



PROVA AMB, AMRIGS, ACM e AMMS 2020

RESIDÊNCIA COM PRÉ-REQUISITO: CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO / CIRURGIA GERAL

Instruções

Leia atentamente e cumpra rigorosamente as instruções que seguem, pois elas são parte integrante das provas e das normas que regem a Prova AMB, AMRIGS, ACM e AMMS.

1. Atente-se aos avisos contidos no quadro da sala.
2. Seus pertences deverão ser armazenados dentro do saco plástico fornecido pelo fiscal. Somente devem permanecer em posse do candidato caneta esferográfica de ponta grossa, de material transparente, com tinta azul ou preta, documento de identidade, lanche e água, se houver. A utilização de qualquer material não permitido em edital é expressamente proibida, acarretando a imediata exclusão do candidato.
3. Certifique-se de que este caderno:
 - contém 30 (trinta) questões.
4. Cada questão oferece 4 (quatro) alternativas de respostas, representadas pelas letras A, B, C e D, sendo apenas 1 (uma) a resposta correta.
5. No caderno de prova, pode-se rabiscar, riscar e calcular.
6. Será respeitado o tempo para realização da prova conforme previsto em edital, incluindo o preenchimento da grade de respostas.
7. Ao terminar a prova, o candidato entregará ao fiscal da sala a Grade de Respostas devidamente preenchida. Caso deixe o local de aplicação antes de transcorridas 2 (duas) horas de prova, o candidato deverá entregar também o caderno de questões.
8. As provas padrão serão disponibilizadas nos sites da AMRIGS, ACM, AMMS e Fundatec.
9. A responsabilidade referente à interpretação dos conteúdos das questões é exclusiva do candidato.
10. Os três últimos candidatos deverão retirar-se da sala de prova ao mesmo tempo, devendo assinar a Ata de Prova.
11. Os gabaritos preliminares da prova serão divulgados na data descrita no Cronograma de Execução.

Boa prova!



QUESTÃO 01 – De acordo com a classificação de NYHUS, um paciente que apresenta uma hérnia femoral, não recorrente, devido a defeito da parede posterior, é classificado como:

- A) NYHUS IIIa.
- B) NYHUS IIIb.
- C) NYHUS IIIc.
- D) NYHUS IV.

QUESTÃO 02 – Em relação à vascularização da parede e das vísceras abdominais, é correto afirmar que:

- A) Na hipertensão portal, o sangue retorna pela veia gástrica esquerda formando as varizes de esôfago, com o objetivo de drenar o sangue portal para o sistema ázigos e este sistema para a veia cava superior.
- B) Quando inserimos o dedo indicador no forame omental e, com o dedo polegar, comprimimos o ligamento hepatoduodenal (manobra de Pringle), interrompemos o fluxo sanguíneo hepático por compressão da veia porta e da artéria gastroduodenal.
- C) O fundo gástrico é irrigado principalmente pelas artérias gástricas esquerdas, oriundas da artéria esplênica.
- D) A artéria mesentérica inferior, responsável pela irrigação do colo esquerdo, tem sua origem variável, pois frequentemente pode se originar da artéria mesentérica superior.

QUESTÃO 03 – No tratamento da obesidade mórbida, a gastrectomia vertical vem sendo realizada cada vez mais, devido à sua efetividade em casos selecionados e baixos índices de complicações. São complicações da gastrectomia vertical, EXCETO:

- A) Fístula do ângulo de Hiss.
- B) Refluxo gastroesofágico severo.
- C) Hérnia de Petersen.
- D) Deficiência de vitamina B12.

QUESTÃO 04 – A pseudo-obstrução é uma síndrome clínica caracterizada por sintomas recorrentes de obstrução intestinal sem obstáculo mecânico. São causas de pseudo-obstrução intestinal, EXCETO:

- A) Íleo funcional.
- B) Íleo biliar.
- C) Síndrome de Ogilvie.
- D) Íleo espástico por porfiria.

QUESTÃO 05 – Mulher hígida de 57 anos com queixas de plenitude pós-prandial e dor epigástrica eventual é submetida a uma endoscopia digestiva alta que demonstra gastrite atrófica e quatro lesões polipóides, a maior com 0,9 cm, duas delas apresentando uma pequena ulceração central. Todas são submetidas à polipectomia. A análise histológica mostra atrofia de células da mucosa, ausência de células parietais e hiperplasia de células neuroendócrinas. À imunohistoquímica, foi identificada cromogranina A e sinaptofisina, e ki-67 de 2%. Tomografia de tórax e abdome é normal e não identifica sinais de doença metastática ou comprometimento linfonodal. Sobre esse caso, assinale a alternativa correta.

- A) O tratamento consiste em ressecção e vigilância endoscópicas.
- B) São esperados hipovitaminose B12 e hipogastrinemia.
- C) Este tipo de tumor está associado com a síndrome de neoplasia hereditária múltipla do tipo I.
- D) Trata-se de um tumor neuroendócrino gástrico do tipo II.

QUESTÃO 06 – Mulher de 52 anos procura o pronto atendimento com dor em cólica e distensão abdominais, parada de eliminação de gases e fezes há dois dias, seis episódios de vômitos volumosos e fecalóides. Foi submetida a uma histerectomia por miomatose através de incisão de Pfannenstiel há 9 anos. Abdomen globoso, tenso e timpânico, com ruídos hidroaéreos aumentados em intensidade e frequência, e levemente doloroso à palpação, sem dor à descompressão súbita. Ao toque, a ampola retal está vazia, sem outras alterações. PA=90X60 mmHg, P=116 BPM; FR=20 MRM, Tax=36,7°C. Uma rotina de Raio-X do abdome é solicitada. Qual dos seguintes achados é indicativo de perfuração de víscera oca, complicando essa síndrome obstrutiva?

- A) Sinal do grão de café.
- B) Sinal de Rigler.
- C) Sinal do colar (ou contas do rosário).
- D) Sinal de Frimann Dahl.

QUESTÃO 07 – Homem saudável de 46 anos apresenta-se na emergência referindo dor em hipocôndrio direito. Ao exame, apresenta bom estado geral, leve palidez cutâneo-mucosa, afebril, icterícia ++/4. Boa perfusão periférica; pulsos presentes; PA=115X85 mmHg deitado; FC de 80 BPM; FR=16 MRM; RCR 2T; MV presente bilateralmente; abdome plano, flácido e levemente doloroso à palpação em quadrante superior direito, sem sinal de Murphy, RHA +, fígado não palpável, ausência de sinais de irritação peritoneal. Ht=36%; Hb=12; Leucócitos=14800; Segmentados=76%; Bastões=3%; Glicemia=115; Amilase=150; Lipase=80; TGO=143; TGP=198; FA=580; GGT=640; BT=5,8; BD=4,3; BI=1,5; RNI=1,6; PCR=75; Creatinina=0,9. USG do abdome: vesícula biliar com paredes normais, contendo cálculos móveis. Qual dos seguintes itens completaria os critérios de Tóquio para o diagnóstico de colangite bacteriana aguda neste caso?

- A) Presença de coledocolitíase em exame de imagem complementar.
- B) Escala de coma de Glasgow menor que 15.
- C) Temperatura axilar maior ou igual a 37,9°C.
- D) Pressão arterial sistólica menor ou igual a 100 mmHg.

QUESTÃO 08 – Em homem de 54 anos, previamente hígido, com dor abdominal em fossa ilíaca esquerda progressiva, febre e diarreia, aventada a possibilidade de diverticulite aguda, o exame padrão ouro para confirmar a hipótese diagnóstica é:

- A) Ressonância magnética de abdome.
- B) Ultrassonografia de abdome total.
- C) Tomografia computadorizada de abdome total.
- D) CPRE.

QUESTÃO 09 – Icterícia obstrutiva tem como diagnóstico diferencial doenças benignas e malignas das vias biliares. Sobre essa condição, é correto afirmar que:

- A) A tomografia computadorizada de abdome apresenta alta sensibilidade na detecção de cálculos da via biliar.
- B) A colangiografia endoscópica é considerada o melhor exame para detecção de coledocolitíase.
- C) Colecistite aguda alitiásica é condição comum em idosos diabéticos.
- D) Papilite estenosante é complicação comum de coledocolitíase.

QUESTÃO 10 – A respeito das neoplasias pancreáticas, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O gastrinoma é um tumor neuroendócrino que ocorre mais frequentemente em uma região anatômica delimitada pelo ducto cístico, a junção entre a segunda e terceira porção do duodeno e a junção entre o colo e corpo do pâncreas.
- B) A Síndrome de Zollinger-Ellison está relacionada ao gastrinoma, e os pacientes apresentam úlceras pépticas refratárias e hipersecreção ácida.
- C) As Neoplasias Mucinosas Papilares Intraductais (NMPis) do pâncreas são lesões císticas mais frequentes a partir dos 50 anos de vida, com potencial de evolução maligna, principalmente em pacientes com lesões de ducto pancreático principal maiores de 3cm, com componente sólido.
- D) O adenocarcinoma pancreático é um tipo de câncer com mau prognóstico, principalmente em pacientes com lesão da cabeça do pâncreas, por serem lesões que causam obstrução da via biliar e do duodeno.

QUESTÃO 11 – Sobre a realização de cirurgia em pacientes cirróticos, assinale a alternativa correta.

- A) A laparoscopia oferece maiores riscos em relação à cirurgia aberta devido à insuflação da cavidade com CO₂ e possível piora da encefalopatia.
- B) Não há riscos de descompensação da doença hepática, desde que se selecione apenas pacientes Child-Pugh A.
- C) Pacientes cirróticos Child-Pugh A são candidatos à ressecção cirúrgica de lesões hepáticas malignas (carcinoma hepatocelular), desde que levados em conta o tamanho da lesão e a ausência de hipertensão portal significativa.
- D) Cirurgias eletivas como herniorrafia umbilical e colecistectomia podem ser realizadas desde que a equipe utilize sistemas de coleta e reinfusão do sangue, visto a maior ocorrência de sangramento nesses pacientes.

QUESTÃO 12 – A respeito da Doença Ulcerosa Péptica, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O uso dos inibidores de bomba de prótons reduziu muito o número de pacientes candidatos ao tratamento cirúrgico, estando ele hoje reservado para pacientes com perfuração, sangramento persistente, obstrução ou acidez intratável.
- B) Úlceras gástricas localizadas na pequena curvatura e na incisura angular costumam ter aumento da secreção ácida e não têm risco de malignidade.
- C) Pacientes com úlcera duodenal perfurada, que se apresentam na emergência com grande pneumoperitônio, podem ser tratados por cirurgia laparoscópica, realizando lavagem da cavidade e omentoplastia.
- D) O sangramento da úlcera duodenal, quando refratário ao tratamento endoscópico, normalmente está relacionado à erosão da artéria gastroduodenal.

QUESTÃO 13 – O câncer gástrico é a quarta neoplasia mais frequente em todo o mundo, sendo a segunda causa de morte por neoplasia. São fatores de risco claramente relacionados ao desenvolvimento do câncer gástrico, EXCETO:

- A) Infecção pelo *Helicobacter pylori*.
- B) Baixa classe social.
- C) Anemia perniciosa.
- D) Pólipos de glândulas fúndicas.

QUESTÃO 14 – Sobre a acalasia, assinale a alternativa correta.

- A) É uma desordem do esôfago frequente em homens após os 60 anos de idade.
- B) O principal mecanismo para o seu desenvolvimento é a falha de relaxamento do esfíncter esofágico inferior.
- C) A Dengue é muitas vezes implicada como causa dessa doença, por levar à degeneração neurogênica.
- D) A tríade clássica de sintomas consiste de disfagia, disfonia e perda de peso.

QUESTÃO 15 – De acordo com a classificação de choque hemorrágico do ATLS, a partir de que classe é indicada a transfusão sanguínea?

- A) Classe I.
- B) Classe II.
- C) Classe III.
- D) Classe IV.

QUESTÃO 16 – Paciente com sensação de queimação retroesternal e regurgitação foi submetido à endoscopia digestiva alta. Foi confirmada, à endoscopia com biópsia, a substituição do epitélio escamoso do esôfago pelo tipo colunar com células especializadas (metaplasia intestinal com células caliciformes). Diagnosticado esôfago de Barrett, assinale a alternativa que NÃO se relaciona a essa entidade.

- A) A prevalência do diagnóstico de câncer no exame anatomopatológico definitivo dos pacientes submetidos à esofagectomia por displasia de alto grau chega a até 60%.
- B) A doença do refluxo gastroesofágico em pacientes com esôfago de Barrett é mais grave e com maior frequência de hérnias grandes, portando esofagite grave, e com complicações tipo distúrbios da motilidade esofágica e estenose.
- C) Pacientes com lesões mais graves têm refluxo ácido e duodenal.
- D) Em 50% dos casos, é decorrência da presença de *Helicobacter Pylori*.

QUESTÃO 17 – A fundoplicatura realizada para o tratamento da doença do refluxo gastroesofágico objetiva restabelecimento da barreira cardioesofágica antirrefluxo. Isso é realizado mediante a confecção de uma válvula antirrefluxo e pela aproximação dos pilares diafragmáticos. Dos procedimentos abaixo citados, o mais usado é:

- A) Cirurgia de Nissen – mediante uma válvula de 360° envolvendo completamente o esôfago.
- B) Cirurgia de Toupet – mediante uma válvula posterior de 140° a 270° envolvendo o esôfago.
- C) Cirurgia de Belsey – Mark IV – mediante uma válvula anterior de 240°.
- D) Fundoplicatura à dor – mediante uma válvula anterior com 90°.

QUESTÃO 18 – O carcinoma escamoso do esôfago comumente se exterioriza por manifestações clínicas tardias. Sobre o assunto, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A disfagia e perda de peso são as principais manifestações clínicas.
- B) A disfagia progressiva, inicialmente para alimentos sólidos, costuma se manifestar em estágio tardio da história natural da doença, em função da capacidade de distensão do esôfago.
- C) A perda de peso é verificada em 70% dos casos e, se presente, caracteriza pior prognóstico.
- D) O exame físico costuma ser expressivo nas fases iniciais da doença e manifesta-se pela linfadenopatia supraclavicular.

QUESTÃO 19 – Os pólipos colorretais são geralmente classificados seguindo os critérios histológicos em não neoplásicos e neoplásicos. Dentre os pólipos neoplásicos colorretais mais frequentes encontrados, tem-se:

- A) Adenomas tubulares.
- B) Adenomas tubulovilosos.
- C) Adenomas vilosos.
- D) Lipomas.

QUESTÃO 20 – Estima-se que 30% a 60% dos carcinomas hepatocelulares seriam passíveis de detecção precoce. Existem vários fatores de risco capazes de serem incriminados na gênese do carcinoma hepatocelular. Qual das condições abaixo não é identificada como um fator de risco?

- A) Cirrose pelo vírus da hepatite C.
- B) Ingestão de álcool e aflatoxinas.
- C) Doenças metabólicas do fígado como hemocromatose, glicogenose tipo I, tirosinemia, deficiência de alfa-1 antitripsina, doença de Wilson e porfirias.
- D) Uso crônico de AAS.

QUESTÃO 21 – Paciente de 65 anos, com diagnóstico de colecistite litiásica. Foi realizado tratamento clínico aliviando o processo doloroso e inflamatório, tendo o paciente recusado-se a ser operado. Anos depois evoluiu com fistulização entre a vesícula e o trato gastrointestinal. Qual é a topografia mais provável dessa fístula?

- A) Cólon transversal.
- B) Estômago.
- C) Duodeno.
- D) Colédoco.

QUESTÃO 22 – O diagnóstico de colecistite aguda calculosa praticamente é confirmado por meio de:

- A) Hemograma com leucocitose e desvio para esquerda, transaminases séricas, e fosfatase alcalina elevadas.
- B) Tomografia computadorizada de abdome, que é útil no caso de perfuração da vesícula biliar.
- C) Ecografia abdominal, detectando-se espessamento das paredes da vesícula biliar (>4 mm), cálculos biliares presentes, coleções pericolecísticas, e sinal de Murphy sonográfico.
- D) Ressonância Nuclear Magnética.

QUESTÃO 23 – Considerando um paciente com quadro típico de íleo biliar, a impactação do cálculo biliar costuma acontecer com mais frequência:

- A) No duodeno.
- B) No ângulo de Treitz.
- C) Na transição do jejuno e íleo.
- D) Na válvula ileocecal.

QUESTÃO 24 – Assinale a alternativa que apresenta a ordem de frequência das complicações possíveis de uma colangiopancreatografia endoscópica retrógrada nos pacientes com coledocolitíase e nos com classificação de Bismuth III.

1. Pancreatite aguda.
2. Hemorragia pós-papilotomia.
3. Perfuração retroperitoneal.
4. Colangite.

- A) 1 – 2 – 3 – 4.
- B) 1 – 4 – 2 – 3.
- C) 1 – 3 – 2 – 4.
- D) 4 – 3 – 1 – 2.

QUESTÃO 25 – Paciente de 65 anos, etilista, portador de pseudocisto pancreático sintomático não complicado, com interface para o estômago. Tem queixa de dor e plenitude epigástrica pós-parandial e vômitos esporádicos. À palpação, tem uma massa no abdome superior, não pulsátil e com contornos imprecisos. Não tem sinais de irritação peritoneal. Laboratorialmente com amilase e lipase discretamente elevados, em níveis inferiores aos sugestivos de pancreatite aguda. A tomografia abdominal confirma a hipótese clínica de pseudocisto pancreático maior que 6 cm, e afasta outras lesões císticas. Dos métodos citados a seguir, qual o que melhor identifica o local de perfuração do estômago e do pseudocisto?

- A) Ecoendoscopia.
- B) Videolaparoscopia.
- C) Endoscopia digestiva alta convencional.
- D) Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.

QUESTÃO 26 – O adenocarcinoma ductal é a mais frequente neoplasia maligna de pâncreas. Seu prognóstico permanece ruim, com uma sobrevida global de 5% em cinco anos após o diagnóstico e tratamento. Qual o local no pâncreas é de ocorrência mais comum?

- A) Cauda.
- B) Cabeça.
- C) Corpo.
- D) Papila.

QUESTÃO 27 – Dentre os tumores periampolares, apresentam um prognóstico mais favorável após a sua ressecção os tumores localizados:

- A) Na cabeça do pâncreas.
- B) No duodeno.
- C) Na papila.
- D) Na via biliar distal.

QUESTÃO 28 – A incidência de apendicite aguda na população norte-americana é de 11 casos por 10.000 habitantes anualmente. Cerca de 70% dos pacientes têm menos de 30 anos de idade, sendo que os pacientes das faixas etárias extremas são os mais suscetíveis ao desenvolvimento de apendicite perforada. A morbidade e a mortalidade associadas à apendicite aguda diminuíram ao longo dos anos para menos de 1% com a introdução dos antibióticos de largo espectro, novas técnicas cirúrgicas, anestesia mais segura e melhora dos cuidados pós-operatórios. Entretanto, quando não tratada de modo adequado, a apendicite aguda continua sendo uma condição potencialmente letal. Diante do exposto, correlacione de acordo com a ordem de frequência as complicações da apendicectomia.

1. Infecção da ferida operatória.
2. Abscesso pélvico.
3. Hérnia incisional
4. Pileflebite.

- A) 1 – 2 – 3 – 4.
- B) 1 – 3 – 4 – 2.
- C) 2 – 1 – 4 – 3.
- D) 3 – 2 – 1 – 4.

QUESTÃO 29 – As indicações mais comuns para esplenectomia eletiva são as doenças hematológicas. Assinale a alternativa que apresenta a melhor resposta clínica com o procedimento.

- A) Púrpura trombocitopênica idiopática.
- B) Púrpura trombocitopênica trombótica.
- C) Esferocitose hereditária.
- D) Anemia hemolítica autoimune.

QUESTÃO 30 – Homem, 68 anos, queixou-se de episódio de sangramento retal. Informou que apresentava evacuações com fezes afiladas, associadas a dor na região perianal. Ao exame proctológico, evidenciou, à ectoscopia, inspecção anal normal, e, ao toque retal, foi detectada uma lesão de aproximadamente três centímetros de diâmetro, ocupando 60% da circunferência retal. Realizada a colonoscopia, evidenciou-se lesão ulceroinfiltrante de canal anal que se estendia da linha pectínea e invadia o reto inferior. A biópsia revelou um exame histopatológico com carcinoma moderadamente diferenciado. Não ocorreu a presença de tumor sincrônico nos outros segmentos colônicos. A investigação não mostrou metástases à distância. A conduta “padrão ouro” desse doente é:

- A) Amputação abdominoperineal à Miles.
- B) Colostomia antes de iniciar tratamento neoadjuvante.
- C) Quimioterapia neoadjuvante.
- D) Quimioterapia combinada à radioterapia exclusivas.