



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM-2/SES-DF/2019, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2018.

PROGRAMAS – GRUPO 003

Cirurgia Torácica (507), Cirurgia Vascular (508), Coloproctologia (509),
Urologia (517) e Cirurgia do Trauma (602)

Data e horário da prova:

*Domingo,
13/1/2019, às 14 h.*

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Os homens se educam entre si.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “A”

CIRURGIA GERAL

Itens de 1 a 120

Um paciente de 44 anos de idade, vítima de colisão carro x poste, chega ao pronto-socorro do hospital, levado pela ambulância, em Glasgow 9 (abertura ocular 3; resposta verbal 3; resposta motora 3), ventilando em máscara com reservatório a 5 L/min, imobilizado padrão ATLS (Advanced Trauma Life Support), com colar cervical em maca rígida, com dois acessos venosos periféricos, recebendo soro glicofisiológico 500 mL em ambos os acessos venosos. À chegada, os sinais vitais do paciente são: PA = 80 mmHg x 40 mmHg; FC = 125 bpm; FR = 32 mrpm e saturação de O₂ = 86% (ar ambiente).

Com base no caso clínico descrito e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

1. Glasgow < 15 representa indicação absoluta de intubação orotraqueal em todos os casos.
2. Poderia haver melhora da saturação de oxigênio, realizando-se uma nova inspeção na via aérea do paciente, à procura de possíveis obstruções da via e logo após (não se identificando causas obstrutivas), aumentando a oferta de O₂ para 15 L/min em máscara.
3. Os soros glicofisiológicos deveriam ser trocados, respectivamente, por uma bolsa de cristalóide, como soro fisiológico ou *ringer* lactato, e por uma bolsa de sangue, considerando como possíveis causas do choque a hipovolemia e a hemorragia.
4. Considerando-se o histórico do acidente e os sinais vitais desse paciente no momento da respectiva chegada ao pronto-socorro, é correto classificá-lo como choque hemorrágico classe II.
5. Uma das causas possíveis da baixa saturação de oxigênio do paciente pode ser um pneumotórax simples que, ao não ser tratado imediatamente no primeiro atendimento dentro da ambulância, tornou-se hipertensivo até a chegada ao hospital.

Certo paciente de 10 anos de idade chegou ao pronto-socorro em ambulância após colisão motocicleta x bicicleta. O paciente estava na bicicleta e não utilizava capacete no momento da colisão. À chegada, ao exame físico, verificaram-se: Glasgow 6, PA = 120 mmHg x 80 mmHg; FC = 90 bpm; FR = 22 mrpm e saturação de O₂ = 96% (ar ambiente).

Levando-se em consideração os dados do caso clínico mencionado, julgue os itens a seguir.

6. O paciente deve ser submetido a uma tomografia computadorizada de crânio de urgência, assim que a condição clínica permitir.
7. Raios X de crânio devem ser realizados ainda na sala de emergência, independentemente da estabilidade do paciente, para avaliação inicial da gravidade do trauma craniano.
8. Todos os traumatismos cranioencefálicos (TCE) em crianças abaixo de 12 anos de idade devem receber tratamento conservador, independentemente da respectiva magnitude.
9. Caso o paciente apresente TCE com indicação de tratamento conservador, é recomendável utilizar um monitor de pressão intracraniana (PIC) no manejo dele.

10. Se o paciente for submetido ao tratamento conservador do TCE e forem identificados, em qualquer momento, sinais de hipertensão intracraniana refratária, a craniotomia descompressiva deve ser considerada.

Um paciente de 64 anos de idade foi vítima de ferimento por arma branca (FAB) em ápice de hemitórax direito, após briga em um bar. Chegou ao pronto-socorro levado pela equipe do SAMU, a qual refere que a faca não estava no corpo da vítima já na chegada do socorro, e ele encontrava-se extremamente alcoolizado, segundo relato de populares que estavam no local. Os sinais vitais da chegada foram os seguintes: PA = 80 mmHg x 40 mmHg; FC = 125 bpm; FR = 32 mrpm e saturação de O₂ = 82% (ar ambiente).

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

11. O primeiro passo na avaliação inicial desse paciente é verificar se há obstrução de vias aéreas.
12. Se, na ausculta pulmonar feita na chegada do paciente, os murmúrios vesiculares estiverem reduzidos à direita, a provável causa da queda na saturação de oxigênio será um pneumotórax e poderá ser tratado realizando-se uma toracostomia com tubo, em hemitórax direito.
13. Se, após a toracostomia com tubo, a drenagem tivesse aspecto hemático e débito inicial superior a 1.000 mL, a toracotomia de urgência estaria indicada.
14. Em caso de se identificar um hemotórax após a drenagem do tórax, é importante prosseguir a investigação e avaliar o mediastino.
15. São exemplos de exames utilizados para a avaliação do mediastino: ecocardiograma, angiotomografia computadorizada e broncoscopia.

Área livre

Uma paciente de 24 anos de idade, vítima de queda de três metros de altura após discussão com o namorado no respectivo apartamento, foi levada, pela ambulância da cidade, irresponsiva (Glasgow 5), SaO₂ = 95% com O₂ em máscara com reservatório, PA = 110 mmHg x 80 mmHg, FC = 100 bpm e FR = 20 mrpm. Após ser estabilizada clinicamente, realizou-se FAST à beira do leito, que não identificou presença de líquido abdominal ou sinais de pneumoperitônio.

No que se refere a esse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

16. O exame ideal para dar seguimento à investigação são raios X de abdome agudo.
17. Se, ao exame de imagem, uma lesão esplênica grau II for identificada, a laparotomia exploradora está indicada.
18. Se, ao exame de imagem, uma lesão de víscera oca for identificada, a laparotomia exploradora está indicada.
19. Todo paciente com lesão de víscera sólida deve ser submetido à laparotomia exploradora em função do risco de sangramento.
20. No tratamento conservador de trauma fechado de abdome, fazem parte do cuidado exames de imagem seriados e exames de laboratório frequentes.

Uma paciente de 25 anos de idade encontra-se no oitavo dia de pós-operatório de uma apendicectomia complicada (com necrose apendicular). Procurou pronto atendimento queixando-se de dor intensa em fossa ilíaca direita, febre há 24 horas e inapetência.

Com relação ao referido caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

21. A incisão mediana infraumbilical não é uma das opções de abordagem cirúrgica no primeiro procedimento realizado pela paciente (apendicectomia).
22. Abscesso intra-abdominal secundário ou extrínseco geralmente se segue após cirurgias como a da paciente mencionada.
23. Caso se considere a hipótese de abscesso intra-abdominal para a paciente descrita, anatomicamente, no andar inframesocólico, as coleções podem estar localizadas nas goteiras parieto ou mesenterocólicas, ou, ainda, entre as alças intestinais.
24. Se a paciente tiver diagnóstico de abscesso de saco peritoneal, a diarreia não é sintoma observado.
25. Caso a paciente apresente dor reflexa no ombro direito, a hipótese de abscesso subfrênico deve ser considerada.
26. A tomografia computadorizada é um método diagnóstico de imagem que pode complementar a investigação diagnóstica da paciente mencionada.
27. A paciente poderia apresentar polaciúria e disúria se houvesse coleções (abscessos) pélvicas e subfrênicas.
28. A taquicardia na paciente em tela deve ser considerada como sinal precoce de abscesso intra-abdominal.
29. A ecografia abdominal não é uma das opções de exame de imagem para o diagnóstico dessa paciente.
30. O tratamento da paciente descrita, após realização do diagnóstico, muito provavelmente incluirá antibioticoterapia.

Determinado paciente de 50 anos de idade chegou ao pronto-socorro em ambulância, após capotamento de carro com cinemática grave. O paciente encontra-se consciente, conversando, queixando-se apenas de dor no lado esquerdo, em transição toracoabdominal. Após a avaliação inicial, realizou-se uma radiografia simples de tórax na sala de emergência, que evidenciou fratura de 10^o e 11^o arcos costais à esquerda, sem sinais de pneumotórax ou outras lesões. O paciente encontrava-se estável hemodinamicamente.

Considerando os dados do caso clínico descrito e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

31. Provavelmente esse paciente não apresenta lesão de baço, pois este é o órgão parenquimatoso menos lesado no trauma fechado do abdome.
32. O fato de o paciente apresentar dor apenas no quadrante esquerdo do abdome exclui totalmente a possibilidade de lesão hepática.
33. No exame físico desse paciente, a irritação peritoneal pela presença de sangue na cavidade abdominal e a repercussão hemodinâmica pelo sangramento são dados importantes.
34. O paciente tem risco de sangramento se houver lesão esplênica, pois os vasos arteriais e venosos dentro do baço ocupam posição transversa em relação ao eixo longitudinal do órgão, o que contribui para um maior sangramento nas lesões longitudinais.
35. O exame físico do referido paciente é de grande valia e extremamente sensível e específico, considerando o trauma esplênico como possibilidade diagnóstica.
36. A queda no hematócrito e na dosagem de hemoglobina pode ser indicativo de sangramento no paciente apresentado, porém é pouco específico e é tardios.
37. A radiografia simples do abdome não é útil para a tomada de decisão no manejo desse paciente, ao contrário do caso de trauma penetrante por projétil de arma de fogo, no qual se pode determinar a respectiva trajetória, permitindo inferir se há presença de lesão esplênica ou de outras lesões associadas.
38. Se esse paciente for submetido a um tratamento conservador das respectivas lesões abdominais (no caso de lesões de órgãos parenquimatosos), a tomografia computadorizada de abdome não será essencial nesse tipo de manejo.
39. A ecografia na sala de emergência é um recurso muito útil para esse paciente, pois é considerada método de eleição para o diagnóstico de lesão esplênica, e, quando disponível, por ser rápida, barata, sensível, segura e específica (em mãos experientes).
40. Caso seja diagnosticada lesão esplênica, o paciente pode ser candidato ao tratamento não operatório, desde que permaneça hemodinamicamente estável e não apresente outra lesão intra-abdominal, coagulopatia ou doenças sistêmicas graves (cardíacas, pulmonares, hepáticas ou outras).

Área livre

Um paciente de 62 anos de idade, obeso, diabético, tabagista pesado, com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em tratamento irregular, retornou ao consultório médico oito meses após ter realizado laparotomia exploradora (por incisão mediana) após acidente automobilístico. O paciente relatou abaulamento no local da incisão mediana e dor moderada aos esforços. Negou outras queixas.

Quanto a esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

41. A DPOC do referido paciente não é considerada um fator de risco para o desenvolvimento da hérnia incisional.
42. A hipótese de hérnia incisional deve ser considerada para esse paciente, pois caracteriza-se pela presença de uma protrusão do peritônio parietal através de um hiato na musculatura da parede abdominal, secundário a uma intervenção cirúrgica prévia.
43. A hérnia desse paciente provavelmente se desenvolveu como resultado de um processo cicatricial inadequado ou da ação excessiva de uma força sobre uma incisão prévia em fase evolutiva, causando uma deiscência de aponeurose muscular, acompanhada de perda progressiva da força da parede abdominal.
44. A obesidade do paciente é um fator que contribui para a formação de hérnia.
45. O fato de o paciente ter diabetes não pode ser considerado como fator de risco para o desenvolvimento de hérnia incisional de parede abdominal.
46. O tabagismo do paciente é um fator de risco isolado para a ocorrência de complicações pós-operatórias e está associado a um maior risco de recorrência, por isso deve ser descontinuado antes do procedimento cirúrgico corretivo.
47. Se o procedimento cirúrgico prévio desse paciente fosse por meio de uma incisão paramediana, o risco de hérnia incisional seria ainda maior.
48. Caso esse paciente fizesse uso crônico de corticoides, realizasse quimioterapia ou apresentasse deficiências de vitamina C e do fator VIII da coagulação, teria risco aumentado de desenvolvimento de hérnia incisional.
49. Considerando o procedimento cirúrgico prévio desse paciente, estudos comparativos envolvendo sutura contínua e os vários tipos de sutura interrompida não demonstraram superioridade de qualquer técnica quanto à incidência de hérnias incisionais de parede abdominal.
50. Sintomas como vômitos, obstrução intestinal e dor intensa poderiam ser apresentados pelo paciente descrito, se ele tivesse encarceramento da respectiva hérnia.

Certo paciente de 45 anos de idade, trabalhador braçal, compareceu ao consultório queixando-se de dor discreta e abaulamento em região inguinal direita, principalmente quando está trabalhando. Ao exame físico, em posição ortostática, ao realizar manobra de Valsalva, apresentou conteúdo de aproximadamente 2 cm protruindo do canal inguinal direito. Os sinais vitais desse paciente são FC = 65 bpm, FR = 14 irpm e saturação O₂ = 99% (ar ambiente).

Levando-se em consideração os dados do caso clínico mencionado, julgue os itens a seguir.

51. O paciente apresenta abaulamento em uma região onde raramente surgem hérnias.

52. O tipo de hérnia apresentada pelo paciente tem maior incidência na população feminina.
53. Hérnia femoral é um dos diagnósticos possíveis para o paciente, tendo em vista que essas hérnias são mais comuns em homens.
54. As hérnias inguinais diretas decorrem de um defeito congênito no fechamento do conduto peritônio vaginal.
55. As hérnias inguinais indiretas são adquiridas pelo enfraquecimento da parede posterior da região inguinal.
56. Se o paciente apresentasse constipação, sintomas prostáticos obstrutivos e ascite, teria risco aumentado de desenvolver hérnia inguinal.
57. Para o manejo cirúrgico do referido paciente, é importante o reconhecimento da anatomia do trígono de Hesselbach, que é delimitado medialmente pela borda lateral da bainha do músculo oblíquo externo, superolateralmente pelo ligamento inguinal e inferolateralmente pelos vasos epigástricos inferiores.
58. Ao abordar cirurgicamente o paciente descrito, é necessário realizar o reconhecimento do cordão espermático, que é constituído pelo ducto deferente e a respectiva artéria, por vasos testiculares, linfáticos, quantidade variável de gordura, plexo venoso pampiniforme, nervos e músculo cremaster.
59. Na hérnia femoral, o defeito da parede situa-se no anel femoral, exteriorizando-se, portanto, abaixo do ligamento inguinal, sendo a respectiva ocorrência mais comum à direita.
60. A indicação de correção cirúrgica para esse paciente deve ter como critério a piora nos escores de qualidade de vida, excetuando-se situações de emergência cirúrgica.

Área livre

Um paciente de 73 anos de idade, ex-etilista pesado, hipertenso sem tratamento, usuário crônico de anti-inflamatórios não esteroides (AINE) por “dor nas costas”, foi ao pronto atendimento com queixa de “fezes muito pretas e fétidas” há cerca de dois dias, e hoje iniciou com sudorese e taquicardia pela manhã. Os sinais vitais do paciente são: PA = 110 mmHg x 80 mmHg, FC = 100 bpm, FR = 18 irpm e SaO₂ = 98% (ar ambiente).

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

61. Nesse paciente, as principais causas de hemorragia digestiva alta (HDA) são a síndrome de Malory-Weiss e as mal-formações vasculares.
62. Esse paciente deve, obrigatoriamente, ser submetido a endoscopia digestiva alta (EDA) de urgência, para controle de sangramento imediato.
63. Os fatores clínicos que determinam o aumento da mortalidade do referido paciente para o desenvolvimento da HDA são idade acima de 70 anos, hipertensão associada e choque.
64. Um sistema de classificação de risco de Rockall poderá ser utilizado para esse paciente, após avaliação clínica e endoscópica.
65. A videolaparoscopia exploradora é o método diagnóstico e terapêutico de escolha no manejo da HDA.
66. Podem ocorrer ressangramentos nas primeiras 72 horas após hemostasia endoscópica das lesões que ocasionaram a HDA.
67. Se o paciente descrito for submetido a EDA e apresentar lesões localizadas na grande curvatura do corpo gástrico e na parede posterior do bulbo, ele tem uma tendência maior de ressangramento.
68. A terapia antissecretória com inibidor da bomba de prótons deve ser iniciada no momento do diagnóstico do sangramento digestivo.
69. Se o paciente mencionado for submetido à EDA e apresentar sinais endoscópicos maiores (sangramento em jato, vaso visível e coágulo aderido), estes podem predizer maior risco de ressangramento e deverão ser tratados endoscopicamente.
70. Se esse paciente apresentar diagnóstico de úlcera péptica, ele deve ser investigado e tratado para *Helicobacter pylori*.

Um paciente de 82 anos de idade foi ao consultório médico e queixou-se de dor abdominal há cerca de uma semana, com piora progressiva, distensão abdominal e parada na eliminação de fezes há cinco dias, vômitos e parada na eliminação de gases há dois dias. O paciente refere que, há três anos, realizou cirurgia abdominal para exérese de tumor colorretal. Relata ainda que, desde a cirurgia, utiliza medicamento (paracetamol + codeína) para dor e que, eventualmente, fica constipado, mas nunca como agora.

Acerca do referido caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

71. O paciente apresenta fatores de risco para obstrução intestinal.
72. Esse paciente deve ser investigado para obstrução intestinal de delgado, pois as causas mais comuns desta são aderências, hérnias de parede abdominal, doença de Crohn, infecções abdominais e comprometimento secundário em neoplasias abdominais (carcinomatose, tumores de bexiga, tumores de colo do útero etc.).

73. O paciente mencionado deve ser investigado para obstrução do intestino grosso, pois as respectivas causas mais frequentes são carcinoma de cólon, tumores pélvicos, volvo e complicações da doença diverticular.
74. Esse paciente deve ser submetido a tomografia computadorizada de abdome total na respectiva avaliação inicial.
75. Perante o quadro de obstrução intestinal, leucocitose com desvio à esquerda no hemograma pode significar comprometimento vascular do intestino ou presença de uma causa infecciosa para a obstrução, como diverticulite ou abscesso abdominal.
76. Caso esse paciente apresentasse, no exame de radiografia do abdome, níveis hidroaéreos, em diferentes alturas, em um mesmo segmento, esses sinais poderiam ser sugestivos de obstrução intestinal funcional.
77. Para esse paciente, a tomografia computadorizada do abdome tem maior valor preditivo para identificar a causa da lesão, mas não é necessária para estabelecer os passos iniciais do tratamento.
78. A colonoscopia ou a retossigmoidoscopia são úteis no diagnóstico e no tratamento da obstrução intestinal.
79. Se o quadro clínico e radiológico do paciente sugerisse o diagnóstico de volvo de sigmoide, o tratamento endoscópico estaria bem indicado.
80. Se o quadro clínico e radiológico do paciente sugerisse obstrução incompleta (suboclusão), ele poderia ser tratado conservadoramente.

Área livre

Uma paciente de 35 anos de idade, IMC = 43 Kg/m², diabética e hipertensa, compareceu ao consultório médico demonstrando interesse em realizar cirurgia bariátrica. Entretanto, ela relatou que nunca tentou emagrecer por qualquer outro método e que parou de utilizar as medicações do diabetes há cerca de um ano (usava insulina combinada com antidiabético oral), porque a amiga que mora com ela (não tem família presente) disse-lhe que a cirurgia “curava” o diabetes.

Com base nos dados desse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

81. A paciente descrita é candidata à cirurgia bariátrica, considerando-se apenas as informações referentes ao peso corporal e à altura dela (IMC – índice de massa corporal).
82. Essa paciente não apresenta qualquer contraindicação à cirurgia bariátrica neste momento.
83. Na gastrectomia parcial, é ressecada a porção distal do estômago, e o trânsito é reconstituído por meio da anastomose de alguma porção do intestino delgado proximal com o remanescente gástrico.
84. Na gastrectomia Billroth II, o trânsito digestivo é reconstruído mediante anastomose do duodeno com o estômago junto à porção da grande curvatura, após sutura (fechamento) da parte do estômago não utilizada na anastomose.
85. Na gastrectomia total, o estômago é ressecado, e o trânsito é reconstituído por meio da anastomose do jejuno com o esôfago distal. Ressecado o estômago, o jejuno é seccionado e a boca distal é levantada e anastomosada ao esôfago, mediante anastomose terminoterminal ou terminolateral. A boca proximal é usada para a anastomose jejunojejunal em Y de Roux, em técnica terminolateral ou laterolateral.
86. A limitação intelectual apresentada pela paciente e a ausência de suporte familiar adequado não constituem contraindicações de cirurgia bariátrica.
87. Caso a paciente apresentasse hipertensão portal, com varizes esofagogástricas, essa seria uma contraindicação à cirurgia bariátrica.
88. A colocação de balão intragástrico poderia ser uma opção para essa paciente, considerando que se trata de uma cirurgia bariátrica com técnica minimamente invasiva.
89. O *bypass* gástrico é a técnica operatória de cirurgia bariátrica mais utilizada no Brasil e é uma opção para a paciente do caso apresentado.
90. Nessa paciente, poderia ser utilizada a banda gástrica ajustável, que é um dos recursos terapêuticos mais utilizadas atualmente, como neoadjuvância à cirurgia bariátrica.

Um paciente de 35 anos de idade, obeso, hipertenso e tabagista, foi diagnosticado com hérnia hiatal há cerca de três anos (nunca deu seguimento ao acompanhamento médico após o diagnóstico). Ele então compareceu ao consultório médico, queixando-se de episódios de pirose e dor epigástrica pelo menos uma vez por semana, nos últimos oito meses.

Em relação ao caso clínico descrito e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

91. Um dos diagnósticos possíveis para o mencionado paciente é a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), que é um distúrbio crônico relacionado com o refluxo retrógrado de conteúdo gastroduodenal para o interior do esôfago e (ou) órgãos adjacentes, com ou sem lesão tecidual, resultando em um variável espectro de sintomas.

92. A DRGE acomete pessoas relativamente jovens, com pico de incidência em pessoas entre 30 anos e 40 anos de idade.
93. Mesmo que o paciente não apresentasse sintomas de DRGE, certa quantidade de refluxo ácido ocorreria sob condições fisiológicas, particularmente após as refeições.
94. Uma das principais alterações fisiopatológicas na DRGE é a presença de um esfíncter esofágico inferior (EEI) deficiente, geralmente associado a hérnia.
95. Se o paciente apresentasse migração da junção esofagogástrica em direção cefálica pelo hiato esofágico, a hérnia dele seria classificada como hérnia hiatal tipo III ou deslizante.
96. Os principais sintomas da DRGE são a náusea e o vômito.
97. Angina do peito pode ser um dos diagnósticos diferenciais do referido paciente.
98. Rouquidão, tosse crônica, broncoespasmo (asma) e infecções respiratórias de repetição são sintomas extraesofágicos que o paciente mencionado poderia ter, decorrentes da DRGE.
99. A evolução da doença desse paciente poderia levar ao surgimento de complicações morfológicas como a esofagite grave, a ulceração esofágica, a estenose e o desenvolvimento do esôfago de Barrett.
100. O esôfago de Barrett, definido como a presença de epitélio esofágico colunar visível à endoscopia, contendo metaplasia intestinal à análise hisopatológica, representa um grau avançado da DRGE.

Uma paciente de 41 anos de idade, tabagista e diabética, deu entrada no pronto-socorro, queixando-se de dor abdominal intensa, generalizada, com piora progressiva há quatro dias. Realizou angiotomografia que evidenciou quadro de isquemia mesentérica.

Levando-se em consideração os dados do caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

101. A doença da paciente é uma entidade clínica relativamente rara.
102. A isquemia mesentérica diagnosticada pela angioTC pode variar desde uma transitória colite isquêmica com bom prognóstico até um infarto intestinal maciço.
103. Nessa paciente, o diagnóstico precoce da isquemia mesentérica não é primordial, pois as consequências são similares, independentemente do tempo de isquemia.
104. A doença da paciente é complexa e multifatorial, decorrente da redução no fluxo sanguíneo intestinal, por oclusão, vasoespasmos e (ou) hipoperfusão dos mesentéricos.
105. A oclusão embólica da artéria mesentérica superior pode ser uma das causas da isquemia mesentérica da paciente.
106. A apresentação clínica da paciente é clássica de isquemia mesentérica, pois inclui dor abdominal de característica visceral e mal localizada.
107. Caso a paciente apresentasse hiperamilasemia, elevação do lactato sérico e acidose metabólica, ela não necessitaria de angiotomografia para o diagnóstico da isquemia, pois os três fenômenos representam a tríade patognomônica da isquemia mesentérica.
108. A arteriografia mesentérica é o exame diagnóstico de eleição para confirmar o diagnóstico dessa paciente.
109. O tratamento da referida paciente pode ser conservador.
110. A colite isquêmica é a forma mais comum de isquemia mesentérica, e a respectiva incidência é provavelmente subestimada, já que formas brandas da doença costumam não ser diagnosticadas.

Uma paciente de 29 anos de idade, obesa, diabética, com histórico familiar (materno) de colelitíase, compareceu ao pronto atendimento referindo dor em hipocôndrio direito, vômitos e febre há cerca de quatro dias. Relatou ter dores em hipocôndrio direito há aproximadamente um ano e diagnóstico de colelitíase há três anos, após achado casual em ecografia abdominal para investigação de nefrolitíase; entretanto, nunca havia ficado febril e com vômitos em associação com a dor.

Com base no mencionado caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

111. A paciente está fora do público normalmente acometido por calculose de vesícula biliar, pois é mulher e tem mais de 20 anos de idade.
112. Provavelmente a paciente apresenta cálculos de colesterol, pois estes representam a maioria dos casos de colelitíase.
113. Caso a paciente apresentasse histórico de multiparidade, este seria um dos fatores de risco para o desenvolvimento da colelitíase.
114. A doença de Crohn, entre outras afecções intestinais, e as cirurgias de ressecção ou derivação do intestino para tratamento da obesidade (cirurgia bariátrica) podem aumentar, de forma significativa, o risco de formação calculosa na vesícula biliar.
115. A etiologia da doença da paciente está relacionada ao aumento do colesterol ou dos sais biliares para níveis superiores da respectiva capacidade de solubilidade na bile, favorecendo a própria precipitação na forma de microcristais. Além disso, o comprometimento da motilidade da vesícula biliar provoca estase biliar e acúmulo do muco produzido pelas respectivas células epiteliais, aglutinando os microcristais de colesterol em precipitação na bile e formando cálculos.
116. Se a paciente apresentar dor de instalação recente em quadrante superior do abdome, vômitos, febre, dor à palpação do local referido, com sinais de Murphy presentes, leucocitose com aumento de formas jovens, vesícula biliar espessada, edemaciada ao exame de ultrassonografia abdominal, friável e aderida a estruturas vizinhas, observada no momento da cirurgia, além de um infiltrado inflamatório na parede vesicular, visto ao exame microscópico do espécime cirúrgico, deve-se suspeitar de colecistite.
117. Os casos de colelitíase assintomática são raros, visto que, em geral, se trata de uma doença muito sintomática na maior parte dos pacientes.
118. A dor abdominal em hipocôndrio direito, relatada pela paciente, é característica da colelitíase e pode ser causada pela obstrução do ducto cístico por um cálculo que impede a saída de bile durante a contração da vesícula. Algumas lesões polipoides da parede da vesícula junto ao ducto cístico, ou na região do infundíbulo, podem produzir esse mesmo efeito.
119. Caso o sinal de Murphy estivesse presente ao exame físico, seria um achado compatível com colelitíase crônica não complicada.
120. A tomografia computadorizada é o exame de escolha para investigação dessa paciente, pois tem alta sensibilidade dele para o diagnóstico de colelitíase, uma vez que a maioria dos cálculos é radiopaca e isodensa em relação à bile.