



RESIDÊNCIA
2009
MÉDICA

25/11/08

CLÍNICA CIRÚRGICA

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

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

— QUESTÃO 01

O tumor do corpo carotídeo ou quimiodectoma tem como diagnóstico diferencial o

- (A) aneurisma de artéria temporal.
- (B) cisto braquial.
- (C) neuroma de Morton.
- (D) timoma.

— QUESTÃO 02

Na síndrome dos escalenos, a compressão no triângulo intercostoescalênico causa sintomas

- (A) arteriais e/ou venosos.
- (B) musculares e/ou venosos.
- (C) neurológicos e/ou arteriais.
- (D) venosos e/ou linfáticos.

— QUESTÃO 03

Os aneurismas de artéria subclávia

- (A) causam isquemia de membro inferior, quando se rompem.
- (B) podem evoluir para embolização distal, trombose ou compressão de estruturas adjacentes.
- (C) são bilaterais e têm como etiologia a arterite de células gigantes.
- (D) são os mais comuns em relação aos aneurismas periféricos.

— QUESTÃO 04

Dentre os exames complementares para o diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal, qual está indicado para o seguimento desses aneurismas, quando são de pequeno calibre (abaixo de 4 cm de diâmetro transverso) e ocorrem em pacientes normolíneos?

- (A) Angiotomografia de aorta abdominal e artérias ilíacas.
- (B) Angiorressonância de aorta abdominal e artérias ilíacas.
- (C) Arteriografia de aorta abdominal e artérias ilíacas.
- (D) Duplex-scan (ecocolor Doppler) de aorta abdominal e artérias ilíacas.

— QUESTÃO 05

Uma paciente, 28 anos, IMC=30, é submetida a tratamento operatório eletivo em razão de colecistopatia calculosa sintomática por videolaparoscopia. Durante o ato operatório, o cirurgião percebe um fígado esteatótico e de consistência amolecida. Chama a atenção uma área nodular no segmento V, com cinco centímetros de diâmetro, superficial, mais consistente ao toque com a pinça do que o parênquima hepático adjacente. Decide realizar uma biópsia, o exame por congelação revela fileiras agrupadas de hepatócitos, infiltração gordurosa, ausência de ductos biliares e presença de áreas isoladas de hemorragia no material avaliado. Não há indícios de malignidade. Nessa situação, está indicada a

- (A) interrupção da colecistectomia, dosagem de alfa-feto-proteína e realização de PET-CT.
- (B) conclusão da colecistectomia e tratamento clínico pós-operatório.
- (C) conclusão da colecistectomia associada à ressecção do nódulo hepático.
- (D) conversão para laparotomia e realização de bi-segmentectomia (IV e V), com retirada da vesícula biliar em bloco.

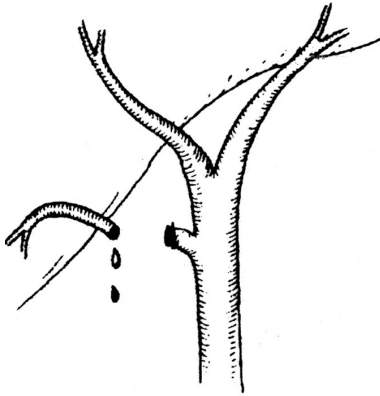
— QUESTÃO 06

Uma paciente de 30 anos procura assistência médica, após ter sido informada de que é portadora de um nódulo no fígado. Ela sempre gozou de boa saúde, não tem antecedentes pessoais ou familiares relevantes e tem hábitos de vida saudáveis. Como está decidida a engravidar, procura aconselhamento sobre a melhor conduta em face da recém-conhecida doença hepática. O exame físico é normal. Traz os seguintes exames de imagem: ultra-sonografia, que evidencia nódulo hiperecogênico, único, bem delimitado, medindo seis centímetros, localizado no segmento VI do fígado; uma ressonância magnética, que confirma a situação e o tamanho do nódulo, com destaque para um hipersinal da lesão em T2. Diante dessa situação, a paciente deve ser

- (A) desaconselhada a engravidar, em virtude do risco de complicações da doença hepática.
- (B) submetida à ressecção do nódulo, antes de engravidar.
- (C) tranqüilizada quanto ao caráter improvável de uma complicação da doença na gravidez e mantida em observação clínica.
- (D) submetida à embolização da lesão, antes da gravidez.

— QUESTÃO 07 —

A ilustração que se segue representa uma lesão da via biliar, ocorrida durante uma colecistectomia videolaparoscópica.



Trata-se de uma lesão tipo

- (A) Bismuth 2
- (B) Bismuth 1
- (C) Strasberg E1
- (D) Strasberg C

— QUESTÃO 08 —

As complicações da correção cirúrgica das hérnias inguinais são, geralmente, de pequena gravidade. As lesões nervosas, entretanto, podem ser de difícil diagnóstico, sendo importante sua adequada caracterização. Assim sendo, com relação à dor crônica no pós-operatório de correção das hérnias inguinais por técnica anterior, verifica-se:

- (A) dor somática, que é a mais comum e pode ser consequência de pontos de sutura que atingem o periósteo do púbis.
- (B) neuroma do ilioinguinal, que é a causa mais freqüente de dor do tipo neuropática.
- (C) ejaculação dolorosa, que representa uma complicação somática decorrente da desvascularização do funículo espermático.
- (D) dor neuropática, que geralmente é suportável e de leve intensidade.

— QUESTÃO 09 —

Os tumores do sistema endócrino podem caracterizar-se pelo acometimento de mais de uma glândula. Dessa forma, a neoplasia endócrina múltipla do tipo 1, na sua forma completa, pode acometer homens e mulheres na terceira e na quarta décadas de vida. Nesta situação, observa-se a presença de lesões na hipófise, nas paratireóides e no

- (A) estômago.
- (B) pâncreas.
- (C) apêndice cecal.
- (D) duodeno.

— QUESTÃO 10 —

Dentre os critérios manométricos, os que definem a existência de acalásia do esfíncter esofageano inferior são:

- (A) relaxamento parcial ou inexistente do esfíncter esofageano inferior (EEI), aperistalse do corpo do esôfago, contrações simultâneas e repetidas do corpo do esôfago.
- (B) relaxamento parcial ou inexistente do esfíncter esofageano inferior (EEI), peristalse normal intermitente, ondas peristálticas monofásicas.
- (C) relaxamento parcial ou inexistente do esfíncter esofageano inferior (EEI), pressão do esfíncter inferior do esôfago superior a 45mmHg e com relaxamento normal, ausência de contrações repetitivas.
- (D) relaxamento do esfíncter esofageano inferior (EEI) após a deglutição, aperistalse do corpo do esôfago, contrações simultâneas e repetidas do corpo do esôfago.

— QUESTÃO 11 —

Uma paciente de 34 anos é submetida à esôfago-fundo-gastroplicatura a Nissen por videolaparoscopia para tratamento de doença do refluxo gastroesofágico. Evolui no pós-operatório imediato com disfagia. Após dez dias, persiste com disfagia acentuada para alimentos sólidos. Realiza-se um exame contrastado do esôfago, mostrado a seguir.



Para essa situação, está indicada

- (A) a reoperação por via videolaparoscópica.
- (B) a dilatação endoscópica com balão pneumático.
- (C) a dilatação endoscópica com balão hidrostático.
- (D) a manutenção do tratamento clínico.

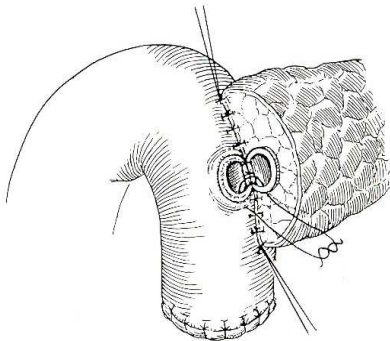
— QUESTÃO 12 —

A síndrome da artéria mesentérica superior consiste em uma obstrução alta do trato digestivo, que resulta em náuseas e vômitos de intensidade variável. A intensidade da compressão vascular sobre o tubo digestivo pode variar conforme a distância da emergência da artéria mesentérica superior ao duodeno e da angulação entre esta e a aorta abdominal. Nessa condição,

- (A) os homens obesos são os mais acometidos e a obstrução é observada na projeção da quarta porção duodenal.
- (B) as mulheres magras são as mais acometidas e a obstrução é observada na projeção da quarta porção duodenal.
- (C) os homens magros são os mais acometidos e a obstrução é observada na projeção da terceira porção duodenal.
- (D) as mulheres magras são as mais acometidas e a obstrução é observada na projeção da terceira porção duodenal.

— QUESTÃO 13 —

A figura abaixo ilustra um dos mais importantes tempos na operação para tratamento das neoplasias periampulares.



Essa anastomose, geralmente, é

- (A) a última a ser realizada, devendo-se utilizar sutura absorvível monofilamentar. A obliteração do ducto pancreático pela sutura, quando acontece, não compromete a operação e não há necessidade de refazer a anastomose.
- (B) a primeira a ser realizada, devendo-se utilizar sutura inabsorvível monofilamentar. A obliteração do ducto pancreático pela sutura, quando acontece, compromete a operação, havendo necessidade de refazer a anastomose.
- (C) a primeira a ser realizada, devendo-se utilizar sutura absorvível monofilamentar. A obliteração do ducto pancreático pela sutura, quando acontece, resulta em atrofia pancreática pós-operatória e não há necessidade de refazer a anastomose.
- (D) a última a ser realizada, devendo-se utilizar sutura inabsorvível monofilamentar. A obliteração do ducto pancreático pela sutura, quando acontece, compromete a operação e faz necessária a pancreatectomia total.

— QUESTÃO 14 —

Dentre os tumores malignos do aparelho digestivo, o câncer colorretal destaca-se pelo avançado estágio de conhecimento a respeito de seu processo de carcinogênese. Nesse processo,

- (A) a mutação da proteína p53 pode ser considerada a alteração decisiva no processo de malignização de uma lesão adenomatosa benigna.
- (B) a inativação da proteína K-ras, considerada guardião do genoma celular, promove a ativação do crescimento e desenvolvimento celular.
- (C) as mutações da proteína K-ras ocorrem com maior frequência nos adenomas menores de 1cm.
- (D) a mutação do gene APC é predominante nos adenomas do tipo tubular.

— QUESTÃO 15 —

Uma paciente de 43 anos, tabagista e portadora de síndrome dispéptica crônica, é submetida a uma endoscopia digestiva alta. O exame revela esofagite não erosiva, gastrite enantematosa acentuada, associada a uma lesão polipóide do antro gástrico, com aproximadamente 2,5 cm. Um fragmento de biópsia foi examinado e diagnosticado como pólipó adenomatoso. Nessa situação,

- (A) a paciente deve ser submetida à totalização da ressecção endoscópica da lesão polipóide, visto que esta é pré-neoplásica.
- (B) a paciente deve ser submetida a controle endoscópico anual, não havendo necessidade de ressecção da lesão.
- (C) a paciente deve ser submetida à remoção cirúrgica da lesão, com estudo histológico por congelação do material no intra-operatório.
- (D) a paciente não necessita de nova intervenção, uma vez que o pólipó encontrado representa uma alteração mucosa comumente coexistente com as doenças ácido-pépticas.

— QUESTÃO 16 —

Os cistos de colédoco constituem dilatações da via biliar de etiologia incerta, podendo ser complicados por dor abdominal, massa palpável e icterícia. O tratamento de eleição para o tipo fusiforme (A de Alonso-Lej) é a

- (A) colecistectomia e papiloesfincteroplastia transduodenal.
- (B) ressecção e anastomose colédoco-jejunal em Y-Roux.
- (C) ressecção e anastomose hepático-duodenal.
- (D) ressecção e anastomose hepático-jejunal em Y-Roux.

— QUESTÃO 17 —

Os anestésicos locais são drogas que bloqueiam a condução nervosa quando em contato com os nervos, sendo úteis para a correção das hérnias da parede abdominal em caráter ambulatorial. Para evitar o risco de efeitos colaterais indesejáveis, a dose de lidocaína e bupivacaína aplicada no tecido não deve ultrapassar, respectivamente,

- (A) 10 mg/Kg e 5 mg/Kg
- (B) 5 mg/Kg e 10 mg/Kg
- (C) 4 mg/Kg e 2,5 mg/Kg
- (D) 2,5 mg/Kg e 4 mg/Kg

— QUESTÃO 18 —

A comprovação da hiperamilasemia sérica é o método laboratorial mais utilizado para o diagnóstico da pancreatite aguda. Estima-se, entretanto, que até um terço das elevações da amilase sérica aconteça em decorrência de outras causas. Para aumentar a acurácia diagnóstica, pode-se

- (A) fazer a dosagem das isoenzimas pancreáticas, sendo o Tipo S o que melhor se relaciona com a doença pancreática.
- (B) dosar a amilásúria, que é um marcador eficiente e precoce da gravidade da pancreatite.
- (C) fazer a dosagem das isoenzimas pancreáticas. A ausência do Tipo P infirma o diagnóstico de pancreatite.
- (D) avaliar em conjunto a amilase e a creatinina no soro e na urina. A razão amilase-creatinina inferior a 2% é consistente com o diagnóstico de pancreatite.

— QUESTÃO 19 —

Paciente dá entrada em unidade de emergência, com dor abdominal de início agudo, em forte intensidade, há cerca de seis horas. Ao exame físico, apresenta abdômen levemente doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal, RHA diminuídos, com ausculta cardíaca sugerindo fibrilação atrial. O diagnóstico mais provável para esse paciente é

- (A) úlcera perfurada.
- (B) apendicite aguda.
- (C) oclusão intestinal.
- (D) isquemia mesentérica.

— QUESTÃO 20 —

Os pseudocistos pancreáticos

- (A) evoluem para tratamento cirúrgico, em torno de 90%.
- (B) estão recobertos por epitélio estratificado.
- (C) têm a drenagem interna para estômago ou duodeno como indicação preferencial de tratamento.
- (D) têm a ecoendoscopia como procedimento contra-indicado, em virtude do risco de iatrogenia.

— QUESTÃO 21 —

No caso de cirurgia eletiva, deve-se solicitar dos pacientes a suspensão do uso de

- (A) medicamentos anti-hipertensivos.
- (B) medicamentos antidepressivos.
- (C) medicamentos anticonvulsivantes.
- (D) ácido acetilsalicílico.

— QUESTÃO 22 —

No tratamento cirúrgico do megaesôfago, que procedimento **NÃO** deverá apresentar refluxo ácido/alcalino para o esôfago?

- (A) Cardiomiectomia a Heller
- (B) Esofagectomia com esofagogastroplastia
- (C) Cirurgia de Serra-Dória
- (D) Cirurgia de Thal

— QUESTÃO 23 —

O esôfago de Barrett traduz-se por substituição do epitélio habitual do esôfago (escamoso) por um epitélio do tipo colunar (metaplasia intestinal). Quanto à evolução pós-operatória de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de refluxo gastroesofágico complicado com esôfago de Barrett,

- (A) os relatos de casos existentes não demonstram regressão do esôfago de Barrett nesses pacientes.
- (B) a regressão da metaplasia intestinal deve ocorrer em pelo menos 90% desses pacientes.
- (C) a regressão da metaplasia intestinal deve ocorrer em pelo menos 10% desses pacientes.
- (D) a regressão da metaplasia intestinal independe desse tratamento cirúrgico.

— QUESTÃO 24 —

A artéria gastroepiplóica direita geralmente origina-se

- (A) da artéria hepática direita.
- (B) da artéria gastroduodenal.
- (C) do tronco celíaco.
- (D) da artéria esplênica.

— QUESTÃO 25 —

Quanto ao câncer de vesícula biliar,

- (A) o diagnóstico é precoce em virtude da exuberância de sintomas.
- (B) o Brasil é o país com maior incidência na América do Sul.
- (C) a ressecção dos segmentos II e III é indicada nos estádios II e III.
- (D) a sobrevida, no estágio T1a, aproxima-se dos 100% .

— QUESTÃO 26

Um paciente sofreu forte impacto no tórax inferior e ao Rx de tórax apresenta pequeno pneumomediastino. Nesse caso, qual a conduta adequada?

- (A) Conduta conservadora e observação do paciente.
- (B) Introdução de antibioticoterapia e observação do paciente por 24 horas.
- (C) Toracotomia exploradora com avaliação de mediastino posterior.
- (D) Broncoscopia para investigação propedêutica.

— QUESTÃO 27

A colangite esclerosante primária

- (A) evolui para colestase em 5% dos casos.
- (B) está associada a haplotipos HLA e doença inflamatória intestinal.
- (C) acomete predominantemente pacientes em extremos de idade.
- (D) apresenta melhores resultados quando cirurgias de derivação da via biliar são utilizadas em pacientes cirróticos e com fibrose hepática.

— QUESTÃO 28

Paciente de 60 anos, sexo feminino, apresenta episódios recorrentes de dor tipo pontada, de moderada intensidade, em fossa ilíaca esquerda, ocasionalmente associada a febre. Passou a apresentar, também, saída de secreção purulenta com conteúdo entérico pela vagina. O exame mais indicado para essa paciente seria

- (A) enema opaco.
- (B) colposcopia.
- (C) USG de abdômen total.
- (D) EAS.

— QUESTÃO 29

O fluxo hepático é assim determinado:

- (A) 25% pela veia porta e 75% pela artéria hepática.
- (B) 75% pela veia porta e 25% pela artéria hepática.
- (C) 80% pelas veias hepáticas e 20% pela veia porta.
- (D) 20% pela veias hepáticas e 80% pela veia porta.

— QUESTÃO 30

No tratamento cirúrgico da hipertensão portal esquistossomótica, que procedimento é mais efetivo na queda da pressão portal?

- (A) Desconexão do esôfago distal e estômago proximal do fluxo portal.
- (B) Transecção esofágica com grampeador circular.
- (C) Retirada do sangue que drena o baço pela veia esplênica do fluxo portal.
- (D) Ligadura elástica das varizes esofágicas.

— QUESTÃO 31

No recém-nascido, em casos de hérnia diafragmática congênita esquerda,

- (A) a circulação fetal persistente é um fenômeno raro.
- (B) o ultra-som pré-natal tem pouca utilidade diagnóstica.
- (C) o abdômen escavado pode ocorrer, na maioria dos casos.
- (D) o oligodrâmnio faz parte do quadro clínico.

— QUESTÃO 32

Lactente, com 34 dias de idade, apresenta icterícia desde a primeira semana de vida, fezes esbranquiçadas, bilirrubina direta de 10,0 mg/dl, indireta de 2,5 mg/dl. A principal doença a ser investigada, o mais rápido possível, é

- (A) cisto de colédoco.
- (B) hepatite C.
- (C) atresia de vias biliares.
- (D) citomegalovírus.

— QUESTÃO 33

Dentre os fatores predisponentes à enterocolite necrosante no recém-nascido, incluem-se:

- (A) hiperglicemia e hipertonia.
- (B) prematuridade e hipóxia.
- (C) hipertensão e hipóxia.
- (D) icterícia e hipertermia.

— QUESTÃO 34

Criança de três anos com massa retroperitoneal indolor em região lombar esquerda, provavelmente, tenha o diagnóstico de

- (A) neuroblastoma adrenal.
- (B) nefroblastoma.
- (C) feocromocitoma.
- (D) doença de Hodgkin.

— QUESTÃO 35

Na fase aguda, qual a melhor conduta na condução ou no tratamento do trauma térmico?

- (A) Administração de colóide nas primeiras 24 horas.
- (B) Aplicação de solução de Ringer Lactato, que é levemente hipertônica em relação ao plasma humano e, por essa razão, distribui água suficiente para as necessidades diárias do metabolismo orgânico.
- (C) Administração de soluções hipertônicas com concentração de 250 mEq/l de sódio, que têm demonstrado ser efetivas quando usadas em crianças, em grande queimado, com lesões da face, lesões circulares ou associadas a lesões pulmonares.
- (D) Administração de solução isotônica na fase hipermetabólica inicial, que é caracterizada por queda volêmica, hipotensão, tendência ao choque e instabilidade hemodinâmica.

— QUESTÃO 36 —

Na classificação de Shea acerca de úlceras de pressão, o grupo 3 caracteriza-se por

- (A) ulceração profunda com necrose da espessura total da pele e do tecido celular subcutâneo, sem estender-se pela fáscia.
- (B) ulceração superficial com perda parcial da pele, envolvendo epiderme ou derme. Clinicamente apresenta-se na forma de abrasão, bolha ou cratera rasa.
- (C) presença de reação inflamatória da pele sobre uma proeminência óssea, sem ulceração.
- (D) úlcera completa, com extensa destruição, podendo comunicar-se com outras úlceras e envolver cavidades ou articulações.

— QUESTÃO 37 —

Na utilização de expansores de tecidos, pode-se, inicialmente, colocar para preenchê-los a seguinte percentagem de soro fisiológico:

- (A) 20%
- (B) 18%
- (C) 16%
- (D) 10%

— QUESTÃO 38 —

No tocante a retalhos e substitutos de pele,

- (A) pode-se utilizar o homoenxerto retirado de cadáveres em até oito horas após a morte e que encontra aplicabilidade na estimulação do processo de granulação.
- (B) utilizam-se, mais freqüentemente, dentre os bio sintéticos, os substitutos bilaminados, nos quais a camada externa mimetiza a epiderme e a camada interna, a derme, promovendo aderência e o crescimento fibrovascular da ferida.
- (C) utilizam-se as câmaras de oxigênio hiperbárico para otimizar o processo de oxigenação dos tecidos, sem maior influência no processo cicatricial.
- (D) deve-se considerar como substituto ideal aquele que apresentar as seguintes características: ausência de antigenicidade, compatibilidade tecidual, flexibilidade e elasticidade, prevenção de traumas e, em alguns casos, de infecções.

— QUESTÃO 39 —

Paciente do sexo masculino, 56 anos, alcoólatra e dependente de drogas. História recente (uma semana) de infecção respiratória, acompanhada de escarro fétido, evoluindo com febre persistente, prostração e em uso de antibióticos, sem melhora clínica. O RX de tórax mostra grande massa no lobo superior do pulmão direito e a tomografia computadorizada sugere o diagnóstico de abscesso pulmonar, com provável estenose brônquica. É submetido a broncoscopia, que revela presença de estenose parcial do brônquio lobar superior direito por tecido de granulação, com pequena drenagem de secreção purulenta fétida. Qual a conduta terapêutica de eleição?

- (A) Manutenção do tratamento clínico
- (B) Dilatação e aspiração transbrônquica

- (C) Pneumotomia
- (D) Toracotomia e lobectomia

— QUESTÃO 40 —

A ocasião ideal para realizar uma pleuroscopia em pacientes portadores de empiema pleural é na fase

- (A) exudativa dos empiemas agudos e recentes.
- (B) III (três) dos empiemas resultantes de complicação por tuberculose pulmonar.
- (C) fibrinopurulenta dos empiemas com presença de múltiplas lojas.
- (D) crônica dos empiemas com paquipleuriz, após complicação de hemotórax traumático.

— QUESTÃO 41 —

Os casos de endocardite infecciosa, associados aos usuários de drogas injetáveis, que respondem mal ao tratamento anti-infeccioso, por ser com maior freqüência de etiologia fúngica, e que geralmente necessitam de tratamento cirúrgico na fase aguda da infecção, acometem predominantemente a valva

- (A) tricúspide.
- (B) pulmonar.
- (C) mitral.
- (D) aórtica.

— QUESTÃO 42 —

Nas correções cirúrgicas das valvopatias em crianças, a complicação mais comum e que está diretamente relacionada com o implante de uma prótese biológica é

- (A) rejeição da prótese.
- (B) infecção da prótese.
- (C) hemólise por lesão de fluxo pela prótese.
- (D) degeneração rápida da prótese.

— QUESTÃO 43 —

A instabilidade de microssatélites, observada no adenocarcinoma colorretal,

- (A) está mais relacionada a tumores que aparecem em idades mais avançadas e têm prognóstico melhor.
- (B) é um marcador para a deficiência do gen APC (da polipose adenomatosa do cólon).
- (C) é mais comum em pacientes tabagistas do sexo masculino.
- (D) é um marcador para a deficiência da função de reparo de erros de replicação do DNA.

— QUESTÃO 44 —

O reflexo inibitório retoanal

- (A) está presente no megacólon congênito.
- (B) é a inibição da contração do esfíncter interno, ocasionada pela distensão da parede retal.
- (C) ocorre por causa da hipotonia de esfíncter externo.
- (D) pode estar ausente em até 30% dos pacientes com fissura anal.

— QUESTÃO 45 —

Existem mais de cem tipos de papilomavírus humano (HPV), dos quais os grupos 16 e 18 são considerados de alto risco oncogênico. Para um paciente com passado de infecção pelo HPV e lesão verrucosa superficial na margem anal, com três centímetros de diâmetro, sem adenomegalia inguinal ou metástase a distância, o melhor tratamento é:

- (A) excisão local ampla, com margens cirúrgicas adequadas.
- (B) radioquimioterapia exclusiva.
- (C) cirurgia de Miles (amputação abdominoperineal do reto).
- (D) esquema de Nigro.

— QUESTÃO 46 —

Um homem de 25 anos, portador de Doença de Crohn, procura assistência médica com relato de dor anal, emagrecimento e diarreia há 06 meses. Ao exame proctológico, identificam-se três orifícios fistulosos, com drenagem de secreção purulenta e hiperemia adjacente a cerca de sete centímetros da borda anal, nos quadrantes anterior e posterior direito, com fibrose moderada, boa função esfíncteriana e sem estenose. A conduta terapêutica mais eficiente, nesse caso, é

- (A) fistulectomia e antibioticoterapia venosa.
- (B) fistulotomia em tempo único e corticoterapia oral.
- (C) setonagem múltipla e infliximab.
- (D) ileostomia em alça e mesalazina enema.

— QUESTÃO 47 —

Nas infecções urinárias,

- (A) o padrão-ouro diagnóstico na infância é a amostra de urina obtida por cateterismo uretral.
- (B) a frequência é maior nas meninas, durante o primeiro ano de vida.
- (C) a probabilidade de lesão renal como consequência dessa infecção é menor em crianças abaixo de dois anos de idade.
- (D) o quadro clínico em neonatos é geralmente inespecífico – apresenta febre, irritabilidade, vômitos, diarreia e inapetência.

— QUESTÃO 48 —

Nos traumas renais,

- (A) a maioria das lesões é decorrente de ferimentos penetrantes.
- (B) a instabilidade hemodinâmica e/ou sangramento persistente são indicações absolutas de cirurgia.
- (C) a maioria das lesões é tratada cirurgicamente.
- (D) a hematúria está presente em cerca de metade dos casos.

— QUESTÃO 49 —

Paciente do sexo masculino, 48 anos, em *check up* de próstata. PSA, nos últimos três anos, é de 1,5, 2,3 e 3,3 ng/ml. Toque retal: próstata G I, sem nódulos; USTR mostra próstata heterogênea com 35 g. A conduta indicada nesse caso é :

- (A) seguimento anual e biópsia, se o PSA ultrapassar 4 ng/ml.
- (B) seguimento semestral e biópsia, se o PSA for > 4 ng/ml.
- (C) biópsia imediata.
- (D) biópsia, se o paciente tiver história familiar positiva para Ca de próstata.

— QUESTÃO 50 —

Paciente TSC, do sexo masculino, 70 anos, tabagista, refere há três meses hematúria macroscópica intermitente e indolor.

A conduta padrão para o diagnóstico e acompanhamento desse paciente é a realização de

- (A) citologia urinária e uretrocistografia.
- (B) tomografia computadorizada.
- (C) cistoscopia e biópsia vesical.
- (D) ressonância magnética.