

CIRURGIA GERAL**QUESTÃO 1**

A respeito da realização do pneumoperitôneo nas cirurgias laparoscópicas em pacientes com laparotomia prévia, assinale a alternativa correta.

- (A) O ponto de Jain é uma porta de entrada não umbilical, no nível L4, 10-13 cm lateral ao umbigo.
- (B) Pela técnica de Palmer, a punção é realizada 3 cm abaixo da margem subcostal esquerda na linha hemiclavicular, 4 cm lateral ao umbigo.
- (C) O ponto de Lee-Huang é uma porta de entrada não umbilical, estando localizado 5 cm abaixo do umbigo na linha média.
- (D) O sétimo espaço intercostal esquerdo pode ser utilizado, desde que não haja distensão gástrica, massas abdominais superiores, hepatoesplenomegalia ou cicatrizes abdominais superiores.
- (E) A técnica aberta na linha mediana é obrigatória nesses casos.

QUESTÃO 2

Quanto à esplenectomia laparoscópica, assinale a alternativa correta.

- (A) A esplenose pode ocorrer como resultado do autotransplante de tecido esplênico durante a esplenectomia laparoscópica em pacientes com púrpura trombocitopênica imune.
- (B) É necessária a utilização de 5 trocartes tanto na técnica em decúbito dorsal, em posição de próclive de 30 graus, quanto na técnica em decúbito lateral direito completo, com fixação do corpo em canivete e Trendelenburg a 15 graus.
- (C) Uma limitação da esplenectomia laparoscópica é a dificuldade de detectar a presença de baços acessórios que estão presentes em aproximadamente 60% dos pacientes com doença hematológica.
- (D) Obesidade, doença hematológica maligna, hipertensão portal e esplenomegalia são considerados contraindicações para a realização de esplenectomia laparoscópica.
- (E) A embolização pré-operatória da artéria esplênica deve ser utilizada quando há esplenomegalia como forma de reduzir o tamanho do baço, sangramento operatório e o tempo cirúrgico.

QUESTÃO 3

Em relação aos pólipos colorretais, julgue os itens a seguir.

- I Adenoma túbulo-viloso tem de 25% a 75% de componente viloso.
- II Adenoma viloso tem de 35% a 40% de chance de abrigar adenocarcinoma.
- III Displasia não adenomatosa associada a doença inflamatória intestinal (lesão tipo DALM) apresenta alto risco para carcinoma.
- IV Pólipos inflamatórios não requerem vigilância endoscópica.
- V Pólipos sésseis serrilhados são geralmente localizados no cólon direito, de cor pálida, com bordas indistintas e recobertos por muco.

Assinale a alternativa correta.

- (A) Apenas os itens I e III estão certos.
- (B) Apenas os itens II e V estão certos.
- (C) Apenas os itens I, II e IV estão certos.
- (D) Apenas os itens III, IV e V estão certos.
- (E) Todos os itens estão certos.

QUESTÃO 4

No que se refere à técnica aberta de correção das hérnias inguinais com tela, assinale a alternativa **incorreta**.

- (A) As alças lateral e medial, criadas após a abertura da porção superior da tela para a confecção da passagem do funículo espermático, devem ser suturadas em posição paralela, sem o cruzamento, a fim de diminuir a chance de recidiva.
- (B) A técnica de *Lichtenstein* é a mais simples de se aprender e de se reproduzir; os resultados clínicos são excelentes e, por essa razão, ela é considerada o padrão-ouro das técnicas abertas.
- (C) A fim de diminuir a recorrência, a tela deve ter tamanho mínimo de 6 cm × 14 cm e ultrapassar o tubérculo pubiano medialmente em 2 cm.
- (D) Os locais mais comuns de recidivas são perto do púbis (hérnia direta) e perto do anel inguinal profundo (hérnia indireta).
- (E) Com o processo de cicatrização, a tela diminuirá de tamanho, pela contração dos tecidos cicatrizados, expondo, assim, o local a uma possível falha, o que favorecerá a recidiva.

QUESTÃO 5

Assinale a alternativa correta.

- (A) No triângulo cisto-hepático (triângulo de Calot), podem ser encontradas a artéria cística, a veia porta e a artéria hepática direita.
- (B) A veia gonadal esquerda desemboca na veia esplênica, enquanto a veia gonadal direita desemboca na veia cava inferior.
- (C) A arcada de Riordan une o ramo esquerdo da artéria cólica média ao ramo ascendente da cólica esquerda, formando o ponto isquêmico de Sudeck.
- (D) O íleo, em relação ao jejuno, apresenta maior calibre, parede mais espessa, menos nódulos linfoides (placa de Peyer), maior vascularização e vasos retos mais longos.
- (E) O setor dorsal ou lobo caudado do fígado (lobo de Spiegel) é um setor independente, recebendo fluxo portal exclusivamente do ramo direito, e sua drenagem venosa se faz diretamente por ramos que drenam para as veias hepáticas.

QUESTÃO 6

Quanto ao megaesôfago chagásico, assinale a alternativa **incorreta**.

- (A) Endoscopia digestiva alta é fundamental para a confirmação diagnóstica, além de avaliar o grau de inflamação da mucosa e afastar a presença de lesões neoplásicas.
- (B) Na radiografia simples de tórax, pode-se suspeitar da presença de um megaesôfago avançado.
- (C) De acordo com a classificação de Rezende, as ondas terciárias são evidenciadas nos graus II e III.
- (D) As complicações da mucosectomia incluem sangramento excessivo durante retirada da mucosa e submucosa e complicações pleuropulmonares; no entanto, a incidência de tais complicações é significativamente menor do que na esofagectomia.
- (E) Para casos não avançados, opta-se pela cardiomiectomia de Heller, ao passo que, em casos avançados, opta-se pela esofagectomia subtotal com esofagogastroplastia transmediastinal posterior, mucosectomia ou cirurgia de Serra Doria.

QUESTÃO 7

A respeito do câncer gástrico, julgue os itens a seguir.

- I O principal método de estadiamento é a tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve, sendo a tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) e a ressonância nuclear magnética (RNM) utilizadas apenas em casos selecionados.
- II A análise dos marcadores de tumor séricos (CA19.9, CEA, CA 72.4) deve ser realizada em todos os casos de câncer gástrico.
- III Nos tumores estágio IB-III (T2-4 qualquer N), está indicada a disseção linfonodal D2.
- IV Nos tumores do tipo difuso, recomenda-se margem proximal de, pelo menos, 8 cm.
- V A ressecção endoscópica está indicada nos tumores adenocarcinoma bem diferenciados, restritos a mucosa (T1a), menores que 2 cm no seu maior eixo e não ulcerados.

Estão certos apenas os itens

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

QUESTÃO 8

Paciente de 23 anos de idade, do sexo feminino, HIV positivo, com CD4: 600 e carga viral negativa, com queixa de sangramento anal sem dor, compareceu a uma consulta. Ao exame proctológico, apresentava três lesões condilomatosas de 1 cm cada, localizadas no canal anal.

A partir desse caso clínico, considere as opções terapêuticas apresentadas nos itens a seguir.

- I ácido tricloroacético a 90% por 4 semanas; caso a paciente não apresente melhora, indicar ressecção e cauterização no centro cirúrgico
- II ressecção e cauterização no centro cirúrgico
- III podofilina a 25% tópico por 4 semanas; caso a paciente não apresente melhora, indicar ressecção e cauterização no centro cirúrgico
- IV imiquimode por 8 a 12 semanas; caso a paciente não apresente melhora, indicar ressecção e cauterização no centro cirúrgico
- V vacinação quadrivalente para HPV, imiquimode por 8 a 12 semanas e, caso a paciente não apresente melhora, ácido tricloroacético a 90%

São opções terapêuticas adequadas para esse caso clínico apenas as apresentadas nos itens

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

QUESTÃO 9

Compareceu a uma consulta paciente de 24 anos de idade, com diagnóstico de endometriose, com colonoscopia mostrando abaulamento extrínseco no retossigmoide, ressonância magnética com endometriose profunda retovaginal e laparoscopia com implante único na transição retossigmoide de 2,5 cm.

Nesse caso hipotético, a melhor conduta intraoperatória é realizar

- (A) excisão de toda a espessura da parede juntamente com a lesão e sutura primária transversal.
- (B) retossigmoidectomia com anastomose primária término-terminal.
- (C) ressecção da lesão sem abertura da mucosa e sutura primária longitudinal em dois planos.
- (D) retossigmoidectomia com colostomia à Hartmann.
- (E) excisão de toda a espessura da parede juntamente com a lesão com margem de segurança de 2 cm, sutura primária transversal e ileostomia de proteção.

QUESTÃO 10

Um paciente com estadiamento de adenocarcinoma de reto baixo de 3 cm a 1 cm da linha pectínea cT3N0M0 apresentou resposta clínica completa após radioterapia e quimioterapia.

Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa correta, considerando a melhor orientação para esse paciente.

- (A) A amputação abdominoperineal com colostomia definitiva é o padrão de tratamento.
- (B) O paciente está curado, devendo ser acompanhado com toque retal, colonoscopia, CEA e ressonância magnética.
- (C) O paciente deverá ser acompanhado com toque retal, colonoscopia, CEA e PET/CT.
- (D) O paciente apresentou resposta clínica completa, mas não patológica, devendo ser submetido a excisão transanal, sem necessidade de colostomia definitiva, com grande possibilidade de evoluir com pouca dor e boa cicatrização.
- (E) O paciente deverá ser submetido a ressecção local com técnicas minimamente invasivas, como microcirurgia transanal endoscópica (TEM) ou cirurgia minimamente invasiva transanal (TAMIS).

QUESTÃO 11

Um paciente de 60 anos de idade comparece a uma consulta com otorrinolaringologista com queixa de “voz estranha” há 3 meses, com piora progressiva. Refere que, há duas semanas, está com “um pouco de falta ar”, que está mais cansado e tem que dormir quase sentado. Refere apresentar odinofagia. O exame de nasofibroscopia revela tumoração em epiglote, ulcerada, de aproximadamente 2 cm, que se movimenta em direção à luz glótica, com efeito de válvula, sem extensão para as demais estruturas da laringe, tendo sua mobilidade preservada. Pescoço apresenta linfonodos cervicais bilaterais, esféricos, endurecidos, de 3 cm, móveis e indolores.

Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa correta, quanto à melhor conduta diagnóstica para esse paciente.

- (A) Indica-se a traqueostomia de urgência, pois o paciente apresenta quadro avançado do tumor com obstrução de via aérea, sem possibilidade de tratamento.
- (B) Deve-se realizar uma tomografia computadorizada do pescoço, para estabelecer o diagnóstico patológico.
- (C) Diante da paralisia da laringe, deve-se realizar uma biópsia da prega vocal.
- (D) Nesse caso, o diagnóstico é feito por meio de uma biópsia da lesão da epiglote, que pode ser feita mediante endoscopia, havendo a possibilidade de realização de via aérea cirúrgica que assegure esse procedimento.
- (E) Nesse caso, o diagnóstico é feito por meio de uma biópsia da lesão da epiglote e da prega vocal, que pode ser realizada mediante endoscopia, havendo a possibilidade de realização de via aérea cirúrgica que assegure esse procedimento.

QUESTÃO 12

Recém-nascido (RN) de parto vaginal, masculino, a termo, pesando 2.700 gramas, está sendo avaliado por um médico. Apgar de 8 no primeiro minuto e 9 no 5.º minuto. Mãe tem 34 anos de idade e apresentou gestação complicada com polidrâmnio. No transporte para o berçário, observa-se presença de sialorreia importante, necessitando de aspiração oral frequente. No exame físico, respira sem dificuldade, apresentando-se acianótico; ausência de alterações em cabeça, pescoço, tronco ou extremidades. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios. Ausência de sopros cardíacos. Abdome flácido, escavado e sem massas palpáveis. Genitália é normal e nota-se mecônio visível no ânus que se encontra pérvio.

Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa correta.

- (A) Há suspeita clínica inicial de atresia de esôfago com fístula traqueoesofágica, cujo diagnóstico pode ser feito por meio de radiografia simples de tórax e abdome com injeção de ar.
- (B) Há suspeita clínica inicial de atresia de esôfago sem fístula traqueoesofágica, podendo ser confirmada pela presença de ar no abdome visibilizado na radiografia simples de tórax e abdome com injeção de ar.
- (C) Nos casos de atresia com fístula traqueoesofágica, há distensão abdominal; ao contrário, quando não há fístula, o abdome é escavado.
- (D) A intubação orotraqueal está indicada em todos os casos de atresia de esôfago, com ou sem fístula traqueoesofágica.
- (E) O RN deve ser mantido em posição de Trendelenburg, nos casos em que há fístula traqueoesofágica; nas atresias sem fístula, deve-se manter decúbito lateral direito elevado.

QUESTÃO 13

Uma mulher de 25 anos de idade, envolvida em uma briga doméstica, é levada ao pronto-socorro com um ferimento por arma branca (facada) no pescoço, à esquerda. Na admissão, encontra-se normotensa, com vias aéreas pervias, sem sinais ou sintomas de dificuldade respiratória, e o exame neurológico está normal. O exame físico do pescoço revela uma única ferida de 2 cm, anterior ao músculo esternocleidomastoideo, na altura da cartilagem tireoide. Há um hematoma pulsátil com sopro associado e crepitação importante à palpação. Radiografias simples demonstram enfisema subcutâneo, sem desvio de traqueia e sem pneumotórax.

Considerando esse caso clínico, assinale a alternativa correta, quanto à classificação do ferimento e à conduta mais adequada.

- (A) A paciente apresenta ferimento penetrante em zona III, com risco de lesões em artérias, veias, nervos, laringe, traqueia e esôfago.
- (B) A paciente apresenta ferimento penetrante em zona II, com indicação de cervicotomia imediata.
- (C) A paciente apresenta ferimento penetrante em zona II, com estabilidade hemodinâmica, o que permite a conduta de manejo conservador seletivo.
- (D) A paciente apresenta ferimento penetrante em transição entre zonas I e II, havendo indicação de radiologia intervencionista, pois o acesso cirúrgico nessa região é muito difícil.
- (E) A paciente apresenta ferimento em zona II, com indicação de cervicotomia imediata e ligadura dos vasos com evidência de sangramento.

QUESTÃO 14

Paciente do sexo feminino, de 56 anos de idade, em programação de tratamento cirúrgico de hérnia umbilical e diástase de reto, sem outras queixas ou comorbidades, compareceu a uma consulta. No exame de tomografia computadorizada sem contraste da parede abdominal pré-operatória, identificou-se lesão nodular de 1,5 cm intraparenquimatosa em rim esquerdo.

Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa correta, a respeito da melhor conduta diagnóstica inicial.

- (A) O método diagnóstico indicado é a nefrectomia parcial, por se tratar de tumor maligno, não sendo necessário outro método diagnóstico.
- (B) Indica-se a realização de tomografia computadorizada de abdome com contraste para estudo do realce da massa e da presença ou não de gordura em sua composição.
- (C) Trata-se de lesão cujo diagnóstico inicial é a ablação por radiofrequência, não sendo necessário outro método diagnóstico.
- (D) Indica-se a tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT), método de eleição para diagnóstico diferencial de massas renais.
- (E) Indica-se a biópsia renal percutânea como método diagnóstico inicial das massas renais.

QUESTÃO 15

Uma paciente de 83 anos de idade deu entrada no serviço de emergência, trazida pelos familiares, inconsciente, necessitando de intubação orotraqueal. A filha informou que encontrou a mãe no chão do banheiro com chuveiro ligado, desacordada e com a cabeça ensanguentada. Ao exame físico, apresenta ferimento corto-contuso profundo em couro cabeludo com equimose de órbita esquerda, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular abolido em hemitórax esquerdo, com hipertimpanismo, pressão arterial (PA) de 80 mmHg x 50 mmHg, frequência cardíaca (FC) de 120 bpm, pulso fino. Foi realizada drenagem torácica esquerda imediata na sala de emergência, com saída de ar pelo dreno de tórax e boa expansibilidade pulmonar à ausculta. Após realização de radiografia de tórax, verificou-se presença de fratura em 3 costelas e em úmero proximal, todos à esquerda. A filha refere que a paciente teve uma queda da própria altura em casa há 30 dias, imperceptível, e que, nos últimos 15 dias, vinha se queixando de episódios esparsos de tontura.

Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa correta, quanto à melhor hipótese diagnóstica e à melhor conduta.

- (A) Trata-se de hematoma subdural crônico agudizado, havendo indicação imediata de tomografia computadorizada do crânio.
- (B) Trata-se de traumatismo cranioencefálico, podendo estar associado a hematoma subdural crônico agudizado como causa primária do trauma, havendo indicação de tomografia computadorizada do crânio.
- (C) Trata-se de politraumatismo, podendo estar associado a hematoma subdural crônico agudizado como causa primária do trauma, havendo indicação de drenagem torácica e de tomografia computadorizada do crânio.
- (D) Trata-se de politraumatismo, podendo estar associado a hematoma subdural crônico agudizado como causa primária do trauma e(ou) vítima de violência contra o idoso, havendo indicação de drenagem torácica e de tomografia computadorizada do crânio.
- (E) Trata-se de politraumatismo grave, com fraturas múltiplas, havendo indicação de radiografia simples de todos os segmentos do corpo e avaliação do ortopedista na avaliação primária.

QUESTÃO 16

Quanto à abreviação do jejum pré-operatório, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se da liberação da dieta, por via oral ou enteral, dentro das primeiras 24 horas no pós-operatório.
- (B) Trata-se de procedimento aplicado a indivíduos obesos, com administração de solução de carboidratos 2 horas antes do procedimento cirúrgico.
- (C) Os benefícios da abreviação do jejum são menos intensos nos indivíduos submetidos a procedimento cirúrgico de grande porte, uma vez que o quadro de resistência insulínica é proporcional ao trauma cirúrgico.
- (D) O aumento da resistência à insulina após o uso de soluções de carboidrato deve-se, possivelmente, à capacidade da glicose de modular a resposta catabólica e inflamatória inerente ao trauma cirúrgico.
- (E) Atualmente, recomenda-se, para a maioria dos pacientes candidatos a procedimentos eletivos, líquidos contendo carboidratos ingeridos até 2 horas antes da anestesia.

QUESTÃO 17

Compareceu a uma consulta um paciente de 68 anos de idade, masculino, ECOG 2, com diagnóstico de câncer de papila duodenal, estágio I, em programação de tratamento com duodenopancreatectomia com linfadenectomia, sendo indicado o protocolo de pré-habilitação cirúrgica.

Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa correta, em relação ao conceito e aos princípios desse modelo de intervenção do paciente cirúrgico.

- (A) Esse protocolo está incluído nos programas de recuperação ampliada após a cirurgia, como o ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) e o Projeto ACERTO, que empregam planos de cuidados intra e pós-operatórios com a intenção de acelerar a recuperação.
- (B) Trata-se de uma intervenção multifatorial com exercícios físicos estruturados, otimização da nutrição, suporte psicológico, combate à anemia e interrupção de comportamentos negativos para a saúde, como fumo, consumo de bebidas alcoólicas e alguns medicamentos, com vistas a melhorar os resultados pós-operatórios.
- (C) Trata-se de intervenção que consiste em protocolo específico de cuidados intraoperatórios de otimização do tempo cirúrgico para melhorar recuperação do paciente cirúrgico.
- (D) Trata-se de intervenção de liberação precoce da dieta pós-operatória, com associação do uso de probióticos administrados no período perioperatório, minimizando complicações de cirurgias gastrointestinais.
- (E) Trata-se de intervenção que consiste em protocolo específico de cuidados pré-operatórios de otimização do tempo cirúrgico e administração de glutamina para melhorar recuperação do paciente cirúrgico.

QUESTÃO 18

Trata-se de paciente de 67 anos de idade, masculino, em pós-operatório de uma laringectomia total com esvaziamento cervical bilateral por carcinoma de laringe com metástases cervicais bilaterais. No 3.º dia pós-operatório do início da dieta enteral, evoluiu com saída pelo dreno cervical direito de líquido de aspecto esbranquiçado e ar. A sonda enteral estava bem locada ao exame radiográfico. Ao exame físico, apresenta sinais de hiperemia local ao redor da ferida operatória do pescoço com saída de pequena quantidade de secreção purulenta.

Nesse caso clínico hipotético, o provável diagnóstico é

- (A) fístula linfática, podendo estar associada a fístula faringocutânea.
- (B) fístula quilosa, somente.
- (C) fístula faringocutânea, devido à saída de líquido de aspecto leitoso pelo dreno, compatível com a dieta enteral.
- (D) infecção de ferida operatória, sem outras particularidades.
- (E) fístula traqueocutânea infectada, devido à deiscência de sutura da faringe.

QUESTÃO 19

Paciente de 65 anos de idade, masculino, diabético tipo 2, foi encaminhado para centro de cirurgia bariátrica para avaliação de sua obesidade e opções terapêuticas. Atualmente, faz uso de 30 UI de insulina NPH antes do café da manhã e 70 UI antes e depois do jantar, 850 mg de metformina (duas vezes ao dia), atorvastatina, nifedipina, alopurinol e aspirina. Tem apneia do sono e está fazendo uso de equipamento de CEPAP. Já tentou inúmeros programas de emagrecimento sob supervisão médica nos últimos 5 anos, tendo obtido perda de peso, mas com reganho depois de um período, não conseguindo a manutenção dos hábitos e das recomendações nutricionais. Seu IMC é de 46,6 kg/m², de evolução há 30 anos.

Considerando esse caso clínico hipotético, assinale a alternativa correta, quanto aos critérios de indicação da cirurgia bariátrica.

- (A) Esse paciente apresenta, em princípio, indicação da cirurgia bariátrica, pois apresenta IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$, com comorbidades que ameaçam a vida.
- (B) Esse paciente apresenta indicação de cirurgia restritiva, pois necessita de perda acentuada de peso (IMC menor que 50 kg/m²).
- (C) O referido paciente não tem indicação de cirurgia mista, pois tem obesidade instalada há mais de 5 anos.
- (D) O referido paciente tem indicação de banda gástrica, pois necessita de perda acentuada e sustentável de peso.
- (E) As contraindicações absolutas da cirurgia bariátrica incluem doença cardiovascular não controlada, doença pulmonar em estágio terminal, transtornos psiquiátricos (mesmo que controlados) e vigência de uso de drogas ilícitas.

QUESTÃO 20

A causa mais frequente de perda de retalho microcirúrgico é

- (A) trombose arterial.
- (B) trombose venosa.
- (C) vasoespasma arterial.
- (D) insuficiência arterial secundária a erro técnico da anastomose.
- (E) infecção.

QUESTÃO 21

Criança de 9 meses de vida, masculino, apresenta choro excessivo, dor abdominal intermitente e letargia há 10 horas. Ao exame físico, apresenta caroço em “salsicha” em hipocôndrio direito e sangue nas fezes, estável.

Assinale a alternativa que apresenta o melhor tratamento nesse caso clínico.

- (A) hidratação endovenosa, passagem de sonda nasogástrica
- (B) hidratação endovenosa, enema terapêutico
- (C) hidratação endovenosa, cirurgia com ressecção segmentar intestinal
- (D) hidratação endovenosa, sondagem nasogástrica com injeção de ar
- (E) hidratação endovenosa, cirurgia com ordenha retrograda e apendicectomia.

QUESTÃO 22

Paciente de 60 anos de idade, tabagista e etilista, foi encontrado inconsciente após vários episódios de vômito. Logo após esse episódio, ele foi diagnosticado com pneumomediastino e derrame pleural esquerdo na radiografia de tórax.

Com base nesse caso clínico, assinale, entre as alternativas a seguir, aquela que apresenta a causa mais provável do pneumomediastino.

- (A) perfuração esofágica
- (B) lesão traqueobrônquica
- (C) extensão do pneumotórax
- (D) ruptura dos alvéolos terminais por pressão gerada por tosse ou esforço contra uma glote fechada
- (E) trauma penetrante

QUESTÃO 23

Quanto ao conceito e ao uso dos retalhos cutâneos, assinale a alternativa correta.

- (A) Retalhos axiais são assim denominados porque o suprimento de sangue é um vaso dominante que corre horizontalmente ao longo do seu eixo de rotação.
- (B) Retalhos cutâneos randomizados não dependem do suprimento de sangue da derme e plexo vascular subdérmico suprido por perfurantes artérias.
- (C) Os retalhos fasciocutâneos são a escolha preferida de retalho para uma ferida contaminada ou com osteomielite.
- (D) Na prática, existem relativamente poucos retalhos cutâneos axiais, sendo que a maioria destes são representados como retalhos músculo-aponeuróticos.
- (E) Retalhos cutâneos randomizados podem apresentar arranjos geométricos e avanço do tecido, como, por exemplos, os retalhos de rotação, Z-plastia, avanço V-Y e romboide.

QUESTÃO 24

Uma mulher de 55 anos de idade apresenta quadro súbito de dificuldade respiratória 7 dias após uma colectomia por adenocarcinoma do cólon, sem intercorrências até este momento. O exame físico revela murmúrio vesicular diminuído nas bases pulmonares. A radiografia de tórax revela atelectasia do segmento inferior do lobo pulmonar esquerdo.

Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta e o tratamento mais adequado nesse momento.

- (A) oferecer oxigênio suplementar e iniciar a fisioterapia respiratória
- (B) oferecer oxigênio suplementar e iniciar fisioterapia respiratória e antibioticoterapia
- (C) iniciar antibioticoterapia e realizar broncoscopia imediata para abrir o pulmões
- (D) oferecer oxigênio suplementar, ultrassom Doppler venoso de membros inferiores, tomografia helicoidal de tórax com contraste e considerar iniciar a terapia empírica com heparina
- (E) estimular a deambulação precoce

QUESTÃO 25

Trata-se de uma mulher de 80 anos de idade, acamada, com história de demência grave e acidente vascular cerebral. Notam-se dois dedos do pé esquerdo com sinais de gangrena e hiperemia. Ao exame físico, apresenta temperatura normal do membro inferior, pulso poplíteo esquerdo diminuído e pulso pedioso esquerdo não palpável. Membro inferior direito apresenta pulso femoral normal e pulsos poplíteo e pedioso diminuídos. O primeiro e o segundo dedos do pé esquerdo apresentam escaras escuras na ponta, com eritema circundante estendendo-se até o meio do pé.

Assinale a alternativa que apresenta a opção de tratamento mais adequada nesse caso clínico.

- (A) realizar angiografia da aorta e do membro inferior esquerdo para identificar as regiões de oclusão e tratar por meio de angioplastia e colocação de *stent*; depois que o fluxo sanguíneo for restabelecido para o pé, prosseguir com a amputação do dedo do pé e curativo local
- (B) realizar angiografia da aorta e do membro inferior esquerdo, seguido de uma operação de *bypass* arterial para restaurar o fluxo para o membro inferior; depois que o fluxo sanguíneo for restabelecido para o pé, prosseguir com a amputação do dedo do pé e curativo local
- (C) iniciar terapia com heparina
- (D) realizar a amputação abaixo do joelho esquerdo
- (E) colocar curativo e realizar antibioticoterapia de longo prazo

QUESTÃO 26

Quanto à hemorragia digestiva por hipertensão portal, assinale a alternativa **incorreta**.

- (A) As causas de hipertensão portal podem ser sinusoidais, pré-sinusoidais e pós-sinusoidais.
- (B) Esquistossomose e cirrose são exemplos de causa sinusoidal de hipertensão portal.
- (C) Síndrome de Budd Chiari é um exemplo de causa pós-sinusoidal de hipertensão portal.
- (D) Hipertensão portal segmentar diz respeito a trombose da veia esplênica causando hipertensão em apenas um setor do território da circulação portal.
- (E) Trombose das veias supra-hepáticas é um exemplo de causa pós-sinusoidal de hipertensão portal.

QUESTÃO 27

Assinale a alternativa **incorreta**.

- (A) Síndrome de Mallory Weiss é uma causa de hemorragia digestiva alta, e seu tratamento padrão-ouro é o endoscópico.
- (B) Lesão de Dieulafoy diz respeito a malformações vasculares de vasos arteriais da submucosa gástrica que, expostas aos ácidos da secreção gástrica, podem erodir e causar hemorragia digestiva.
- (C) Hemobilia é uma causa frequente de sangramento digestivo alto; ocorre através das vias biliares para o trato digestivo.
- (D) O tratamento cirúrgico das hemorragias digestivas por lesão de Dieulafoy pode incluir a necessidade de gastrectomia.
- (E) Gastrites erosivas hemorrágicas são causas de hemorragia digestiva, sendo que, na maioria dos casos, o sangramento é autolimitado.

QUESTÃO 28

Em relação às lesões químicas do esôfago, assinale a alternativa **incorreta**.

- (A) Ácidos produzem necrose de coagulação, ao passo que substâncias alcalinas produzem necrose de liquefação.
- (B) Lesões provocadas por substâncias ácidas tendem a ser menos profundas, com seu acometimento maior em extensão, ao passo que as lesões por substâncias alcalinas causam maior comprometimento em profundidade do órgão.
- (C) Pacientes com história de ingestão de agentes químicos alcalinos podem ter lesões concomitantes em esôfago e estômago (dupla lesão de Goni – Moreno).
- (D) Em pacientes com lesão esofágica Zagar 2B, não se deve passar sonda enteral devido ao risco de perfuração do órgão.
- (E) Pacientes com lesão esofágica Zagar 3B têm indicação de esofagectomia de urgência, segundo maioria da literatura especializada.

QUESTÃO 29

A respeito do tratamento das hemorragias digestivas causadas por hipertensão portal, assinale a alternativa correta.

- (A) Tratamento cirúrgico está sempre indicado na primeira ocorrência de hemorragia digestiva alta por hipertensão portal devido a cirrose hepática.
- (B) Tratamento endoscópico está indicado para controle do sangramento, desde que, posteriormente, seja realizado o devido procedimento cirúrgico.
- (C) Balão esofágico deve ser usado de rotina nos casos de hemorragia digestiva alta por hipertensão portal.
- (D) Balão esofágico deve ser insuflado com uma pressão de dois terços da pressão arterial média do paciente.
- (E) Nunca está indicada abordagem via radiointervenção.

QUESTÃO 30

Acerca da síndrome de Fournier, assinale a alternativa **incorreta**.

- (A) Trata-se de uma infecção perineal acompanhada de necrose das fáscias de Buck, Scarpa e Colles.
- (B) O tratamento envolve debridamento cirúrgico e antibioticoterapia de largo espectro.
- (C) É obrigatória a confecção de colostomia terminal ou em alça para desvio de trânsito intestinal.
- (D) Essa síndrome normalmente acomete pacientes com algum grau de comprometimento imunológico.
- (E) Exames de imagem podem auxiliar o diagnóstico, mas não devem retardar o procedimento operatório, uma vez que tais pacientes podem desenvolver rapidamente choque séptico.

QUESTÃO 31

Quanto ao tratamento cirúrgico das hemorragias digestivas altas por úlceras pépticas, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se da primeira escolha para tratamento das úlceras duodenais com sangramento.
- (B) A cirurgia realizada é sempre a gastrectomia parcial, independentemente da localização da úlcera.
- (C) Deve ser indicada cirurgia precoce para paciente estável hemodinamicamente, uma vez que o paciente será operado em melhores condições clínicas.
- (D) Nunca deve ser feita a reconstrução à Billroth II, devido ao alto risco de desenvolvimento posterior de neoplasia de boca anastomótica.
- (E) Cirurgia deve ser indicada para pacientes com falha de tratamento endoscópico (impossibilidade de controlar o sangramento durante endoscopia).

QUESTÃO 32

Quanto às colecistites agudas, assinale a alternativa **incorreta**.

- (A) A ultrassonografia para diagnóstico da colecistite aguda apresenta boa sensibilidade e especificidade, apesar de ser um exame examinador dependente.
- (B) A pancreatite aguda biliar é considerada um diagnóstico diferencial, devido ao quadro clínico semelhante.
- (C) Quando há icterícia associada, deve-se considerar as hipóteses de coledocolitíase concomitante, hepatite transmissível, peritonite filtrante biliar ou coleperitônio.
- (D) O tratamento preferencial é cirúrgico, mas, em alguns casos particulares, pode-se considerar a realização de tratamento clínico.
- (E) A etiologia é sempre biliar.

QUESTÃO 33

Acerca do tratamento cirúrgico realizado na urgência/emergência para hemorragias digestivas por hipertensão portal, assinale a alternativa correta.

- (A) A cirurgia de escolha para tratamento na urgência é preferencialmente a cirurgia de Warren, que apresenta bons resultados quando realizada em pacientes cirróticos e esquistossomóticos.
- (B) A derivação porto-cava calibrada não é uma escolha na urgência, devido à alta taxa de encefalopatia hepática desenvolvida pelos pacientes no pós-operatório.
- (C) Esse tratamento pode ser indicado em casos de hemorragia digestiva alta refratária a tratamento endoscópico e balão esofágico na urgência, quando não há possibilidade de passagem de TIPS (*transjugular intrahepatic portosystemic shunt*).
- (D) A derivação mesentérico-cava não é uma opção se houver trombose da porta.
- (E) A desconexão ázigo portal (DAPE) é a cirurgia mais indicada para tratamento na urgência de hemorragia digestiva em paciente sabidamente cirrótico.

QUESTÃO 34

Em relação às hemorragias digestivas baixas (HDB), assinale a alternativa **incorreta**.

- (A) A doença diverticular dos cólons é a causa mais comum em adultos.
- (B) Em crianças, a causa mais comum de sangramento digestivo baixo é o divertículo de Meckel, cujo diagnóstico pode ser feito por meio de cintilografia com hemácias marcadas, objetivando marcação de mucosa gástrica ectópica ao estômago.
- (C) Deve-se pensar em retites e(ou) colites actínicas em pacientes com HDB que têm antecedente de tratamento radioterápico para neoplasias de colo de útero e próstata.
- (D) Doenças inflamatórias intestinais (Crohn e retocolite ulcerativa) e tuberculose intestinal são causas de HDB.
- (E) Exame proctológico e colonoscopia são importantes na abordagem da HDB na urgência.

QUESTÃO 35

Assinale a alternativa correta.

- (A) Pacientes com peritonite difusa devem ser submetidos obrigatoriamente a laparotomia mediana para permitir a adequada limpeza da cavidade abdominal.
- (B) Em pacientes do sexo biológico feminino, na dúvida diagnóstica, a laparoscopia é uma boa via de acesso.
- (C) Pacientes com peritonite difusa podem ser submetidos a vias de acesso localizadas (incisão de Davis ou Mc Burney), desde que sejam mantidos drenos abdominais e antibioticoterapia por, pelo menos, 14 dias.
- (D) São indicações de drenagem na apendicite aguda o abscesso localizado, a peritonite difusa (drenos nos quatro quadrantes abdominais) e o comprometimento da base apendicular.
- (E) Em casos de autólise do apêndice, a colectomia está sempre indicada.

Caso clínico para as questões 36 e 37.

Um paciente de 70 anos de idade compareceu ao pronto-socorro com queixa de dor abdominal em cólica, há 9 dias, com piora progressiva de sua intensidade, tendo feito uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), sem melhora. A dor apresentou piora significativa e se tornou contínua há 1 dia. Refere associação de vômitos tardios e parada da eliminação de gases e fezes ao quadro clínico no período. Foi submetido a tomografia computadorizada de abdome que evidenciou grande distensão de alças colônicas, com ceco de diâmetro aproximado de 10 cm, região de aparente estenose em transição retossigmoide, que pode corresponder a processo neoplásico e pneumoperitônio.

QUESTÃO 36

Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa correta, em relação ao provável diagnóstico do paciente em questão.

- (A) Trata-se de abdome agudo perfurativo, com provável perfuração de ceco relacionada ao uso de AINE; a conduta indicada é a laparotomia exploradora.
- (B) Trata-se de abdome agudo obstrutivo complicado, com provável perfuração da área da neoplasia; a conduta indicada é a laparotomia exploradora.
- (C) Trata-se de abdome agudo perfurativo, com provável perfuração da área da neoplasia; a conduta indicada é a laparotomia exploradora.
- (D) Trata-se de abdome agudo obstrutivo complicado em alça fechada, com provável perfuração de ceco; a conduta indicada é a laparotomia exploradora.
- (E) Trata-se de abdome agudo obstrutivo não complicado; a conduta indicada é a laparotomia exploradora.

QUESTÃO 37

Considerando que seja indicada a laparotomia exploradora, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada no caso desse paciente.

- (A) colectomia total
- (B) retossigmoidectomia, colostomia à Hartmann e sutura de perfuração/laceração do ceco
- (C) retossigmoidectomia, anastomose primária e sutura de perfuração/laceração do ceco
- (D) colostomia em alça e sutura de perfuração/laceração de ceco
- (E) hemicolectomia direita, ileotransverso anastomose e retossigmoidectomia à Hartmann, preservando-se o cólon transverso

QUESTÃO 38

Um paciente de 63 anos de idade compareceu ao pronto-socorro com queixa de distensão abdominal e dor abdominal difusa em cólica associadas a interrupção da eliminação de fezes. Refere que não está se alimentando. Não sabe referir presença de flatos nem tempo exato da história clínica. Ao exame físico abdominal, apresenta abdome distendido, timpânico, doloroso difusamente à palpação, sem sinais de peritonite. Ao toque retal, apresenta neoplasia tocável a 6 cm, aproximadamente, da borda anal, estenosante. Foi solicitada radiografia de abdome, que evidenciou grande distensão de alças de cólon, com nível hidroaéreo quando em ortostase. Foi feito diagnóstico de abdome agudo obstrutivo e indicou-se abordagem cirúrgica.

Nesse caso, a conduta cirúrgica mais adequada para esse paciente na urgência é

- (A) colostomia em alça para posterior programação de tratamento radioterápico e quimioterápico e, se possível, ressecção de neoplasia primária eletivamente.
- (B) amputação abdominoperineal do reto, ressecando-se a neoplasia na urgência e mantendo-se paciente com colostomia definitiva.
- (C) colostomia terminal (à Hartmann), com secção próxima à reflexão peritoneal sem abri-la, para melhorar quadro obstrutivo e programação de tratamento cirúrgico eletivo após realização de radioterapia e quimioterapia ambulatorial.
- (D) proctocolectomia total e ileostomia definitiva.
- (E) retossigmoidectomia à Hartmann com abertura da reflexão peritoneal para acesso ao reto médio e baixo, ressecção com margem cirúrgica de segurança distal próxima à borda anal.

QUESTÃO 39

Paciente de 57 anos de idade, trabalhador da construção civil, comparece ao pronto-socorro com queixa de dor inguinal à direita de forte intensidade há 3 dias, associada a quadro de distensão abdominal. Ao exame físico, o abdome revela-se globoso, moderadamente distendido, porém depressível à palpação, sem sinais de peritonite. Há presença de abaulamento em região inguinal direita, não redutível; ausência de hiperemia local.

Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de provável hérnia inguinal encarcerada, porém deve-se solicitar exames de imagem complementares (tomografia ou ultrassom) para a definição diagnóstica.
- (B) Trata-se de provável hérnia inguinal estrangulada; por isso, a abordagem deve ser por laparotomia.
- (C) Trata-se de provável hérnia inguinal encarcerada; por isso, a conduta é tentar reduzir manualmente a hérnia para programar tratamento definitivo ambulatorial.
- (D) Trata-se de provável hérnia inguinal encarcerada ou estrangulada, e a conduta inicial é a abordagem por inguinotomia direita; caso haja confirmação de alça isquêmica e seja necessária a ressecção, deve-se realizar conversão da via de acesso para laparotomia, obrigatoriamente.
- (E) Trata-se de provável hérnia inguinal encarcerada ou estrangulada, e a conduta inicial é abordagem por inguinotomia direita; caso haja confirmação de alça isquêmica e seja necessária a ressecção, deve-se realizar a enterectomia pela própria inguinotomia.

QUESTÃO 40

Considere os seguintes mecanismos de trauma ou achados clínicos e lesões.

- 1) sinal do cinto de segurança
- 2) queda de grandes alturas
- 3) ferimento penetrante em zona de Ziedler
- 4) ferimento penetrante de parede abdominal anterior
- a) lesão de intestino delgado
- b) lesão de ducto arterioso da aorta
- c) fratura de Chance
- d) lesão cardíaca

Com base nessas informações, assinale a alternativa que relaciona corretamente o mecanismo de trauma ou achado clínico à provável lesão correspondente.

- (A) 1a / 2b / 3c / 4d
- (B) 1c / 2b / 3d / 4a
- (C) 1b / 2c / 3a / 4d
- (D) 1c / 2d / 3b / 4a
- (E) 1d / 2b / 3c / 4a

QUESTÃO 41

Paciente gestante de 32 semanas, vítima de atropelamento por automóvel a 40 km/h em via pública, foi levada por bombeiros ao pronto-socorro, em prancha longa e com colar cervical. O exame físico revela o seguinte: vias aéreas pervias com colar cervical; murmúrio vesicular presente bilateral; frequência cardíaca de 110 bpm; tempo enchimento capilar igual a 3 segundos, extremidades frias, FAST negativo, bacia estável, abdome gravídico; pupilas isocóricas e fotorreagentes, Glasgow 14; ferimento corto-contuso em couro cabeludo em região parietal direita de 2 cm, escoriações em face, membros superiores e inferiores, sem sangramento vaginal ou retal; deformidade em tornozelo esquerdo.

Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa correta.

- (A) A paciente apresenta sinais de choque hipovolêmico; devem ser feitos dois acessos venosos periféricos calibrosos em membros superiores com início de infusão de ringer lactato aquecido e a paciente deve ser encaminhada imediatamente para centro cirúrgico para ser submetida a lavado peritoneal diagnóstico e para descartar lesão abdominal.
- (B) A paciente apresenta sinais de choque hipovolêmico; devem ser feitos dois acessos venosos periféricos calibrosos em membros superiores com início de infusão de ringer lactato aquecido; deve ser solicitada avaliação imediata da equipe de ginecologia e obstetrícia e realizar cesariana de urgência.
- (C) A paciente apresenta sinais de choque hipovolêmico, com grande chance de ter lesão de órgão abdominal, devendo, portanto, ser submetida a laparotomia exploradora.
- (D) A paciente apresenta sinais de choque hipovolêmico; devem ser feitos dois acessos venosos periféricos calibrosos em membros superiores com início de infusão de ringer lactato aquecido; deve-se realizar manobra de mobilização do útero gravídico para o lado esquerdo, deslocando-o de cima da veia cava inferior, com o objetivo de melhorar o retorno venoso; deve ser feita interconsulta com equipe de obstetrícia para avaliar a vitalidade fetal.
- (E) Gestantes traumatizadas devem sempre receber primeiro o atendimento da equipe de ginecologia e obstetrícia; somente depois, caso seja necessário, esta equipe deve solicitar avaliação da equipe de cirurgia geral.

QUESTÃO 42

Considera-se via aérea definitiva no trauma

- (A) tubo endotraqueal com *cuff* insuflado, conectado a fonte de oxigênio, podendo ser intubação oro ou nasotraqueal, ou vias aéreas cirúrgicas como cricotireoidostomia e traqueostomia.
- (B) somente a traqueostomia, desde que haja tubo com *cuff* insuflado, conectado a fonte de oxigênio.
- (C) somente cricotireoidostomia ou traqueostomia, desde que haja tubo com *cuff* insuflado, conectado a fonte de oxigênio.
- (D) somente intubação orotraqueal, desde que haja tubo com *cuff* insuflado, conectado a fonte de oxigênio.
- (E) máscara laríngea, desde que conectada a fonte de oxigênio.

QUESTÃO 43

Um paciente foi levado pelo SAMU ao pronto-socorro, vítima de ferimento penetrante por arma branca em região de quarto espaço intercostal à esquerda, linha hemiclavicular. Sua avaliação primária era a seguinte: vias aéreas pervias, com saturação de O₂ igual a 94% em ar ambiente; murmúrio vesicular presente bilateral; frequência cardíaca de 90 bpm, pulso cheio; pupilas isocóricas e fotorreagentes, Glasgow 15; ferimento de aproximadamente 1 cm em região de quarto espaço intercostal à esquerda, linha hemiclavicular.

Considerando esse caso clínico, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente deve ser submetido a toracotomia anterolateral esquerda, devido à grande chance de o ferimento ter atingido o coração.
- (B) Como o paciente está estável, é correto concluir, com certeza, que o ferimento não atingiu coração; portanto, o paciente deve ser submetido à sutura do ferimento e receber alta hospitalar.
- (C) O paciente está estável, então provavelmente o ferimento não atingiu coração; ele deve ser mantido internado, em observação, por 12 horas, e, caso permaneça estável durante esse período, pode receber alta hospitalar.
- (D) Como o paciente está estável hemodinamicamente, é correto concluir que o ferimento certamente não atingiu o coração, mas o paciente deve, pelo menos, realizar uma radiografia de tórax para garantir que não apresenta pneumotórax oculto antes da alta.
- (E) O paciente está estável hemodinamicamente, porém existe uma chance razoável de o ferimento ter atingido o coração; é necessária essa investigação por meio de ecocardiograma, se disponível, ou através de janela pericárdica cirúrgica.

QUESTÃO 44

A videolaparoscopia no trauma

- (A) nunca deve ser realizada.
- (B) pode ser realizada em pacientes instáveis hemodinamicamente, desde que com cirurgião experiente.
- (C) é um ótimo método para avaliar cirurgicamente órgãos retroperitoneais.
- (D) tem papel importante, principalmente em pacientes vítimas de ferimentos penetrantes da parede abdominal anterior cuja penetração tenha permanecido em dúvida durante o exame físico e a exploração digital.
- (E) não é de grande valia para pacientes com lesões hepáticas por trauma abdominal fechado em tratamento não operatório com suspeita de bilioma.

QUESTÃO 45

Assinale a alternativa **incorreta**.

- (A) A lesão de bexiga extraperitoneal no trauma fechado geralmente é tratada não operatoriamente, mantendo-se sonda vesical de demora por 14 a 21 dias.
- (B) O sinal da “orelha de cachorro”, quando presente na cistografia, é indicativo de lesão intraperitoneal de bexiga.
- (C) A causa mais frequente de lesões de uretra membranosa é a queda à cavaleiro.
- (D) Lesões de uretra posterior estão presentes em até 20% dos casos de fratura de bacia, principalmente associadas à diástase de sínfise púbica.
- (E) O trauma renal pode ser tratado de forma não operatória, desde que o paciente não apresente instabilidade hemodinâmica devido a sangramento renal ou hematoma retroperitoneal em expansão.

QUESTÃO 46

Assinale a alternativa **incorreta**.

- (A) A exploração digital negativa descarta com segurança a possibilidade de lesão intra-abdominal nos ferimentos penetrantes dos flancos e(ou) do dorso em um paciente normal hemodinamicamente, sem peritonite.
- (B) A exploração digital negativa descarta com segurança a possibilidade de lesão intra-abdominal nos ferimentos penetrantes da parede abdominal anterior.
- (C) Na presença de evisceração de epíplon ou órgão abdominal pelo ferimento, a cirurgia exploradora da cavidade abdominal está indicada.
- (D) Na ausência de peritonite, evisceração ou instabilidade hemodinâmica em um ferimento penetrante por arma branca em flancos e(ou) dorso, a tomografia computadorizada com triplo contraste está indicada para avaliação de possíveis lesões.
- (E) Na exploração digital duvidosa nos ferimentos penetrantes por arma branca da parede abdominal anterior, pode-se recorrer à videolaparoscopia diagnóstica.

QUESTÃO 47

Assinale a alternativa **incorreta**.

- (A) A hipoxemia de causa respiratória ou hemodinâmica é fator que leva a injúrias cerebrais secundárias.
- (B) Se houver sinais indicativos de fratura de base de crânio (sinal do Guaxinim ou sinal de Battle), estão contraindicadas a passagem de sonda nasogástrica e a intubação nasotraqueal.
- (C) Se a avaliação da escala de coma de Glasgow for inferior ou igual a 8, deve-se estabelecer via aérea definitiva.
- (D) Alterações no diâmetro das pupilas e sua reatividade à luz podem mostrar sinais de deterioração neurológica.
- (E) Em pacientes com Glasgow menor que 15, desde que o paciente negue dor cervical, pode-se tirar o colar cervical com segurança.

Caso clínico para as questões de 48 a 50.

Um paciente — motociclista com capacete —, vítima de acidente moto contra automóvel, foi ejetado da moto e apresentou impacto frontal direto do corpo contra anteparo fixo, sendo desconhecida a velocidade dos veículos quando da colisão. O paciente foi intubado na cena do trauma pela equipe médica, com colar cervical e prancha longa, e levado por unidade móvel avançada ao pronto-socorro. Sua avaliação primária era a seguinte: sob intubação orotraqueal com colar cervical; murmúrio vesicular abolido à direita, hemitórax direito timpânico à percussão; frequência cardíaca de 120 bpm, pulso filiforme, tempo de enchimento capilar maior que 3 s, extremidades frias, abertura de sínfise púbica em torno de 2 cm; pupilas isocóricas e fotorreagentes, Glasgow 3T; múltiplas escoriações em membros inferiores, aumento de volume e deformidade de coxa direita, ferimento corto-contuso extenso em couro cabeludo parietal à direita; ao toque retal, próstata tópica, sem espículas ósseas.

QUESTÃO 48

Considerando esse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta as condutas que devem ser tomadas, de acordo com os princípios do ATLS, com base na avaliação primária descrita.

- (A) manter o colar cervical; realizar radiografia de tórax para avaliar presença de pneumotórax ou hemotórax; fazer acesso venoso periférico em membros superiores com infusão de ringer lactato aquecido; realizar FAST na sala do trauma; fechar anel pélvico com lençol
- (B) checar se tubo orotraqueal está bem posicionado, de preferência através de capnografia; manter colar cervical; realizar punção de alívio em hemitórax direito, seguido de drenagem deste; fazer acesso venoso periférico com infusão de ringer lactato e acionar protocolos de transfusão de hemoderivados; realizar FAST na sala do trauma; fechar anel pélvico com lençol; passar sonda vesical de demora
- (C) realizar radiografia, a qual é suficiente para checar tubo orotraqueal; manter colar cervical; realizar drenagem de hemitórax direito; fazer dissecação de veias safenas bilateralmente; realizar infusão de ringer lactato e acionar protocolos de transfusão de hemoderivados; realizar FAST na sala do trauma; fechar anel pélvico com lençol; passar sonda vesical de demora
- (D) manter colar cervical; realizar punção de alívio em hemitórax direito, seguido de drenagem deste; realizar dissecação de veias safenas bilateralmente; realizar infusão de ringer lactato e acionar protocolos de transfusão de hemoderivados; realizar FAST na sala do trauma; solicitar avaliação de ortopedistas, para que fixem bacia na sala do trauma; passar sonda vesical de demora
- (E) checar se tubo orotraqueal está bem posicionado através de ausculta do epigastro; realizar drenagem de hemitórax direito; fazer acesso venoso periférico com infusão de ringer lactato; realizar FAST na sala do trauma; não passar sonda vesical de demora, devido ao risco de lesão de uretra associado à fratura de bacia

QUESTÃO 49

Considere que o paciente tenha sido submetido a medidas de reanimação, mas não tenha apresentado melhora dos parâmetros hemodinâmicos, e que tenha sido realizado FAST na sala do trauma francamente positivo. Nesse caso, a conduta a ser tomada é

- (A) acionar a equipe de ortopedia, pois a imobilização da bacia com lençol não está efetiva, encaminhar à tomografia de corpo inteiro e, caso haja confirmação neste exame de lesão abdominal, indicar laparotomia exploradora.
- (B) encaminhar paciente ao setor de ultrassonografia para exame feito com radiologista e, caso este confirme o líquido livre visto no FAST, indicar tomografia de corpo inteiro; caso haja confirmação de lesão abdominal, indicar laparotomia exploradora.
- (C) prosseguir com avaliação secundária para avaliar possibilidade de choque neurogênico.
- (D) continuar reanimação volêmica em centro cirúrgico e indicar laparotomia exploradora.
- (E) otimizar reposição volêmica na sala do trauma com mais ringer lactato e aguardar melhora dos parâmetros hemodinâmicos; se não houver melhora, indicar laparotomia exploradora.

QUESTÃO 50

Considere que o paciente tenha sido submetido a abordagem cirúrgica e que, no inventário da cavidade abdominal, tenham sido encontrados: hemoperitônio volumoso; laceração hepática extensa com sangramento ativo envolvendo segmentos IV, V e VIII do fígado; hematoma retroperitônio zona III; lesão extensa de mesentério com alça de delgado de coloração arroxeada. Nessa situação, a abordagem cirúrgica mais adequada frente a esses achados cirúrgicos é

- (A) tamponamento da lesão hepática com compressas, ligadura de vasos do mesentério e enterectomia, com exploração do hematoma de zona III.
- (B) tamponamento da lesão hepática com compressas, ligadura de vasos do mesentério, mas tentando-se preservar a alça intestinal, sem explorar hematoma de zona III.
- (C) tamponamento da lesão hepática com compressas, ligadura de vasos do mesentério e enterectomia, sem explorar hematoma de zona III.
- (D) ligadura de vasos sangrantes do parênquima hepático, ligadura de vasos do mesentério, mas tentando-se preservar a alça intestinal, com exploração do hematoma de zona III.
- (E) manobra de Pringle, ligadura de vasos do mesentério e enterectomia, com exploração de hematoma de zona III.