

UFF – UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
CCM – CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
HUAP – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO  
**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO**



**ÁREA/ESPECIALIDADE: MEDICINA /  
CIRURGIA VASCULAR**

**115**

**INSTRUÇÕES AO CANDIDATO**

- ✘ Além deste CADERNO, você deverá ter recebido o CARTÃO destinado às respostas das 40 (quarenta) questões de múltipla escolha formuladas na prova. Caso não o tenha recebido, peça-o ao fiscal.
- ✘ Verifique se esta prova corresponde à área/especialidade para a qual você se inscreveu.
- ✘ Verifique se o número do seu documento de identificação e seu nome conferem com os que aparecem no CARTÃO DE RESPOSTAS; em caso afirmativo, **assine-o** e leia atentamente as instruções para seu preenchimento.
- ✘ Se este caderno ou o cartão de respostas não contiver o descrito nos itens anteriores, notifique imediatamente ao fiscal.
- ✘ Não é permitido portar ou fazer uso de aparelhos de recebimento central de mensagens (*paggers*), aparelho de telefonia celular, qualquer tipo de aparelho que permita intercomunicação, nem material que sirva para consulta.
- ✘ Não é permitido copiar as respostas assinaladas no cartão.
- ✘ O tempo disponível para esta prova, incluindo o preenchimento do cartão de respostas, é de **quatro horas**.
- ✘ Para preencher o cartão de respostas use, exclusivamente, caneta esferográfica de ponta média com tinta azul. Assinale **apenas uma** dentre as cinco opções de resposta apresentadas para cada questão.
- ✘ Certifique-se de ter assinado a lista de presença.
- ✘ Quando terminar, entregue ao fiscal este CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO DE RESPOSTAS, que será invalidado se você não o assinar.

APÓS O AVISO PARA INÍCIO DA PROVA, VOCÊ  
DEVERÁ PERMANECER NO LOCAL DE REALIZAÇÃO  
DA MESMA POR, NO MÍNIMO, NOVENTA MINUTOS.





**01** Um paciente vítima de trauma por motocicleta apresenta laceração no joelho direito, sangramento e ausência de pulso na pediosa direita. A radiografia da articulação do joelho mostra fratura condilar femoral. Neste caso, a lesão vascular provável é:

- (A) Laceração da artéria poplítea
- (B) Lesão da artéria femoral profunda
- (C) Secção da artéria tibial anterior
- (D) Contusão da artéria femoral superficial
- (E) Trauma de partes moles

**02** Nas luxações de ombro, a lesão vascular que mais provavelmente ocorre é:

- (A) Ruptura da veia subclávia
- (B) Trombose da artéria axilar
- (C) Obstrução da artéria umeral
- (D) Trombose da veia subclávia
- (E) Dissecção de veia axilar

**03** Para exposição do 1º segmento da artéria subclávia esquerda e também da origem da artéria carótida comum esquerda, o melhor acesso é:

- (A) Via de acesso posterolateral
- (B) Esternotomia mediana
- (C) Via de acesso supraclavicular esquerdo
- (D) Via de acesso infraclavicular esquerdo
- (E) Toracotomia através do 3º e 4º espaço intercostal

**04** Após um trauma de extremidade, há suspeita de síndrome compartimental. A medida da pressão no local é de 35 mmHg. Qual a conduta a seguir?

- (A) fasciotomia
- (B) exploração arterial
- (C) monitorização contínua da pressão
- (D) relaxantes musculares
- (E) observação

**05** Em geral as lacerações isoladas de veia cava inferior são bem tratadas por:

- (A) stent
- (B) ligadura
- (C) Ressecção e interposição de enxerto venoso autógeno.
- (D) Ressecção e interposição de enxerto de PTFE.
- (E) venorrafia

**06** É considerado sinal radiológico sugestivo de uma lesão dos vasos torácicos:

- (A) Alargamento do mediastino > 8mm.
- (B) Depressão do brônquio fonte esquerdo < 140°.
- (C) Alargamento do mediastino entre 6 e 8 mm
- (D) Depressão do brônquio fonte esquerdo < 60°.
- (E) Depressão do brônquio direito

**07** O agente etiológico mais comum no aneurisma micótico, é:

- (A) yersinia SP
- (B) Escherichia coli
- (C) Staphylococcus aureus
- (D) Staphylococcus albus
- (E) Clamídia SP

**08** O tratamento mais adequado preconizado para o aneurisma micótico da aorta abdominal inclui

- (A) prótese percutânea e trombólise
- (B) colocação de prótese via endovascular
- (C) antibioticoterapia simples
- (D) derivação aortoiliaca, sem ressecção da lesão
- (E) ressecção do aneurisma

- 09** A paraplegia e a paraparesia é uma complicação temporária ou permanente da cirurgia de aneurismas toraco-abdominais ou aneurismas de aorta torácica. Qual das assertivas assinala o tipo de maior ocorrência estatisticamente?
- (A) Crawford I
  - (B) Crawford II
  - (C) Crawford III
  - (D) Crawford IV
  - (E) Crawford I e III
- 10** Em relação aos aneurismas periféricos é correto afirmar:
- (A) Aneurismas ateroscleróticos de artéria femoral superficial são muito comuns
  - (B) Os aneurismas de artéria radial são de etiologia espontânea, ou conseqüentes a punção/cateterismo radial e ocorrem em cerca de 15% destes procedimentos
  - (C) Os aneurismas de artéria poplítea, dentre os aneurismas periféricos verdadeiros são os mais frequentes, e estão, com grande frequência associados a um outro aneurisma na poplítea contralateral ou outra localização
  - (D) Aneurismas de artéria isquiática e artéria glútea exteriorizam-se como tumores pulsateis na região glútea, são muito frequentes, e etiopatogeneticamente diferentes
  - (E) Os aneurismas de artéria poplítea tem como complicação principal a ruptura indesejada, como todo aneurisma.
- 11** De acordo com “International Study Group for Behçet Disease” são critérios maiores, exceto:
- (A) Úlceras recorrentes em cavidade oral
  - (B) Aneurismas arteriais
  - (C) “Pathergy test” positivo
  - (D) Úlceras genitais recorrentes
  - (E) Úlceras recorrentes genitais e em cavidade oral.
- 12** Paciente com 60 a, coronariopata e IAM de parede antero-lateral extenso há 2 meses, apresentando AAA infra-renal de 6,5cm de diâmetro, além de aneurisma de artéria ilíaca comum E de 3 cm. Artéria ilíaca D de 1,5 cm. Qual seria a conduta mais adequada?
- (A) Cirurgia convencional
  - (B) Reparo endovascular aortobiilíaco, usando ramo esquerdo pré fabricado de 36mm para artéria ilíaca comum E
  - (C) Endoenxerto aorto-uniilíaco externo E, com embolização da artéria hipogástrica E por “molas”, “cuff” ocluser à D e ponte femoro-femoral
  - (D) Reparo endovascular aorto-biilíaco, com embolização de artéria hipogástrica E e extensão recoberta para artéria ilíaca externa E
  - (E) Ligadura da aorta e ilíacas e ponte axilobifemoral
- 13** Paciente de 70 anos, submetido à confecção de FAV braquiocefálica para hemodiálise, evoluindo no 5º DPO com dor moderada, edema e frialdade da mão ipsilateral, porém com enchimento capilar satisfatório e motricidade preservada. Pulso radial ausente. Que conduta adotar neste momento?
- (A) Ligadura imediata da FAV
  - (B) Revascularização direta com Veia Safena Magna braquio-radial
  - (C) Incentivar o exercício do membro associado à elevação do mesmo; visto que esses sintomas em sua maioria melhoram com o tempo
  - (D) Realizar bandagem da FAV
  - (E) Confecção de outra FAV

**14** Paciente com 55 anos, com FAV braquio-axilar com PTFE, evoluiu com oclusão da mesma 8 meses após sua confecção ; não existe sinal de infecção local e o pulso radial preserva-se amplo. Qual conduta ideal:

- (A) Trombectomia simples do enxerto, com incisão transversa em 1/3 médio do enxerto
- (B) Incisão longitudinal do enxerto justa anastomose venosa , plastia com remendo e/ ou interposição com ponte
- (C) Incisão longitudinal do enxerto justa anastomose arterial , plastia com remendo e/ ou interposição com ponte
- (D) Ressecar e refazer as anastomoses, após trombectomia
- (E) Ligadura imediata da FAV

**15** Paciente com 85 anos, portador de AAA de 7cm de diâmetro ,com risco cirúrgico 2-3 e com os seguintes parâmetros pela TC: - Diâmetro do colo proximal de 32mm - Extensão do colo proximal de 15mm - Angulação do colo proximal de 40° - Presença de trombo em colo proximal em 20% da circunferência. Qual das condutas abaixo parece mais coerente:

- (A) Cirurgia endovascular , pois todos os critérios são favoráveis
- (B) Cirurgia convencional , pois o diâmetro do colo proximal é um critério fortemente desfavorável ao reparo endovascular
- (C) Cirurgia convencional , pois a presença de trombo no colo proximal inviabiliza o reparo endovascular
- (D) Cirurgia endovascular, apesar de 2 critérios desfavoráveis
- (E) Observar o paciente com acompanhamento radiológico semestral

**16** Assinale a assertiva correta

- (A) A ponte pelo forâmen obturador deverá ser realizada com enxerto autólogo

- (B) A patência da ponte toraco-femoral é menor que aorto-femoral
- (C) A ponte femoro-femoral possui patência superior à angioplastia por balão de lesão TASC 1
- (D) A opção extra-anatômica através do osso íliaco possui patência limitada, inclusive devido ao crescimento ósseo
- (E) Não se realiza mais ,atualmente, a transposição carotídeo-subclávia

**17** Paciente com 35 anos, iniciou quadro de dor em panturrilha, subaguda, relacionada aos esforços moderados, melhorando em repouso. Ao exame os pulsos se apresentam amplos, com índice tornozelo / braquial de 1. Qual das afirmações é a incorreta

- (A) O duplex scan é fundamental no diagnóstico da doença cística de artéria poplítea
- (B) A arteriografia em repouso não apresenta anormalidades , no caso de aprisionamento da artéria poplítea
- (C) O acesso posterior é uma boa opção na síndrome do aprisionamento da artéria poplítea
- (D) Na doença cística da artéria poplítea a angioplastia e colocação de stent não são boa opção
- (E) A doença cística da artéria poplítea é diagnóstico diferencial da doença aterosclerótica nesse segmento

**18** Na simpatectomia lombar, visando 1/3 médio distal da perna e pé, a gangliectomia deverá ser:

- (A) L1 e L2 somente
- (B) L1, L2 e L3
- (C) L2 ,L3 e L4
- (D) L3 e L4
- (E) L1 e L4 somente

**19** Paciente de 23 anos, sofreu acidente automobilístico há 24h. Lúcido, sem trauma tóracoabdominal, apresenta fratura de fêmur esquerdo (cominutiva) com perda óssea maior que seis cm, sinais de isquemia grave desse membro com recrose muscular e lesão nervosa motora, sem instabilidade hemodinâmica grave e exame físico geral normal. O paciente deve:

- (A) Ser encaminhado ao centro cirúrgico para amputação primária e antibióticoterapia.
- (B) Ser encaminhado à sala de trauma para entubação orotraqueal.
- (C) Ser encaminhado ao centro cirúrgico tratar a fratura e arteriografia das lesões vasculares para revascularizar esse membro.
- (D) Ser encaminhado ao centro cirúrgico anticoagulado, fixação da fratura e restauração arterial após arteriografia diagnóstica.
- (E) Realizar Tomografia de Tórax, abdômen e Pelve.

**20** Paciente vítima de agressão por projétil de arma de fogo em face medial de coxa apresenta hematoma pulsátil com sopro e frêmito. A hipótese mais provável é:

- (A) Fístula arteriovenosa de vasos femorais.
- (B) Trombose arterial e venosa femoral.
- (C) Fístula trombosada femoral.
- (D) Secção total da artéria e veia femoral.
- (E) Dissecção dos vasos femorais

**21** Qual a conduta inicial em paciente com agressão às 2h por arma branca na virilha, apresentando-se com volumoso hematoma na região e palidez distal.

- (A) Angiorressonância do Membro Inferior.
- (B) Exploração cirúrgica do ferimento e antibiótico.
- (C) Ecocolor Doppler de artéria e veia femoral.
- (D) Anticoagulação e antibiótico.
- (E) Arteriografia e flebografia.

**22** Ferimento contuso de antebraço com descolamento amplo de pele, ferida contaminada evidente e sangramento ativo por lesão extensa de artéria radial. A melhor opção é:

- (A) Ligar a artéria radial proximal e distalmente à lesão.
- (B) Restaurar a artéria radial com enxerto de veia safena contralateral.
- (C) Restaurar a artéria radial com a veia cefálica ipsilateral.
- (D) Tratar a artéria radial com patch venoso.
- (E) Tratar a artéria radial com ponte com a artéria ulnar

**23** Paciente de 65 anos, coronariopata, hipertensa controlada com 3 drogas, portadora de Fibrilação atrial, submetida a endarterectomia carotidiana há 2 anos, evoluiu com quadro agudo de insuficiência renal, oligúria e crise hipertensiva. Qual sua hipótese diagnóstica:

- (A) Trombose renal
- (B) Dissecção aórtica
- (C) Desidratação
- (D) Dissecção renal
- (E) Trombose aorta

**24** Com relação ao caso acima, Qual seria o teste diagnóstico apropriado e definitivo:

- (A) TC com contraste
- (B) Duplex scan
- (C) Angiografia
- (D) Cintilografia renal
- (E) Urografia excretora

**25** Doença de Milroy é:

- (A) Linfedema primário
- (B) Linfedema primário congênito hereditário
- (C) Linfangectasia abdominal
- (D) Linfangiossarcoma em membro com linfedema crônico
- (E) Linfedema toracoabdominal

**26** Em pacientes com linfangectasia e refluxo do quilo não é verdade:

- (A) Diagnóstico através de linfoangiografia seletiva e cintilografia linfática
- (B) Paciente apresentam risco de quilotorax e ascite quilosa
- (C) Apresentam risco elevado de linfedema de membro bilateral
- (D) Associado a enteropatia perdedora de proteína
- (E) Podem evoluir com insuficiência respiratória

**27** Crawford desenvolveu, em 1986, um sistema de classificação para os aneurismas de aorta tóraco-abdominal, baseado em critérios anátomo-cirúrgicos. Segundo esse sistema de classificação, o tipo II é o que acomete:

- (A) A aorta desde o tronco celíaco até a bifurcação.
- (B) Desde a aorta descendente distal até alguma das artérias viscerais.
- (C) A aorta abaixo da artéria subclávia esquerda até a bifurcação aórtica.
- (D) A aorta abaixo da artéria subclávia esquerda até alguma das artérias viscerais
- (E) A aorta abaixo da mesentérica superior até a bifurcação aórtica.

**28** Paciente de 76 anos diabético historia de: perda momentânea da consciência, amaurose, hipertensão arterial, submetido a exame dopplercolorimétrico de artéria carótida, foi indicado procedimento cirúrgico. Pelos estudos de NASCET, ECST e VAST, qual os prováveis índices acusados no exame imagem

- (A) 25% de obstrução na artéria carótida direita e 50% na carótida direita
- (B) 50% de obstrução nas duas carótidas
- (C) 75% de obstrução na carótida esquerda e 25% na carótida direita
- (D) 25% de obstrução nas duas carótidas
- (E) 50% de obstrução na carótida esquerda e 75% na carótida direita

**29** A boa técnica a ser utilizada em paciente do sexo feminino, 09 anos vítima de acidente com trauma por PAF na artéria femoral superficial manda:

- (A) Exploração da lesão, secção perpendicular ao vaso e anastomose termino-terminal com fio de mononylon arterial, sutura com pontos simples
- (B) Exploração de lesão, secção oblíqua ao vaso e anastomose termino-terminal com ponto em chuleio
- (C) Exploração da lesão, colocação de prótese de PTFE termino-terminal com fio de PTFE , sutura simples
- (D) Exploração da lesão, colocação de prótese de nylon ou PTFE termino-lateral com mononylon arterial, ponto em chuleio
- (E) Exploração da lesão, secção oblíqua ao vaso e anastomose termino-terminal, e sutura com pontos simples

**30** Paciente com 30 anos, evoluindo há 1 a com edema progressivo de face e pescoço, além da sensação de peso ,principalmente em decúbito dorsal. Apresenta importante cefaléia e zumbido. Em uso de anti-coagulação oral e diuréticos sem melhora clínica há 6 meses.O diagnóstico através de exames foi de Síndrome de Veia Cava Superior oclusiva, sendo proposto tentativa sem sucesso tratamento endovascular. TC excluiu malignidade . Qual o próximo passo terapêutico:

- (A) Nova tentativa endovascular com guias especiais
- (B) Reconstrução da VCS com veia jugular interna autóloga
- (C) Reconstrução da VCS com enxerto de VSM espiralado
- (D) Reconstrução da VCS com PTFE de 10-12mm
- (E) Nova tentativa endovascular com esternotomia como acesso

- 31** Dos fatores abaixo , qual não é favorável a profundoplastia isolada
- (A) Estenose proximal da AFP grave
  - (B) Diabetes
  - (C) Bom INFLOW a nível femoral
  - (D) Artéria poplítea e tibiais patentes
  - (E) Obstrução do terço distal da artéria tibial posterior
- 32** O sinal de Ncoladoni-Bramhan pode ser encontrado durante a investigação clínica da:
- (A) Fístula arterio-venosa.
  - (B) Trombose venosa profunda aguda.
  - (C) Doença oclusiva no setor carotídeo.
  - (D) Doença aneurismática da artéria poplítea
  - (E) Tromboangeíte obliterante
- 33** No tratamento de lesões do tronco celíaco:
- (A) O ponto anatômico de referencia é a 2ª vértebra lombar
  - (B) O reparo deverá sempre ser realizado visto que sua dissecação dos seus tecidos adjacentes é extremamente fácil
  - (C) A ligadura deve ser evitada a todo custo devido à chance isquemia hepática elevada
  - (D) A ligadura é um dos principais tratamentos preconizados
  - (E) Deve sempre ser tratado com intervenção
- 34** Paciente de 34 anos vítima de atropelamento há 5hs com múltiplas fraturas de MMII, apresentando ausência de pulso distal em MIE. O próximo passo diagnóstico é:
- (A) Solicitar arteriografia
  - (B) Solicitar duplex scan
  - (C) Nova reavaliação após estabilização óssea
  - (D) Indicar cirurgia imediata
  - (E) Angiotamografia
- 35** No caso acima, foi evidenciado lesão de artéria femoral ...a seqüência é:
- (A) Realizar correção arterial, seguida de ortopédica com fasciotomia
  - (B) Colocação de shunt temporário, correção ortopédica, correção arterial com fasciotomia após avaliação da pressão da panturrilha
  - (C) Colocação de shunt temporário, correção ortopédica, correção arterial com fasciotomia de 4 compartimentos
  - (D) Amputação primária
  - (E) Colocação de shunt temporário, correção arterial com fasciotomia ampla e correção ortopédica
- 36** Em lesão de artéria inominada por trauma fechado, Qual o acesso de sua preferência?
- (A) Esternotomia
  - (B) Miniesternotomia associado a supra clavicular
  - (C) Toracotomia direita em 5º EIC
  - (D) Esternotomia associado à cervicotomia direita
  - (E) Toracotomia direita posterolateral
- 37** Paciente com 57 anos, apresentando lesão de 3 podos E associado a intensa dor de repouso . Arteriografia evidenciou lesão oclusiva de 14cm em artéria ilíaca comum esquerda ; estenose de ilíaca comum direita de 60% de 2cm além de oclusão de artéria femoral superficial com reabitação em artéria poplítea supra patelar E. A conduta mais coerente é:
- (A) Ponte aortobifemoral associada a ponte fêmoro poplítea com PTFE
  - (B) Ponte aortobifemoral
  - (C) Angioplastia de ilíacas com colocação de stent à E, associado à ponte fêmoro poplítea com Veia safena
  - (D) Angioplastia à D , ponte femoro-femoral D-E , associado à ponte femoro-poplítea com PTFE
  - (E) Ponte femoro - poplítea com veia safena



**38** Paciente com 28 anos, apresentando quadro de ataque isquêmico transitório com manifestação de paresia em membro esquerdo, VHS elevado, além de queixas de artralgia generalizadas. Ausência de pulso braquial à D. Arteriografia evidenciou estenose de 90% com 1cm de extensão de tronco braquiocefálico, com as outras artérias livres. Qual é a conduta:

- (A) Tratamento clínico com corticoterapia e/ou imunossupressores
- (B) Angioplastia com colocação de stent em artéria acometida
- (C) Esternotomia com ponte aorta ascendente carotídea e subclávia
- (D) Ponte carotídea-carotídea retro faríngea, e ligadura de carótida D
- (E) Ponte carotídea-carotídea pré traqueal

**39** A *pata anserina* é formada por:

- (A) Grácil, semimembranoso e semitendinoso
- (B) Sartório, reto femoral, grácil
- (C) Grácil; sartório e bíceps femoral
- (D) Grácil; sartório e semitendinoso
- (E) Sartório, bíceps femoral, semitendinoso

**40** Em relação aos estudos ACAS, NASCET e ECST, assinale a alternativa correta:

- (A) O estudo NASCET avaliou pacientes sintomáticos, e revelou o benefício estatisticamente significativo da endarterectomia, quando a estenose é maior que 50%.
- (B) O estudo ACAS avaliou pacientes assintomáticos, sendo o tratamento cirúrgico estatisticamente melhor que o clínico nos pacientes com estenose maior que 60%.
- (C) O estudo ECST avaliou pacientes assintomáticos e refere benefício da cirurgia nos pacientes com estenose maior que 70%.
- (D) Nos três trabalhos, a metodologia de medição da estenose foi a

mesma; sendo assim, um trabalho corrobora o resultado do outro.

- (E) O estudo NASCET avaliou pacientes assintomáticos e demonstrou benefício cirúrgico estatisticamente significativo nos pacientes com estenose maior de 50%.