SARAH

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO
ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 2026

TIPO
1
MANHÃ

MÉDICO (UROLOGISTA)

NÍVEL SUPERIOR

SUA PROVA E TEMPO

- Este caderno contém **60 (sessenta)** questões objetivas com **4 (quatro)** opções de resposta (A, B, C e D) e somente uma delas está correta.
- Você dispõe de **4 (quatro) horas** para a realização da prova, já incluído o tempo para o preenchimento do cartão de respostas. **1 (uma) hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões;
- A partir dos **30 (trinta) minutos** anteriores ao término da prova é possível retirar-se da sala levando o caderno de questões.

NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja o caderno de questões.
- Levantar da cadeira sem autorização do fiscal de sala.

INFORMAÇÕES GERAIS

- Verifique se seu caderno de questões está completo, sem repetição de questões ou falhas. Caso contrário, notifique imediatamente o fiscal da sala, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas; para o preenchimento da folha de respostas, use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta.
- Assine seu nome apenas no(s) espaço(s) reservado(s) na folha de respostas.
- Confira seu cargo no caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de cargo **diferente** do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- Reserve tempo suficiente para o preenchimento da sua folha de respostas. O preenchimento é de sua responsabilidade e **não será permitida a troca da folha de respostas, em caso de erro cometido por você**.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!

Conhecimentos Específicos

1

Homem de 31 anos realiza, oito meses após traumatismo raquimedular completo em T8, cateterismo intermitente limpo a cada 6 horas. Passou a apresentar perdas entre os cateterismos. Nega febre, hematúria ou dor lombar. Urodinâmica: hiperatividade detrusora neurogênica, dissinergia detrusor-esfíncter, elevação da pressão durante contrações involuntárias, complacência preservada e capacidade de 240 mL. Ultrassonografia sem hidronefrose.

A conduta inicial mais apropriada é

(A) substituir o cateterismo intermitente por sonda uretral de demora definitiva.
(B) manter o cateterismo intermitente e iniciar farmacoterapia, com reavaliação clínica e funcional.
(C) indicar ampliação vesical imediatamente.
(D) orientar manobra de Credé independentemente das pressões vesicais.

2

Mulher de 38 anos, com sequela de mielite transversa, realiza cateterismo intermitente cinco vezes ao dia. Creatinina atual 1,1 mg/dL, prévia 0,7 mg/dL. Ultrassonografia mostra discreta dilatação pielocalicial bilateral.

Urodinâmica: capacidade de 180 mL, complacência de 8 mL/cmH_2O e elevação progressiva da pressão detrusora durante o enchimento.

O achado mais preocupante para a preservação do trato urinário superior é a

(A) ausência de contração detrusora voluntária isoladamente.
(B) capacidade cistométrica reduzida isoladamente.
(C) necessidade de cateterismo intermitente.
(D) baixa complacência e pressão elevada durante o armazenamento.

3

Mulher de 44 anos com esclerose múltipla apresenta urgência, aumento da frequência e urge-incontinência. Resíduo pós-miccional de 40 mL e função renal normal.

Urodinâmica: contrações involuntárias do detrusor, complacência preservada e ausência de dissinergia. Nunca realizou tratamento específico.

A melhor abordagem terapêutica inicial é aplicar

(A) medidas comportamentais, treinamento vesical e farmacoterapia quando indicada.
(B) cateterismo intermitente obrigatório, apesar do baixo resíduo.
(C) toxina botulínica antes de qualquer tratamento conservador ou farmacológico.
(D) ampliação vesical como primeira linha.

4

Homem de 29 anos com lesão medular em T12 realiza cateterismo intermitente. Urocultura de rotina: *Escherichia coli* > 100.000 UFC/mL. Está afebril, sem mal-estar, nova incontinência, aumento de espasticidade, dor lombar ou hematúria. Função renal estável e não há procedimento invasivo programado.

A conduta mais adequada é

(A) prescrever antibioticoprofilaxia contínua.
(B) trocar cateterismo intermitente por sonda de demora.
(C) internar para antibiótico intravenoso.
(D) vigiar sinais e sintomas de infecção, mas sem antibiótico.

5

Mulher de 51 anos, três partos vaginais, apresenta perda urinária ao tossir, espirrar, correr e carregar peso. Nega urgência predominante e dificuldade de esvaziamento. Perde urina à tosse, sem prolapso significativo. Resíduo de 15 mL e EAS normal. Prefere tratamento conservador e consegue contrair voluntariamente o assoalho pélvico.

A intervenção mais apropriada como primeira linha é

(A) eletroestimulação passiva como única terapia.
(B) pessário obrigatório antes de qualquer fisioterapia.
(C) programa supervisionado de treinamento dos músculos do assoalho pélvico.
(D) antimuscarínico como tratamento específico da perda dos esforços.

6

Homem de 34 anos com lesão medular completa em C6 apresenta, durante fisioterapia, cefaleia súbita, rubor facial, sudorese acima da lesão e ansiedade. PA habitual 100/60 mmHg; atual 190/110 mmHg; FC 52 bpm. O último cateterismo ocorreu há sete horas e há distensão hipogástrica.

A conduta inicial mais apropriada é

(A) colocar em decúbito horizontal e expandir o volume.
(B) elevar o tronco e drenar a bexiga, removendo o estímulo desencadeante.
(C) administrar antibiótico antes de manipular o trato urinário.
(D) aguardar queda espontânea da pressão antes de esvaziar a bexiga.

7

Homem de 68 anos apresenta jato urinário fraco, hesitação, esforço miccional, urgência e noctúria, com impacto importante na qualidade de vida. O IPSS é 20, o fluxo urinário máximo é 9 mL/s e o resíduo pós-miccional é 90 mL. Ao toque retal, a próstata é fibroelástica, sem nódulos, e a ultrassonografia estima volume de 70 mL. O PSA total é de 3,1 ng/mL, a urinálise não mostra infecção e a função renal é normal. Não há episódio prévio de retenção urinária nem contraindicação aos fármacos usuais.

Considerando os sintomas moderados a graves, o aumento prostático e o risco de progressão da HBP, a melhor conduta farmacológica inicial é

(A) iniciar tamsulosina associada à dutasterida.
(B) prescrever tamsulosina em monoterapia.
(C) prescrever oxibutinina em monoterapia.
(D) prescrever tadalafila em monoterapia.

8

Homem de 40 anos com lesão medular em T9 realiza cateterismo intermitente. Mantém urge-incontinência entre os cateterismos. Já utilizou dois antimuscarínicos em doses adequadas, com resposta insuficiente e efeitos adversos limitantes.

Urodinâmica: hiperatividade detrusora neurogênica, contrações de pressão elevada e complacência preservada. Não há hidronefrose.

O próximo tratamento mais apropriado é

(A) manter indefinidamente o antimuscarínico, apesar da intolerância.
(B) suspender o cateterismo para reduzir manipulação.
(C) indicar ampliação vesical sem tentativa de terapia minimamente invasiva.
(D) realizar injeção intradetrusora de toxina botulínica.

9

Homem de 59 anos apresenta hidronefrose esquerda progressiva, dor lombar e redução do fluxo urinário após ureteroscopia por cálculo impactado. A urotomografia mostra estenose benigna de 2,5 cm no ureter médio, sem cálculo residual ou suspeita de tumor. A função renal diferencial é de 42% no rim esquerdo. Após drenagem temporária com cateter duplo J e cultura urinária estéril, é indicada reconstrução robótica. No intraoperatório, o segmento fibrótico é completamente ressecado até extremidades bem vascularizadas. A preservação do tecido periureteral é possível e as extremidades aproximam-se sem tração.

A técnica de sutura e anastomose mais adequada é

(A) ressecar o segmento fibrótico, espatular os cotos ureterais e realizar anastomose terminoterminal, mucosa a mucosa, estanque e sem tensão, com fio absorvível, preservando a vascularização periureteral e mantendo cateter duplo J.
(B) preservar parte da estenose para evitar perda de comprimento, aproximar os cotos sob tração e fixá-los com pontos transmurais apertados de fio não absorvível, sem cateter interno.
(C) desepitelizar as extremidades ureterais, alinhar adventícia com adventícia deixando a mucosa retraída e fechar apenas a camada externa com pontos separados de fio não absorvível, sem necessidade de anastomose estanque.
(D) ligar o ureter distal e realizar apenas nefrostomia como tratamento definitivo, pois uma ureteroureterostomia robótica é contraindicada sempre que a estenose tiver mais de 1 cm, mesmo quando os cotos viáveis se aproximam sem tensão.

10

Homem de 58 anos apresenta placas eritematosas aveludadas e multifocais na glande e na face interna do prepúcio. Biópsias de mapeamento demonstram neoplasia intraepitelial peniana extensa, sem microinvasão. Não há comprometimento da uretra, dos corpos cavernosos ou dos linfonodos inguinais palpáveis. Foi realizada circuncisão e, posteriormente, tratamento tópico adequado com imiquimode, mas persiste doença multifocal na glande. O paciente deseja preservar a glande e a função sexual.

A conduta mais apropriada é

(A) repetir indefinidamente o imiquimode, sem nova avaliação histológica, pois a persistência da neoplasia intraepitelial não sugere falha terapêutica.
(B) realizar penectomia parcial com margem ampla, pois toda neoplasia intraepitelial peniana exige tratamento ablativo radical.
(C) administrar quimioterapia sistêmica à base de cisplatina como tratamento curativo único da doença *in situ*.
(D) realizar *resurfacing* total da glande, com remoção de toda a espessura do epitélio glandular acometido, reconstrução com enxerto e exame histopatológico completo.

11

Homem de 27 anos sofreu fratura de sacro com lesão das raízes S2-S4 após acidente automobilístico há seis meses. Refere dificuldade para iniciar a micção, jato fraco e esvaziamento incompleto.

Ultrassonografia: rins sem dilatação; volume pré-miccional 520 mL e resíduo 380 mL.

Urodinâmica: boa complacência, contração detrusora de baixa amplitude e ausência de obstrução infravesical.

Assinale a estratégia inicial mais apropriada para garantir esvaziamento vesical seguro.

(A) Cateterismo intermitente em intervalos individualizados e programa de reabilitação vesical.
(B) Antimuscarínico em dose máxima para aumentar a força contrátil do detrusor.
(C) Toxina botulínica intradetrusora.
(D) Manobra de Credé como método obrigatório e exclusivo de esvaziamento.

12

Mulher de 49 anos com esclerose múltipla utiliza antimuscarínico por urgência e urge-incontinência, inicialmente com boa resposta. Três meses depois, relata dificuldade para iniciar a micção, jato reduzido e esvaziamento incompleto. O resíduo, antes de 45 mL, passou para 310 mL, com infecções urinárias sintomáticas recorrentes.

A melhor conduta, nesse momento, é

(A) dobrar automaticamente a dose do antimuscarínico.
(B) reavaliar o esvaziamento e o tratamento farmacológico, considerando o cateterismo intermitente se a retenção persistir.
(C) indicar *sling* uretral.
(D) iniciar treinamento para retenção voluntária por períodos progressivamente maiores.

13

Homem de 35 anos com lesão medular completa em T5 realiza cateterismo intermitente. Há 24 horas, apresenta aumento da espasticidade, nova incontinência, mal-estar, calafrios e temperatura de 38,2 °C. Não percebe disúria devido à alteração sensitiva. EAS: piúria e nitrito positivo, urocultura coletada antes do tratamento.

Assinale a opção que apresenta a interpretação mais adequada para o caso.

(A) Trata-se obrigatoriamente de bacteriúria assintomática porque não há disúria.
(B) Febre em paciente com lesão medular nunca deve ser atribuída ao trato urinário.
(C) É compatível com ITU sintomática, pois pacientes com lesão medular podem apresentar manifestações diferentes da população neurologicamente íntegra.
(D) A urocultura positiva isoladamente seria suficiente para o diagnóstico mesmo sem manifestações clínicas.

14

Homem de 63 anos está no segundo mês após prostatectomia radical. PSA indetectável. Apresenta perda ao levantar-se, caminhar, tossir e realizar exercícios. Usa dois absorventes ao dia, com melhora progressiva. Resíduo 20 mL; sem infecção ou estenose anastomótica.

A seguinte intervenção é mais apropriada nessa fase:

(A) esfíncter urinário artificial imediatamente.
(B) sonda de demora até completar seis meses.
(C) toxina botulínica intradetrusora obrigatória.
(D) treinamento estruturado da musculatura do assoalho pélvico.

15

Homem de 68 anos, clinicamente apto para cirurgia, apresenta hematúria e sintomas irritativos urinários. A cistoscopia evidencia áreas extensas, planas e eritematosas, sem tumor papilífero evidente. A citologia urinária é positiva para carcinoma urotelial de alto grau, e biópsias de mapeamento confirmam carcinoma urotelial *in situ*, sem invasão do músculo detrusor.

A avaliação do trato urinário superior e a biópsia da uretra prostática são negativas. O paciente completou BCG intravesical adequado, com indução e manutenção, mas, seis meses após o tratamento, mantém citologia positiva e biópsias ainda demonstram carcinoma *in situ*.

A melhor conduta é

(A) repetir indefinidamente a indução de BCG e adiar qualquer tratamento definitivo, pois a ausência de invasão muscular elimina o risco de progressão.
(B) realizar apenas ressecção transuretral das áreas eritematosas e manter vigilância, pois o carcinoma *in situ* plano é tratado adequadamente por procedimento endoscópico isolado.
(C) indicar cistectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral e discutir a derivação urinária, pois é um carcinoma *in situ* persistente após BCG adequado, compatível com doença não responsiva ao BCG.
(D) suspender a investigação e observar com citologia anual, pois a citologia positiva após BCG deve ser presumida como inflamatória, mesmo com biópsia confirmando carcinoma *in situ* persistente.

16

Homem de 27 anos apresenta aumento indolor do testículo direito há dois meses. Ao exame, há massa intratesticular endurecida, sem sinais de epididimite ou torção.

A ultrassonografia com Doppler demonstra lesão sólida intraparenquimatosa, hipoecoica e vascularizada; o testículo contralateral é normal. Os níveis séricos de AFP, beta-hCG e LDH, colhidos antes do tratamento, estão normais.

A conduta inicial mais apropriada é

(A) realizar orquiectomia radical direita por via inguinal, com ligadura e secção do cordão espermático ao nível do anel inguinal interno.
(B) realizar biópsia percutânea transescrotal da massa para confirmar o diagnóstico antes de qualquer cirurgia definitiva.
(C) prescrever antibiótico para epididimite e repetir a ultrassonografia somente após o término do tratamento.
(D) realizar enucleação ou orquiectomia parcial por via escrotal, sem exame de congelação, pois os marcadores tumorais estão normais.

17

Homem de 46 anos com tetraplegia utiliza cateter suprapúbico de longa permanência. Nos últimos meses, apresentou obstruções repetidas, hematúria intermitente, sedimento e episódios de disreflexia durante obstrução. Ultrassonografia: imagem hiperecogênica móvel de 2,5 cm com sombra acústica no interior da bexiga.

Assinale a opção que apresenta a hipótese mais provável e a estratégia geral adequada.

(A) Cálculo vesical; tratar o cálculo e revisar fatores predisponentes.
(B) Tumor renal; indicar nefrectomia.
(C) Refluxo vesicoureteral; iniciar antimuscarínico como único tratamento.
(D) Cistite intersticial; iniciar treinamento vesical.

18

Homem de 67 anos, com expectativa de vida superior a 10 anos, foi submetido à prostatectomia radical há 16 meses por adenocarcinoma de próstata. O anatomopatológico revelou pT3a, ISUP grau 3, margem cirúrgica focalmente positiva e 0/18 linfonodos comprometidos. O PSA pós-operatório tornou-se indetectável, abaixo de 0,01 ng/mL. Nos últimos cinco meses, apresentou PSA de 0,22, 0,31 e 0,44 ng/mL, com tempo de duplicação aproximado de 3,5 meses.

Está assintomático; tomografia e cintilografia óssea não mostram metástases, e o PET/CT com PSMA é negativo.

A conduta mais apropriada é

(A) indicar radioterapia de resgate precoce no leito prostático agora, sem aguardar nova elevação do PSA ou positividade no PET/CT com PSMA.
(B) manter observação até que o PSA ultrapasse 2,0 ng/mL, pois a radioterapia de resgate só deve ser feita em recidiva bioquímica tardia e com PSA elevado.
(C) iniciar privação androgênica isolada e adiar qualquer radioterapia até que surjam metástases detectáveis em exames de imagem.
(D) não realizar radioterapia de resgate, pois um PET/CT com PSMA negativo exclui recidiva local clinicamente relevante após a prostatectomia.

19

Homem 23 de anos procura uma Unidade Básica de Saúde com disúria intensa e secreção uretral purulenta abundante iniciadas há três dias. Teve relação sexual sem preservativo com nova parceira há seis dias. Está afebril, sem dor testicular, sem lesões genitais e sem sinais de disseminação. Não relata alergias medicamentosas.

Considerando a abordagem sindrômica do corrimento uretral, a conduta inicial mais adequada é

(A) coletar testes para gonorreia e clamídia, sem atrasar o tratamento com ceftriaxona 500 g intramuscular e azitromicina 1 g via oral, em doses únicas, e orientar os parceiros e a abstinência sexual.
(B) aguardar o resultado de cultura e teste molecular antes de iniciar qualquer antibiótico, pois o tratamento empírico não é indicado quando há secreção uretral purulenta.
(C) administrar apenas azitromicina 1 g por via oral em dose única, pois esse esquema trata simultaneamente a uretrite gonocócica e a clamidial.
(D) administrar apenas penicilina benzatina 2,4 milhões de unidades por via intramuscular, pois a secreção uretral purulenta é manifestação típica de sífilis primária.

20

Mulher de 36 anos, um ano após mielite transversa torácica, realiza cateterismo intermitente.

Urodinâmica mostra contração detrusora de alta pressão durante tentativa de micção, associada a aumento simultâneo da atividade eletromiográfica do esfíncter externo e fluxo urinário interrompido. A complacência durante o enchimento é preservada. A ultrassonografia ainda não mostra hidronefrose.

Assinale a afirmativa correta a respeito da interpretação e do princípio de manejo mais adequado.

(A) O padrão indica incontinência de esforço; deve ser tratado com *sling*.
(B) Trata-se de detrusor hipoativo; deve-se estimular micção por Credé.
(C) É compatível com dissinergia detrusor-esfíncter; buscar esvaziamento seguro e redução de pressões, individualizando cateterismo e terapias dirigidas à disfunção neurourológica.
(D) A ausência de hidronefrose exclui a necessidade de acompanhamento urodinâmico.

21

Homem de 68 anos, com carcinoma urotelial músculo-invasivo da bexiga, é submetido à cistectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral. Após a retirada dos linfonodos ilíacos externos, a equipe acessa a fossa obturatória direita.

Para reduzir o risco de déficit motor no pós-operatório, assinale a afirmativa correta a respeito da conduta e da relação anatômica.

(A) O nervo obturatório deve ser identificado e preservado sob visão direta, relacionado ao músculo obturatório interno e profundo ao tecido linfonodal da fossa obturatória.
(B) O nervo obturatório deve ser seccionado, pois a função motora é substituída integralmente pelo nervo femoral e sua preservação impede a remoção adequada dos linfonodos.
(C) O nervo obturatório situa-se superficialmente ao músculo reto abdominal, na parede anterior do abdome, e não participa do risco anatômico da linfadenectomia pélvica.
(D) O nervo obturatório localiza-se no trígono femoral, lateral à artéria femoral, devendo ser procurado abaixo do ligamento inguinal antes da dissecção pélvica.

22

Homem de 33 anos, dois anos após lesão medular em T11, deseja retomar atividade sexual. Libido preservada, ereções reflexas ocasionais insuficientes, testosterona normal, sem uso de nitratos e sem contraindicação cardiovascular.

Uma opção farmacológica inicial apropriada é

(A) repor testosterona, apesar dos níveis normais.
(B) usar inibidor da fosfodiesterase tipo 5.
(C) usar prótese peniana como primeira intervenção obrigatória.
(D) realizar orquiectomia bilateral.

23

Homem de 63 anos, sem sintomas urinários, febre ou sinais de prostatite, apresenta PSA de 9,1 ng/mL e 9,3 ng/mL em duas dosagens separadas por oito semanas. A urinálise e a urocultura são normais, e ele não teve ejaculação, instrumentação urológica recente, nem usa inibidor da 5-alfa-redutase. O toque retal não revela nódulo.

A ressonância multiparamétrica mostra próstata de 40 mL, densidade do PSA de 0,23 ng/mL/mL e uma lesão de 1,1 cm na zona periférica, classificada como PI-RADS 4, sem sinais de extensão extracapsular, invasão de vesículas seminais ou linfonodos suspeitos. Ele nunca foi submetido à biópsia.

A próxima conduta diagnóstica mais apropriada é

(A) repetir o PSA somente em 12 meses e não realizar biópsia, pois uma lesão PI-RADS 4 não define câncer.
(B) realizar biópsia prostática dirigida à lesão PI-RADS 4, associada à amostragem sistemática da próstata.
(C) prescrever antibiótico empiricamente por quatro a seis semanas e adiar a biópsia, mesmo sem evidência clínica ou laboratorial de infecção.
(D) solicitar PET-PSMA e cintilografia óssea como exames confirmatórios, dispensando a obtenção de tecido prostático antes da decisão terapêutica.

24

Menino de 9 anos, neurologicamente íntegro, apresenta urgência, perdas urinárias diurnas e duas ITUs baixas no último ano. Evacuar fezes endurecidas duas vezes por semana, com esforço e escape fecal. Ultrassonografia renal normal; resíduo discreto.

Um aspecto que deve fazer parte obrigatória da abordagem inicial é

(A) tratar apenas a bexiga.
(B) indicar cirurgia antirrefluxo imediatamente.
(C) iniciar cateterismo intermitente definitivo.
(D) abordar constipação e hábitos miccionais, com uroterapia e manejo intestinal.

25

Homem de 39 anos com paraplegia realiza autocateterismo há cinco anos. Apresenta resistência crescente, uretrorragia e, em nova tentativa, dor local com impossibilidade de progressão do cateter. Bexiga moderadamente distendida, sem febre.

A conduta mais segura é

(A) insistir com cateter de maior calibre.
(B) suspender tentativas traumáticas e obter avaliação urológica para drenagem segura.
(C) usar manobra de Credé até a cicatrização.
(D) iniciar antibiótico e continuar a cateterização forçada.

26

Menina de 7 anos com mielomeningocele realiza cateterismo intermitente. Cistouretrografia demonstra refluxo vesicoureteral bilateral. Urodinâmica revela baixa complacência e pressão de armazenamento elevada. Há discreta hidronefrose bilateral.

O princípio terapêutico mais adequado, antes de considerar correção antirrefluxo isolada, é

(A) priorizar redução das pressões vesicais e otimização do esvaziamento.
(B) suspender o cateterismo para aumentar a capacidade vesical.
(C) realizar reimplante ureteral imediatamente sem tratar a dinâmica vesical.
(D) aceitar pressões elevadas, se a criança permanecer no continente.

27

Mulher de 56 anos refere perda ao tossir e urgência com perda antes de chegar ao banheiro. Diário Miccional confirma urgência frequente, mas as perdas aos esforços são as que mais limitam seus exercícios. EAS normal, resíduo 20 mL e exame demonstram perda à tosse.

A abordagem inicial mais apropriada é

(A) considerar que duas formas de perda tornam impossível o tratamento conservador.
(B) indicar toxina botulínica obrigatoriamente antes de qualquer outra medida.
(C) caracterizar o componente predominante e iniciar medidas conservadoras, como treinamento do assoalho pélvico e intervenções comportamentais.
(D) indicar sonda vesical para quantificar a perda.

28

Homem de 30 anos com lesão medular cervical há três anos deseja paternidade biológica. Apresenta ereções suficientes com tratamento, mas não consegue ejacular durante relação sexual. Sua parceira não apresenta fator feminino conhecido. Exame testicular normal.

Assinale a estratégia que representa abordagem específica e progressiva para obtenção de sêmen.

(A) Reposição de testosterona em altas doses para induzir ejaculação.
(B) Vasectomia seguida de reversão para aumentar a pressão seminal.
(C) Orquiectomia unilateral para estimular o testículo contralateral.
(D) Utilizar estimulação vibratória peniana, seguida de eletroejaculação ou recuperação espermática, se necessário.

29

Mulher de 76 anos em reabilitação após fratura de quadril apresenta noctúria três vezes por noite. Usa diurético de alça no período noturno por hábito antigo. Tem edema de membros inferiores ao fim da tarde e já quase caiu duas vezes ao levantar-se à noite. Resíduo 30 mL; EAS normal.

A intervenção inicial mais racional é

(A) revisar horário e indicação do diurético e manejar redistribuição de líquidos.
(B) introduzir sonda vesical de demora para eliminar deslocamentos.
(C) suspender toda ingestão de líquidos a partir do almoço.
(D) iniciar antibiótico profilático.

30

Homem de 64 anos, ECOG 0 , apresenta hematúria macroscópica. A ressecção transuretral evidencia carcinoma urotelial de alto grau com invasão da muscular própria.

Tomografias de tórax, abdome e pelve mostram espessamento transmural focal, sem linfonodos suspeitos ou metástases, compatível com cT3aN0M0. A taxa de filtração glomerular estimada é de 82 mL/min/1,73 m², com audiometria e exame neurológico normais.

Não há insuficiência cardíaca, doença autoimune ativa, transplante ou uso de imunossupressor. O paciente é elegível para cisplatina, imunoterapia e cistectomia radical com linfadenectomia pélvica.

Considerando as recomendações perioperatórias atuais para câncer de bexiga músculo-invasivo localizado, a melhor estratégia com intenção curativa é

(A) realizar nova ressecção transuretral, seguida de BCG intravesical como tratamento definitivo, sem cistectomia radical.
(B) administrar gemcitabina mais carboplatina como quimioterapia neoadjuvante, seguida de cistectomia radical, pois a carboplatina é equivalente à cisplatina nesse cenário.
(C) realizar cistectomia radical imediata e, posteriormente, aplicar BCG intravesical adjuvante no trato urinário remanescente, sem tratamento sistêmico perioperatório.
(D) administrar quatro ciclos neoadjuvantes de cisplatina mais gemcitabina associados à durvalumabe, realizar cistectomia radical com linfadenectomia pélvica e completar oito ciclos adjuvantes de durvalumabe.

31

Mulher de 43 anos apresenta há 18 meses dor suprapúbica que piora com o enchimento vesical e melhora parcialmente após urinar, associada à frequência e à Noctúria. Recebeu antibióticos em três ocasiões, embora as uroculturas tenham sido repetidamente negativas. EAS atual normal, resíduo de 20 mL e ultrassonografia sem alterações. Não há febre.

Assinale a opção que apresenta a interpretação mais apropriada para o caso.

(A) O quadro é compatível com síndrome da dor vesical; iniciar abordagem multimodal individualizada, evitando antibióticos sem evidência de infecção.
(B) Culturas negativas confirmam infecção por bactéria de difícil crescimento e indicam profilaxia contínua.
(C) A frequência urinária torna obrigatório o diagnóstico de bexiga hiperativa, independentemente da dor.
(D) Cistectomia é o tratamento inicial por se tratar de dor crônica.

32

Homem de 68 anos, sem comorbidades relevantes, apresenta hematúria macroscópica. A cistoscopia identifica tumor papilífero solitário de 4 cm na parede lateral da bexiga. A primeira ressecção transuretral pareceu completa e foi realizada sem perfuração; o anatomopatológico demonstra carcinoma urotelial de alto grau com invasão da lâmina própria, pT1, sem carcinoma *in situ* ou invasão linfo vascular. A muscular própria não está presente no fragmento. A urotomografia não mostra doença extravesical.

A sequência de conduta mais adequada é

(A) realizar re-RTU, incluindo a cicatriz tumoral e amostra profunda com músculo detrusor; se não houver tumor residual e o músculo estiver livre, iniciar BCG intravesical em dose plena após a cicatrização.
(B) dispensar a re-RTU porque a ressecção foi macroscopicamente completa e iniciar BCG imediatamente, sem necessidade de confirmar a presença de músculo detrusor.
(C) administrar apenas uma instilação pós-operatória de mitomicina C e fazer cistoscopia anual, sem BCG, pois a ausência de músculo no espécime confirma doença não músculo invasiva de baixo risco.
(D) indicar cistectomia radical obrigatória e imediata em todo tumor T1 de alto grau, sem re-RTU, afirmando que BCG é contraindicado nesse cenário.

33

Homem de 58 anos apresenta jato progressivamente fraco, esforço miccional e esvaziamento incompleto seis meses após cateterização uretral prolongada.

Urofluxometria mostra fluxo máximo reduzido e curva em platô. Resíduo de 170 mL. Não há infecção ativa.

Antes de escolher a técnica definitiva de tratamento, o próximo passo mais adequado é

(A) iniciar antimuscarínico para aumentar o fluxo.
(B) realizar prostatectomia sem investigar a uretra.
(C) caracterizar localização e extensão da estenose por avaliação uretral apropriada, como uretrografia retrógrada.
(D) manter sonda uretral de demora permanentemente como tratamento padrão.

34

Lactente masculino de 3 meses apresenta jato urinário fraco, esforço para urinar e dois episódios de ITU febril. Ultrassonografia mostra bexiga espessada, ureterohidronefrose bilateral e dilatação da uretra posterior. Creatinina discretamente elevada para a idade.

O diagnóstico mais provável é

(A) refluxo vesicoureteral primário isolado.
(B) estenose de junção ureteropélvica bilateral.
(C) bexiga hiperativa idiopática.
(D) válvula de uretra posterior causando obstrução infravesical.

35

Homem de 37 anos com lesão medular e mobilidade muito reduzida há 18 meses apresenta segundo cálculo renal de cálcio. Função renal normal e sem infecção. Avaliação metabólica mostra baixo volume urinário e hipercalciúria. O paciente ingere pouca água por receio de aumentar a frequência dos cateterismos.

O princípio preventivo mais apropriado é

(A) suspender completamente o cálcio da dieta em todos os casos.
(B) indicar cirurgia renal preventiva sem cálculo residual.
(C) prescrever antibiótico contínuo porque todo cálculo em lesionado medular é infeccioso.
(D) corrigir baixo volume urinário e fatores metabólicos identificados.

36

Homem de 62 anos, sem doença pulmonar conhecida, é submetido a prostatectomia radical robótica. Após a indução anestésica, apresenta volume corrente de 7 mL/kg de peso predito, PEEP de 5 cmH_2O, pressão de pico de 22 cmH_2O e $EtCO_2$ de 38 mmHg. Vinte minutos após o estabelecimento de pneumoperitônio intraperitoneal com CO_2 a 12 mmHg e posicionamento em Trendelenburg acentuado de 30°, a pressão de pico passa a 32 cmH_2O e o $EtCO_2$ a 49 mmHg, com SpO_2 de 93%.

Assinale a opção que interpreta corretamente esses achados e indica o princípio ventilatório apropriado.

(A) O deslocamento cefálico do diafragma pelo pneumoperitônio reduz a complacência pulmonar e a capacidade residual funcional, elevando as pressões de via aérea; a absorção de CO_2 explica o aumento do $EtCO_2$, devendo-se ajustar a ventilação-minuto e a PEEP.
(B) O Trendelenburg e o pneumoperitônio deslocam o diafragma caudalmente, aumentam a capacidade residual funcional e reduzem a pressão de pico; portanto, a ventilação minuto deve ser reduzida.
(C) O aumento do $EtCO_2$ indica hipocarbia causada por menor absorção de CO_2 durante a insuflação; a conduta é reduzir a ventilação-minuto e retirar a PEEP.
(D) A combinação de pneumoperitônio e Trendelenburg aumenta a complacência pulmonar, diminui a atelectasia e reduz as pressões de via aérea; não é necessário intensificar a monitorização ventilatória.

37

Mulher de 45 anos, três semanas após histerectomia abdominal, apresenta perda contínua de líquido claro pela vagina, dia e noite. Continua conseguindo urinar voluntariamente, mas permanece constantemente molhada. Não há febre.

O diagnóstico mais provável é de

(A) incontinência urinária de esforço.
(B) bexiga hiperativa.
(C) fístula ureterocutânea.
(D) fístula vesicovaginal.

38

Mulher de 29 anos apresenta dor recorrente em flanco esquerdo, frequentemente pior após grande ingestão de líquidos. Urotomografia mostra hidronefrose esquerda sem cálculo e estreitamento na junção ureteropélvica. Cintilografia diurética demonstra drenagem obstruída e função renal diferencial esquerda de 42%.

Assinale a interpretação mais apropriada.

(A) Obstrução da junção ureteropélvica sintomática, com discussão para correção cirúrgica preservadora do rim.
(B) Função diferencial de 42% obriga nefrectomia.
(C) A ausência de cálculo exclui obstrução do trato superior.
(D) O tratamento é antibioticoprofilaxia contínua, mesmo sem infecção.

39

Mulher de 58 anos será submetida à nefrectomia parcial robótica eletiva. Há 12 anos, foi submetida à laparotomia mediana infraumbilical por peritonite, com registro de aderências periumbilicais densas.

Ao exame atual, não há hérnia, cicatriz no andar superior, esplenomegalia, hepatomegalia ou massa abdominal. O estômago foi descomprimido por sonda orogástrica.

A estratégia mais apropriada para o acesso inicial, visando reduzir o risco de lesão visceral, é

(A) realizar a punção no ponto de Palmer esquerdo, confirmar pressão de abertura baixa com a agulha de Veress e introduzir o trocar óptico sob visão direta.
(B) introduzir a agulha de Veress e o primeiro trocar às cegas pelo umbigo, atravessando a cicatriz mediana, e usar pressão elevada para afastar as alças aderidas.
(C) utilizar o ponto de Palmer sem descomprimir o estômago e sem verificar a pressão de abertura, pois a ausência de cicatriz subcostal elimina o risco de lesão visceral.
(D) repetir a punção às cegas três vezes no mesmo trajeto, se a primeira tentativa umbilical não produzir fluxo livre de gás, e, em seguida, inserir o trocar às cegas nesse local.

40

Homem de 69 anos apresenta sintomas urinários obstrutivos intensos, com jato fraco, esforço miccional e esvaziamento incompleto. Usa tamsulosina e finasterida há oito meses, com adesão adequada. Nos últimos seis meses, teve dois episódios de retenção urinária aguda, ambos necessitando cateterização, com recorrência após tentativa de retirada do cateter. Também apresentou três infecções urinárias documentadas por urocultura no último ano. A ultrassonografia mostra próstata de 60 mL, trabeculação vesical e resíduo pós-miccional de 260 mL, sem cálculos vesicais ou dilatação do trato urinário superior. Creatinina, PSA e toque retal são normais, e não há doença neurológica. A urocultura atual é estéril.

Considerando as complicações da obstrução e o tamanho prostático, a conduta mais adequada é

(A) manter exclusivamente o tratamento medicamentoso e observar, pois retenção urinária recorrente e infecção urinária recorrente não constituem indicação de cirurgia na HBP.
(B) indicar tratamento cirúrgico desobstrutivo, tendo a ressecção transuretral bipolar da próstata como opção apropriada.
(C) substituir a terapêutica atual por antimuscarínico isolado, pois ele corrige a obstrução prostática e evita a necessidade de cirurgia.
(D) indicar prostatectomia radical oncológica, pois o volume prostático acima de 50 mL é, por si só, indicação de tratamento para câncer de próstata.

41

Homem de 54 anos apresenta curvatura dorsal do pênis há 18 meses. A deformidade não se modificou nos últimos oito meses e não há mais dor. Ereção demonstra curvatura dorsal de aproximadamente 55°, dificultando a penetração. Rigidez erétil adequada e placa dorsal palpável.

O princípio terapêutico mais apropriado é

(A) considerar tratamento definitivo da deformidade na fase estável, conforme curvatura, comprimento peniano e função erétil.
(B) prescrever antibiótico por seis semanas.
(C) indicar prótese peniana obrigatoriamente, mesmo com ereções adequadas.
(D) aguardar indefinidamente porque nenhuma deformidade estável deve ser tratada.

42

Mulher de 39 anos apresenta disúria recorrente, desconforto uretral e gotejamento pós-miccional. Parte das uroculturas foi negativa. Ao exame vaginal, palpa-se massa dolorosa na parede anterior junto ao trajeto uretral, com pequena saída de secreção pelo meato à compressão.

A hipótese diagnóstica mais provável é

(A) prolapso uterino isolado.
(B) divertículo uretral feminino.
(C) cisto renal simples.
(D) incontinência urinária de esforço pura.

43

Menina de 4 anos apresenta perdas urinárias contínuas desde o desfralde, embora também realize micções voluntárias normais. Ultrassonografia demonstra duplicidade pieloureteral completa à esquerda e ureterohidronefrose do polo superior. Ressonância mostra ureter do polo superior com inserção ectópica distal ao mecanismo esfincteriano. O polo superior possui função muito reduzida.

Assinale a opção que apresenta o princípio que deve orientar o tratamento.

(A) Tratar como incontinência de esforço com fisioterapia isolada.
(B) Prescrever antimuscarínico como tratamento definitivo.
(C) Individualizar a correção, considerando abordagem do segmento pouco funcionante ou reconstrução do trato urinário.
(D) Aguardar até a adolescência porque micções voluntárias excluem anomalias relevantes.

44

Homem de 26 anos sofreu trauma fechado em flanco durante acidente ciclístico. Apresenta hematúria macroscópica, mas permanece hemodinamicamente estável. A tomografia contrastada demonstra laceração renal com hematoma perirrenal contido, sem lesão hilar e sem extravasamento urinário persistente significativo.

O princípio de manejo mais apropriado para o caso é

(A) nefrectomia obrigatória porque existe laceração renal.
(B) laparotomia imediata apenas pela hematúria.
(C) hemodiálise preventiva.
(D) manejo não operatório com monitorização e intervenção seletiva.

45

Homem de 35 anos procura avaliação por infertilidade. Dois espermogramas mostram azoospermia. Volume testicular normal bilateralmente, FSH e testosterona normais e ductos deferentes palpáveis. A história revela um epididimite bilateral grave na adolescência. Sua parceira tem avaliação reprodutiva favorável.

Assinale a opção que apresenta a interpretação mais provável e o princípio de manejo apropriado.

(A) Falência testicular primária; indicar testosterona exógena.
(B) FSH normal; excluir possibilidade de paternidade biológica.
(C) Azoospermia obstrutiva; discutir reconstrução ou recuperação espermática.
(D) Orquiectomia diagnóstica; discutir reconstrução.

46

Mulher de 58 anos foi submetida à derivação urinária no continente utilizando segmento ileal há quatro anos. Apresenta fadiga e fraqueza. Exames mostram bicarbonato reduzido, cloro elevado, ânion *gap* normal e função renal discretamente reduzida. Não há sepse ou obstrução.

A complicação a ser considerada prioritariamente é

(A) alcalose respiratória causada pela derivação.
(B) acidose metabólica hiperclorêmica..
(C) cetoacidose diabética obrigatoriamente.
(D) síndrome nefrótica induzida pelo reservatório.

47

Dezoito meses após prostatectomia radical, homem de 67 anos apresenta incontinência urinária de esforço persistente e importante, utilizando cinco absorventes ao dia. Realizou fisioterapia supervisionada sem melhora suficiente. Cistoscopia não mostra estenose uretral; função manual e cognição permitem operar dispositivo implantável.

A opção cirúrgica mais apropriada a ser discutida é

(A) esfíncter urinário artificial.
(B) toxina botulínica intradetrusora como tratamento do defeito esfincteriano.
(C) sonda uretral permanente como padrão definitivo.
(D) ressecção transuretral da próstata.

48

Mulher de 64 anos apresenta sensação de peso vaginal, exteriorização de massa ao esforço e dificuldade progressiva para esvaziar a bexiga. Refere necessidade de reduzir manualmente o prolapso para urinar melhor. Exame demonstra prolapso anterior/apical avançado. Resíduo pós-miccional: 260 mL. Função renal normal.

Assinale a opção que indica a interpretação mais apropriada.

(A) O resíduo elevado exclui a relação com o prolapso e confirma bexiga neurogênica.
(B) Prolapso avançado pode contribuir para obstrução funcional do esvaziamento.
(C) O tratamento obrigatório é antimuscarínico em dose máxima.
(D) A melhora com redução manual prova que existe cálculo uretral.

49

Homem de 28 anos sofreu trauma perineal durante acidente de bicicleta. Dois dias depois percebe ereção persistente, pouco dolorosa e parcialmente rígida. Gasometria cavernosa mostra sangue bem oxigenado, sem acidose. *Doppler* demonstra fluxo arterial aumentado e imagem compatível com fístula arteriovenosa.

A interpretação e a conduta inicial mais apropriadas são as seguintes:

(A) priapismo isquêmico; aspiração e fenilefrina devem ser realizadas imediatamente em todos os casos.
(B) ereção fisiológica prolongada; sem necessidade de acompanhamento.
(C) priapismo não isquêmico; manejo conservador inicial, com embolização arterial seletiva se persistente ou incômodo.
(D) gangrena peniana; indicar penectomia imediata.

50

Homem de 64 anos, ECOG 0 , apresenta hematúria macroscópica. A uro-TC mostra lesão séssil de 3,5 cm na pelve renal direita, com espessamento e invasão aparente da muscular e hidronefrose. Não há linfonodomegalias suspeitas nem metástases, configurando cT2N0M0. A ureteroscopia evidencia carcinoma urotelial de alto grau, e a citologia urinária é positiva para carcinoma urotelial de alto grau.

O rim esquerdo é normal; a creatinina é 1,0 mg/dL e a eGFR é 68 mL/min/1,73 m², mas a avaliação nefrológica estima eGFR pós nefroureterectomia de 42 mL/min/1,73 m². Ele não tem perda auditiva, neuropatia, insuficiência cardíaca ou outras contraindicações à cisplatina.

A estratégia inicial mais apropriada é

(A) realizar quimioterapia neoadjuvante com cisplatina, seguida de nefroureterectomia radical com excisão do manguito vesical e linfadenectomia, se não houver progressão.
(B) realizar ablação ureteroscopia a laser da lesão e manter vigilância endoscópica, como estratégia preferencial de preservação renal.
(C) realizar nefroureterectomia radical imediatamente, sem tratamento sistêmico perioperatório, e manter vigilância independentemente do estadiamento anatomopatológico definitivo.
(D) tratar com radioterapia definitiva isolada sobre a pelve renal, reservando a cirurgia apenas para eventual recidiva local.

51

Mulher de 24 anos com extrofia vesical corrigida na infância e reconstrução do trato urinário inferior perdeu seguimento especializado por cinco anos. Retorna com infecções urinárias febris recorrentes, piora da continência e aumento discreto da creatinina. Ultrassonografia mostra dilatação pielocalicial bilateral leve.

O princípio mais adequado para a reavaliação é

(A) considerar que a reconstrução infantil elimina a necessidade de seguimento urológico na vida adulta.
(B) reavaliar trato urinário superior, continência, esvaziamento, anatomia reconstruída e pressões do reservatório/trato inferior.
(C) tratar apenas de cada infecção com antibiótico, sem investigação funcional.
(D) indicar nefrectomia bilateral devido à hidronefrose.

52

Homem de 59 anos, diabético, apresenta dor perineal intensa, febre e rápida progressão de edema e eritema escrotoperineal. Ao exame, há áreas de necrose cutânea, crepitação e toxemia. Pressão arterial 92/58 mmHg.

A conduta prioritária é

(A) alta com antibiótico oral e retorno em 48 horas.
(B) apenas drenagem por punção da área de maior flutuação.
(C) antibioticoterapia de amplo espectro, ressuscitação e desbridamento cirúrgico urgente dos tecidos necróticos.
(D) corticoide sistêmico para reduzir edema antes da cirurgia.

53

Homem de 70 anos possui esfíncter urinário artificial há quatro anos por incontinência pós-prostatectomia. Apresenta dor perineal, eritema, piora súbita da continência e dificuldade para manipular o dispositivo. A cistoscopia mostra erosão uretral pela *cuff* e há sinais locais de infecção.

A conduta mais apropriada é

(A) aumentar a pressão do dispositivo e observar.
(B) manter o implante e prescrever apenas antibiótico oral.
(C) retirar o dispositivo, tratar a infecção e planejar eventual reimplante.
(D) realizar toxina botulínica intradetrusora para corrigir a erosão.

54

Homem de 34 anos procura avaliação por infertilidade após cirurgia prévia do colo vesical. Relata orgasmo preservado, porém ausência ou volume mínimo de ejaculado. Testosterona e volume testicular são normais.

O seguinte exame simples pode ajudar a confirmar a principal hipótese.

(A) Pesquisa de espermatozoides na urina coletada após o orgasmo.
(B) Biópsia renal.
(C) Uretrografia retrógrado como único exame diagnóstico.
(D) Dosagem de PSA após cada relação sexual.

55

Homem de 67 anos, tabagista, apresenta hematúria macroscópica indolor. Urotomografia demonstra lesão de enchimento de 2,2 cm na pelve renal direita, com realce, sem cálculo. Cistoscopia não mostra tumor vesical. Função renal bilateral preservada.

O princípio diagnóstico mais apropriado é

(A) considerar litíase como diagnóstico definitivo mesmo sem cálculo.
(B) investigar neoplasia urotelial do trato urinário superior, utilizando avaliação endoscópica/citológica e estadiamento.
(C) iniciar antibioticoprofilaxia e repetir imagem em dois anos.
(D) indicar prostatectomia radical.

56

Homem de 62 anos, diabético, é internado com febre, disúria e dor perineal. Recebe antibioticoterapia adequada para prostatite bacteriana aguda, mas após 72 horas mantém febre e leucocitose. A tomografia mostra coleção de 3,5 cm no interior da próstata.

A conduta mais apropriada é

(A) manter apenas o antibiótico indefinidamente, pois coleções prostáticas nunca necessitam drenagem.
(B) suspender antibióticos para aumentar rendimento de cultura.
(C) associar drenagem do abscesso por abordagem apropriada à antibioticoterapia.
(D) realizar prostatectomia radical oncológica.

57

Homem de 30 anos sofre trauma abdominal fechado com bexiga cheia. Apresenta dor suprapúbica, hematúria macroscópica e dificuldade para urinar. A cistografia demonstra extravasamento de contraste delineando alças intestinais, compatível com ruptura intraperitoneal da bexiga.

A conduta padrão é

(A) observação sem drenagem.
(B) cirurgia da ruptura associada à drenagem vesical adequada.
(C) antibioticoprofilaxia isolada por 30 dias.
(D) nefrectomia unilateral.

58

Homem de 22 anos, submetido a três cirurgias para hipospádia na infância, apresenta jato urinário fino, necessidade de esforço, curvatura residual e dois orifícios com saída de urina durante a micção. Ao exame, há cicatrizes penianas e suspeita de estenose uretral associada à fístula uretrocutânea.

O seguinte princípio deve orientar a reconstrução:

(A) realizar nova cirurgia imediatamente sem definir anatomia uretral.
(B) tratar apenas a fístula e ignorar possível estenose.
(C) fazer avaliação anatômica completa da uretra, fístula, tecidos disponíveis e curvatura.
(D) indicar penectomia como tratamento padrão após três cirurgias prévias.

59

Homem de 56 anos procura o pronto-socorro com dor intensa no flanco direito, calafrios, disúria e febre de 39,2 °C. Está taquicardíaco, com 118 bpm, e pressão arterial de 102/64 mmHg. Exames mostram leucocitose de 18.500/mm³, creatinina de 1,6 mg/dL, com valor basal de 0,9 mg/dL, urina com piuria e nitrito positivo. A tomografia sem contraste evidencia cálculo de 8 mm no ureter distal direito, com hidroureteronefrose moderada.

A conduta inicial mais adequada é

(A) colher culturas, iniciar antibiótico intravenoso e realizar descompressão urinária urgente por cateter ureteral duplo J ou nefrostomia percutânea, e depois realizar o tratamento definitivo do cálculo.
(B) prescrever tamsulosina e analgésico, dar alta e aguardar a eliminação espontânea do cálculo, pois cálculos ureterais distais podem ser observados mesmo com febre e piúria.
(C) realizar imediatamente ureteroscopia com fragmentação a laser e extração do cálculo, sem drenagem prévia e sem iniciar antibiótico, para eliminar de uma vez a causa da obstrução.
(D) indicar litotripsia extracorpórea imediata, associada apenas a antibiótico oral, adiando a drenagem até que o cálculo seja fragmentado e eliminado.

60

Homem de 48 anos com tetraplegia crônica, função renal normal e múltiplas comorbidades controladas realiza tomografia por outro motivo, que identifica massa renal sólida cortical de 2,1 cm, com realce, sem sinais de invasão ou metástases. Possui expectativa de vida prolongada, mas procedimentos e internações têm impacto funcional importante.

Assinale a afirmativa correta a respeito do princípio mais apropriado para a decisão terapêutica.

(A) Toda massa renal sólida exige nefrectomia radical imediata, independentemente do tamanho e do contexto.
(B) O achado deve ser ignorado por ser incidental.
(C) A decisão deve integrar risco oncológico, tamanho e características da massa, função renal, comorbidades, expectativa de vida e impacto funcional.
(D) Quimioterapia citotóxica deve preceder qualquer avaliação adicional.

Realização



Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação
Associação das Pioneiras Sociais