

CONCURSO PÚBLICO

**CARGO 79:
TECNOLOGISTA JÚNIOR**

**ÁREA:
MEDICINA**

**ESPECIALIDADE:
UROLOGIA CIRÚRGICA**

**CADERNO DE PROVAS – PARTE II
Conhecimentos Específicos e Discursiva**

MANHÃ

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Nesta parte II do seu caderno de provas, confira atentamente se os seus dados pessoais e os dados identificadores do seu cargo transcritos acima estão corretos e coincidem com o que está registrado em sua folha de respostas e em sua folha de texto definitivo da prova discursiva. Confira também o seu nome e o nome de seu cargo em cada página numerada desta parte de seu caderno de provas. Em seguida, verifique se o seu caderno de provas (partes I e II) contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes às provas objetivas, e a prova discursiva, acompanhada de espaço para rascunho. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou quanto aos dados identificadores do seu cargo, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da **folha de respostas**, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:
A cultura é aquilo que permanece no homem quando ele já esqueceu todo o resto.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet – www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

O estudo urodinâmico é um método auxiliar bastante importante para elucidar algumas patologias urinárias. A esse respeito, julgue os itens seguintes.

- 41 Presença de válvulas cardíacas ou próteses ortopédicas, insuficiência renal, uso prévio de sonda vesical de demora, imunossupressão clínica ou medicamentosa são indicações absolutas para o uso de antibioticoprofilaxia em estudos urodinâmicos.
- 42 Os padrões de curva da urofluxometria sugerem patologias urinárias. Curva em cauda sugere obstrução infravesical, curva intermitente sugere hipocontratilidade detrusora, curva em platô sugere estreitamento uretral.
- 43 A capacidade cistométrica máxima em adultos varia entre 300 mL e 600 mL; nas crianças, utiliza-se a fórmula $(idade + 2) \times 30$.
- 44 A avaliação de obstrução infravesical pode ser realizada pela urofluxometria livre, urodinâmica não invasiva e estimativa do peso do detrusor por ultrassonografia.
- 45 A obstrução infravesical em mulheres deve ser diagnosticada pela associação de dados clínicos, radiológicos, endoscópicos e urodinâmicos, ocorrendo sempre baixo fluxo e elevada pressão detrusora.

Julgue os seguintes itens, também relativos ao estudo urodinâmico.

- 46 O número de Abrams-Griffiths é calculado pela fórmula [pressão detrusora no fluxo máximo – $(2 \times \text{fluxo máximo})$]; se o número resultante for maior do que 40, o paciente será considerado não obstruído.
- 47 O nomograma de Blaivas-Groutz foi o primeiro desenvolvido para caracterizar a obstrução infravesical nas mulheres.
- 48 As mulheres que apresentam incontinência urinária aos esforços (IUE) encontram na videourodinâmica o exame mais adequado para avaliar as causas das perdas urinárias.
- 49 As pacientes que apresentam pressão de perda do detrusor superior a 20 cmH₂O têm maior possibilidade de comprometimento funcional do trato urinário superior.
- 50 A avaliação urodinâmica não invasiva baseia-se na urofluxometria livre, no método do manguito peniano, no método do preservativo modificado e na ultrassonografia com doppler-fluxometria urodinâmica.

A IUE feminina é uma patologia prevalente, com forte impacto negativo na qualidade de vida. No que se refere a essa doença, julgue os itens de 51 a 54.

- 51 A Sociedade Internacional de Continência recomenda definir a etiologia da IUE (hipermobilidade uretral ou insuficiência esfíncteriana) com base na pressão de perda sob manobra de Valsalva.

- 52 Mulheres com história de IUE sem sintomas de bexiga hiperativa e que possuam anormalidade anatômica bem definida, hipermobilidade uretrovesical ou de parede anterior não necessitam de avaliação urodinâmica para definir seu tratamento.

- 53 Atualmente, aceita-se que a porção média da uretra, sustentada pelos ligamentos pubouretrais, seja a mais importante no mecanismo da continência urinária.

- 54 O tratamento conservador da IUE pode ser instituído por meio de mudanças comportamentais, reabilitação do assoalho pélvico, *biofeedback* e eletroestimulação, ou com dispositivos intravaginais de compressão uretral.

A respeito da técnica de *slings* para o tratamento da IUE, julgue os seguintes itens.

- 55 Os *slings* de fâscia autólogos se impõem nos casos de perda tecidual após diverticulectomia uretral, erosões de *slings* sintéticos, fraturas de bacia, erosão uretral por cateterismo crônico e fístula uretral.

- 56 Os sintomas de bexiga hiperativa e a confirmação de hiperatividade detrusora no estudo urodinâmico são fatores preditivos de insucesso ao se realizar *slings* em pacientes com IUE.

- 57 A tensão aplicada ao *slings* deve ser individualizada, pois a técnica *no tension*, se usada indiscriminadamente, levará a resultados subótimos; pacientes com pressões de perda menores que 60 cmH₂O e mobilidade uretral mínima devem ser submetidas a *slings* compressivo.

- 58 Os resultados com o *slings* transobturatório (TOT) demonstram, na análise de curto e médio prazo, índices de continência semelhantes ao do *slings* pubovaginal; perfurações vesicais não ocorrem com o TOT, e isso reforça a não realização de cistoscopias durante a cirurgia.

- 59 Caso ocorra insucesso com o TVT (*tension free vaginal tape*), uma segunda colocação da faixa deve ser feita com mudanças técnicas, pois os índices de complicação são mais elevados.

A fístula uroginecológica é causa de grande morbidade para as pacientes acometidas por essa grave doença. A respeito dessa patologia, julgue os itens de 60 a 64.

- 60 A fístula vesicovaginal (FVV) é a fístula mais comum entre os sistemas urinário e ginecológico, e sua etiologia nos países industrializados decorre, em mais de 75% dos casos, de cirurgias ginecológicas, urológicas e pélvicas.

- 61 A recorrência neoplásica deve ser sempre afastada nos casos de fístulas pós-radioterapia, mediante biópsia do trajeto fistuloso.

- 62 As FVV's pós-cirúrgicas estão associadas a lesões ureterais ou fistulas ureterovaginais em cerca de 1% dos casos; por isso, exames de imagem do trato urinário superior são indicados somente em casos selecionados.
- 63 A correção por via abdominal das FVV's está indicada em fistulas grandes e altas, fistulas pós-radioterapia, insucesso na correção transvaginal, em bexigas de baixa capacidade que necessitem de ampliação e na impossibilidade de posicionar a paciente em litotomia.
- 64 A etiologia mais comum das fistulas ureterovaginais é a lesão em cirurgias ginecológicas, sobretudo as histerectomias oncológicas complexas, tecnicamente desafiadoras.

Julgue os itens seguintes, relativos ao estudo urodinâmico.

- 65 Os sintomas miccionais de pacientes portadores de hiperplasia prostática (HPB) decorrem apenas da obstrução infravesical causada pelo aumento do volume prostático.
- 66 Em serviços de referência, aproximadamente 10% dos estudos urodinâmicos são realizados com adição simultânea de imagem (videourodinâmica).
- 67 Os trabalhos de Griffiths-Van Mastriër-Schäfer estabeleceram que a contração detrusora é uma resposta ao fluxo urinário, e não o contrário.
- 68 Aos 4 anos de idade, cerca de 15% das crianças neurologicamente normais têm sintomas miccionais relacionados à presença de contrações involuntárias.

O tratamento endoscópico é o padrão-ouro para os pacientes que necessitam intervenção cirúrgica para o alívio dos sintomas decorrentes da HPB. Julgue os itens de 69 a 73, relativos a procedimentos endoscópicos para HPB.

- 69 Os *stents* intraprostáticos temporários biodegradáveis ou não têm recebido uma maior atenção, sobretudo nos casos em que pode ocorrer retenção urinária transitória, como, por exemplo, após a terapia a *laser* ou com micro-ondas de alta intensidade.
- 70 O *holmium laser* (Ho:YAG) é uma opção para o tratamento de próstatas volumosas, acima de 125 g, técnica chamada de HoLEP (*holmium laser enucleation of the prostate*), e permite uma alta hospitalar sem sonda vesical no segundo dia pós-operatório.
- 71 A incisão transuretral da próstata está indicada em pacientes jovens, com próstatas menores do que 30 g e sintomas decorrentes de obstrução infravesical; sua eficácia é semelhante à da ressecção transuretral (RTU), com índices de complicações mais baixos.

- 72 O alívio dos sintomas obstrutivos, o aumento do fluxo máximo e a redução do resíduo pós-miccional é de 90% após a RTU, mas esse valor cai consideravelmente em até 5 anos.
- 73 Entre 10% e 20% dos homens apresentam uma projeção da próstata além do verumontano, mas a ressecção desse tecido não representa maior risco de incontinência urinária pós-operatória.

A respeito das obstruções do trato urinário superior, julgue os itens subsequentes.

- 74 A fase poliúrica só acontece após a desobstrução de rim único ou desobstruções bilaterais, não ocorrendo nos casos com rim contralateral normal.
- 75 A fibrose retroperitoneal ou doença de Ormond não evolui com o comprometimento de estruturas intraperitoneais ou mediastinais.
- 76 A etiologia do ureter retrocava está associada a anomalias congênitas na formação da veia cava.
- 77 A incisão durante uma endoureterotomia deve ser posterolateral no tratamento de estenoses proximais, e anteromedial, no caso das estenoses distais.
- 78 Em contraste com a vasodilatação renal precoce e intensa que ocorre nas obstruções ureterais unilaterais, há um aumento discreto do fluxo sanguíneo renal nas obstruções bilaterais, seguido por uma isquemia intensa e prolongada.

Julgue os itens a seguir, relativos ao acesso endoscópico ao sistema pieloureteral.

- 79 As vantagens da ureterosopia semirrígida, em comparação à flexível, são o maior canal de trabalho, fluxo de irrigação mais intenso e campo visual mais amplo; sua principal indicação é na abordagem das patologias ureterais acima dos vasos ilíacos.
- 80 Pressões do fluido de irrigação intrapiélicas acima de 100 mmHg podem causar sepse por fluxo pielovenoso retrógrado, dificuldade em realizar as manobras de deflexão do endoscópio flexível e absorção do fluido.
- 81 A Associação Americana de Urologia recomenda que os cálculos de ureter proximal menores que 1 cm sejam tratados por litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO), reservando-se a ureterosopia ou nefrolitotripsia percutânea para os casos de insucesso com a LECO.
- 82 Aproximadamente 90% das gestantes com cólica renal apresentam eliminação espontânea do cálculo, e a ureterolitotripsia só é indicada em casos de sepse, obstrução ou elevação de escórias nitrogenadas; deve-se usar o *holmium laser* (Ho:YAG) por sua bem documentada segurança em gestantes.

O acesso percutâneo permite o tratamento de diversas patologias do trato urinário superior. Quanto a essa técnica, julgue os itens a seguir.

- 83** Uma punção bastante medializada diminui a chance de lesão do ramo posterior da artéria renal (artéria retropericélica), que é o vaso mais frequentemente lesado nos procedimentos endourológicos.
- 84** A radiação emitida da ampola do arco em C vai para todas as direções, e diminui proporcionalmente à razão quadrada da distância da ampola; contudo, a principal fonte de radiação para o endourologista é a dispersão a partir do corpo do paciente.
- 85** A dilatação do trajeto de nefrostomia com a técnica de *mini-perc* — dilatação entre 13 Fr e 20 Fr — tem-se mostrado bastante vantajosa em relação à técnica padrão (30 Fr), por causar menor sangramento e dor e diminuir a absorção do fluido de irrigação.
- 86** Caso ocorra uma perfuração extraperitoneal do cólon, deve-se introduzir o cateter duplo J no sistema coletor, e o tubo de nefrostomia deve ser posicionado na luz intestinal.

Julgue os itens subsequentes, relativos aos tumores uroteliais do trato urinário superior.

- 87** Os tumores de pelve renal apresentam índices de sobrevida global, sobrevida doença-específica e sobrevida livre de doença em cinco anos semelhantes aos índices dos tumores ureterais.
- 88** O tratamento endoscópico dos tumores ureterais inclui a ressecção da lesão intraluminal e o aprofundamento da ressecção, além da lâmina própria, com finalidade terapêutica e de estadiamento.
- 89** O *holmium laser* (Ho:YAG) tem uma penetração tecidual maior do que 0,5 mm, o que torna sua utilização na abordagem dos tumores ureterais inapropriada.
- 90** Não há relatos de implantes tumorais fora do trato urinário com o tratamento percutâneo dos tumores de pelve renal.
- 91** As complicações da abordagem percutânea dos tumores de pelve renal se tornam mais graves e frequentes conforme haja aumento do grau de indiferenciação do tumor.

Os tratamentos minimamente invasivos das pequenas lesões sólidas renais constituem terapia bastante atraente. Com relação a esse assunto, julgue os seguintes itens.

- 92** As técnicas termoablativas, radiofrequência e crioablação são reservadas para os pacientes com tumores pequenos e comorbidades importantes; pacientes jovens que necessitem de terapia poupadora de néfrons devem ser submetidos a nefrectomia parcial.
- 93** A necrose de coagulação causada pela crioablação decorre da formação de cristais de gelo intracelular e rotura da membrana citoplasmática; da formação de gelo extracelular, causando mudança do pH e destruição proteica, e da lesão endotelial, acarretando trombose vascular.
- 94** Os exames de imagem CT ou RNM realizados no sexto mês após a crioablação devem mostrar ausência de lesão tumoral; caso tenha ocorrido somente redução nas dimensões da lesão, ou se houver captação residual do contraste, haverá indicação de nefrectomia parcial.
- 95** Há dados consistentes que demonstram a eficácia da ultrassonografia focal de alta intensidade no tratamento de pequenos tumores renais.

O carcinoma de células transitórias de bexiga é uma doença bastante agressiva e a RTU dessa lesão é fundamental para o tratamento adequado dessa grave patologia. Julgue os itens seguintes com relação a RTU de tumores vesicais.

- 96** A RTU de tumores localizados na parede lateral pode causar estímulo do nervo obturador e conseqüente perfuração vesical; a anestesia geral com agentes paralisantes deve ser empregada nessa situação.
- 97** Até 10% dos pacientes submetidos a cistectomia radical não apresentam lesão residual após uma RTU bem realizada, mas o prognóstico dos pacientes pT0 é semelhante ao daqueles nos quais a RTU foi incompleta.
- 98** Na presença de ao menos uma das seguintes situações, é imperativa a realização de uma re-RTU entre 4 a 6 semanas: ressecção incompleta, tumor acima de 3 cm, tumores múltiplos, tumor de alto grau, pT1, Cis, ausência de muscular na biópsia.
- 99** A instilação pós-operatória imediata de agentes quimioterápicos como a mitomicina C (40 mg em 40 mL de SF 0,9% em 01 hora), reduz em cerca de 20% as recorrências tumorais.
- 100** Caso ocorra uma perfuração extraperitoneal extensa ou uma perfuração intraperitoneal, não haverá indicação de medidas conservadoras como sondagem vesical, antibioticoterapia e drenagem percutânea.

PROVA DISCURSIVA

- Nesta prova, faça o que se pede, usando o espaço para rascunho indicado no presente caderno. Em seguida, transcreva o texto para a **FOLHA DE TEXTO DEFINITIVO DA PROVA DISCURSIVA**, no local apropriado, pois **não serão avaliados fragmentos de texto escritos em locais indevidos**.
- Qualquer fragmento de texto além da extensão máxima de linhas disponibilizadas será desconsiderado.
- Na **folha de texto definitivo**, identifique-se apenas no cabeçalho da primeira página, pois **não será avaliado** texto que tenha qualquer assinatura ou marca identificadora fora do local apropriado.

Uma senhora com 65 anos de idade foi admitida no pronto-socorro de um hospital terciário, com história de confusão mental de caráter progressivo, que se acentuou nos últimos 2 dias. Os familiares relataram sangramento vaginal intermitente há 8 meses. A paciente era tabagista, G12P8A4, e morava em área rural com o atual marido (quinto casamento). O exame físico da paciente evidenciou mau estado geral, mucosas descoradas (++)/4, hálito urêmico e edema frio de membros inferiores. Os exames laboratoriais confirmaram queda dos níveis de hemoglobina e elevação das escórias nitrogenadas (uréia = 157 mg/dL; creatinina = 8,4 mg/dL). A equipe da ginecologia avaliou a paciente e detectou uma grande massa ulcerada sangrante ocupando o fundo da vagina, útero palpável a 4 cm da sínfise púbica e invasão dos paramétrios ao toque retal. Foi realizada tomografia computadorizada sem contraste, que identificou ureteroidronefrose acentuada bilateral, presença de tumoração pélvica e linfonomegalias.

Redija um texto dissertativo que apresente uma avaliação urológica do quadro clínico acima descrito e que contemple, necessariamente, os seguintes aspectos:

- ▶ hipótese diagnóstica;
- ▶ estadiamento e prognóstico;
- ▶ opções terapêuticas específicas a serem consideradas para a patologia primária;
- ▶ opções de procedimentos urológicos para o caso;
- ▶ desvantagens a serem consideradas para cada procedimento urológico.

RASCUNHO

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	