

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Residência Médica 2014

CIRURGIA GERAL

**Cirurgia Geral (Videolaparoscopia)
Cirurgia Torácica
Cirurgia do Aparelho Digestivo
Urologia**

HUGG—Hospital Universitário Gaffrée Guinle



- 1) No diagnóstico da diverticulite aguda, o exame que está contraindicado é
- tomografia computadorizada.
 - ultrassonografia de abdome.
 - enema contrastado com bário.
 - ressonância magnética.
 - colonoscopia virtual.
- 2) A maior causa de sangramento gastrointestinal alto em pacientes cirróticos é
- colite.
 - gastrite.
 - doença ulcerosa péptica.
 - malformações arteriovenosas.
 - fissuras anais.
- 3) Paciente de 57 anos, cirrótico, apresenta novo episódio de hemorragia digestiva alta, 12 horas após escleroterapia de úlcera péptica sangrante. Apresenta Ht = 26% , Hb = 8g/dl, PA = 100 x 60 mmHg, FC = 108. A melhor conduta para este paciente deverá ser
- Laparotomia + ulcerorrafia.
 - Terapia com balão de Sungstaken-Blakemore.
 - Lavagem gástrica com soro fisiológico gelado.
 - Reposição de fatores de coagulação e observação.
 - Realização de nova terapia por EDA.
- 4) Criança de 7 anos de idade dá entrada no pronto-socorro com dor abdominal difusa e hematoquezia. O diagnóstico mais provável é
- apendicite aguda.
 - retocolite ulcerativa.
 - divertículo de Meckel.
 - intussuscepção.
 - intolerância à lactose.
- 5) Paciente de 62 anos, no 5 DPO de laparotomia exploradora, apresenta drenagem abundante de secreção sero-sanguinolenta pela ferida operatória. Ao exame da ferida observa-se deiscência da sutura aponeurótica com exposição das alças intestinais. O fator que **NÃO** está relacionado a esse tipo de complicação é
- diabetes.
 - realização de sutura contínua para o fechamento aponeurótico.
 - obesidade.
 - uremia.
 - abscesso intraabdominal.

6) Paciente de 15 anos de idade, apresentando manchas hipercrômicas em região palmar e perioral, foi submetida a EDA com retirada de pólipso duodenal. O resultado histopatológico mais provável da lesão será

- a) GIST.
- b) Hamartoma.
- c) Leiomioma.
- d) Adenoma.
- e) Hiperplasia linfóide.

7) Paciente de 62 anos de idade apresentando carcinoma epidermóide de canal anal, ocupando 50% da circunferência anal, cujo estadiamento mostrou comprometimento do esfíncter anal interno e ausência de metástases. O tratamento de escolha deverá ser

- a) Quimioterapia.
- b) Radioquimioterapia.
- c) Amputação abdominoperineal do reto.
- d) Colostomia de derivação + quimioterapia.
- e) Colostomia de derivação + radioterapia.

8) Paciente de 41 anos de idade é diagnosticada com adenocarcinoma de cólon direito. A paciente nega outros casos semelhantes na família, referindo apenas incidência aumentada de neoplasia de mama nos seus antecessores. Para um melhor acompanhamento do tratamento e da orientação de seus sucessores, está indicado o estudo de alteração genética de

- a) alteração no gene K-ras.
- b) alteração no gene p53.
- c) pesquisa de alteração no gene APC.
- d) pesquisa de instabilidade microssatélite.
- e) alteração no gene DCC.

9) Paciente em investigação para sangramento gastrointestinal baixo foi diagnosticado com lesão polipóide de 2cm, situado próximo à junção retossigmoide. A análise histopatológica da polipectomia mostrou tratar-se de adenoma viloso com alto grau de displasia ao nível da camada submucosa. A melhor conduta para este paciente é

- a) ampliação da área de ressecção com segmentectomia sigmoideana.
- b) controle endoscópico seriado.
- c) quimioterapia.
- d) radioterapia.
- e) retossigmoidectomia.

10) A síndrome de Claude Bernard Horner se caracteriza por invasão do

- a) gânglio estrelado por neoplasia maligna.
- b) nervo laríngeo recorrente por câncer da tireoide.
- c) plexo braquial e ápice pulmonar por fibrose pós-traumática.
- d) nervo frênico por adenoma das paratireoides.
- e) nervo vago anterior por neoplasia maligna do esôfago.

11) Paciente é portador de carcinoma epidermoide do pulmão no lobo superior direito de aparência irregular com cerca de sete centímetros de diâmetro, próximo ao mediastino, com risco operatório ASA II, sem sinais clínicos de invasão extrapulmonar.

Apesar de avaliados por tomografia computadorizada mostra proximidade com a veia cava superior, porém sem definição de plano de clivagem.

O exame que auxilia a tomada de decisão cirúrgica é

- a) PET SCAN.
- b) Cintilografia Pulmonar.
- c) TC de alta resolução atualizada.
- d) Ultrassonografia intraesofágica.
- e) Ressonância Magnética.

12) Quando do exame físico para diagnosticar edema de origem linfática, deve-se observar

- a) a Manobra de *DeBaKey*.
- b) o Sinal de *Perthes*.
- c) o Sinal de *Stemmer*.
- d) a Manobra de *Tremdelemburg*.
- e) a Manobra de *Landivar*.

13) A causa etiológica, mais frequente, para o aparecimento dos aneurismas da aorta abdominal é

- a) Aterosclerose.
- b) Doença Sifilitica.
- c) Traumatismo.
- d) Neoplasia maligna.
- e) Doenças Inflamatórias.

14) Em referência às lesões metastáticas dos tumores de parede torácica é **INCORRETO** afirmar que

- a) são mais comuns em jovens.
- b) ocorrem em qualquer faixa etária, sem picos de frequência.
- c) são mais comuns na 5ª e 6ª década.
- d) ocorrem com mais frequência na média de idade entre os 30 e 40 anos.
- e) ocorrem com mais frequência entre os 20 e 30 anos.

15) Dá entrada na emergência da Unidade de Pronto Atendimento, em que você trabalha, um paciente de 68 anos de idade, com queixa de dor na fossa ilíaca esquerda. Apresenta náuseas e vômitos. O paciente está taquicárdico, febril e com distensão abdominal. Quando da palpação abdominal, você encontra dor à palpação e à presença de massa inflamatória no quadrante inferior esquerda. O paciente refere constipação intestinal crônica. A principal hipótese diagnóstica é

- a) apendicite aguda.
- b) diverticulite com abscesso pericólico.
- c) retocolite ulcerativa.
- d) obstrução intestinal Aguda.
- e) úlcera perfurada.

16) Paciente vítima de lesão por projétil de arma de fogo no abdômen. Chega ao pronto socorro e apresenta PA de 90x50 mmHg com FC de 102 bpm. Glasgow 15 e refere sede, ao ser indagado. É **CORRETO** afirmar sobre os procedimentos a serem tomados que

- a) o paciente será conduzido à tomografia computadorizada, após receber 2 concentrados de hemácias.
- b) a estabilização da volemia deverá ser realizada com 1000 ml de soro fisiológico em 30 minutos e, depois, a hidratação será mantida com soro glicosado.
- c) o paciente, por estar instável, hemodinamicamente, não será realizado o exame FAST e será operado imediatamente.
- d) a recuperação volêmica deverá ser realizada com cristalóides, preferencialmente, a hemotransusão é item de conflito e o FAST poderá ajudar a indicar a cirurgia.
- e) A estabilidade hemodinâmica só será atingida com hemotransusão e hidratação com grandes quantidades de soluções cristaloides.

17) A forma **CORRETA** de avaliação pré-operatória de pacientes com algum grau de disfunção cardiorespiratória é a seguinte:

- a) Fazer o paciente subir dois lances de escadas é um bom método de avaliação da função cardiopulmonar, em pacientes hipertensos e tabagistas.
- b) Pacientes obesos e tabagistas não necessitam de avaliação pulmonar quando do pré-operatório de cirurgias vasculares arteriais.
- c) Cirurgias pélvicas e ginecológicas ou coloproctológicas apresentam maior risco de complicações pulmonares.
- d) A fisioterapia pré-operatória não melhora a condição cardiopulmonar em pacientes obesos candidatos a cirurgias oncológicas.
- e) A melhora do índice de complicações pós-operatórias relacionados à privação do tabagismo só é eficaz, quando realizada, no mínimo, 4 meses antes da cirurgia.

18) Paciente será submetido à colectomia esquerda por câncer de cólon. Como devemos realizar a profilaxia antimicrobiana:

- a) Drogas que cubram gram positivos e anaeróbios. Início oral 1 dia antes da cirurgia, com posterior prescrição venosa no dia da cirurgia e por mais 24 horas.
- b) Preparo mecânico do cólon é indispensável junto com antibióticos orais para esterilização da microbiota intestinal. No dia da cirurgia, antibiótico venoso, cobrindo gram positivos e gram negativos.
- c) O preparo de cólon é facultativo. Caso não seja realizado, deverá ser mantido ao antibiótico por 48 horas no pós-operatório.
- d) Os antibióticos deverão cobrir gram negativos e anaeróbios e serão iniciados 12 horas antes da cirurgia, após o preparo de cólon mecânico a ser realizado.
- e) A terapêutica deverá ser realizada com antibióticos que cubram gram positivos, gram negativos e anaeróbios, iniciados na indução anestésica e suspensos ao final da cirurgia.

19) O tratamento de uma hérnia inguinal Nyhus tipo 3B deverá ser

- a) ligadura alta do saco herniário.
- b) ressecção do saco herniário e colocação de prótese de polipropileno na parede posterior.
- c) dissecação do saco herniário com ligadura alta do mesmo e técnica de Zimmerman para reconstituição da parede posterior.
- d) redução do saco herniário com calibração do orifício interno.
- e) colocação de prótese de polipropileno na parede posterior.

20) Paciente portador de câncer gástrico candidato à gastrectomia subtotal, apresenta albumina de 3,0g/dl, perda de peso de 12% em 4 meses. Ainda consegue se alimentar com refeições pastosas. A situação que espelha a melhor conduta nutricional é

- a) Paciente deverá receber dieta enteral por cateter por 3 semanas antes da cirurgia.
- b) No pós-operatório, devermos iniciar nutrição parenteral no primeiro dia de pós-operatório para evitar deiscência das anastomoses.
- c) Nutrição enteral pós-operatória está contraindicada por conta da dificuldade de colocação de cateter, devido a risco de perfuração das anastomoses.
- d) A alimentação, após grandes cirurgias, só deverá ser realizada, após 5 dias de pós-operatório, para que a cicatrização das anastomoses esteja completamente realizada.
- e) Paciente pode ser preparado no pré-operatório com suplementos orais de dietas imunomoduladoras, caso aceite bem por via oral.

21) Em relação à hidratação venosa no pós-operatório, é **CORRETO** afirmar que

- a) Cirurgia de médio porte (hernioplastias, tireoidectomias, etc) receberão hidratação venosa por 24 horas no pós-operatório.
- b) As soluções de coloides deverão ser utilizadas em pacientes com função renal diminuída para evitarmos a agressão da reposição de sódio neste pacientes.
- c) Pacientes oncológicos submetidos a grandes cirurgias deverão receber uma quantidade maior de hidratação venosa com cristaloides para compensar a desidratação associada à doença.
- d) Cirurgias de grande porte deverão receber hidratação venosa com soluções cristalóide e coloide no pós-operatório imediato para evitar a hiperidratação. Preferencialmente, substituir para hidratação oral nos dias subsequentes.
- e) A utilização tanto de plasma quanto de albumina é muito eficaz no sentido de aumentar a pressão coloidosmótica intravascular.

22) Paciente masculino, 59 anos, portador de nódulo tireoidiano localizado no polo superior do lobo direito do mesmo lobo. Hipertenso controlado, porém na indução anestésica apresentou crise hipertensiva grave com arritmia cardíaca. Suspensa a cirurgia para melhor preparo do paciente. Se você suspeitasse de uma síndrome endócrina, solicitaria o seguinte exame e indicaria a seguinte cirurgia:

- a) Aldosterona/Ressecção de tumor na hipófise.
- b) Renina/Suprarenalectomia unilateral.
- c) Metanefrina urinária/ Suprarenalectomia unilateral.
- d) Noradrenalina/Ressecção de tumor do glomo carotídeo.
- e) HOMA-IR/Dilatação da artéria renal.

23) Paciente feminina de 38 anos refere aumento discreto da região cervical associado à perda peso, à insônia e à irritabilidade, de início, há 30 dias. A melhor conduta diagnóstica e terapêutica, neste caso, é

- a) solicitar TRAB, caso aumentado, realizar ultrassonografia e cintilografia para decidir tratamento ablativo ou não.
- b) solicitar anticorpos anti-tireoidianos e tratar sintomaticamente por 2 a 3 meses.
- c) solicitar TRAB, caso negativo, há a indicação de radioterapia.
- d) indicar a cirurgia após compensação do quadro clínico por 2 a 3 meses.
- e) solicitar anti-tireoperoxidase, caso aumentado, encaminhar para radioterapia.

24) Mulher de 70 anos, com 3 nódulos no lobo direito tireoidiano, cujos achados compatíveis com carcinoma papilífero que indicariam uma cirurgia nesta paciente seriam, à demonstração do ultrassom

- a) a 3 lesões hiperecoicas, com citologia, apresentando coloide linfocitos e coloide.
- b) a um nódulo hipoeicoico, os outros 2 isoecoicos. A citologia do nódulo sólido demonstrou coloide e o dopler demonstrou vascularização periférica deste nódulo.
- c) os 3 nódulos são isoecoicos e Chamas 2.
- d) o paciente possui vários linfonodos cervicais que foram suspeitos de malignidade ao ultrassom e 1 dos nódulos possui calcificações de até 2 mm.
- e) ultrassonografia com lesão anecoica que, à cintilografia, demonstrou ser hipocaptante.

25) Homem de 59 anos, diabético, tabagista, perda de peso de 2 Kg nos últimos 30 dias. Apresenta icterícia de padrão obstrutivo de início há 15 dias. Apresenta massa palpável indolor no hipocôndrio direito. Você esperaria dos exames radiológicos o seguinte resultado:

- a) CPRE com via biliar intra e extra-hepática de calibre diminuído e irregular.
- b) Ultrassonografia com dilatação de vias biliares intra-hepáticas.
- c) Colangiressonância com captação do contraste intra-hepático, com pouca eliminação para as vias biliares.
- d) Tomografia computadorizada de abdômen com ducto de Wirsung dilatado e sem calcificações pancreáticas.
- e) Ultrassom da vesícula com cálculos no seu interior, paredes espessadas, líquido perivesicular. Colédoco, medindo 1,9 cm.

26) A conduta médica a ser adotada no caso acima é

- a) Duodenopancreatectomia.
- b) Hidratação venosa, antibioticoterapia venosa para gram negativos e anaeróbios, esfriamento do processo e colecistectomia posterior.
- c) Colocação de stent no colédoco via CPRE
- d) Laparotomia para derivação bilio-digestiva e gastroenteroanastomose.
- e) Derivação bilio-digestiva por videolaparoscopia.

27) Mulher de 69 anos com hematócrito de 30%, hematoquezia, tenesmo e dor no hipocôndrio direito e perda de 18% do seu peso corporal nos últimos 60 dias. Desde o diagnóstico até a terapia, é **CORRETA** a seguinte indicação:

- a) Endoscopia digestiva alta/ Gastrectomia subtotal com linfadenectomia.
- b) Colonoscopia/Tomografia Computadorizada/Retossigmoidectomia/Segmentectomia hepática.
- c) Colonoscopia/ Clister opaco/ Colectomia total com anastomose com bolsa ileal.
- d) Colonoscopia/tomografia computadorizada/Hemicolectomia direita.
- e) Endoscopia digestiva alta/ Ecoendoscopia/Esofagectomia.

28) Dentre as causas de íleo, aquela que **NÃO** se relaciona com esta complicação pós-operatória é

- a) Alimentação no primeiro dia de pós-operatório.
- b) Desnutrição proteico-calórica grave.
- c) Pneumonia pós-operatória.
- d) Hiperidratação.
- e) Hipocalemia.

29) Mulher diabética de 68 anos, hipertensa controlada apresenta, há 3 dias, dor em fossa ilíaca direita. Há 24 horas refere astenia, com discreta taquipnéia. Ao exame, apresenta febre de 38° C, com sinais de irritação peritonial, sua PA é de 80 x 40 mm Hg, e a FC é de 120 bpm, com frequência respiratória de 29 ipm. Diante do quadro, o procedimento adequado é

- a) por ser diabética, a principal suspeita é abscesso tubo-ovariano. Realizar ultrassonografia trans-vaginal e iniciar antibióticos.
- b) realizar tomografia computadorizada de abdômen e de pelve, iniciar antibióticos e operar com 12 horas de hidratação e de antibioticoterapia.
- c) por ser o diagnóstico mais provável apendicite aguda, a indicação é de cirurgia imediata.
- d) realizar tomografia computadorizada de abdômen. Principal suspeita é doença de Crohn complicada. Caso não haja peritonite, iniciar antibioticoterapia venosa e nutrição parenteral.
- e) por ser o diagnóstico de suspeição de pneumonia complicada com abscesso pleural, realizar Rx de tórax, toracocentese, dosar pH do líquido pleural e submeter a paciente a uma drenagem pleural fechada em selo d'água.

30) Paciente com 72 anos, história de bócio multinodular, há 20 nos. Refere nos últimos 2 meses piora da disfagia, aumento cervical com dor local associada. Nas últimas 48 horas apresenta cornagem. A realização do diagnóstico e o tratamento adequado, são respectivamente,

- a) realizar ultrassonografia de tireoide, punção por agulha fina e preparar para tireoidectomia total.
- b) realizar ultrassonografia de tireoide, citologia tireoidiana, iniciar corticoide para diminuir o tamanho da glândula, pois se trata de tireoidite auto-imune. De acordo com a citologia, indicar ou não cirurgia.
- c) realizar ultrassonografia tireoidiana, dosagem hormonal, início de metimazol para preparo de posterior radioterapia, pois se trata de bócio multinodular tóxico.
- d) realizar citologia, punção por agulha fina, para citologia tireoidiana e realizar traqueostomia de urgência.
- e) realizar ultrassonografia com punção guiada da lesão e aguardar a citologia.

31) Das situações abaixo relacionadas aquela que é indicação de manutenção da cavidade abdominal aberta e realização de reoperação programada para tratamento de infecção intra-abdominal é

- a) Infecção intra-abdominal difusa.
- b) Dúvida no controle do foco infeccioso.
- c) Infecção intra-abdominal com formação de coleções purulentas localizadas.
- d) APACHE II acima de 20 e disfunção orgânica múltipla.
- e) Prevenção de fechamento sob tensão com pressão intra-abdominal entre 10 e 15 mmHg.

32) Qual circunstância na pancreatite aguda é indicativa de punção aspirativa com agulha fina para estabelecer o diagnóstico de infecção da necrose pancreática?

- a) Sinais clínicos de sepse, geralmente, após duas semanas do início do quadro.
- b) Febre e leucocitose.
- c) Surgimento de insuficiência renal.
- d) Necrose pancreática extensa.
- e) Elevação da proteína C Reativa e diminuição da concentração sérica de procalcitonina.

33) Durante cardiomiectomia videolaparoscópica para tratamento de megaesôfago foi observada a abertura da mucosa esofágica. A conduta a ser seguida é

- a) cobertura da lesão com o fundo gástrico.
- b) suturar a mucosa e fazer funduplicatura a 270° com cobertura do fundo gástrico da lesão suturada.
- c) esofagostomia cervical e drenagem externa da região do hiato diafragmático.
- d) sutura de lesão esofagostomia cervical.
- e) sutura de lesão em plano total e drenagem externa.

34) Durante a dissecação posterior de esôfago para tratamento videolaparoscópico da doença do refluxo é observado sangramento abundante. A conduta a ser seguida é

- a) ligadura dos vasos curtos.
- b) conversão imediata.
- c) aspiração e tamponamento com gaze.
- d) dissecação e ligadura do tronco celiaco.
- e) dissecação e ligadura da artéria gástrica esquerda.

35) No curso de uma retossigmoidectomia videolaparoscópica é indentificada a secção completa do ureter esquerdo junto aos vasos ilíacos. A conduta a ser seguida é

- a) ligadura proximal da lesão ureteral e nefrostomia percutânea seguida de correção num segundo tempo.
- b) anastomose imediata e drenagem externa da região.
- c) nefrostomia percutânea e correção num segundo tempo.
- d) reimplante do ureter na bexiga.
- e) anastomose imediata com colocação de cateter intraluminal.

36) Paciente atendido em unidade de emergência com queixa de odinofagia e de dor torácica cerca de oito horas após ingestão de hidróxido de sódio. Após uma hora de internação é submetido à endoscopia digestiva alta cujo resultado revelou hemorragia, friabilidade, bolhas, erosões e úlceras superficiais e profundas (Grau de gravidade 2 – Classificação de Zagar). Cerca de seis horas após o exame endoscópico foi constatada a capacidade do paciente deglutir saliva e ingerir líquidos. A conduta a ser seguida é

- a) internação, corticoide em dose única, antibiótico, bloqueador da bomba de prótons, dieta zero e suporte nutricional parenteral.
- b) internação, dieta líquida por via oral associada à nutrição parenteral.
- c) alta hospitalar com prescrição de antibiótico, bloqueador de bomba de prótons e dieta líquida.
- d) alta hospitalar após administração de corticoide em dose única.
- e) internação hospitalar, corticoide em dose única, suporte nutricional parenteral e dieta líquida conforme aceitação.

37) No planejamento cirúrgico da estenose cáustica do esôfago refratária ao tratamento conservador são necessário(s) o(s) seguinte(s) exame(s):

- a) Estudo radiológico contrastado da faringe e do esôfago.
- b) Colonoscopia e endoscopia digestiva alta.
- c) Endoscopia digestiva alta, estudo radiológico contrastado da faringe e do esôfago e colonoscopia.
- d) Colonoscopia.
- e) Estudo cintilográfico do esvaziamento esofágico e colonoscopia.

38) Paciente de 62 anos de idade, sexo masculino, é admitido com quadro de hemorragia digestiva alta cuja causa provável é o uso prolongado de aspirina. Apresenta-se hipocorado, algo agitado, com frequência cardíaca de 116 bpm, tensão arterial de 90x50 mmHg em decúbito dorsal. A conduta a ser seguida é a seguinte:

- a) Internação em unidade de terapia intensiva, endoscopia digestiva e uso imediato de inibidores de bomba de prótons.
- b) Internação em unidade de terapia intensiva, monitorização não invasiva, estabilização hemodinâmica e proteção das vias aéreas.
- c) Internação em unidade de terapia intensiva, instalação de acesso venoso profundo e início do tratamento farmacológico.
- d) Internação hospitalar (enfermaria), passagem de cateter nasogástrico e endoscopia digestiva alta.
- e) Internação hospitalar (enfermaria), dieta zero, endoscopia digestiva alta, passagem de cateter nasogástrico e início do tratamento farmacológico.

39) A conduta na hemorragia digestiva alta observada no pós-operatório imediato do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida no qual a endoscopia digestiva não é capaz de identificar o sítio do sangramento no reservatório gástrico, na anastomose gastrojejunal ou na alça proximal é

- a) Enteroscopia de duplo balão.
- b) Cateter nasogástrico associado a tratamento farmacológico.
- c) Tratamento farmacológico.
- d) Procedimento radiológico intervencionista.
- e) Revisão cirúrgica associada à endoscopia digestiva alta peroperatória.

40) Paciente de 76 anos de idade é submetido à endoscopia digestiva alta como parte da avaliação diagnóstica de anemia crônica. O exame revelou pregas longitudinais proeminentes de tonalidade avermelhada, paralelas a outras de mesma característica, localizadas no estômago distal. O exame histopatológico mostrou hiperplasia fibromuscular e hialinização da mucosa antral, associado à ectasia capilar na lâmina própria. O provável diagnóstico da paciente é

- a) Angiodisplasia.
- b) Gastrite eosinofílica.
- c) Lesão de Dieulafoy.
- d) Ectasia vascular antral.
- e) Gastropatia hipertrófica.

41) Paciente de 63 anos de idade apresenta quadro de hemorragia digestiva alta com história prévia de dor epigástrica irradiada para o dorso. A endoscopia digestiva alta revelou que o sítio de sangramento é um divertículo duodenal extraluminal pósteromedial da segunda porção. A conduta inicial a ser adotada é

- a) tratamento endoscópico do sangramento.
- b) diverticulectomia por via laparoscópica.
- c) uso de inibidor de bomba de prótons.
- d) antrectomia e reconstrução a Billroth II com Y de Roux.
- e) tratamento da hemorragia por radiologia intervencionista.

- 42)** Paciente com história de nefrolitíase recorrente com história pregressa de tratamento cirúrgico para obesidade mórbida. A provável causa de doença litíásica é
- a) hipercalciúria.
 - b) síndrome do osso faminto.
 - c) hiperparatireoidismo secundário.
 - d) hiperoxalúria.
 - e) aumento da concentração de uratos amorfos na urina.
- 43)** Das alterações abaixo relacionadas aquela mais frequentemente observada no câncer colorretal hereditário não polipoide é
- a) alteração das proteínas de reparo hMLH1 e hMSH2.
 - b) deleção do cromossomo 5q21.
 - c) inativação do gene APC.
 - d) mutação do gene da supressão tumoral localizado no cromossomo 19.
 - e) inativação da PMS2.
- 44)** O tratamento a ser instituído em paciente com carcinoma epidermóide do canal anal, estágio II e cujo tumor primário é classificado como T3 é
- a) Radioterapia neoadjuvante.
 - b) Quimioterapia associada à radioterapia.
 - c) Amputação abdomino-perineal.
 - d) Ressecção local ampla.
 - e) Ressecção local e radioterapia adjuvante.
- 45)** O tratamento da doença de Paget perianal na presença de adenocarcinoma retal subjacente é
- a) radioterapia associada à quimioterapia neo-adjuvante seguida de ressecção local ampla.
 - b) ressecção local com avaliação da margem cirúrgica.
 - c) ressecção local ampla associada à radioterapia.
 - d) radioterapia associada à quimioterapia.
 - e) ressecção abdomino-perineal.
- 46)** Paciente do sexo masculino, 52 anos de idade, é submetido à endoscopia digestiva alta para diagnóstico de dor epigástrica. Durante o exame foi identificada lesão polipoide com cerca de 2,5 cm de diâmetro, localizada no duodeno antes da ampola de Vater, cujo estudo histopatológico revelou tratar-se de adenoma glandular da Brunner. A conduta a ser adotada é
- a) conduta conservadora com endoscopia de controle anual.
 - b) duodenotomia com exérese da lesão.
 - c) ressecção segmentar do duodeno.
 - d) duodenopancreatectomia.
 - e) ressecção endoscópica.

47) Paciente do sexo feminino, 26 anos de idade, assintomática, em uso de contraceptivo oral há seis anos, teve diagnosticado ao exame ultrassonográfico e, posteriormente, confirmado pela RNM uma lesão tumoral no segmento VI do fígado de característica hipervascular com 2,6 cm de diâmetro. A conduta a ser seguida é

- a) radioablação da lesão.
- b) punção biópsia percutânea.
- c) exereses cirúrgica da lesão.
- d) interrupção do contraceptivo oral, seguida de exereses da lesão.
- e) interrupção do uso do contraceptivo oral, seguida de controle evolutivo da lesão.

48) Analise as seguintes características de um exame de tomografia computadorizada: lesão circunscrita, com hipercaptação central do meio do contraste associada à cicatriz estrelar com septos fibrosos.

Estas características são de lesão hepática do tipo

- a) Cisto simples.
- b) Hemangioma.
- c) Adenoma hepático.
- d) Hiperplasia nodular focal.
- e) Cisto da doença policística.

49) Das circunstâncias abaixo relacionadas aquela que contraindica o tratamento cirúrgico da metástase hepática de origem colorretal é

- a) Idade superior a 70 anos.
- b) Mais do que três metástases.
- c) Comprometimento de seis segmentos hepáticos.
- d) Doença ocupando 50% do parênquima hepático.
- e) Quando a margem cirúrgica não puder ser de pelo menos 2 cm.

50) Paciente de 71 anos de idade é admitida com quadro clínico de hemorragia digestiva. Após as medidas terapêuticas iniciais, foi submetida à retossigmoidoscopia que evidenciou sangue e coágulos no reto superior. A evolução clínica transcorreu com a persistência do sangramento de forma moderada. A conduta a ser adotada a partir deste momento é a realização de

- a) angiografia mesentérica.
- b) laparotomia exploradora.
- c) cintilografia com hemácias marcadas com ⁹⁹Tc.
- d) colonoscopia após cessar o sangramento.
- e) laparotomia associada à endoscopia intra-operatória.