

RESIDÊNCIA MÉDICA

2015

Pré-requisito

ENDOSCOPIA

**UNIVERSIDADE
FEDERAL
DO
ESTADO
DO
RIO DE JANEIRO**

**HUGG - Hospital
Universitário
Gaffrée e Guinle**

Programas

**Cirurgia Geral
Clínica Médica
Pneumologia**

1) O divertículo de Meckel, possibilidade de tecido heterotópico em seu interior, em que mais da metade trata-se de epitélio, é do tipo

- a) pancreático.
- b) esplênico.
- c) colônico.
- d) uretral.
- e) gástrico.

2) Em relação aos tumores estromais gastrointestinais, pode-se afirmar que

- a) raramente são benignos, quando em mulheres.
- b) é originário das células de Cajal da mucosa intestinal.
- c) apresentam proteína K-ras mutada em 90% dos casos.
- d) o tamanho da lesão ao diagnóstico é fator prognóstico.
- e) macroscopicamente, apresentam aspecto avermelhados e friável.

3) Paciente feminina de 12 anos é internada para investigação de diarreia e de anemia. Ao exame físico, notam-se lesões de pigmentação melanótica palmares e perorais. Os exames de imagem realizados mostraram a presença de pólipos jejunais. Os pólipos em questão devem tratar-se de lesões

- a) hamartomas.
- b) adenomas.
- c) inflamatórias.
- d) granulomas.
- e) parasitárias.

4) O segmento do trato gastrointestinal mais susceptível à formação de divertículos, excetuando-se o cólon intraperitoneal, é

- a) jejuno.
- b) íleo.
- c) reto.
- d) estômago.
- e) duodeno.

5) A causa mais frequente da síndrome do intestino curto é

- a) doença de Crohn.
- b) enterocolite necrotizante.
- c) oclusão da artéria mesentérica.
- d) tuberculose intestinal.
- e) enterite actínica.

6) Paciente de 63 anos, em investigação de anemia crônica, apresenta mamilos hemorroidários de segundo grau à anuscopia. A próxima conduta deverá ser

- a) hemorroidectomia.
- b) ligadura elástica.
- c) colonoscopia.
- d) dosagem de CEA.
- e) tomografia de abdome.

7) Na hipótese diagnóstica de hemobilia o exame complementar a ser, inicialmente, realizado para confirmação da suspeita clínica é

- a) Ultrassonografia transparietal.
- b) Endoscopia digestiva alta.
- c) Angiografia seletiva da artéria hepática.
- d) Tomografia computadorizada do abdome.
- e) Ultrassonografia endoscópica.

8) A conduta terapêutica a ser empregada para uma fístula toracobiliar cujo tratamento inicial do derrame pleural feito por drenagem não foi eficaz é

- a) Associação da drenagem biliar externa à drenagem da cavidade pleural.
- b) Inserção de prótese biliar por via endoscópica.
- c) Colectomia e hepaticojejunostomia.
- d) Esfincterotomia endoscópica.
- e) Colectomia videolaparoscópica, drenagem biliar externa e manutenção da drenagem da cavidade pleural.

9) A opção terapêutica para tratamento de um pseudocisto de pâncreas no qual é identificada a comunicação com um ducto pancreático é

- a) Drenagem transpapilar por via endoscópica.
- b) Cistogastrotomia por via endoscópica.
- c) Cistogastrotomia percutânea.
- d) Drenagem endoscópica transduodenal.
- e) Cistojejunostomia em Y de Roux por videolaparoscopia.

10) A indicação de uso da esfincterotomia endoscópica na pancreatite aguda biliar é

- a) Presença de coledocolitíase.
- b) Colangite.
- c) Coleção líquida peripancreática.
- d) Necrose peripancreática.
- e) Não há indicação deste tipo de tratamento na pancreatite aguda biliar.

11) Em paciente que apresenta coloração amarelada da pele e das escleróticas e que cursa com bilirrubinas séricas normais é obrigatória investigação sobre o uso de

- a) probenicida.
- b) amoxicilina.
- c) quinacrina.
- d) ribavirina.
- e) rifampicina.

12) A tênia do porco, *T.solium*, é responsável pela cisticercose. O critério diagnóstico absoluto para cisticercose humana é

- a) lesões compatíveis com neurocisticercose em imagem.
- b) visualização do parasita por fundoscopia.
- c) contato domiciliar com infectado por *T.solium*.
- d) anticorpos contra cisticercos no líquido por ELISA.
- e) manifestações clínicas sugestivas de neurocisticercose.

13) No sexto dia de internação, paciente com pancreatite aguda grave evolui com deterioração clínica a despeito de terapêutica otimizada. TC sugere necrose parenquimatosa extensa, inexistindo evidências de infecção secundária. Em relação ao tratamento cirúrgico, mantida a situação clínica descrita, é adequado(a)

- a) Indicação de necrosectomia imediatamente.
- b) Indicação de necrosectomia, a partir da 4ª semana de evolução.
- c) Indicação de pancreatectomia, após 15 dias sem melhora evidente.
- d) Indicação de necrosectomia, apenas, diante de infecção secundária.
- e) Não existe indicação de cirurgia na pancreatite aguda.

14) Para o diagnóstico clínico da Síndrome de Behçet torna-se obrigatório o achado de

- a) úlceras aftosas recorrentes.
- b) panuveíte bilateral.
- c) artrite de joelhos e tornozelos.
- d) pioderma gangrenoso.
- e) úlceras genitais recorrentes.

15) Doença ulcerosa não relacionada ao *H. pylori* ou ao uso de AINES pode ter origem infecciosa. Neste último caso, esta infecção é causada por

- a) vírus C da hepatite.
- b) vírus B da hepatite.
- c) papiloma vírus humano.
- d) vírus do sarampo.
- e) citomegalovírus.

16) Ressecção do intestino delgado em portadores de doença de Crohn é fator predisponente para litíase urinária por

- a) fosfatoamoniacomagnesiano.
- b) oxalato de cálcio.
- c) ácido úrico.
- d) estruvita.
- e) cistina.

17) Esplenomegalia é achado comum em várias enfermidades. Aumento maciço do baço, entretanto, é sinal encontrado em um menor número de situações. O crescimento esplênico maciço é resultado de

- a) Endocardite bacteriana subaguda.
- b) Talassemia maior.
- c) Sarcoidose.
- d) Amiloidose.
- e) Histoplasmose.

18) Neuropatia periférica, ataxia espinocerebelar, atrofia muscular esquelética e retinopatia são característicos da deficiência de

- a) folato.
- b) tiamina.
- c) vitamina D.
- d) vitamina E.
- e) piridoxina.

19) Paciente de 89 anos, portador de estenose aórtica grave, em consulta de rotina, é submetido à anamnese dirigida que busca estimar seu prognóstico. O achado que mais provavelmente sugeriria menor sobrevida seria

- a) dor anginosa.
- b) episódios de síncope.
- c) claudicação intermitente.
- d) insuficiência cardíaca.
- e) hipotensão ortostática.

20) Paciente com hipertensão arterial, epilepsia e glaucoma realiza tomografia sem contraste de vias urinárias que identifica litíase renal bilateral. Nesta situação, o anticonvulsivante a ser evitado seria

- a) levetiracetam.
- b) topiramato.
- c) ácido valproico.
- d) lamotrigina.
- e) gabapentina.

Analise o caso abaixo:

21) Após trauma torácico, paciente desenvolve derrame pleural cuja toracocentese revelou líquido pleural leitoso. O diagnóstico provável e sua confirmação são, respectivamente,

- a) empiema; gram + cultura.
- b) empiema; contagem de neutrófilos.
- c) fístula esôfago-pleural; esofagograma.
- d) lesão do ducto torácico; dosagem de glicose.
- e) lesão do ducto torácico; dosagem de triglicérides.

22) São causas de derrames pleurais tipo transudato **EXCETO**

- a) cirrose.
- b) TEP.
- c) síndrome nefrótica.
- d) derrame pós-cirurgia cardíaca.
- e) insuficiência cardíaca.

23) Os agentes etiológicos devem ser, principalmente, suspeitados, com consequente cobertura antimicrobiana, em paciente com pneumonia ambulatorial grave, denominada,

- a) pneumococo e pseudomonas.
- b) pneumococo, legionela e gram negativos.
- c) pneumococo, anaeróbios, vírus.
- d) estafilococo, bactérias atípicas e micobactéria tuberculosa.
- e) estafilococos e pseudomonas.

24) Atualmente, considera-se mais importante para a classificação da Asma

- a) os despertares noturnos.
- b) a avaliação do VEF1.
- c) o teste da caminhada.
- d) o nível de controle de sintomas.
- e) a contagem de eosinófilos no sangue.

25) Nas Pneumonias Adquiridas na Comunidade, o patógeno que comumente ocasiona resolução radiológica no menor período de tempo é

- a) *Mycoplasma pneumoniae*.
- b) *Legionella sp.*
- c) *Streptococcus pneumoniae*.
- d) *Staphylococcus aureus*.
- e) *Klebsiella pneumoniae*.

26) As duas neoplasias que, mais frequentemente, causam derrame pleural metastático são

- a) Pulmão e mama.
- b) Pulmão e estômago.
- c) Mama e ovário.
- d) Ovário e linfoma.
- e) Linfoma e estômago.

27) Em relação à tuberculose, a assertiva **VERDADEIRA** é

- a) a tuberculose óssea deve ser tratada por dois anos.
- b) a cadeia linfonodal mais acometida pela tuberculose é a inguinal.
- c) não há indicação de corticoide no tratamento da meningite tuberculosa.
- d) a tuberculose extra pulmonar mais frequente é a pleural.
- e) a pesquisa de BAAR na urina é frequentemente positiva na tuberculose gênito-urinária.

28) Em tuberculose, a resistência primária do *M.tb* é conhecida como

- a) resistência natural do *M.tb* ao álcool e ao ácido.
- b) aquela que desenvolve naturalmente com o mau emprego das medicações.
- c) fenômeno natural de mutação genética do *M.tb* independente de contacto com as drogas.
- d) resistência que o *M.tb* tem de sobreviver por longos períodos com pouca atividade metabólica.
- e) resistência detectada em um paciente quando este foi infectado por *M.tb* resistente.

29) A enfermidade incluída nos grupos dos infiltrados pulmonares difusos gerada pelo hábito tabágico é conhecida como

- a) Fibrose Pulmonar Idiopática.
- b) Pneumonia Intersticial Descamativa.
- c) Pneumonite de Hipersensibilidade.
- d) Pneumonia Intersticial Inespecífica
- e) Pneumonia Eosinofílica.

30) O principal marcador sorológico da Síndrome de Goodpasture é

- a) ANCA anti-mieloperoxidase.
- b) ANCA anti-proteinase 3.
- c) Anticorpo anti-membrana basal.
- d) Proteína C Reativa.
- e) Crioglobulina.

31) Na Unidade de Pronto Atendimento em que você trabalha dá entrada uma paciente de 42 anos, mãe de quatro filhos, com 1,6 metro de altura e pesando 84 quilos. Tem queixa de dor no quadrante superior direito que se irradia para a ponta da omoplata direita. A dor é contínua e apresenta aumento progressivo nos últimos dois dias. Relata que teve início com náuseas, vômitos, dor e em seguida febre. Durante o exame físico, encontrou-se sensibilidade aumentada, defesa e uma massa endurecida muito dolorosa na região sub-hepática. Também, o sinal de Murphy positivo. Os exames complementares apresentavam: leucocitose com 15.400 células/mm³; as bilirrubinas estavam normais, assim como as transaminases e amilase. A ultrassonografia mostra vesícula biliar aumentada com parede espessada, líquido no seu interior e uma sombra acústica. No restante da anamnese e exame físico não se encontrou comorbidades significativas para o risco cirúrgico.

Você prescreve dieta oral zero, hidratação parenteral com soro glicosado a 5% e dipirona. O procedimento que complementa sua conduta para o caso é

- Anti-inflamatórios não esteroides, antibiótico profilático com cefazolina 2g endovenosa em dose única e colecistectomia após duas semanas.
- Anti-inflamatórios não esteroides, antibiótico terapêutico com Imipenem/cilastatin e colangiopancreatografia endoscópica retrógrada com colocação de prótese para drenagem
- Analgesia por narcóticos e colecistectomia Videolaparoscópica imediata.
- Anti-inflamatórios não esteroides, antibiótico terapêutico com ciprofoxacina e metronidazol endovenoso e colecistectomia nas próximas horas.
- Antibiótico profilático com ampicilina/sulbactam, colangiopancreatografia endoscópica retrógrada com papilotomia endoscópica.

32) No hospital de urgência onde você está de plantão, no Serviço de Cirurgia, deu entrada um paciente de 43 anos com hemorragia digestiva alta. Realizou-se todo o atendimento para recomposição volêmica com sucesso, em seguida foi realizada uma endoscopia digestiva alta e tentada a hemostasia de uma úlcera justa pilórica, mas não se obteve sucesso, pois houve hemorragia recorrente importante após o tratamento endoscópico. Realizou-se nova reposição volêmica com a necessidade de sucessivas transfusões sanguíneas, que foram superiores a sete unidades de papa de hemácias, nestas últimas 24 horas. Neste momento, o paciente está estável hemodinamicamente e no exame físico não apresenta outras alterações ou comorbidades que ameacem sua vida.

O tratamento cirúrgico indicado para o caso é

- Sutura hemostática da úlcera e vagotomia seletiva.
- Antrectomia e vagotomia troncular com piloroplastia.
- Gastrectomia distal com derivação em Y de Roux e vagotomia troncular.
- Gastrectomia distal com reconstrução à Billroth I, vagotomia seletiva e piloroplastia.
- Gastrectomia subtotal com vagotomia de células parietais.

Analise o quadro abaixo:

33) Um rapaz de 16 anos, estudante, vai a sua Unidade de Pronto Atendimento com queixa de dor abdominal. Apura, quando da anamnese, que, no início, esta apresentava-se como um desconforto na região epigástrica e que, posteriormente, passou para o quadrante inferior direito com aumento da sua intensidade progressivamente. Desde, então, evoluiu com anorexia, náuseas e vômitos e, agora, está febril. Quando do exame físico, você encontrou ruídos peristálticos presentes, sensibilidade superficial e profunda com defesa abdominal, principalmente na fossa ilíaca direita. Pesquisou os sinais de Blumberg, Rovsing, do psoas e do obturador que estavam presentes. Promoveu a realização de exames clínicos, que demonstraram: Hemograma com uma leucocitose de 13.600 células/mm³, que apresentava formas jovens aumentadas. Não existem alterações no coagulograma ou dos exames metabólicos ou alteração hidroeletrólítica significativa.

Diante do quadro sua hipótese diagnóstica, conduta propedêutica e terapêutica são, respectivamente,

- Intussuscepção, tomografia e ressecção intestinal.
- Infecção urinária, exame de urina (EAS) com cultura, antibiograma e antibióticos.
- Doença de Crohn, estudo radiológico contrastado e sulfasalazina.
- Apendicite aguda, ultrassonografia, antibióticos e apendicectomia.
- Gravidez, ultrassonografia e antibióticos.

34) Das indicações abaixo, **NÃO** se caracteriza como indicação de tratamento cirúrgico DRGE

- a) Doença erosiva em paciente virgem de tratamento.
- b) Esôfago de Barrett.
- c) Impossibilidade financeira de continuar o tratamento clínico.
- d) Pacientes jovens com DRGE e doença não erosiva.
- e) Predominância de sintomas atípicos com phmetria positiva apesar da medicação correta.

35) Uma indicação que **NÃO** é uma possível complicação do pneumoperitoneo é

- a) Hipoxia.
- b) Bradicardia.
- c) Hipercapnia.
- d) Alcalose metabólica.
- e) Hipertensão arterial.

Analise o quadro clínico abaixo e responda às questões 36, 37, 38 e 39

Paciente do sexo feminino, 43a, chega ao Ps com quadro de dor abdominal em mesogastrio há 24 hs. Refere que a dor está mais concentrada à direita. Refere, também, um pouco de náusea e de inapetência. Ao exame físico, a palpação do flanco esquerdo suscita dor na FID.

36) Estamos diante de qual sinal semiológico?

- a) Sinal de Rovsing.
- b) Sinal de Blumberg.
- c) Sinal de Kher.
- d) Sinal de Jobert.
- e) Sinal de Cullen.

37) Qual das patologias abaixo não é diagnóstico diferencial?

- a) Abscesso tubo ovário.
- b) Doença inflamatória pélvica.
- c) Prenhez tubária.
- d) Apendicite aguda.
- e) Colelitíase.

38) Qual o exame mais indicado para o diagnóstico?

- a) Rotina Radiológica de Abdome agudo.
- b) Ressonância Nuclear Magnética de abdome e pelve.
- c) Tomografia computadorizada de abdome e pelve.
- d) Ultrassonografia de abdome.
- e) Histeroscopia.

39) Qual a via de acesso minimamente invasiva mais indicada?

- a) Laparotomia por incisão de mcburney.
- b) Laparotomia com incisão mediana.
- c) Laparoscopia por incisão transumbilical.
- d) Laparotomia com incisão de kocher.
- e) Laparotomia com incisão de jalaguier.

40) Em relação ao linfoma gástrico pode-se afirmar que

- a) a ressecção completa da lesão com margem é suficiente.
- b) a base do tratamento é a erradicação do H. Pylori e Qt.
- c) a gastrectomia D2 é a cirurgia de escolha.
- d) a ressecção endoscópica é suficiente.
- e) a radioterapia está indicada.

Analise o quadro clínico:

41) Adolescente, com 15 anos, realiza EAS cuja pesquisa de elementos anormais identifica proteinúria estimada em 4++++. Nada de anormal é descrito na análise do sedimento urinário e a dosagem quantificada de proteínas urinárias revela 4,8g/24h. Laudo de exame histopatológico realizado em material obtido por biópsia renal percutânea revela “16 glomérulos, todos com aspecto normal à microscopia ótica”. O procedimento médico adequado para o caso é

- a) solicitar revisão da lâmina em relação aos achados túbulos intersticiais.
- b) seguir função renal evolutivamente e rebiopsiar em 6 meses.
- c) curso terapêutico com prednisona pode ser opção.
- d) doença glomerular pode ser afastada com fidedignidade.
- e) solicitar nova proteinúria de 24h para afastar falso positivo.

42) O sopro que se intensifica com a adoção da posição ortostática é

- a) insuficiência aórtica.
- b) miocardiopatia hipertrófica obstrutiva.
- c) comunicação intra-atrial.
- d) insuficiência mitral.
- e) estenose aórtica.

43) Na investigação de dispepsia de início recente, endoscopia digestiva alta identifica H.pylori. Sabendo que o paciente usara, previamente, claritromicina para sinusite aguda, o médico assistente indica omeprazol, bismuto, tetraciclina e metronidazol por 14 dias. Evolutivamente, a melhor conduta, dentre as citadas, é

- a) teste respiratório, com ureia marcada, após 30 dias de tratamento.
- b) repetir, no 15º dia pós- tratamento, endoscopia alta para cultura.
- c) endoscopia alta em 30 e 180 dias pós- tratamento.
- d) repetir omeprazol e levofloxacino após 60 dias.
- e) acompanhar queda dos títulos sorológicos.

44) O melhor momento no curso da doença renal crônica para que se prepare o paciente visando à terapia renal substitutiva seria

- a) quando com sintomas urêmicos.
- b) com TFG < 15.
- c) com TFG de 60 a 89.
- d) com TFG entre 30 e 59.
- e) com TFG entre 15 e 29.

45) É fator predisponente, dentre os relacionados, para formação de cálculos biliares pigmentares:

- a) obesidade.
- b) uso de estrogênios.
- c) nutrição parenteral prolongada.
- d) uso de octreotida.
- e) hemólise crônica.

46) Para achados eletrocardiográficos consistentes com ondas T largas e achatadas, depressão do segmento ST e prolongamento do intervalo QT, o distúrbio eletrolítico mais provável seria

- a) hipocalcemia.
- b) hipermagnesemia.
- c) hipercalcemia.
- d) hiponatremia.
- e) hiperfosfatemia.

47) Na amiloidose renal, a alteração urinária mais esperada seria

- a) piúria.
- b) hematúria.
- c) proteinúria.
- d) eosinofílica.
- e) cetonúria.

48) Paciente até então saudável queixa-se de oligúria nas últimas 24 horas, acompanhada de elevação dos níveis séricos de ureia e creatinina. Considerando a ocorrência de disfunção aguda de origem pré-renal o achado complementar mais esperado seria

- a) osmolaridade urinária baixa.
- b) densidade urinária de 1010.
- c) elevação da concentração urinária de sódio.
- d) ecogenicidade aumentada na USG.
- e) baixa fração excretada de sódio.

49) Mulher de 62 anos, com infecção respiratória grave, apresenta no decorrer de sua internação evacuações pastosas ou líquidas, dor abdominal, febre e hipotensão arterial. Exame evidencia leucócitos fecais e é positiva a pesquisa da toxina A do *Clostridium difficile*. A medicação mais indicada para uso oral seria

- a) claritromicina.
- b) vancomicina.
- c) cefuroxima.
- d) ampicilina.
- e) clindamicina.-

50) Acidose metabólica com hiato aniônico elevado está mais relacionada a(ao)

- a) intoxicação por salicilatos.
- b) amilorida em doses elevadas.
- c) ciclosporina.
- d) hipercalcemia induzida por enalapril.
- e) uso prolongado de espironolactona.