver disease) é um escore prognóstico utilizado para avaliar gravidade de doença hepática, visando priorizar pacientes mais graves que aguardam transplante hepático em lista de espera. Para isso, o MELD utiliza como critérios:

- (A) Bilirrubina sérica, fosfatase alcalina, ureia sérica, INR
- (B) Bilirrubina sérica, TGO, TGP, INR
- (C) Bilirrubina sérica, creatinina sérica, INR
- (D) Fosfatase alcalina, TGO, TGP, INR

26. A laparotomia é a abertura cirúrgica da cavidade abdominal. A incisão paramediana pararectal interna é denominada:

- (A) Pfannenstiel
- (B) Rockey-Davis
- (C) Chevron
- (D) Lennander

27. Considere a imagem a seguir e responda. Trata-se de:



- (A) Bypass gástrico.
- (B) Técnica de Scopinaro
- (C) Bipartição intestinal
- (D) Técnica de Hinchey

28. Mulher, 75 anos de idade, diabética, hipertensa, dislipidêmica, deu entrada no pronto atendimento com dor abdominal intensa. Ao exame físico: corada, desidratada ++, dispneica +, febril, icterícia ++, acianótica, dor abdominal difusa no abdome, descompressão brusca negativa. A tomografia revela cálculos de vesícula e dilatação de via biliar intra e extra-hepática, com possível cálculo em colédoco distal. Após exames laboratoriais, feito diagnóstico de pancreatite de causa biliar. Qual deve ser conduta para esta senhora?

- (A) Tratamento clínico da pancreatite e posterior colecistectomia.
- (B) Tratamento clínico inicial, CPRE e posterior colecistectomia.
- (C) Colecistectomia + coledocotomia emergencial para alívio da icterícia.
- (D) Colecistectomia e derivação biliodigestiva para alívio da icterícia.

(Obs.: CPRE = colangiopancreatografia retrógrada endoscópica)

29. Homem, 65 anos de idade, submetido a apendicectomia videolaparoscópica devido a apendicite aguda grau IVa. O laudo anatomopatológico revelou tratar-se de adenocarcinoma invasivo mucinoso do apêndice. Qual é a conduta adequada?

- (A) Seguimento clínico com dosagens de CEA – antígeno carcinoembrionário.
- (B) Quimioterapia seguido de observação clínica e exames de seguimento.
- (C) Hemicolectomia direita.
- (D) Hemicolectomia à direita + Peritoniectomia.

30. A persistência do conduto peritoneovaginal é a justificativa fisiopatológica de um paciente com qual tipo de hérnia?

- (A) Hérnia inguinal indireta, com anel herniário medial aos vasos epigástricos.
- (B) Hérnia inguinal direta em paciente idoso do sexo masculino.
- (C) Hérnia femoral nos pacientes pediátricos.
- (D) Hérnia inguinal nos pacientes pediátricos, independentemente do sexo.

31. Paciente submetido a correção de hérnia inguinal pela técnica videolaparoscopia transabdominal (TAPP). No pós-operatório evoluiu com dor crônica, neuropática, na face interna da coxa. Provavelmente houve lesão de qual nervo?

- (A) Nervo ílio-hipogástrico
- (B) Ramo femoral do nervo genitofemoral
- (C) Nervo ilioinguinal
- (D) Ramo genital do nervo genitofemoral

32. Plicoma anal sentinela, fissura anal e papilite hipertrófica são manifestações de:

- (A) Doença hemorroidária
- (B) Fístula anorretal
- (C) Fissura anal aguda
- (D) Fissura anal crônica

33. Paciente, 70 anos de idade, hipertenso controlado, com adenocarcinoma gástrico com células em anel de sinete, medindo 1,4cm; sem ulceração, localizado na grande curvatura de corpo distal. Estadiamento por ecoendoscopia define o tumor como restrito à mucosa. Qual deve ser a conduta?

- (A) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
- (B) Gastrectomia em cunha, pesquisa de linfonodo sentinela e linfadenectomia regional.
- (C) Mucosectomia endoscópica.
- (D) Dissecção endoscópica submucosa (ESD).

34. Homem, 32 anos de idade, hígido, proveniente do interior do Ceará com queixa de disfagia lentamente progressiva. Quais exames devem ser solicitados nesta consulta?

- (A) Eletromanometria esofágica, sorologia para chagas e endoscopia digestiva alta com azul de metileno.
- (B) EED, pHmetria, sorologia para chagas, endoscopia digestiva alta com lugol.
- (C) Exame contrastado do esôfago (EED), eletromanometria esofágica, sorologia para chagas, endoscopia com lugol.
- (D) Endoscopia digestiva alta com biópsia, tomografia computadorizada cervical de tórax e abdome superior; PET-CT, broncoscopia.

35. Qual dos pacientes a seguir são classificados como ASA 5, segundo a classificação da American Society of Anesthesiologists)?

- (A) Homem, 78 anos de idade, com história de hipertensão arterial não controlada e insuficiência renal crônica, em hemodiálise e avaliação de risco pré-operatório para herniorrafia inguinal.
- (B) Homem, 55 anos de idade, com história de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, admitido no serviço de emergência com hipotensão, taquicardia e peritonite difusa por diverticulite complicada.
- (C) Mulher, 35 anos de idade, com obesidade mórbida, em avaliação de risco pré-operatório para realização de cirurgia bariátrica.
- (D) Homem, 89 anos de idade, hipertenso controlado, com histórico de 2 episódios de infarto agudo do miocárdio prévios, em avaliação de risco pré-operatório para realização de gastrectomia total por adenocarcinoma gástrico estágio II.

36. Qual deve ser a estratégia de profilaxia para trombose venosa profunda para uma mulher de 65 anos de idade, no pós-operatório imediato de citorredução, por neoplasia maligna de ovário?

- (A) Enoxaparina 40mg por 3 semanas.
- (B) Deambulação precoce.
- (C) Xarelto 20mg por 1 semana.
- (D) Meias elásticas desde o pré-operatório imediato.

37. Paciente com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon direito (estadio II) submetido a colectomia direita, com ileotransverso anastomose em dois planos. No 5º dia de pós-operatório, o residente de cirurgia suspeita de fístula. Qual das seguintes alterações clínicas encontradas no caso sugere tal complicação?

- (A) Pressão arterial = 90 x 60 mmHg
- (B) Temperatura axilar = 37,9°C
- (C) Frequência cardíaca = 130 bpm
- (D) Dor abdominal

38. Mulher, 73 anos de idade, ASA III, submetida a herniorrafia femoral direita eletiva, sendo que no 1º dia de pós-operatório evoluiu com tosse e dispneia leve. A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Infecção urinária
- (B) Infecção de ferida operatória
- (C) Lesão de alça intestinal
- (D) Atelectasia pulmonar

39. Homem, 79 anos de idade, com síndrome disfágica, comparece em consulta para uma segunda opinião. Informa que em consulta prévia, com um cirurgião do aparelho digestivo, foi diagnosticado com carcinoma espinocelular de esôfago médio (estadio II), com proposta de esofagectomia trans-hiatal. Na avaliação clínica pré-operatória, foi classificado como ASA IV pela equipe de anestesiologia, e como classe IV na escala de Goldman pela equipe de clínica médica. A proposta terapêutica para este senhor será:

- (A) Apresentar a possibilidade de quimiorradioterapia.
- (B) Concordar com a conduta do cirurgião do aparelho digestivo.
- (C) Apresentar esofagectomia vídeo-tóraco-laparoscópica.
- (D) Propor radioterapia exclusiva.

40. Paciente, 66 anos de idade, com diagnóstico por endoscopia digestiva alta (EDA) de esôfago de Barret, com displasia de baixo grau. Em nova endoscopia digestiva de controle, após 6 meses, evoluiu para displasia de alto grau. Qual deve ser a conduta para o caso?

- (A) Esofagectomia
- (B) Nova EDA em 6 meses, com terapia ablativa
- (C) Gastrectomia total com esofagectomia distal
- (D) Nova EDA em 1 ano

41. Paciente com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico. Qual é o exame indicado para estadiamento?

- (A) Radiografia de tórax, ultrassonografia de abdome, dosagem de 19-9 e PET-CT.
- (B) Tomografia computadorizada de abdome superior, radiografia de tórax e ecoendoscopia.
- (C) Tomografia computadorizada de abdome superior, tórax e pelve.
- (D) Tomografia computadorizada de tórax, ultrassonografia de abdome e ecoendoscopia.

42. Qual dos seguintes pacientes se beneficiará de ressecção endoscopia de tumor gástrico?

- (A) 30 anos, adenocarcinoma gástrico bem diferenciado, não ulcerado, 1cm e T1a.
- (B) 78 anos, adenocarcinoma gástrico bem diferenciado, ulcerado, 3cm e T1a.
- (C) 56 anos, adenocarcinoma gástrico bem diferenciado, ulcerado, 1cm e T2.
- (D) 60 anos, adenocarcinoma gástrico bem diferenciado, ulcerado, 1cm e T3.

43. Paciente em consulta para segunda opinião, após ter realizado colonoscopia com o seguinte resultado: pólipos pediculados de 1cm em sigmoide. Realizado polipectomia. Resultado anatomopatológico: adenocarcinoma bem diferenciado com profundidade de invasão de 2mm, brotamento (budding) tumoral negativo; invasão angiolinfática negativa. Indicado realizar apenas seguimento. Qual deve ser a orientação?

- (A) Indicar retossigmoidectomia com anastomose primária e ileostomia de proteção.
- (B) Indicar retossigmoidectomia a Hartmann.
- (C) Encaminhar à oncologia para quimioterapia neoadjuvante.
- (D) Manter seguimento.

44. Paciente comparece em consulta com diagnóstico de adenocarcinoma de reto médio. Quais os exames para estadiamento?

- (A) Tomografia computadorizada de abdome superior, tórax, pelve e crânio, CEA pré-operatório.
- (B) Tomografia computadorizada de abdome superior, tórax e pelve, dosagem de CEA pré-operatório.
- (C) Tomografia computadorizada de abdome superior, tórax e ressonância magnética de pelve, CEA pré-operatório.
- (D) Ultrassonografia de abdome e pelve, radiografia de tórax, solicitar CEA pré-operatório.

45. Paciente branco do gênero masculino, com 60 anos, até então hígido, iniciou quadro clínico com distensão e dor abdominal. Ao exame físico, denotaram-se massa palpável no flanco direito e mucosas hipocoradas. A radiografia simples do abdômen mostrou distensão do ceco, com cerca de 12cm. A ultrassonografia abdominal exibiu imagem compatível com pseudo-rim no flanco direito. Uma segunda radiografia simples do abdômen permitiu constatar que a distensão do ceco evoluíra para 18cm de diâmetro. Assinale a conduta a ser adotada:

- (A) Indicar laparotomia exploradora.
- (B) Realizar acompanhamento clínico e radiológico, após decompressão por sonda nasogástrica.
- (C) Realizar videolaparoscopia diagnóstica.
- (D) Realizar colonoscopia para decompressão e diagnóstico de certeza.

46. Adolescente, 15 anos de idade, sofreu queda de 3m de altura sobre o lado esquerdo do corpo. Na chegada ao pronto-socorro, a pressão arterial era de 138 x 90 mmHg e as radiografias de tórax e pelve estavam normais. A tomografia computadorizada de abdome mostra hematoma subcapsular de baço de 5cm de diâmetro, com pequeno borramento da gordura perirrenal esquerda e pequena quantidade de líquido livre em cavidade peritoneal. Seguiu internado por 72 horas, recebendo alta pela estabilidade do quadro. É levado ao hospital 6 dias depois, descorado, com pressão arterial = 70 x 30 mmHg e pulso filiforme. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- (A) Rotura de lobo hepático esquerdo.
- (B) Ressangramento da lesão esplênica.
- (C) Esgarçamento de mesentério com hemoperitônio tardio.
- (D) Hemotórax traumático subagudo.

47. Um homem sofre ferimentos por projéteis de arma de fogo em abdome. A laparotomia exploradora revela lesão estrelada extensa de lobo hepático direito, lacerações de cólon ascendente, junto à válvula ileocecal e ao ângulo hepático do cólon. A pressão arterial é = 70 x 30 mmHg, sob ação de drogas vasoativas e ressuscitação volêmica. Ocorre sangramento contínuo, violáceo, sem formação de coágulos, difusamente, de todos os ferimentos. O paciente está hipotérmico e com acidose metabólica. Quais medidas devem ser tomadas imediatamente para aumentar a probabilidade de sobrevivência?

- (A) Exploração do ferimento hepático por digitoclasia e sutura dos vasos sangrantes, seguida de colectomia direita com anastomose primária.
- (B) Pinçamento do hilo hepático (manobra de Pringle), plasma fresco congelado, tratamento da acidose metabólica, hepatorrafia, ressecção com anastomose das lesões de cólon, com drenagem da cavidade peritoneal.
- (C) Embolização intra-arterial hepática para cessar o sangramento do fígado e exteriorização dos ferimentos do cólon por múltiplas ostomias.
- (D) Ressecção sumária do segmento cólico, tamponamento do ferimento hepático com compressas e rápido fechamento da cavidade abdominal.

48. Homem, 55 anos de idade, com hérnia de hiato e doença do refluxo gastroesofágico submetido a funduplicatura laparoscópica à Nissen, com insuflação de dióxido de carbono. O procedimento transcorreu normalmente, porém, subitamente, a frequência cardíaca do paciente eleva-se, ocorrendo taquicardia ventricular, acompanhada de elevação da pressão arterial. A causa provável dessa intercorrência é:

- (A) Liberação do vago para fazer a válvula antirrefluxo.
- (B) Embolia gasosa.
- (C) Complicação anestésica.
- (D) Intoxicação por dióxido de carbono.

49. Homem, 64 anos, sem queixas, hipertensão arterial leve, calcilose renal, passado recente de diverticulite, fez tomografia de controle que evidenciou nódulo em cauda pancreática. Foi submetido a colangiorressonância, que evidenciou nódulo periférico de cauda pancreática, sugestivo de neoplasia neuroendócrina. Realizado PET-CT com GALIO-68 (reproduzido a seguir), que evidencia captação com 1,0cm maior eixo. Qual deve ser a conduta?



- (A) Acompanhamento clínico
- (B) Pancreatectomia corpo caudal
- (C) Tratamento com octreotida
- (D) Enucleação do Tumor

50. Homem sofre queda de moto, contundindo o abdome, não havendo ferimento penetrante na cavidade abdominal, porém existe suspeita de lesão de mesentério. A melhor forma de diagnosticar esta lesão é por:

- (A) Exame físico seriado
- (B) Procedimento cirúrgico
- (C) Ultrassonografia FAST
- (D) Situação hemodinâmica do paciente

CONCURSO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2021

UROLOGIA

QUESTÕES DISSERTATIVAS

INSTRUÇÕES

- A sua resposta deve ser marcada no CADERNO DE RESPOSTAS que você recebeu.

ATENÇÃO

- Escreva com caneta esferográfica de tinta azul ou preta.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta, nem o uso de aparelhos eletrônicos.

Atenção: utilize o caso abaixo para responder às questões 51 a 55.

“A Obesidade revela-se como um dos grandes desafios da saúde pública mundial do século XXI. A prevalência desta doença cresce de forma exponencial em todas as faixas etárias e em todos os continentes. É considerada condição central na gênese de alterações metabólicas como disglucemia (Diabetes Mellitus - DM), dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, aumento do risco de doenças cardiovasculares, além de outras morbidades de ordem orgânica e psicológica.

O tratamento da obesidade deve ser multidisciplinar e vai além da simples perda de peso. Inclui prevenção e controle de anormalidades desencadeadas ou associadas ao excesso de peso. A Cirurgia Bariátrica (CB) é considerada o método mais eficaz para controle e tratamento do excesso de peso e anormalidades metabólicas, mantidas ao longo do tempo.”

Isto posto, disserte sobre as indicações, contraindicações e normativas da Cirurgia Bariátrica, respondendo às questões abaixo:

- 51.** Cite as principais indicações para realização de cirurgia bariátrica.
- 52.** Dentre as técnicas regulamentadas, qual é considerada o padrão ouro de acordo com a literatura nacional e internacional na atualidade?
- 53.** Cite pelo menos 2 motivos para indicação do padrão ouro.
- 54.** Escreva o que o cirurgião precisa orientar e acompanhar no pós-operatório da cirurgia bariátrica.
- 55.** Quais os profissionais de saúde que compõem a equipe que trata desses pacientes no pré e no pós-operatório?