



**INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ
COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA

LEIA COM ATENÇÃO TODAS AS INSTRUÇÕES DESTA PÁGINA

LOCAL DE PROVA

ICC/Faculdade Rodolfo Teófilo

Nº DE INSCRIÇÃO

PROVA DE CIRURGIA GERAL

(RM EM CANCEROLOGIA CIRÚRGICA, CIRURGIA DE
CABEÇA E PESCOÇO E MASTOLOGIA - CG)

Data da Prova: 12/10/2025

Tempo: 2h30min (duas horas e meia)

Nº de Questões: 40 (quarenta)

Valor de Cada Questão: 2,5 (dois e meio) pontos

- I N S T R U Ç Õ E S -

1. Para fazer sua prova você está recebendo: um caderno com as questões da prova, cada uma delas apresentando um enunciado seguido de 4 (quatro) alternativas, designadas pelas letras **A, B, C e D**.
2. Examine se o caderno de prova está completo e se há falhas ou imperfeições gráficas que causem dúvidas. Nenhuma reclamação será aceita após 30 (trinta) minutos do início da prova.
3. Decorrido o tempo determinado pela Comissão Coordenadora, será distribuído a folha de resposta a qual será o único documento válido para a correção da prova.
4. Ao receber a folha de resposta, verifique se seu nome está correto.
5. Para cada uma de todas as questões, você deve marcar uma e somente uma das quadrículas; não haverá pontos negativos.
6. Assine a folha de resposta no espaço reservado no cabeçalho. Não haverá substituição da folha de resposta.
7. Não amasse nem dobre a folha de resposta, para que não seja rejeitada pelo “scanner”.
8. Será anulada a resposta que contiver emenda, rasura ou, ainda, a que apresentar mais de uma alternativa assinalada.
9. É vedado o uso de qualquer material, além da caneta esferográfica (tinta azul) escrita grossa para marcação das respostas; qualquer forma de comunicação entre os candidatos também implicará a sua eliminação.
10. O candidato, ao sair da sala, deverá entregar, definitivamente, a folha de resposta e o caderno de prova, devendo ainda assinar a folha de presença.

BOA PROVA!

PROVA DE CIRURGIA GERAL

CG 01.

Sobre o processo de cicatrização de feridas, assinale a alternativa correta.

- A) A fase inflamatória ocorre nos primeiros dias, com predomínio de neutrófilos e macrófagos.
- B) A fase inflamatória dura em média 14 dias e caracteriza-se pela síntese de colágeno.
- C) A fase proliferativa inicia-se logo após a formação da cicatriz definitiva.
- D) A fase de remodelamento é a responsável pela hemostasia inicial da ferida.

CG 02.

Sobre cirurgia limpa, assinale a alternativa correta.

- A) É caracterizada pela ausência de penetração em tratos contaminados e sem sinais de inflamação.
- B) Inclui procedimentos com presença de pus, tecidos devitalizados ou perfuração de víscera oca.
- C) É aquela em que ocorre penetração controlada em tratos contaminados (respiratório, gastrointestinal, urinário).
- D) São procedimentos em que há contaminação grosseira e necessidade de antibioticoterapia prolongada obrigatória.

CG 03.

Sobre o uso da radiografia de tórax no pré-operatório, qual a recomendação atual?

- A) É indicada apenas se houver sintomas respiratórios ou suspeita de doença cardiopulmonar.
- B) Deve ser solicitada rotineiramente em todos os pacientes acima de 40 anos.
- C) É obrigatória em cirurgias de médio e grande porte.
- D) É indicada somente quando o paciente for tabagista.

CG 04.

O qSOFA é utilizado para identificação rápida de pacientes com risco de evolução desfavorável na sepse. Quais critérios compõem esse escore?

- A) Temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$, leucocitose e taquicardia.
- B) $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$, lactato sérico $> 2 \text{ mmol/L}$ e hipotensão.
- C) Pressão arterial média $< 65 \text{ mmHg}$, necessidade de vasopressor e lactato $> 4 \text{ mmol/L}$.

D) Hipotensão ($\text{PAS} \leq 100 \text{ mmHg}$), frequência respiratória $\geq 22 \text{ irpm}$ e alteração do nível de consciência.

CG 05.

Sobre o pneumotórax espontâneo primário, é correto afirmar.

- A) Ocorre geralmente em pacientes com DPOC avançada.
- B) O diagnóstico depende sempre de tomografia de tórax.
- C) O tratamento inicial obrigatório é drenagem torácica em selo d'água.
- D) É mais comum em jovens, longilíneos e sem doença pulmonar prévia.

CG 06.

Paciente de 50 anos, 65kg, vítima de ferimento por projétil de arma de fogo, com orifício de entrada em epigástrio, chega ao pronto socorro, trazido pelo SAMU, com as seguintes alterações no exame físico: pele fria e pálida, FC: 120 bpm, PA: 80X50 mmHg, dor abdominal intensa. A cerca do caso clínico acima, é correto afirmar.

- A) A quantidade de fluido inicial que será necessária para a reanimação volêmica do doente é 20 mL/kg, entretanto, a infusão contínua de grandes volumes de fluidos e de sangue, na tentativa de atingir uma pressão arterial normal, não substitui o controle definitivo da hemorragia.
- B) A perda sanguínea estimada do paciente é de mais de 40%; dessa forma, além de protocolo de transfusão maciça, o paciente necessita de intervenção definitiva imediata com cirurgia.
- C) Após reposição de 1l de cristaloides, se o paciente persistir hipotenso, deve-se solicitar provas cruzadas e sangue tipo específico para hemotransfusão do paciente.
- D) Há benefício realizar comprovado de se realizar ácido tranexâmico em até 5 horas após o trauma agudo.

CG 07.

Uma fratura é considerada exposta quando uma ferida sobrejacente produz comunicação entre o local da fratura e o ambiente externo. A cerca do manejo de fraturas expostas, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) As fraturas causadas por armas de alta velocidade são tratadas de acordo com o protocolo de fratura exposta. Desbridamento agressivo, profilaxia de tétano e antibióticos parenterais são o tratamento padrão para estas lesões.
- B) Em fraturas expostas do tipo Gustilo-Anderson III é necessário o acréscimo de um aminoglicosídeo em conjunto com as cefalosporinas de primeira geração para antibioticoprofilaxia.
- C) A administração precoce de antibióticos (<1 hora após a admissão), e a correção definitiva da fratura em até 6 horas do trauma, não são mais prioridades como medidas iniciais para esse tipo de fratura.
- D) Em fraturas expostas do tipo Gustilo-Anderson IIIC é necessária a presença do cirurgião vascular.

CG 08.

Dentre os possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de infecções de sítio cirúrgico seguintes:

- I- ligados ao paciente: obesidade, diabetes, extremos de idade.
- II- ligados ao ambiente: esterilização ou desinfecção inadequada.
- III- ligados ao tratamento: drenos, cirurgia de emergência, hipotermia.
- IV- ligados ao tratamento: tempo operatório prolongado, antisepsia cutânea inadequada.

Estão corretos

- A) apenas I e III.
- B) apenas II e IV.
- C) apenas I, II e III.
- D) todas (I, II, III e IV).

CG 09.

A cirurgia ginecológica envolve o tratamento cirúrgico das condições benignas do trato genital feminino. A cerca da anatomia dessa região, é verdadeiro o que se diz em

- A) o ureter direito desce pela margem direita da veia cava e cruza a veia ilíaca direita na bifurcação da veia cava.
- B) a artéria uterina, após sua origem no ramo anterior da artéria hipogástrica, corre medialmente ao elevador do ânus e paralela e posterior ao ureter.
- C) um dos locais mais comum de lesões iatrogênicas dos ureteres, ocorre principalmente no ligamento cardinal ao nível do colo do útero, onde o ureter e as artérias uterinas se cruzam.
- D) no abdome inferior, o ureter esquerdo passa sobre o músculo psoas medial à aorta. O seu curso é sob o mesentério do cólon descendente, de lateral para

medial, cruzando sobre a artéria ilíaca interna e a veia ilíaca comum.

CG 10.

O carcinoma gástrico hereditário difuso está relacionado à

- A) mutação CDH1.
- B) mutação BRCA1.
- C) síndrome de Lynch.
- D) polipose adenomatosa familiar.

CG 11.

Em caso de amputações de regiões distal do pé, o pentabloqueio é um dos tipos de anestesia mais utilizados. Acerca do pentabloqueio, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Um dos cuidados que se deve ter ao bloquear o nervo fibular profundo é evitar a punção da artéria tibial anterior, tendo em vista a proximidade dessas estruturas.
- B) Para bloqueio do nervo tibial posterior, a agulha deve se inserir entre a borda superior do maléolo medial e o tendão do músculo tibial posterior.
- C) Os nervos bloqueados nesta modalidade são: fibular profundo, tibial posterior, safeno, fibular superficial, sural.
- D) O nervo sural localiza -se 1 cm acima do maléolo lateral e o tendão do calcâneo.

CG 12.

Paciente de 55 anos, diabético e hipertenso, será submetido a uma colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Assinale o conjunto de exames mais adequados.

- A) Hemograma, glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos e ECG.
- B) Hemograma, coagulograma e radiografia de tórax.
- C) Ultrassonografia abdominal e avaliação clínica.
- D) Apenas glicemia de jejum e ECG.

CG 13.

Em relação à definição de sepse segundo o Sepsis-3 (2016), assinale a alternativa correta.

- A) Sepse é definida pela presença de SIRS (síndrome da resposta inflamatória sistêmica) associada a infecção.
- B) Sepse é definida como infecção suspeita ou confirmada associada a disfunção orgânica.
- C) A presença de febre, taquicardia e leucocitose é suficiente para o diagnóstico de sepse.
- D) Sepse e choque séptico são termos equivalentes.

CG 14.

Homem de 65 anos, tabagista, com dor abdominal súbita e intensa, hipotensão e massa pulsátil em mesogástrio. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Ruptura de aneurisma de aorta abdominal.
- B) Isquemia mesentérica aguda.
- C) Perfuração de víscera oca.
- D) Pancreatite aguda grave.

CG 15.

Paciente de 30 anos, vítima de acidente automobilístico, chega instável, com hipotensão e FAST positivo para líquido livre intra-abdominal. Qual a conduta imediata?

- A) Laparotomia exploradora.
- B) Lavado peritoneal diagnóstico.
- C) Tomografia de abdome com contraste.
- D) Reanimação volêmica e observação na UTI.

CG 16.

Paciente politraumatizado apresenta drenagem imediata de 1.600 mL de sangue após inserção de dreno torácico. Qual a melhor conduta?

- A) Toracotomia imediata.
- B) Pericardiocentese de urgência.
- C) Manter dreno em selo d'água e observar.
- D) Nova drenagem em 2º espaço intercostal.

CG 17.

Homem de 72 anos, hipertenso, diabético e fibrilação atrial crônica em uso irregular de anticoagulante, procura emergência por dor abdominal intensa e difusa há 8 horas. Relata que a dor começou de forma súbita, é desproporcional ao exame físico. Exame físico: PA: 140/80 mmHg, FC: 110 bpm, SatO₂: 94% em ar ambiente. Abdome: pouco distendido, doloroso difusamente, sem defesa ou sinais de irritação peritoneal. Toque retal: sangue em pequena quantidade. Exames laboratoriais: leucocitose 19.000/mm³, acidose metabólica (pH = 7,29; HCO₃⁻ = 16). TC de abdome com contraste: espessamento de alças delgadas, pneumatose intestinal e presença de gás no sistema porta. Qual é a conduta imediata mais adequada?

- A) Antibioticoterapia venosa e suporte clínico intensivo.
- B) Analgesia, anticoagulação plena com heparina e observação em UTI.
- C) Laparotomia exploradora imediata para ressecção das alças necróticas.

D) Solicitar colonoscopia para confirmar o diagnóstico de isquemia intestinal.

CG 18.

Homem de 28 anos, portador de doença de Crohn ileocolônica há 6 anos, em uso irregular de azatioprina, procura o pronto-socorro com dor abdominal em cólica, febre (38,4 °C), diarreia sanguinolenta e emagrecimento de 5 kg no último mês. Exame físico: PA: 110/70 mmHg, FC: 102 bpm. Abdômen: dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, massa palpável dolorosa nesta região, sem sinais de irritação peritoneal. Exames complementares: Hemograma: anemia (Hb 9,8 g/dL), leucocitose (15.200/mm³). TC de abdome com contraste: espessamento de alça ileal terminal com fístula enteroentérica e abscesso de 5 cm em fossa ilíaca direita. Qual é a conduta mais adequada neste momento?

- A) Drenagem do abscesso (preferencialmente percutânea) associada a antibioticoterapia, com posterior otimização do tratamento da doença de base.
- B) Iniciar terapia biológica (anti-TNF) imediatamente, mesmo na presença de abscesso.
- C) Iniciar corticosteroides em altas doses para induzir remissão clínica.
- D) Indicar colectomia total de urgência com ileostomia terminal.

CG 19.

Mulher de 35 anos, com perda de peso, tremor, exoftalmia e TSH indetectável. Qual exame confirma o diagnóstico de doença de Graves?

- A) Anticorpo anti-TPO.
- B) Ultrassonografia cervical.
- C) Anticorpo anti-tireoglobulina.
- D) Anticorpo TRAb (anti-receptor de TSH).

CG 20.

Paciente de 45 anos, submetido à tireoidectomia total por carcinoma papilífero de tireoide há 3 dias, evolui com parestesias periorais e câimbras em mãos. Ao exame, apresenta sinal de Chvostek positivo. Exames laboratoriais: Cálcio sérico = 6,8 mg/dL (VR: 8,5–10,5) Fósforo = 5,5 mg/dL (VR: 2,5–4,5); PTH baixo. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Hipercalemia da imobilização.
- B) Hipoparatiroidismo pós-operatório.
- C) Hipoparatiroidismo primário autoimune.
- D) Síndrome do osso faminto pós-tireoidectomia.

CG 21.

O câncer de cólon direito geralmente se manifesta com

- A) constipação crônica e obstrução intestinal precoce.
- B) fraqueza, cansaço, anemia ferropriva e perda de peso.
- C) dor anal intensa e sangramento vivo associado a evacuação.
- D) hematoquezia em pequena quantidade e dor abdominal intensa.

CG 22.

Sobre o tratamento cirúrgico da DRGE (funduplicatura de Nissen), é correto afirmar que

- A) está indicada preferencialmente em pacientes com boa resposta clínica aos ibps, mas que desejam evitar tratamento clínico crônico.
- B) está indicada de rotina em todo paciente com sintomas típicos de drge.
- C) substitui a necessidade de endoscopia no seguimento dos pacientes.
- D) é contraindicada em pacientes jovens devido ao risco de recidiva.

CG 23.

Em relação ao carcinoma hepatocelular (CHC), é correto afirmar que

- A) a maioria dos casos ocorre em fígado não cirrótico.
- B) o transplante hepático está indicado em pacientes com critérios de milão.
- C) o tratamento de escolha para tumores irresssecáveis é a ressecção hepática.
- D) o exame de imagem de escolha para rastreamento é a tomografia computadorizada.

CG 24.

Em relação ao câncer de pulmão de pequenas células (CPCP), tem-se que

- A) é altamente sensível à quimioterapia e radioterapia.
- B) geralmente apresenta crescimento lento e indolente.
- C) o prognóstico é melhor que o do CPNM em estágios iniciais.
- D) a cirurgia é o tratamento de escolha, mesmo em doença extensa.

CG 25.

Qual é a conduta em um paciente com aneurisma de aorta abdominal de 4,0 cm, assintomático?

- A) Observação clínica, sem necessidade de seguimento.
- B) Seguimento com imagem seriada (USG/TC).

C) Correção imediata por cirurgia aberta.

D) Correção imediata por EVAR.

CG 26.

Paciente com dor em repouso e úlcera isquêmica no pé (Índice tornozelo-braquial ITB = 0,3). O manejo adequado é

- A) revascularização urgente (endovascular ou aberta).
- B) apenas cilostazol e exercício supervisionado.
- C) anticoagulação plena isolada.
- D) observação clínica.

CG 27.

A reconstrução sempre deve ser uma opção das mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama. A respeito das reconstruções mamárias por câncer de mama, é INCORRETO afirmar que

- A) as vantagens das reconstruções com implante incluem o fato destes procedimentos serem relativamente rápidos, com morbidade mínima ao paciente, e são mais eficientemente utilizados em reconstruções bilaterais por ser a melhor oportunidade de simetria.
- B) o retalho de grande dorsal é um tipo de reconstrução combinada, ideal para cirurgias de resgate de reconstruções prévias, e é realizado utilizando-se o retalho miocutâneo do músculo grande dorsal com base no pedículo da artéria toracodorsal.
- C) as complicações, incluindo a perda parcial ou total do retalho, a perda do retalho da mastectomia, deiscência da ferida, infecção, podem ser encontradas com qualquer forma de reconstrução da mama e podem causar atraso na quimioterapia adjuvante.
- D) atualmente, com o afinamento das técnicas reconstrutivas, a radioterapia tem pouco impacto nas reconstruções mamárias, e, dessa forma, as taxas de complicações em procedimentos com implante e reconstruções autólogas são semelhantes nas pacientes que não realizaram esse tratamento.

CG 28.

Os cálculos no trato urinário são um motivo comum das consultas no serviço de emergência. Uma vez que a maioria dos cirurgiões gerais irá se deparar com pacientes tanto na fase aguda como durante uma intervenção cirúrgica, assinale a alternativa INCORRETA:

- A) As complicações que advêm da litotripsia extracorpórea com ondas de choque (LEOC), incluem lesão renal, “stein strasse” (ruas de cálculos), hipertensão e doença renal crônica.
- B) As complicações da nefrolitotomia percutânea (NLPC) incluem sepse, hemorragia renal, lesão do sistema coletor renal e danos nos órgãos e vísceras adjacentes.
- C) Cálculos não radiopacos e maiores do que 2 cm devem ser, preferencialmente, tratados com litotripsia extracorpórea com ondas de choque (LEOC).
- D) A ureterolitotripsia retrógrada endoscópica (URS) é principalmente indicada para litíase no terço distal do ureter.

CG 29.

Acerca de câncer renal, analise as assertivas a seguir:

- I- O câncer de rim pode ser esporádico ou estar associado a fatores genético/hereditários (como doença de von Hippel-Lindau e carcinoma renal hereditário), insuficiência renal crônica, doença renal cística adquirida e esclerose tuberosa.
- II- Atualmente, nefrectomia parcial é o tratamento padrão nos casos de lesões pequenas (<4cm), e periféricas, nas quais a chance de multifocalidade é reduzida, e nos cistos complexos (Bosniak III e IV), devendo ser indicada mesmo quando o rim contralateral for normal, sempre que se obtiver uma margem cirúrgica mínima de segurança.
- III- Na nefrectomia radical, é necessário a ressecção da gordura peri-renal, externamente a fáscia de Gerota, pois esta gordura está acometida em cerca de 25% dos casos, sendo este passo importante para se evitar recidiva.
- IV- A realização de adrenalectomia ipsilateral é recomendada somente em casos de evidente invasão da glândula.

Estão corretas

- A) apenas I e III.
- B) apenas III e IV.
- C) apenas I, II e III.
- D) todas (I, II, III, IV).

CG 30.

Com base nas diretrizes mais atualizadas sobre o tratamento do melanoma, assinale a alternativa INCORRETA:

- A) Melanoma *in situ* exige uma margem de ampliação de pelo menos 0,5cm.
- B) A presença de metástases em trânsito ou metástases satélites caracterizam doença N+.

- C) Pacientes com melanoma de extremidades, com Breslow 1,2 mm, necessitam de margem de ampliação de 1 a 2 cm.
- D) Pacientes com Breslow 0,7 mm necessitam de margem de ampliação de 1,0 cm e normalmente não necessitam de pesquisa de linfonodo sentinela, mesmo na presença de ulceração.

CG 31.

O câncer de mama é uma doença heterogênea e o tratamento atual é guiado pelas propriedades do tumor, bem como pelo seu tamanho e localização. A respeito do tratamento cirúrgico do câncer de mama, considere as assertivas a seguir:

- I- Na mastectomia poupadora de pele ocorre retirada de toda glândula mamária, cicatriz prévia se presente, pele acima do tumor quando este é superficial e preserva-se o CAP (complexo aréolo-papilar).
- II- Carcinoma inflamatório é uma contraindicação para tratamento conservador de mama.
- III- Em geral, pacientes com câncer de mama localmente avançada, que realizaram terapia neoadjuvante, que progrediram em vigência de quimioterapia, deve-se antecipar a cirurgia, e proceder com adenomastectomia com congelamento intraoperatório de CAP, para avaliar preservação do mesmo.

Estã(ão) correta(s)

- A) I, II e III.
- B) apenas I e III.
- C) apenas I e II.
- D) apenas a II.

CG 32.

A respeito do tratamento cirúrgico para o câncer de pulmão, assinale a alternativa correta.

- A) Tumores de 2,5 cm, sem linfonodomegalias, podem ser tratados por lobectomia com linfadenectomia mediastinal.
- B) Tumores < 1 cm na sua maior dimensão são melhores tratados com quimioterapia e radioterapia exclusiva e na maioria das vezes não necessitam de cirurgia.
- C) Tumores de 6 cm, com invasão da parede torácica, com linfonodomegalias mediastinais são melhores tratados pela seguinte sequência: quimioterapia + imunoterapia, cirurgia, e posteriormente radioterapia adjuvante.
- D) Tumores de 4 cm, sem linfonodomegalias comprometidas, podem ser tratados, com cirurgia (lobectomia ou ressecção sublobar), porém nestes casos não é necessária a realização de linfadenectomia.

CG 33.

Paciente, 30 anos, submetida à histerectomia radical com linfadenectomia pélvica e retroperitoneal até as veias renais há 30 minutos. Durante a cirurgia houve a descrição de sangramento moderado, com necessidade de hemotransfusão de dois concentrados de hemácias. Ainda na sala de recuperação pós-anestésica, a paciente apresentou, duas horas após o procedimento, as seguintes alterações: palidez, sudorese, TEC > 5S, FC: 50 bpm, PA: 60x40 mmHg. Com base na principal hipótese para o caso, qual conduta **não** está de acordo com o esperado para a situação?

- A) Acionar o banco de sangue, solicitar provas cruzadas, e aguardar para realizar hemotransfusão do tipo sanguíneo mais compatível.
- B) Iniciar reposição volêmica com cristaloides aquecidos, enquanto as bolsas de sangue ficam prontas.
- C) Solicitar sala para cirurgia de emergência.
- D) Fazer infusão de bicarbonato de sódio.

CG 34.

A cerca da investigação de infecções críticas em pacientes cirúrgicos, assinale a INCORRETA.

- A) Na avaliação de febre deve-se considerar todas as fontes potenciais de infecção no paciente, sendo necessário um exame físico amplo e minucioso, além da avaliação de todos os curativos, feridas e dispositivos.
- B) Deiscência de anastomose, abscesso intra-abdominal, colite infecciosa, e colecistite acalculosa são algumas das causas mais comuns de infecção intra-abdominal.
- C) A prevenção mais eficaz das infecções de corrente sanguínea associada ao cateter (CLABSI) é a troca precoce de sítio de punções de cateteres centrais.
- D) Entubação, aspiração, contusão pulmonar e estado mental alterado aumentam o risco de pneumonia.

CG 35.

O diagnóstico de lesão iatrogênica do ducto biliar deve ser suspeitado em qualquer paciente que se apresente com sintomas novos ou exacerbados após uma colecistectomia videolaparoscópica. A classificação original de reconstrução biliar foi baseada na classificação de Bismuth, e posteriormente modificada por Strasberg. Com base nessa classificação, a presença de estenose de ducto hepático comum, com manutenção de mais de 2 cm de ducto hepático abaixo da bifurcação, é o tipo

- A) E1.
- B) E2.

C) E3.

D) E4.

CG 36.

A apendicite é a emergência cirúrgica mais comum em crianças, com um risco ao longo da vida de 7% a 8% e um pico de incidência na adolescência. A cerca dessa condição em pacientes pediátricos, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Pode acometer crianças de todas as faixas etárias.
- B) Em crianças pequenas, em especial, naquelas menores de 4 anos, o diagnóstico é quase sempre tardio, em fases avançadas.
- C) Na dúvida e na incerteza diagnóstica, a observação clínica e as reavaliações frequentes, podem ajudar na elucidação do quadro clínico da criança.
- D) A tomografia de abdome deve ser realizada precocemente na suspeita de apendicite, nas primeiras 12 horas do início do quadro, quando se observam alterações específicas com sensibilidade acima de 95% dos casos.

CG 37.

As hemorroidas são um tecido vascular normal dentro da submucosa localizada no canal anal. Acredita-se que elas ajudem na continência fornecendo aumento de volume para o canal anal. A respeito deste tema, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Hemorroidas tipo IV podem ser tratadas com ligadura elástica.
- B) Pacientes tratados com escleroterapia têm mais chance de recidivas a longo prazo.
- C) Retenção urinária e incontinência fecal são algumas complicações que podem ocorrer no tratamento cirúrgico de hemorroidas.
- D) A hemorroidopexia por grampeamento resulta na excisão de uma porção circunferencial da mucosa e submucosa retal baixa e anal alta com auxílio do grampeador circular.

CG 38.

A cerca dos princípios da cirurgia oncológica, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Nas lesões cutâneas, as biópsias excisionais devem ser realizadas sem margens definitivas (1 a 2 mm), promovendo a ressecção completa da lesão e contemplando toda a profundidade da pele.
- B) O termo “surgical debulking” é utilizado para citorreduções parciais grosseiras, geralmente de caráter paliativo, sendo R0: a ausência de doença residual macroscópica e microscópica, R1 doença residual macroscópica e R2, doença residual microscópica.

- C) O linfonodo sentinela representa a primeira estação de drenagem linfática de determinado sítio de tumor primário. Uma vez identificado é removido e analisado de forma criteriosa, e o seu acometimento por células neoplásicas refina o reestadiamento, e a depender do sítio primário em questão contribui para decisões quanto à indicação de linfadenectomias complementares.
- D) O objetivo do tratamento adjuvante inclui a atuação sobre possíveis focos de doença microscópica, não detectáveis por exames. Já o tratamento neoadjuvante, em algumas situações, pode permitir a diminuição do tumor primário, a fim de permitir operações mais conservadoras.
- B) A maioria das hérnias da criança é do tipo indireta, com anel inguinal profundo normal (até 2 cm), portanto, classificam-se como NYHUS IIIB.
- C) Essa condição afeta seis vezes mais meninos do que as meninas, e na maioria das vezes ocorrem do lado direito, seguido do lado esquerdo, e uma minoria são bilaterais.
- D) O principal fator de risco da hérnia inguinal é o encarceramento do intestinal, com estrangulamento potencial. A incidência dessa ocorrência é maior em recém-nascidos prematuros e no primeiro ano de vida.

CG 39.

Um cirurgião geral estava de plantão na sala vermelha, quando foi acionado pela entrada, de um homem, trazido por familiares, 35 anos, 70 kg, vítima de queimadura por explosão de um botijão de gás há 20 minutos da entrada. Ele possuía queimaduras de 2º e 3º grau, no abdome, região peitoral, tronco e região lombar, braços e antebraços circunferencialmente e bilateralmente, e na região anterior das coxas bilateral. Após a instituição de medidas iniciais, considerando o ATLS – 10ª edição, está INCORRETO no manejo desse paciente, a seguinte assertiva.

- A) A área de superfície corporal queimada estimada do paciente é maior que 70%.
- B) O paciente deve receber aproximadamente 5.040 mL de ringer lactato nas primeiras 8 horas após a queimadura.
- C) Após 8 horas de reanimação hídrica é esperado que o paciente tenha tido pelo menos 500 mL de diurese.
- D) Deve-se, preferencialmente, estabelecer no paciente acessos venosos de grande calibre (no mínimo 16G), introduzido em veia periférica, e em caso de não haver pele íntegra, a punção pode ser realizada através da pele queimada, deixando-se o acesso central para impossibilidade total de acessos periféricos ou uso de drogas vasoativas.

CG 40.

A correção de hérnia inguinal é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns em cirurgia pediátrica. A respeito de hérnias inguinais na infância, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A hérnia da criança é classificada como indireta, lateral aos vasos epigástricos, e causada pela persistência do conduto peritoneovaginal.