



## **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

*Não deixe de preencher as informações a seguir:*

*Nome*

||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| |||

## *Nº de Identidade*

### *Órgão Expedidor*

*UF*

### *Nº de Inscrição*

The image shows four separate groups of vertical tick marks on a horizontal baseline. Each group consists of five tick marks of equal height and width, spaced evenly apart. The first three groups are aligned horizontally, while the fourth group is positioned slightly to the right of the others.

# **GRUPO 31**

## **ESPECIALIDADE COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA PEDIÁTRICA (CIRURGIA PEDIÁTRICA)**

## **PREZADO CANDIDATO**

- Você está recebendo o seu Caderno de Prova Escrita, contendo 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada. Verificar se o GRUPO/PROGRAMA impressos se referem àqueles de sua opção no ato da inscrição.
  - Se encontrar alguma informação em desacordo, incompleta ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal para ele tomar as providências necessárias. Caso não seja atendido em sua reivindicação, solicite que seja chamado o Chefe de Prédio.
  - Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Ótica. Verifique, também, se o Número de Inscrição e o Grupo/Programa impressos estão de acordo com sua opção.
  - As marcações das suas respostas no Cartão-Resposta devem ser realizadas mediante o preenchimento total das bolhas correspondentes a cada número da questão e da letra da alternativa. Utilize, para isso, caneta esferográfica na cor azul ou preta.
  - Se for necessária a utilização do sanitário, você deverá solicitar permissão ao fiscal de sala que designará um fiscal volante para acompanhá-lo no deslocamento, devendo permanecer em silêncio, durante todo o percurso, podendo, antes de entrar no sanitário e depois da utilização deste, ser submetido à revista (com ou sem detector de metais). Caso, nesse momento, seja detectada qualquer irregularidade ou porte de qualquer tipo de equipamento eletrônico, serão tomadas providências de acordo com o estabelecido no Edital do Concurso.
  - Ao terminar sua Prova e preenchido o Cartão-Resposta, desde que no horário estabelecido para deixar o recinto de Prova, entregue o Cartão-Resposta ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.

**BOA SORTE!**

**01. Em relação aos defeitos originários dos remanescentes branquiais podemos afirmar, EXCETO, que**

- A) o coloboma auris, remanescente do 1º arco branquial, tem seus trajetos externos na região pré-auricular e tem grande chance de surgimento em outros familiares
- B) o cisto do ducto tireoglosso é um dos remanescentes branquiais mais frequentes, cujos pacientes apresentam infecções de repetição, podendo na vida adulta desenvolverem carcinomas, e na sua ressecção é essencial a ressecção da porção medial do osso hioide para reduzir chances de recidivas
- C) os remanescentes branquiais dos 3º e 4º arcos branquiais têm seus trajetos próximos ao seio piriforme, podendo desenvolver divertículo do seio piriforme
- D) diante de um achado de um carcinoma de origem células branquiais, não se faz necessário correlacionar o achado histopatológico com seu trajeto embrionário, nem ter seguimento prolongado do paciente como em neoplasias de outras origens, para que seja necessário detectar neoplasia de outra linhagem celular, já que o achado por si é definitivo para fechar o diagnóstico e o tratamento cirúrgico curativo.
- E) os remanescentes branquiais podem surgir desde a região pré-auricular até a região cervical inferior, próxima ao esterno e, em casos de cisto do ducto tireoglosso, faz-se necessário realizar USG cervical para afastar tireoide ectópica, antes da ressecção cirúrgica, pois pode ser o único tecido tireoidiano existente.

**02. Em relação às massas cervicais de origem linfática e vascular podemos afirmar, EXCETO, que**

- A) os Linfangiomas são lesões linfáticas benignas que atingem pequenas dimensões, não levando a riscos de compressão traqueal, nem em recém-nascidos, nem em crianças maiores.
- B) os Hemangiomas são tumores vasculares benignos de partes moles mais frequentes na criança e tem 3 fases evolutivas: Uma de crescimento rápido (fase proliferativa) até um ano de idade, depois uma de estabilidade (platô) e uma de regressão espontânea (involução) de 4 a 10 anos.
- C) Propranolol é um remodelador vascular utilizado no tratamento dos hemangiomas de grandes volumes cujo mecanismo é levar a fibroesclerose vascular com atuação no fator de crescimento vascular endotelial (VEGF) e o fator de crescimento básico de fibroblastos (bFGF) com regressão total ou quase total da lesão, sendo utilizado nos hemangiomas de grandes volumes, podendo ser utilizado em associação ao corticoide, sem deixar sequelas, evitando, com isso, cirurgias em boa parte dos pacientes.
- D) o OK-432 e bleomicina podem ser utilizados no tratamento dos linfangiomas de grandes dimensões, restando a cirurgia para os casos de lesões remanescentes.
- E) o USG Doppler e a RNM são exames ideais para o diagnóstico das lesões de origem vascular, diagnóstico diferencial e auxiliam na melhor programação terapêutica e abordagem cirúrgica.

**03. A sigla mnemônica VACTERL é usada para caracterizar algumas malformações do recém-nascido que desenvolvem as seguintes patologias cirúrgicas:**

- A) malformação vascular com desenvolvimento anormal de membros superiores e/ou inferiores.
- B) malformações vertebrais e cerebrais com subdesenvolvimento ou mesmo atrofia encefálica direita e/ou esquerda.
- C) recém-nascidos com atresia de esôfago ou anomalia anorectal com malformações vertebrais, cerebrais, renais, traqueoesofágica e de membros superiores e/ou inferiores.
- D) recém-nascidos com anomalias vertebrais, anomalia anorectal, cardíacas, traqueoesofágicas (atresia de esôfago), renais e de membros inferiores e/ou superiores.
- E) não têm significado cirúrgico no período neonatal, pois se trata de alterações decorrentes do desenvolvimento da criança e adolescente.

**04. Sobre a atresia de esôfago, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A atresia de esôfago com fistula em H pode ter diagnóstico tardio, com quadro de tosse ao alimentar-se, por vezes cianose, e um exame que pode ser feito para detecção é a broncoscopia
- B) O diagnóstico precoce na sala de parto, com a passagem da sonda de aspiração constitui um procedimento que deve ser realizado em todos os recém-nascidos, tanto para diagnóstico precoce de atresia de esôfago quanto atresia de coanas.
- C) Recém-nascido, ao sair da sala de parto, inicia quadro de sialorreia, tosse e cianose, que piora com o aleitamento materno e dispneia. Fez Raio X de tórax e abdome que evidencia condensação em 1/3 superior do pulmão direito e distensão gasosa no abdome. Este achado é condizente com atresia de esôfago com fistula distal e devemos, de imediato, passar sonda de aspiração contínua, decúbito elevado, antibioticoterapia e cirurgia mais precoce possível, dependendo das condições clínicas do RN.

- D) Na atresia de esôfago sem fístula, o RX de tórax e abdome evidencia ausência de gás em abdome. Neste caso o recém-nascido deve manter decúbito elevado, sonda de aspiração contínua, nutrição parenteral total e cirurgia precoce, a fim de restituir o trânsito intestinal o mais breve possível e alimentação precoce.
- E) Achado ultrassonográfico de polidrâmnio e câmera gástrica vazia sugerem atresia de esôfago, devendo programar o parto em um centro que disponha de cirurgião pediátrico.
- 

**05. Um recém-nascido em sala de parto, nasceu bem, com aspiração gástrica em sala de parto de mais de 20ml de resíduo gástrico. Qual significado deste achado?**

- A) Significa uma quantidade normal para o recém-nascido, pois constitui a quantidade do líquido amniótico residual em um estômago de um neonato.
- B) Trata-se de uma atresia de esôfago com fístula distal, consequentemente é o volume residual refluído pela fístula.
- C) Levanta a suspeita de uma obstrução intestinal, principalmente atresia intestinal, pois este volume residual não é comumente encontrado no aspirado gástrico, devendo fazer um Raio X de abdome precoce para afastar a hipótese diagnóstica.
- D) Sugere infecção neonatal precoce, devendo internar o RN, investigar com coleta de Hemograma, LCR pela imaturidade da barreira hematoencefálica e iniciar antibioticoterapia.
- E) Não tem significado cirúrgico, portanto podemos encaminhar o RN para o alojamento conjunto e manter aleitamento materno exclusivo.
- 

**06. Gestante com 36 semanas realiza USG neonatal que evidencia alças intestinais fora da cavidade abdominal, dentro do líquido amniótico, com boa vitalidade fetal.**

**Neste caso, qual seria a hipótese diagnóstica e conduta?**

- A) Trata-se de uma onfalocele e deve ser interrompida de imediato a gestação para evitar riscos maiores ao feto e à gestante.
- B) Trata-se de uma gastosquise e deve-se interromper de imediato a gestação, pois está associada a maiores chances de malformações cardíacas e maior mortalidade fetal.
- C) Trata-se de uma gastosquise e podemos seguir de perto, encaminhar para um centro terciário que disponha de UTI neonatal, cirurgião pediátrico e nutrição parenteral, aguardando a maturidade pulmonar fetal e início do trabalho de parto para realizar parto Cesálio e cirurgia mais precoce possível do recém-nascido, nas primeiras 4h, podendo, às vezes, até tentar a cirurgia ainda na sala de parto, com o cordão umbilical conectado à circulação útero-placentária.
- D) Trata-se de uma onfalocele e podemos seguir de perto e realizar parto transvaginal, já que as alças são recobertas por membranas e não têm risco de rotura nem contaminação.
- E) Não tem importância, uma vez que constitui alças intestinais ainda na cavidade amniótica, pois no período embrionário/fetal as alças intestinais retornam para a cavidade abdominal próxima ao término da gestação.
- 

**07. As diferenças entre onfalocele e gastosquise são todas as citadas abaixo, EXCETO:**

- A) A onfalocele é recoberta por membrana, por isso tem menos patologias associadas.
- B) A gastosquise é um defeito para-umbilical direito, sem membrana revestida, com alças expostas, edemaciadas, e as alterações são mais intestinais, dentre elas atresia de intestino, com a parede abdominal bem desenvolvida.
- C) A onfalocele é um defeito transumbilical com a membrana (geleia) umbilical íntegra e associada a malformações, como cardíacas e Pentalogia de Cantrel.
- D) A gastosquise deve ser corrigida nas primeiras horas de vida, com correção primária ou com silo, algumas vezes em sala de parto, enquanto a onfalocele, por ter dimensões maiores e hipoplasia de parede abdominal, dificulta o fechamento primário, sendo submetido a tratamento estadiado e formação de hérnia ventral com correção tardia.
- E) A onfalocele pode estar associada à Síndrome de Beckwith Wiedemann, trissomia do 13 (síndrome de Patau), 18 (síndrome de Edwards) e 21 (síndrome de Down).
- 

**08. Uma gestante entra em trabalho de parto prematuro, em torno de 36 semanas, com pré-natal irregular e, na maternidade, evidenciou poli-hidrâmnio. RN nasce com Apgar 9 e 10, sem anormalidades aparentes e no Alojamento Conjunto apresenta vômitos biliosos, ao exame evidencia abdome pouco distendido e flácido, ânus pérveo. A Neonatologista deixa o RN com dieta zero, passa SNG com conteúdo bilioso e solicita Raio X de abdome que evidencia tripla bolha gasosa no abdome superior. Dentro dos achados, qual o diagnóstico mais provável?**

- A) Megacôlon Congênito
- B) Má Rotação Intestinal
- C) Atresia Duodenal
- D) Atresia Jejunal proximal
- E) Atresia Ileal distal
-

**09. Recém-nascido a termo, nasceu de parto normal, sem alterações evidentes ao exame físico, tendo alta precoce. Ao chegar ao domicílio, inicia quadro de distensão abdominal, seguido de vômitos e ausência de evacuações desde o nascimento. A mãe retorna no 3º dia de vida a um serviço de urgência; ao exame apresenta distensão abdominal difusa, timpanismo, sendo passada uma sonda retal, tendo havido eliminação explosiva de fezes.**

**Dentro deste quadro, qual o principal diagnóstico e o exame complementar para elucidar o diagnóstico e a conduta?**

- A) Atresia de Duodeno, devendo ser solicitado Rx de abdome, jejum, SNG aberta e cirurgia após estabilização.
- B) Megacôlon Congênito, devendo ser solicitado Rx de abdome, jejum, SNG aberta, antibioticoterapia, hidratação, irrigação retal para alívio da distensão, caso distensão muito acentuada, e reduzir chance de enterocolite e Enema Opaco para definir melhor estratégia cirúrgica.
- C) Malformação Anorrectal com fistula perineal, devendo manter jejum, SNG aberta, antibioticoterapia, Enema Opaco e cirurgia quando houver estabilização do RN.
- D) Má rotação intestinal, devendo ser solicitado USG de abdome total, jejum, SNG aberta, hidratação e cirurgia precoce para evitar volvo e necrose de intestino.
- E) Alergia à proteína do leite, devendo manter dieta com leite de soja, hidratação, Rx de tórax e abdome para afastar pneumonia e Ileus infeccioso e manter tratamento clínico com alta e com acompanhamento com gastropediatra.

**10. Em relação à atresia de intestino podemos afirmar, EXCETO, que**

- A) o Raio X de abdome na sua maioria é suficiente para o diagnóstico e conduta.
- B) necessitamos realizar Raio X contrastado em todos os casos, a fim de definir o segmento acometido e melhor estratégia cirúrgica.
- C) Sinal da dupla bolha ao Raio X de abdome sugere atresia de duodeno e é suficiente na maioria das vezes para indicação cirúrgica.
- D) As atresias jejunooileais são mais frequentes que as atresias retais e apresentam menos malformações associadas que as atresias duodenais.
- E) As atresias de intestino, sobretudo na apresentação de apple peel, podem ter múltiplas atresias e necessitar de transplante de intestino por síndrome do intestino curto.

**11. RN em sala de parto apresentou desconforto respiratório e foi encaminhado para UTI neonatal. Na admissão apresentava desconforto respiratório, cianose discreta e SO<sub>2</sub> 90%. Fez RX de tórax com o seguinte achado radiológico:**



**Diante deste achado, assinale a alternativa que indica o diagnóstico e a melhor conduta.**

- A) Pneumonia com pneumatocele, sendo indicado antibiótico e drenagem torácica.
- B) Obstrução gástrica, sendo indicado jejum, SNG aberta e cirurgia corretiva.
- C) Hérnia de Morgagni, sendo indicado cirurgia de imediato.
- D) Hérnia de Bochdalek, sendo indicado dieta zero, SNG aberta e cirurgia, assim que houver estabilização da oxigenação do RN, podendo permitir hipercapnia.
- E) Doença adenomatoide cística do pulmão, sendo indicado cirurgia de imediato.

**12. RN com 45 dias de vida, nascido de parto normal, a termo, evolui com quadro de icterícia há 30 dias, seguido de colúria e acolia fecal. Ao exame, apresenta icterícia leve, fígado firme, há 3 cm abaixo do RCD e baço não palpável. Diante deste achado, qual a hipótese diagnóstica e os exames a serem solicitados?**

- A) Trata-se de icterícia fisiológica do período neonatal, sendo indicado banho de sol, para redução da icterícia.
- B) Trata-se de suspeita de atresia de vias biliares, devendo internar esta criança, com investigação o mais rápido possível, dentro de 5 dias, com USG, exames laboratoriais, biópsia e indicar cirurgia, assim que a biópsia tenha saído, devendo ser feita em serviço especializado para que não demore o diagnóstico e sejam obtidos melhores resultados.

- C) Trata-se de um tumor hepático, sendo mais provável hepatoblastoma comprimindo vias biliares, devendo ser internado e investigado o mais rápido possível com USG, Alfafetoproteína, Tomografia e/ou ressonância para programação cirúrgica, com hepatectomia do lobo acometido.
- D) Trata-se de Erro Inato do Metabolismo, sendo indicado USG, bioquímica, biópsia e transplante hepático antes do desenvolvimento de cirrose hepática.
- E) Quadro de sepse, com hepatite transinfecciosa, devendo realizar bioquímica, Hemograma, PCR e antibioticoterapia o mais rápido possível para evitar uma evolução para choque séptico e óbito.
- 

**13. Em relação ao quadro anterior, quais achados histopatológicos e ultrassonográficos podem ser evidenciados?**

- A) O achado histopatológico de rarefação dos ductos biliares intrahepáticos e ultrassonográfico de hipoplasia de vesícula biliar.
- B) O achado de transformação gigantocelular dos hepatócitos, com preservação da arquitetura hepática e dos ductos biliares e achado ultrassonográfico de dilatação das vias biliares.
- C) O achado de proliferação ductular de vias biliares e plugs biliares intrahepáticos, fibrose de grau variado e achado ultrassonográfico de hipoplasia de vesícula biliar, sem evidencia do hepatocoléodo e sinal da corda triangular (cordão hiperrefringente no porta hepatis em forma triangular).
- D) O achado histopatológico de Transformação gigantocelular dos hepatócitos, com preservação da arquitetura hepática, ductos biliares em casca de cebola e ultrassonográfico de vias biliares intra e extra-hepática normais.
- E) O achado histopatológico de infiltrado inflamatório de plasmócitos e eosinófilos, com pontes fibrosas porta-porta e fibrose de grau variado e ultrassonográfico de dilatação de vias biliares intra e extra-hepática.
- 

**14. Assinale a alternativa que indica o tratamento ideal em relação à patologia da questão anterior.**

- A) Tratamento conservador com banho de luz até regressão total da icterícia.
- B) Anastomose biliodigestiva em "Y" de Roux com anastomose biliar ampla no coléodo dilatado para melhor drenagem.
- C) Portoenterostomia a Kasai, que deve ser feita precocemente, antes da 8ª semana de vida.
- D) O sucesso no tratamento cirúrgico é diretamente proporcional ao tempo cirúrgico, ou seja, quanto mais tardio o tratamento cirúrgico, maior o sucesso no resultado pós-operatório.
- E) O tratamento cirúrgico ideal é o transplante hepático precoce, antes da 8ª semana de vida.
- 

**15. O cisto de coléodo é uma dilatação cística da via biliar decorrente de uma junção anômala do ducto pancreático principal e coléodo (Teoria de Babbitt), com refluxo de enzimas pancreáticas levando à destruição gradativa da parede do canal biliar e dilatação de vias biliares extra e/ou intrahepática.**

**Qual das seguintes questões NÃO é característica clínica desta patologia?**

- A) Pode desenvolver colangiocarcinoma por ação do litocolato no suco pancreático refluído para o coléodo.
- B) A Classificação de Todani foi criada de acordo com a morfologia macroscópica do cisto de coléodo, e a tipo III se apresenta como uma coledococele, podendo ser feito tratamento endoscópico.
- C) A tríade clássica consiste de dor em hipocôndrio direito, massa abdominal palpável e icterícia é encontrada em menos de 20% dos casos nos adultos e cerca de 80% nas crianças.
- D) Nos cistos de grandes volumes, aderidos a estruturas vizinhas, podemos fazer somente a ressecção da cama ântero-lateral da mucosa do cisto, deixando a póstero-inferior (procedimento de Lilly e Todani) para diminuir a chance de lesão de estruturas adjacentes, sem necessidade da anastomose biliodigestiva.
- E) Pacientes que evoluem com colangite de repetição no futuro são fortes candidatos ao transplante hepático, por isso devem ser seguidos por longo prazo.
- 

**16. O hepatoblastoma é o tumor maligno do fígado mais frequente na criança. Diante de uma criança com esta neoplasia, qual tratamento e conduta ideais?**

- A) Hepatectomia de imediato no intuito de reduzir tecido neoplásico, pois se trata de um tumor altamente agressivo e não possui boa resposta à quimioterapia.
- B) Nos tumores Pré-Text 3 (1 setor livre de tumor) e 4 (nenhum setor livre de tumor), encaminhar a um centro transplantador e quimioterapia pré-operatória para avaliar ressecabilidade ou transplante hepático com doador intervivos pronto.
- C) Não precisamos realizar biópsia pré-tratamento, pois o achado de imagem é o suficiente para o diagnóstico, e o anatomo-patológico é sempre controverso.
- D) No achado de imagem de tumores maiores de 5 cm ou 3 nódulos maiores de 3cm, devemos indicar o transplante hepático.
- E) É o tipo de tumor que não possui marcador tumoral para diagnóstico nem segmento.
-

**17. Uma mãe leva seu filho a uma consulta com um cirurgião pediátrico com queixa de Linfonodomegalia cervical há 3 meses. Ao exame físico, foram evidenciados vários linfonodos de tamanhos variados, alguns de até 3cm, endurecidos, pouco móveis.**

**As seguintes condutas podem ser tomadas, EXCETO:**

- A) Conduta expectante, orientar à mãe para acompanhamento com a pediatria, já que se trata de linfonodos reacionais, próprios da faixa etária. Caso persista por mais 2 meses, deveremos ressecar todos os linfonodos palpáveis para cura cirúrgica.
  - B) Solicitar Sorologias para Citomegalovírus, Epstein Barr, DHL, PPD, Hemograma e PCR para afastar doenças infecciosas concomitante com avaliação da oncologia.
  - C) Indicar biópsia do linfonodo, pois se trata de um linfonodo de período de evolução prolongado e com característica de malignidade.
  - D) Solicitar Mielograma.
  - E) Solicitar Tomografia de tórax e abdome para estadiamento.
- 

**18. O estádio 4-S do neuroblastoma infantil corresponde a**

- A) Neuroblastoma em crianças maiores de 2 anos de idade, com envolvimento do sistema nervoso central.
  - B) Neuroblastoma em crianças menores de 1 ano de idade, com tumores hepáticos, invasão medular e nódulos subcutâneos.
  - C) Neuroblastoma em crianças especiais (S de special em inglês), como crianças com Autismo, Síndrome de Down e outros sindromáticos.
  - D) Neuroblastoma metastático, em múltiplos segmentos, independente da faixa etária.
  - E) Neuroblastoma solitário, em região não comumente encontrada, como adrenais, raízes nervosas do retroperitônio ou torácicos.
- 

**19. Lactente de 6 meses deu entrada na emergência pediátrica com relato da mãe de que acha que o filho está tendo dor abdominal tipo cólica há 24 horas, pois tem períodos de choro forte, associado a tremores de perna e mãos, com duração rápida, associada a períodos de acalmia. Nos intervalos calmos, a criança dorme e depois acorda com os mesmos sintomas. Nas últimas 2 horas, iniciou evacuações sanguinolentas.**

**Diante deste quadro, assinale a alternativa que indica a hipótese e melhor conduta.**

- A) Gastroenterite. Devemos encaminhar ao pediatra para hidratação, Raio X de abdome e antibioticoterapia.
  - B) Sepses por meningite, devendo iniciar antibioticoterapia, solicitar LCR e hemograma e acompanhamento com pediatra.
  - C) Invaginação intestinal, devendo solicitar Ultrassonografia para confirmar e melhor tratamento.
  - D) Volvo de intestino médio, devendo hidratar, antibiótico e cirurgia de urgência.
  - E) Pólipo retal, devendo indicar colonoscopia com ressecção do pólipo.
- 

**20. Diante do quadro anterior, quais achados prováveis podemos encontrar nos exames complementares?**

- A) Raio X de abdome com grande distensão de alças e pneumatose intestinal, por vezes até pneumoporta e pneumoperitônio.
  - B) Enema Opaco com imagem de microcolo e em serrilhado.
  - C) USG de abdome com imagem em alvo, em sanduíche ou em pseudorrim.
  - D) USG com inversão da artéria mesentérica superior em relação à veia mesentérica.
  - E) Colonoscopia com achado de mucosa intestinal friável, com pólipo retal sangrante e/ou divertículo de cólon.
- 

**21. Recém-nascido a termo, de parto normal, Apgar 9/10, sem alterações ao exame físico, tem um diagnóstico pré-natal de hidronefrose fetal moderada, na 36<sup>a</sup> semana de gestação. Diante do achado, o Neonatologista solicitou a avaliação de um cirurgião pediátrico no berçário, prontamente foi visto com 9h de vida.**

**Qual melhor conduta a ser feita?**

- A) Indicar cirurgia de imediato para salvar esse rim, pela possibilidade de deterioração da função renal.
  - B) Solicitar Ureia e Creatinina de imediato para avaliar função renal e USG de vias urinárias antes das 24h de vida.
  - C) Aguardar após 24h-48h de vida para solicitar ureia e creatinina e USG, pois, antes deste período, pode repercutir a ureia e creatinina materna e estar no período de desidratação fisiológica.
  - D) Realizar Cintilografia renal e Uretrocistografia miccional para definir abordagem cirúrgica ainda no berçário.
  - E) Realizar Nefrostomia percutânea e repetir USG 24h após o procedimento para avaliar correta posição do cateter e grau de redução da hidronefrose e melhora do parênquima renal para definir nefrectomia ou plastia.
-

**22.** Uma criança de 2 anos foi admitida na emergência pediátrica por quadro de pneumonia, e imagem radiológica foi sugestiva de malformação pulmonar congênita. A pediatra solicitou uma Tomografia computadorizada com contraste que evidenciou uma artéria anômala desta lesão para a aorta abdominal.

Diante deste achado, poderemos sugerir que se trata de

- A) Doença Adenomatoide Cística.
  - B) Enfisema Lobar Congênito.
  - C) Sequestro Pulmonar.
  - D) Hérnia Diafragmática.
  - E) Cisto Broncogênico.
- 

**23.** Menor de 5 anos de idade deu entrada no serviço com quadro de Pneumonia com Empiema Pleural Volumoso, sendo submetido à Drenagem Pleural com melhora parcial da expansibilidade pulmonar após o 6º dia de drenagem. Tomografia detecta ainda empiema residual moderado, múltiplas traves fibrosas e expansibilidade pulmonar parcial e áreas de pneumatocele. Está em uso de Antibioticoterapia.

Diante deste quadro, seria indicado:

- A) manter drenagem pleural e antibiótico por longo período.
  - B) toracoscopia com limpeza pulmonar, desbritamento e reposicionamento do dreno.
  - C) colocar um segundo dreno para melhor expansibilidade e manter antibiótico.
  - D) drenagem pleural aberta para melhor mobilidade da criança e expansibilidade pulmonar.
  - E) toracotomia exploradora e decorticação pulmonar com pleurostomia para melhor expansibilidade pulmonar.
- 

**24.** Os tumores sólidos na criança, em sua maioria, possuem boa resposta à quimioterapia, restando ao cirurgião a ressecção do tumor residual após quimioterapia. Dentre os tumores abaixo, um deles se destaca por ter mais de 90% de chance de cura apenas com quimioterapia, sem necessidade de ressecção, tendo o cirurgião o papel apenas de retirar material para amostragem e o patologista determinar a linhagem celular, sem a necessidade de ressecção. Assinale a alternativa que indica esse tumor.

- A) Linfoma de Burkitt
  - B) Hepatoblastoma
  - C) Tumor de Wilms
  - D) Neuroblastoma de Adrenal
  - E) Rabdomiossarcoma
- 

**25. A hérnia inguinal na criança difere da do adulto pelo seguinte motivo:**

- A) tem possibilidade de fechamento espontâneo até os 2 anos de idade, sendo expectante.
  - B) constitui hérnia direta, por falha da parede do assoalho inguinal.
  - C) constitui hérnia indireta, por persistência do conduto peritônio vaginal.
  - D) a cirurgia, por ter falha no assoalho inguinal, necessita da utilização de tela.
  - E) o tratamento de uma hérnia estrangulada, irá depender do tempo de evolução, sendo optado redução manual e alta para agendamento ambulatorial, sobretudo nas hérnias com tempo maiores de 48h de evolução.
- 

**26. O cisto de Nuck consiste em**

- A) cisto de cordão espermático no menino, por persistência do conduto peritônio vaginal e é cirúrgico.
  - B) cisto sinovial em falange do pé e é cirúrgico.
  - C) cisto do Conduto Inguinal, por persistência do conduto peritônio vaginal na menina e é de tratamento conservador.
  - D) cisto do período ovulatório na menina e é cirúrgico.
  - E) cisto mesentérico na criança e é cirúrgico.
- 

**27. As duas complicações mais frequentes do divertículo de Meckel na criança são:**

- A) Diverticulite e Obstrução Intestinal.
  - B) Hemorragia e Diverticulite.
  - C) Hemorragia e Obstrução Intestinal.
  - D) Neoplasia Maligna e Volvo Intestinal.
  - E) Diverticulite e Hemorragia.
-

**28. Os Critérios de Alvarado foram realizados para facilitar o diagnóstico de apendicite aguda. Os seguintes achados estão inclusos nos critérios de pontuação, EXCETO:**

- A) Leucocitose
  - B) Descompressão brusca em FID
  - C) Dor de caráter migratório para a FID
  - D) Pontuação de 6, com indicação cirúrgica
  - E) Febre, Anorexia e Vômitos
- 

**29. Em relação ao trauma abdominal fechado, a conduta menos provável é a seguinte:**

- A) A tomografia constitui padrão ouro no trauma abdominal.
  - B) O USG constitui padrão ouro no Trauma Abdominal, estadia e pode ser utilizado como orientação para cirurgia.
  - C) Na criança com lesões de vísceras maciças, optamos por realizar tratamento expectante, pois, em sua maioria, resolve espontaneamente.
  - D) Lesões grau 4, de hilo esplênico e renal, com extravasamento de contraste no exame tomográfico, provavelmente poderão necessitar de intervenção cirúrgica.
  - E) Líquido livre na cavidade, sem sinais de lesão de vísceras maciças na tomografia pode ser decorrente de perfuração de alça e necessitar de cirurgia.
- 

**30. Sobre a cintilografia renal com DMSA e DTPA na hidronefrose da criança, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Tem por objetivo avaliar função renal bilateral, parte funcional dos nefros pelo DMSA e parte excretora pelo DTPA que, juntamente com estímulo de diurético vai avaliar também acúmulo ou eliminação do contraste.
  - B) Função Renal com DMSA menor que 15% em crianças menores de 1 ano de idade é indicativo de drenagem (nefrostomia) percutânea e repetir novo exame após um período, para avaliar melhora da função e cirurgia corretiva.
  - C) Função renal com DMSA menor que 15% em criança de 12 anos é indicação de nefrectomia, principalmente se criança com ITU de repetição.
  - D) O acúmulo de contraste gradativo no ureter proximal com DTPA, após estímulo de diurético, é indicativo de estenose de JUP.
  - E) É um método ruim para avaliar função renal e excreção renal, de difícil interpretação e não auxilia na tomada de decisões.
- 

**31. Entende-se por Hérnia de Amyand:**

- A) Hérnia epigástrica com a gordura pré-peritoneal encarcerada.
  - B) Hérnia Ventral após epitelização do cordão umbilical em grandes onfaloceles.
  - C) Hérnia Inguinal com divertículo de Meckel encarcerado no conteúdo.
  - D) Hérnia Interna com volvo intestinal.
  - E) Hérnia inguinal com apêndice vermiciforme encarcerado.
- 

**32. Qual achado ultrassonográfico e tomográfico NÃO é sugestivo de volvo do intestino médio?**

- A) Inversão da relação entre a artéria mesentérica superior e veia mesentérica inferior, com a veia à esquerda e artéria à direita.
  - B) Duodeno e jejuno em forma de saca-rolhas e sinal do redemoinho.
  - C) Cólón direito medializado ou lateralizado para esquerda e artéria MS à direita.
  - D) Redução ou ausência do desenvolvimento do processo uncinado do pâncreas.
  - E) Junção duodeno-jejunal na linha média e acima do nível do bulbo-duodenal.
- 

**33. Menor pré-escolar com enterorragia importante, sem hematêmese nem vômitos e queda da hemoglobina para 5. É importante realizar o exame seguinte para definir qual patologia?**

- A) Cintilografia com tecnécio para afastar pólipos retais.
  - B) Colonoscopia para afastar invaginação intestinal.
  - C) Ultrassonografia para afastar volvo gástrico.
  - D) Cintilografia com tecnécio para afastar divertículo de Meckel.
  - E) Endoscopia Digestiva alta para afastar úlcera péptica.
-

**34. Na suspeita de enterocolite necrotizante do recém-nascido prematuro, alguns sinais clínicos e radiológico podem sugerir tratamento cirúrgico, EXCETO:**

- A) Massa palpável em algum quadrante do abdome.
  - B) Raio X seriado com achado de pneumoporta e pneumatose intestinal.
  - C) Raio X seriado com alça fixa.
  - D) Hiperemia de parede abdominal e Peri-umbilical.
  - E) Punção abdominal com líquido achocolatado.
- 

**35. Lactente com 15 dias de vida, primeiro filho, sexo masculino, é admitido na emergência com quadro de vômitos alimentares em jato e tumoração palpável em epigástrico/hipocôndrio direito.**

**Qual hipótese diagnóstica e exame a ser feito?**

- A) Invaginção Intestinal, e Ultrassonografia elucida o diagnóstico.
  - B) Estenose Hipertrófica de piloro, e Ultrassonografia elucida o diagnóstico.
  - C) Volvo Gástrico, e Raio X de abdome nos traz subsídio diagnóstico,
  - D) Obstrução duodenal, e Raio X elucida o diagnóstico.
  - E) Má rotação. A Ultrassonografia e o Raio X contrastado elucidam o diagnóstico.
- 

**36. Diante da sua hipótese diagnóstica no caso anterior, quais os prováveis achados no exame de imagem?**

- A) USG com canal pilórico alongado, de 20mm, estreito, de 5mm e musculatura pilórica espessada de 16mm.
  - B) Raio X contraste com sinal da taça invertida e em casca de cebola.
  - C) Raio X simples com dupla bolha.
  - D) Raio X de abdome com grande bolha gástrica rechaçando o diafragma superiormente e imagem do baço arredondado, imagem em grão de café.
  - E) USG com imagem em alvo e pseudorrim no corte transversal e em sanduíche no corte longitudinal.
- 

**37. Um lactente de 6 meses nasceu de parto pré-maturo e a genitora leva ao consultório porque não palpa o testículo direito na bolsa escrotal e tem tumoração inguinal ipsilateral.**

**Qual hipótese diagnóstica e condução do quadro?**

- A) Criptorquidia e acompanhamento até 1 ano de idade, pois pode descer espontâneo e operar antes dos 2 anos para reduzir chance de transformação maligna.
  - B) Criptorquidia e indicar cirurgia de imediato, pois são testículos com chance de desenvolver neoplasia e maior chance de torção testicular, não descendo após 6 meses de vida.
  - C) Agenesia Testicular e orientar os pais a fazer acompanhamento com pediatria clínica, pois o outro testículo irá hipertrofiar e fazer a função do testículo ausente.
  - D) Atrofia testicular e indicar orquiectomia de imediato pela chance de o testículo atrófico desenvolver neoplasia.
  - E) Atrofia testicular e indicar orquidopexia imediata para dar chance do testículo desenvolver-se e ter sua função produtiva no futuro.
- 

**38. Os seguintes sinais clínicos são de valor no diagnóstico de torção testicular, EXCETO:**

- |                                 |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|
| A) Sinal de Prehn positivo      | D) Escala Puberal de Tanner |
| B) Sinal de Angel positivo      | E) Score de Twist           |
| C) Reflexo Cremastérico ausente |                             |
- 

**39. Nos tumores de ovário, os seguintes marcadores podem estar correlacionados aos respectivos tumores ovarianos, EXCETO:**

- A) Alfafetoproteína alterada e carcinoma embrionário
  - B) Beta-HCG alterada e germinoma
  - C) Beta-CHG alterada e coriocarcinoma
  - D) Alfafetoproteína alterada e tumor de seio endodérmico
  - E) Beta-HCG alterada e carcinoma embrionário
-

**40. Diante de uma criança com Genitália ambígua, devemos conduzir as seguintes ações, EXCETO:**

- A) Explicar aos pais sobre a situação, sem definir gênero da criança, como ele ou ela. Solicitar USG pélvico, dosagem de 17-OH-progesterona, 17-OH pregnenolona, Dehidroepiandrosterona, Testosterona, 11-desoxicortisol e cortisol.
  - B) Genitografia para avaliar distância do seio urogenital para avaliar correção em um ou dois tempos.
  - C) Criança 46-XX, com esteroides elevados sugere hiperplasia congênita de adrenal.
  - D) Independente do tipo de Genitália ambígua, o essencial é registrar a criança em cartório para evitar estigmas e problemas psicosociais no futuro.
  - E) A correção da genitália ambígua na hiperplasia congênita de adrenal, 46-XX deve ser feita, de preferência para o sexo feminino.
- 

**41. Criança sofre queda de bicicleta há 2 semanas e chega à emergência com dor em abdome superior, vômitos e hipocorado (++/4) e marca do guidão em região epigástrica. Exames laboratoriais e de imagem evidenciam amilase 415, lipase 830, Hb 10,1, Ht 28,3; Enzimas hepáticas com alterações leves e USG com tumoração cística em região epigástrica de 200ml.****Qual o provável diagnóstico e a conduta?**

- A) Hematoma de abdome superior, em parede gástrica, e a conduta é expectante.
  - B) Hematoma de abdome superior, de parede duodenal, comprimindo o pâncreas, e a conduta é cirúrgica.
  - C) Pseudocisto de pâncreas, e a conduta é cirúrgica.
  - D) Pseudocisto de pâncreas, e a conduta é esperar 6 semanas para a parede ter mais de 6mm e realizar drenagem endoscópica para o estômago, se não regredir.
  - E) Trauma de colédoco com formação de biloma, e a conduta é drenagem percutânea, guiada por tomografia.
- 

**42. A cirurgia de Mondragon foi idealizada com o objetivo de abaixamento retal na seguinte patologia consistindo em**

- A) abaixamento de reto por via abdominoperineal em crianças portadoras de Megacôlon congênito em maiores de 5 anos.
  - B) abaixamento de reto por via endoanal exclusiva em crianças menores de 1 ano de idade e formas clássicas de megacôlon congênito.
  - C) abaixamento de reto em crianças portadoras de malformação anorrectal alta e consiste em abaixamento por via perineal.
  - D) abaixamento de reto em crianças portadoras de malformação anorrectal baixa e consiste em abaixamento do reto por via abdominoperineal.
  - E) anorrectoplastia sagital posterior em crianças com malformação anorrectal alta com fístula retovesical.
- 

**43. Qual o achado clássico do anatomo-patológico de uma criança com constipação crônica sugestiva de megacôlon congênito?**

- A) Ausência de células ganglionares e hipertrofia de filetes nervosos
  - B) Redução do número de células ganglionares com filetes nervosos sem alterações
  - C) Células ganglionares normais com filetes nervosos hipertrofiados
  - D) Células ganglionares e filetes nervosos normais com aumento da atividade da acetilcolinesterase
  - E) Redução de células ganglionares e de filetes nervosos, com distribuição irregular das fibras nervosas e atividade da acetilcolinesterase normal
- 

**44. Menor de 5 anos, filho de pais separados, admitido na emergência pediátrica com quadro de constipação desde os 2 anos de idade, perda insensível das fezes, sujando a cueca e períodos de 5 a 10 dias sem evacuar. Genitora disse que não trouxe antes por dificuldade de se afastar do trabalho. Nega retardo na eliminação de meconíio.****Qual hipótese diagnóstica e conduta diagnóstica?**

- A) Megacôlon congênito, devendo orientar lavagem intestinal, se mais de 2 dias sem evacuar e dieta laxante.
  - B) Constipação funcional, devendo orientar lavagem intestinal; se mais de 2 dias sem evacuar, dieta laxante e acompanhamento com gastropediatra.
  - C) Megacôlon congênito, devendo orientar enema opaco e biópsia retal.
  - D) Constipação funcional, devendo orientar enema opaco e biópsia retal.
  - E) Malformação anorrectal com fístula perineal (estenose anal), devendo orientar lavagem retal e dieta laxante.
-

**45. Lactente de 1 mês apresenta quadro irregular de evacuações desde o período neonatal, passa alguns dias sem evacuar, com distensão vômitos, seguido de diarreia, com alívio da distensão. Refere retardo na eliminação de meconíio, somente após o 4º dia de vida. Realizou Enema opaco que evidenciou sinal de “ponto de interrogação”. Diante deste achado, qual o diagnóstico provável?**

- A) Megacôlon congênito forma clássica, retossigmaide
  - B) Megacôlon congênito forma ultracurta
  - C) Megacôlon congênito, com aganglionase cólica total
  - D) Malformação anorrectal com fistula vestibular
  - E) Malformação anorrectal com fistula perineal
- 

**46. RN com 5 dias de vida é admitido na emergência com dificuldade para urinar, globo vesical palpável e acidose metabólica, com função renal alterada. Diante deste quadro, qual a hipótese diagnóstica?**

- A) Válvula de uretra posterior, devendo realizar USG, uretrocistografia, se urocultura negativa e vesicostomia, enquanto não consegue fulguração da válvula.
  - B) Refluxo vesico-ureteral, devendo realizar uretrocistografia e tratamento conservador, pois se resolve espontaneamente.
  - C) Tumor de bexiga, devendo realizar tomografia e biópsia para estadiamento e início da quimioterapia.
  - D) Teratoma sacrocígeo com compressão vesical, devendo indicar cirurgia de urgência para ressecção e quimioterapia.
  - E) Bexiga neurogênica com meningomielocele oculta, devendo solicitar avaliação da neurocirurgia para cirurgia e descompressão da bexiga.
- 

**47. Dentre as patologias ambulatoriais na criança, existem duas de tratamento expectante até os 2 anos de idade por terem chance de resolução espontânea. São elas:**

- A) Hérnia Inguinal e Fimose
  - B) Hérnia Umbilical e Fimose
  - C) Hérnia Umbilical e Hérnia Inguinal
  - D) Hérnia Epigástrica e Hérnia Inguinal
  - E) Hérnia Epigástrica e Fimose
- 

**48. A Síndrome Heterotáxica é caracterizada por algumas alterações e patologias associadas, EXCETO:**

- A) Poliesplenia, má rotação intestinal, agenesia parcial da cava, veia porta pré-duodenal
  - B) Atresia de vias biliares e agenesia de corpo e cauda de pâncreas
  - C) Cardiopatias Congênitas associadas
  - D) Pode ter a forma asplênica
  - E) Malformação anorrectal e atresia de esôfago
- 

**49. Uma genitora vai ao ambulatório de cirurgia com seu filho de 3 meses por apresentar aumento de volume de bolsa escrotal desde o nascimento, sem mudança com o esforço. Ao exame físico, foi evidenciado aumento de volume de bolsa escrotal, translúcida à luz, sem espessamento do conduto inguinal ipsi-lateral.**

**Diante do achado, qual o possível diagnóstico?**

- A) Hidrocele congênita e expectar até o período de 6 a 9 meses, pois pode ter resolução espontânea.
  - B) Hidrocele comunicante e de indicação cirúrgica.
  - C) Hérnia inguino-escrotal encarcerada, e o tratamento é cirúrgico.
  - D) Tumor testicular e solicitar marcadores tumorais, USG testicular para estadiamento e orquiectomia.
  - E) Varicocele, e o tratamento é videolaparoscopia.
- 

**50. Uma criança de 3 anos é atendida, pois a mãe não palpa os testículos na bolsa escrotal. O exame confirma testículos não palpáveis nem na região inguinal nem na bolsa escrotal. Diante deste quadro, qual a melhor conduta?**

- A) Tratamento conservador, já que o testículo não desce (criptorquidia) pode descer até os 5 anos de idade.
  - B) Trata-se de agenesia testicular bilateral e não tem indicação cirúrgica, apenas orientar a genitora para colocar prótese testicular na adolescência.
  - C) Trata-se de criptorquidia abdominal, e o tratamento ideal é a videolaparoscopia diagnóstica com clipagem de vasos espermáticos em 1º tempo e orquidopexia em 2º tempo ou orquidopexia em 1º tempo, se o testículo descer facilmente.
  - D) Atrofia testicular bilateral, e o tratamento é estímulo hormonal seguido de orquidopexia bilateral.
  - E) Provável criptorquidia abdominal e devemos solicitar USG de abdome, já que possui uma alta sensibilidade no diagnóstico e evita um procedimento cirúrgico, caso não seja evidenciado ao exame ultrassonográfico.
-

**GRUPO 31  
ESPECIALIDADE COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA  
PEDIÁTRICA  
(CIRURGIA PEDIÁTRICA)**