



PROCESSO SELETIVO PARA  
RESIDÊNCIA MÉDICA - 2021

Nome do Candidato:

\_\_\_\_\_

Inscrito na Especialidade:

\_\_\_\_\_

## CIRURGIA GERAL PROVA ESPECÍFICA (PE)

### INSTRUÇÕES

- Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES contém 30 questões de múltipla escolha;
- Caso não esteja completo, informe imediatamente ao fiscal da sala, pois não serão aceitas reclamações posteriores;
- Escreva seu nome completo e a especialidade a qual concorre, no campo indicado;
- Utilize caneta de tinta **azul ou preta**;
- Responda às questões de múltipla escolha na FOLHA OBJETIVA, no espaço indicado;
- É terminantemente proibida qualquer espécie de pesquisa;
- É terminantemente proibido o uso de aparelhos eletrônicos.

**Boa prova!**

**QUESTÃO 01.**

Paciente, 42 anos, do sexo feminino, portadora de neoplasia ovariana avançada, em uso de anticoncepcional hormonal oral, foi submetida a tratamento cirúrgico, evoluindo no quarto dia de pós-operatório com dor e edema de panturrilha direita, associadas à febre. Como cuidados perioperatórios, deveriam ter sido recomendados:

- (A) Suspensão do anticoncepcional.
- (B) Bota pneumática.
- (C) Por se tratar de cirurgia de grande porte, muitas vezes com áreas cruentas extensas no pós-operatório, evitar uso de heparina de baixo peso molecular, pelos riscos de sangramento.
- (D) Uso de meias elásticas.
- (E) Manipulação precoce.

**QUESTÃO 02.**

Na avaliação pré-operatória, são fatores considerados de alto risco, exceto:

- (A) Insuficiência cardíaca grau III.
- (B) Importante estenose de valva aórtica.
- (C) Cirurgia de emergência em paciente idoso e diabético.
- (D) Infarto agudo do miocárdio há menos de 1 mês.
- (E) Elevação de 1,5 x os valores normais das transaminases.

**QUESTÃO 03.**

São fatores de risco de infecção de ferida operatória, exceto:

- (A) Idade.
- (B) Diabetes.
- (C) Obesidade.
- (D) Cirurgia por neoplasia gastrointestinal.
- (E) Internação hospitalar prévia, com alta há mais de 3 meses.

**QUESTÃO 04.**

São medidas que visam diminuir os riscos de complicações infecciosas no sítio cirúrgico:

- (A) Tricotomia na véspera da cirurgia.
- (B) Cirurgia precoce em pacientes portadores de neoplasia e desnutridos, com intuito de evitar o agravamento da desnutrição.
- (C) Manutenção de antibiótico de largo espectro por 7 dias.
- (D) Uso de drenos de forma profilática.
- (E) Técnica cirúrgica evitando sangramentos, espaços mortos e traumas teciduais excessivos.

**QUESTÃO 05.**

Em relação ao traumatismo abdominal:

- (A) O mecanismo do trauma abdominal fechado geralmente é desvalorizado pela maioria dos cirurgiões, uma vez que não oferece auxílio no diagnóstico da lesão.
- (B) O potencial da energia cinética é um fator de grande valor, já que lesões com maior energia têm maior poder de hemostasia de tecidos vizinhos e, como consequência, lesões menos graves.
- (C) Em casos de trauma abdominal fechado e lesões diafragmáticas, a via de escolha na abordagem imediata é a abdominal, diferente de casos tardios, onde a via torácica pode ser a escolhida.
- (D) Traumas abdominais fechados, com pequena quantidade de líquido livre diagnosticado no US FAST, devem obrigatoriamente ser abordados.
- (E) Paciente hemodinamicamente instável, com trauma abdominal, deve ser levado para tomografia antes da abordagem, para facilitar a localização do foco hemorrágico.

**QUESTÃO 06.**

Paciente, do sexo masculino, 35 anos, realizou US de região cervical, com presença de nódulo tireoidiano:

- (A) Por ser do sexo masculino, o risco de ser uma lesão benigna é mais provável, afinal lesões em homens são benignas com maior frequência.
- (B) Durante a tireoidectomia, lesões do nervo laríngeo inferior devem ser uma preocupação frequente.
- (C) Lesões malignas com frequência levam ao quadro clínico compatível com hipertireoidismo.
- (D) A invasão mediastinal, pelo crescimento do bócio, torna a lesão irresssecável, pelo alto risco de complicações.
- (E) Na presença de malignidade, o padrão folicular é o mais frequente.

**QUESTÃO 07.**

Com relação à cicatrização das feridas operatórias, são prejudiciais às mesmas:

- (A) Uso de corticosteroides.
- (B) Infecção.
- (C) Presença de corpos estranhos.
- (D) Desnutrição.
- (E) Uso de fios absorvíveis.

**QUESTÃO 08.**

Paciente, 72 anos, do sexo masculino, tabagista e etilista, com história de disfagia progressiva, há aproximadamente um mês, associada à perda de 10 Kg. No momento, refere apenas ingestão de líquidos.

- (A) Pelas características da disfagia, diagnóstico diferencial

com divertículo faringoesofageano é obrigatório.

- (B) Endoscopia digestiva alta é o exame de escolha nesse paciente e o achado de lesão do terço médio é altamente sugestivo de adenocarcinoma.
- (C) Radio e quimioterapia não têm espaço no tratamento dos tumores esofágicos, independente do tipo histológico.
- (D) Na vigência de fístula esôfago-brônquica, mesmo com achado de metástase hepática, a esofagectomia deve ser indicada como escolha paliativa.
- (E) Os tumores de terço distal cresceram muito em incidência nos últimos anos, já sendo mais frequentes do que os tumores do terço médio.

#### QUESTÃO 09.

Paciente, do sexo feminino, 55 anos, acordou com história de dor em fossa ilíaca direita, associada a náuseas, sem vômitos e perda de apetite. Ao exame, presença de dor à palpação, com sinais de irritação peritoneal.

- (A) O diagnóstico de apendicite aguda está afastado pelas características do início da dor.
- (B) O hemograma não deve ser solicitado por não ser capaz de sugerir diagnóstico.
- (C) Os exames de imagem de escolha para essa paciente devem ser US de abdômen total ou tomografia computadorizada, de acordo com a disponibilidade local.
- (D) O diagnóstico de apendicite é o mais provável pela faixa etária e sexo feminino.
- (E) A melhor via de acesso para tratar essa paciente deve ser através da laparotomia, pela melhor visualização de toda cavidade abdominal.

#### QUESTÃO 10.

Paciente, do sexo feminino, 45 anos, obesa, com história de 4 gestações anteriores, apresentando dor abdominal, tipo cólica, em HD, associada a náuseas e vômitos. Exame físico com sinal de Murphy positivo.

- (A) O exame de imagem de escolha para essa paciente deve ser US.
- (B) Exames de laboratório como gamaglutamiltransferase e fosfatase alcalina não ajudam no diagnóstico de complicações.
- (C) A colangiografia transoperatória deverá ser realizada para diminuir o risco de lesão da via biliar.
- (D) A colangiressonância deve sempre ser realizada para afastar coledocolitíase pré-operatória.
- (E) A colecistectomia por videolaparoscopia deve ser indicada como via de escolha, por ser realizada geralmente sob efeito de raquianestesia, diminuindo assim o risco cirúrgico.

#### QUESTÃO 11.

Paciente idosa, ASA II, desenvolveu quadro de dor em HD, associada a náuseas e vômitos. US com diagnóstico de múltiplos cálculos com diâmetros variando de 3 mm a 8 mm. Foi submetida à

colecistectomia por VLS e, um mês após o procedimento, apresentou icterícia, com colúria e hipocolia fecal.

- (A) Nos exames de laboratório, as bilirrubinas devem estar alteradas, principalmente a indireta.
- (B) Colangiressonância deve ser realizada nessa paciente, pela alta sensibilidade e pelo menor risco, quando comparado com a colangioendoscópica.
- (C) Pelo tempo de pós-operatório, a lesão de via biliar está afastada.
- (D) Em caso de cálculo residual, essa paciente corre o risco de desenvolver quadro de íleo biliar, caso o cálculo migre para o intestino.
- (E) Postergar o tratamento dessa paciente é a melhor conduta, para evitar dois procedimentos anestésicos muito próximos.

#### QUESTÃO 12.

Em relação à pancreatite aguda, é verdadeiro afirmar:

- (A) Sua principal causa é a migração de cálculos presentes no interior da vesícula biliar para a via biliar principal.
- (B) Presença de amilase elevada confirma o diagnóstico.
- (C) Tratamento cirúrgico das coleções peripancreáticas são sempre as melhores condutas, para evitar infecções.
- (D) A US é o melhor exame na avaliação das áreas de necrose, para minimizar a disfunção renal, que pode ser agravada pelo contraste da tomografia.
- (E) Tomografia nas primeiras 12 horas de início da dor é importante para a determinação do prognóstico.

#### QUESTÃO 13.

Paciente, 52 anos, do sexo masculino, tabagista e etilista, apresenta dor abdominal súbita em epigástrico, há aproximadamente 24h, associada a abdômen em tábua e desaparecimento da maciez à percussão em topografia hepática:

- (A) Endoscopia digestiva alta está indicada de imediato para esse paciente.
- (B) O desaparecimento da maciez à percussão em topografia hepática é sugestiva de gás livre na cavidade abdominal.
- (C) A US é o exame de escolha para esse paciente, uma vez que, em caso de estar presente, o gás livre favorece o estudo da cavidade abdominal.
- (D) O tratamento com bloqueadores da bomba de prótons em altas doses é a conduta de escolha para esse paciente.
- (E) A parede posterior do duodeno é a topografia mais frequente para perfuração das úlceras pépticas.

#### QUESTÃO 14.

Paciente, 78 anos, do sexo masculino, portador de dislipidemia, diabetes e insuficiência coronariana, em tratamento com histatina, antidiabético oral e AAS, deu entrada no pronto-socorro, referindo fezes enegrecidas, pastosas e extremamente fétidas, associadas à sensação

de tontura e perda de consciência ao levantar, apresentando queda da própria altura.

- (A) As características das fezes, associadas à ausência de hematêmese, são extremamente sugestivas de hemorragia digestiva baixa.
- (B) A endoscopia digestiva alta está contraindicada, pelos riscos de broncoaspiração e baixa incidência de diagnóstico etiológico, para esse paciente.
- (C) Em caso de sangramentos abundantes, dois locais merecem especial atenção (incisura angular no estômago e parede posterior do duodeno), por costumadamente apresentarem episódios mais graves de hemorragia.
- (D) As varizes de esôfago devem ser lembradas como principal diagnóstico, pela idade do paciente.
- (E) A síndrome de Mallory-Weiss é a principal causa diagnóstica, em virtude da associação DM e insuficiência coronariana.

#### QUESTÃO 15.

Paciente, do sexo masculino, 35 anos, com quadro de dor em queimação, localizada em epigástrio, com irradiação retroesternal, associada à regurgitação e episódios de faringite de repetição.

- (A) A endoscopia digestiva alta é o exame de escolha e a ausência de esofagite exclui o diagnóstico de doença do refluxo gastroesofageano.
- (B) A pHmetria de 24h é o exame padrão ouro para avaliação da gravidade do refluxo, sendo o principal fator na indicação do tratamento cirúrgico.
- (C) Os melhores resultados do tratamento cirúrgico são obtidos em pacientes com manifestações atípicas.
- (D) O método laparoscópico facilita a abordagem cirúrgica, por menor agressão tecidual, além da melhor visualização da anatomia na região.
- (E) A presença de hérnia hiatal paraesofageana contraindica o método laparoscópico.

#### QUESTÃO 16.

Com relação aos tumores neuroendócrinos, está correto, exceto:

- (A) Os insulinomas estão localizados principalmente em linfonodos peripancreáticos, podendo se manifestar clinicamente pela tríade de Whipple.
- (B) Os gastrinomas com frequência se manifestam pela síndrome de Zollinger-Ellison.
- (C) Os VIPomas com frequência se manifestam pela diarreia aquosa, com desequilíbrio hidroeletrólítico.
- (D) Os Glucagonomas com frequência se manifestam com o surgimento do DM e caquexia.
- (E) Os somatostatínomas podem ser responsáveis pelo surgimento de litíase biliar, associada ao quadro de diabetes.

#### QUESTÃO 17.

Com relação ao abdômen agudo obstrutivo:

- (A) O ângulo duodeno jejunal (Treitz) é considerado o ponto anatômico de diferenciação entre a obstrução alta e baixa.
- (B) Presença de cicatrizes cirúrgicas na parede abdominal não sugere nenhuma etiologia.
- (C) A presença de distensão de alças de intestino delgado e gás no reto é indicativo de cirurgia de imediato, pelos riscos de ruptura.
- (D) Quando ocorre no intestino grosso, é mais frequente no lado esquerdo do mesmo.
- (E) O quadro clínico e o exame físico dificilmente sugerem se a obstrução é alta ou baixa.

#### QUESTÃO 18.

Com referência ao Câncer de cólon, é correto afirmar:

- (A) O cólon direito é o local de maior prevalência da doença.
- (B) História familiar não é importante para detecção precoce em pacientes portadores de lesão.
- (C) A colonoscopia é o exame de escolha na detecção, por permitir diagnóstico topográfico e biópsia da lesão.
- (D) A presença de pólipos inflamatórios é o principal sinal de alerta, devendo, sempre que presente, indicar repetição do exame anualmente.
- (E) Os pulmões são os principais focos de metástase sistêmica.

#### QUESTÃO 19.

Com relação aos tumores malignos do estômago:

- (A) O tipo histológico mais frequente é o adenocarcinoma, representando 95% dos casos e tendo como principal localização a grande curvatura gástrica, na região do corpo.
- (B) O exame diagnóstico de escolha é a endoscopia digestiva alta, que, se associada à ecoendoscopia, permite o estadiamento fidedigno da doença.
- (C) O tratamento ideal do câncer gástrico precoce é a ressecção endoscópica, uma vez que, pela precocidade do quadro, dificilmente se encontra invasão linfonodal.
- (D) O tipo histológico intestinal apresenta prognóstico pior, quando comparado com o difuso, pela maior frequência de multicentricidade.
- (E) Nos últimos anos, a neoadjuvância vem ganhando espaço no tratamento de lesões avançadas.

#### QUESTÃO 20.

Com relação a neoplasias periampulares:

- (A) O adenocarcinoma é o tipo histológico mais frequente, sendo mais frequente no corpo e cauda pancreática.
- (B) A sequência dor/icterícia é muito mais frequente no caso de câncer do que na coledocolitíase.
- (C) As neoplasias de duodeno são mais frequentes do que

as da papila duodenal, ocupando segundo lugar, ficando apenas atrás da neoplasia de cabeça pancreática.

- (D) A cirurgia de ressecção, pela baixa morbimortalidade, deve ser sempre indicada, para alívio da icterícia.
- (E) Tratamentos quimioterápicos neoadjuvantes têm transformado algumas lesões inicialmente irrissecáveis em lesões ressecáveis.

#### QUESTÃO 21.

Paciente, do sexo feminino, 45 anos, com história de dor em HD, há aproximadamente 2 anos, de caráter intermitente, tipo cólica, com irradiação para epigástrico, associada à icterícia e colúria, realizou US com diagnóstico de colecistopatia com múltiplos cálculos e dilatação de vias biliares. Sobre o caso é correto afirmar, exceto:

- (A) A presença de dilatação de vias biliares praticamente conclui o diagnóstico de quadro obstrutivo.
- (B) Elevação de enzimas canaliculares, como gama-glutamyltransferase e fosfatase alcalina, são sugestivas de tratamento por intervenção cirúrgica ou endoscópica.
- (C) É de se esperar elevação das bilirrubinas com predomínio das indiretas.
- (D) A ressonância tem indicação precisa, porém tem a desvantagem de não permitir tratamento.
- (E) A coledocolitíase é a principal hipótese diagnóstica para etiologia dessa icterícia.

#### QUESTÃO 22.

Paciente trazido pelo SAMU, após acidente automobilístico, apresentando quadro de dispneia intensa, turgor de veias jugulares, diminuição de murmúrios respiratórios à direita, com alargamento dos espaços intercostais.

- (A) Paciente deve ser encaminhado ao serviço de imagem em caráter de urgência.
- (B) A percussão desse tórax pode definir o diagnóstico, indicando tratamento de emergência.
- (C) Em caso de hipotensão arterial, o acesso venoso e a reposição volêmica devem ser as primeiras medidas instituídas para salvar esse paciente.
- (D) A complexidade do quadro necessita abordagem imediata por cirurgião torácico, evitando lesões iatrogênicas.
- (E) A presença de US na sala de emergência é necessária para afastar o diagnóstico de tamponamento cardíaco e guiar a punção de imediato.

#### QUESTÃO 23.

Com relação às hérnias da região inguinofemoral, podemos afirmar:

- (A) A incidência das hérnias femorais são mais

frequentes do que as inguinais.

- (B) Hérnias inguinais são mais frequentes em mulheres, na proporção de 2 para 1.
- (C) As hérnias inguinais são mais frequentes do lado esquerdo.
- (D) O tratamento clínico é uma opção para pacientes portadores de hérnia de colo largo, pelo baixo risco de encarceramento.
- (E) O tratamento minimamente invasivo (laparoscópico ou robótico) vem crescendo bastante nos últimos anos, especialmente nas bilaterais.

#### QUESTÃO 24.

Com relação às hérnias ventrais, podemos afirmar:

- (A) As hérnias umbilicais congênitas, independente do tamanho, devem ser operadas precocemente, pelo risco de encarceramento.
- (B) Quando localizadas no umbigo, são mais frequentes nos homens.
- (C) Quando epigástricas e na linha média, podem ser múltiplas.
- (D) A perda do domicílio transforma o tratamento mais complexo, porém não aumenta a incidência das recidivas.
- (E) Obesidade não é fator de risco para o surgimento da hérnia incisional, muito menos para recidiva após o tratamento cirúrgico.

#### QUESTÃO 25.

Paciente, obeso, hipertenso e diabético, associado à hepatopatia crônica não tratada por vírus B, realizou consulta de rotina, em que foi solicitado US de abdômen superior, evidenciando nódulo hepático de 4 cm, em segmento 8 do fígado. Progrediu investigação, com realização de Tomografia Computadorizada com contraste, achando lesão hipervascularizada com “wash-out” precoce. Laboratório com alfafetoproteína 100.

- (A) Pelos antecedentes desse paciente, estaria indicado previamente acompanhamento com US de abdômen superior e alfafetoproteína a cada 6 meses.
- (B) Pela presença de doença hepática crônica, com nódulo, esse paciente é considerado portador de doença avançada, sem possibilidades terapêuticas.
- (C) A melhor opção de tratamento para esse paciente seria a alcoolização da lesão, pela preservação de parênquima adjacente.
- (D) A Tomografia Computadorizada é o exame de escolha para esse paciente, uma vez que a avaliação por Ressonância é prejudicada pela cirrose.
- (E) Como se trata de achado de exame, a observação e repetição do exame com 6 meses é a melhor opção para esse paciente.

#### QUESTÃO 26.

Uma das doenças que mais cresce na atualidade é a obesidade e, junto com ela, vem aumentando mundialmente o número de cirurgias para tratamento da

mesma, sendo assim:

- (A) Indicação clássica seria baseada no IMC > 40, independente de comorbidades, ou 35, associado a comorbidades.
- (B) A técnica laparoscópica não trouxe grandes benefícios para o paciente, pelo aumento dos custos, tempo de internação e maior tempo cirúrgico.
- (C) A técnica de Bypass deve ser contraindicada em portadores de diabetes, uma vez que essa comorbidade é pouco beneficiada por esse método.
- (D) Pacientes com DRGE e esôfago de Barrett devem ser submetidos à técnica de sleeve, onde a melhora do refluxo é observada na maioria dos pacientes e você não perde o acompanhamento endoscópico da área comprometida.
- (E) O deambular precoce evita o uso de profilaxia medicamentosa para o tromboembolismo profundo, uma vez que esses pacientes têm elevado índice de hemorragia no pós-operatório.

#### QUESTÃO 27.

Com relação às neoplasias císticas do pâncreas, podemos afirmar:

- (A) As neoplasias císticas serosas são as mais frequentes, acometendo principalmente o corpo pancreático e indivíduos do sexo masculino.
- (B) As neoplasias mucinosas pancreáticas geralmente são revestidas por epitélio ovariano, costumando acometer indivíduos do sexo masculino em idade mais jovem.
- (C) Os IPMN de ductos secundários são mais graves pelos maiores riscos de malignidade, principalmente quando não conectados com o ducto principal.
- (D) IPMN de ducto principal com dilatação do mesmo é sinal de alerta, servindo como parâmetro de risco de malignidade.
- (E) As neoplasias de Frantz são mais frequentes nos homens em idade avançada e apresentam prognóstico bem melhor do que adenocarcinomas pancreáticos.

#### QUESTÃO 28.

Paciente, 62 anos, com história de disfagia progressiva, há aproximadamente 6 meses, associada à regurgitação no período noturno e perda de 6 Kg (10% do peso corpóreo), nesse período.

- (A) A realização de esofagomanometria nesse paciente deve revelar hipercontratilidade de todo esôfago, o que impede a correta progressão do alimento pelo órgão.
- (B) Em caso de acalasia, a destruição dos plexos nervosos intramurais do esôfago constitui a base fisiopatológica do megaesôfago.
- (C) O exame endoscópico é dispensável nesses pacientes, uma vez que não avalia bem o calibre do órgão, e o surgimento do megaesôfago parece estar associado com a diminuição na incidência do

câncer desse órgão.

- (D) O exame contrastado do esôfago, quando realizado, ajuda no diagnóstico, no entanto, não ajuda na terapêutica a ser escolhida.
- (E) Por se tratar de doença de caráter progressivo, a opção pela esofagectomia é sempre a melhor conduta.

#### QUESTÃO 29.

Com relação à doença diverticular dos cólons, podemos afirmar:

- (A) Ela é extremamente prevalente nos países ocidentais, sendo mais frequente na faixa etária dos 45 aos 60 anos.
- (B) Complicações do tipo hemorrágicas são mais prevalentes no cólon esquerdo, enquanto as complicações inflamatórias são mais frequentes à direita.
- (C) O exame de escolha na forma complicada por inflamação é a tomografia computadorizada.
- (D) Na presença de processo inflamatório, com febre, massa palpável, elevação de PCR e leucocitose, a indicação cirúrgica mais precoce possível evita a perfuração e necessidade de colostomia de urgência.
- (E) Na presença de fístula sigmoide vesical, a principal manifestação clínica é a eliminação de urina, durante a defecação.

#### QUESTÃO 30.

Ao realizar cirurgia eletiva, respeitando os princípios oncológicos, a linfadenectomia deve ser baseada, exceto:

- (A) No comportamento biológico do tumor primário.
- (B) No tipo histológico.
- (C) No estadiamento.
- (D) Na localização do tumor primário.
- (E) Na experiência da equipe no procedimento.