

**Programas:**

Cirurgia do Aparelho Digestivo

Cirurgia Torácica

Cirurgia Vascular

Urologia

**RESIDÊNCIA MÉDICA IDOR 2026****CIRURGIA GERAL****13/12/2025**

Este caderno, com 24 páginas, contém 50 questões objetivas de Cirurgia Geral. Além deste caderno, você está recebendo um Cartão de Respostas.

**Observe as seguintes instruções, antes de iniciar a prova:**

- Após a autorização para abrir este caderno, verifique se a impressão, a paginação e a numeração das questões estão corretas. **Caso observe qualquer erro, notifique o fiscal.**
- Verifique, no Cartão de Respostas, se seu nome, número do CPF, número do documento de identidade, data de nascimento, número de inscrição estão corretos. **Se houver erro, notifique o fiscal.**
- Use apenas caneta de corpo transparente, preta ou azul, para assinar o cartão e marcar suas respostas, cobrindo totalmente o espaço que corresponde à letra da alternativa que melhor responde a cada questão.
- Além de sua assinatura, da transcrição da frase e da marcação das respostas, nada mais deve ser escrito ou registrado no Cartão, que não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado.

**Ao terminar a prova, entregue ao fiscal este caderno e o Cartão de Respostas.**

---

**INFORMAÇÕES GERAIS**

O tempo disponível para fazer as provas é de três horas. Nada mais poderá ser registrado após esse tempo.

É vedada a possibilidade de copiar suas respostas.

Nas salas de prova, não será permitido portar arma de fogo, fumar, usar relógio ou boné de qualquer tipo e utilizar lápis, lapiseiras, borrachas, corretores ortográficos líquidos ou similares.

Sofrerá eliminação o participante que, durante a prova, utilizar qualquer instrumento de cálculo e/ou qualquer meio de obtenção de informações, eletrônicos ou não, tais como calculadoras, agendas, computadores, rádios, telefones, smartphones, tablets, receptores, livros e anotações manuscritas ou impressas.

Sofrerá eliminação também o participante que se ausentar da sala levando consigo qualquer material de prova.

---

**BOA PROVA!**



## 01

Homem de 37 anos, previamente hígido, foi submetido há 10 dias a apendicectomia por via aberta (laparotomia). Relata que a ferida cirúrgica está fechada, sem dor intensa, secreção ou sinais inflamatórios exuberantes. Ao exame físico, observa-se incisão limpa, com leve eritema ao redor e bordas firmes, sem flutuação, deiscências ou presença de secreção purulenta.

Considerando o tempo pós-operatório e o processo normal de cicatrização, o estágio predominante da cicatrização da incisão cirúrgica nesse momento é fase:

- (A) proliferativa (fibroblástica ou de granulação).
- (B) de maturação ou remodelamento.
- (C) de necrose e contração tecidual.
- (D) inflamatória (exsudativa).

## 02

Mulher de 48 anos foi submetida, há 2 anos, a paratireoidectomia subtotal por hiperparatireoidismo primário, com implante de tecido paratireoideano no antebraço esquerdo. Ela procura atendimento por fadiga, fraqueza e poliúria. Exames laboratoriais mostram cálcio sérico de 11,2 mg/dL (normal: 8,5-10,5 mg/dL) e PTH de 320 pg/mL (normal: 15-65 pg/mL). O exame físico não evidencia massas cervicais, mas há discreto aumento de volume no antebraço esquerdo.

A conduta diagnóstica mais apropriada para localizar a origem do aumento excessivo de PTH na paciente é:

- (A) ultrassonografia cervical isolada.
- (B) biópsia do tecido do antebraço para confirmação histológica.
- (C) tomografia computadorizada de tórax para pesquisa de paratireoides ectópicas mediastinais.
- (D) determinação seletiva de PTH por punção do antebraço esquerdo e comparação com a dosagem no membro superior contralateral.

## 03

Homem de 34 anos procura atendimento por episódios de cefaleia intensa, sudorese e palpitações. Refere também diarreia intermitente e perda ponderal nos últimos meses. Ao exame físico, observa-se pressão arterial de 180 x 100 mmHg e presença de nódulo cervical anterior firme, móvel à deglutição. Os exames laboratoriais mostram: metanefrinas urinárias elevadas; calcitonina sérica muito aumentada; cálcio sérico elevado. A ultrassonografia de pescoço revela a existência de nódulo sólido em lobo direito da tireoide, e uma tomografia computadorizada de abdome evidencia existência de massa em adrenal direita.

Com base nesses achados, o diagnóstico mais provável é:

- (A) síndrome de Zollinger-Ellison.
- (B) neoplasia endócrina múltipla tipo 1 (NEM 1).
- (C) neoplasia endócrina múltipla tipo 2A (NEM 2A).
- (D) neoplasia endócrina múltipla tipo 2B (NEM 2B).

**04**

Homem de 58 anos é diagnosticado com adenocarcinoma gástrico. A endoscopia digestiva alta mostra uma lesão úlcero-infiltrante localizada no terço proximal do estômago (cárdia e fundo gástrico), sendo procedida biópsia cujo laudo é compatível com adenocarcinoma. A tomografia computadorizada de abdome de estadiamento evidencia linfonodos regionais aumentados, sem sinais de metástases hepáticas ou peritoneais. O paciente tem bom estado clínico e função cardiopulmonar preservada.

Considerando a localização tumoral e o objetivo de tratamento curativo, a estratégia cirúrgica mais adequada quanto à extensão da gastrectomia e do esvaziamento linfonodal seria gastrectomia:

- (A) subtotal distal com linfadenectomia D1 (linfonodos perigástricos).
- (B) proximal com linfadenectomia D1 (limitada aos linfonodos perigástricos).
- (C) total com linfadenectomia D3, ou seja, incluindo os linfonodos para-aórticos.
- (D) total com linfadenectomia D2, isto é, incluindo estações ao longo das artérias gástrica esquerda, esplênica e tronco celíaco.

**05**

No 4º dia pós-operatório de uma herniorrafia inguinal indireta recidivada à direita, com colocação de prótese pela técnica de Lichtenstein (aberta), o paciente apresenta dor e edema no testículo direito. O exame físico revela testículo direito doloroso, não apresentando a incisão cirúrgica sinais flogísticos.

A hipótese mais provável é:

- (A) orquite isquêmica.
- (B) secção do ducto deferente.
- (C) infecção da ferida operatória.
- (D) inclusão nervosa na linha de sutura.

**06**

Mulher de 42 anos procura atendimento médico após notar um nódulo indolor na região anterior do pescoço. O ultrassom de tireoide mostra nódulo sólido hipoecoico de 2,5 cm de diâmetro, localizado no lobo direito, com presença de microcalcificações e margens irregulares. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) é compatível com carcinoma papilífero de tireoide. Não há linfonodomegalias cervicais palpáveis, e a tomografia computadorizada da região cervical e tórax não evidencia metástases.

O tratamento cirúrgico mais adequado para esta paciente é:

- (A) tireoidectomia total, sem necessidade de esvaziamento cervical, pois não há evidências clínicas ou radiológicas de linfonodos metastáticos.
- (B) lobectomia direita com istmectomia, pois o tumor é menor que 4 cm e não há metástases.
- (C) tireoidectomia parcial apenas, pois o carcinoma papilífero tem baixo potencial maligno.
- (D) tireoidectomia total com esvaziamento cervical radical bilateral.

**07**

Homem de 62 anos procura atendimento por icterícia progressiva há três semanas, associada a colúria e acolia fecal. Relata perda ponderal de 6 kg no último mês, negando dor abdominal significativa. Ao exame físico, encontra-se icterico, sem sinais de ascite ou visceromegalias. Exames laboratoriais mostram bilirrubina total de 12 mg/dL (direta de 9 mg/dL) e fosfatase alcalina elevada. A tomografia computadorizada de abdome evidencia massa de 3 cm na cabeça do pâncreas, com dilatação do colédoco e do ducto pancreático principal, havendo contato menor que 180° da lesão tumoral com a veia mesentérica superior, ausência de invasão da artéria mesentérica superior ou veia porta, sem metástases hepáticas ou peritoneais. Com base nesse quadro, a conduta terapêutica mais adequada é:

- (A) contraindicar a ressecção tumoral, realizando apenas a derivação biliar por coledocojejunostomia paliativa.
- (B) indicar duodenopancreatectomia (procedimento de Whipple), pois o tumor é potencialmente ressecável.
- (C) indicar quimioterapia paliativa, pois a icterícia obstrutiva indica que a doença se encontra avançada.
- (D) realizar biópsia percutânea da lesão antes de proceder a qualquer tentativa cirúrgica.

**08**

Mulher de 48 anos, previamente hígida, é admitida no pronto-socorro com quadro de dor abdominal em andar superior, náuseas e vômitos há 24 horas. Exames laboratoriais revelam elevação de amilase e lipase séricas, além de leve aumento de bilirrubinas e transaminases. A ultrassonografia de abdome mostra vesícula biliar com múltiplos cálculos, tendo o colédoco calibre normal. O diagnóstico de pancreatite aguda biliar leve é confirmado. A paciente evolui bem com tratamento clínico conservador, apresentando melhora progressiva do quadro.

A conduta mais adequada em relação à possível indicação de colecistectomia no caso seria:

- (A) **não** realizar colecistectomia, pois o tratamento clínico é suficiente na pancreatite biliar leve.
- (B) indicar colecistectomia somente se houver recorrência de novos episódios de pancreatite aguda.
- (C) adiar a colecistectomia por pelo menos 6 semanas após a alta hospitalar, para evitar complicações operatórias.
- (D) realizar a colecistectomia durante a mesma internação, assim que houver resolução clínica da pancreatite.

**09**

Um homem de 68 anos, tabagista e portador de fibrilação atrial permanente – não anticoagulado por não alcançar pontuação compatível com a intervenção terapêutica, nos termos do escore CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc –, procura o pronto-socorro com dor abdominal intensa há 6 horas. Refere que a dor teve início súbito e é difusa. O exame físico, que mostra que o abdome se encontra pouco distendido e com discreta sensibilidade à palpação, revela uma desproporção entre a intensidade da dor e os achados semiológicos. Laboratorialmente, o paciente apresenta leucocitose e lactato sérico elevado. A tomografia computadorizada de abdome com contraste revela pneumatose intestinal, aeroportograma, dilatação das alças intestinais, com espessamento de sua parede, e borramento da gordura mesentérica.

Com base nesse quadro, o diagnóstico mais provável é:

- (A) pancreatite aguda grave.
- (B) apendicite aguda complicada por perfuração.
- (C) infarto enteromesentérico secundário a embolia arterial.
- (D) isquemia colônica associada a hipotensão arterial sistêmica.

**10**

Paciente de 19 anos, vítima de acidente automobilístico, ao dar entrada na unidade de emergência apresenta-se francamente dispneico e hipotenso. Ao exame físico, além da hipotensão arterial crítica (68 x 40 mmHg), taquicardia (134 bpm), taquipneia (32 irpm) e dessaturação (saturação periférica de O<sub>2</sub> de 88% em máscara de O<sub>2</sub> com reservatório), há turgência jugular patológica e redução da expansibilidade torácica à direita, onde o murmúrio vesicular é inaudível e a percussão revela timpanismo local; as bulhas cardíacas são normofonéticas.

A conduta indicada nesse momento é:

- (A) realizar intubação orotraqueal e iniciar ventilação mecânica.
- (B) proceder imediatamente a punção aspirativa do hemitórax direito.
- (C) encaminhar imediatamente ao centro cirúrgico para toracotomia.
- (D) providenciar exame radiográfico de tórax urgente para definir a conduta.

**11**

Jovem de 18 anos é levado à unidade de emergência após ter sido retirado de cachoeira onde, após "mergulhar de cabeça", apresentou um trauma no crânio. O paciente se encontra plenamente acordado e sem déficits neurológicos focais, mas com dor na região cervical média posterior. Obedecendo às orientações do protocolo (aplicado aos pacientes vítimas de trauma) NEXUS (National Emergency X-Radiography Utilization Study), é solicitado exame de imagem radiológico da coluna cervical.

Seguindo o mesmo protocolo, uma outra situação que indicaria a manutenção da imobilização cervical até obtenção de exame de imagem da coluna cervical seria:

- (A) diagnóstico de doença desmielinizante no passado.
- (B) uso crônico de analgésico, mesmo sem efeito psicotrópico.
- (C) histórico de osteoporose ou osteopenia em densitometria prévia.
- (D) presença de outra lesão decorrente do trauma que desvie a atenção de possível trauma cervical.

**12**

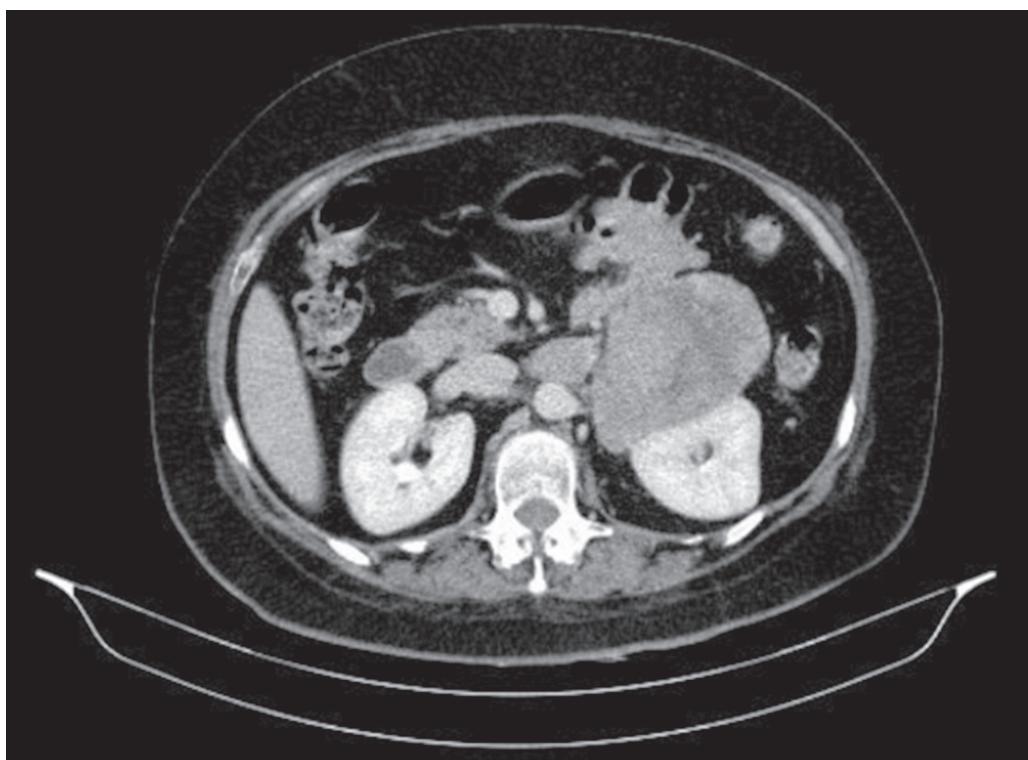
Mulher de 50 anos busca atendimento ambulatorial por queixa de dor abdominal associada com diarreia e rubor facial, de ocorrência intermitente há 3 meses. Nega cirurgias prévias, alergias ou uso de medicações. Ao exame físico, paciente está em regular estado geral, eupneica, afebril, com auscultação respiratória evidenciando murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios, estando o abdome flácido, peristáltico, doloroso à palpação profunda, sem massas palpáveis. Uma tomografia computadorizada do abdome e pelve identifica uma lesão nodular irregular, com realce pelo meio de contraste, de 1,6 cm de diâmetro, localizada no mesentério do mesogástrico, em íntimo contato com alça ileal.

O exame complementar mais adequado para confirmar a suspeita diagnóstica é:

- (A) ressonância magnética com gadolíneo.
- (B) ressonância magnética com ácido gadoxético.
- (C) tomografia por emissão de pósitrons com gálio-68.
- (D) tomografia por emissão de pósitrons com 18-fluorodesoxiglicose.

# 13

Paciente masculino de 32 anos, morador de área rural, busca atendimento em ambulatório de cirurgia geral após realizar exame de imagem que identificou uma tumoração em região retroperitoneal. Não há dados de história patológica pregressa relevantes, salvo episódios paroxísticos de hipertensão arterial sistêmica, cefaleia e palpitações. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, eupneico e afebril, com pressão arterial de 180 x 100 mmHg, frequência cardíaca de 82 bpm e saturação de oxigênio de 96% (ar ambiente); o abdome é flácido, peristáltico, indolor à palpação profunda; membros inferiores mostram rarefação de pelos, estando os pulsos pediosos presentes. O exame de fundo de olho revela presença de estreitamento das artérias da retina, hemorragias, manchas algodonosas e exsudatos compatíveis com retinopatia hipertensiva. Uma tomografia computadorizada de abdome identifica volumosa formação expansiva em região retroperitoneal esquerda, com área central cístico-necrótica, medindo aproximadamente 8,3 x 7,5 x 8,4 cm, que se encontra em íntimo contato com o rim esquerdo, veia renal esquerda e artéria aorta (ver figura abaixo).

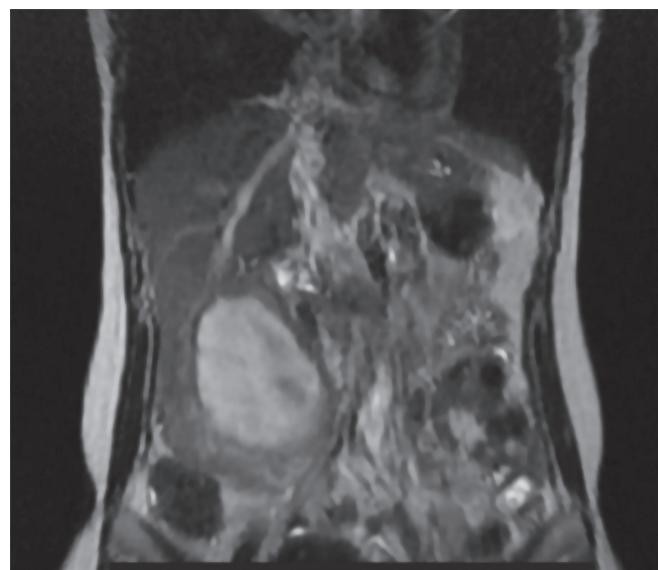


Corrobora com o diagnóstico suspeito a presença urinária de:

- (A) níveis elevados de ácido vanilmandélico.
- (B) baixa concentração urinária de potássio.
- (C) proteinúria acima de 500 gramas/dia.
- (D) BLCA-4.

## 14

Mulher de 36 anos busca ambulatório de cirurgia hepatobiliar após realizar ultrassonografia abdominal que identificou um nódulo hepático. Duas semanas após, retorna em consulta com exame de ressonância magnética abdominal (RMA) e exames laboratoriais solicitados na primeira consulta. A paciente nega diabetes mellitus e hipertensão arterial. Nega tabagismo, referindo etilismo social apenas durante os finais de semana. Refere ter prole constituída por dois filhos, está divorciada, tem vida sexual ativa com uso de preservativos e faz uso de pílula anticoncepcional. O laudo da RMA aponta fígado com lesão sólida no segmento VI com 5 cm de diâmetro, com realce por contraste na fase arterial, de conteúdo predominantemente gorduroso, adjacente a formação ovalar de conteúdo hemorrágico. Exames laboratoriais: hemoglobina de 12,2 g/dL; plaquetas de 301.000/mm<sup>3</sup>; INR 1,02; albumina 4,8 g/dL; bilirrubinas totais de 1,0 mg/dL; creatinina de 0,9 mg/dL; alfa-fetoproteína não detectada; anti-HCV negativo; anti-HBsAg de 700 mUI/mL; HBsAg não reagente; e HBeAg não reagente.



O diagnóstico e tratamento mais adequados são:

- (A) hiperplasia nodular focal; conduta conservadora.
- (B) adenoma hepático; hepatectomia atípica com ressecção da lesão.
- (C) hemangioma hepático; hepatectomia com ressecção do segmento VI.
- (D) metástase hepática; quimioterapia sistêmica com hepatectomia direita regrada.

## 15

Mulher de 20 anos busca atendimento médico por relato de nódulo mamário em mama esquerda, que foi percebido pela própria paciente. Ao exame físico, apresenta nódulo sólido indolor, elástico, localizado em quadrante superior externo e que se move sob a pele. À ultrassonografia abdominal, identifica-se lesão ovoide hipoeocoica bem definida, sem vascularização interna ou presença de microcalcificações.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) acantoma.
- (B) cisto mamário.
- (C) fibroadenoma.
- (D) carcinoma ductal invasivo.

## 16

Homem de 55 anos é submetido a hernioplastia inguinal esquerda. Durante o ato operatório, identifica-se que a hérnia ocorre medialmente aos vasos epigástricos inferiores, o que implica que a hérnia desse paciente seja classificada como:

- (A) hérnia femoral.
- (B) hérnia inguinal mista.
- (C) hérnia inguinal indireta.
- (D) hérnia inguinal direta.

## 17

Homem de 35 anos, motociclista, vítima de colisão com automóvel, foi encaminhado para um hospital municipal. Ao ser avaliado na sala vermelha, apresenta abertura ocular após pressão no leito ungueal, verbalização de sons incompreensíveis e flexão anormal dos membros superiores, estando com reatividade pupilar normal bilateralmente. Ao exame torácico, há evidências de pneumotorax à direita, estando a saturação de oxigênio no oxímetro de pulso em 90% (já com a máscara de  $O_2$ ).

A pontuação na escala de coma de Glasgow desse paciente é:

- (A) 6
- (B) 7
- (C) 8
- (D) 9

## 18

Mulher de 45 anos é atendida após explosão de gás em ambiente doméstico. A paciente possui peso estimado de 72 kg, altura de 1,60 metros e IMC de 28,12 kg/m<sup>2</sup>. À avaliação, apresenta queimaduras de 3º grau em toda a extensão do membro superior direito (faces anterior e posterior) e queimaduras de 2º grau em face anterior do tronco.

A área corporal queimada dessa paciente, estimada pela regra de Wallace, equivale a:

- (A) 36%
- (B) 30%
- (C) 27%
- (D) 18%

**19**

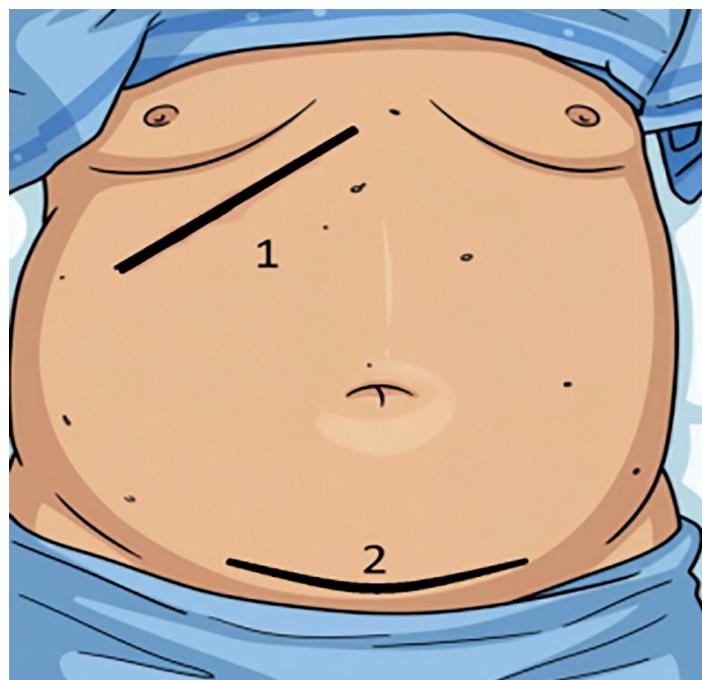
Mulher de 37 anos encontra-se em atendimento no serviço de cirurgia geral, em função de pós-operatório de tireoidectomia total. A paciente relata que vinha acompanhando um nódulo de tireoide de 1,5 cm que, durante o último exame de PAAF, veio com resultado de Bethesda IV. O resultado do histopatológico do nódulo descreve "presença de nódulo de tireoide contendo núcleos que apresentam aumento, alongamento, aglomeração e sobreposição, comclareamento da cromatina e marginação periférica, chamados de 'núcleos Orphan Annie Eye', com presença de corpos psamomatosos."

Os dados do exame histopatológico indicam tratar-se de um caso de:

- (A) linfoma tireoidiano primário.
- (B) carcinoma papilífero.
- (C) carcinoma medular.
- (D) carcinoma folicular.

**20**

O conhecimento da anatomia da parede abdominal e dos tipos possíveis de incisão cirúrgica é importante para o planejamento do cuidado ao paciente. Na imagem abaixo, está representada uma paciente feminina submetida previamente a uma colecistectomia, em razão do aspecto da incisão 1, e parto pela via cesariana (incisão 2).



As nomenclaturas das incisões realizadas para a colecistectomia e para a cesariana são, respectivamente:

- (A) Kocher e Pfannenstiel.
- (B) Davis e Pfannenstiel.
- (C) McBurney e Kocher.
- (D) Davis e McBurney.

## 21

Mulher de 52 anos é encaminhada ao centro cirúrgico para ser submetida a histerectomia total por laparoscopia. O procedimento inicia-se às 8 horas da manhã, sendo realizada indução anestésica (anestesia geral) com uso de midazolam, fentanil, rocurônio e propofol. A paciente é posicionada em decúbito dorsal e Trendelenburg, sendo realizada a incisão transumbilical e passagem de trocarte de 12 mm pela técnica de Hasson, com insuflação de CO<sub>2</sub>. Após a passagem dos trocartes e do manipulador uterino, a paciente evolui com bradicardia de 34 bpm e hipotensão arterial de 60 x 30 mmHg, sendo necessário interromper o procedimento para tratar o quadro.

A principal hipótese explicativa para o ocorrido é:

- (A) hipotensão arterial por hipovolemia devido ao intenso jejum pré-operatório.
- (B) resposta vagal consequente ao estímulo da insuflação do pneumoperitônio.
- (C) choque hemorrágico por acidente de punção com perfuração arterial.
- (D) choque anafilático a um dos agentes anestésicos.

## 22

Paciente de 70 anos encontra-se em pós-operatório de colectomia direita, com realização de anastomose primária eletiva, por adenocarcinoma de cólon diagnosticado em colonoscopia. No pré-operatório, apresentava tomografias computadorizadas de tórax, abdome e pelve normais. Retorna com resultado do exame histopatológico: "Produto de íleo terminal, ceco e cólon direito e linfadenectomia. Identificada lesão tumoral vegetante de 3 centímetros em ceco, que invade a submucosa e a muscular própria. Identificados 20 linfonodos, com presença de metástases em 2 linfonodos regionais. Ausência de infiltração vascular e perineural. Margens livres de neoplasia."

De acordo com a classificação TNM para tumores colorretais, o paciente encontra-se no estágio:

- (A) IV
- (B) IIC
- (C) IIB
- (D) IIIA

## 23

Paciente de 18 anos busca atendimento na unidade de emergência após trauma ocorrido durante jogo de futebol. Relata dor intensa no ombro direito, com dificuldade de movimentação local. Ao exame físico, observa-se elevação distal da clavícula em relação ao acrômio. Em um exame de imagem realizado na unidade, identifica-se que os ligamentos da articulação acromioclavicular estão lesionados, além de confirmar que a clavícula se encontra instável.

Além do ligamento acromioclavicular, os demais ligamentos lesionados nesse quadro de luxação acromioclavicular são:

- (A) trapezoide e conoide.
- (B) glenoumral e coracoumral.
- (C) supraespinhal e infraespinhal.
- (D) subescapular e redondo menor.

**24**

Mulher de 52 anos foi internada para realização de cirurgia eletiva de abdominoplastia. No pré-operatório, os exames estavam todos normais, sendo a paciente classificada como risco cirúrgico ASA I. Foi realizada a indução anestésica, sob anestesia geral, com sevoflurano, fentanil, propofol e atracúrio. A cirurgia iniciou sem intercorrências, porém após 1 hora de ato anestésico-cirúrgico, desenvolveu-se quadro de taquicardia, sudorese profusa, aumento da capnometria, rigidez muscular e hipertermia (41,5 °C).

Diante do exposto, além de hidratação intravenosa vigorosa e resfriamento ativo da paciente, a melhor conduta para o caso é:

- (A) infusão intravenosa contínua de noradrenalina, para tratamento do choque anafilático.
- (B) aumento da dose de atracúrio, para reduzir a rigidez muscular e o hipermetabolismo.
- (C) reversão da dose do fentanil com administração de naloxona.
- (D) administração de dantrolene sódico.

**25**

Homem de 35 anos busca ambulatório de cirurgia geral com queixas de disfagia e perda ponderal. Relata estar em tratamento para doença do refluxo gastroesofágico há cerca de 5 meses, mantendo no período alimentação de consistência líquida, sem conseguir ingerir sólidos, com disfagia progressiva, perdendo cerca de 12 kg desde o início dos sintomas. Realizou diversos exames complementares, entre os quais: endoscopia digestiva alta com presença de grande quantidade de resíduo alimentar semilíquido em todo o esôfago, sem erosões ou alteração de calibre, com a junção esofagogastrica (JEG) coincidindo com a constrição diafragmática; tomografia computadorizada de tórax e abdome evidenciando conteúdo líquido na região esofágica inferior; esofagomanometria mostrando que o esfíncter esofágiano inferior situa-se a 65 cm das narinas, com média da pressão esofágiana de repouso de 15,8 mmHg (Normal: 10 a 45 mmHg), ausência de relaxamentos após as deglutições de água, tendo todas as deglutições originado contrações sincrônica (aperistalse).

Em razão do quadro clínico e os resultados dos exames complementares realizados, o melhor tratamento para este paciente é:

- (A) esofagomiotomia a Heller com funduplicatura a Nissen.
- (B) by-pass gástrico com reconstrução em Y de Roux.
- (C) hiatoplastia com funduplicatura a Nissen.
- (D) esofagectomia trans-hiatal.

**26**

Mulher de 74 anos, totalmente assintomática, busca atendimento por quadro de lesão cística na cauda do pâncreas, diagnosticada em tomografia computadorizada de abdome realizada para fim de investigação de hipertensão arterial sistêmica resistente ao tratamento. O exame físico é normal, sendo o abdome flácido, indolor, peristáltico, sem massas palpáveis. Exames laboratoriais evidenciam amilase sérica de 31 U/L, lipase sérica de 14 U/L e CA-19.9 de 5 U/mL. É solicitada uma ressonância magnética de abdome, cujo laudo evidencia "pâncreas de espessura preservada, apresentando cisto em topografia de cauda, de 1,4 cm de tamanho, com comunicação com o ducto pancreático principal, devendo ser considerada a possibilidade de lesão mucinosa papilífera intraductal; ducto pancreático principal com calibre de 0,4 cm." A conduta preconizada para essa paciente é:

- (A) enucleação da lesão cística.
- (B) repetir o exame em 6 meses para acompanhamento.
- (C) realizar a pancreatectomia corpo-caudal com preservação do baço.
- (D) realizar a pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia associada.

**27**

Homem de 53 anos, tabagista, em acompanhamento por tumor de laringe do tipo espinocelular, busca atendimento em unidade de emergência por quadro de dispneia, disfonia (rouquidão) e astenia. Durante o atendimento, evolui com quadro de insuficiência respiratória aguda, ficando cianótico e taquipneico. A melhor forma de garantir uma via aérea definitiva para esse paciente é realizar a:

- (A) traqueostomia.
- (B) cricotiroidostomia.
- (C) intubação nasotraqueal.
- (D) passagem da máscara laríngea.

**28**

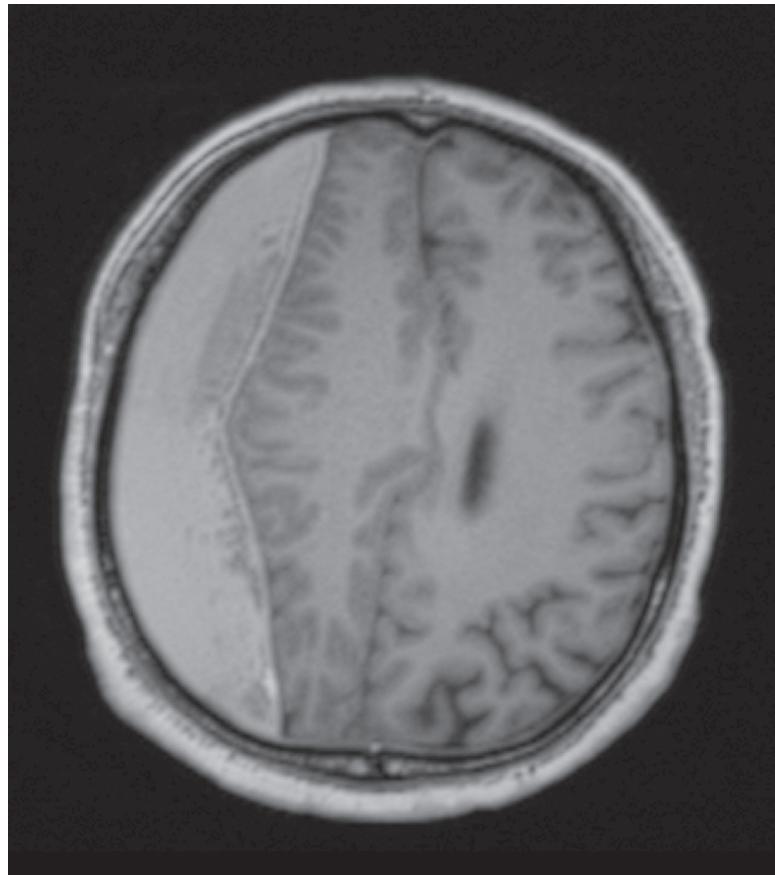
Paciente de 52 anos é atendida por quadro de sangramento e dor perianal persistente há aproximadamente 2 meses. Relata pequena quantidade de sangue vermelho vivo nas fezes, o que atribuiu a hemorroidas. Todavia, o sangramento aumentou em frequência e intensidade, passando a ser acompanhado por dor contínua na região anal. A paciente relata ainda constipação com fezes em fita. Refere ser tabagista há 30 anos. Ao exame físico, apresenta lesão ulcerada e vegetante na borda anal, com 3 cm de diâmetro, sendo endurecida e de contornos irregulares. A biópsia da lesão confirma, ao exame histopatológico, um carcinoma escamoso.

A etiologia mais comum desse tipo de câncer está relacionada à:

- (A) infecção pelo vírus HIV.
- (B) mutação no gene KRAS.
- (C) infecção pelo vírus HPV.
- (D) mutação no gene HER2-Neu.

## 29

Homem de 85 anos, hipertenso há longa data e revascularizado há 15 anos, é trazido à unidade de emergência por familiares, em função de quadro de diminuição da interação social, dificuldade de se alimentar e sonolência diurna. Durante o atendimento, a acompanhante refere que, há duas semanas, o paciente foi atendido na UPA e liberado após queda da própria altura no banheiro, com evidências de possível TCE (traumatismo crânioencefálico). Ao exame físico, o paciente encontra-se afebril, estável hemodinamicamente e eupneico, estando evidentemente sonolento, falando frases desconexas; sinais vitais estáveis. O paciente vem em uso regular de pantoprazol 40 mg/dia, AAS 100 mg/dia, clopidogrel 75 mg/dia e olmesartana 20 mg duas vezes/dia. É realizada ressonância magnética de encéfalo, que revela o achado mostrado na figura abaixo.



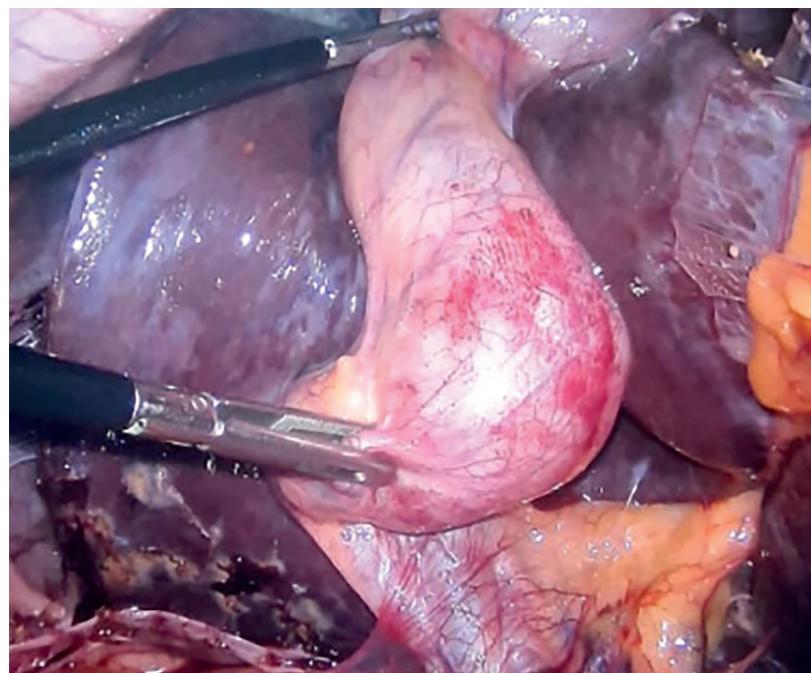
Case study, Radiopaedia.org. Disponível em: <https://doi.org/10.53347/rID-32123>. Acesso em: 20 out. 2025.

O diagnóstico correto do caso é:

- (A) contusão cerebral.
- (B) hematoma subdural crônico.
- (C) hematoma extradural crônico.
- (D) demência de Alzheimer com importante atrofia cerebral.

**30**

Homem de 54 anos é submetido a cirurgia de colecistectomia laparoscópica de emergência. Durante o ato cirúrgico, observa-se (figura abaixo) compressão extrínseca do ducto hepático comum devido a um cálculo impactado no infundíbulo vesicular, formando uma fistula colecistobiliar com diâmetro menor que 1/3 da circunferência do ducto hepático comum.



De acordo com Csendes, para a classificação da síndrome de Mirizzi, o caso descrito trata-se do tipo:

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

**31**

Homem de 45 anos, em acompanhamento no ambulatório de cirurgia bariátrica, retorna seis semanas após realizar gastrectomia redutora do tipo by-pass gástrico com anastomose em Y de Roux. O paciente relata estar sentindo, há cerca de uma semana, muito desconforto gastrointestinal, com cólicas e náuseas que ocorrem poucos minutos após as refeições. Relata sintomatologia mais intensa quando as refeições possuem grande quantidade de carboidratos. Em associação, também relata episódios de diarreia, fraqueza, tonturas e palpitações após as refeições, quadro que melhora depois de se deitar. Segundo informa, ele não apresentava esses sintomas previamente à cirurgia, encontrando-se atualmente bastante ansioso diante das manifestações clínicas presentes.

O quadro apresentado é compatível com a síndrome de:

- (A) Dumping precoce.
- (B) Zollinger-Ellison.
- (C) Alça aferente.
- (D) Petersen.

**32**

As fístulas êntero-cutâneas pós-enterectomia segmentar, bem orientadas para a ferida operatória, devem ser avaliadas quanto à maior ou menor probabilidade de seu fechamento com tratamento conservador. Nesse sentido, considera-se fator que contribui favoravelmente para o fechamento da fístula:

- (A) radioterapia local prévia.
- (B) epitelização do trajeto fistuloso.
- (C) trajeto fistuloso maior que 2 cm.
- (D) interposição parietal de tela de polipropileno.

**33**

Um paciente de 40 anos apresenta episódios recorrentes de dor abdominal difusa, em cólica, com resolução espontânea ou com o uso de antiespasmódicos. Refere emagrecimento de 8 kg nos últimos 60 dias. Uma tomografia computadorizada de abdome mostra a presença de tumoração de 3,5 cm no íleo, localizada a 40 cm da válvula ileocecal. O paciente refere também episódios de diarreia aquosa acompanhada de rubor facial. Na investigação diagnóstica, nota-se aumento da cromogranina A sérica e do ácido 5 hidroxi-indolacético urinário.

O diagnóstico mais provável no caso é de:

- (A) tumor carcinoide.
- (B) doença de Whipple.
- (C) tumor estromal (GIST).
- (D) síndrome de Peutz-Jeghers.

**34**

Uma paciente de 50 anos é submetida à tireoidectomia total para tratamento de nódulo de 4,0 cm situado na porção posterior do lobo direito. No pós-operatório imediato, ela apresenta rouquidão acentuada. A suspeita maior neste caso é de lesão do nervo:

- (A) facial.
- (B) vestibular.
- (C) hipoglosso.
- (D) laringeo inferior.

**35**

Um paciente de 30 anos, vítima de queda de motocicleta, dá entrada no setor de emergência com traumatismo raquimedular grave, consequente a fratura cervical alta.

**Não** havendo outras lesões associadas, o quadro clínico mais provavelmente presente no caso é:

- (A) bradicardia, hipotensão arterial e alto débito cardíaco.
- (B) taquicardia, hipertensão arterial e alto débito cardíaco.
- (C) bradicardia, hipotensão arterial e baixo débito cardíaco.
- (D) taquicardia, hipertensão arterial e baixo débito cardíaco.

**36**

Um paciente de oito anos apresenta quadro de hematoquezia originada em um divertículo de Meckel.

O tratamento mais indicado deve ser:

- (A) enterectomia segmentar incluindo o divertículo.
- (B) diverticulectomia simples.
- (C) inversão diverticular.
- (D) diverticulopexia.

**37**

Um paciente de 60 anos, assintomático, apresenta, em ultrassonografia abdominal feita de rotina, pólipos vesiculares únicos de 1,3 cm, situados no fundo da vesícula biliar.

A conduta nesse caso deve ser:

- (A) proceder polipectomia.
- (B) realizar colecistectomia.
- (C) fazer polipectomia laparoscópica.
- (D) repetir ultrassonografia em 6 meses.

**38**

Um paciente de 25 anos de idade procura setor de pronto-atendimento com história de dor na fossa ilíaca direita iniciada há 10 dias. Refere episódios de febre de 38,5 °C acompanhando o quadro, assim como raros episódios de vômitos. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, lúcido, normocorado e anictérico. A pressão arterial é de 120 x 75 mmHg e a frequência cardíaca de 82 bpm. No exame do abdome, percebe-se uma massa mal definida na fossa ilíaca direita, que não apresenta mobilidade e é dolorosa à palpação e descompressão, estando o restante do abdome local inespecífico. Uma tomografia computadorizada de abdome mostra a presença de apendicite aguda com fleimão periapendicular bloqueando um abscesso local.

A conduta inicial no caso deve ser:

- (A) antibioticoterapia e drenagem percutânea do abscesso.
- (B) apendicectomia videolaparoscópica e drenagem.
- (C) apendicectomia por laparotomia e drenagem.
- (D) íleo-tilectomia e drenagem por laparotomia.

**39**

Uma paciente de 30 anos apresenta queixas dispépticas vagas. Uma ultrassonografia abdominal solicitada mostra tumoração hiperecogênica de 3,0 cm, situada no segmento V do fígado. Uma tomografia computadorizada com contraste é realizada, mostrando captação periférica assimétrica do contraste, com enchimento centrípeto progressivo.

O tipo de lesão encontrada corresponde a um(a):

- (A) adenoma.
- (B) hemangioma.
- (C) hiperplasia nodular focal.
- (D) carcinoma hepatocelular.

**40**

Um paciente de 32 anos é admitido no setor de emergência com contusão torácica provocada por atropelamento por automóvel. A radiografia simples de tórax revela a presença de hemotórax à esquerda. Submetido à drenagem torácica de emergência com dreno nº 32, há logo saída de 1.600 mL de sangue. A melhor conduta a ser tomada, neste caso, deve ser:

- (A) solicitar tomografia computadorizada com contraste.
- (B) colocar um segundo dreno no hemitórax afetado.
- (C) proceder toracotomia de emergência.
- (D) realizar toracoscopia sob anestesia.

**41**

Um paciente de 20 anos é admitido no setor de emergência com ferimento inciso por arma branca, único, de 2,0 cm de extensão, situado na região precordial. Refere ter sido agredido por um assaltante que tentava roubar seu telefone celular. Ao exame clínico, o paciente mostra-se ansioso e apresenta turgência jugular bilateral. Na auscultação cardíaca, nota-se abafamento de bulhas. O murmúrio vesicular está universalmente presente e a pressão arterial é de 75 x 50 mmHg.

A conduta inicial de urgência no caso deve ser:

- (A) adotar tratamento inicialmente conservador em CTI.
- (B) realizar pericardiocentese na sala de emergência.
- (C) executar drenagem mediastinal imediata.
- (D) proceder à drenagem pleural bilateral.

**42**

Um paciente de 65 anos apresenta, há 24 horas, quadro de dor abdominal difusa em cólica, acompanhado de náuseas e três episódios de vômitos. Refere também parada de eliminação de gases e fezes nesse período. Ao exame físico, nota-se distensão abdominal significativa (3+/4+) e peristaltismo aumentado, observando-se ainda a presença de cicatriz mediana xifo-pubiana antiga, consequente à realização de uma retossigmoidectomia prévia, há quatro anos, para tratamento de diverticulite aguda perfurada. Radiografia simples de abdome mostra dilatação de alças intestinais e níveis hidroaéreos em alças de delgado, com ausência de gás nos cólons.

O diagnóstico mais provável neste caso deve ser de obstrução intestinal causada por:

- (A) aderências.
- (B) diverticulite aguda recidivada.
- (C) neoplasia de intestino delgado.
- (D) estenose de anastomose colorretal.

**43**

A suspeita de transfusão com sangue incompatível durante ato cirúrgico, estando o paciente em anestesia geral, deve ser aventada se o paciente passar a apresentar particularmente:

- (A) hipotensão arterial e bradicardia.
- (B) hipertensão arterial e bradicardia.
- (C) hipotensão arterial e sangramento difuso no sítio cirúrgico.
- (D) hipertensão arterial e sangramento difuso no sítio cirúrgico.

**44**

Um paciente apresenta hipotensão arterial e perda de sangue vivo pelo ânus. Como a ocorrência de enterorragia com instabilidade hemodinâmica é mais comumente associada a sangramentos digestivos altos, deve ser considerada a origem da hemorragia acima do ângulo de Treitz.

Nesse contexto, a passagem de um cateter nasogástrico e análise da drenagem digestiva local poderá permitir a exclusão de uma hemorragia digestiva alta, caso mostre ausência de sangue e a presença de:

- (A) bile.
- (B) saliva.
- (C) alimentos.
- (D) suco gástrico.

**45**

Um paciente de 55 anos é submetido a gastroduodenopancreat摘除.

No pós-operatório dessa abordagem, a complicações mais frequentemente esperada é:

- (A) fistula biliar.
- (B) gastroparesia.
- (C) síndrome de *dumping*.
- (D) torção da alça eferente.

**46**

Um paciente de 65 anos apresenta, nas últimas 48 horas, dor em fossa ilíaca esquerda acompanhada de febre de 38,5 °C. O exame físico mostra dor à palpação e descompressão na fossa ilíaca esquerda, com defesa local.

Diante deste quadro, o exame mais recomendado para a elucidação diagnóstica deve ser:

- (A) colonoscopia.
- (B) enema baritado.
- (C) ultrassonografia endoscópica.
- (D) tomografia computadorizada de abdome.

**47**

Um paciente de 40 anos apresenta quadro de melena, icterícia e dor abdominal em hipocôndrio direito. Ele não refere nenhum sintoma digestivo no passado. Há relato de traumatismo abdominal recente, com contusão no hipocôndrio direito, sendo o quadro manejado conservadoramente. Internado para observação, os episódios de melena se repetem, obrigando inclusive à reposição volêmica com uma unidade de concentrado de hemácias.

Diante desse quadro, o exame complementar mais apropriado deve ser uma:

- (A) angiografia arterial.
- (B) ultrassonografia abdominal.
- (C) colangiografia trans-hepática.
- (D) tomografia computadorizada de abdome.

**48**

Um paciente de 23 anos, vítima de atropelamento por moto, dá entrada no setor de emergência com dor abdominal de moderada intensidade. Ao exame físico, observa-se que a dor é mais acentuada em quadrantes direitos, mas sem rigidez ou descompressão dolorosa. A frequência cardíaca é de 94 bpm e a pressão arterial, de 100 x 60 mmHg. Uma tomografia computadorizada revela retro-pneumoperitôneo na projeção do hipocôndrio e flanco direitos.

A conduta, no caso, deve ser:

- (A) solicitar endoscopia digestiva alta.
- (B) realizar laparotomia exploradora.
- (C) posicionar dreno percutâneo dirigido.
- (D) proceder lavagem gástrica com cateter nasogástrico.

**49**

No exame proctológico de um paciente com queixa de dor anal, o achado de um plicoma sentinela e a presença de papila hipertrófica estão associados com o diagnóstico de:

- (A) fissura anal.
- (B) criptite aguda.
- (C) fístula anorretal.
- (D) trombose hemorroidária.

**50**

A presença de uma protrusão herniária na raiz da coxa, abaixo da projeção da arcada inguinal, numa mulher de 60 anos, deve indicar intervenção cirúrgica devido ao risco maior de:

- (A) neuropatia isquêmica.
- (B) encarceramento visceral.
- (C) tração do ligamento redondo.
- (D) formação de aneurisma arterial.







