

CONCURSO 2013 PARA RESIDÊNCIA MÉDICA

UFF – UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
HUAP – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO
COREME – COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

1^a ETAPA – PROVA B2

Prova a ser realizada pelos candidatos aos seguintes Programas de Residência Médica:

- **Cirurgia Mão**
- **Cirurgia Plástica**
- **Cirurgia Torácica**
- **Cirurgia Vascular**
- **Urologia**

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

- Além deste caderno, você deverá ter recebido o cartão destinado às respostas das questões formuladas na prova; caso não tenha recebido o cartão, peça-o ao fiscal. Em seguida, verifique se este caderno contém enunciadas oitenta questões.
- 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; caso contrário, notifique imediatamente ao fiscal.
- Cada questão proposta apresenta cinco alternativas de resposta, sendo apenas uma delas a correta. No cartão de respostas, atribuir-se-á pontuação zero a toda questão com mais de uma alternativa assinalada, ainda que dentre elas se encontre a correta.
- 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 alternativas assinaladas no cartão de respostas.
- O tempo disponível para esta prova, incluindo o preenchimento do cartão de respostas, é de quatro horas.
- Reserve os quinze minutos finais para preencher o cartão de respostas usando, exclusivamente, lápis com grafite preto (tipo 2B) ou caneta de ponta média com tinta azul ou preta (preferencialmente, com tinta azul).
- Certifique-se de ter assinado a lista de presença.
- Quando terminar, entregue ao fiscal o **CADERNO DE QUESTÕES** e o **CARTÃO DE RESPOSTAS**, que poderá ser 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 Em relação ao melanoma maligno cutâneo, assinale a alternativa correta.

- (A) É mais comum em negros por causa da concentração de melanina na pele.
- (B) Sempre se apresenta como lesões pigmentadas.
- (C) Nevos congênito, displásico e de Spitz podem ser lesões precursoras.
- (D) O tipo histológico mais frequente é o lentiginoso.
- (E) O acral se apresenta comumente no couro cabeludo.

02 Em relação aos tumores de pele mais comuns, leia o que se segue:

- I O carcinoma basocelular não apresenta lesões precursoras.
- II O carcinoma basocelular > 3 cm costuma cursar com metástase regional linfonodal.
- III Apesar de o carcinoma basocelular ser o mais comum tumor de pele, o carcinoma espinocelular de pele tem uma taxa de mortalidade maior.

Está correto o que se declara apenas em:

- (A) I e II
- (B) I e III
- (C) II e III
- (D) II
- (E) III

03 Em relação aos sarcomas de partes moles, assinale a afirmativa correta.

- (A) O lipossarcoma, o leiomiossarcoma e o fibro-histiocitoma maligno são os tipos histológicos mais comuns.
- (B) A metástase pulmonar é mais comum nos pacientes portadores de sarcomas de baixo grau do que nos de alto grau.
- (C) Nos sarcomas de alto grau de membros inferiores, a metástase hepática é a mais frequente.
- (D) Nos sarcomas de baixo grau em membros, a quimioterapia é o tratamento padrão.
- (E) Nos sarcomas de membros inferiores, a radioterapia deixou de ser utilizada com o surgimento de medicações mais eficazes.

04 Denomina-se divertículo de Zenker o divertículo:

- (A) verdadeiro, de localização faringoesofagiana, mais comum no idoso, também conhecido como acalásia cricofaríngea.
- (B) falso, de localização distal no esôfago, mais comum no idoso e associado à acalásia esofágica.
- (C) verdadeiro, de localização distal no esôfago, mais comum no idoso e associado à acalásia esofágica.
- (D) falso, de localização faringoesofagiana, mais comum no idoso, também conhecido como acalásia cricofaríngea.
- (E) falso, de localização distal no esôfago, mais comum no jovem, também conhecido como acalásia esofágica.

05 Em relação ao carcinoma hepatocelular, sabe-se que:

- (A) não está relacionado ao vírus da hepatite A.
- (B) é o tumor maligno hepático secundário mais comum.
- (C) desenvolve-se com menos frequência no etilista crônico.
- (D) tem, teoricamente, como tratamento de exceção o transplante hepático.
- (E) tem como importante marcador a alfafetoproteína.

06 O termo “carcinoma invasivo” do cólon é usado na situação em que células malignas se estendem através da:

- (A) Muscular própria.
- (B) Mucosa.
- (C) Submucosa.
- (D) Muscular da mucosa.
- (E) Serosa.

07 O sinal de Rovsing pode ser usado para o diagnóstico clínico de doenças que cursam com dores abdominais, se encontrando frequentemente positivo na:

- (A) Colecistite aguda;
- (B) Apendicite aguda;
- (C) Pancreatite aguda;
- (D) Pielonefrite;
- (E) Diverticulite aguda.

08 A presença do sinal radiológico do “bico de pássaro” é importante para o diagnóstico de:

- (A) tumor dos cólons.
- (B) apendicite aguda.
- (C) vôlvulo do sigmoide.
- (D) hérnia diafragmática.
- (E) diverticulite aguda.

09 A colite ulcerativa é doença inflamatória inespecífica que compromete o cólon e o reto, não sendo considerada indicação cirúrgica para ela a concomitância de:

- (A) intratabilidade.
- (B) displasias.
- (C) megacólon tóxico.
- (D) hemorragia colônica.
- (E) fístula colovesical ou coloentérica.

10 A cirurgia de Altemeier é empregada no tratamento de:

- (A) prociência do reto.
- (B) paraganglioma funcionante.
- (C) neoplasia da terceira porção duodenal.
- (D) hérnia inguinal recidivada.
- (E) obstrução ureteral.

11 O pólipó colônico benigno mais comum é o:

- (A) adenoma viloso.
- (B) adenoma tubuloviloso.
- (C) pólipó hamartomatoso.
- (D) adenoma tubular.
- (E) pólipó juvenil.

12 Pacientes com sintomas de cólica biliar e fração de ejeção da vesícula biliar que caracterizem discinesia biliar devem ser tratados com:

- (A) inibidores da bomba de prótons.
- (B) antiespasmódicos.
- (C) colecistectomia laparoscópica.
- (D) antibioticoterapia.
- (E) colecistostomia.

13 A maioria das estenoses benignas dos ductos biliares é decorrente de:

- (A) ferimentos por arma branca.
- (B) ferimentos por arma de fogo.
- (C) hepatectomias.
- (D) duodenopancreatectomias.
- (E) lesão iatrogênica durante colecistectomia laparoscópica.

14 Nos casos de íleo biliar, a maioria das fístulas se dá entre a vesícula biliar e o:

- (A) duodeno.
- (B) jejuno.
- (C) íleo.
- (D) ângulo hepático do cólon.
- (E) estômago.

15 A hérnia inguinal que tem o suprimento sanguíneo para seu conteúdo comprometido é chamada de hérnia:

- (A) encarcerada.
- (B) redutível.
- (C) por deslizamento.
- (D) estrangulada.
- (E) recidivada.

16 Na classificação de Nyhus para hérnia da virilha, a hérnia indireta com anel inguinal interno dilatado, quando encontrada, é do tipo:

- (A) I
- (B) II
- (C) III
- (D) IV
- (E) V

17 A hérnia que produz uma protuberância abaixo do ligamento inguinal denomina-se:

- (A) inguinal direta.
- (B) inguinal indireta.
- (C) femoral.
- (D) mista.
- (E) de Spiegel.

18 A mais frequente pancreatite crônica morfológicamente definida tem origem:

- (A) biliar.
- (B) traumática.
- (C) idiopática.
- (D) latrogênica.
- (E) etílica.

19 De acordo com pesquisas atualizadas, o abscesso hepático tem como causa mais comum:

- (A) infecção da árvore biliar.
- (B) idiopatia.
- (C) neoplasia.
- (D) traumatismo.
- (E) cirurgia.

20 A síndrome de Peutz-Jeghers é uma síndrome autossômica dominante caracterizada pela combinação de hiperpigmentação da mucosa bucal dos lábios e dos dígitos, bem como pela presença no trato intestinal de:

- (A) adenomas tubulares.
- (B) adenomas vilosos.
- (C) pólipos hamartomatosos.
- (D) adenomas tubulovilosos.
- (E) pólipos juvenis.

21 A principal fonte emboligênica em nosso organismo é a seguinte:

- (A) aorta.
- (B) rim.
- (C) pulmão.
- (D) coração.
- (E) fígado.

22 O tipo de enxerto que mais se aproxima de um substituto vascular ideal é conhecido como:

- (A) prótese de Dacron.
- (B) venoso autólogo.
- (C) politetrafluoretileno (PTFE).
- (D) veia umbilical.
- (E) heterólogo.

23 São sinais clínicos clássicos da oclusão arterial aguda:

- (A) pulsos presentes, ausência de dor, palidez.
- (B) desaparecimento dos pulsos, ausência de dor, vômitos.
- (C) pulsos presentes, ausência de dor, vômitos.
- (D) pulsos presentes, dor aguda, palidez.
- (E) desaparecimento dos pulsos, dor aguda, palidez.

24 A ação do ácido acetilsalicílico se dá por:

- (A) bloqueio da fosfodiesterase e da captação de adenosina.
- (B) inibição irreversível da ciclooxigenase, dificultando a formação do tromboxano AII.
- (C) ação indireta sobre o metabolismo do ácido araquidônico.
- (D) aumento da agregação plaquetária.
- (E) atuação sobre os receptores de ADP presentes na superfície plaquetária.

25 No aneurisma roto de abdome grave, contraindica-se como conduta imediata a realização de:

- (A) tipagem sanguínea.
- (B) sondagem vesical.
- (C) punção venosa.
- (D) arteriografia.
- (E) laparotomia.

26 Entre o infarto do miocárdio e o procedimento de cirurgia eletiva, o tempo mínimo habitualmente recomendado está indicado em:

- (A) dois meses.
- (B) três meses.
- (C) seis meses.
- (D) oito meses.
- (E) dez meses.

27 A manifestação mais comum das fístulas aórticas ou enxertoentéricas é:

- (A) dor lombar.
- (B) febre alta.
- (C) obstrução intestinal.
- (D) úlcera gastrointestinal.
- (E) hemorragia gastrointestinal.

28 Aponte a alternativa em que se indica o cofator que a heparina necessita para interferir no mecanismo da coagulação.

- (A) Antitrombina III
- (B) Plaquetário IV
- (C) VIII
- (D) X ativado
- (E) II

29 São fatores de dependência da vitamina K:

- (A) II, IV, VI e VIII
- (B) II, V, VII, e X
- (C) II, V, VIII e XIII
- (D) II, V, IX e VIII
- (E) II, VII, IX e X

30 A sintomatologia mais frequente da doença venosa é;

- (A) edema, dor e prurido.
- (B) dor, fadiga e sensação de peso.
- (C) calor, edema e câimbras.
- (D) prurido, dermatite e ulceração.
- (E) dor, calor e câimbras.

31 Em paciente de 45 anos que relata descarga mamilar, a investigação deve prosseguir quando as características da descarga são:

- (A) unilateral e leitosa.
- (B) bilateral e amarelada.
- (C) espontânea e esverdeada.
- (D) uniductal e sanguinolenta.
- (E) bilateral e com mamografia normal.

32 O micro-organismo mais comumente encontrado nos abscessos mamários puerperais que ocorrem durante a lactação denomina-se:

- (A) *Pseudomonas aeruginosa*.
- (B) *Proteus mirabilis*.
- (C) *Staphylococcus aureus*.
- (D) *Streptococcus pyogenes*.
- (E) *Chlamydia trachomati*.

- 33** Mulher de 50 anos apresenta tumor de mama direita com diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante. Ao exame clínico, exibe edema de pele, axila homolateral com linfonodo clinicamente suspeito. Exames de rastreamento não evidenciam doença metastática. O estágio clínico dessa paciente está indicado em:
- (A) I
(B) II A
(C) III A
(D) III B
(E) III C
- 34** A secção do nervo torácico longo durante o esvaziamento axilar ocasiona uma deformidade denominada:
- (A) tórax em barril.
(B) concavidade axilar arciforme.
(C) síndrome de Horn.
(D) edema cuneiforme do membro superior.
(E) escápula alada.
- 35** A diferença entre mastectomia radical e mastectomia radical modificada consiste no fato de que, nesta última:
- (A) os músculos peitorais são preservados.
(B) não é realizado esvaziamento axilar.
(C) não ocorre edema do membro superior.
(D) a intervenção pode ser parcial.
(E) a reconstrução mamária imediata é de rotina.
- 36** Nos pacientes atendidos com dor torácica de origem indeterminada, descartadas as causas cardiovasculares, as principais hipóteses de dor de origem esofágica são:
- (A) acalasia, esofagite medicamentosa e divertículo esofágico.
(B) doença do refluxo gastroesofágico, esôfago em 'quebra nozes' e espasmo esofágico difuso.
(C) membrana esofágica, divertículo de Zenker e esôfago de Barrett.
(D) síndrome de Mallory-Weiss, hérnia de hiato por deslizamento e corpo estranho esofágico.
(E) acalasia, esclerodermia do esôfago e hérnia de hiato por deslizamento.
- 37** A presença de úlceras em localizações atípicas como segmentos distais do duodeno, úlceras refratárias ao tratamento clínico, úlceras complicadas por hemorragia digestiva alta, perfuração e obstrução, sem fatores como infecção por *Helicobacter pylori* ou uso de anti-inflamatórios, pode sugerir:
- (A) vipomas de duodeno.
(B) anemia perniciosa.
(C) glucagonomas.
(D) síndrome de Zollinger-Ellison causada por gastrinomas.
(E) doença de Menétrier.
- 38** Paciente masculino, 45 anos, apresenta, há quatro meses, dor abdominal de forte intensidade em epigástrio e hipocôndrio esquerdo, associada a alimentação rica em gordura, sem náuseas ou emagrecimento. Nega pirose, regurgitação e disfagia. Exame físico normal e exames laboratoriais sem alterações, exceto por discreta elevação de gamaglutamil transferase (1,5 X valor normal). Ultrassom de abdome demonstra fígado normal, vesícula biliar sem cálculos, baço e rins normais. Pâncreas apresenta imagem hipoeoica de 0,4 cm, sem linfonodomegalias abdominais ou obstrução de vias biliares. O método complementar imediato a ser solicitado para elucidação do caso é:
- (A) endoscopia digestiva alta.
(B) colangiografia endoscópica retrógrada.
(C) teste da D-Xylose.
(D) biópsia pancreática guiada por tomografia computadorizada.
(E) ecoendoscopia.
- 39** Mulher, 45 anos, queixa-se de pirose, regurgitação ácida e disfagia intermitente para sólidos. Desde o último ano, vem apresentando telangiectasias nos membros, fenômeno de Raynaud e depósitos calcificados no subcutâneo. Ao exame de esofagomanometria, os achados mais prováveis são:
- (A) ondas peristálticas de alta amplitude nos 2/3 inferiores do corpo esofágico e déficit de relaxamento do esfíncter inferior.
(B) motilidade ineficaz nos 2/3 superiores do corpo esofágico e hipotensão do esfíncter superior.
(C) motilidade ineficaz nos 2/3 inferiores do corpo esofágico e hipotensão do esfíncter inferior.
(D) contrações simultâneas no corpo esofágico em $\geq 20\%$ das deglutições e hipotensão do esfíncter inferior.
(E) ausência de peristalse em todo o corpo esofágico com déficit de relaxamento do esfíncter superior.
- 40** O melhor exame para documentar e quantificar o refluxo ácido é:
- (A) pHmetria esofágica de 24 horas.
(B) videoendoscopia digestiva alta.
(C) videoesofagografia.
(D) cintilografia para pesquisa de refluxo gastroesofágico.
(E) esofagomanometria.

41 O esôfago de Barrett se caracteriza por:

- (A) hiperplasia e paraceratose do esôfago inferior.
- (B) displasia de alto grau da cárdia.
- (C) mucosa gástrica ectópica no esôfago.
- (D) carcinoma *in situ* da junção esofagogástrica.
- (E) metaplasia intestinal.

42 Paciente masculino com cirrose alcoólica diagnosticada há cinco anos, após episódio de hemorragia digestiva por varizes de esôfago, apresenta ascite mal controlada com diuréticos (espironolactona e furosemida) e inversão do ciclo sono-vigília. Relata piora recente da ascite e febre não aferida na última semana. Exames laboratoriais demonstram TAP com INR de 1,6, albumina de 2,8, bilirrubina de 2,4, AST e ALT normais, sódio sérico de 125mg/dl, potássio sérico de 3,7, ureia de 52 e creatinina de 1,4. A hipótese diagnóstica e o exame confirmatório a ser solicitado são, respectivamente:

- (A) peritonite bacteriana espontânea / paracentese diagnóstica com proteína do líquido ascítico abaixo de 1 mg/dl.
- (B) infecção urinária em paciente com cirrose / urinocultura.
- (C) encefalopatia hepática precipitada por uso de diuréticos e distúrbio eletrolítico / urinocultura.
- (D) peritonite bacteriana espontânea / paracentese diagnóstica demonstrando celularidade aumentada acima de 250 polimorfonucleares e cultura positiva no líquido ascítico.
- (E) peritonite bacteriana espontânea / gradiente soro-ascite de albumina > 1,1.

43 O exame imprescindível para diagnóstico diferencial de colestases intra e extra-hepática é o seguinte:

- (A) fosfatase alcalina.
- (B) gamaglutamil transferase.
- (C) ultrassonografia abdominal.
- (D) bilirrubinas.
- (E) transaminases.

44 A alternativa em que se aponta exame indicado para avaliar função biossintética do fígado em paciente cirrótico é:

- (A) fosfatase alcalina.
- (B) albumina.
- (C) gamaglutamil transferase.
- (D) transaminases.
- (E) de plaquetas.

45 A síndrome do enfermo eutireoidiano pode ser caracterizada por níveis de T3 total:

- (A) elevados, com TSH suprimido.
- (B) elevados, com TSH elevado.
- (C) baixos, com TSH abaixo do normal.
- (D) baixos, com TSH baixo.
- (E) baixos, com TSH elevado.

46 Na prática clínica, ao se detectar nódulo tireoidiano palpável, pode-se afirmar que:

- (A) se o TSH estiver suprimido, está indicada a punção do nódulo por agulha fina.
- (B) ausência de microcalcificações à ultrassonografia diminui a chance de malignidade do nódulo.
- (C) a fotocintilografia com iodo radioativo não deve ser utilizada para dar prosseguimento à investigação.
- (D) a punção aspirativa por agulha fina deve ser descartada se os níveis de TSH estiverem suprimidos.
- (E) punção por agulha fina negativa afasta totalmente a possibilidade de neoplasia maligna.

47 No que diz respeito às neoplasias tireoidianas, pode-se afirmar que:

- (A) o carcinoma papilífero é responsável pela maioria das doenças malignas tireoidianas.
- (B) o carcinoma papilífero responde mal a doses ablativas com iodo radioativo.
- (C) no câncer tireoidiano, antes de se submeter o paciente a dose ablativa de iodo radioativo, é requerida dieta rica em iodo.
- (D) o carcinoma anaplásico responde mal a doses ablativas com iodo radioativo, mas tem excelente resposta com a quimioterapia.
- (E) o microcarcinoma papilífero, tumor muito agressivo, deve ser tratado com tireoidectomia total e doses ablativas de iodo radioativo.

48 Em vítima de acidente automobilístico que evolui com paraplegia flácida ao nível dos mamilos, o nível medular acometido é:

- (A) C4
- (B) T2
- (C) T4
- (D) T6
- (E) L2

49 Mulher de 21 anos, após queda de moto, momento em que não usava capacete, chega ao Setor de Emergência com lesão cortocontusa frontal. Ao exame neurológico, não apresenta resposta verbal e, ao estímulo algóico, apresenta abertura ocular e postura em extensão. A pontuação da Escala de Coma de Glasgow dessa paciente é:

- (A) 3
- (B) 4
- (C) 5
- (D) 6
- (E) 8

50 A presença de gás na urina sugere uma fístula entre os tratos urinário e gastrointestinal, situação em que a estrutura do trato urinário mais acometida é a seguinte:

- (A) pelve renal.
- (B) ureter proximal.
- (C) ureter médio.
- (D) ureter distal.
- (E) bexiga.

51 O estreitamento ureteral decorrente da tuberculose geralmente está situado na seguinte região do sistema urinário:

- (A) junção ureterocalicial.
- (B) ureter superior.
- (C) ureter médio.
- (D) ureter no cruzamento com os vasos ilíacos.
- (E) junção ureterovesical.

52 O único tipo de cálculo urinário radiotransparente ao exame de tomografia computadorizada é o de:

- (A) ácido úrico.
- (B) indinavir.
- (C) silicato.
- (D) estruvita.
- (E) xantina.

53 Para proteção contra o dano isquêmico renal durante nefrectomia parcial, o método mais empregado e eficaz é:

- (A) hipotermia de superfície.
- (B) manitol.
- (C) solução de Collins.
- (D) bloqueadores de canal de cálcio.
- (E) hipotermia de perfusão.

54 A técnica mais eficaz para permitir acesso e exposição à veia cava superior, obstruída por trombo intra-atrial, tendo em vista uma trombecomia durante nefrectomia radical, é:

- (A) derivação cardiopulmonar sem parada cardíaca.
- (B) derivação cava atrial.
- (C) derivação cardiopulmonar com parada circulatória hipotérmica.
- (D) manobra de Pringle.
- (E) oclusão do arco aórtico-torácico.

55 Paciente de cinco anos, com peso e altura normais para a idade, será submetida a sutura de ferida em couro cabeludo. Consideradas a solução e a massa de anestésico local, deverão ser utilizados:

- (A) no máximo 300mg de lidocaína.
- (B) no máximo 100mg de bupivacaina.
- (C) até 12ml de uma solução de bupivacaina 0,5%.
- (D) no máximo 12ml de uma solução de lidocaína 1% com 10µg de adrenalina por mililitro.
- (E) até 6ml de uma solução de lidocaína 2% com 5µg de adrenalina por mililitro.

56 Sobre os cuidados pós-reanimação, pode-se afirmar que todo e qualquer paciente deve:

- (A) ser entubado e ventilado a uma frequência inicial de oito a dez incursões por minuto após o retorno da circulação espontânea.
- (B) ter o valor-alvo da PaCO₂ mantido entre 40 e 45mmHg.
- (C) receber oxigênio a 100%.
- (D) ser submetido a infusão contínua de antiarrítmico, caso esse tenha sido usado durante a reanimação.
- (E) ser submetido a hipotermia com temperaturas de 30 a 32°C.

57 A causa mais comum de choque distributivo é:

- (A) hipovolemia.
- (B) anafilaxia.
- (C) infarto do miocárdio.
- (D) sepse.
- (E) insuficiência suprarrenal.

58 Paciente com diagnóstico de pancreatite, atualmente sem dor, apresenta frequência respiratória de 25 inc. min^{-1} , frequência cardíaca de 96 btm. min^{-1} e 14.000 leucócitos. Tendo em vista esse quadro, a hipótese diagnóstica a ser considerada é a seguinte:

- (A) hipovolemia.
- (B) sepse.
- (C) síndrome de resposta inflamatória sistêmica.
- (D) insuficiência respiratória.
- (E) insuficiência cardíaca.

59 A síndrome de proliferação bacteriana compreende um grupo de desordens que cursam com diarreia e esteatorreia com níveis elevados de ácido fólico. Nessa síndrome, a anemia macrocítica está relacionada principalmente à deficiência de:

- (A) vitamina B12.
- (B) ferro.
- (C) ácido fólico.
- (D) tiamina.
- (E) ácidos biliares conjugados.

60 Paciente, 30 anos, está internado com pneumonia comunitária grave. É iniciado tratamento com cefuroxime e azitromicina, porém, após quatro dias, permanece com febre e dor pleurítica na base pulmonar direita. Radiografia de tórax revela obliteração do seio costofrênico à direita, com "sinal da parábola" ocupando cerca de um terço desse hemitórax. Realiza-se toracocentese, por meio da qual constata-se presença de líquido pleural turvo, Gram e cultura negativos, pH 7,10, glicose 35 mg/dl, proteínas totais 4,0 g/dl, albumina 1,0 g/dl e LDH 510 UI/L. Exames séricos mostram leucometria 13.200 cél/mm^3 (10% bastões), glicose 130 mg/dl, proteínas totais 5,0 g/dl, albumina 1,8 g/dl e LDH 320 UI/L. Nesse momento, a conduta mais apropriada é:

- (A) proceder a leuroscopia com decorticação pleural.
- (B) trocar antibiótico para piperacilina com tazobactam.
- (C) indicar drenagem pleural em selo d'água.
- (D) realizar broncoscopia com coleta de lavado broncoalveolar.
- (E) solicitar tomografia de tórax com cortes em alta resolução e uso de contraste venoso não iônico.

61 Sobre a miastenia *gravis*, assinale a afirmativa correta.

- (A) Na presença de crise miastênica, os melhores resultados têm sido obtidos com pulso com ciclofosfamida, e os corticoides, nessa situação, podem piorar a miopatia, devendo ser usados com cautela.
- (B) A timectomia pode estar indicada mesmo nos pacientes sem timoma, pois esse procedimento promove a melhora clínica em até 85% deles, dentre os quais 35% conseguem manter-se sem medicação.
- (C) A presença do anticorpo antirreceptor de acetilcolina é fundamental para o diagnóstico e está presente em todos os pacientes miastênicos.
- (D) O quadro clínico é caracterizado por fraqueza muscular predominantemente em região proximal de membros, sendo o acometimento bulbar muito raro.
- (E) O mecanismo fisiopatológico principal é a redução dos receptores pré-sinápticos de acetilcolina, que diminuem sua biodisponibilidade na junção neuromuscular.

62 Mulher de 45 anos com história de cirurgia abdominal por gravidez ectópica apresenta dor e distensão abdominal. Rotina de abdome agudo demonstra múltiplas alças intestinais distendidas, sem evidenciar haustro, mas com válvulas coniventes, além de níveis líquidos difusos. Realiza trânsito delgado que mostra alteração do calibre de alça ileal na pelve. O diagnóstico provável é:

- (A) doença de Crohn.
- (B) invaginação.
- (C) tuberculose.
- (D) linfoma.
- (E) obstrução de delgado por aderências.

63 Mulher de 67 anos queixa-se de dor no quadrante inferior esquerdo do abdome e apresenta sinais de irritação peritoneal e febre. Tomografia computadorizada com contraste oral demonstra coleção líquida com bolhas de gás adjacente ao sigmoide e infiltração da gordura perivisceral, o que sugere o diagnóstico de:

- (A) diverticulite.
- (B) abscesso tubo-ovariano à esquerda.
- (C) endometriose.
- (D) apendagite epiploica.
- (E) apendicite aguda.

64 Aponte a alternativa em que se caracteriza corretamente uma das síndromes polipoides indicadas a seguir.

- (A) A Cronkhite-Canada é hereditária, autosômica dominante, constituindo-se de pólipos inflamatórios no colon, estômago e delgado, associados a alopecia, hiperpigmentação cutânea e atrofia.
- (B) A síndrome de Turcot é autossômica recessiva, constituindo-se de pólipos adenomatosos no cólon, associados a tumores do sistema nervoso central.
- (C) A síndrome de Gardner não é hereditária, constituindo-se de polipose intestinal, associada a osteomas e tumores de partes moles.
- (D) A de Peutz-Jeghers é hereditária, autosômica recessiva, constituindo-se de pólipos hamartomatosos no delgado, cólon e estômago, associados com hiperpigmentação mucocutânea.
- (E) A síndrome de Cowden é autossômica recessiva e pode acometer vários órgãos, como pele, mucosa oral, tireoide, mamas e ovários, poupando, no entanto, o sistema nervoso central

65 Mulher, 27 anos, em uso de contraceptivos orais, com queixa de dor no hipocôndrio direito, realiza tomografia computadorizada que demonstra área focal hiperdensa no fígado na fase do estudo sem contraste, com impregnação heterogênea pós-contraste. Esse quadro sugere o diagnóstico de:

- (A) esteatose.
- (B) peliose.
- (C) hepatocarcinoma lamelar.
- (D) hemangioma.
- (E) adenoma.

66 Jovem portador de colite ulcerativa apresenta quadro de icterícia, prurido, febre, dor abdominal, perda de peso e hepatomegalia. A ultrassonografia demonstra espessamento das paredes dos ductos biliares intra e extra-hepáticos, quadro que, associado à história clínica, aponta para o diagnóstico de:

- (A) colangite esclerosante.
- (B) colangiocarcinoma.
- (C) hipoplasia coledociana.
- (D) papilite.
- (E) coledocolitíase com colangite.

67 Paciente com febre, tosse com expectoração, realiza radiografia do tórax que mostra alargamento do lobo superior direito e condensação com sinal do broncograma aéreo e cisura abaulada. Esses sinais radiológicos indicam:

- (A) atelectasia.
- (B) disseminação linfática de lesão metastática.
- (C) pneumonia.
- (D) infiltrado intersticial.
- (E) tumor.

68 Homem, 55 anos, com dispneia, apresenta, na radiografia do tórax, velamento do hemitórax direito com mediastino centrado. Deve-se considerar para o quadro a possibilidade diagnóstica de:

- (A) pulmão destruído por processo inflamatório (tuberculose).
- (B) associação de atelectasia com derrame pleural.
- (C) atelectasia.
- (D) derrame pleural volumoso.
- (E) tumor ocupando toda a região.

69 Mulher, 50 anos realiza radiografia do tórax como parte de avaliação pré-operatória de cirurgia abdominal, a qual demonstra lesão expansiva com densidade de partes moles, com calcificações grosseiras de permeio, localizada no mediastino anterior à direita, rechaçando a traqueia. O diagnóstico provável é de:

- (A) cisto broncogênico.
- (B) bócio mergulhante.
- (C) hérnia de Bochdalek.
- (D) sarcoidose.
- (E) linfoma.

70 Criança apresenta tosse paroxística, febre baixa, dispneia, cianose, diminuição do murmúrio vesicular, com estertores crepitantes e sibilos após inspiração profunda. Radiografia do tórax demonstra condensação não homogênea paracardíaca direita e hiperinsuflação do restante desse pulmão. Pulmão contralateral normal. O quadro sugere o diagnóstico de:

- (A) bronquiolite.
- (B) fibrose cística.
- (C) timoma.
- (D) anel vascular.
- (E) corpo estranho.

71 Mulher, 22 anos, apresentando dor na fossa ilíaca direita com evolução de 24 horas, hipocorada e taquicárdica, procura Serviço de Emergência. Ultrassonografia revela lesão expansiva heterogênea, em topografia anexial esquerda, com área cística no seu interior e moderada quantidade de líquido livre na pelve. Restante do abdome e pelve sem alterações. Frente a esses achados, deve-se considerar a hipótese diagnóstica de:

- (A) prenhez ectópica.
- (B) mola hidatiforme.
- (C) miomatose.
- (D) adenomiose.
- (E) tumor dermoide.

72 A principal resposta adaptativa para o jejum prolongado é a seguinte:

- (A) produção aumentada de glicogênio hepático.
- (B) ausência de cetose e gliconeogênese renal.
- (C) utilização de quantidades crescentes de proteínas para produção de energia.
- (D) utilização de corpos cetônicos como fonte de energia para o cérebro.
- (E) diminuição acentuada do consumo de ácidos graxos.

73 Com relação ao câncer da vesícula biliar, a invasão transmural direta do fígado, de acordo com a classificação de Nevine modificada, corresponde ao estágio:

- (A) I
- (B) II
- (C) III
- (D) IV
- (E) V

74 As massas mais frequentes no mediastino posterior são:

- (A) tumor neurogênico e bócio mergulhante.
- (B) cisto entérico e tumor neurogênico.
- (C) bócio mergulhante e cisto broncogênico
- (D) cisto broncogênico e linfoma.
- (E) linfoma e cisto entérico.

75 A cirurgia mais adequada aos tumores ressecáveis da região periampular denomina-se procedimento de:

- (A) Puestow.
- (B) Klatskin.
- (C) Berne.
- (D) Vaughan.
- (E) Whipple.

76 Paciente, com história de contusão abdominal em acidente automobilístico, apresenta, ao toque retal, crepitação em fundo de saco posterior. Ele deve ser investigado quanto à possibilidade de:

- (A) lesão duodenal.
- (B) rotura de bexiga.
- (C) lesão de uretra prostática.
- (D) hematoma hepático roto.
- (E) hematoma retroperitoneal.

77 Em torno de 90% das úlceras de perna se devem à insuficiência venosa secundária a:

- (A) microtraumatismos repetidos.
- (B) incompetência valvular.
- (C) linfangite.
- (D) celulites de repetição.
- (E) erisipela.

78 Sobre os distúrbios eletrolíticos, pode-se afirmar que:

- (A) o exemplo clássico de hipopotassemia é a associada a lesões por esmagamento.
- (B) a hiponatremia é rara no pós-operatório porque a vasopressina, em geral, está com seus níveis séricos diminuídos.
- (C) a hipoproteïnemia é a principal causa de pseudo-hiponatremia.
- (D) a causa mais comum de hiponatremia é o excesso de água livre.
- (E) a função neuromuscular fica aumentada pela hipomagnesemia, em virtude do estímulo da liberação sináptica de acetilcolina.

79 O triângulo de Calot é uma referência anatômica importante na:

- (A) herniorrafia inguinal.
- (B) tireoidectomia.
- (C) herniorrafia crural.
- (D) cirurgia de Warren.
- (E) colecistectomia.

80 As principais complicações relacionadas à introdução de uma cânula de traqueostomia são:

- (A) obstrução e hemorragia.
- (B) fratura do anel traqueal e obstrução.
- (C) falso trajeto e fratura do anel traqueal.
- (D) estenose hemorragia.
- (E) falso trajeto e estenose.

