

PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL



ATENÇÃO: transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO), com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a frase a seguir:

A saúde é a mais nobre de todas as riquezas.

ANTES DE COMEÇAR A FAZER AS PROVAS:

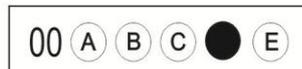
1. Verifique se este caderno contém um total de 50 (cinquenta) questões, sequencialmente numeradas de 01 a 50.
2. Caso haja algum problema, solicite ao aplicador a substituição deste caderno, impreterivelmente, até 15 minutos após o início da prova.

AO RECEBER A FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO):

3. Confira seus dados e, havendo erro, solicite ao aplicador a correção na Ata de Sala.
4. Assine à CANETA nos espaços indicados.

AO TRANSFERIR AS RESPOSTAS PARA A FOLHA DEFINITIVA (GABARITO):

5. Use somente caneta azul ou preta e aplique traços firmes dentro da área reservada à letra correspondente a cada resposta, conforme modelo:



6. Sua resposta NÃO será computada se houver marcação de mais de uma alternativa.
7. A folha de respostas não deve ser dobrada, amassada ou rasurada.

AO TERMINAR AS PROVAS:

8. Você deve chamar a atenção do aplicador levantando o braço. Ele irá até você para recolher sua FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO) e este CADERNO DE PROVAS.
9. Recolha seus objetos, deixe a sala, e em seguida o prédio. A partir do momento em que você sair da sala e até sair do prédio, continuam válidas as proibições sobre o uso de aparelhos eletrônicos e celulares, bem como não lhe é mais permitido o uso dos sanitários.

Terá suas provas anuladas e será automaticamente eliminado do processo seletivo, o candidato que, durante a sua realização for surpreendido portando (mesmo que desligados) quaisquer aparelhos eletrônicos, tais como bip, telefone celular, relógio de qualquer espécie, walkman, agenda eletrônica, notebook, palmtop, ipod, ipad, tablet, pen drive, receptor, gravador, máquina de calcular, máquina fotográfica, chaves integradas com dispositivos eletrônicos, controle de alarme de carro e moto, controle de portão eletrônico etc., bem como quaisquer acessórios de chapelaria, tais como chapéu, boné, gorro etc., e ainda lápis, lapiseira/grafite, borracha, caneta em material não-transparente, óculos de sol (exceto com comprovação de prescrição médica), qualquer tipo de carteira ou bolsa e armas.

Nome: _____
RG: _____

ATENÇÃO:
Após a prova você poderá levar
consigo somente o Gabarito Rascunho.

Duração total destas provas, incluindo o preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO):

QUATRO HORAS

PROVA DE PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL

QUESTÃO 01

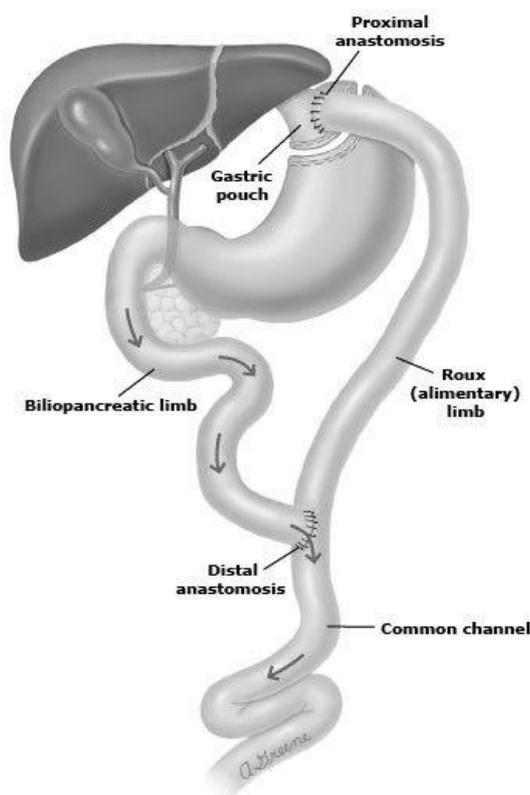
Paciente do sexo masculino, 49 anos, diabético tipo 2, dislipidêmico, obeso grau 2 há 30 anos, história prévia de angina, sendo submetido a cateterismo de coronárias há 5 anos.

Diante dos conhecimentos atuais sobre terapêutica para o diabetes, qual a melhor conduta para o caso?

- (A) Orientação de mudança de hábitos alimentares, realizar atividade física moderada, tratamento clínico para diabetes.
- (B) A cirurgia não seria indicada pelas complicações cardiovasculares presentes.
- (C) Se indicada a cirurgia, a Gastrectomia Vertical seria a melhor opção.
- (D) Indicaria a derivação gástrica em Y de Roux.
- (E) Um procedimento puramente dissabsortivo, aprovado pela Resolução 1492/2010, seria mais indicado.

QUESTÃO 02

A Bypass Gástrico em Y-Roux é um procedimento bariátrico, que reúne elementos restritivos e disabsortivos com bons resultados e por isso está entre os procedimentos mais realizados com objetivo de perda ponderal. Analise a figura apresentada e considere os componentes técnicos deste procedimento.



UpToDate, 2016

Sobre os aspectos técnicos e fisiopatológicos do Bypass, é **INCORRETO** afirmar.

- (A) O *pouch* gástrico é de no máximo 30ml.
- (B) A alça alimentar deve possuir entre 75 a 150cm.
- (C) Para confecção do Y-Roux, o intestino delgado é seccionado a pelo menos 100cm do ângulo de Treitz.
- (D) A anastomose gastro-jejunal possui também importante fator restritivo.
- (E) A maior parte da absorção e da digestão ocorre na alça comum.

QUESTÃO 03

A gastrectomia vertical é um procedimento bariátrico com ótimos resultados na perda do excesso de peso.

Em quais destes casos esta seria a técnica mais indicada?

- (A) Paciente obeso portador de DRGE sintomática.
- (B) Obeso grau III, com doença de Crohn.
- (C) Paciente masculino, superobeso, com peso 180Kg e portador de esteatohepatite.
- (D) Obesa tipo II, diabetes tipo 2 insulino dependente há 10 anos.
- (E) Obesa tipo 2, hipertensa, pesando 130Kg, submetida a Bypass em Y de Roux há 10 anos quando pesava 145kg; endoscopia mostrou fistula gastro-gástrica.

QUESTÃO 04

Paciente de 50 anos, portador de obesidade grau III, hipertenso, dislipidêmico, DRGE, história familiar de obesidade, diabetes e câncer gástrico. Realizou pré-operatório com achado na endoscopia digestiva de hernia hiatal, esofagite grau B e sinais de metaplasia intestinal no antro (metaplasia incompleta confirmada no estudo anatomopatológico). Este paciente foi encaminhado pelo serviço de endocrinologia para realizar cirurgia bariátrica.

Diante dos conhecimentos atuais, qual é a melhor conduta neste caso?

- (A) By pass com derivação intestinal e gastrectomia do estômago excluído.
- (B) Gastrectomia vertical.
- (C) Banda gástrica ajustável.
- (D) By pass com derivação intestinal.
- (E) Balão gástrico.

QUESTÃO 05

Os pacientes que são submetidos à cirurgia bariátrica pela técnica de By pass intestinal com derivação em Y de Roux podem apresentar como complicação tardia as oclusões intestinais.

À luz da literatura, qual a causa e o local da obstrução que apresentaria mais gravidade?

- (A) Brida em íleo distal.
- (B) Hérnia na brecha mesentérica.
- (C) Hérnia de Petersen.
- (D) Estenose da gastroenteronastomose.
- (E) Intusseção na alça alimentar.

QUESTÃO 06

Incontinência fecal consiste na incapacidade de controlar e eliminar as fezes no momento e local adequado e pode ser causada por uma série de condições clínicas ou cirúrgicas.

Com relação à essa patologia, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) Durante o exame proctológico é importante buscar cicatriz de cirurgias prévias, observar a presença de fezes ao redor da borda anal ou dermatite irritativa. O tônus esfinteriano, avaliado durante o toque retal, fornece uma estimativa da função do esfíncter anal externo.
- (B) A manometria anorretal deve ser solicitada na investigação desses pacientes pois estuda a função esfinteriana. A pressão de repouso avalia o esfíncter anal externo, enquanto a pressão de contração avalia o esfíncter anal interno.
- (C) A ultrassonografia endoanal fornece informações valiosas quando há defeito na musculatura esfinteriana, identificando qual músculo está rompido e qual o grau dessa lesão. Porém, é um método que necessita de internação hospitalar e sedação anestésica para ser realizado.
- (D) Esfínteroplastia é uma modalidade cirúrgica na qual o esfíncter é reaproximado, apresentando excelentes resultados a curto e longo prazo, com raros casos de incontinência residual ou recorrência da incontinência.
- (E) O tratamento conservador deve ser feito em todos os pacientes, independente da etiologia e consiste em evitar episódios de diarreia e aumentar a consistência do bolo fecal.

QUESTÃO 07

A doença pilonidal acomete a região sacrococcígea e está relacionada com fatores adquiridos. Pode-se apresentar como um processo agudo denominado abscesso pilonidal ou como um processo crônico, quando passa a ser chamada de fistula pilonidal.

A respeito do tratamento cirúrgico da doença pilonidal, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) O abscesso pilonidal se apresenta com dor local, abaulamento e sinais inflamatórios locais como calor e rubor e deve ser tratado preferencialmente com compressa morna, analgésicos e antibioticoterapia.
- (B) O objetivo do tratamento da fistula pilonidal é a retirada de pelos e do conteúdo purulento de dentro da cavidade e do trato pilonidal.
- (C) Uma das técnicas cirúrgicas mais utilizadas no tratamento da fistula pilonidal consiste na incisão e curetagem do leito da fistula, reavivamento das bordas, deixando a ferida aberta para cicatrização por segunda intenção.
- (D) O abscesso pilonidal ocorre geralmente na linha média da região sacrococcígea sendo, portanto, o local preferencial da incisão durante a drenagem cirúrgica.
- (E) Existem várias técnicas cirúrgicas empregadas no tratamento da fistula pilonidal. A escolha de cada uma depende da extensão da lesão e da experiência do cirurgião. A técnica de excisão e marsupialização consiste em ressecção do tecido e rotação de retalho para cobertura da área cruenta.

QUESTÃO 08

L.M.P, sexo feminino, 33 anos, com queixa de sangramento anal após a evacuação, sangue vivo, que pinga no vaso, indolor. Refere nodulação perianal, que também aparece após a evacuação, mas se reduz espontaneamente. Sem outras queixas. Negativa história familiar de câncer colorretal.

Em relação ao caso clínico e baseado na sua hipótese diagnóstica, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) Medidas como evitar esforço evacuatório, aumentar a ingestão de fibras e água não está indicado para essa paciente, pois sua doença se encontra em estágio avançado.
- (B) O uso de pomadas à base de corticoide e flebotônicos estão indicados para essa paciente, apresentando taxas de cura significativas.
- (C) Uma das alternativas no tratamento dessa paciente consiste na ligadura elástica, procedimento no qual se aplica uma banda elástica no tecido redundante do canal anal, distal à linha pectínea.
- (D) Durante o procedimento de ligadura elástica, vários mamilos podem ser ligados em uma única sessão sem haver aumento nas taxas de morbidade, quando comparadas com ligadura de apenas um mamilo por sessão.
- (E) A escleroterapia consiste na injeção de substâncias químicas dentro dos mamilos, levando à fibrose e fixação do tecido, não sendo indicado para essa paciente.

QUESTÃO 09

Paciente masculino, 25 anos, com queixa de dor abdominal em cólica há 2 meses, associado à diarreia com muco e sangue, aproximadamente 5 episódios ao dia. Refere também alguns episódios de febre não aferida. Há 3 dias, com dores em articulações de punho e joelho. Relata que realizou tratamento para parasitose há 1 mês, sem melhora do quadro.

Com base na principal hipótese diagnóstica, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) O exame de imagem a ser solicitado inicialmente para elucidação diagnóstica seria a colonoscopia com visualização do íleo terminal.
- (B) A tomografia computadorizada simples está indicada na avaliação diagnóstica inicial desse paciente.
- (C) Alguns marcadores sorológicos poderiam ser solicitados para esse paciente. Dentre eles, pode-se citar: CEA (antígeno carcinoembrionário), ANCA (anticorpo citoplasma de neutrófilo) e ASCA (anticorpo contra *Saccharomyces cerevisiae*).
- (D) O exame de trânsito intestinal tem a vantagem de ser simples e disponível amplamente, sendo importante para a avaliação diagnóstica da doença dos cólons.
- (E) Quando a colonoscopia com visualização do íleo terminal não mostrar alterações e a suspeita for de acometimento de intestino delgado, pode ser solicitado o exame de cápsula endoscópica, que tem como vantagem não haver contra indicação para a sua realização.

QUESTÃO 10

A amputação abdominoperineal do reto é um procedimento cirúrgico utilizado no tratamento das neoplasias de reto e do canal anal.

A respeito dessa técnica cirúrgica, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) A cirurgia é realizada habitualmente por duas equipes: uma mobilizando o reto e o sigmoide por via abdominal, e a outra a dissecação do canal anal e reto baixo por via perineal. Após a excisão da peça, é confeccionada uma colostomia terminal, que deve ser passada pela parede abdominal lateral ao músculo reto abdominal.
- (B) Esse procedimento está indicado para pacientes com neoplasias de reto inferior com invasão dos esfínteres anais ou quando não há margem de segurança suficiente para realizar uma anastomose coloanal.
- (C) A mobilização da parte posterior do reto por via abdominal se inicia a nível de promontório sacral, posteriormente aos nervos pré sacrais, com o cuidado de não lesionar o plexo venoso pré sacral, evitando-se assim sangramento abundante durante o procedimento.
- (D) A mobilização lateral do reto envolve a secção do ligamento lateral do reto que contem os vasos retais superiores.
- (E) O tempo perineal deve ser iniciado após a equipe abdominal confirmar que a neoplasia é ressecável. Em homens, durante a dissecação da parede anterior do canal anal e do reto inferior, deve-se ter o cuidado para não lesionar a uretra, próstata, vesícula seminal e bexiga.

QUESTÃO 11

Às 3h da manhã você é chamado às pressas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica para avaliação de acesso vascular em paciente de 5 anos, internado na referida unidade há 20 dias, em tratamento de sepse grave com necessidade de drogas vasoativas. Ao exame: criança gravíssima, acoplada a ventilação mecânica invasiva com saturação O₂: 85% e desconforto respiratório importante, pulsos bem finos, PA inaudível, tempo de enchimento capilar maior que 5 segundos, pele pálida com rendilhado cianótico, múltiplos hematomas pelo corpo, SNG com 50ml de sangue vivo. Esta criança possui uma dissecação de veia jugular interna direita como seu único acesso vascular, porém encontra-se obstruído e à sua avaliação não pode mais ser utilizada. Também observa cicatrizes de dissecações prévias de veias axilares e sanefas bilaterais, além de múltiplas tentativas sem sucesso de acesso periférico realizados pela equipe de enfermagem. Ao questionar exames laboratoriais, a plantonista lhe informa que houve queda importante dos valores de hematócritos (Hb e Ht), plaquetas com valores inferiores a 10.000/mm³, presença de TAP e TTPa alargados.

Considerando a gravidade do caso e o quadro clínico da criança, determine a melhor conduta a ser tomada neste momento.

- (A) Punção veia jugular interna esquerda.
- (B) Dissecação de veia jugular interna esquerda.
- (C) Punção veia subclávia direita.
- (D) Dissecação de veia basílica direita.
- (E) Punção Intra-óssea, 1 a 3 cm abaixo da tuberosidade tibial.

QUESTÃO 12

Menino, 1 ano e 6 meses de idade, apresenta dor abdominal há três dias, com reação peritonial no ponto de McBurney, associado à febre (38,7C) e anorexia. A Radiografia de Abdome imagem sugestiva de apendicolito em fossa ilíaca direita.

Sobre a apendicite aguda no LACTENTE, indique a alternativa **INCORRETA**.

- (A) A utilização de Midazolam em baixas doses (sedação leve) para realização de palpação abdominal mais detalhada pode ser necessária na avaliação diagnóstica de casos selecionados.
- (B) Geralmente, este diagnóstico tende a ser tardio, pois os profissionais de saúde não costumam aventar esta hipótese.
- (C) As taxas de perfuração apendicular são maiores, neste período, quando comparados a escolares.
- (D) A utilização de escores diagnósticos como o "Escore de Alvarado modificado para crianças" é de grande valia em casos como este. Pontuações menores que 7 desta ferramenta, excluem o diagnóstico de apendicite com tranquilidade.
- (E) Podem ser utilizadas técnicas híbridas como a apendicectomia transumbilical assistida por laparoscopia, que combina abordagem laparoscópica por incisão única para dissecação seguida de apendicectomia convencional através da incisão umbilical.

QUESTÃO 13

Enquanto os traumas crânio-encefálicos são responsáveis pela maioria dos óbitos relacionados ao trauma pediátrico, lesões intra-abdominais e retroperitoneais resultam em significativa morbidade e mortalidade. Em relação ao trauma abdominal na faixa pediátrica analise as afirmativas a seguir.

- I. Por possuir menor quantidade de gordura visceral, associada ao menor tamanho da cavidade quando comparado ao adulto, a absorção e difusão da força externa decorrente do trauma são prejudicados.
- II. Aproximadamente 90 a 95% das lesões hepáticas e/ou esplênicas na criança podem ser manejadas de forma não-operatória.
- III. Após classificada a lesão, para ser candidata ao tratamento não-operatório de lesões hepáticas e/ou esplênicas, a criança deve estar hemodinamicamente estável e monitorizada de perto para avaliação de sinais de sangramento ativo.
- IV. Crianças com lesão esplênica sangrante, mas não em choque, podem ser candidatos potenciais para técnicas que poupam parênquima esplênico como esplenectomia parcial ou esplenorrafia.
- V. Taquicardia não responsiva a expansão volêmica é sinal precoce de choque hipovolêmico. Portanto, evidência clínica de sangramento ativo com exame abdominal alterado e/ou FAST positivo indica abordagem cirúrgica.

Indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) Somente as afirmativas I, II e V estão corretas.
- (B) Somente as afirmativas II e III estão corretas.
- (C) Somente as afirmativas III, IV e V estão corretas.
- (D) Apenas uma afirmativa está errada.
- (E) Todas as afirmativas estão corretas.

QUESTÃO 14

Recém nascido de parto normal humanizado domiciliar, sem intercorrências obstétricas, pesando 2500g, é levado pela equipe do SAMU ao Pronto Socorro Pediátrico, após 40 horas de vida. Durante o transporte, o RN apresentava cianose de extremidades, dispneia importante, salivacão excessiva. Ao exame de admissão encontrava-se em mau estado geral, desidratado, sialorreico, gemente, apresentando distensão abdominal importante e ausência de ânus. Após investigação radiológica, são realizados os diagnósticos de Atresia de Esôfago (tipo C de Gross) e Anomalia Anorretal Alta.

Baseado no caso clínico, considere as afirmativas a seguir:

- I. O manejo inicial durante o transporte envolve administração de oxigênio suplementar, tentativa de passagem de sonda orogástrica e aspiração do coto esofágico proximal.
- II. A associação de malformações VACTERL [V=vesical, A=anorretal, C=cardíaca, TE= traqueoesofágica, R=radial (agenesia do rádio), L=liver (alterações hepáticas)] tem uma incidência de aproximadamente 40%.
- III. Após estabilização do RN, está indicada a realização de colostomia em duas bocas, sendo prudente manter aspiração VO contínua e aguardar melhora clínica para a esofagoplastia o mais breve possível.
- IV. Não é possível suspeitar de Atresia de Esôfago somente pela Radiografia de Tórax.
- V. A principal complicação pós-operatória tardia da esofagoplastia é o Refluxo Gastroesofágico.

Indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) Somente as afirmativas I e V são corretas.
- (B) Somente as afirmativas II e III e V são corretas.
- (C) Somente as afirmativas I, II e IV são corretas.
- (D) Somente as afirmativas II, IV e V são corretas.
- (E) Somente as afirmativas I, III e V são corretas.

QUESTÃO 15

Lactente, masculino, 8 meses, nascido de parto normal, com 39 semanas de idade gestacional, encaminhado pela pediatra para avaliação de abaulamento inguinal direito. No documento de encaminhamento a colega descreve o abaulamento, afirma que o mesmo era retrátil e que realizou exame de transiluminação escrotal direita, que se mostrou negativo. Mãe relata que o "carço" aumenta quando a criança chora durante o banho, mas que desaparece depois de algum tempo. Ao exame físico, o paciente estava dormindo, não sendo visualizado o abaulamento, porém ao palpar o cordão espermático sobre a crista do púbis, com movimentos laterais, é evidenciado espessamento local compatível com o "sinal da seda de Gross".

Com relação à principal hipótese diagnóstica do caso, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) É classificada como indireta e sua fisiopatologia é relacionada à persistência do conduto onfalomesentérico.
- (B) Dentre as condições que podem estar associadas a esta patologia, podemos citar: Fibrose Cística, Hidrocefalia com derivação ventriculoperitoneal, Criptoquirdia, entre outros.
- (C) A correção cirúrgica deve ser feita após o primeiro ano de vida, pois o risco cirúrgico e anestésico é muito grande para a criança.
- (D) Para esta criança está indicada a correção cirúrgica pela técnica de Lichtenstein (prótese livre de tensão).
- (E) No caso relatado, a manobra de Barker deve ser realizada durante o tratamento cirúrgico.

QUESTÃO 16

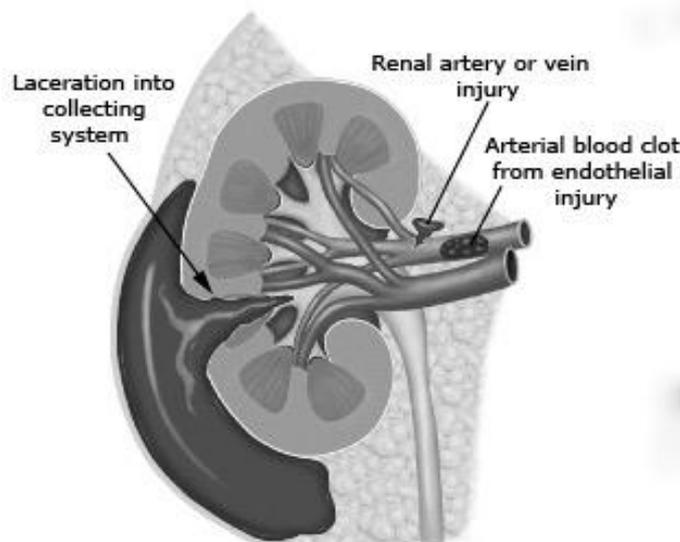
O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais frequente em homens em todo mundo, com uma estimativa de 1.100.000 acometidos por esta doença e uma mortalidade de 307.000 homens em 2012.

São indicações de biópsia de próstata, **EXCETO**.

- (A) Presença de nodulação ao toque retal.
- (B) Presença de induração ao toque retal.
- (C) Presença de assimetria ao toque retal.
- (D) PSA > 7,0ng/ml.
- (E) Qualquer alteração prostática evidenciada ao exame ultrassonográfico.

QUESTÃO 17

Aproximadamente 10% dos pacientes vítimas de traumas fechados apresentam lesões no sistema geniturinário. Destes, os traumas renais podem resultar em perda do órgão de acordo com a gravidade da lesão.



UpToDate, 2016

Considerando a figura apresentada, podemos classificar a lesão renal como grau:

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

QUESTÃO 18

A ectopia renal ocorre quando o rim não ascende para a fossa renal no retroperitônio. Paciente com ectopia renal normalmente são assintomáticos. Diante do achado de ectopia, outras malformações do trato geniturinário podem ser encontradas.

A malformação mais frequentemente encontrada associada a ectopia renal é:

- (A) Refluxo vesicoureteral
- (B) Displasia renal contralateral
- (C) Criptoquirdismo
- (D) Hipospádia
- (E) Hidronefrose

QUESTÃO 19

A torsão testicular é uma emergência urológica, que acomete homens de qualquer idade, mas são mais comuns em jovens. Qual a causa anatômica da torção testicular?

- (A) Vascularização inadequada do testículo.
- (B) Fixação inadequada do testículo à túnica vaginalis.
- (C) Fixação anômala do epidídimo.
- (D) Penetração anômala do ducto deferente no epidídimo.
- (E) Presença de apêndice testicular.

QUESTÃO 20

O câncer de bexiga é a neoplasia maligna mais comum do sistema urinário. Seu tratamento depende do diagnóstico adequado e estadiamento.

Com relação ao estadiamento do câncer de bexiga, podemos afirmar que um paciente que apresenta um único linfonodo acometido na cadeia dos vasos obturatórios, apresenta-se em qual estágio?

- (A) 0a
- (B) I
- (C) II
- (D) III
- (E) IV

QUESTÃO 21

Os aneurismas de aorta abdominal (AAA) são de uma importância especial por se tratarem daqueles mais frequentes em nossa prática clínica. Mesmo quando comparados a outros segmentos da própria aorta, eles se mostram pelo menos 3 vezes mais presentes que os aneurismas e dissecções da aorta torácica.

Dentre as alternativas a seguir, qual deles não corresponde a uma afirmação verdadeira sobre os fatores de risco relacionados a incidência dos AAA?

- (A) O fumo é apontado por grande número de autores como um importante fator de risco
- (B) Um claro fator de risco é a ocorrência dos AAA em parentes de primeiro grau ou mais ainda em gêmeos, principalmente univitelinos.
- (C) O próprio sexo também se constitui em fator de risco, visto que os AAA são de 4 a 6 vezes mais frequentes na mulher.
- (D) A obesidade é um fator menos importante, mas também é citado.
- (E) A idade é também um fator de risco, sendo os AAA muito mais frequentes nos indivíduos de idade mais avançada.

QUESTÃO 22

A causa mais frequente de trombose arterial é a doença degenerativa aterosclerótica, cuja paulatina evolução vai acabar acarretando estenose progressivamente mais significativa da artéria e finalmente sua obstrução. Independentemente da causa da isquemia aguda, o tratamento inicial do paciente visa evitar a trombose secundária, que pode ocorrer distalmente à obstrução.

Considerando o tratamento da trombose arterial aguda dos membros inferiores, qual das alternativas a seguir esta **INCORRETA**?

- (A) O tratamento inicial consiste na heparinização terapêutica, que é feita por via endovenosa. Injeta-se um bolus de 300U/Kg, seguido de infusão contínua afim de manter o TTPA entre 2,5 e 3 vezes o valor basal (75 a 90 s), devendo ser dosado 4 horas após injeção inicial e depois em intervalos maiores ou menores, conforme os valores de TTPA obtidos.

- (B) Deve-se tratar a dor, porém sem sedar.
- (C) Não se deve aplicar calor, mas sua dissipação deve ser evitada com auxílio de cobertores.
- (D) O uso de vasodilatadores está indicado na maioria dos casos, visto que contribui para o maior aporte sanguíneo no membro afetado.
- (E) É recomendável manter o paciente em discreto proclive, para facilitar o fluxo sanguíneo.

QUESTÃO 23

A doença venosa crônica é uma condição permanente de insuficiência na circulação venosa. Quando acompanhada de um conjunto de sinais e sintomas específicos, recebe a denominação de insuficiência venosa crônica. Um dos fatores constituintes desta síndrome é a presença de varizes.

Com relação ao tratamento medicamentoso das varizes dos membros inferiores, indique a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Os diuréticos não são uma boa indicação, uma vez que o aumento da permeabilidade presente na hipertensão venosa leva a um edema rico em proteínas.
- (B) O uso tópico de corticosteroides tem-se mostrado de grande utilidade para o tratamento do prurido secundário ao eczema nestes pacientes.
- (C) A maioria dos flebotônicos constitui-se de compostos destinados a reduzir o extravasamento de líquido pelos capilares e a aumentar o tônus da musculatura venosa e a peristalse do sistema linfático.
- (D) A pentoxifilina pode auxiliar na cicatrização de úlceras causadas por hipertensão venosa crônica.
- (E) A melhora sintomática com uso dos flebotônicos está relacionada ao uso prolongado dessas medicações, sendo que o retorno dos sintomas são infrequentes após a suspensão do seu uso.

QUESTÃO 24

A mortalidade nas lesões de veia cava inferior (VCI) retro-hepática é muito elevada, chegando a 100%, nos centros com pequena casuística e experiência. A causa mais comum é hemorragia exsanguinante associada à uma exposição difícil.

Com relação à conduta no trauma de VCI retro-hepática, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) A manobra de Pringle está indicada por cessar o sangramento, na maioria dos casos.
- (B) A rotação medial do lobo direito do fígado está indicada para melhor exposição do campo cirúrgico, pois trata-se de uma manobra segura e de fácil realização.
- (C) Não existem evidências de que as lesões da VCI retro-hepática contidas por hematomas necessitem de reparo para prevenir uma hemorragia recorrente.
- (D) A manobra de colocar um shunt intravenoso por via atrial, para manter o retorno venoso enquanto repara-se a veia, deve ser realizada por cirurgiões inexperientes, que não tenham prática com acesso tras-hepático.
- (E) Ainda não há possibilidade de correção endovascular para traumatismo de VCI retro-hepática.

QUESTÃO 25

Para que um acesso vascular para hemodiálise tenha boas condições de uso é necessário que haja uma artéria de calibre adequado, sem estenoses proximais ou distais ao local selecionado para a anastomose, e que haja uma veia superficial também de bom calibre, livre de segmentos com fibrose ou obstrução, em uma extensão não inferior a 20 cm.

Considerando a melhor técnica para confecção de fistula arteriovenosa (FAV) para hemodiálise, indique a alternativa **INCORRETA**.

- (A) A extensão recomendada da arteriotomia, embora não existam estudos que demonstrem qual a ideal, é a medida de uma vez e meia o calibre da artéria no local da anastomose.
- (B) As FAV do tipo braquiocefálica, apesar de sua facilidade de execução e de sua elevada perviedade a longo prazo, deve ser considerada como procedimento alternativo, evitando sua escolha como primeira opção.
- (C) Na confecção de FAV braquiobasilíca, a técnica de superficialização da veia basilíca, em seu próprio leito, é superior à técnica de transposição da veia através de tunelização anterior, principalmente no que se refere ao conforto para o paciente durante as sessões de hemodiálise a às complicações referentes às punções.
- (D) A confecção de FAV com prótese apresenta algumas vantagens sobre as FAV autólogas, dentre elas, podemos citar: o período pós-operatório necessário para iniciar as sessões de hemodiálise pode ser menor, normalmente 2 semanas, o processo de maturação apresenta menos falhas e a punção costuma ser mais fácil.
- (E) A confecção de FAV na tabaqueira anatômica é uma variação na técnica de confecção de FAV radiocefálica, apresentando perviedade semelhante à técnica usual.

QUESTÃO 26

O exame endoscópico auxilia no manejo do paciente que ingeriu uma substância cáustica.

Com relação ao paciente com história de ingestão de substância cáustica é **CORRETO** afirmar.

- (A) A endoscopia deve ser postergada, após as primeiras 48 horas da ingestão do cáustico, uma vez que a visualização está prejudicada e o risco de perfuração esofágica ser grande.
- (B) O paciente que apresenta lesões de grau 1, pela classificação de Zargar (1989), necessita de endoscopias de repetição a cada 3 meses, devido ao grande risco de estenose esofágica.
- (C) A presença de ulcerações superficiais, erosões, friabilidade, bolhas, exsudato e hemorragia à endoscopia digestiva alta inicial são preditores de estenose esofágicas, necessitando de dilatações frequentes.
- (D) O paciente que apresenta lesões de grau 3b, apesar da área de necrose, não necessita comumente de tratamento cirúrgico, caso haja um bom serviço de dilatação endoscópica para o tratamento de estenoses.
- (E) O uso de esteroides intralesional associado à dilatação endoscópica modificou favoravelmente a resposta endoscópica ao tratamento das estenoses cáusticas do esôfago.

QUESTÃO 27

Na prática clínica diária, é frequente nos depararmos com situações em que é necessário a realização de uma sedação do paciente.

Em um paciente, sob sedação moderada para a realização de uma colonoscopia, devemos encontrar os seguintes parâmetros clínicos:

- (A) perda de consciência, necessidade de suporte ventilatório e função cardiovascular pode estar comprometida.
- (B) Não é despertado facilmente, mas responde a estímulos dolorosos.
- (C) responde aos comandos verbais, seja sozinho ou com leve estímulo tátil; não são necessárias as intervenções para manter as vias aéreas patentes.
- (D) Paciente responde normalmente aos comandos verbais, a função cognitiva e a coordenação estão alteradas.
- (E) Paciente responde normalmente aos comandos verbais com função cognitiva e coordenação preservadas.

QUESTÃO 28

A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) permitiu manobras menos invasivas para a terapêutica de afecções das vias biliares e pancreáticas. Apesar de ser considerada menos invasiva a CPRE não é isenta de complicações. A respeito destas complicações, é **CORRETO** afirmar.

- (A) O uso de anti-inflamatórios não-hormonal, por via retal, tem demonstrado uma diminuição na incidência de pancreatite aguda pós-papilotomia endoscópica.
- (B) A colangite é a complicação mais comum, que pode ser evitada com o uso de antibioticoprofilaxia.
- (C) A ocorrência de perfuração das vias biliares deve ser tratada sempre com o tratamento cirúrgico imediato, uma vez que fistulas tratadas tardiamente são de difícil controle.
- (D) A necessidade de tratamento cirúrgico para o controle de hemorragia pós-papilotomia na CPRE chega a 50% (cinquenta por cento), uma vez que estes sangramentos derivam de ramos diretos da artéria gastroduodenal.
- (E) A dilatação com balão do esfíncter de Oddi surgiu como uma alternativa à esfíncterotomia durante a CPRE. Apresentando com vantagens uma menor incidência de sangramento, pancreatites e perfurações, porém o seu custo elevado o torna inacessível em muitos centros.

QUESTÃO 29

O câncer gástrico pode ser subdividido em carcinoma avançado, quando invade além da submucosa e o carcinoma precoce, quando a lesão está limitada à mucosa e submucosa. Segundo a Sociedade Japonesa de Gastroenterologia para a classificação macroscópica do carcinoma precoce do estômago a lesão do tipo III é aquela que apresenta a seguinte característica:

- (A) lesão polipóide.
- (B) lesão superficial elevada.
- (C) lesão superficial plana.
- (D) lesão superficial deprimida.
- (E) lesão ulcerada ou escavada.

QUESTÃO 30

Para uma avaliação minuciosa da mucosa colônica é fundamental que o preparo do cólon esteja adequado. Diversas são as medicações que podem ser utilizadas neste preparo. Devem ter sempre que possível como características: uma boa tolerabilidade, produzirem o mínimo de efeitos colaterais e terem um custo acessível.

Com relação às soluções laxativas utilizadas no preparo do cólon, aquele(a) que necessita do menor volume ingerido para o preparo de cólon adequado é:

- (A) Manitol 10%.
- (B) Polietilenoglicol (PEG).
- (C) Fosfato de sódio (Fosfossoda).
- (D) Solução glicerínada.
- (E) PEG 3350

QUESTÃO 31

Paciente masculino, 5 anos, é levado para consulta médica por seus pais porque apresenta uma depressão posterior da parede torácica anterior, mais precisamente do esterno, e que eles estão ficando preocupados com a compressão do coração, apesar da criança ser saudável.

Qual a melhor orientação que deve ser dada para essa família?

- (A) Encaminhar agora para um serviço de alta complexidade para tratamento cirúrgico descompressivo do coração com urgência.
- (B) Internar e solicitar avaliação cardiológica e exames complementares (eletrocardiograma, ecocardiograma) para avaliar o grau de comprometimento cardíaco, que certamente existe.
- (C) Orientar que o problema é basicamente estético e que deve ser avaliado por um cirurgião especialista nesse tipo de defeito.
- (D) Prescrever atividades físicas diárias para que o processo de depressão seja revertido com o exercício.
- (E) Alertar que mais perigoso que a compressão cardíaca é a compressão pulmonar bilateral e encaminhar para realizar toracostomia com drenagem pleural fechada bilateral.

QUESTÃO 32

Sobre a síndrome do desfiladeiro torácico:

Qual a origem anatômica dessa síndrome?

- (A) Compressão dos vasos subclávios ou do plexo braquial entre segunda e terceira costelas.
- (B) Compressão dos vasos subclávios ou do plexo braquial entre a costela cervical e os músculos escalenos.
- (C) Compressão dos vasos subclávios ou do plexo braquial entre a clavícula e a primeira costela.
- (D) Compressão dos vasos subclávios ou do plexo braquial entre a primeira costela e o músculo deltóide.
- (E) Compressão dos vasos subclávios ou do plexo braquial entre os músculos escalenos e a primeira costela.

QUESTÃO 33

Paciente de 20 anos, vítima de acidente automobilístico, com trauma em região anterior do tórax, é trazido ao Pronto Socorro municipal com queixa de dor intensa no local e dificuldade respiratória moderada, porém lúcido e contactuante. À palpação, apresenta muita dor e crepitação em parede torácica anterior.

Qual o provável diagnóstico e melhor conduta?

- (A) Fratura de esterno; analgesia.
- (B) Contusão miocárdica; teste ergométrico.
- (C) Pneumotórax bilateral; toracocentese de alívio.
- (D) Pneumomediastino; endoscopia digestiva alta.
- (E) Desarticulação laringo-traqueal; traqueostomia.

QUESTÃO 34

Paciente de 50 anos, trabalhador braçal, inicia quadro de dor torácica de leve à moderada intensidade, em região torácica direita, terço inferior. Inicialmente relacionou ao esforço físico e se auto medicou com analgésicos, com melhora parcial momentânea, mas que retornava após algumas horas.

Três meses depois do início do quadro e da piora progressiva da dor, agora acompanhada com cansaço, procurou o serviço médico. Realizada uma radiografia de tórax, identificou-se um velamento de metade do tórax à direita, podendo corresponder a derrame pleural.

Foi puncionado e à análise do líquido, mostrou se tratar de um líquido de aspecto amarelado, com proteína de 30mg/dL e DHL de 120U/L.

(Valores séricos= proteínas - 70mg/dL / DHL - 210U/L).

Qual a hipótese diagnóstica principal?

- (A) Cirrose.
- (B) Tuberculose pleural.
- (C) Colapso lobar.
- (D) Insuficiência cardíaca congestiva.
- (E) Síndrome nefrótica.

QUESTÃO 35

Paciente masculino, 17 anos, estava jogando videogame com seus amigos quando sentiu uma dor tipo pontada em região anterior de tórax esquerdo, acompanhada de tosse seca e leve dispneia, que melhorou e se transformou em um "incômodo" na região torácica descrita. Assustada, sua mãe o levou ao pronto socorro municipal para consulta médica, em carro próprio.

Qual a melhor hipótese diagnóstica, nesse caso, e a melhor conduta?

- (A) Tromboembolismo pulmonar; anticoagulação.
- (B) Infarto Agudo do Miocárdio; cateterismo.
- (C) Pneumomediastino; broncoscopia.
- (D) Pneumotórax; radiografia de tórax.
- (E) Neoplasia maligna de pulmão; tomografia computadorizada de tórax.

QUESTÃO 36

O FAST revolucionou o Atendimento inicial ao Politraumatizado tendo vantagens e desvantagens.

Qual é uma das desvantagens do FAST (**Focused Abdominal Sonography in Trauma**)?

- (A) Custo.
- (B) Pouca Sensibilidade.
- (C) Distorção por gases intestinais.
- (D) Requer transferências inter-hospitalares.
- (E) Tempo

QUESTÃO 37

Paciente de 10 anos de idade, atendido no PS de Hospital Geral, por trauma abdominal fechado na região epigástrica de mais de 24 horas de evolução, não apresenta líquido livre em cavidade. Estável hemodinamicamente. Dor intensa em epigástrio.

Indique a principal vantagem da Tomografia Computadorizada no Trauma Abdominal.

- (A) Alta especificidade no trauma abdominal.
- (B) Diagnóstico precoce.
- (C) Exame rápido.
- (D) Baixo custo.
- (E) Alta radiação

QUESTÃO 38

Paciente chegou ao Pronto Socorro de um Hospital Geral com ferimento por arma de fogo na face anterior do hemitórax esquerdo, com orifício de entrada a nível do quinto espaço intercostal, sem orifício de saída. O médico plantonista fez um rápido exame físico para decidir o que fazer. Encontrou o paciente confuso, agitado e pedindo para não o deixarem morrer. PA: 60x30 mmHg, pulso fino e filiforme, taquipneico, turgência jugular e ausculta cardíaca com hipofoneses de bulhas. O médico plantonista indica Ringer Lactato em duas veias periféricas em cada membro superior e solicita tipagem sanguínea. Rapidamente avisa à equipe de anestesia e encaminha o paciente ao centro cirúrgico.

Com base nas informações clínicas e na conduta adotada, qual o diagnóstico inicial do paciente?

- (A) Ruptura hepática.
- (B) Hemotórax de pequeno volume.
- (C) Tamponamento cardíaco.
- (D) Lesão diafragmática.
- (E) Pneumotórax.

QUESTÃO 39

Paciente de 27 anos, que chega à Emergência do Hospital, trazido por o SAMU de uma cidade vizinha por haver sofrido, há 40 minutos um acidente automobilístico. O paciente encontra-se com duas veias periféricas e correndo Ringer Lactato. Ao exame físico, apresenta dor abdominal intenso agitado, confuso, taquicárdico 160bpm, frequência respiratória 38 irpm, diurese de 10mL/H. Não apresenta lesões na cabeça e tórax. O Médico Plantonista realiza um FAST e encontra líquido livre em cavidade.

Qual é o órgão que sofre dano com maior frequência, em casos de trauma abdominal fechado parecido com esta história clínica?

- (A) Intestino delgado.
- (B) Fígado.
- (C) Pâncreas.
- (D) Bazo.
- (E) Colon transverso.

QUESTÃO 40

Paciente de 65 anos, vítima de queda de moto, chega ao PS trazido por equipe de bombeiros queixando de dor no abdômen inferior e região da pélvis, depois da queda não deambula mais. FAST não apresenta líquido livre em cavidade.

Qual é o primeiro sinal no trauma do Idoso, de que existe instabilidade mecânica nas fraturas de bacias?

- (A) Instabilidade hemodinâmica.
- (B) Crepitação ao exame físico.
- (C) Discrepância na longitude dos membros inferiores.
- (D) Palpação dolorosa.
- (E) Hematoma Morel-Lavallée.

QUESTÃO 41

Paciente masculino, 63 anos, procura ambulatório de cirurgia com queixa de disfagia para líquidos e sólidos, progressiva, de início há aproximadamente 4 meses, associado à regurgitação de restos alimentares e perda ponderal de aproximadamente 7kg. Diante do quadro acima, foi solicitado endoscopia digestiva alta, que evidenciou moderada dilatação do esôfago e resíduos alimentares na luz do esôfago.

Baseado nas informações apresentadas, qual exame confirma o diagnóstico de acalasia?

- (A) Esofagograma contrastado.
- (B) Manometria esofágica.
- (C) Tomografia computadorizada de tórax.
- (D) Ecoendoscopia esofágica.
- (E) Nova endoscopia com preparo adequado.

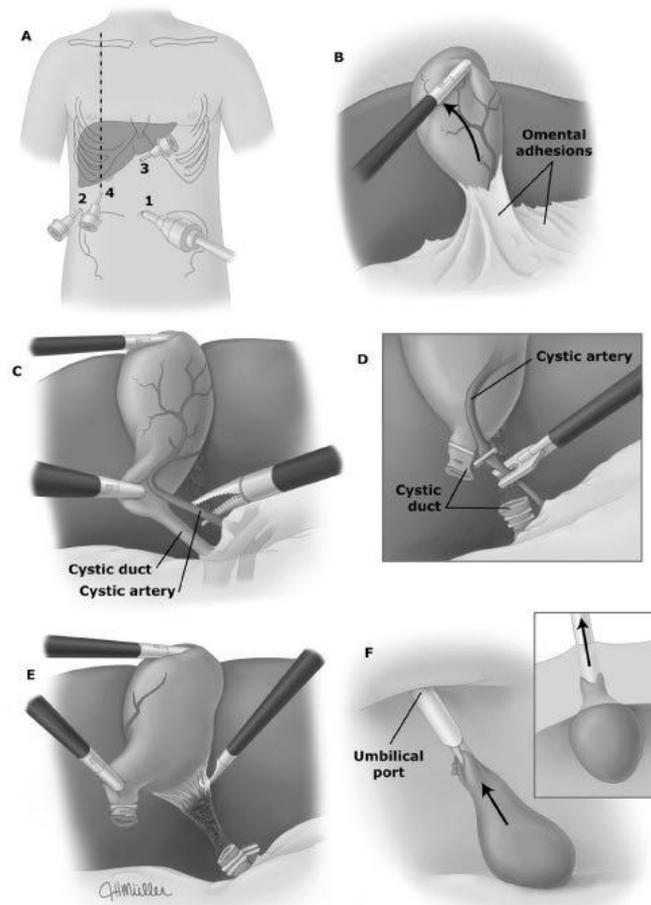
QUESTÃO 42

A doença do refluxo é um processo crônico ocasionado pelo refluxo de conteúdo gastroduodenal para o esôfago causando sintomas incomodativos ou lesões de mucosa. Como patologia crônica, diversas opções de tratamento podendo ser clínico ou cirúrgico. São indicações de cirurgia para tratamento da doença do refluxo, **EXCETO**:

- (A) má resposta ao tratamento medicamentoso.
- (B) refluxo de grande volume.
- (C) esofagite severa à endoscopia.
- (D) estenose benigna.
- (E) esôfago de Barrett.

QUESTÃO 43

A colecistectomia videolaparoscópica (CVLP) é um dos procedimentos abdominais mais realizados no mundo. Em alguns países, a proporção de colecistectomia videolaparoscópica é 90% quando comparado à colecistectomia laparotômica. São indicações da colecistectomia videolaparoscópica a colelitíase sintomática, colelitíase assintomática, em paciente sob riscos de complicações, dentre outras. Desta forma, o conhecimento aprofundado da técnica da CVLP é fundamental para o Cirurgião Geral. Diante deste contexto, avalie a figura abaixo.



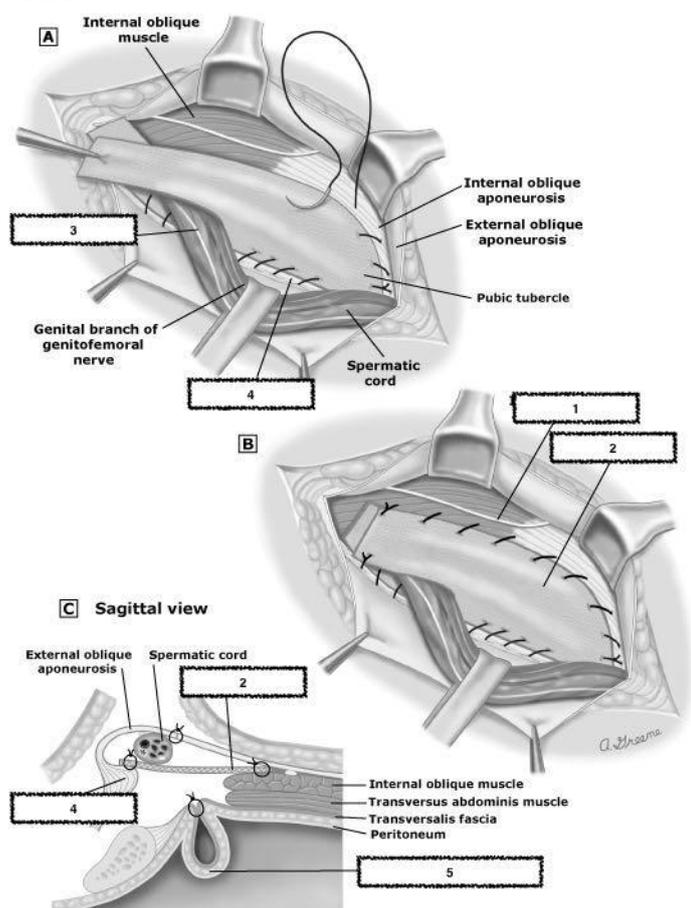
UpToDate, 2016

Baseado na técnica da colecistectomia videolaparoscópica e na figura apresentada, podemos afirmar que as imagens que representam tempos cirúrgicos com riscos aumentados de lesão da via biliar estão representados pelas letras:

- (A) B e C
- (B) C e D
- (C) D e E
- (D) E e F
- (E) B e F

QUESTÃO 44

A hernioplastia inguinal é considerada um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados pelo cirurgião geral. Para o tratamento das hérnias inguinais diversas técnicas foram descritas ao longo da história com taxas de recidivas variáveis e graus diferentes de dificuldade técnica para sua execução. A técnica de Lichtenstein é nos dias de hoje uma das mais executadas com menores índices de recidiva e boa reprodutibilidade. Para execução adequada desta técnica, torna imprescindível o conhecimento anatômico aprofundado da região inguinal, assim como dos aspectos técnicos do procedimento. Baseado nestes conceitos, avalie a figura abaixo.



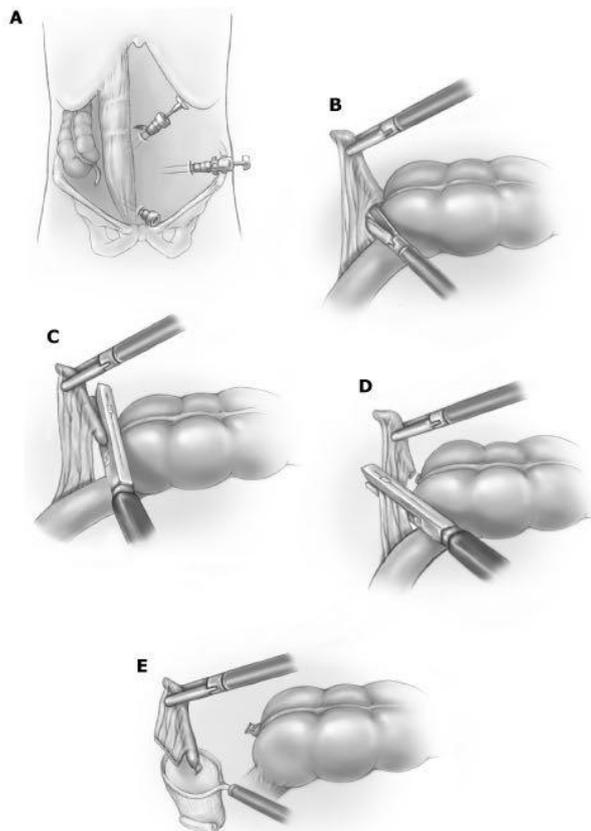
UpToDate, 2016

Considerando a figura esquematizada, indique a alternativa que corresponde à identificação **INCORRETA** da estrutura anatômica representada pelo número:

- (A) 1 = nervo ílio-hipogástrico.
- (B) 2 = tela.
- (C) 3 = nervo ílio-inguinal.
- (D) 4 = ligamento inguinal.
- (E) 5 = saco herniário indireto.

QUESTÃO 45

A apendicectomia videolaparoscópica apresenta-se, nos dias de hoje, como uma opção técnica cada vez mais utilizada no tratamento cirúrgico da apendicite aguda. A ilustração abaixo representa uma esquematização dos principais tempos da apendicectomia videolaparoscópica.



UpToDate, 2016

Considerando a ilustração, podemos afirmar que o uso da pinça ultrassônica tem importante participação no tempo representado pela letra:

- (A) A
- (B) B
- (C) C
- (D) D
- (E) E

QUESTÃO 46

O debridamento é a remoção do tecido desvitalizado presente na ferida. Seu objetivo é promover a limpeza da ferida, deixando-a em condições adequadas para cicatrizar, bem como reduzir o conteúdo bacteriano, impedindo a proliferação do mesmo e ainda preparar a ferida, seja para a intervenção cirúrgica ou para a cicatrização propriamente dita. Atualmente, os métodos utilizados na prática clínica são o autolítico, enzimático, mecânico e cirúrgico. Em relação ao debridamento cirúrgico, indique a alternativa **INCORRETA**.

- (A) É freqüentemente considerado o método mais efetivo, já que uma grande excisão pode ser feita com a remoção rápida do tecido.
- (B) É utilizado para preparar uma ferida para receber o enxerto.
- (C) É considerado invasivo e de custo elevado, pois sempre requer o uso de sala cirúrgica.
- (D) Úlceras arteriais ou de pressão em pacientes com insuficiência circulatória são consideradas contra-indicações.
- (E) O debridamento instrumental pode ser realizado no leito do paciente.

QUESTÃO 47

As fissuras labiopalatinas representam a anomalia congênita mais frequente na face, e as múltiplas alterações anatômicas envolvidas despertam interesse científico e enfoque terapêutico multidisciplinares. O tratamento dessa deformidade vai do nascimento até a idade adulta, congregando pacientes de diversas áreas e especialidades.

Considerando os pacientes portadores de fissura labiopalatina, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) As fissuras labiopalatinas são deformidades classificadas entre os grupos das displasias, caracterizando-se, portanto, como um erro na divisão dos processos faciais embrionários, entre os lábios e o nariz.
- (B) Ao nascimento, preconiza-se a utilização de sonda nasogástrica de forma precoce para alimentação, considerando a grande dificuldade apresentada nas tentativas de aleitamento materno.
- (C) A queiloplastia consiste na cirurgia plástica para o fechamento da fissura palatina e é realizada a partir de três meses de idade.
- (D) É necessário estipular um protocolo de tratamento adequado para cada tipo de fissura, evitando que um excesso de número de cirurgias e trauma cirúrgico passem a significar riscos para o crescimento da face média.
- (E) O principal objetivo da palatoplastia é reconstruir a anatomia, que divide a cavidade nasal da bucal, tendo o caráter funcional um aspecto secundário.

QUESTÃO 48

O advento dos procedimentos bariátricos criou um novo contingente de pacientes ex-obesos, que buscam na cirurgia plástica a correção dos grandes excessos cutâneos resultantes da sua grande perda ponderal.

Indique a alternativa **INCORRETA** quanto aos pacientes com perda ponderal maciça pós cirurgia bariátrica, com intenção de realização dermolipectomia abdominal.

- (A) Muitos destes pacientes não são adequadamente tratados pelas técnicas convencionais de dermolipectomia abdominal com cicatriz horizontal apenas (Dermolipectomia clássica).
- (B) Com o número crescente de casos houve o "renascimento" de técnicas de dermolipectomia em âncora, que permitem a ressecção do excesso cutâneo no sentido horizontal e vertical, resultando numa grande cicatriz em "T" invertido (âncora).
- (C) A técnica mais comumente descrita na literatura implica na ressecção em bloco dos componentes vertical e horizontal, mínimo descolamento dos retalhos remanescentes, plicatura da aponeurose do músculo reto do abdome e manutenção da cicatriz umbilical.
- (D) Uma desvantagem da maioria das técnicas de dermolipectomia abdominal nestes pacientes é o aspecto estético desfavorável da cicatriz umbilical, geralmente secundário à grande dimensão ou ao alargamento da mesma.
- (E) A técnica em "âncora" é considerada de fácil reprodução das marcações pré-operatórias, sem apresentar tensão excessiva nos retalhos laterais, além de tratar bem o excesso cutâneo na região pubiana.

QUESTÃO 49

Alterações no curso normal do processo de reparo tecidual podem gerar disfunções estéticas e funcionais nas cicatrizes resultantes. Entre os principais distúrbios da cicatrização pode-se citar: atrofia cicatricial; hipertrofia cicatricial e quelóides.

Em relação às condutas atuais no paciente com distúrbios da cicatrização, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) O tratamento conservador pode ser realizado através da compressão feita por roupas de malhas elásticas e talas e/ou almofadas de silicone gel, nas cicatrizes hipertróficas ou quelóides. A compressão levaria à oclusão de pequenos vasos dentro da cicatriz, determinando um ambiente de hipoxia que reduziria a proliferação de fibroblastos e síntese de colágeno.
- (B) O uso do silicone gel nas cicatrizes hipertróficas diminui a temperatura da cicatriz, com conseqüente aumento da atividade da colagenase e diminuição da tensão de oxigênio, além de diminuir a ocorrência de dermatites, e os cuidados com higiene devem ser redobrados.
- (C) A injeção intralesional de triancinolona, através de agulhas ou de aparelhos de jato de pressão, tem sido usada com sucesso no tratamento de quelóides e cicatrizes hipertróficas. Em alguns casos, há redução importante do volume das cicatrizes, bem como da dor e do prurido. É aplicado de forma segura, não há relato de efeito sistêmico independente da dose por ter ação somente local, e com baixo índice de complicação.
- (D) A radioterapia tem sido utilizada como um complemento no tratamento cirúrgico dos quelóides, na sua forma mais localizada (radioterapia superficial e betaterapia), pois a síntese de colágeno pode ser inibida por radiações ionizantes. Dessa forma, o ideal é iniciar este tratamento após 2 semanas do procedimento cirúrgico, visto que é neste momento que ocorre a maior produção de colágeno no processo cicatricial.
- (E) O tratamento cirúrgico isolado dos quelóides ainda é o melhor método para o tratamento dos quelóides, e sempre deve se preocupar em retirar toda a extensão da lesão com a intenção de se obter margens livres, pois este fator é muito importante para diminuir as chances de recidiva.

QUESTÃO 50

Queimaduras são lesões dos tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica resultante da exposição ou contato com chamas, líquidos quentes, superfícies quentes, eletricidade, frio, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção. As queimaduras são classificadas de acordo com a sua profundidade, e diagnosticadas de acordo quanto à superfície corporal queimada e a complexidade das queimaduras (pequeno queimado ou queimado de pequena gravidade, médio queimado ou queimado de média gravidade e grande queimado ou queimado de grande gravidade).

Em relação às condutas em paciente grande queimado, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) A alimentação via oral ou via tubo deve ser iniciada imediatamente após a internação, e os critérios para a instituição do suporte nutricional enteral são: adultos com queimaduras em áreas superiores a 20% e criança com área queimada superior a 15%; necessidade de suporte ventilatório; múltiplas intervenções cirúrgicas; estado nutricional comprometido anterior à queimadura; perda de peso superior a 10% durante o tratamento; idosos com mais de 20% de área corporal queimada; traumatismo cranioencefálico – lesões faciais graves – incapacidade de deglutição.

- (B) No paciente grande queimado, na reposição hidro-eletrolítica, além do que for calculado pela fórmula de Parkland, devemos iniciar com 2000 ml de Ringer Lactato para correr rápido em 30 minutos, em criança, 10 ml/kg para correr em 20 minutos.
- (C) Deve ser iniciada antibioticoterapia empírica profilática de imediato, pois a área de queimadura é considerada potencialmente contaminada, e pode levar o paciente à piora do quadro clínico por uma infecção generalizada. Os sinais mais comuns que denotam infecção são conversão da queimadura fina para espessa com necrose e a aparência de áreas focais negras ou hemorrágicas escuras; mas qualquer alteração no aspecto da lesão pode ser sugestivo de infecção.
- (D) As queimaduras elétricas são mais graves do que aparentam à inspeção externa, pois o calor gerado pela passagem da energia leva ao dano tecidual com a pele intacta. Dentre as condutas principais nestes casos, devemos manter a monitorização cardíaca, monitorar o débito urinário de forma mais cuidadosa, e aumentar a infusão de líquido, pois a chance de rhabdomiólise com mioglobinúria é alta e, por vezes, devemos inclusive diminuir o pH urinário com o uso de Bicarbonato de Sódio.
- (E) As fasciotomias são indicadas quando se suspeita de síndrome de compartimento no antebraço ou perna, geralmente em lesões decorrentes da passagem de corrente de alta voltagem ou em politraumatizados com queimaduras e esmagamento. Alguns autores sugeriam fasciotomias mandatórias, para avaliar a vitalidade do tecido muscular, nos casos de queimaduras elétricas ou suspeita de síndrome do compartimento. Entretanto, a avaliação da extremidade com especial atenção para sintomas de origem neural, com progressão de sinais neurológicos, assim como dor quando se estica a musculatura do compartimento envolvido e a medida com valor anormal da pressão intracompartimental (acima de 30mmHg ou um valor com diferença menor de 30 para a pressão diastólica do paciente) são diagnósticos que poderiam indicar uma intervenção cirúrgica, mas para tomar a conduta de forma definitiva é obrigatório a medida da pressão intracompartimental.