

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA- 2025

A Comissão Coordenadora do Processo Seletivo – ProSel apresenta o resultado das contestações ao gabarito, de acordo com os critérios do Edital do Processo Seletivo para Residência Médica - 2025.

Contestações ao Gabarito Preliminar dos Programas de Cirurgia Vasculuar e Oncológica:

- Questão 15 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 41 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 42 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 43 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 45 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 49 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 50 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.

A Comissão Coordenadora comunica que não cabem novas contestações ao gabarito.

Colatina/ES. 12 de novembro de 2024.



RESIDÊNCIAS UNESC 2025/1

Médicas

CIRURGIA VASCULAR | CIRURGIA ONCOLÓGICA

Inscrição nº:

CIRURGIA GERAL

Questão 01

O divertículo de Zenker é uma condição caracterizada pela formação de uma protrusão na parede posterior da faringe, frequentemente associada a sintomas como disfagia, regurgitação e complicações respiratórias. Com base na fisiopatologia envolvida, qual é o principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento dessa condição?

- a) Hipertonia do esfíncter esofágico inferior.
- b) Redução na pressão do esfíncter esofágico superior.
- c) Incoordenação do esfíncter esofágico superior e aumento da pressão intrafaríngea.
- d) Relaxamento inadequado do esfíncter esofágico inferior.
- e) Estreitamento crônico do esôfago distal devido ao refluxo gastroesofágico.

Questão 02

A abordagem terapêutica da acalasia envolve diferentes opções que variam em eficácia, taxa de recidiva e perfil de segurança. Entre os tratamentos farmacológicos e endoscópicos, agentes que interferem na neurofisiologia do esfíncter esofágico inferior (EEI) podem apresentar vantagens em pacientes com contraindicações para intervenções invasivas. Qual seria a opção terapêutica que oferece uma boa resposta inicial, porém com alta taxa de recidiva em até 50% dos casos após 1 ano de tratamento?

- a) Toxina botulínica, com inibição da acetilcolina no EEI.
- b) Pneumodilatação com balão, com risco aumentado de perfuração.
- c) Bloqueadores dos canais de cálcio, com controle sintomático.
- d) Nitratos sublinguais, com risco elevado de hipotensão.
- e) Miotomia de Heller por videolaparoscopia.

Questão 03

A fundoplicatura de Nissen é amplamente utilizada no tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. Qual dos fatores a seguir é mais relevante ao planejar uma reoperação em um paciente que já foi submetido a uma fundoplicatura aberta?

- a) A via aberta deve ser sempre preferida devido às aderências intra-abdominais.
- b) A fundoplicatura laparoscópica é contraindicada em reoperações após cirurgia aberta.
- c) A presença de um esôfago curto pode exigir uma gastroplastia de Collis.
- d) A abordagem aberta é sempre superior à laparoscópica em reoperações.
- e) A reoperação por via toracoscópica é indicada em todos os casos de reoperação.

Questão 04

As hérnias hiatais paraesofágicas tipo III envolvem a migração da junção esofagogástrica e do fundo gástrico para o mediastino. Com base na fisiopatologia dessa condição, qual dos mecanismos a seguir contribui de forma mais relevante para o desenvolvimento das hérnias hiatais paraesofágicas tipo III?

- a) Enfraquecimento dos ligamentos frenoesofágicos devido ao refluxo prolongado.
- b) Prolapso isolado do fundo gástrico sem envolvimento da junção esofagogástrica.
- c) Aumento na pressão intra-abdominal causado por obesidade e tosse crônica.
- d) Distensão crônica do estômago com aumento da pressão intragástrica.
- e) Disfunção do esfíncter esofágico superior levando ao encurtamento do esôfago.

Questão 05

Um paciente de 34 anos, envolvido em um acidente automobilístico com impacto direto contra o volante, foi admitido com sinais de trauma contuso abdominal. Durante a avaliação, foi observado que o cinto de segurança foi utilizado de maneira convencional. Considerando a fisiopatologia e os mecanismos descritos para traumas contusos abdominais, em situações de lesões veiculares, quais as alternativas a seguir explicam corretamente o mecanismo mais provável de lesão e suas complicações?

- a) O impacto direto causa uma transferência de força para as estruturas retroperitoneais, resultando em uma transferência seletiva para vasos ilíacos e lesão subsequente dos ligamentos suspensores, predispondo à formação de hematomas retroperitoneais, com menor probabilidade de envolvimento visceral.
- b) A desaceleração abrupta associada ao impacto leva a uma incoordenação entre a movimentação das estruturas fixas e móveis do abdômen, resultando em lacerações hepáticas e esplênicas associadas à ruptura dos ligamentos de suporte, bem como aumento do risco de isquemia intestinal causada por trombose da aorta.
- c) O aumento súbito da pressão intra-abdominal, associado à inadequação do uso do cinto de segurança, provoca um aumento na pressão intragástrica e aumento do risco de ruptura gástrica, sem envolvimento direto de órgãos sólidos como o baço e o fígado.
- d) O uso inadequado do cinto de segurança favorecendo a transmissão de forças tangenciais ao longo dos planos fasciais, resultando em um enfraquecimento específico dos ligamentos frenoesofágicos, predispondo a lesões graves no esôfago distal, com baixo risco de lacerações hepáticas ou esplênicas em contextos de trauma contusão abdominal.
- e) O trauma contuso, ao induzir forças de cisalhamento nas interfaces entre as estruturas fixas e móveis do abdômen, resulta em lacerações parenquimatosas no fígado e no baço, causando hemorragias secundárias e contaminantes por conteúdo visceral, favorecendo a evolução para peritonite associada, especialmente quando há envolvimento concomitante do intestino delgado.

Questão 06

A quimiorradiação neoadjuvante tem sido amplamente investigada no manejo do câncer de esôfago. Qual das seguintes afirmações está mais de acordo com as evidências atuais?

- a) A quimiorradiação neoadjuvante está associada a maior taxa de resposta patológica completa em adenocarcinomas esofágicos.
- b) Proporciona maior benefício em carcinoma de células escamosas, com maior resposta patológica completa.
- c) Pacientes com adenocarcinoma apresentam sobrevida mais alta com quimiorradiação.
- d) A cirurgia isolada é a abordagem padrão para carcinoma de células escamosas.
- e) A quimiorradiação neoadjuvante é recomendada apenas para adenocarcinoma.

Questão 07

A interrupção do suprimento vascular ao testículo pode causar dor, febre e um testículo aumentado e firme, associado à orquite isquêmica. Qual é a principal causa de orquite isquêmica, após reparo de hérnia inguinal?

- a) Lesão na artéria testicular.
- b) Danos ao plexo venoso espermático.
- c) Torsão testicular.
- d) Hemorragia retroperitoneal.
- e) Infecção pós-operatória.

Questão 08

Durante reparo laparoscópico de hérnia inguinal, qual estrutura vascular crítica está localizada medialmente ao anel inguinal profundo e pode causar hemorragia significativa se lesionada?

- a) Artéria ilíaca externa.
- b) Veia ilíaca comum.
- c) Artéria epigástrica inferior.
- d) Artéria obturadora.**
- e) Veia femoral.

Questão 09

As malhas cirúrgicas utilizadas no reparo de hérnias variam em termos de peso, porosidade, estrutura do filamento e método de fabricação (tecido ou tricotado). Essas características influenciam fatores importantes como força de tensão, taxa de incorporação tecidual e risco de infecção. Sabendo que a escolha da malha deve considerar o tipo de hérnia, localização anatômica e preferências do cirurgião, qual das seguintes afirmações reflete corretamente os fatores a serem considerados na escolha de uma malha para o reparo de hérnia?

- a) Malhas leves têm poros maiores, o que aumenta a incorporação tecidual, mas podem apresentar menor resistência à tensão, tornando-as menos indicadas em áreas de alta pressão.
- b) Malhas pesadas são preferíveis em todos os reparos de hérnia, pois oferecem maior resistência à tensão e têm menor risco de complicações infecciosas devido à sua maior densidade estrutural.
- c) Malhas tricotadas apresentam maior elasticidade e adaptação às deformações anatômicas em comparação com as malhas tecidas, tornando-as ideais para áreas de maior mobilidade.
- d) O uso de malha multifilamentar reduz o risco de infecção em comparação com malhas monofilamentares, pois sua estrutura densa impede a colonização bacteriana.
- e) Malhas de peso intermediário são frequentemente escolhidas por oferecer um equilíbrio adequado entre porosidade, resistência à tensão e incorporação tecidual, sendo uma opção viável para uma ampla variedade de reparos de hérnia.**

Questão 10

Um paciente de 45 anos é admitido no pronto-socorro após um acidente automobilístico, apresentando dor torácica e contusões no tórax. Durante a avaliação inicial, o paciente apresenta sinais de hipotensão e taquicardia sinusal inexplicada. Considerando os mecanismos e manifestações do trauma contuso cardíaco (TCC) descritos na literatura, qual das seguintes alternativas melhor descreve a abordagem diagnóstica e o manejo inicial do trauma contuso cardíaco?

- a) A elevação dos níveis de troponina é essencial para o diagnóstico de TCC, pois é o marcador mais sensível para a detecção de lesões miocárdicas associadas ao trauma.
- b) O uso precoce da ecocardiografia FAST permite a detecção imediata de complicações graves, como tamponamento cardíaco, que são frequentes em casos de ruptura atrial.
- c) Pacientes com trauma contuso cardíaco devem ser monitorados nas primeiras 24 horas apenas se apresentarem elevação da pressão venosa central, o que indica disfunção ventricular direita.
- d) Alterações eletrocardiográficas, como bloqueio de ramo direito, fibrilação atrial e taquicardia sinusal inexplicada, são os achados mais frequentes e indicam a necessidade de monitorização cardíaca imediata por 24 horas.**
- e) A suspeita clínica de trauma cardíaco contuso justifica a realização de uma toracotomia imediata para a avaliação direta do miocárdio em pacientes com alterações eletrocardiográficas e dor torácica persistente.

Questão 11

A fístula anastomótica é uma das complicações mais temidas e graves após uma esofagectomia, ocorrendo quando há uma falha na cicatrização da anastomose. Essa complicação pode levar à sepse, mediastinite, abscessos, pneumonia e até morte. Sabendo-se que o risco de fístula anastomótica pode ser minimizado por diversas abordagens intraoperatórias e pós-operatórias, assinale a alternativa correta com relação às técnicas e estratégias mencionadas para reduzir o risco de complicações anastomóticas:

- O uso de angiografia fluorescente intraoperatória pode ajudar a avaliar a perfusão da microcirculação, sendo uma técnica promissora para a redução do risco de fístula anastomótica.
- A embolização das artérias gástricas e esplênicas tem mostrado consistentemente uma redução significativa na incidência de fístulas anastomóticas.
- A técnica de Doppler intraoperatório é suficiente para avaliar com precisão a microcirculação da anastomose, dispensando outros métodos.
- A liberação do ligamento interclavicular é uma técnica amplamente utilizada para melhorar a perfusão arterial do estômago durante a esofagectomia.
- O uso de agentes prostaglandínicos, como a Prostaglandina E1, demonstrou ser o método padrão para evitar fístulas anastomóticas.

Questão 12

Um homem de 55 anos, diagnosticado com Síndrome de Zollinger-Ellison (SZE), apresenta uma elevação significativa dos níveis de gastrina e sintomas de úlceras pépticas refratárias, além de diarreia e dor abdominal. Exames de imagem revelaram um tumor de 2,5 cm localizado no corpo do pâncreas, sem evidências de metástases hepáticas. Considerando que ele é portador de um gastrinoma esporádico e foi realizada uma localização pré-operatória do tumor, qual é a abordagem cirúrgica mais indicada para maximizar o controle da doença e evitar recorrência?

- Realizar enucleação da lesão pancreática com preservação do tecido esplênico, uma vez que a lesão é de tamanho limitado e o objetivo é preservar o máximo de pâncreas saudável, reduzindo a morbidade.
- Executar pancreatectomia distal com esplenectomia, já que a lesão se encontra no corpo do pâncreas e a preservação do baço não é indicada nesta situação, permitindo ressecção completa e reduzindo a chance de recidiva.
- Realizar duodenotomia com exploração sistemática da mucosa e excisão de qualquer nódulo suspeito, considerando que gastrinomas esporádicos ocorrem com frequência no duodeno e podem coexistir com lesões duodenais secundárias.
- Optar pela duodenopancreatectomia com dissecação linfonodal completa para assegurar a remoção dos linfonodos regionais e reduzir o risco de progressão da doença, mesmo sem evidência de lesões adicionais na cabeça do pâncreas.
- Observar o paciente clinicamente sem intervenção cirúrgica imediata, uma vez que o controle bioquímico é favorável e o risco de metástase é baixo em lesões menores que 3 cm.

Questão 13

Um paciente de 58 anos foi submetido a uma gastrectomia total por adenocarcinoma gástrico e desenvolveu sintomas como taquicardia, sudorese, fraqueza e dor abdominal, aproximadamente 20 minutos após as refeições. Após investigação, o diagnóstico de síndrome de dumping foi confirmado. Com base no conhecimento sobre a fisiopatologia e o manejo da síndrome de dumping, qual das opções abaixo está de acordo com o texto fornecido?

- A cintilografia de esvaziamento gástrico é a melhor ferramenta diagnóstica para confirmar o diagnóstico de dumping precoce.
- O aumento da produção de hormônios gastrointestinais, como o peptídeo vasoativo intestinal (VIP) e a serotonina, contribui para os sintomas do dumping precoce.
- A incidência de síndrome de dumping é maior em pacientes que realizaram funduplicatura em comparação com aqueles que realizaram gastrectomia total.
- O esvaziamento gástrico rápido de conteúdo hiperosmolar para o intestino delgado é responsável pelos sintomas gastrointestinais e vasomotores do dumping precoce.
- A hipoglicemia reativa é o principal mecanismo responsável pelos sintomas gastrointestinais imediatos observados no dumping precoce.

Questão 14

A obstrução da alça aferente é uma complicação mecânica que pode ocorrer após a construção de uma gastrojejunostomia (GJ). Com relação à fisiopatologia e diagnóstico dessa condição, qual das alternativas abaixo está correta?

- a) A síndrome de obstrução da alça aferente é mais comumente causada por obstrução do lúmen intestinal devido à formação de bezoares e enterólitos.
- b) A apresentação típica da obstrução crônica da alça aferente inclui dor abdominal pós-prandial e alívio dos sintomas após vômitos biliosos.
- c) O exame de imagem de escolha para o diagnóstico de obstrução da alça aferente é a ressonância magnética abdominal.
- d) A obstrução da alça aferente é mais comum em pacientes submetidos a funduplicatura do que em aqueles submetidos a procedimentos de Billroth II.
- e) A obstrução completa da alça aferente geralmente se apresenta com vômitos biliosos, devido à incapacidade de esvaziar a alça distal.

Questão 15

A formação de cálculos biliares é uma complicação comum após cirurgias gástricas. Em relação à patogênese e ao manejo da colelitíase no pós-operatório de gastrectomias, qual das seguintes afirmações está correta?

- a) A incidência de formação de cálculos biliares é maior após gastrectomia distal em comparação com gastrectomia total devido à preservação parcial da inervação vagal.
- b) A exclusão duodenal em reconstruções em Y de Roux diminui a secreção de colecistocinina (CCK), o que contribui para o aumento da incidência de colelitíase após esse procedimento.
- c) A colecistectomia profilática é recomendada rotineiramente durante cirurgias gástricas, mesmo na ausência de anormalidades prévias da vesícula biliar.
- d) A gastrectomia radical está associada a um menor risco de formação de cálculos biliares em comparação com a gastrectomia simples, devido à maior remoção do tecido linfóide perivasculare.
- e) O risco de formação de cálculos biliares após cirurgia bariátrica com bypass gástrico em Y de Roux é menor do que após gastrectomia em manga, devido à melhor preservação da motilidade da vesícula biliar.

Questão 16

Na ausência de certeza diagnóstica de pseudocisto pancreático, a análise do líquido cístico obtido por aspiração guiada por ultrassom endoscópico (EUS), pode auxiliar na distinção entre lesões neoplásicas e pseudocistos. Com relação à análise de líquido cístico, qual das seguintes afirmativas está correta?

- a) Níveis elevados de amilase no líquido cístico são indicativos de neoplasias císticas malignas.
- b) A presença de mucina no líquido cístico é um achado consistente com pseudocisto pancreático.
- c) A medição de antígeno carcinoembrionário (CEA) no líquido cístico é útil para distinguir entre cistos neoplásicos malignos/pré-malignos e pseudocistos.
- d) A citologia do líquido cístico tem alta sensibilidade para diferenciar entre pseudocistos e neoplasias císticas.
- e) O ultrassom endoscópico não é recomendado em casos de suspeita de neoplasia cística devido à sua baixa sensibilidade na identificação de células epiteliais.

Questão 17

Um homem de 58 anos, com histórico de cirrose, hipertensão porta, varizes esofágicas, gástricas difusas e pancreatite crônica alcoólica, desenvolve um pseudocisto pancreático que continua a crescer em tamanho, apesar do acompanhamento regular. Após novas investigações, ele apresenta dor abdominal persistente. Diante desse cenário, qual seria a conduta mais apropriada para o manejo deste paciente?

- Realização de drenagem endoscópica guiada por ultrassom, pois a presença de varizes não contraindica esse procedimento.
- Realização de drenagem percutânea, uma vez que é o método menos invasivo e o mais indicado para pacientes estáveis.
- Conduta conservadora com observação, visto que a maioria dos pseudocistos se resolve espontaneamente, mesmo na presença de varizes.
- Inserção de stents endoscópicos para aliviar a pressão nas varizes antes de realizar uma drenagem endoscópica.
- Indicação de drenagem cirúrgica aberta ou laparoscópica, devido à contra-indicação de drenagem endoscópica pela presença de varizes.

Questão 18

Um homem de 72 anos, com histórico de fibrilação atrial crônica, apresenta dor abdominal de início súbito, intensa e localizada na região periumbilical. O paciente descreve a dor como constante e relata que a dor iniciou após uma caminhada leve, sem nenhum fator precipitante aparente. Não há sinais de peritonite à palpação abdominal, apenas dor desproporcional aos achados físicos. Além disso, ele nega vômitos, mas relata evacuações diarreicas nos últimos dias. Exames laboratoriais mostram leucocitose e elevação do lactato. A tomografia computadorizada com contraste intravenoso revela uma oclusão na artéria mesentérica superior (AMS) distal à artéria cólica média.

Com base nesse cenário, qual é a conduta mais apropriada para esse paciente?

- Iniciar anticoagulação e vasopressores para melhorar a perfusão mesentérica, pois o tratamento inicial deve focar em estabilizar o estado hemodinâmico do paciente.
- Iniciar imediatamente trombólise endovenosa, pois é a intervenção de escolha para restaurar a perfusão da AMS ocluída.
- Realizar manejo conservador com hidratação e acompanhamento, pois a maioria das embolias arteriais se resolve espontaneamente.
- Realizar endarterectomia de emergência, pois esse procedimento minimiza a necessidade de remoção de segmentos intestinais.
- Encaminhar para embolectomia cirúrgica de urgência, pois o paciente apresenta sinais de isquemia mesentérica aguda com oclusão arterial.

Questão 19

Um paciente de 58 anos, com histórico de úlcera duodenal, apresenta dor abdominal súbita, intensa e generalizada. No exame físico, o paciente está com sinais de peritonite difusa e distensão abdominal. Após a realização de exames de imagem, é confirmada uma perfuração de úlcera duodenal. No intra-operatório, identificada úlcera de 1cm na primeira porção duodenal. Qual é a abordagem cirúrgica inicial mais apropriada?

- Ulcerorrafia e realização do patch de Graham.
- Ressecção do antro gástrico e 1ª porção duodenal com reconstrução Billroth II.
- Ulcerorrafia com vagotomia troncular com piloroplastia.
- Conservadorismo com antibioticoterapia e drenagem percutânea.
- Gastrectomia total com anastomose em Y de Roux.

Questão 20

Um paciente de 58 anos, com histórico de diabetes mellitus e colecistectomia há 5 anos, é admitido no hospital com febre alta, dor no quadrante superior direito e perda de apetite nas últimas semanas. A ultrassonografia abdominal revela um abscesso hepático de 8 cm. Hemoculturas foram coletadas e o paciente foi iniciado com antibióticos de amplo espectro. No entanto, nas primeiras 48 horas, ele permanece febril e a dor persiste. O cirurgião decide pela drenagem do abscesso.

Com base nesse cenário, qual é a melhor abordagem para o manejo desse paciente?

- a) Continuar apenas com terapia antibiótica empírica por mais 2 semanas, pois a maioria dos abscessos hepáticos piogênicos se resolve espontaneamente.
- b) Proceder com drenagem percutânea guiada por imagem, sendo a primeira linha de tratamento para abscessos hepáticos maiores que 5 cm.
- c) Realizar laparotomia exploratória imediata devido ao tamanho do abscesso e falha da terapia antibiótica inicial.
- d) Iniciar tratamento com metronidazol isoladamente, pois é o antibiótico mais eficaz contra bactérias gram-negativas presentes nos abscessos hepáticos.
- e) Suspender a antibioticoterapia e realizar apenas a drenagem cirúrgica, já que os antibióticos não têm papel no tratamento de abscessos hepáticos.

Questão 21

Uma mulher de 40 anos é diagnosticada com adenoma hepático, após investigação de dor abdominal leve. A ressonância magnética revela uma lesão de 7 cm no lobo hepático direito, sem sinais de invasão vascular. Uma biópsia percutânea é realizada, confirmando a presença de um adenoma hepático com mutação da beta-catenina. O histórico médico da paciente inclui uso prolongado de anabolizantes. Após discussão com a paciente, foi decidida a ressecção da lesão.

Com base nesse cenário, qual das seguintes afirmações é correta?

- a) Adenomas hepáticos com mutação da beta-catenina têm baixo risco de transformação maligna e podem ser acompanhados clinicamente, independentemente do tamanho da lesão.
- b) Adenomas hepáticos com mutação da beta-catenina têm maior risco de transformação maligna, especialmente em homens e em tumores maiores que 5 cm, justificando a ressecção cirúrgica.
- c) A mutação da beta-catenina está associada a um menor risco de hemorragia intralesional, o que permite o manejo conservador, independentemente do tamanho.
- d) A mutação da beta-catenina é exclusivamente encontrada em adenomas associados a síndromes genéticas como a glicogenose tipo 1a.
- e) O uso de anabolizantes está associado principalmente à formação de adenomas hepáticos do tipo HNF1A, e não ao subtipo beta-catenina.

Questão 22

Um paciente de 64 anos com diagnóstico de adenocarcinoma de cabeça de pâncreas, sem metástases à distância, é submetido a uma duodenopancreatectomia. No 2º dia de pós-operatório, o paciente desenvolve febre, dor abdominal e saída de líquido amarelado pela drenagem, que apresenta altos níveis de amilase. Débito de drenagem em 24 horas foi de 90ml. Qual é a complicação mais provável e a conduta inicial recomendada?

- a) Fístula pancreática de alto débito, zerar dieta e realizar laparotomia exploradora.
- b) Fístula pancreática de moderado débito, zerar dieta e manejo conservador com NPT exclusiva.
- c) Fístula pancreática de baixo débito, manejo conservador com drenagem adequada e dieta liberada.
- d) Deiscência de anastomose biliodigestiva, realizar reoperação imediata.
- e) Infecção de ferida operatória, abrir a incisão e drenar.

Questão 23

Durante a obstrução intestinal simples, ocorrem alterações significativas na microbiota intestinal e na integridade da barreira mucosa. Com base nesse cenário, qual das seguintes alternativas descreve corretamente os efeitos dessa alteração bacteriana e as consequências potenciais no organismo?

- O aumento de toxinas bacterianas no lúmen intestinal é diretamente responsável pela translocação bacteriana para o sistema linfático mesentérico e para o sangue portal, permitindo que bactérias vivas sejam encontradas com frequência no baço e fígado de pacientes humanos.
- A proliferação de flora fecal proximal ao ponto de obstrução, associada à obstrução prolongada, aumenta a quantidade de coliformes e organismos anaeróbios, atingindo uma concentração de até 10^{10} colônias/mL após 48 horas.
- A translocação bacteriana em humanos é bem documentada e ocorre diretamente pela penetração das bactérias na submucosa devido à perda da integridade da barreira epitelial, provocada pela redução da perfusão intestinal.
- A presença de bactérias no peritônio e nos linfonodos mesentéricos pode ser demonstrada consistentemente em modelos humanos, evidenciando a translocação bacteriana direta.
- As bactérias proliferam na alça distal ao ponto de obstrução em casos de obstrução intestinal, pois o lúmen distendido causa perda da barreira mucosa e facilita a entrada bacteriana no peritônio.

Questão 24

Um homem de 65 anos, com histórico de colecistectomia e reconstrução biliodigestiva, apresenta febre alta, dor abdominal e icterícia progressiva. A tomografia computadorizada abdominal revela dilatação significativa das vias biliares e uma lesão obstrutiva no hilo hepático, compatível com estenose benigna. Após uma tentativa malsucedida de drenagem biliar por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), o paciente permanece sintomático com sinais de colangite. Diante desse quadro, qual das seguintes condutas é mais adequada para o manejo inicial deste paciente?

- Realizar drenagem biliar percutânea para descompressão imediata das vias biliares, visto que a CPRE foi insuficiente para controlar a obstrução hilar.
- Repetir a tentativa de CPRE com colocação de stents metálicos, uma vez que esses dispositivos podem resolver de forma eficaz estenoses benignas.
- Realizar laparotomia exploratória com drenagem cirúrgica, pois o tratamento endoscópico já falhou.
- Manter apenas antibioticoterapia intravenosa e observação clínica, considerando que a estenose é benigna e pode evoluir sem necessidade de intervenção imediata.
- Adotar um manejo conservador com repetição da tomografia em 48 horas, para monitorar a evolução do quadro e avaliar uma eventual drenagem posterior.

Questão 25

De acordo com a descrição clássica de Celsus e o entendimento moderno do processo inflamatório, a inflamação desempenha um papel fundamental na cicatrização de feridas e na resposta do organismo a traumas e infecções. Sabemos que a inflamação é uma resposta protetora, porém pode se tornar prejudicial quando desregulada. Qual dos mecanismos abaixo está mais diretamente relacionado ao controle da inflamação durante o processo de cicatrização?

- A ativação de células T auxilia na liberação de citocinas anti-inflamatórias, regulando a resposta inflamatória.
- O fator de transcrição NF- κ B desempenha um papel central na regulação da resposta inflamatória e sua inibição ajuda a controlar a inflamação excessiva.
- A produção de prostaglandinas no local da lesão é o principal fator para a resolução da inflamação e o reparo tecidual.
- A ativação do sistema complemento é a chave para o controle da inflamação, promovendo a destruição de agentes lesivos e a cicatrização.
- A regulação da inflamação ocorre principalmente pela ação da bradicinina, que controla o fluxo sanguíneo e a permeabilidade vascular no local da lesão.

Questão 26

Um paciente de 68 anos foi submetido a uma gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux devido a adenocarcinoma gástrico. No quinto dia de pós-operatório, ele desenvolve náuseas persistentes, vômitos biliosos e distensão abdominal significativa. A tomografia computadorizada revela dilatação gástrica sem sinais de obstrução mecânica. Qual é a complicação mais provável e qual o manejo recomendado?

- a) Síndrome de dumping, dieta com baixo teor de carboidratos.
- b) Obstrução intestinal, reoperação imediata.
- c) Deiscência de anastomose, reexploração cirúrgica.
- d) Isquemia intestinal, ressecção segmentar.
- e) Gastroparesia, manejo conservador com descompressão nasogástrica.

Questão 27

Durante a investigação de dor abdominal em uma paciente de 50 anos, uma tomografia computadorizada revelou uma massa adrenal de 4,5 cm. A paciente está assintomática e apresenta resultados bioquímicos sem alterações que sugiram hipersecreção de hormônios adrenais. Com base nas diretrizes para o manejo de incidentalomas adrenais, qual das condutas abaixo é a mais apropriada?

- a) Realizar acompanhamento com exames de imagem semestralmente, pois incidentalomas não funcionais menores que 5 cm raramente apresentam risco de malignidade.
- b) Optar pela ressecção laparoscópica do tumor, uma vez que tumores maiores que 4 cm podem ser ressecados por via laparoscópica com segurança, especialmente se não houver invasão grosseira.
- c) Acompanhar clinicamente sem intervenção, pois tumores incidentais que não apresentem sinais de hipersecreção hormonal podem ser considerados benignos, independentemente do tamanho.
- d) Solicitar biópsia por agulha para confirmar a benignidade do tumor, pois essa abordagem permite definição diagnóstica sem a necessidade de cirurgia.
- e) Reservar a cirurgia apenas para casos em que o tumor apresente crescimento significativo em seguimento de imagem após seis meses.

Questão 28

Um paciente de 65 anos, com história de doença de Crohn é submetido a uma ileocelectomia devido à presença de estenoses múltiplas no íleo terminal. Durante o procedimento, o cirurgião opta por realizar uma stricturoplastia em um segmento do intestino delgado. Qual é o principal benefício dessa técnica em comparação à ressecção do segmento estenosado?

- a) Reduz a chance de recorrência da doença de Crohn.
- b) Promove a cicatrização mais rápida da anastomose.
- c) Evita a necessidade de futuras cirurgias.
- d) Preserva o comprimento intestinal, prevenindo síndrome do intestino curto.
- e) Melhora a função motora do intestino.

Questão 29

Abscessos anorretais são complicações comuns, com mais de 95% dos casos originados por infecções criptoglandulares. O conhecimento sobre as diferentes localizações e características anatômicas dos abscessos é essencial para a escolha do tratamento adequado, visando prevenir o desenvolvimento de fístulas crônicas. Com base na anatomia e nas características de expansão dos diferentes tipos de abscessos anorretais, qual das alternativas a seguir descreve corretamente o comportamento de um abscesso isquiorretal?

- Forma-se a partir de um abscesso inter-esfincteriano que se expande para o espaço supralevator, ocupando o espaço entre o esfíncter interno e o músculo levantador do ânus.
- É o tipo mais comum de abscesso anorretal, geralmente visível como uma protuberância dolorosa e eritematosa na margem anal.
- Desenvolve-se quando um abscesso inter-esfincteriano se estende para além do esfíncter externo, invadindo a fossa isquiorretal e ocupando o espaço de gordura local.
- Surge diretamente de uma infecção primária nas criptas anais, formando uma fístula inter-esfincteriana na maioria dos casos.
- Expande-se na direção da pele glútea, formando frequentemente uma protrusão externa visível e dolorosa na região perianal.

Questão 30

Em relação às mutações no receptor tirosina-quinase KIT em tumores estromais gastrointestinais (GISTs), qual das alternativas abaixo descreve corretamente a prevalência e as características dessas mutações?

- Mutações em GISTs ocorrem predominantemente no gene PDGFRA, com mais de 85% dos casos apresentando alterações nesse gene.
- A maioria dos GISTs apresenta mutações ativadoras no exon 14 do gene KIT, responsáveis pela resistência à terapia com inibidores de tirosina-quinase.
- Aproximadamente 35% dos GISTs com mutações PDGFRA apresentam superexpressão do receptor de fator de crescimento semelhante à insulina 1 (IGF-1R).
- O diagnóstico de GIST é comumente confirmado pela expressão do antígeno CD117, que está presente na maioria dos GISTs devido à ativação constitutiva do KIT.
- A expressão do marcador desmina é fundamental para diferenciar GISTs de tumores musculares lisos, como leiomiossarcomas.

Questão 31

Um paciente de 65 anos é submetido a uma tomografia computadorizada, após apresentar dor abdominal crônica e perda de peso. O exame revela dilatação do ducto pancreático principal (> 5 mm), sem evidências de obstrução, com cistos de pequeno diâmetro que se comunicam com o ducto pancreático principal. A ressonância magnética confirma a presença de múltiplos cistos no processo uncinado, com sinais de produção de mucina. Diante desse achado, qual seria a conduta mais apropriada?

- Acompanhar o paciente com imagem anual, pois o risco de malignização é baixo.
- Realizar ressecção cirúrgica, devido à presença de dilatação do ducto pancreático principal, que aumenta o risco de malignidade.
- Administrar quimioterapia, já que os cistos pancreáticos com produção de mucina são altamente malignos.
- Realizar biópsia guiada por endoscopia para confirmar o diagnóstico antes de qualquer intervenção cirúrgica.
- Acompanhar clinicamente, já que o tipo de IPMN de ducto secundário geralmente não apresenta risco significativo de complicações.

Questão 32

Durante uma excisão total do mesorreto (TME) para tratamento de câncer retal, o cirurgião deve realizar uma dissecação precisa para evitar lesão de estruturas vitais. Com base na anatomia do reto, qual das seguintes afirmativas está correta?

- a) A fásia de Denonvillier envolve a parte posterior do reto, separando-o da fásia pré-sacral e das estruturas nervosas importantes.
- b) Os ligamentos laterais do reto contêm artérias retais inferiores e fibras nervosas hipogástricas, justificando uma dissecação cuidadosa.
- c) As válvulas de Houston estão localizadas apenas no reto superior e são encontradas em todos os pacientes, facilitando a orientação anatômica durante a cirurgia.
- d) A excisão total do mesorreto (TME) envolve a remoção circunferencial do reto, incluindo vasos e linfonodos regionais, respeitando o plano avascular da fásia endopélvica.
- e) A camada muscular longitudinal do canal anal é separada do esfíncter anal interno e não se comunica com as glândulas anais.

Questão 33

Um paciente de 25 anos, com histórico de abscesso pilonidal, foi submetido a incisão e drenagem há três semanas, mas retorna com dor persistente e sinais de inflamação no local da ferida. O exame revela a presença de um abscesso recidivante. Qual seria o próximo passo mais adequado no manejo desse paciente?

- a) Repetir a incisão e drenagem e seguir com antibióticos de amplo espectro para garantir a resolução completa.
- b) Realizar ressecção completa do tecido subcutâneo afetado até a fásia sacral para garantir a cura definitiva.
- c) Executar drenagem adequada com remoção de pelos e debridamento das fístulas e dos trajetos sinuais, seguido de marsupialização ou saucerização.
- d) Iniciar tratamento com laser de CO₂ para cauterizar os trajetos fistulosos e diminuir a recidiva do abscesso.
- e) Realizar aspiração da cavidade do abscesso, seguida de tratamento antibiótico, sem necessidade de drenagem.

Questão 34

Uma paciente de 60 anos, com histórico de diverticulose, apresenta quadro de dor abdominal localizada no quadrante inferior esquerdo, sem sinais de toxicidade sistêmica. A tomografia computadorizada confirma o diagnóstico de diverticulite não complicada. Qual é a conduta mais apropriada para o tratamento dessa paciente, de acordo com as evidências mais recentes?

- a) Internar a paciente e iniciar antibióticos intravenosos por 7 a 10 dias, seguido de dieta líquida.
- b) Tratar ambulatorialmente com antibióticos orais e recomendar ingestão de dieta líquida até a melhora dos sintomas.
- c) Observar sem uso de antibióticos, uma vez que estudos sugerem que o uso de antibióticos não melhora o desfecho em casos de diverticulite não complicada.
- d) Realizar colonoscopia de urgência para avaliação adicional e exclusão de perfuração.
- e) Realizar embolização para controle de sangramento, seguida de cirurgia para ressecção do segmento envolvido.

Questão 35

O conceito de instabilidade cromossômica (INC) é um dos mecanismos chave no desenvolvimento do câncer colorretal (CCR), sendo caracterizado pela inativação de vias reguladoras do crescimento celular e acúmulo de mutações em genes importantes. Qual das seguintes afirmações descreve corretamente o processo e o papel do gene APC no início da via INC?

- a) A inativação do gene APC desencadeia a estabilização de β -catenina, promovendo crescimento descontrolado das células epiteliais do cólon.
- b) A via INC é iniciada pela mutação em KRAS, que induz o acúmulo de mutações em outros genes.
- c) O gene TP53 é o primeiro a ser inativado no processo de INC, promovendo instabilidade cromossômica.
- d) O gene APC é inativado apenas em fases avançadas do câncer colorretal, contribuindo para a metástase.
- e) A mutação no gene SMAD é o principal evento inicial no processo de instabilidade cromossômica, promovendo perda de controle sobre o ciclo celular.

Questão 36

Em relação às margens de ressecção no tratamento de metástases hepáticas de câncer colorretal, qual das afirmativas abaixo está correta?

- a) Margens de ressecção menores que 1 mm não garantem sobrevida de longo prazo, sendo necessário obter sempre margens maiores que 2 cm para evitar recidiva.
- b) Um planejamento de ressecção adequada deve considerar sempre margens de 5 cm para reduzir o risco de recidiva intra-hepática, independentemente do uso de quimioterapia.
- c) Margens de ressecção nunca devem ser inferiores a 1 cm para garantir que o fígado remanescente não sofra insuficiência funcional.
- d) A ablação por radiofrequência não pode ser usada como terapia adjuvante para ampliar margens de ressecção em locais próximos a vasos importantes.
- e) Estudo recente sugere que margens de ressecção menores que 1 mm ainda podem ser eficazes quando associadas a quimioterapia eficaz e controle microscópico das margens.

Questão 37

Ao realizar uma ileostomia em um paciente submetido à ressecção intestinal, alguns passos técnicos são cruciais para garantir a viabilidade do estoma e evitar complicações. Considerando as etapas envolvidas na criação de uma ileostomia, qual das alternativas a seguir descreve corretamente um aspecto técnico importante?

- a) A ileostomia deve ser exteriorizada ao nível da pele para minimizar o risco de isquemia e facilitar o fechamento subsequente.
- b) O mesentério deve ser completamente dissecado da borda do íleo para garantir que não haja tensão ao exteriorizar o estoma.
- c) Na criação de uma ileostomia, o uso de uma sonda de alimentação é essencial para garantir que o estoma funcione adequadamente durante o pós-operatório imediato.
- d) A ileostomia em pacientes obesos deve ser posicionada na linha média abdominal, independentemente da posição pré-marcada, para facilitar a exteriorização.
- e) O estoma deve ser maturado com a eversão da borda do íleo, e a incisão abdominal deve ser fechada após a confirmação da perfusão adequada do estoma.

Questão 38

No manejo de ferimentos penetrantes no pescoço, o conhecimento das zonas anatômicas é essencial para decidir a abordagem diagnóstica e terapêutica. Em relação ao tratamento e avaliação de pacientes com ferimento penetrante na Zona III do pescoço, qual das seguintes afirmativas está correta?

- a) Em pacientes estáveis e sem sinais graves de lesão arterial, o protocolo padrão inclui obrigatoriamente a realização de arteriografia ou angiotomografia para descartar lesões vasculares em todas as zonas do pescoço.
- b) Para lesões penetrantes na Zona III, a exposição cirúrgica adequada requer frequentemente subluxação da articulação temporomandibular e uso de mandibulotomia, caso a abordagem endovascular não seja viável.
- c) Pacientes com ferimentos na Zona III que apresentam sinais brandos, como hematoma estável e disfonia, devem ser levados diretamente para cirurgia exploratória devido ao alto risco de lesão arterial.
- d) Ferimentos penetrantes na Zona I do pescoço não apresentam risco de lesão nas artérias vertebrais e jugulares subclávias, e a avaliação é menos invasiva.
- e) Pacientes assintomáticos com ferimentos na Zona II devem ser observados sem necessidade de exames adicionais, independentemente do local da lesão.

Questão 39

Considerando as abordagens modernas e critérios para a imagem em casos de trauma renal, qual das seguintes afirmações é a mais adequada em relação aos critérios de seleção para exames de imagem no trauma renal?

- a) A tomografia computadorizada é indicada para todos os pacientes com trauma abdominal e micro-hematuria, independentemente de outros sinais ou da estabilidade hemodinâmica, para exclusão de lesões renais ocultas.
- b) Em casos de trauma fechado, a presença de fraturas de ossos longos ou de processos transversos de vértebras não contribui para a decisão de realizar imagem, pois não aumentam o risco de lesão renal oculta.
- c) A pielografia intravenosa continua sendo o exame padrão para estadiamento de lesões renais graves, devido à sua alta precisão diagnóstica e custo reduzido.
- d) Em traumas renais penetrantes, a presença de qualquer grau de hematuria, proximidade da lesão, ou alta suspeita de lesão são indicações suficientes para realização de exames de imagem.
- e) Em pacientes com trauma fechado e micro-hematuria sem sinais de choque, a tomografia computadorizada é mandatória para avaliação, uma vez que os critérios de imagem devem sempre incluir qualquer nível de hematuria.

Questão 40

Um paciente de 28 anos, vítima de colisão automobilística, é admitido no pronto-socorro apresentando dor abdominal e sinais de trauma contuso no quadrante superior direito. Na avaliação inicial, está hemodinamicamente estável com pressão arterial de 120/80 mmHg e frequência cardíaca de 92 bpm. A tomografia computadorizada revela uma lesão hepática grau IV com hemoperitônio extenso e extravasamento de contraste. Diante deste quadro, qual é a conduta inicial mais apropriada?

- a) Realizar laparotomia exploradora de emergência, pois o extravasamento de contraste indica a necessidade de intervenção cirúrgica imediata.
- b) Internar em unidade de terapia intensiva para observação rigorosa, sem necessidade de intervenções adicionais, pois o paciente está estável.
- c) Iniciar manejo conservador com acompanhamento clínico e observação, sem necessidade de imagem adicional, pois o paciente está estável e o hemoperitônio não interfere no manejo.
- d) Transferir para a radiologia intervencionista para embolização da lesão arterial, mantendo o paciente sob monitorização rigorosa na unidade de terapia intensiva após o procedimento.
- e) Aguardar sinais de instabilidade hemodinâmica antes de definir a conduta, pois lesões de alto grau frequentemente requerem cirurgia de urgência.

Questão 41

Um paciente de 45 anos, previamente saudável, é internado após sofrer um acidente de trânsito com múltiplas fraturas e lesões teciduais significativas. Três dias após a admissão, ele desenvolve febre, hipotensão e elevação de marcadores inflamatórios. A investigação revela a presença de bactérias Gram-negativas na hemocultura e o paciente é diagnosticado com choque séptico. Qual das seguintes afirmações descreve corretamente a resposta imune inata e adaptativa, no contexto do trauma e infecção bacteriana?

- As células T reguladoras são as primeiras a serem ativadas em uma resposta inflamatória inata, promovendo a eliminação dos patógenos intracelulares.
- A ativação do receptor Toll-like 4 por lipopolissacarídeos de bactérias Gram-negativas desempenha um papel crucial na ativação da resposta inflamatória inicial.
- A produção de IL-4 e IL-10 pelas células Th1 aumenta a resposta pró-inflamatória no choque séptico.
- As células NK são fundamentais na resposta imune adaptativa, promovendo a produção de anticorpos pelas células B.
- A resposta inata inicial depende da ativação dos neutrófilos e macrófagos para a eliminação dos patógenos extracelulares.

Questão 42

A respeito dos eventos celulares e moleculares envolvidos na fase inflamatória da cicatrização de feridas, assinale a alternativa que melhor descreve o papel dos macrófagos no controle da resposta inflamatória e nos processos subsequentes de reparo tecidual.

- Os macrófagos são recrutados precocemente na fase inflamatória e, ao lado dos neutrófilos, têm a função principal de fagocitar agentes infecciosos, com baixa influência sobre os fibroblastos e a angiogênese.
- A principal função dos macrófagos durante a fase inflamatória é liberar mediadores inflamatórios, como a prostaglandina F_{2α}, que promovem a vasoconstrição e aumentam a deposição de colágeno no local da ferida.
- Após a apoptose dos neutrófilos, os macrófagos migram para o local da ferida, onde desempenham papel central na fagocitose de células mortas e resíduos celulares, além de estimular fibroblastos e promover angiogênese, por meio da liberação de citocinas como TGF-β e PDGF-BB.
- A ação dos macrófagos é mais intensa durante a fase inflamatória, mas eles também continuam atuando na fase proliferativa, auxiliando na regeneração tecidual e na remoção de agentes infecciosos.
- Os macrófagos são responsáveis pela indução da apoptose dos fibroblastos após a formação do tecido de granulação, limitando o processo cicatricial e impedindo a progressão para a remodelação do tecido.

Questão 43

Um paciente de 67 anos, com diagnóstico de doença coronariana e histórico de infarto agudo do miocárdio há dois meses, será submetido a uma cirurgia eletiva de grande porte abdominal. Durante a avaliação pré-operatória, foi constatado que o paciente faz uso regular de betabloqueadores e é incapaz de subir dois lances de escada. Qual a melhor conduta para manejo perioperatório cardiológico deste paciente?

- Suspensão do uso de betabloqueadores no perioperatório para evitar hipotensão.
- Adiar a cirurgia por pelo menos 6 meses após o infarto do miocárdio para garantir recuperação completa.
- Introduzir betabloqueadores em dose alta no dia da cirurgia para prevenir eventos cardíacos.
- Realizar a cirurgia após uma avaliação detalhada de risco cardiovascular, garantindo o uso contínuo de betabloqueadores e estabilidade clínica adequada.
- Continuar com o uso de betabloqueadores e realizar teste de esforço ou de imagem funcional pré-operatório para avaliar o risco cardíaco.

Questão 44

Um paciente de 72 anos, diabético, será submetido a uma cirurgia eletiva de colecistectomia laparoscópica após estabilização de uma infecção biliar prévia. Sabendo-se que a profilaxia antimicrobiana adequada depende de fatores farmacodinâmicos dos β -lactâmicos, como as cefalosporinas, qual é o fator mais importante para garantir a eficácia da profilaxia intraoperatória?

- a) O tempo que a concentração plasmática do antibiótico permanece acima da concentração inibitória mínima ($T > MIC$).
- b) A concentração máxima (pico) atingida no plasma durante a cirurgia.
- c) O volume de distribuição do antibiótico durante o procedimento.
- d) A biodisponibilidade do antibiótico administrado por via oral.
- e) O ajuste de dose para pacientes com função renal normal.

Questão 45

Um paciente de 68 anos, foi submetido a uma laparotomia exploradora de 5 horas após um trauma abdominal. Durante o procedimento, foi realizada irrigação com solução, além de transfusões de sangue e administração de grandes volumes de fluidos. No pós-operatório, o paciente apresenta tremores intensos, pele fria e pálida, temperatura central de 34°C , bradicardia de 45 bpm e pressão arterial de 85/50 mmHg. Qual a conduta imediata mais apropriada para esse paciente?

- a) Iniciar vasopressores para melhorar a perfusão tecidual e aumentar a pressão arterial.
- b) Iniciar monitorização cardíaca contínua e administrar medicações para aliviar o desconforto, mas a prioridade é corrigir a hipotermia com aquecimento ativo.
- c) Reduzir a administração de fluidos para evitar sobrecarga hídrica e monitorar a evolução clínica.
- d) Administrar cristaloides aquecidos rapidamente e iniciar aquecimento ativo com manta térmica.
- e) Administrar uma solução hipotônica intravenosa e manter o paciente coberto com cobertores.

Questão 46

Um paciente masculino de 45 anos, pesando 85 kg, sofreu queimaduras de segundo e terceiro grau em 60% da superfície corporal total (SCT) após um acidente industrial. Ele foi admitido no pronto-socorro 4 horas após o acidente e não recebeu reposição volêmica adequada até o momento. De acordo com a fórmula de Parkland, qual é o volume de solução de Ringer lactato que deve ser administrado nas próximas 4 horas?

- a) 2.550 mL
- b) 3.825 mL
- c) 5.100 mL
- d) 6.375 mL
- e) 7.650 mL

Questão 47

Um homem, de 30 anos, foi admitido no pronto-socorro, após sofrer um trauma penetrante no tórax em um acidente com objeto cortante. Durante o exame, observa-se uma grande lesão aberta na parede torácica direita, com sons audíveis de ar entrando e saindo pela ferida. O paciente apresenta dificuldade respiratória, taquipneia, dor torácica e sons respiratórios diminuídos no lado direito. Qual é a conduta inicial mais apropriada para o manejo dessa lesão?

- a) Fechar a lesão com um curativo oclusivo fixado em todos os quatro lados para evitar a entrada de ar.
- b) Fechar a lesão com um curativo oclusivo estéril, fixando em três lados para permitir a saída de ar durante a expiração.
- c) Realizar toracocentese imediatamente para remover o ar da cavidade torácica.
- d) Fechar a lesão com gaze estéril seca e observar a evolução clínica antes de intervir.
- e) Introduzir um tubo de tórax no local da lesão para drenar o ar da cavidade torácica.

Questão 48

A classificação CEAP é amplamente utilizada no manejo da insuficiência venosa crônica. Qual das alternativas a seguir descreve corretamente seu propósito e aplicação no planejamento terapêutico?

- a) A classificação CEAP foi desenvolvida para avaliar a gravidade da insuficiência venosa e prever a resposta ao tratamento, incluindo a melhora clínica.
- b) A classificação CEAP inclui uma pontuação de severidade clínica venosa (VCSS), que é usada para avaliar o grau de insuficiência e determinar a melhor técnica cirúrgica.
- c) A CEAP permite a avaliação de doença segmentar venosa (CIVS), que define o nível de resposta à terapia intervencionista e a qualidade de vida do paciente.
- d) O sistema CEAP é utilizado exclusivamente para pacientes com insuficiência venosa avançada e não tem aplicabilidade em casos de varizes simples.
- e) O sistema CEAP estratifica a insuficiência venosa com base na clínica, etiologia, anatomia e fisiopatologia, mas não permite a avaliação dos resultados após intervenções.

Questão 49

Durante uma colecistectomia laparoscópica em um paciente com histórico de colecistite aguda, o cirurgião faz a dissecação no triângulo de Calot. Para garantir a segurança do procedimento e minimizar o risco de lesão iatrogênica da via biliar, o cirurgião adota a técnica da Visão Crítica de Segurança. Com base na técnica da Visão Crítica de Segurança, qual das opções a seguir melhor descreve a abordagem correta para garantir a segurança na dissecação do triângulo de Calot?

- a) Expor claramente duas estruturas (ducto cístico e artéria cística) que entram na vesícula e garantir que o leito hepático seja visível através da separação dessas duas estruturas.
- b) Identificar e clipar a artéria cística antes de dissecar o ducto cístico, garantindo que não haja lesão do ducto hepático comum.
- c) Retrair a vesícula biliar superiormente para visualizar a artéria hepática comum, permitindo a dissecação paralela ao ducto cístico.
- d) Identificar visualmente o ducto cístico e a artéria cística, garantindo sua separação clara antes de qualquer clipagem, para reduzir o risco de lesão.
- e) Realizar a dissecação do triângulo de Calot sem a necessidade de garantir a visualização do leito hepático, focando apenas na identificação do ducto cístico.

Questão 50

Um paciente, de 35 anos, apresenta dor lombar intensa, súbita e de início agudo, irradiando para o flanco e região inguinal, associada a náuseas e vômitos. Ele chega ao pronto-socorro sem febre, mas com hematúria macroscópica e sinais de hidronefrose ao ultrassom. A tomografia computadorizada sem contraste revelou a presença de um cálculo ureteral de 6 mm próximo à junção ureterovesical. Qual seria o manejo inicial mais apropriado para este paciente, considerando que ele não apresenta sinais de infecção ou outras complicações graves?

- a) Hospitalização imediata, administração intravenosa de antibióticos de amplo espectro e litotripsia ureteroscópica urgente.
- b) Inserção imediata de um stent ureteral retrógrado para desobstruir o trato urinário e internação para observação.
- c) Nefrostomia percutânea para desobstrução e posterior ablação a laser do cálculo em ambiente eletivo.
- d) Tratamento ambulatorial com analgesia e hidratação, monitorando o paciente para expulsão espontânea do cálculo, com reavaliação programada.
- e) Observação clínica com acompanhamento regular, pois cálculos menores que 10 mm podem ser expelidos espontaneamente, mas requerem monitoramento para garantir a expulsão completa.