

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (FUB) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB)



APLICAÇÃO: 2019

MANHÃ

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO
NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CADERNO DE PROVA OBJETIVA

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno de prova, confira inicialmente se os seus dados pessoais, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado na sua **Folha de Respostas**. Confira também o seu nome em cada página numerada deste caderno de prova (desconsidere estas instruções, caso se trate de caderno de prova reserva). Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua **Folha de Respostas**, correspondentes à prova objetiva. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito e(ou) apresente divergência quanto aos seus dados pessoais, solicite, de imediato, ao(à) aplicador(a) de prova mais próximo(a) que tome as providências necessárias.
- 2 Durante a realização da prova, não se comunique com outros(as) candidatos(as) nem se levante sem autorização de um(a) dos(as) aplicadores(as) de prova.
- 3 Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer da prova — e ao preenchimento da **Folha de Respostas**.
- 4 Ao terminar a prova, chame o(a) aplicador(a) de prova mais próximo(a), devolva-lhe a sua **Folha de Respostas** e deixe o local de prova.
- 5 Nenhuma folha deste caderno pode ser destacada, exceto a **Folha de Respostas**, cujo cabeçalho será destacado pelo(a) chefe de sala ao final da prova, para fins de desidentificação.
- 6 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno ou na **Folha de Respostas** implicará a anulação da sua prova.

OBSERVAÇÕES:

- Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.



UnB | HUB



Cebraspe

Centro Brasileiro de Pesquisa em Avaliação e Seleção e de Promoção de Eventos

INFORMAÇÕES ADICIONAIS: 0(XX) 61 3448-0100 | www.cebraspe.org.br | sac@cebraspe.org.br

VOCE
SABIA?

O Cebraspe é o detentor exclusivo do **Método Cespe** de realização de avaliações, certificações e seleções. Esse método está em constante evolução, sendo desenvolvido e aperfeiçoado a partir de pesquisas acadêmicas, algoritmos, processos estatísticos e outras técnicas sofisticadas. Tudo isso para entregar resultados confiáveis, obtidos com inovação e alta qualidade técnica.

O CEBRASPE TRABALHA PARA OFERECER O MELHOR!

- Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, marque, na **Folha de Respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a Folha de Respostas, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.
- Caso haja item(ns) constituído(s) pela estrutura **Situação hipotética**: ... seguida de **Assertiva**: ..., os dados apresentados como situação hipotética deverão ser considerados premissa(s) para o julgamento da assertiva proposta.
- Eventuais espaços livres — identificados ou não pela expressão “Espaço livre” — que constarem deste caderno de prova poderão ser utilizados para rascunho.

PROVA OBJETIVA

Com base nas recomendações do projeto Acerto, julgue os itens a seguir.

- 1 A ingestão de líquido claro composto de carboidratos deve ser incentivada duas horas antes das cirurgias.
- 2 O volume máximo de líquidos a ser prescrito no pós-operatório é de 40 mL/kg.
- 3 A lavagem mecânica do cólon é mandatória em procedimentos de ressecção do intestino grosso.
- 4 É preconizado jejum de 12 horas para procedimento cirúrgico eletivo.
- 5 Para profilaxia de trombose venosa profunda, é recomendada a mobilização ultraprecoce.

Com relação à anatomia de nervos, julgue os itens que se seguem.

- 6 Os nervos laríngeos recorrem do vago sob as artérias subclávias de anterior para posterior, correndo no sulco traqueoesofageano até penetrar na laringe, logo acima da metade posterior da cartilagem cricoide.
- 7 Os dois grandes nervos que cruzam o tórax no sentido craniocaudal são o décimo par craneano e o frênico.
- 8 Os nervos vagos correm no pescoço, entre a carótida e a jugular, e, no tórax, correm lateralmente ao esôfago e entram no abdome, o direito anterior e o esquerdo posterior a este órgão.
- 9 O nervo frênico corre em sentido craniocaudal, na frente do hilo pulmonar, e penetra o diafragma, subdividindo-se em um ramo anterior e outro posterior na face abdominal do órgão. Essa característica explica o sinal de Kehr.
- 10 A eferência da dor visceral é via simpática em nervos que correm paralelos às artérias do intestino delgado e penetram a medula em L2 e L1.

A respeito das práticas de prevenção de infecção de sítio cirúrgico, julgue os itens subsequentes.

- 11 Antes de se submeter a cirurgia, o paciente deve tomar banho com degermante e fazer antisepsia preferencialmente com iodóforos em solução aquosa, para evitar irritação na pele preparada.
- 12 Deixou de ser preconizada a segunda dose de antibiótico profilático em cirurgias prolongadas.
- 13 O uso de escova para antisepsia das mãos é inadequado. Deve-se esfregá-las com sabão a base de clorhexidina ou com preparado de álcool.
- 14 Recomenda-se o uso de moxifloxacino em pacientes de alto risco, por sua ação em germes anaeróbicos.
- 15 O controle cirúrgico de foco deve ser realizado preferencialmente dentro de 24 horas após o diagnóstico, instituindo-se o antibiótico em até 60 minutos desde o diagnóstico.

Acerca do uso de antibióticos em infecções intra-abdominais, julgue os próximos itens.

- 16 Nas afecções não traumáticas, a perfuração de víscera é o ponto de corte para uso de tratamento em vez de profilaxia.
- 17 O tratamento de infecções intra-abdominais com uso de antibióticos deve ter curta duração, não devendo ultrapassar 4 dias.
- 18 Não se recomenda uso empírico de ampicilina-sulbactam para infecções intra-abdominais.
- 19 Recomenda-se o uso de tigeciclina em pacientes de alto risco.
- 20 Está preconizada a laparotomia programada para casos de peritonite difusa e o antibiótico deve ser mantido enquanto houver procedimentos programados.

Um homem de vinte e sete anos de idade deu entrada no pronto-socorro cirúrgico com quadro de dor abdominal persistente havia 3 dias. A dor tinha iniciado em epigástrio; após 12 horas, fixara-se na fossa ilíaca direita; e, em torno de 10 horas, espalhara-se para todo o abdome. O paciente apresentava vômito e sinais de irritação peritoneal. Em laparoscopia, foi observada secreção purulenta em toda a cavidade, apêndice vermiforme perfurado em ponta, mas base cecal sem alterações. Foi realizada apendicectomia e lavagem da cavidade, sem intercorrências. Nesse procedimento, que durou 1 hora e 45 minutos, o anestesista infundiu no paciente 1.000 mL de Ringer-lactato.

Considerando o caso clínico precedente, julgue os itens a seguir.

- 21 O regime antibiótico adequado para esse paciente deve prevenir ciprofloxacino e metronidazol antes da incisão na pele, devendo-se suspendê-lo no pós-operatório.
- 22 No pós-operatório desse paciente, preconiza-se volume total de líquidos na dosagem de 20 mL por kg de peso corporal.
- 23 A prescrição de potássio no pós-operatório imediato desse paciente não é necessária, em razão de a insulina estar com liberação reduzida.
- 24 A alimentação só deverá ser liberada para esse paciente quando ele liberar *flatus* ou, preferencialmente, evacuar.
- 25 No caso em apreço, a deambulação só deve ser incentivada 24 horas após a cirurgia.

A colecistectomia videolaparoscópica para tratamento da colelitíase é um dos procedimentos mais frequentemente realizados pelo cirurgião geral. Durante a realização desse procedimento, o cirurgião pode encontrar algumas dificuldades técnicas. A respeito desse assunto, julgue os itens a seguir.

- 26 São fatores de risco para lesão de via biliar profissional com menos de quarenta colecistectomias laparoscópicas realizadas como cirurgião principal, colecistite aguda, anomalia da via biliar e uso de material inadequado.
- 27 É obrigatória a realização da colangiografia intraoperatória durante a colecistectomia em pacientes portadores de vesícula intra-hepática total, procedimento fundamental para a segurança da identificação das variações da anatomia da região.
- 28 Não há modificação na técnica de inserção dos trocárteres nos pacientes hepatopatas.
- 29 A colecistectomia videolaparoscópica pode ser realizada sem restrição nos pacientes portadores de pneumopatia que sejam retentores crônicos de CO₂.

As colostomias são utilizadas para desviar o trânsito intestinal, no controle das lesões traumáticas e obstrutivas (origem diverticular e tumoral) dos cólons transversos, esquerdo e direito. Com relação a complicações dos estomas intestinais, julgue os itens que se seguem.

- 30 A retração da colostomia, observada precocemente, está relacionada com mobilização inadequada do cólon, presença de mesentério espesso e pesado, uso de corticoides, imunossupressão e desnutrição.
- 31 A hérnia paraestomal é mais frequente após as ileostomias do que após colostomias, ocorrendo mais frequentemente quando o posicionamento do estoma é realizado na incisão da laparotomia e quando a confecção de estomas é realizada em cirurgias de urgência.

A respeito da ressecção endoscópica de adenocarcinoma gástrico precoce, julgue os itens subsequentes.

- 32 O ultrassom endoscópico é um exame de rotina que deve ser realizado na avaliação de lesões superficiais, antes da ressecção endoscópica.
- 33 Adenocarcinoma indiferenciado intramucoso, sem úlcera, e adenocarcinoma menor que 2 cm são indicações estendidas de ressecção endoscópica, segundo os critérios de Gotoda.
- 34 Nos pacientes portadores de adenocarcinoma bem diferenciado restrito à camada mucosa, sem ulceração e com diâmetro de 2 cm, sem invasão vascular, a mucosectomia e a dissecação submucosa apresentam resultados semelhantes no que se refere aos critérios de cura após ressecção.

O trauma cervical corresponde a cerca de 5% e 10% de todos os traumas, com uma mortalidade global em torno de 10%. O conhecimento anatômico é de suma importância para a correta abordagem das lesões traumáticas da região cervical. Com relação ao trauma cervical, julgue os próximos itens.

- 35 São sinais maiores de lesão cervical: escape de ar pelo local da lesão, hematoma pulsátil ou em expansão, sopro na ausculta ou frêmito, e enfisema subcutâneo extenso.
- 36 A angiotomografia computadorizada é considerada o método diagnóstico preferencial para o diagnóstico das lesões vasculares cervicais.
- 37 A base do tratamento das lesões traqueais ainda é a sutura, porém as lesões menores que 2 cm apenas da mucosa, com boa aposição das bordas, sem perda tecidual e sem escape de ar podem ser tratadas de forma conservadora, sem a necessidade da realização de sutura.
- 38 As lesões penetrantes do esôfago cervical devem ser tratadas com sutura em dois planos, fechamento da cervicotomia por planos, drenagem, em casos selecionados, e antibioticoterapia de largo espectro.

Um paciente em pós-operatório tardio de gastroplastia deu entrada ao pronto-socorro por ter apresentado quadro de enterorragia, com repercussão hemodinâmica. Após a realização da ressuscitação volêmica, com boa resposta, o paciente foi transferido para unidade de terapia intensiva. Foi realizada endoscopia digestiva alta, pela qual se identificou uma úlcera na parte intestinal da anastomose gastrojejunal, com coágulo aderido. Foram realizadas exaustiva irrigação, sem deslocamento do coágulo, e injetoterapia com 20 mL de solução hipertônica de adrenalina 1:20.000 + glicose 25%, com boa resposta.

Acerca do caso clínico precedente, julgue os itens a seguir.

- 39 Não é obrigatório, nesse caso, o *second look* endoscópico 48 h após o procedimento.
- 40 Deveria ser realizada obrigatoriamente outra terapia endoscópica associada nesse caso.

Paciente de setenta e cinco anos de idade, hígida, foi submetida à endoscopia digestiva, pela qual se identificou a presença de lesão submucosa na parede posterior do fundo gástrico, medindo 27 mm × 30 mm. A paciente foi submetida posteriormente a ecoendoscopia, com realização de biópsia por punção. O exame histopatológico mostrou GIST gástrico com 10 mitoses/50 CGA. A imuno-histoquímica mostrou CD117 +, DOG-1 + e SMA -. Tomografia computadorizada de abdome com contraste não evidenciou acometimento ganglionar ou metástases hepáticas.

Tendo o caso clínico precedente como referência, julgue os itens seguintes, a respeito da conduta terapêutica.

- 41 A paciente apresenta critérios de indicação de tratamento cirúrgico com ressecção por videolaparoscopia.
- 42 Se a abordagem cirúrgica for realizada, a conduta adequada será a ressecção em cunha do estômago com linfadenectomia associada.

Um paciente de cinquenta e cinco anos de idade fora submetido a cura cirúrgica do refluxo com realização de funduplicadura a Nissen Rossetti havia oito anos. O paciente teve ganho ponderal importante após o procedimento, tendo passado a apresentar IMC de 36. Encontrava-se assintomático até um ano atrás, quando passou a apresentar queimação retroesternal, episódios de disfagia e regurgitação. Foi submetido a endoscopia digestiva alta, que identificou esofagite erosiva por refluxo grau C de Los Angeles, alargamento da hiato-plastia com migração da válvula, com a mesma torcida, frouxa e localizada acima do pinçamento do diafragma.

A respeito do quadro clínico apresentado, julgue os itens que se seguem.

- 43 O paciente referido apresenta três das principais indicações para reoperação: recidiva da doença do refluxo gastroesofágico, disfagia e hérnia paraesofágica.
- 44 Está indicado, como tratamento inicial, o uso de inibidor de bomba de prótons de forma contínua, visto que a mortalidade e a morbidade são maiores com a realização da reoperação, cujo sucesso chega, no máximo, a 60% em centros de referência.
- 45 Uma opção terapêutica possível, caso haja anuência do paciente, é a realização de redução gástrica com derivação gastrojejunal em Y de Roux.

Com relação ao traumatismo abdominal contuso com lesão de vísceras parenquimatosas, julgue os próximos itens.

- 46 A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica é um exame mais sensível e específico que a tomografia computadorizada para identificação de lesão do ducto Wirsung em pacientes vítimas de traumatismo pancreático com lesão do ducto Wirsung de forma associada.
- 47 Durante a abordagem cirúrgica do trauma hepático, quando há sangramento vindo do parênquima hepático em uma laceração mais profunda, pode ser utilizada a manobra de Pringle. A interrupção do sangramento após o início dessa manobra confirma que a origem do sangramento são ramos da artéria hepática ou ramos da veia porta.
- 48 Na maioria dos casos, pode ser adotada conduta conservadora para o trauma esplênico, sendo essa conduta contraindicada quando o paciente apresentar rebaixamento do nível de consciência e traumatismo penetrante.
- 49 Durante laparotomia exploradora de trauma abdominal, as lesões esplênicas grau III e grau IV devem ser abordadas com sutura e colocação de *patch* de omento ou segmentectomia.
- 50 O tratamento cirúrgico de lesões duodenopancreáticas complexas em pacientes com distúrbio hemodinâmico deve ser realizado nas seguintes etapas: controle do sangramento e da contaminação, transferência do paciente para a terapia intensiva, com reabordagem cirúrgica apenas 72 h depois.

Um homem de quarenta e dois anos de idade, previamente hígido, foi admitido no serviço de emergência de um hospital terciário, com quadro de hematêmese iniciado havia cerca de duas horas.

Acerca desse caso clínico e de aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 51 A causa mais frequente de hemorragia digestiva alta é a doença ulcerosa péptica.
- 52 Pacientes com evidência clínica de hemorragia digestiva alta devem ser submetidos a endoscopia digestiva alta em até 24 h desde a sua admissão hospitalar.
- 53 A terapia endoscópica deve ser instituída se o sangramento estiver ativo ou se tiver cessado e houver alto risco de novo sangramento.
- 54 Caso o referido paciente apresente novo sangramento após a primeira endoscopia, deverá ser instituído o tratamento cirúrgico, pois a realização de uma segunda endoscopia retardaria o tratamento definitivo e aumentaria a probabilidade de morbimortalidade.
- 55 Caso o referido paciente necessite ser submetido a abordagem operatória para tratamento de hemorragia digestiva alta proveniente de úlcera duodenal, deverá ser realizada a ressecção completa da úlcera, devido ao potencial risco de malignidade da lesão.
- 56 Paciente com sangramento de úlcera na parede posterior do bulbo duodenal devido a erosão da artéria pancreático-duodenal deverá ser submetido a duodenopancreatectomia, pois a ligadura de tal artéria compromete significativamente a irrigação sanguínea do pâncreas.

A respeito dos fatores de risco para desenvolvimento de câncer gástrico, julgue os itens que se seguem.

- 57 Os pólipos gástricos adenomatosos estão associados ao uso crônico de inibidores da bomba de prótons e não devem ser ressecados caso sejam menores que 2 cm.
- 58 Há sinergia entre a infecção por *H. pylori* e o potencial carcinogênico dos alimentos ricos em nitratos: o *H. pylori* promove o crescimento de bactérias que produzem N-nitroso e inibe a secreção de ácido ascórbico.
- 59 Comparados à população geral, pacientes com câncer colorretal hereditário não polipoide apresentam risco mais elevado de ter adenocarcinoma gástrico.
- 60 A infecção por *H. pylori* é fator de risco para o desenvolvimento de câncer gástrico, devido à ocorrência de metaplasia intestinal na mucosa gástrica e sua possível progressão para adenocarcinoma gástrico tipo intestinal.
- 61 O câncer gástrico tipo difuso frequentemente apresenta elevada instabilidade microssatélite, por isso apresenta pior prognóstico que o tipo intestinal.

Com relação às características clínicas e radiológicas de neoplasias hepáticas benignas, julgue os itens subsecutivos.

- 62 Hiperplasia nodular focal é o segundo tumor hepático benigno mais frequente. Sua ressecção deve ser considerada sempre que os exames de imagem não demonstrarem a presença de cicatriz central.
- 63 O acompanhamento do quadro de pacientes com diagnóstico de hiperplasia nodular focal maior que 5 cm deve prever a realização de exames de imagem seriados, devido ao risco de degeneração maligna.
- 64 Hamartomas mesenquimais são tumores raros, geralmente solitários, que acometem mais frequentemente o lobo direito do fígado.
- 65 O adenoma hepatocelular é diagnosticado predominantemente em mulheres jovens e está associado ao uso de hormônios esteroides, bem como ao uso prolongado de contraceptivos orais.

Com relação ao câncer esofágico, julgue os próximos itens.

- 66 Lesões T1a com baixa probabilidade de metástases linfonodais são adequadamente tratadas com ressecção endoscópica da mucosa.
- 67 A ablação por radiofrequência é efetiva para a erradicação do esôfago de Barrett e da displasia celular, contudo essa técnica apresenta maior taxa de complicações que a terapia ablativa fotodinâmica.
- 68 A ultrassonografia endoscópica é mais precisa que a tomografia computadorizada para a avaliação da extensão de tumor primário, porém não é eficaz para o diagnóstico de metástases linfonodais.
- 69 A quimioterapia neoadjuvante (quimioterapia seguida por tratamento operatório) tem boa eficácia no tratamento de pacientes com adenocarcinoma de esôfago localmente avançado, porém sua eficácia é baixa no tratamento de pacientes com carcinoma de células escamosas localmente avançado.

Acerca das hérnias de parede abdominal, julgue os itens a seguir.

- 70 Após reparo anterior aberto de hérnia inguinal, pode ocorrer orquite isquêmica devido a trombose das veias do plexo pampiniforme, o que geralmente causa atrofia testicular.
- 71 A complicação mais frequente do reparo anterior aberto de hérnia inguinal é a dor crônica.
- 72 A chance de encarceramento da hérnia de Spiegel geralmente é baixa, por ela estar localizada abaixo da aponeurose do músculo oblíquo externo.
- 73 Uma das vantagens do reparo de hérnias ventrais por laparoscopia é a redução da taxa de infecção de sítio cirúrgico.
- 74 O tratamento cirúrgico das hérnias inguinais indiretas é mandatório: mesmo hérnias pequenas e assintomáticas apresentam grandes chances de encarceramento, devido ao colo estreito desse tipo de hérnia.
- 75 Diferentemente das hérnias umbilicais que surgem em crianças, a hérnia umbilical de adultos geralmente é adquirida, e seu desenvolvimento está associado a condições que causam aumento da pressão intra-abdominal.

A respeito da anatomia e fisiologia do esôfago e da abordagem cirúrgica desse órgão, julgue os itens a seguir.

- 76 A transição dos músculos circulares do esôfago para os músculos oblíquos do estômago é denominada colar de Helvetius.
- 77 A fase final do percurso dos alimentos no trânsito pelo esôfago é o esfíncter esofágico superior.
- 78 Embora não seja um exame específico para diagnóstico de câncer, o esofagograma deve ser realizado em pacientes com disfagia e suspeita de câncer de esôfago.
- 79 Para a realização da esofagectomia transtorácica, cirurgia para ressecar o esôfago doente, basta uma única incisão, no tórax direito.

Com relação ao abdome agudo, sua sintomatologia, exames diagnósticos e procedimentos, julgue os itens que se seguem.

- 80 Abdome agudo é uma manifestação clínica que se caracteriza por dor e sensibilidade abdominal e que geralmente não requer procedimento cirúrgico de emergência.
- 81 Os casos em que a dor abdominal aguda tem etiologia clínica dispensam intervenção cirúrgica.
- 82 O diagnóstico de dor abdominal aguda mediante laparoscopia diagnóstica exige a realização de laparotomia, mesmo que o paciente esteja criticamente doente.
- 83 Recursos tecnológicos têm sido úteis ao diagnóstico das causas de abdome agudo, mas não substituem a importância do histórico e do exame físico do paciente.

A respeito do intestino delgado e de doenças que o acometem, julgue os itens subsecutivos.

- 84** A doença de Crohn é uma doença inflamatória aguda sem causa aparente.
- 85** O tratamento cirúrgico em pacientes com doença de Crohn tem que ser específico: apenas o segmento do intestino envolvido na complicação deve ser ressecado.
- 86** Os divertículos do duodeno são os divertículos adquiridos mais comuns, enquanto o divertículo de Meckel é o mais raro divertículo congênito do intestino delgado.
- 87** A síndrome do intestino curto, decorrente de uma ressecção maciça do intestino delgado, torna esse órgão incapaz de manter a nutrição adequada do paciente.
- 88** É uma condição bastante comum a síndrome da artéria mesentérica superior, que consiste na compressão da terceira porção do duodeno pela artéria mesentérica superior.

Julgue os próximos itens, a respeito do cólon e do reto.

- 89** O diâmetro do cólon direito é maior que o do cólon esquerdo, e a flexura esplênica é mais alta que a flexura hepática.
- 90** Grande parte dos casos de vólvulo colônico é causada pelo vólvulo do sigmoide.
- 91** O uso do eletrocautério na técnica de fulguração erradica o câncer, destruindo apenas o tumor e preservando a parede retal.
- 92** Uma das técnicas cirúrgicas mais recentes para corrigir o prolapso retal é a cerclagem, à qual recentemente foi incorporado o uso de fio de prata.
- 93** Retocele é uma projeção anormal do reto posterior, desde o reto distal até o canal anal distal.
- 94** Paciente submetido a ressecção laparoscópica colônica sente pouca dor no pós-operatório, necessita de pouco tempo de hospitalização e pode retornar precocemente a suas atividades habituais.

Acerca de doenças do aparelho urológico, julgue os itens a seguir.

- 95** A doença de Fournier é uma fasciite necrosante do períneo e da genitália masculina que nunca evolui rapidamente.
- 96** Em caso de torção testicular, o diagnóstico e a intervenção devem ser rápidos, para que se mantenha a viabilidade do testículo.
- 97** Em paciente com nefrolitíase, os cálculos podem ser de cálcio, de ácido úrico, de estruvita e de cistina, contudo é impossível que, em um único cálculo, haja combinação desses diferentes tipos de cálculo.
- 98** A hiperplasia benigna da próstata gera aumento de nictúria, hesitação, urgência e fraco jato urinário.
- 99** O quadro de pacientes com carcinomas de células renais raramente é sintomático.
- 100** Tumores malignos de testículo são mais comuns na faixa etária de 15 a 35 anos.

Espaço livre