

- Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, marque, na **Folha de Respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **Folha de Respostas**, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.
- Em sua prova, caso haja item(ns) constituído(s) pela estrutura **Situação hipotética**: ... seguida de **Assertiva**: ..., os dados apresentados como situação hipotética deverão ser considerados premissa(s) para o julgamento da assertiva proposta.
- Eventuais espaços livres — identificados ou não pela expressão “Espaço livre” — que constarem deste caderno de prova poderão ser utilizados para anotações, rascunhos etc.

PROVA OBJETIVA

Nos casos em que é necessária a gastrectomia total ou parcial, a reconstrução do trânsito gastrointestinal é realizada usando-se o esôfago distal ou o coto gástrico remanescente e alguma porção do intestino delgado. Acerca desse assunto, julgue os itens a seguir.

- 1 Nas reconstruções das gastrectomias parciais, as anastomoses a Billroth II podem provocar refluxo biliodigestivo, que pode ser prevenido associando-se a essa técnica um desvio do fluxo da bile, como a anastomose de Braun ou a anastomose em Y-de-Roux.
- 2 Nas gastrectomias totais, a reconstrução do trânsito intestinal é feita através de anastomoses esôfago-jejunal término-terminal ou término-lateral sem desvios da alça biliodigestiva.
- 3 A gastrectomia parcial com reconstrução a Billroth I é realizada unindo-se o duodeno com o coto gástrico por meio de uma anastomose término-terminal.
- 4 Na gastrectomia parcial com reconstrução a Billroth II, podem-se utilizar as anastomoses do coto gástrico com a parte proximal do jejuno com aproximações término-laterais *oralis totalis* ou Reichel-Pólya, como também *oralis parcialis*, conhecida também como Hofmeister-Finsterer.

O tratamento do câncer de esôfago tem mudado nos últimos anos. O que antes era de conduta praticamente cirúrgica exclusiva, atualmente pode ser associado a um tratamento adjuvante ou neoadjuvante. Considerando essas informações e os múltiplos aspectos a elas relacionados, julgue os seguintes itens.

- 5 A escolha do tipo de tratamento cirúrgico depende da localização e da extensão do tumor e da existência de invasão da submucosa, mas não do acometimento das estruturas adjacentes.
- 6 Os índices de complicações pós-operatórias são similares em relação às diversas técnicas utilizadas para a esofagectomia, sejam feitas por via abdominal, torácica ou associadas.
- 7 A linfadenectomia não é comprometida nas técnicas utilizadas para a esofagectomia, seja ela transiatal, transtorácica de Ivor-Lewis ou tri-incisional — abdome, tórax e cervical.
- 8 Em pacientes com doença irrisecável ou avançada, pode-se usar a braquiterapia intraluminal exclusiva para a palição, havendo melhora da disfagia na maioria desses pacientes.
- 9 Para pacientes com câncer de esôfago operável é recomendado o tratamento multidisciplinar com cirurgia, estando indicadas a quimioterapia e a radioterapia pré-operatória; para pacientes com câncer inoperável, a quimiorradioterapia exclusiva é o procedimento de primeira escolha.
- 10 Os fatores preditivos do prognóstico em caso de tumor esofágico incluem idade avançada do paciente, localização supracarinal do tumor e tempo operatório muito longo.

A respeito das técnicas cirúrgicas para o tratamento da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), julgue os próximos itens.

- 11 Na técnica de Dor, utiliza-se de uma funduplicatura parcial anterior, posicionando-se o estômago anteriormente ao esôfago e suturando-o lateralmente ao esôfago em ambos os lados, devendo-se refazer o ângulo de His do lado esquerdo do esôfago.
- 12 Na técnica de Collins, nos casos de esôfago curto, quando ele não alcança a cavidade abdominal, utiliza-se uma manobra para alongar o esôfago.
- 13 As técnicas para correção da DRGE incluem a redução da hérnia hiatal e a aproximação dos pilares direito e esquerdo do diafragma, que é a apresentação mais comum do hiato esofágico.
- 14 A técnica de Nissen — Floppy-Nissen — posiciona a parte alta da parede posterior do fundo gástrico posteriormente ao esôfago junto à cárdia e a sutura à porção anterior da parede do fundo gástrico anteriormente ao esôfago.
- 15 Em se tratando da técnica de Nissen-Rossetti, deve-se utilizar somente a parede anterior do fundo gástrico para envolver o esôfago, o que propiciará uma válvula frouxa, sendo necessária a ligadura dos vasos curtos do estômago.
- 16 Na técnica de Lind ou Toupet, utiliza-se de uma funduplicatura parcial, posicionando-se o estômago posteriormente ao esôfago e suturando-o lateralmente ao esôfago em ambos os lados.

No que se refere às implicações da anatomia da parede abdominal para o acesso à cavidade peritoneal e para a correção das hérnias da parede abdominal, julgue os itens seguintes.

- 17 Os ligamentos que fixam o fígado anteriormente são o ligamento falciforme e o ligamento redondo, este último, formado pela veia umbilical obliterada e obstruída, inicia-se na cicatriz umbilical, percorre a linha mediana e fixa-se ao fígado, abaixo do ligamento falciforme.
- 18 O ligamento umbilical médio é um remanescente do úraco, que se oblitera e torna-se um cordão fibroso que vai do umbigo à bexiga.
- 19 As incisões na linha mediana até a linha Alba geralmente não lesam ramos nervosos ou vasos sanguíneos importantes desde o apêndice xifoide até o púbis.
- 20 No caso de pacientes com previsão de cicatrização insatisfatória da ferida, como os obesos, cirróticos, usuários de corticoides e desproteinizados, ou no caso de haver evidência de elevação da pressão intraperitoneal, pode-se utilizar de fechamento de retenção ou pontos captados da parede abdominal, ou até mesmo deixá-los com peritoneostomia com ou sem aspiração a vácuo.
- 21 A técnica de Lichtenstein pode ser utilizada para a correção da hérnia inguinal e femoral após a aproximação do tendão conjunto ao ligamento inguinal, com a finalidade de organizar a parede posterior para melhor acomodação da tela.

22 A técnica com interposição peritônio-aponeurótica preconizada por Alcino Lázaro pode ser aplicada para hérnias incisionais da linha mediana e das paramedianas, bastando que haja um saco herniário para uso no reparo.

No que se refere ao diagnóstico etiológico para adequada conduta nas emergências abdominais não traumáticas, julgue os itens a seguir.

23 O diagnóstico de colecistite é conclusivo em caso de dor em quadrante superior direito, ultrassonografia bem detalhada evidenciando cálculo impactado no infundíbulo, dor local à compressão com o transdutor (sinal de Murphy ecográfico), espessamento parietal, líquido pericolecístico e aumento do diâmetro da vesícula.

24 Dor em quadrante inferior esquerdo em um adulto pode indicar diverticulite, devendo o paciente ser submetido a tratamento operatório por laparotomia ou laparoscopia, por apresentar, conforme a classificação de Hinchey II, abscesso intra ou retroperitoneal.

25 Conforme a classificação de Hinchey III, o paciente adulto com diverticulite apresenta abscesso intra ou retroperitoneal e deve ser submetido à drenagem guiada por ultrassonografia ou tomografia computadorizada.

26 Embora a rotina radiológica para abdome agudo esteja em desuso devido à disponibilidade da tomografia computadorizada (TC) ou até mesmo da ultrassonografia (USG), essa rotina pode ser útil em casos específicos, como para a exclusão de pneumoperitônio, obstrução intestinal ou fecaloma, ingestão de corpo estranho e para o diagnóstico de cálculos urinários, ou em situações em que a TC e a USG não estejam disponíveis.

Acerca de hemorragia digestiva alta ou baixa, comum nas emergências médicas e cirúrgicas nos prontos-socorros, julgue os itens subsequentes.

27 Na classificação de Forrest, uma lesão IIb pode indicar a necessidade de intervenção endoscópica para o tratamento do sangramento.

28 Em casos de hemorragias digestivas baixas, após estabilização do paciente, o primeiro exame a ser realizado é a colonoscopia, para diagnóstico e tratamento do sangramento.

29 A hemorragia digestiva alta é definida como sangramento do trato gastrointestinal com origem proximal ao ângulo de Treitz, sendo sua principal causa as úlceras gástricas.

30 A primeira opção para o tratamento da hemorragia digestiva alta deve ser a endoscopia.

Julgue os itens a seguir, com relação à embriogênese e ao desenvolvimento das estruturas do trato digestório — que ocorre entre a quarta e a sétima semanas de gestação.

31 Pâncreas e baço originam-se de massas de células endodérmicas e mesenquimais, respectivamente, que crescem no interior do mesogástrio dorsal, e o tecido conjuntivo pancreático desenvolve-se do mesênquima somático circunjacente.

32 No embrião, o mesogástrio ventral dá origem a três estruturas: pequeno omento, ligamento falciforme e peritônio visceral do fígado.

33 O mesogástrio dorsal está, a princípio, situado no plano médio do embrião, porém é lateralizado durante a rotação do estômago — ao longo do seu maior eixo — na formação da bolsa omental.

34 A faringe, o esôfago, o estômago, o duodeno — até o ponto de abertura do canal biliar comum —, o fígado, as vias biliares e o pâncreas são derivados do intestino anterior do embrião.

No que se refere à anatomia e à fisiologia do esôfago, julgue os itens que se seguem.

35 O esôfago possui três estreitamentos, esfíncteres ou constrições anatômicas: a primeira, a cervical, na altura do músculo cricofaríngeo; a segunda, a torácica, por detrás do brônquio principal esquerdo, no ponto em que este cruza o arco aórtico; e a terceira, na altura dos pilares diafragmáticos, junto à cárdia, no ponto de encontro ou confluência dos dois epitélios.

36 O epitélio do esôfago é do tipo pavimentoso pseudoestratificado não queratinizado.

37 A inervação intrínseca do esôfago é feita pelos plexos mioentéricos de Meissner e Auerbach, enquanto a inervação extrínseca é feita pelo plexo simpático, pelo nervo vago e, em sua porção cervical, por fibras somáticas provenientes dos nervos laríngeos recorrentes.

A respeito das hérnias abdominais, julgue os itens subsequentes.

38 As hérnias femorais são mais propensas a encarcerarem e estrangularem do que as hérnias inguinais.

39 Hérnias inguinais indiretas resultam de fragilidades da *fascia transversalis*, que forma o piso do triângulo de Hesselbach, o qual é delimitado pelo ligamento inguinal, por vasos epigástricos inferiores e pelo bordo lateral do músculo reto abdominal.

Com relação ao trauma cervicotorácico, julgue os itens seguintes.

40 Nas primeiras horas após o trauma, a pleurotomia mínima seguida de drenagem torácica fechada em selo d'água é suficiente para tratar a maioria dos hemotóraces ou hemopneumotóraces traumáticos, sendo a toracotomia aberta tratamento de exceção.

41 A imagem do pulmão em gota é característica da rotura completa do brônquio fonte esquerdo, uma condição grave detectada por radiografia simples de tórax.

42 Nas últimas décadas, a evolução dos métodos propedêuticos tem garantido maior segurança na abordagem não cirúrgica em casos de trauma cervical penetrante — que ultrapassa o plano platismal.

43 A perfuração instrumental do esôfago torácico é uma complicação gravíssima que não pode ser tratada conservadoramente e que requer intervenção cirúrgica em caráter de urgência, com vistas à restauração da integridade estrutural do conduto esofágico e à interrupção do extravasamento de saliva e de suco gástrico, a fim de conter a mediastinite.

No que se refere ao trauma abdominal, julgue os itens a seguir.

- 44 É adequado o tratamento conservador — não cirúrgico — de lesões hepáticas de grau IV, conforme classificação da gravidade da lesão estabelecida pela AAST (*American Association for the Surgery of Trauma*), desde que o paciente esteja hemodinamicamente estável.
- 45 Hipotermia, choque e acidose são os fatores constituintes da chamada tríade letal que, na maioria dos casos, leva pacientes gravemente traumatizados a óbito.
- 46 Tanto no trauma abdominal penetrante quanto no contuso, o fígado é o órgão mais lesado.
- 47 O tratamento inicial do paciente vítima de traumatismo hepático segue as diretrizes propostas pelo ATLS (*Advanced Trauma Life Support — Suporte Avançado de Vida no Trauma*), sendo possível o rápido reconhecimento das lesões ditas ameaçadoras à vida devido aos avanços obtidos no campo do diagnóstico por imagem — tomografia computadorizada e ultrassom na beira do leito.

Acerca do abdome agudo, julgue os próximos itens.

- 48 Nas peritonites, a intensidade da dor varia conforme a natureza do agente agressor: para o peritônio, o suco gástrico é mais irritante que o entérico, sendo este mais irritante que as fezes, que, por sua vez, são mais irritantes que a urina.
- 49 Empilhamento de moedas é sinal radiológico característico de obstrução mecânica do intestino grosso, comum em casos de adenocarcinomas avançados de cólon sigmoide.
- 50 A apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo inflamatório e seu diagnóstico é eminentemente clínico.

No que se refere ao tratamento cirúrgico das enfermidades endócrinas, julgue os itens que se seguem.

- 51 O feocromocitoma é um tumor que tem origem no córtex da glândula suprarrenal e é caracterizado pela capacidade de produzir catecolaminas. Durante sua manipulação cirúrgica, especial atenção deve ser dispensada à estabilidade hemodinâmica do paciente, pois aminas vasoativas podem penetrar a corrente sanguínea em grande quantidade e causar grave crise hipertensiva.
- 52 Nas diversas séries, a grande maioria dos bócios mergulhantes — tanto os de natureza benigna como os de natureza maligna — pode ser ressecada exclusivamente pela via cervical, sem a necessidade de abertura do tórax.

Com relação às afecções oncológicas do trato digestório, julgue os itens subsequentes.

- 53 O aparecimento de tumores carcinoides no tubo digestivo é mais comum no apêndice cecal e no intestino delgado, respectivamente; nesse último caso, esses tumores acometem mais o íleo que o jejuno.
- 54 Os tumores carcinoides são apudomas originários das células enterocromafínicas — originárias do ectoderma da crista neural do embrião — distribuídas ao longo do tubo digestivo e podem estar associados com neoplasia endócrina múltipla tipo I ou tipo II.
- 55 Quase a totalidade dos linfomas gástricos corresponde a linfomas não Hodgkin de células T.

A respeito das doenças inflamatórias e diverticulares do tubo digestivo, julgue os seguintes itens.

- 56 Na retocolite ulcerativa, a inflamação difusa e a formação de abscessos usualmente comprometem todas as camadas da parede intestinal.
- 57 Os divertículos colônicos adquiridos consistem em evaginações das camadas mucosa e submucosa através da parede muscular da alça intestinal e são classificados como falsos, ao passo que os verdadeiros contêm todas as camadas da parede intestinal, inclusive a muscular, e são mais raros.
- 58 Juntamente com perfurações, abscessos, peritonite e obstrução intestinal, o adenocarcinoma de cólon é uma das complicações esperadas da doença diverticular dos cólons.
- 59 O tratamento cirúrgico do divertículo de Zencker, ou divertículo faringoesofágico, envolve a ressecção ou a plicatura do divertículo, mas requer, necessariamente, a realização de esofagofaringomiotomia ou miectomia complementar.
- 60 A doença de Crohn é uma afecção inflamatória granulomatosa crônica e progressiva do trato digestório cujo pico de incidência ocorre entre a quarta e a sexta décadas de vida.

Paciente de vinte e um anos de idade, do sexo masculino, queixando-se de astenia, hiporexia, tosse seca, dispneia e dor torácica contínua de média intensidade na região precordial foi atendido por um clínico. Ele relatou perda de oito quilos nos últimos quatro meses. O exame físico demonstrou inchaço facial e cervical e turgência jugular em ortostase. A tomografia de tórax revelou tumoração com 12 cm de diâmetro transversal, de densidade heterogênea ocupando predominantemente o mediastino anterior. Não havia comprometimento das cadeias linfáticas mediastinais ou periféricas.

A respeito desse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 61 Mesmo na vigência de níveis elevados de α -feto-proteínas e de β -HCG, o tratamento de escolha deve ser a excisão cirúrgica completa da lesão seguida por quimioterapia adjuvante.
- 62 O linfoma de Hodgkin tipo B de mediastino é o diagnóstico mais provável para o caso.
- 63 O diagnóstico histológico prévio da lesão, importante para definir a terapêutica a ser adotada, deve ser obtido por meio de biópsia incisional percutânea por agulha orientada pela TC, como primeira tentativa diagnóstica minimamente invasiva.
- 64 Marcadores tumorais — α -feto-proteínas e β -HCG — devem ser solicitados como parte da propeidêutica pré-operatória.
- 65 Caso o paciente apresente níveis elevados de β -HCG e níveis normais de α -feto-proteínas, o diagnóstico mais provável será de neoplasia não seminomatosa.

No que diz respeito ao carcinoma de junção esofagogástrica (cárdia), julgue os itens a seguir.

- 66 Como método de estadiamento linfonodal mediastinal periesofágico, a tomografia computadorizada com duplo contraste é melhor que a ultrassonografia transesofágica.
- 67 Comprometimento intramural da aorta abdominal é, a princípio, sinal de irresssecabilidade cirúrgica.
- 68 O tipo histológico mais comum é o carcinoma espinocelular.
- 69 Essa enfermidade tem relação com a doença do refluxo gastroesofágico.
- 70 A colonoscopia deve fazer obrigatoriamente parte da propedêutica pré-operatória nos casos de pacientes com mais de quarenta anos de idade que serão submetidos a esofagogastrectomia.
- 71 Na presença de doença linfonodal associada, os principais gânglios comprometidos são os do ligamento gastrocólico.

Com relação à anatomia e à fisiologia do estômago, julgue os itens seguintes.

- 72 Enquanto a parte alta da grande curvatura gástrica — próxima ao hilo esplênico — drena para os vasos curtos ou para a veia esplênica — por meio da veia gastroepiploica direita —, a parte baixa da grande curvatura — próxima ao piloro — drena para a veia mesentérica superior — por meio da veia gastroepiploica esquerda.
- 73 Os nervos vagos direito e esquerdo fazem toda a inervação parassimpática do estômago; o suprimento simpático deriva dos segmentos T6 até T9 da medula espinhal, dirige-se à víscera através do nervo esplâncnico maior e é distribuído pelos plexos em torno das artérias gástricas e gastroepiploicas.
- 74 A gastrina é um hormônio peptídeo secretado pelas células G antrais que estimula a secreção de ácido clorídrico e a motilidade do estômago. Sua produção é estimulada, entre outros fatores, pela distensão gástrica e por uma ingesta rica em proteínas, mas é inibida pela redução do pH intragástrico, pela somatostatina, pela secretina peptídeo intestinal vasoativo (VIP), pelo glucagon e pela calcitonina.
- 75 A artéria gástrica esquerda, ramo do tronco celiaco, é a principal nutridora do estômago.

Com relação aos tumores pancreáticos, julgue os itens que se seguem.

- 76 Os IPMN (*Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms*) de ductos principais apresentam 20% de chance de malignização.
- 77 As manifestações clínicas do VIPoma são diarreia aquosa, hipocalemia e hipercloridria.
- 78 Mais de 50% dos pacientes diagnosticados com VIPoma podem apresentar metástases em fígado, pulmão, rins e ossos.
- 79 A maioria dos tumores neuroendócrinos do pâncreas são não funcionantes.
- 80 Os IPMN (*Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms*) são neoplasias intraductais pancreáticas potencialmente malignas.

Sabendo que a apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo cirúrgico no mundo, julgue os itens a seguir.

- 81 Tratando-se de apendicite aguda complicada com plastrão, o tratamento preconizado é a antibioticoterapia e o acompanhamento clínico.
- 82 A escala de Alvarado é utilizada como preditora de complicações na apendicite aguda.
- 83 O coto apendicular deve ser sempre sepultado, para que sejam evitadas complicações pós-operatórias.
- 84 Um atraso de doze a vinte e quatro horas na realização do tratamento cirúrgico da apendicite não complicada não aumenta o risco de perfuração.
- 85 Para o diagnóstico da apendicite aguda, é imprescindível a realização de exames de imagem.
- 86 O tratamento clínico com antibióticos é uma opção aceitável em casos de apendicites não complicadas.

Acerca das hérnias da parede abdominal, julgue os itens seguintes.

- 87 As hérnias inguinais pouco sintomáticas ou assintomáticas podem ser acompanhadas clinicamente.
- 88 A hérnia que surge na linha semilunar é denominada hérnia de Richter.
- 89 A obesidade é uma contraindicação ao tratamento eletivo das hérnias ventrais incisionais.
- 90 Diferentemente do que ocorre em relação aos homens, as hérnias mais comuns em mulheres são as femorais.

A respeito de câncer gástrico, o sexto tipo de câncer mais comum no Brasil, julgue os próximos itens.

- 91 Em se tratando de tumores distais, é necessária a realização de esplenectomia para a retirada dos linfonodos do hilo esplênico.
- 92 O tratamento cirúrgico preconizado é a gastrectomia com linfadenectomia à D2.
- 93 Mundialmente, a incidência de câncer gástrico distal tem aumentado e a de câncer gástrico proximal, diminuído.
- 94 O acometimento de linfonodos peripancreáticos é considerado metástase à distância.
- 95 A infecção por *H. pylori* não está relacionada à carcinogênese dos adenocarcinomas do tipo difuso.
- 96 Conforme o AJCC (*American Joint Cancer Commission*), é necessário o exame de pelo menos dezesseis linfonodos para o correto estadiamento desse tipo de tumor.

Julgue os seguintes itens, relativos a nesidioblastose.

- 97 A nesidioblastose pode estar relacionada ao *by-pass* gástrico em Y-de-Roux para tratamento de obesidade.
- 98 A nesidioblastose caracteriza-se pela hipertrofia de células beta pancreáticas.
- 99 Os pacientes com nesidioblastose apresentam hipoglicemia de jejum, com sintomas neuroglicopênicos.

Com relação ao uso de antibióticos na prática cirúrgica, julgue os itens subsecutivos.

- 100** A pacientes com infecção abdominal adquirida na comunidade e sem fatores de risco deve-se oferecer cobertura antibiótica para estreptococos, enterobactérias, anaeróbios e enterococos.
- 101** Tratando-se de pacientes com colecistite aguda, a antibioticoterapia deve ter espectro de cobertura para gram-negativos e anaeróbios e deve ser interrompida após a colecistectomia.
- 102** A antibioticoprofilaxia deve ser iniciada antes do procedimento cirúrgico.
- 103** Ao diagnóstico de pancreatite aguda necrotizante, deve-se iniciar antibioticoterapia com antibióticos de boa penetração no tecido pancreático.
- 104** A duração da antibioticoterapia nas infecções abdominais graves deve ser de quatorze a vinte e um dias.
- 105** Em se tratando de cirurgias infectadas, é mandatório o uso de antibioticoprofilaxia.

Um paciente de sessenta e cinco anos de idade, com regular estado geral, procurou atendimento médico queixando-se de tosse pouco produtiva, iniciada havia três meses, eventualmente acompanhada de escarros hemoptoicos e associada à dispneia progressiva aos médios esforços. Ele informou que vivia em área rural, que fumou, em média, dez cigarros por dia durante vinte anos, mas que, havia mais de trinta anos, tinha parado de fumar. Negou alcoolismo, mas bebia destilados regularmente.

No que se refere a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 106** A presença de escarro hemoptoico é um indicativo de internação para a realização de procedimento invasivo de broncofibroscopia, com o objetivo de definir o diagnóstico.
- 107** A história clínica do paciente e o hábito de ingestão de bebida destilada é compatível com a presença de abscesso pulmonar, provavelmente localizado em lobo inferior do pulmão direito, sendo recomendado como tratamento de primeira escolha a cirurgia para drenagem da área do abscesso sob selo d'água.
- 108** O quadro clínico do referido paciente é compatível com pneumonia bacteriana crônica complicada com derrame pleural, o que justificaria a internação hospitalar para a realização de tratamento antibiótico e toracocentese ou para a realização de drenagem torácica para aliviar o sintoma de dispneia.
- 109** Devido à presença de escarros hemoptoicos, o diagnóstico de carcinoma broncogênico deve ser considerado e, por essa razão, o tratamento com a maior chance de sobrevivência para o paciente está associado à lobectomia radical, nos casos de doença localizada, associada, ou não, a tratamento adjuvante.
- 110** O diagnóstico mais provável para esse caso é de neoplasia maligna de pulmão.

Um paciente de sessenta anos de idade, vítima de acidente automobilístico, deu entrada na emergência com várias escoriações na face e em região toracoabdominal, ingurgitamento jugular, bastante agitado e desorientado, embora estivesse apresentando abertura ocular espontânea. O paciente apresentava, ainda, resposta motora que indicava o local da dor, sudorese importante, taquidispneia e saturação periférica de oxigênio de 88%, mesmo com suporte nasal de oxigênio a 6 L/min.

Com referência a esse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 111** O quadro clínico apresentado é compatível com pneumotórax hipertensivo, o que exige imediata punção torácica com agulha grossa, ao nível do segundo espaço intercostal, na linha hemiclavicular para estabilizar o paciente, seguido de drenagem pleural sob selo d'água à direita.
- 112** O quadro de agitação e desorientação desse paciente pode ser secundário ao traumatismo crânio-encefálico (TCE) e ao quadro de hipoxemia. Nesse caso, mesmo após a estabilização e a melhora do quadro de confusão mental do paciente, recomenda-se avaliar possíveis lesões intracranianas por meio de tomografia computadorizada de crânio.
- 113** As lesões de vísceras abdominais em traumas toracoabdominais são a principal causa de choque hemorrágico, razão por que o referido paciente deve ser submetido à realização de lavado peritoneal diagnóstico na sala de emergência, a fim de definir-se sobre a necessidade de realização de laparotomia exploradora.
- 114** O quadro clínico pode ser compatível com tamponamento cardíaco, sendo imperativo, nesse caso, a ausculta cardíaca e pulmonar, a fim de decidir-se sobre a necessidade de realização de punção ou drenagem pericárdica, preferencialmente, em centro cirúrgico.
- 115** A desorientação do paciente pode resultar em vômitos e, conseqüentemente, broncoaspiração, razão por que está indicada a passagem de sonda nasogástrica para esvaziar o estômago e reduzir as chances de broncoaspiração.
- 116** De acordo com a escala de coma de Glasgow, o paciente necessita de entubação orotraqueal imediata, a fim de proteger a via aérea e melhorar a oxigenação do sangue.

Uma paciente de quarenta anos de idade procurou atendimento médico queixando-se de dor abdominal importante, parada de eliminação de flatos, abdome pouco distendido e bastante doloroso à palpação superficial difusamente. Ela informou histórico de gastrite, vida sexual ativa, uso de DIU e corrimento vaginal eventual. O quadro clínico, que tinha se iniciado havia três dias com dores abdominais eventualmente acompanhadas de cólicas, tinha piorado com a presença de febre alta, manifestada nas últimas quarenta e oito horas que antecederam a consulta médica.

Nesse caso, o quadro clínico da paciente pode ser compatível com

- 117** doença inflamatória pélvica (DIP) aguda, a qual pode ser confirmada por meio de realização de ecografia transvaginal e cujo tratamento costuma ser frequentemente clínico com antibioticoterapia, inicialmente empírica e, posteriormente, baseada em cultura da secreção vaginal.
- 118** colecistite aguda, a qual pode ser confirmada por meio de realização de hemograma completo e ecografia de abdome superior e que necessita de imediato tratamento antimicrobiano contra bactérias gram-negativas.
- 119** úlcera gastroduodenal perfurada, a qual pode ser confirmada por meio de realização de radiografia de tórax em PA e perfil em pé e que necessita de tratamento cirúrgico de urgência por laparotomia ou videolaparoscopia.
- 120** apendicite aguda complicada, a qual pode ser confirmada por meio da realização de tomografia de abdome total com contraste e que necessita de tratamento cirúrgico de urgência por laparotomia ou videolaparoscopia.