



## Concurso de Residência Médica - 2013

### Leia com atenção

Esta prova tem duração de 4 horas e é constituída de 40 questões objetivas sobre Cirurgia Geral para a área de Urologia:

- Na folha de respostas dos testes, assinale apenas uma alternativa, usando **lápiz preto nº 2** ou **caneta esferográfica preta ou azul-escuro** e preenchendo com cuidado o alvéolo correspondente. Não rasure ou amasse a folha de respostas nem a utilize para qualquer outra finalidade. Será anulada a questão em que for assinalada mais de uma alternativa ou que estiver totalmente em branco.
- Utilize, para rascunhos, qualquer espaço disponível no caderno de questões.
- Após o término da prova, devolva ao fiscal de sala todo o material que você recebeu, devidamente identificado nos locais adequados.
- Não será permitido ao candidato retirar-se da sala antes de decorrida uma hora e meia do início das provas, salvo em caso de extrema necessidade.
- Mantenha sua cédula de identidade sobre a carteira.
- Atenda às determinações do fiscal de sala.

BOA PROVA!

**UROLOGIA**

- 1** Na Síndrome de Lynch (câncer colorretal hereditário sem polipose – HNPCC), ocorre um padrão autossômico dominante de suscetibilidade ao câncer. Em relação às características dessa herança, é INCORRETO afirmar que:
- a) é identificado em gerações sucessivas, sendo conhecido como ocorrência vertical.
  - b) na maioria dos casos, está presente somente em um dos lados da família.
  - c) ambos os sexos podem estar acometidos e podem transmitir aos filhos.
  - d) existe a possibilidade de pular gerações, ou seja, mesmo tendo três gerações com alteração genética (mutação), a doença pode se manifestar somente no avô e neto.
  - e) existem alterações, geralmente, apenas entre um grupo de irmãos.
- 2** Paciente masculino, 30 anos de idade, vítima de acidente automobilístico, apresenta pneumotórax à esquerda e trauma abdominal com ruptura de baço. Em relação ao pneumotórax, assinale a afirmativa CORRETA:
- a) A causa mais comum é a ruptura de vasos da parede torácica.
  - b) Ao exame físico, nota-se expansibilidade normal do hemitórax comprometido, murmúrio vesicular presente e percussão com macicez.
  - c) Como será submetido a cirurgia com anestesia geral, inicialmente deve ser drenado, pois corre o risco de se tornar hipertensivo com pressão positiva durante o ato anestésico.
  - d) A punção com agulha grossa no 6º espaço intercostal, na linha axilar posterior ou média, é a melhor indicação.
  - e) O tratamento deve ser suporte ventilatório, antibioticoterapia, anti-inflamatório e controle do quadro hemodinâmico.
- 3** Paciente masculino com 35 anos vem apresentando episódios de sangramento vermelho vivo à evacuação, há três anos. Nos últimos seis meses, percebe que, além do sangramento que mancha a água do vaso sanitário, ocorre à exteriorização de mamilos hemorroidários que necessitam de redução digital. Procurou assistência médica sendo constatado que ele é portador de:
- a) Hemorroidas internas de primeiro grau.
  - b) Hemorroidas internas de segundo grau.
  - c) Hemorroidas internas de terceiro grau.
  - d) Hemorroidas internas de quarto grau.
  - e) Hemorroidas mistas.

**4** Paciente feminino com 32 anos apresentou abscesso anorretal que drenou espontaneamente há nove meses, persiste um orifício externo que não cicatriza e constantemente drena pus. Procurou médico Coloproctologista, que evidenciou que é portadora de fístula anal, com orifício fistuloso secundário em região perianal anterior esquerda, a seis centímetros da margem anal. Pergunta-se: qual a localização do orifício fistuloso primário?

- a) Cripta mediana anterior.
- b) Cripta anterior esquerda.
- c) Cripta lateral esquerda.
- d) Cripta posterior esquerda.
- e) Cripta mediana posterior.

**5** Paciente com 47 anos, masculino, apresenta quadro de dor abdominal em fossa ilíaca esquerda há 10 dias, com febre, mal estar geral e sinais de irritação peritoneal. Foi feito o diagnóstico de peritonite purulenta difusa. Segundo a classificação de Hinchey et al, para diverticulite aguda, este paciente encontra-se no:

- a) estágio 0.
- b) estágio I.
- c) estágio II.
- d) estágio III.
- e) estágio IV.

**6** Homem de 50 anos com quadro agudo de dor súbita no epigástrio e irradiação para todo o abdome há seis horas, vômitos claros no início e parada de eliminação de gases. No Exame físico, com sinais de irritação peritoneal em todo o abdome. O exame complementar inicial para diagnóstico a ser realizado será:

- a) Hemograma completo.
- b) Urina I.
- c) Ultrassonografia de abdome total.
- d) Rx de tórax e abdome.
- e) Tomografia computadorizada de abdome total.

**7** Paciente masculino, 60 anos, em bom estado geral (BEG), fumante, IMC-30, com queixa de pirose retroesternal (RE) e regurgitação frequente há 20 anos. Ocasionalmente com dor RE espasmódica. Endoscopia esôfago-estômago-duodeno (EED) há 10 anos com esofagite leve distal, hérnia hiatal de 2 cm e pangastrite leve. Fez vários tratamentos com dieta e inibidor de bomba de prótons (IBP)

com bons resultados. Há um ano, houve piora progressiva da sintomatologia. Endoscopia EED recente: esofagite erosiva distal; hérnia hiatal de 3 cm; mucosa de Barrett confirmada por anatomopatológico (metaplasia intestinal com displasia leve); pangastrite leve com H. pylori negativa. Sem comorbidades. CONDUTA:

- a) Tratamento contínuo com IBP em dose habitual.
- b) Tratamento contínuo com dose dupla de IBP e domperidona.
- c) Tratamento endoscópico do esôfago de Barrett com argônio ou eletrocauterização.
- d) Conduta expectante.
- e) Tratamento cirúrgico videolaparoscópico na técnica de Nissen.

**8** Paciente de 8 anos de idade apresenta nódulo cervical na linha média móvel com a deglutição e a protusão da língua. Qual o diagnóstico provável?

- a) Cisto dermoide.
- b) Cisto branquial.
- c) Rânula.
- d) Nódulo na tireoide.
- e) Cisto tireoglosso.

**9** Qual o tipo histológico mais frequente dos tumores malignos da glândula tireoide?

- a) Medular.
- b) Folicular.
- c) Células de Hürthle.
- d) Papilífero.
- e) Anaplásico.

**10** Em quadro de apendicite aguda retrocecal, podemos afirmar, EXCETO:

- a) O quadro clínico é idêntico ao habitual.
- b) O diagnóstico é usualmente realizado em fases mais avançadas.
- c) Pode ocorrer confusão com infecção urinária.
- d) O acesso cirúrgico pode ser igual ao convencional.
- e) Frequentemente o diagnóstico ocorre em fase de abscesso.

**11** Paciente masculino, 25 anos, vítima de trauma craniano há 20 dias, necessitou de ventilação mecânica por traqueostomia durante duas semanas. Cinco dias depois de extubado, com traqueostoma fechado, evoluiu com dificuldade respiratória, cornagem e estridor. Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Traqueomalácia.
- b) Crise asmática.
- c) Broncoaspiração.
- d) Estenose de traqueia.
- e) Insuficiência respiratória aguda por broncopneumonia.

**12** Mulher de 40 anos, com achado ultrassonográfico abdominal de litíase vesicular com cálculo único de 4 cm, vias biliares e demais órgãos normais. O exame foi solicitado por queixas inespecíficas, mas principalmente por infraumbilicais; sem comorbidades e IMC de 30. Avaliada de forma mais ampla e sem outros achados. CONDUTA:

- a) Expectante.
- b) Tomografia computadorizada.
- c) Uso de ácido ursodesoxicólico.
- d) Colectomia videolaparoscópica eletiva.
- e) Colangio-ressonância magnética.

**13** Jovem vítima de ferimentos por arma branca em região torácica bilateral. Uma radiografia simples do tórax evidenciando velamento de hemitórax esquerdo sugere:

- a) atelectasia completa do pulmão esquerdo.
- b) pneumotórax simples esquerdo.
- c) hemotórax esquerdo.
- d) contusão pulmonar esquerda.
- e) pneumotórax hipertensivo direito.

**14** Paciente masculino com 65 anos, fumante, em regular estado geral (REG), IMC-20, com queixa de disfagia medioesternal progressiva há dois meses e sialorreia. Nega dor. Perda de peso de 10 kg. Diabético e hipertenso. Tosse crônica com expectoração. Exame físico sem alterações a não ser: leve hipocromia de mucosas e estertores de bases pulmonares. Endoscopia EED: lesão vegetante a 20 cm da arcada dentária superior (ADS) e com extensão de 10 cm no eixo longitudinal, comprometendo quase toda a circunferência; estômago sem alterações; anatomopatológico (AP)-carcinoma espinocelular. Tomografia computadorizada de abdome e tórax: esôfago com parede espessa no segmento mediotorácico e com provável aderência brônquica esquerda. Broncoscopia-edema de parede de brônquio esquerdo. Eletrocardiograma (ECG) - alterações de repolarização ventricular esquerdo. Risco cirúrgico grau III. CONDUTA:

- a) Tratamento paliativo com quimioterapia.
- b) Gastrostomia como tratamento único.
- c) Esofagectomia subtotal e esofagogastroplastia por toracolaparotomia.

- d) Esofagectomia subtotal e esofagogastroplastia trans-hiatal.
- e) Gastrostomia seguida de radioterapia.

**15** Homem de 60 anos, com dor epigástrica diária há dois meses e sem vômitos; hipertensão arterial sistêmica (HAS) controlada; endoscopia EED com lesão úlcero-vegetante de 3 cm no corpo gástrico proximal da pequena curvatura; AP- adenocarcinoma bem diferenciado; tomografia computadorizada (TC) abdominal, RX de tórax e exames laboratoriais normais. CONDUTA:

- a) Gastrectomia 4/5 a D I.
- b) Gastrectomia total a D II sem esplenectomia.
- c) Gastrectomia paliativa.
- d) Quimioterapia neoadjuvante.
- e) Gastrectomia total a D II com esplenectomia.

**16** Homem de 40 anos no 3º dia de pós-operatório de laparotomia por trauma contuso abdominal, sendo realizada esplenectomia e rafia de jejuno e cólon. Paciente com sonda nasogástrica (SNG) aberta, entubado e com ventilação mecânica, distensão abdominal +++/4, ruídos hidroaéreos (RHA) ausentes, pressão intra-abdominal de 21mmHg e oligúria. TC abdominal: distensão de alças e pequena quantidade de líquido na cavidade. Conduta:

- a) Solicitar endoscopia EED e colonoscopia.
- b) Injetar simeticone por SNG e fechá-la.
- c) Relaparotomia para revisão cavitária e fechamento da parede abdominal com pontos subtotais.
- d) Aumentar volume de líquidos EV.
- e) Revisão cavitária e peritoniotomia.

**17** Paciente masculino, 57 anos, tabagista, sem outras comorbidades. Realizou endoscopia digestiva alta devido a queixas dispépticas, sendo evidenciada lesão ulcerada no terço médio do esôfago com biópsia de Carcinoma Epidermoide. Como deve ser realizado o estadiamento desse doente?

- a) Endoscopia digestiva alta com biópsia, broncoscopia e tomografia computadorizada de pescoço.
- b) Toracoscopia e endoscopia digestiva alta com biópsia.
- c) Broncoscopia, tomografia de tórax e abdômen superior.
- d) Endoscopia digestiva alta com biópsia, esofagograma e radiografia simples de tórax.
- e) Tomografia de tórax e pescoço e esofagograma.

- 18** Em qual caso abaixo está melhor indicada a pesquisa de linfonodo sentinela?
- a) Carcinoma mamário T1N1M0.
  - b) Carcinoma mamário T2N0M1.
  - c) Melanoma no dorso T2N0M1.
  - d) Melanoma no dorso TisN0M0.
  - e) Melanoma no dorso T2N0M0.
- 19** Homem de 70 anos, tabagista crônico, refere aparecimento de nódulo cervical jugulo carotídeo médio com 4 cm de diâmetro, fixo, sem outras queixas. Qual a principal hipótese diagnóstica?
- a) Linfoma.
  - b) Tuberculose linfonodal.
  - c) Metástase de tumor de estômago (gânglio de Virchow).
  - d) Tumor da glândula tireoide.
  - e) Metástase de tumor do trato aerodigestivo superior.
- 20** Na pancreatite aguda biliar grave, quando a colecistectomia é indicada?
- a) Após a resolução do quadro inflamatório pancreático.
  - b) Nas primeiras 24 horas de evolução.
  - c) Após estabilização hemodinâmica.
  - d) Quando a infecção estiver controlada.
  - e) Após normalização da amilase e da PCR.
- 21** A litíase biliar pode ter diversas formas de apresentação clínica. Dentre as alternativas abaixo, qual é a mais comum?
- a) Cólica biliar.
  - b) Pancreatite aguda.
  - c) Icterícia.
  - d) Assintomática.
  - e) Colecistite aguda.
- 22** Paciente de 47 anos, renal crônico, dialítico, foi submetido a laparotomia exploradora por obstrução intestinal secundária a bridas. No 4º dia de pós-operatório, apresenta drenagem de líquido sero-sanguinolento pela ferida cirúrgica. Qual o diagnóstico mais provável?
- a) Infecção da ferida cirúrgica.

- b) Evisceração.
- c) Hematoma subcutâneo.
- d) Fístula entérica.
- e) Coagulopatia.

**23** Marcador tumoral é uma substância usada como indicador de malignidade que pode estar presente ou não na célula tumoral, ser liberada pelo tumor no organismo e/ou produzida pelo hospedeiro em resposta ao tumor instalado. Em relação ao antígeno carcinoembrionário (CEA), podemos afirmar que pertence ao grupo de marcador:

- a) enzimático.
- b) hormonal.
- c) antígeno oncofetal.
- d) glicoproteína.
- e) oncogene.

**24** Paciente masculino, com 22 anos, vítima de trauma abdominal fechado por queda acidental do telhado de sua casa, é atendido no setor de emergência. Dentre as afirmativas abaixo, qual é a correta?

- a) O fígado e o baço são as vísceras mais protegidas por compressão ou esmagamento.
- b) Na vigência de desaceleração brusca, pode ocorrer a ruptura de vísceras em seus ligamentos e pontos de fixação, como o ligamento redondo do fígado, veias supra-hepáticas, colos ascendentes e descendentes.
- c) Vísceras distendidas como útero gravídico e a bexiga são menos vulneráveis ao trauma contuso.
- d) Escoriações na pele e ruptura de músculos da parede abdominal alertam que as lesões são exclusivamente extra-abdominais.
- e) Alterações no estado de consciência por trauma cranioencefálico ou por intoxicação exógena, politraumatismo, trauma raquimedular, fraturas costais ou pélvicas não dificultam o diagnóstico clínico.

**25** Nos pacientes que irão necessitar da confecção de um estoma, na vigência de tratamento cirúrgico para restabelecimento de sua saúde, é muito importante que seja realizada a demarcação prévia do local do estoma na parede abdominal. É etapa fundamental para prevenir complicações, garantir a adequação do equipamento e contribuir significativamente para que o processo de reabilitação do paciente seja mais rápido, pois facilita o ensino e a realização do autocuidado. São aspectos importantes a serem considerados na demarcação, EXCETO:



- a) Considerar o tipo de cirurgia a ser realizada.
- b) Evitar acidentes anatômicos como cicatriz umbilical, reborda costal, crista ílíaca, linha da cintura e dobras de pele.
- c) Realizar a demarcação fora da bainha do músculo reto do abdome.
- d) Manter o local demarcado cerca de 5 cm de distância dos acidentes anatômicos e da cicatriz cirúrgica.
- e) Observar que, em presença de abdome em avental, o estoma seja demarcado em local que permita sua visibilidade, para facilitar a aderência da bolsa e do autocuidado.

**26** A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é um procedimento que visa à avaliação dos ductos biliares e pancreáticos, pela canulação direta da papila de Váter, com o auxílio de um endoscópio de visão lateral, seguida pela injeção retrógrada de contraste iodado e obtenção de um colangiograma por meio da fluoroscopia. São procedimentos possíveis de serem realizados e classificados como terapêuticos, EXCETO:

- a) papilotomia.
- b) esfínterectomia.
- c) extração de cálculos biliares.
- d) passagem de próteses biliares e pancreática.
- e) coleta de bile.

**27** O manitol é um laxante muito utilizado no preparo intestinal para cirurgia e para colonoscopia. O preparo para colonoscopia, quando insatisfatório, prolonga o tempo de exame e traz desconforto ao paciente e para o endoscopista, podendo inclusive induzir a diagnóstico errôneo. O manitol é classificado como:

- a) laxante osmótico.
- b) solução eletrolítica com polietilenoglicol.
- c) laxante salino.
- d) laxativo de contato e salino.
- e) laxativo de contato e osmótico.

**28** Homem de 50 anos e com queixa de abaulamento inguinal bilateral, espontaneamente redutível, há dois anos. Exame físico geral – sem alterações; regiões inguinais: lado esquerdo (E) - abaulamento com Valsalva, funículo espesso; sinal de Landivar sem abaulamento; lado direito (D) - pequeno abaulamento com Valsalva, funículo normal, sinal de Landivar com mesmo abaulamento. Sem comorbidades e fumante. Qual o diagnóstico e a tática cirúrgica?

- a) Hérnia inguinal direta à E e indireta à D; Lichtenstein bilateral.
- b) Hérnia inguinal indireta à E e direta à D; Lichtenstein bilateral.

- c) Hérnia crural à E e indireta à D; Mc Vay à E e Lichtenstein à D.
- d) Hérnia inguinal direta à E e indireta à D; Lichtenstein à E e Bassini à D.
- e) Hérnia inguinal direta à E e indireta à D; hernioplastia videolaparoscópica bilateral.

**29** Mulher de 50 anos com dor epigástrica aguda e, posteriormente, irradiação para hipocôndrio direito (HCD) e toracolombar, com vômitos biliosos há dois dias; dor persistente; nega febre. Hemograma com leucócitos de 14000; ultrassom de abdome superior: parede vesicular com 5 mm, cálculo de 1,5 cm fixo no infundíbulo, colédoco com 4 mm e pâncreas normal. Sem comorbidades. O atendimento é realizado em hospital com recursos humanos e equipamentos adequados. Conduta:

- a) Internação com tratamento medicamentoso para “esfriar o processo”.
- b) Colectomia laparotômica em caráter de urgência.
- c) Medicação para uso domiciliar.
- d) Solicitar Tomografia Computadorizada de abdome total.
- e) Indicação de colectomia videolaparoscópica.

**30** Paciente submetido à gastrectomia subtotal por laparotomia com câncer gástrico e sem intercorrências de possível contaminação no campo cirúrgico. A conduta em antibioticoterapia deverá ser:

- a) iniciar no pré-operatório (véspera) e prolongar por 24h no pós-operatório.
- b) não tratar com antibioticoterapia.
- c) iniciar na indução anestésica e prolongar por 72h.
- d) iniciar no pós-operatório imediato e prolongar por 48h.
- e) iniciar na indução anestésica e prolongar por 24h.

**31** Sobre a parede abdominal posterior, é INCORRETO afirmar que:

- a) a fáscia dorsolombar rodeia o sacroespinal e o quadrado lombar que, juntos, compõem a parede abdominal posterior.
- b) a fáscia dorsolombar origina-se dos processos espinhosos das vértebras dorsais e se estende anteriormente e cranialmente.
- c) a camada posterior fornece a cobertura posterior do músculo sacroespinal e é a origem do músculo grande dorsal.
- d) a camada anterior da fáscia dorsolombar fornece a cobertura anterior ao músculo quadrado lombar e forma a margem posterior do retroperitônio.
- e) o quadrado lombar e o músculo sacroespinal formam a parte muscular da parede abdominal posterior, preenchendo o espaço entre a 12<sup>a</sup> costela, coluna e crista íliaca.

**32** Sobre a aorta abdominal, desde sua entrada no hiato diafragmático, podemos afirmar que a sequência de seus ramos no sentido cranial para caudal é:

- a) Artérias: diafragmática inferior, adrenal, tronco celíaco, renal, mesentérica superior, gonadal e mesentérica inferior.
- b) Artérias: diafragmática inferior, adrenal, tronco celíaco, renal, mesentérica superior, mesentérica inferior e gonadal.
- c) Artérias: diafragmática inferior, tronco celíaco, adrenal, renal, mesentérica superior, mesentérica inferior e gonadal.
- d) Artérias: diafragmática inferior, tronco celíaco, renal, adrenal, mesentérica superior, gonadal e mesentérica inferior
- e) Artérias: diafragmática inferior, tronco celíaco, adrenal, renal, mesentérica superior, gonadal e mesentérica inferior.

**33** Sobre a anatomia microscópica e macroscópica do rim, é INCORRETO afirmar que:

- a) macroscopicamente, os rins estão emparelhados bilateralmente, são órgãos marrom-avermelhados. Tipicamente, cada rim pesa em média 150 g, no sexo masculino, e 135 g, no feminino.
- b) os rins geralmente medem de 10 a 12 cm na vertical, de 5 a 7 cm, transversalmente, e 3 cm, na dimensão anteroposterior.
- c) variações anatômicas na vasculatura renal são comuns, ocorrendo entre 50% e 60% dos rins.
- d) uma característica adicional comum da anatomia renal é uma protuberância renal focal parenquimatosa ao longo do contorno lateral do rim, conhecido como um *hump dromedary*.
- e) a progressão de suprimento arterial para o rim é o seguinte: A artéria renal → artéria segmentar → artéria interlobar → artéria arqueada → artéria interlobular → artéria aferente.

**34** Sobre o canal inguinal, é INCORRETO afirmar que:

- a) transmite o cordão espermático no sexo masculino, o ligamento redondo na mulher, e o ilioinguinal em ambos os sexos.
- b) sua parede anterior e assoalho são formados pelo músculo oblíquo externo que se dobra ao longo de sua borda inferior com o ligamento inguinal.
- c) a parede posterior do canal é formado pela fáscia transversal que reveste a superfície interna da parede abdominal.

- d) acima do tubérculo púbico, as fibras da aponeurose do músculo oblíquo externo dividem-se para formar as arestas laterais (crura) do anel inguinal interno.
- e) o anel inguinal interno encontra-se a meio caminho entre a espinha íliaca anterosuperior e o tubérculo púbico, acima do ligamento inguinal, e aproximadamente 4 cm lateral ao anel inguinal externo.

**35** As artérias da pelve têm origem e irrigação na seguinte sequência, EXCETO:

- a) epigástrica inferior origina-se da íliaca externa e irriga o músculo reto abdominal fascia e pele sobrejacente .
- b) cremastérica origina-se da epigástrica inferior, e irriga ductos deferentes e testículos.
- c) retal média origina-se do tronco anterior da íliaca interna, e irriga reto, ureter e bexiga.
- d) pudenda interna, origina-se do tronco anterior da íliaca interna, e irriga genitália externa, períneo e reto.
- e) vesical superior origina-se do tronco posterior da íliaca interna, e irriga ureter, ductos deferentes e vesícula seminal.

**36** Sobre a próstata, todas as alternativas são corretas , EXCETO:

- a) O estroma prostático é contíguo com a cápsula e é composto por colágeno e músculo liso abundante.
- b) O suprimento arterial da próstata surge mais comumente da artéria vesical superior.
- c) Inervação simpática e parassimpática do plexo pélvico viaja para a próstata através dos nervos cavernosos.
- d) A drenagem linfática é, principalmente, para os linfonodos obturatórios e íliacos internos.
- e) A próstata normal de um adulto jovem em média pesa 18 g; mede 3 cm de comprimento, 4 cm de largura e 2 cm de profundidade.

**37** A respeito da incontinência urinária feminina, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Entre as mulheres acima de 65 anos, a prevalência pode variar de 30% a 50%.
- b) Em mulheres jovens e maduras, predomina a incontinência urinária mista, enquanto nas mulheres idosas predomina a incontinência urinária por esforço.
- c) Entre os fatores de risco para o desenvolvimento da incontinência urinária, considera-se a idade, paridade, via de parto e obesidade.
- d) Durante a gestação há um aumento na prevalência da incontinência urinária, porém a maioria dos casos apresenta resolução espontânea.
- e) O parto cesáreo eletivo reduz a incidência de incontinência urinária.

**38** Quanto ao tratamento cirúrgico da incontinência urinária por esforço, na mulher, podemos afirmar, EXCETO:

- a) O risco de retenção urinária pós-cirurgia de suspensão retropúbica não difere estatisticamente daquele observado nas suspensões por agulha ou “sling” pubovaginal.
- b) Os sintomas vesicais de armazenamento pós-cirurgias anti-incontinência, tal como a “De novo urge-incontinência”, não estão associados à obstrução infravesical.
- c) A suspensão retropúbica (Cirurgia de Burch) pode predispor ao risco de prolapso genitourinário.
- d) A retenção urinária transitória após procedimentos cirúrgicos do tipo “sling” com fásia autóloga são comuns.
- e) Os “slings” de fásia autóloga apresentam excelentes resultados, com altos índices de satisfação.

**39** As fístulas do trato urinário no sexo feminino correspondem a importante grupo de doenças de alto impacto na qualidade de vida dessas pacientes. As fístulas vésico-vaginais correspondem ao grupo mais frequente, apresentando causas bastante variáveis. Quanto ao tratamento dessa doença, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) O uso de anticolinérgicos e cateterização vesical durante duas a três semanas pode levar à resolução espontânea em pacientes selecionadas.
- b) Recomenda-se um intervalo de 3 a 6 meses entre a instalação da fístula e o tratamento por abordagem abdominal, o que é dispensável quando a via é vaginal.
- c) A interposição de tecidos entre a bexiga e a vagina não está bem definida, embora seja frequentemente utilizada nas fístulas complexas, recidivadas e pós-radioterapia.
- d) A excisão do trajeto fistuloso deve ser utilizada de rotina.
- e) A recidiva da fístula vésico-vaginal após um primeiro tratamento é pouco frequente.

**40** Assinale a afirmativa INCORRETA:

- a) São contraindicações para o uso dos inibidores da fosfodiesterase 5 (PDE5): o uso concomitante de nitritos e nitratos, arritmia cardíaca não controlada, insuficiência cardíaca grau 5.
- b) A principal causa de disfunção erétil é a vascular, incidindo em 40% dos portadores dessa patologia.
- c) A irrigação arterial dos corpos cavernosos é feita pela artéria cavernosa, ramo da artéria pudenda que provém da artéria ilíaca interna.
- d) O estado flácido do pênis em repouso é resultado da manutenção da contração do músculo liso cavernoso determinada pelo sistema nervoso parassimpático.
- e) O Diabetes Mellitus pode contribuir para a gênese da disfunção erétil, tanto pela arteriopatia como pela neuropatia diabética.





## Concurso de Residência Médica – 2013

### GABARITO-RASCUNHO

01		11		21		31	
02		12		22		32	
03		13		23		33	
04		14		24		34	
05		15		25		35	
06		16		26		36	
07		17		27		37	
08		18		28		38	
09		19		29		39	
10		20		30		40	

#### Identificação obrigatória

Nome do candidato: \_\_\_\_\_