

RESIDÊNCIA MÉDICA

2025

HMK	HCA
-----	-----

PROVA DE MASTOLOGIA

INSTRUÇÕES

1. Verifique se o **Nº DE INSCRIÇÃO** e o seu **NOME** coincidem com os impressos na **FOLHA DE RESPOSTAS**.
2. Esta prova compõe-se de **50 questões**, escolha múltipla, de conhecimentos em Clínica Cirúrgica e Ginecologia e Obstetrícia.
3. Cada questão apresenta 04 (quatro) opções e apenas uma resposta correta.
4. A maneira correta de marcar a sua opção encontra-se indicada na folha de respostas. **Utilize caneta azul ou preta. Assine a folha de repostas NA ÁREA CORRETA, DEMARCADA. NÃO rasure a folha de respostas.**
5. A prova terá a duração de 2 horas (das 9:00 às 11:00h), **incluindo o tempo de marcação na folha de respostas**.
6. Ao ser dado o sinal para início da prova, abra o caderno e **verifique se ele está completo, com 10 (DEZ) páginas (frente e verso)**.
7. Os últimos 03 (três) candidatos, ao terminarem a prova, só poderão retirar-se da sala juntos
8. **OS FISCAIS, ALÉM DE NÃO CONHECEREM O CONTEÚDO DA PROVA, NÃO ESTÃO AUTORIZADOS A RESPONDER OU ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE AS QUESTÕES.**
9. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE RESPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA.**

1. Mulher, 23 anos, sexualmente ativa, é portadora de síndrome dos ovários micropolicísticos, diagnosticada por irregularidade menstrual e presença de acne associada a hirsutismo moderado em face. Comparece a consulta, pois deseja iniciar medidas para melhor controle dos sintomas e contracepção. Exame físico: índice de massa corporal (IMC) = 31kg/m²; circunferência abdominal = 96cm. Considerando o “Guideline Internacional Baseado em Evidências para Avaliação e Manejo de Síndrome dos Ovários Policísticos” de 2023, pode-se afirmar que a melhor opção terapêutica é iniciar:

- apenas o contraceptivo oral de desogestrel, pois não há indicação para uso de outros adjuvantes
- metformina e contraceptivo oral combinado (etinil-estradiol e acetato de ciproterona)
- inositol e contraceptivo oral combinado (etinil-estradiol e acetato de ciproterona)
- metformina e contraceptivo oral combinado (valerato de estradiol e dienogeste)

2. Mulher, 52 anos, em menopausa há 3 anos, sem comorbidades ou procedimentos cirúrgicos prévios, Gesta 2, Para 2 (partos vaginais), comparece a consulta de primeira vez. Refere uso de gel transdérmico de estradiol, associado gel transdérmico de progesterona, há 2 anos; bem adaptada e com os fogachos noturnos controlados. Exame físico: normal. Considerando o “Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal do Climatério da SOBRAC”, edição 2024, pode-se afirmar que a conduta mais adequada é:

- substituir o gel transdérmico de progesterona por progesterona micronizada por via oral
- manter a prescrição que já vem fazendo, pois ela está bem adaptada ao esquema terapêutico

- suspender a terapia de reposição hormonal, pois ela está assintomática no momento
- substituir o gel transdérmico de estradiol por valerato de estradiol via oral e manter o gel de progesterona

3. Mulher, 39 anos, possui histórico de 2 perdas gestacionais antes da 10^a semana de gestação, com necessidade de esvaziamento da cavidade uterina apenas na primeira perda. Comparece ao ginecologista, pois está com medo de tentar engravidar novamente. Sobre a investigação e o tratamento dos quadros de perdas gestacionais recorrentes, pode-se afirmar que:

- a pesquisa de trombofilias hereditárias deve ser realizada rotineiramente em mulheres com o diagnóstico de perdas recorrentes
- um casal com perdas recorrentes dificilmente consegue levar uma gestação ao termo
- a frequência de alterações cariotípicas nos produtos de concepção são baixas, mas nos casais elas são elevadas
- os dois fatores prognósticos mais importantes são a idade materna e o número de perdas anteriores apresentadas

4. Mulher, 73 anos, queixa-se de emagrecimento de 10kg nos últimos 6 meses, associada a aumento do volume abdominal, há 3 meses, e cansaço progressivo. Exame físico: massa de 15cm palpável em região de fossa ilíaca direita e hipogástrio. Toque vaginal: massa de aproximadamente 15cm, em região anexial direita; útero em AVF, tamanho normal. Dosagem de CA125 = 1235 UI/mL. Ultrassonografia (US) pélvica transvaginal: anexo direito com massa multiloculada, septos grosseiros e projeções papilares em seu interior, medindo 12,5cm x 14,5cm; presença de moderada quantidade de líquido livre. A etiologia mais provável é:

- teratoma imaturo
- tumor de células de *Sertoli-Leydig*
- disgerminoma
- cistoadenocarcinoma endometrióide

5. Cada vez mais as mulheres optam por terem seus filhos mais tarde. Cada vez mais o ginecologista se vê diante de pacientes com desejo de congelar seus óvulos. Sobre esse processo, pode-se afirmar que:

- a) o congelamento de óvulos antes dos 35 anos garante que a mulher vá conseguir ter seu filho no momento em que desejar
- b) óvulos congelados por congelamento lento desempenham clinicamente de forma similar aos óvulos congelados por vitrificação
- c) a taxa média de 1 óvulo congelado para um nascido vivo é de 70% em mulheres com menos de 35 anos
- d) o uso de óvulos congelados por vitrificação apresenta resultados clínicos similares ao uso de óvulos à fresco

6. Mulher, 49 anos, sem outras comorbidades, apresenta laudo colpocitológico de HSIL. Colposcopia: JEC totalmente visível em -1, presença de lesão acetobranca com mosaico e pontilhados grosseiros, às 6 horas, medindo 1,0cm em área de zona de transformação. Considerando a “2ª Edição das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento de Câncer de Colo do Útero”, a conduta mais adequada é:

- a) biópsia da lesão + avaliação do canal endocervical, pois a JEC é negativa
- b) biópsia da lesão e, se laudo confirmar HSIL, avaliar conização
- c) exérese de zona de transformação
- d) repetir a colposcopia + nova citologia em 6 meses

7. Mulher, 63 anos, apresentou em mamografia: presença de microcalcificações pleomórficas, agrupadas, ocupando uma área de 2,5cm em quadrante superior externo de mama esquerda. Realizado mamotomia da região com diagnóstico de hiperplasia ductal atípica. Sobre esse diagnóstico, pode-se afirmar que:

- a) o risco de evolução para carcinoma invasor é alto, principalmente nos 5 anos após o diagnóstico

b) a extensão da lesão não tem relevância na determinação da magnitude de risco de evolução para carcinoma

c) a ampliação cirúrgica com realização de uma setorectomia mamária raramente se faz necessária

d) assim como a hiperplasia lobular atípica, esse diagnóstico é considerado apenas lesão de risco e não lesão precursoras

8. Mulher, 56 anos, é submetida a mastectomia, por câncer de mama, com esvaziamento axilar. Após o procedimento, apresenta perda da sensibilidade da face medial do braço ipsilateral. Pode-se afirmar que o nervo lesado durante o ato cirúrgico foi o:

- a) intercostobraquial
- b) torácico longo
- c) torácico dorsal
- d) peitoral medial

9. Mulher, 34 anos, que quer engravidar, realiza ultrassonografias seriadas a fim de programar o coito. Laudo da US de hoje: 5 imagens no ovário direito, regulares, anecóicas, homogêneas, com menos de 10mm em seu maior diâmetro; no ovário esquerdo, 1 imagem de bordas irregulares, com conteúdo heterogêneo, parcialmente hipoecogênico, presença de halo vascular ao *Doppler*; endométrio de aspecto hiperecogênico, homogêneo, medindo 9,5mm de espessura; fundo de saco posterior com pequena quantidade de líquido livre. Pode-se afirmar, sobre a ovulação e fase do ciclo menstrual, que essa paciente:

- a) ainda não ovulou e encontra-se na fase lútea
- b) ainda não ovulou e encontra-se na fase folicular
- c) já ovulou e encontra-se na fase folicular
- d) já ovulou e encontra-se na fase lútea

10. Mulher, 36 anos, com dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel há 3 anos, queixa-se de dor abdominal em baixo ventre e febre (38,2°C), há 1 dia. Refere ser sexualmente ativa e diz estar bem adaptada ao DIU. Exame físico: frequência cardíaca (FC) = 86bpm; temperatura axilar = 37,8°C; hidratada; corada; abdome flácido, peristáltico, doloroso à palpação do hipogástrio, sem sinais de descompressão dolorosa. Exame especular: conteúdo vaginal fisiológico; colo uterino sem lesões aparentes; fios do DIU visualizados; conteúdo cervical mucopurulento. Toque vaginal: colo doloroso à mobilização, anexos dolorosos, porém impalpáveis. Conforme o **“Manual de Planejamento Familiar” de 2022, da Organização Mundial de Saúde (OMS), a conduta mais adequada é:**

- apenas remover o DIU imediatamente, pois não há necessidade de se iniciar antibioticoterapia
- antibioticoterapia para doença inflamatória pélvica e retirar o DIU, independentemente do desejo da paciente
- antibioticoterapia para doença inflamatória pélvica e manter o DIU, caso ela não deseje retirá-lo
- antibioticoterapia para doença inflamatória pélvica; retirar o DIU; lavagem da cavidade uterina

11. Adolescente, 16 anos, fenótipo feminino, comparece ao ginecologista, pois nunca menstruou. Refere nunca ter tido relações sexuais. Exame físico: mamas com estágio M4 de *Tanner* de desenvolvimento; presença de pilificação ginecóide (P4 de *Tanner*); altura = 165cm; peso = 55kg; genitália externa de aspecto normal; membrana himenal presente, de aspecto usual. US pélvica: gônadas em topografia usual, com aspecto normal e presença de múltiplos folículos, bilateralmente, em seu interior; útero não visualizado. A principal hipótese diagnóstica é:

- pseudo-hermafroditismo feminino
- síndrome de *Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser*
- síndrome de *Morris*
- disgenesia gonadal

12. Mulher, 37 anos, sexualmente ativa, apresenta dor abdominal e a febre, há 3 dias. Refere, há 7 dias, discreta leucorreia amarelada. Exame físico: temperatura axilar = 38,5°C; FC = 88bpm; hidratada, corada; terço inferior do abdome difusamente doloroso à palpação, sem sinais de descompressão dolorosa. Exame especular: colo epiteliado, sem lesões aparentes; conteúdo cervical purulento que se exterioriza pelo orifício externo. Toque vaginal: mobilização do colo uterino e dos anexos dolorosa; não se palpa massas anexais; útero em AVF, tamanho normal. A principal hipótese diagnóstica é:

- doença inflamatória intestinal
- vaginite inflamatória
- doença inflamatória pélvica
- câncer de colo uterino

13. Mulher, 27 anos, nuligesta, sexualmente ativa, contracepção com uso irregular de condom, não deseja engravidar no momento. Refere dismenorreia progressiva, há 1 ano, e dispareunia profunda há 6 meses. Exame ginecológico: útero em RVF, fixo; presença de nódulo endurecido e doloroso palpável em fundo de saco vaginal posterior; anexos indolores e impalpáveis. Ressonância magnética (RM) pélvica: endometrioma de 3,0cm em ovário esquerdo; espessamento dos ligamentos uterossacros; placa de 2,0cm de tecido endometriótico ocupando fundo de saco posterior e acometendo parede uterina posterior; discreta infiltração miometrial e de segmento retal em 20% de sua circunferência, sem sinais de infiltração das camadas musculares, ou mesmo de suboclusão intestinal. A conduta inicial mais adequada é:

- uso de contraceptivos orais combinados de forma cíclica
- uso de contraceptivos orais combinados contínuos
- videolaparoscopia com ressecção de todos os focos de endometriose
- iniciar análogos agonistas do GnRH por prazo indeterminado

14. Mulher, 40 anos, Gesta 2, Para 1 (parto normal há 12 anos), inicia o pré-natal com 8 semanas de idade gestacional (IG), com IMC = 32,9kg/m². Pode-se afirmar que a recomendação para o ganho de peso total, em quilos, na gravidez é de:

- a) 11,5 a 16,0
- b) 7,0 a 11,5
- c) 5,0 a 9,0
- d) 12,5 a 18,0

15. Durante o período expulsivo, o obstetra optou por utilizar o fórceps, já que escalpe fetal encontrava-se visível, sem a necessidade de afastar os grandes lábios, a cabeça já havia atingido o assoalho pélvico e a sutura sagital estava no diâmetro anteroposterior. Ao aplicar o fórceps, a rotação não excedeu 45°. Pode-se afirmar que é um fórceps:

- a) baixo
- b) de alívio
- c) médio-baixo
- d) médio

16. Secundípara, com 38 semanas, 1 parto normal há 2 anos, com diagnóstico recente de polidramnia pela US obstétrica, encontra-se em período expulsivo. Durante os puxos, ocorreu a rotura espontânea da bolsa, com prolapso do cordão umbilical. Analise as afirmações a seguir sobre o que se deve fazer diante deste quadro:

I) Organizar ajuda, convocando auxílio de obstetras, enfermeiras, anestesistas, pediatras e solicitar preparo de sala cirúrgica.

II) Aumentar pressão sobre cordão umbilical por meio da elevação da apresentação pelo toque vaginal, auxiliada pela posição de *Trendelenburg*.

III) Decidir pela via de parto mais rápida.

Pode-se afirmar que está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s):

- a) II e III
- b) I e III
- c) II
- d) I

17. Em consulta pré-concepcional de uma mulher de 37 anos, portadora de diabetes *Melitus* (DM), solicitou-se análise do perfil lipídico. Pode-se afirmar que, idealmente, esta mulher deve engravidar com níveis de triglicerídeos e de lipoproteína de baixa densidade (LDL) inferiores, em mg/dL, respectivamente, a:

- a) 170 e 120
- b) 180 e 130
- c) 150 e 100
- d) 160 e 110

18. Durante o trabalho de parto de uma tercípara, a termo, situação longitudinal, apresentação cefálica, dorso anterior, já no final do período de dilatação, com dilatação do colo = 7cm, altura 0 de *De Lee*, 4 contrações/10 minutos com duração de 40 segundos e com variedade de posição occipto-esquerda posterior, a equipe médica resolveu realizar uma cardiotocografia. Resultado: linha de base = 95bpm; variabilidade reduzida e desacelerações repetitivas tardias por > 30 minutos. Pode-se afirmar que esse resultado da cardiotocografia configura uma categoria:

- a) I
- b) III
- c) II
- d) IV

19. Pode-se afirmar que o peso fetal é considerado critério isolado e mais que suficiente de restrição de crescimento fetal quando se encontra abaixo do percentil:

- a) 3
- b) 6
- c) 10
- d) 15

20. Primigesta, 38 anos, usuária eventual de maconha, com apenas 4 anos de estudo, demonstra dificuldade de aceitar a gestação, já que relata episódios de violência domiciliar. Pode-se afirmar que, durante o acolhimento no pré-natal, que essa gestante deve ser classificada como de risco:

- a) alto
- b) habitual
- c) grave
- d) intermediário

21. Mulher, 29 anos, Gesta 3, Para 2, Aborto 0, de risco habitual, com 10 consultas de pré-natal, durante sua internação em trabalho de parto, com 39 semanas e 2 dias de IG, manifestou o desejo de inserção de DIU. Logo na primeira hora pós-parto transpélvico, após o secundamento, foi realizada a inserção de um DIU de cobre. Pode-se afirmar que, mesmo sendo um método contraceptivo eficaz, no termo de consentimento livre e esclarecido que a paciente assinou antes do parto normal, deveria constar que a taxa de expulsão, em percentual (%), para uma inserção precoce do DIU (entre 10 minutos e 24 horas) é cerca de:

- a) 12
- b) 24
- c) 18
- d) 30

22. Primigesta, 22 anos, desenvolve pré-eclâmpsia grave e, por volta da 32ª semana, apresenta disfunção hepática com elevação dos níveis séricos de AST (> 70 UI/L) e LDH (> 600 UI/L), além de trombocitopenia com contagem plaquetária < 100.000/mm³. Pode-se afirmar que, dentre os sintomas que essa

paciente possa apresentar, os mais sugestivos de síndrome HELLP são:

- a) náuseas importantes e vômitos contínuos
- b) cefaleia e distúrbios visuais repentinos
- c) mal-estar generalizado e febre baixa
- d) dor epigástrica ou dor no quadrante superior direito

23. Em relação à vacinação durante a gravidez, analise as recomendações da a seguir:

I) Vacinas com vírus inativos como hepatites A e B, gripe (inclusive a H1N1), pólio-*Salk*, raiva, vacinas bacterianas e toxóides (tétano e difteria) podem ser aplicadas em casos selecionados de pacientes de risco.

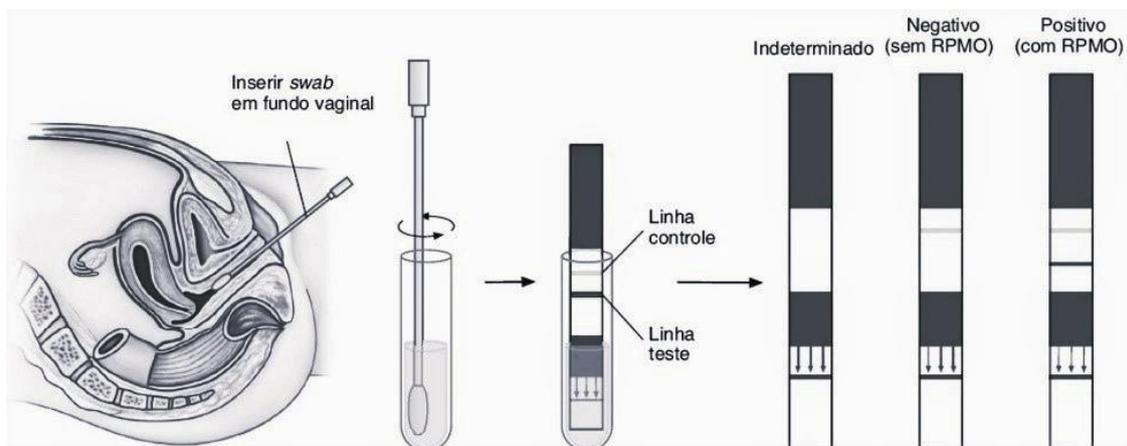
II) Em relação a dT (difteria e tétano) em gestante não vacinadas e/ou com histórico vacinal desconhecido, deve-se aplicar três doses com intervalos mensais, onde uma das doses é com dTpa (após a 20ª semana).

III) Quanto a vacina contra influenza (gripe), recomenda-se dose anual e nos meses de sazonalidade do vírus, mesmo no 1º trimestre de gestação, sendo que a vacina trivalente deve ser preferida na gestação em relação à quadrivalente.

Pode-se afirmar que, segundo a Sociedade Brasileira de Imunizações, está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s):

- a) II
- b) II e III
- c) I
- d) I e III

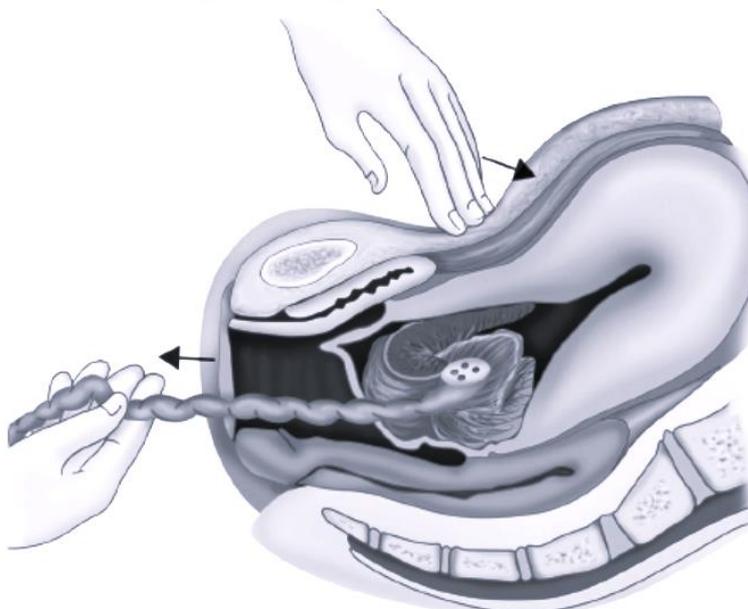
24. Observe a figura a seguir sobre o do teste imunocromatográfico *AmniSure*[®] para diagnóstico de amniorrexe prematura:



Pode-se afirmar que, na realização deste teste, o tempo, em minutos, que o swab vaginal deve ser inserido é de:

- 5
- 3
- 2
- 1

25. Mulher, 30 anos, após o nascimento de um feto a termo, encontra-se ao final da primeira hora pós-parto, sem sangramento ativo, estável clinicamente, mas a placenta ainda permanece retida. O obstetra resolve então posicionar uma das mãos no útero, pressionando-o para cima, para impedir a inversão uterina, enquanto a outra mão traciona o cordão de forma sustentada, paralelamente ao introito vaginal, conforme figura a seguir:



Pode-se afirmar que o obstetra realizou a Manobra de:

- Pawlick*
- Credê*
- Hamilton*
- Brandt-Andrews*

26. O protocolo ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) consiste em utilizar medidas para acelerar e melhorar a recuperação no pós-operatório. Pode-se afirmar que uma das medidas incluídas nesse protocolo é:

- a) fluidoterapia guiada por metas durante o procedimento cirúrgico
- b) uso de opioide com objetivo de melhorar o controle algico no pós-operatório
- c) evitar anestesia peridural e bloqueio do plano transversal abdominal
- d) manter cateter nasogástrico por 48 horas após o procedimento

27. Pode-se afirmar que são fatores de risco para *delirium* pós-operatório:

- a) imobilização; privação de sono e controle de infecção
- b) idade maior que 50 anos; desnutrição e ausência de distúrbios eletrolíticos
- c) fratura de quadril recente; desidratação e uso de álcool
- d) desnutrição; desidratação e controle algico medicamentoso

28. Pode-se afirmar, sobre a profilaxia antimicrobiana de infecções de sítio cirúrgico, que:

- a) uso de antibióticos intravenosos são necessários em cirurgias oftalmológicas
- b) cefazolina deve ser usada em cirurgias eletivas videolaparoscópicas de baixo risco
- c) não há necessidade de uso de antibiótico profilático em procedimentos como histerectomia
- d) clindamicina pode ser utilizada em pacientes com alergia aos fármacos betalactâmicos

29. Mulher, 25 anos, descobre estar na 4ª semana de gestação e procura avaliação clínica. Exame físico: agitada, com tremores nas mãos e olhos proeminentes. Exames laboratoriais: anticorpo anti-receptor de TSH (TRAb) positivo. A conduta melhor indicada é:

- a) tireoidectomia total

- b) prescrição de fármacos antitireoidianos
- c) iniciar levotiroxina em dose baixa
- d) terapia com iodo radioativo

30. Pode se afirmar que aneurismas são diagnosticados, em relação ao diâmetro normal de uma artéria, quando há aumento de:

- a) 30%
- b) 100%
- c) 50%
- d) 70%

31. Sobre a hérnia de *Spiegel*, pode-se afirmar que:

- a) são caracterizadas por apresentarem volume significativo, com defeitos maiores que 5cm
- b) não há necessidade de tratamento cirúrgico devido ao baixo risco de complicações
- c) é uma hérnia interparietal que se localiza na região lombar superior, também chamada hérnia de *Grynfelt*
- d) surge na parede abdominal entre a linha semilunar e a borda lateral do músculo reto abdominal

32. Pode-se afirmar que é próprio da hemorroida interna grau II:

- a) prolapso que se reduz espontaneamente
- b) prolapso que se reduz manualmente
- c) dor à evacuação
- d) prolapso permanente

33. Pode-se afirmar, sobre a vascularização da glândula tireoide, que:

- a) as artérias tireóideas inferiores são ramos do tronco tireocervical
- b) as artérias tireóideas superiores se originam das artérias carótidas internas
- c) em cerca de 80% das pessoas há a presença de uma terceira artéria chamada tireóidea ima
- d) a artéria tireóidea ima surge da artéria subclávia direita

34. A síndrome pós-colecistectomia se caracteriza por recorrência de sintomas observados antes da colecistectomia, como dor abdominal superior e dispepsia. Esses sintomas se manifestam de 2 dias até 25 anos pós-procedimento, sendo mais comuns em mulheres. Pode-se afirmar que:

- a) essa síndrome está relacionada a complicação cirúrgica, havendo necessidade de reintervenção na maioria das vezes
- b) ela pode estar relacionada a outra etiologia primária, como doença do refluxo gastroesofágico
- c) a disfunção do esfíncter de *Oddi* pode ser a causa, mas, neste caso, também cursa com febre e icterícia
- d) a causa mais comum para essa síndrome é a presença de cálculos biliares residuais na cavidade após ruptura da vesícula durante o procedimento

35. A medida que, com maior efetividade, diminui a taxa de infecção da ferida operatória é:

- a) uso de propés na sala cirúrgica
- b) realização de tricotomia 24 horas antes do procedimento
- c) aplicação de campos plásticos adesivos
- d) degermação com antisséptico no pré-operatório imediato

36. Pode-se afirmar que, na hérnia femoral, o elemento anatômico de importância para sua adequada correção cirúrgica é o ligamento de:

- a) *Gimbernat*
- b) *Hasselbach*
- c) *Levy*
- d) *Cooper*

37. No momento da sutura de uma ferida, além da aproximação sem tensão, pode-se afirmar que outra medida que auxilia na prevenção de queiloide é:

- a) retirar o curativo em até 24 horas
- b) infusão local de corticoide durante a sutura

- c) oclusão e hidratação da ferida logo após a sutura
- d) limpeza frequente com clorexidina alcoólica

38. A maior parte das infecções bacterianas transfusionais se relaciona a administração de:

- a) sangue total
- b) hemácias
- c) plasma
- d) plaquetas

39. Mulher, 48 anos, é atendida com queixa de vômitos incoercíveis. Diagnosticado volvo gástrico. Durante o procedimento cirúrgico, observou-se que o volvo já havia se desfeito e o estômago não apresentava sinais de sofrimento vascular. A conduta mais adequada é:

- a) terminar o procedimento sem nenhuma medida complementar
- b) gastropexia com ou sem gastrostomia
- c) gastrectomia parcial
- d) gastrectomia total

40. Sobre os divertículos de esôfago, pode-se afirmar que:

- a) o de *Zenker* é considerado um divertículo falso
- b) o hipofaríngeo, geralmente, está associado à acalasia
- c) pseudodiverticulose intramural esofágica difusa associa-se à esofagite hérpética
- d) o epifrênico, em geral, é causado por tração por inflamação adjacente

41. Mulher, 27 anos, previamente hígida, refere dor abdominal, há 8 dias. Tomografia computadorizada (TC) do abdome: abscesso de 4,0cm periapendicular. A conduta mais adequada é iniciar antibioticoterapia e:

- a) apendicectomia por laparotomia
- b) apendicectomia videolaparoscópica
- c) aguardar evolução do quadro
- d) drenagem percutânea

42. Mulher, 43 anos, apresenta dor abdominal em hipocôndrio direito. Ultrassonografia abdominal: imagem hiperecogênica impactada no ducto cístico, associada a espessamento da parede da vesícula biliar e líquido pericolecístico. A principal hipótese diagnóstica é

- a) colelitíase
- b) colecistite aguda
- c) pólipos de vesícula
- d) lama biliar

43. Pode-se afirmar que são características frequentemente observadas na US do abdome nos casos de apendicite aguda não complicada:

- a) retração de parede; redução do diâmetro do apêndice; linfonodomegalia
- b) espessamento de parede; redução do diâmetro do apêndice; líquido livre
- c) retração de parede; aumento do diâmetro do apêndice; linfonodomegalia
- d) espessamento de parede; aumento do diâmetro do apêndice; líquido livre

44. Mulher, 44 anos, foi submetida a gastrectomia vertical por obesidade mórbida há 1 ano. Em consulta de retorno, refere importante dor retroesternal, especialmente a noite. A principal hipótese diagnóstica e a conduta mais adequada é:

- a) doença do refluxo gastroesofágico / endoscopia digestiva alta
- b) hérnia de *Petersen* / tomografia computadorizada
- c) esofagite / seriografia esofágica
- d) hérnia interna / conversão cirúrgica para *y-de-roux*

45. É um fator de proteção quanto ao desenvolvimento de aneurismas de aorta abdominal:

- a) diabetes *Mellitus*
- b) hipercolesterolemia
- c) tabagismo
- d) sexo masculino

46. Analise as afirmativas a seguir sobre trauma abdominal.

I) Injúrias colônicas classificadas como destrutivas são definidas por lesões que acometem 30% da circunferência colônica.

II) Lesões do cólon e do reto ocorrem mais comumente após trauma abdominal penetrante e raramente após trauma contuso.

III) Lesões no reto por laceração podem ocorrer devido aos fragmentos ósseos pontiagudos de fraturas pélvicas graves.

Pode-se afirmar que está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s):

- a) II e III
- b) I
- c) II
- d) I e III

47. Mulher, 32 anos, IG = 28 semanas, é admitida no Setor de Emergência com quadro de edema súbito de membro inferior direito até a raiz da coxa. Ecodoppler venoso: trombose de veia ilíaca externa de aspecto agudo. O tratamento mais adequado é:

- a) implante de filtro de veia cava infrarrenal
- b) anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular até o período pós parto
- c) anticoagulação por via oral com warfarin até o período pós parto
- d) implante de filtro de veia cava suprarrenal

48. Mulher, 45 anos, com queixa de dor abdominal, realizou US do abdome que evidenciou um nódulo em segmento IV do fígado. TC com estudo trifásico: lesão de 6cm com captação periférica globuliforme em fase arterial e evolução centrípeta. Pode-se afirmar que a conduta mais adequada é:

- a) tratamento cirúrgico devido ao risco de ruptura e sangramento
- b) observação por se tratar de lesão benigna
- c) interrupção do anticoncepcional oral
- d) biópsia da lesão para pesquisa de betacatenina

49. Mulher, 26 anos, no 2º trimestre de gestação, é admitida no Setor de Emergência com queixa de dor abdominal. O cirurgião suspeita que seja um quadro de apendicite aguda. US de abdome: não é conclusiva. Ecografia e o exame fetal normais. Por se tratar de um final de semana, a RM só estaria disponível em 48 horas. A conduta mais adequada é:

- a) iniciar antibioticoterapia empírica e aguardar a realização da RM
- b) solicitar TC do abdome para definição diagnóstica

- c) indicar apendicectomia videolaparoscópica
- d) indicar apendicectomia aberta

50. O surgimento de pólipos de glândula fúndica do estômago está associado à(ao):

- a) ingestão de alimentos ricos em nitrato
- b) infecção por *Helicobacter pylori*
- c) uso de inibidores de bomba de prótons
- d) baixo nível social