

CLÍNICA CIRÚRGICA 2011

28/11/2010

**SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO
LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES**

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, assim distribuídas: Angiologia e Cirurgia Vasculare, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Coloproctologia e Urologia.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apostilas, a qualquer outro material ou a pessoas.
4. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão, observando atentamente a numeração das questões.
6. No cartão, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta PRETA, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de 4 horas, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, às instruções e à transcrição para o Cartão-resposta.
8. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões **01** e **02**.

Em uma consulta médica ambulatorial, um paciente de 50 anos de idade, sedentário, referia dor abdominal pós-prandial nas últimas três semanas, associada à mudança no ritmo intestinal (diarreia) e perda de peso de aproximadamente 4,0 kg. A dor era atípica e iniciava aproximadamente 30 a 40 minutos após as refeições. Paciente era fumante há aproximadamente 30 anos (média de 20 cigarros/dia) e ex-etilista. Em seus antecedentes, relatou ter sido submetido a uma colecistectomia videolaparoscópica devido a litíase e também a uma laparotomia exploradora pós-trauma abdominal fechado, sendo necessária esplenectomia. O exame físico não demonstrou dor ou massas na palpação abdominal, assim como não se auscultaram sopros. A medida da pressão arterial no membro superior direito foi de 160 x 100 mmHg. O ritmo cardíaco era regular, sem sopros, com bulhas hipofonéticas. A ausculta pulmonar demonstrava murmúrio vesicular diminuído. Constatarem-se pulsos carotídeos normais, porém, com presença de sopro cervical à direita.

— QUESTÃO 01 —

A hipótese diagnóstica, nesse caso, é:

- (A) cálculo residual de colédoco.
- (B) doença diverticular dos cólons.
- (C) isquemia intestinal crônica.
- (D) síndrome neoplásica.

— QUESTÃO 02 —

O exame complementar indicado nesse caso, levando-se em consideração a hipótese diagnóstica inicial, é

- (A) angiorressonância abdominal.
- (B) endoscopia digestiva alta.
- (C) enema opaco.
- (D) ultrassonografia simples de abdômen total.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões **03** e **04**.

Um médico está de plantão na emergência e foi chamado para ajudar um colega na enfermaria que, durante tentativa de acesso venoso central (veia subclávia esquerda), punccionou inadvertidamente a artéria subclávia. O médico referiu não ter muita experiência com este tipo de procedimento e punccionou a artéria após “cinco ou seis” tentativas frustradas de punção venosa. Ele afirmara ter mantido a agulha (16G) no interior da artéria por cerca de cinco minutos.

— QUESTÃO 03 —

Nesse caso, o procedimento a ser orientado é:

- (A) manter a agulha no local e conduzir o paciente imediatamente ao centro cirúrgico para exploração aberta.
- (B) retirar a agulha e comprimir, na ausência de coagulopatia, pois essas punções geralmente são benignas e tratadas de forma plena com compressão local.
- (C) retirar a agulha com controle simultâneo pelo ecodoppler colorido, verificando possíveis extravasamentos.
- (D) retirar a agulha no setor de hemodinâmica, para realizar simultaneamente arteriografia de controle (verificação de extravasamento de contraste).

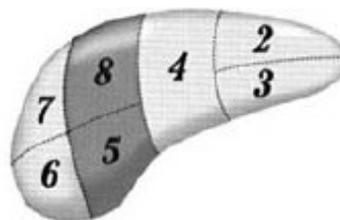
— QUESTÃO 04 —

A complicação mais comum decorrente da punção da veia subclávia esquerda é:

- (A) embolia aérea.
- (B) embolia gasosa.
- (C) lesão do ducto torácico.
- (D) trombose venosa induzida pelo cateter.

— QUESTÃO 05 —

Analise a figura a seguir.



A ressecção operatória dos segmentos hepáticos, em destaque na figura, é:

- (A) setorectomia anterior direita.
- (B) segmentectomia anterior direita.
- (C) bi-segmentectomia medial direita.
- (D) bi-segmentectomia posterior direita.

— QUESTÃO 06 —

Uma vítima de acidente automobilístico é portadora de trauma abdominal fechado, hematoma retroperitoneal e fratura complexa de bacia. Mantém um balanço hídrico positivo em 4000 ml nas últimas vinte e quatro horas. A pressão intra-abdominal é 23 mmHg. Os possíveis efeitos hemodinâmicos resultantes desta situação clínica são:

- (A) diminuição da perfusão glomerular renal, diminuição do retorno venoso, elevação da pressão intracraniana e elevação da pressão de perfusão cerebral.
- (B) aumento da perfusão glomerular renal, aumento do retorno venoso, elevação da pressão intracraniana e diminuição da pressão de perfusão cerebral.
- (C) diminuição da perfusão glomerular renal, diminuição do retorno venoso, diminuição da pressão intracraniana e elevação da pressão de perfusão cerebral.
- (D) aumento da perfusão glomerular renal, aumento do retorno venoso, diminuição da pressão intracraniana e diminuição da pressão de perfusão cerebral.

— QUESTÃO 07 —

O tratamento dos tumores estromais gastrointestinais experimentou um notável avanço com o advento de novas drogas alvo-moleculares. Entretanto, o cirurgião tem importância fundamental no tratamento das doenças localizadas e metastáticas. São princípios do tratamento operatório desta doença:

- (A) a ressecção completa com margens livres de 5 cm associada à linfadenectomia rotineira é o padrão de tratamento da doença localizada; a operação videolaparoscópica é recomendável e independe do tamanho do tumor primário.
- (B) a ressecção completa com margens livres, com linfadenectomia nos casos de suspeita macroscópica de comprometimento nodal, é o padrão de tratamento da doença localizada; a operação videolaparoscópica é recomendável em tumores primários de até 5 cm.
- (C) a ressecção completa com margens livres de 5 cm associada à linfadenectomia rotineira é o padrão de tratamento da doença localizada; a operação videolaparoscópica não é recomendável.
- (D) a ressecção completa com margens livres com linfadenectomia nos casos de comprometimento nodal confirmado é o padrão de tratamento da doença localizada; a operação videolaparoscópica é recomendável em tumores primários de até 10 cm.

— QUESTÃO 08 —

A presença do apêndice cecal no interior do saco herniário constitui a hérnia de

- (A) Littre
- (B) Richter
- (C) Bendavid
- (D) Amyand

— QUESTÃO 09 —

A laparotomia abreviada ou cirurgia de controle do dano consiste de manobras que visam controlar a hemorragia, evitando-se a saída descontrolada de conteúdo intestinal. A técnica é elegível quando há necessidade de abreviar a operação em

- (A) paciente hipotenso, incapacidade de controlar um desequilíbrio acidobásico e incapacidade de reparar uma víscera sólida.
- (B) paciente com lesão vascular retroperitoneal, incapacidade de controlar um distúrbio ventilatório e incapacidade de reparar uma víscera oca sem ressecção.
- (C) paciente submetido à hemotransfusão volumosa (> 5 concentrados de hemácias), incapacidade de controlar um sangramento intraperitoneal e incapacidade de manter adequada perfusão periférica.
- (D) paciente hipotérmico, incapacidade de controlar um sangramento por hemostasia direta e incapacidade de fechar a cavidade peritoneal sem tensão.

— QUESTÃO 10 —

A figura a seguir ilustra o posicionamento da agulha de Verres na cavidade peritoneal, com o objetivo de promover-se o pneumoperitônio. A prática pode ser complicada pela ocorrência de enfisemas, pneumomediastino e pneumotórax.

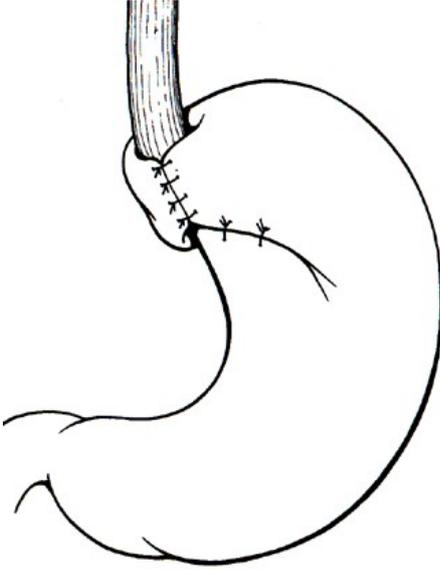


Consideram-se medidas de prevenção destas complicações:

- (A) elevação do plano musculoaponeurótico do abdome, sondagem vesical e sondagem nasogástrica.
- (B) teste da gota com solução salina, insuflação lenta do gás carbônico, utilização de agulhas com ponta retrátil.
- (C) manutenção da distância de 6 cm de cicatrizes abdominais, evitando-se movimentos intempestivos durante a punção, orientação da pressão no sentido da pelve.
- (D) posicionamento da agulha sob visão direta, realização da punção na região infraumbilical, orientação da pressão no sentido do epigástrico.

— QUESTÃO 11

A ilustração a seguir representa uma técnica de fundoplicatura utilizada no tratamento operatório da doença do refluxo gastroesofágico.



Conforme essa técnica operatória,

- (A) os pilares diafragmáticos devem ser dissecados posteriormente e aproximados por sutura; a rotação do fundo gástrico deve ser feita por trás do esôfago e da esquerda para a direita; na presença de artéria hepática acessória, deve-se identificá-la e evitar sua ligadura.
- (B) os pilares diafragmáticos devem ser identificados e não aproximados por sutura; a rotação do fundo gástrico deve ser feita pela frente do esôfago e da esquerda para a direita; na presença de artéria hepática acessória, deve-se identificá-la e evitar sua ligadura.
- (C) os pilares diafragmáticos devem ser dissecados anteriormente e aproximados por sutura; a rotação do fundo gástrico deve ser feita por trás do esôfago e da direita para a esquerda; na presença de artéria hepática acessória, deve-se identificá-la e ligá-la com fio inabsorvível 2-0.
- (D) os pilares diafragmáticos devem ser dissecados posteriormente e deixados abertos; a rotação do fundo gástrico deve ser feita pela frente do esôfago e da esquerda para a direita; na presença de artéria hepática acessória, deve-se identificá-la e suturá-la com fio inabsorvível 2-0.

— QUESTÃO 12

Um paciente de 58 anos, portador de esofagopatia chagásica queixa-se de disfagia a alimentos líquidos e sólidos, com piora recente, e perda ponderal. Diz que já fez uso de nifedipina no início da doença, sem melhora expressiva dos sintomas. Atualmente não faz tratamento, e procura uma segunda opinião com vistas a outra possibilidade terapêutica. A radiografia contrastada do esôfago do paciente é ilustrada a seguir.

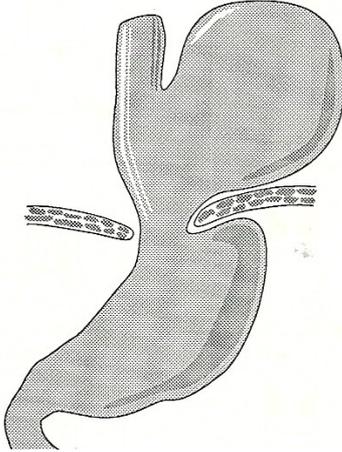


Os princípios do tratamento operatório apropriado a esta situação e os resultados esperados são:

- (A) esofagocardiomiectomia extramucosa com válvula antirrefluxo, resultando em alívio da disfagia por reduzir a pressão no esfíncter inferior do esôfago e a sua extensão.
- (B) esofagocardiomiectomia extramucosa com válvula antirrefluxo, resultando em alívio da disfagia por reduzir a pressão no esfíncter inferior do esôfago, sem interferir na sua extensão.
- (C) esofagocardiomiectomia extramucosa sem válvula antirrefluxo, resultando em alívio da disfagia por reduzir a extensão do esfíncter inferior do esôfago.
- (D) esofagocardiomiectomia extramucosa sem válvula antirrefluxo, resultando em alívio da disfagia por reduzir a pressão no esfíncter inferior do esôfago.

— QUESTÃO 13 —

Uma paciente de 61 anos encontrava-se em tratamento clínico hospitalar por crise hipertensiva. Após normalização dos níveis pressóricos e às vésperas da alta, a paciente apresentou hematêmese sem instabilidade hemodinâmica. Procedeu-se à administração de cristaloides endovenosos e endoscopia digestiva que revelou uma volumosa hérnia hiatal e sangue no interior do estômago. A figura a seguir ilustra a situação encontrada.

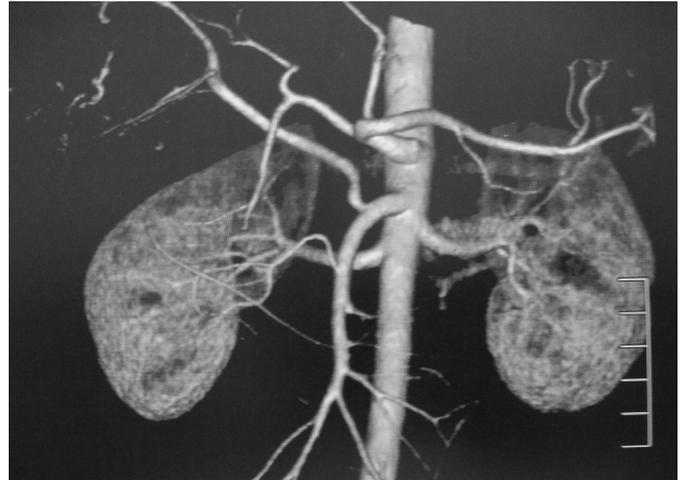


Considerando-se os dados apresentados, conclui-se que a paciente é portadora de

- (A) hérnia hiatal por deslizamento com sangramento atribuível à lesão aguda de mucosa gastroduodenal. Deve ser mantida em observação e tratada com inibidores da bomba protônica.
- (B) hérnia hiatal tipo IV complicada por sangramento. Deve ser submetida a tratamento operatório, estando contraindicada a via videolaparoscópica.
- (C) hérnia hiatal tipo II complicada por ulceração e sangramento. Deve ser mantida em observação e tratada com inibidores da bomba e sucralfato.
- (D) hérnia hiatal tipo III complicada por sangramento. Deve ser submetida a tratamento operatório, podendo ser utilizada a via videolaparoscópica.

— RASCUNHO —**— QUESTÃO 14 —**

A figura a seguir ilustra detalhes da vascularização arterial de órgãos do sistema digestório.



É notória, na imagem apresentada, uma variação anatômica na vascularização

- (A) do fígado.
- (B) do estômago.
- (C) da vesícula biliar.
- (D) do baço.

— QUESTÃO 15 —

O tratamento operatório da colecistopatia calculosa sintomática durante a gestação está

- (A) contraindicado por apresentar elevada morbimortalidade fetal.
- (B) indicado preferencialmente no segundo trimestre, quando a organogênese está completa, sendo possível o tratamento por videolaparoscopia.
- (C) indicado preferencialmente no terceiro trimestre, quando o período crítico de abortamento está superado, sendo possível o tratamento por videolaparoscopia.
- (D) indicado na colecistite aguda, em qualquer idade gestacional, não sendo possível o tratamento por videolaparoscopia.

— QUESTÃO 16 —

São fatores indicativos de mau prognóstico na pancreatite aguda:

- (A) elevação sustentada da amilase sérica, etiologia alcoólica e icterícia.
- (B) dor persistente, derrame pleural e hiperamilasúria.
- (C) íleo prolongado, sinal de Cullen e sinal de Gray-Turner.
- (D) distensão de alças intestinais, edema mesentérico e acometimento difuso do pâncreas.

— QUESTÃO 17 —

O diagnóstico de hemobilia deve ser suspeitado diante da presença da Tríade de Quinke, caracterizada por

- (A) hepatomegalia, melena e anemia.
- (B) febre, vesícula palpável e anemia.
- (C) icterícia, dor no quadrante superior do abdome e hemorragia digestiva.
- (D) hematêmese, dor abdominal e colúria.

— QUESTÃO 18 —

Uma paciente com 45 anos, do sexo feminino, apresenta diagnóstico tomográfico de cisto de corpo pancreático. Foi submetida a biópsia guiada por ecoendoscopia, com resultado anatomopatológico de cisto adenoma mucinoso. Para essa paciente, deverá ser adotada a seguinte conduta:

- (A) acompanhamento clínico.
- (B) *destelhamento* do cisto.
- (C) esvaziamento do cisto por punção guiada por ultrasonografia.
- (D) pancreatectomia corpo-caudal.

— QUESTÃO 19 —

Uma paciente com 45 anos apresentou diagnóstico ultrasonográfico de cinco pólipos de vesícula com 0,4 cm cada. Qual a conduta, para essa paciente?

- (A) Liberação do acompanhamento pelo baixo risco de malignização.
- (B) Acompanhamento clínico com ultrasonografia a cada três meses pelo baixo risco de malignização.
- (C) Colectomia pelo alto risco de malignização.
- (D) Colectomia ampliada com ressecção do segmento IV pelo alto risco de malignização.

— QUESTÃO 20 —

Na duodenopancreatectomia,

- (A) o tempo cirúrgico tem pouca influência na evolução pós-operatória.
- (B) a dissecação ganglionar ampliada melhora o prognóstico nos casos de tumores de cabeça de pâncreas.
- (C) a presença de parênquima pancreático *amolecido* favorece a anastomose, diminuindo a incidência de fístulas.
- (D) a presença de secreção sanguinolenta no dreno de Penrose pode ser prenúncio de hemorragia maciça no sítio cirúrgico.

— QUESTÃO 21 —

A posição mais comum para o apêndice cecal é:

- (A) retrocecal
- (B) pré-cecal
- (C) retroileal
- (D) pré-ileal

— QUESTÃO 22 —

Que artéria **não** é ramo da hepática?

- (A) Hepática própria
- (B) Gástrica direita
- (C) Gástrica esquerda
- (D) Gastroduodenal

— QUESTÃO 23 —

Uma paciente de 30 anos é portadora de hipertensão portal cirrótica e apresentou dois episódios de hemorragia digestiva por sangramento de varizes esofágicas, com classificação de Child A. Qual a melhor opção de tratamento cirúrgico para esta paciente?

- (A) TIPS
- (B) Shunt porto-cava total
- (C) Shunt porto-calibrado
- (D) Desconexão ázigo-portal

— QUESTÃO 24 —

Um paciente de 50 anos, do sexo masculino, apresenta diagnóstico endoscópico de adenocarcinoma em antro gástrico. Foi realizada ecoendoscopia que mostrou invasão de camada muscular da parede. Nesse caso, qual a opção de tratamento mais adequada?

- (A) Mucosectomia
- (B) Gastrectomia parcial
- (C) Gastrectomia total
- (D) Rádio e quimioterapia

— QUESTÃO 25 —

Qual elemento atua na vasodilatação esplâncnica na hipertensão portal cirrótica?

- (A) HCO₃
- (B) CO₂
- (C) Ácido valpróico
- (D) Cálcio

— QUESTÃO 26 —

Um indivíduo submetido à retirada de grande extensão de íleo terá, predominantemente, carência de

- (A) ferro.
- (B) magnésio.
- (C) cálcio.
- (D) vitamina B12.

— QUESTÃO 27 —

Um paciente é submetido a cardiomiectomia à Heller com confecção de válvula antirrefluxo à Pinotti e teve boa evolução pós-operatória. Oito anos após a operação passou a apresentar recidiva da disfagia. Qual a provável causa da recidiva?

- (A) Miotomia incompleta.
- (B) Refluxo gastroesofágico persistente.
- (C) Válvula antirrefluxo apertada.
- (D) Reação tipo corpo estranho aos fios da cirurgia prévia.

— QUESTÃO 28 —

Uma paciente de 35 anos, do sexo feminino, apresenta à ultrassonografia tumoração em lobo direito hepático. Foi realizada ressonância magnética que mostrou lesão de 3 cm de diâmetro com *umbilicação central* e realce de sinal em T2. Nesse caso, qual a melhor conduta?

- (A) Acompanhamento clínico.
- (B) Hepatectomia direita.
- (C) Nodulectomia.
- (D) Biópsia da lesão por laparoscopia.

— QUESTÃO 29 —

O processo uncinato do pâncreas tem íntima relação com a

- (A) 3ª porção do duodeno.
- (B) via biliar principal.
- (C) veia mesentérica superior.
- (D) coluna vertebral.

— QUESTÃO 30 —

A gastroplastia redutora caracteriza-se por

- (A) apresentar deficiência de ferro inicial, compensada posteriormente pelo aumento da absorção de fator intrínseco pelo coto gástrico.
- (B) apresentar aumento da incidência de colelitíase pós-operatória.
- (C) apresentar perda de peso maior que as cirurgias de derivação intestinal.
- (D) ter indicação a pacientes com IMC acima de 35.

— QUESTÃO 31 —

O megacolo congênito (doença de Hirschsprung) apresenta:

- (A) ausência de células ganglionares no segmento estreito.
- (B) aganglionose do segmento dilatado.
- (C) aganglionose do esfíncter interno.
- (D) hiperganglionose no segmento estreito e aganglionose no dilatado.

— QUESTÃO 32 —

Um achado radiológico na atresia do jejuno é

- (A) o sinal da invaginação intestinal.
- (B) o sinal da dupla bolha no abdome.
- (C) a ausência de ar no abdome.
- (D) a presença de três ou mais bolhas no abdome.

— QUESTÃO 33 —

O nefroblastoma é um tumor que

- (A) tem marcadores, como as catecolaminas e o ácido vanil-mandélico.
- (B) ocorre mais frequentemente em adolescentes do que em crianças.
- (C) é maligno e não tem marcadores.
- (D) é resistente à quimioterapia.

— QUESTÃO 34 —

O peito escavado (*pectus excavatum*) de indicação cirúrgica tem atualmente como melhor forma de tratamento a

- (A) esternotomia com reimplante das cartilagens costais.
- (B) cirurgia, antes dos 12 anos de idade.
- (C) cirurgia videoassistida para colocação de barra metálica.
- (D) cirurgia videoassistida, sem colocação de barra, depois de 25 anos de idade.

— QUESTÃO 35 —

Nas fraturas dos ossos da face, quando

- (A) a sínfise mandibular apresentar trauma local, o côndilo deverá ser investigado como foco de fratura.
- (B) o côndilo for acometido, o tratamento deverá ser cirúrgico.
- (C) o nervo infraorbital for atingido, deverá ocorrer lago oftálmico e consequente ceratite.
- (D) a mandíbula for tratada com osteossíntese, deverá ser feito, também, o bloqueio maxilomandibular.

— QUESTÃO 36 —

Com referência à cobertura de pele, os enxertos

- (A) em estampilhas são mais difíceis de integrar (*pegar*), mas têm razoável resultado estético.
- (B) em malha são contraindicados para grandes queimados.
- (C) em tiras classificam-se em finos, médios e espessos.
- (D) de pele total apresentam contratura secundária maior que os de pele parcial.

— QUESTÃO 37 —

No uso de expansores cutâneos,

- (A) o plano de colocação no couro cabeludo é subcutâneo ou subgálico.
- (B) o plano de colocação na face é subcutâneo.
- (C) a expansão nos membros é mais rápida que no couro cabeludo.
- (D) o curativo após a colocação do expansor deverá ser compressivo.

— QUESTÃO 38 —

Na resposta vascular, logo após o trauma,

- (A) o aumento da pressão intraluminal propicia a formação de êmbolo macrofágico.
- (B) a vasoconstrição é o primeiro evento, seguida de vasodilatação e aumento da permeabilidade capilar.
- (C) o início da resposta celular dá-se com o extravasamento de plasma, eritrócitos e leucócitos, por difusão passiva.
- (D) os neutrófilos e os linfócitos são os leucócitos envolvidos na resposta celular.

— QUESTÃO 39 —

Nos traumatismos torácicos fechados, em qual região anatômica ocorre, com frequência, a ruptura traumática da aorta?

- (A) Raiz da aorta
- (B) Arco aórtico
- (C) Botão aórtico
- (D) Istmo da aorta

— QUESTÃO 40 —

Durante uma sessão clínica, quatro residentes abordaram aspectos relacionados a determinadas cardiopatias congênitas. Pedro disse que a cardiopatia congênita mais frequente no adulto é a comunicação interatrial (CIA) e que, no exame físico, se constata desdobramento fixo da 2ª bulha. João concordou com Pedro e acrescentou que a tetralogia de Fallot (T4F) é a cardiopatia congênita cianogênica mais frequente no recém-nascido e que a intensidade da cianose depende, fundamentalmente, do tamanho da comunicação interventricular (CIV) e do grau de dextroposição aórtica. Mariana afirma que, na Doença de Ebstein, é frequente a presença da Síndrome de Wolff-Parkinson-White. Finalmente, Lúcia assegura que os defeitos do cóxim endocárdico, conhecidos como defeitos do septo atrioventricular (DSAV), em sua forma total, ocorrem frequentemente em crianças nascidas com a Síndrome de Down. Analisando-se as afirmações feitas pelos médicos residentes, conclui-se que estão corretas apenas as emitidas por

- (A) Pedro, Mariana e Lúcia
- (B) Lúcia, Pedro e João
- (C) João, Lúcia e Mariana
- (D) Mariana, João e Pedro

— QUESTÃO 41 —

A cirurgia de Blalock-Taussig clássica, procedimento paliativo realizado em crianças portadoras de cardiopatias congênitas cianóticas complexas, consiste na anastomose entre as seguintes estruturas:

- (A) veia subclávia e veia pulmonar.
- (B) artéria subclávia e artéria pulmonar.
- (C) veia subclávia e artéria pulmonar.
- (D) artéria subclávia e veia pulmonar.

— QUESTÃO 42 —

O chamado pulso paradoxal está presente

- (A) na coarctação da aorta.
- (B) na dissecação da aorta.
- (C) no tamponamento cardíaco.
- (D) no pneumotórax hipertensivo.

— QUESTÃO 43 —

Na doença hemorroidária,

- (A) o tratamento cirúrgico pela técnica do grampeamento (PPH) visa à correção do prolapso dos mamilos hemorroidários externos.
- (B) a diabetes é um fator predisponente muito comumente associado.
- (C) o tratamento ambulatorial com raios infravermelhos está melhor indicado nas hemorroidas internas de quarto grau.
- (D) a diarreia crônica pode ser considerada como fator desencadeante.

— QUESTÃO 44 —

Uma paciente de 32 anos, do sexo feminino, refere história de dor anal durante e após a evacuação, com sangramento vermelho vivo, há cerca de um mês. O exame físico evidencia a presença de fissura aguda em linha média posterior do canal anal e hemorroidas internas de pequeno volume. A conduta adequada para esse caso é:

- (A) colonoscopia e cirurgia, com realização de hemorroidectomia aberta ou fechada.
- (B) orientação dietética (dieta pobre em resíduos) e ligadura elástica da hemorroida interna e retoscopia.
- (C) orientação dietética e cuidados locais, incluindo creme à base de vitamina A e diltiazem, e retossigmoidoscopia após a cicatrização da fissura.
- (D) eletrofulguração do leito fissurário e cicatrização por segunda intenção.

— QUESTÃO 45 —

A lei de Goodsall, aplicável em casos de fístula anorretal, determina que fístulas

- (A) com orifício externo localizado na hemicircunferência anterior do canal anal têm orifício interno na linha média anterior.
- (B) com orifício externo localizado na hemicircunferência anterior do canal anal têm trajeto curvilíneo.
- (C) com orifício externo localizado na hemicircunferência posterior do canal anal têm, na maioria das vezes, o orifício interno na linha média posterior.
- (D) em ferradura apresentam-se, na maioria das vezes, com mais de um orifício interno.

— QUESTÃO 46 —

Pacientes portadores de câncer de reto médio e inferior, quando submetidos a tratamento cirúrgico com preservação esfínteriana, podem evoluir com distúrbios evacuatórios importantes como urgência evacuatória, aumento no número de evacuações/dia e incontinência anal. O fator que minimiza a gravidade destes sintomas é a

- (A) radioterapia pós-operatória.
- (B) ileostomia protetora da anastomose coloanal.
- (C) cirurgia orificial prévia.
- (D) confecção de bolsa colônica para a anastomose coloanal.

— QUESTÃO 47 —

Um paciente do sexo masculino, de 40 anos, apresenta massa sólida renal (unilateral), com realce pelo contraste, sugestiva de neoplasia renal, medindo três cm de diâmetro em seu maior eixo e rim contralateral normal. Qual a melhor opção terapêutica para esse paciente?

- (A) Acompanhamento clínico.
- (B) Nefrectomia (radical ou parcial).
- (C) Quimioterapia.
- (D) Radioterapia.

— QUESTÃO 48 —

Qual a melhor opção para tratamento inicial de pacientes com cálculo coraliforme completo?

- (A) Cirurgia renal percutânea.
- (B) Litotripsia extracorpórea por ondas de choque.
- (C) Cirurgia aberta (convencional).
- (D) Ureterorenolitotripsia (rígida/flexível).

— QUESTÃO 49 —

O tipo de tumor testicular mais frequente em crianças é o

- (A) coriocarcinoma.
- (B) seminoma.
- (C) carcinoma de células embrionárias.
- (D) tumor do saco vitelínico.

— QUESTÃO 50 —

Uma paciente de 40 anos, submetida a uma histerectomia por via laparoscópica, passa a apresentar perdas urinárias constantes, sem micções normais intercaladas, ao final da primeira semana de pós-operatório. O diagnóstico mais provável, nesse caso, é:

- (A) hiperreflexia do detrusor.
- (B) fístula ureterovaginal.
- (C) fístula vesicovaginal.
- (D) fístula uretrocutânea distal.

— RASCUNHO —