

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
CAMPUS DE PATOS - PB



HOSPITAL VETERINÁRIO

PROCESSO SELETIVO PARA PÓS-GRADUAÇÃO
***Lato Sensu* – RESIDÊNCIA MÉDICA VETERINÁRIA**

DIA - 12/11/2017

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

CIRURGIA DE PEQUENOS ANIMAIS



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM MEDICINA VETERINÁRIA**

HOSPITAL VETERINÁRIO

CIRURGIA DE PEQUENOS ANIMAIS

GABARITO DO CANDIDATO

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

CIRURGIA DE PEQUENOS ANIMAIS

01 Deu entrada no HV, uma gata, SRD, fêmea, inteira, 2 anos, 2,3 kg. Na anamnese foi relatado que o animal apresentava falta de apetite há 3 dias e respirava com dificuldade. Dorme em decúbito esternal com relutância ao movimento. Exame físico: atitude e estado mental equilibrado, condição corporal adequada, respiração 47 rpm, dispnéia pendular, paroxística, marcado componente abdominal e torácico; pulso forte, mucosas rosadas, TRC inferior a dois segundos, desidratação menor que 5%, linfonodos sem alterações, palpação abdominal: “abdômen parece vazio”, auscultação cardíaca “abafada”. Sinais clínicos: Hiporexia com três dias de duração, dispnéia paroxística. Na avaliação radiográfica observou-se conteúdo abdominal na cavidade torácica com sinais de peristaltismo intestinal. O diagnóstico foi de:

- a) Hérnia diafragmática. b) Quilotorax. c) Pneumotorax.
d) Contusão pulmonar. e) Torsão pulmonar.

02 Deu entrada no HV, cão, Labrador, macho, castrado, 10 anos, 35 kg. Na anamnese foi constatado: claudicação membro pélvico direito aguda. Habita em casa com jardim, existem outros animais coabitantes (gatos e um cão). Desde ontem que não apoia o membro pélvico direito. A proprietária informou episódio de brincadeira, perseguição do gato do vizinho, de repente, enquanto saltava o degrau o animal vocalizou fortemente e de imediato ficou com o membro pélvico direito esticado. Desde então, furta-se a apoiar o membro em movimento, claudicando, mas apoia em estação. Exame físico: relutância em apoiar o membro pélvico direito (MPD). Estado mental e temperamento equilibrados, condição corporal gordo (4/5), respiração superficial tipo costoabdominal, 25 rpm, pulso forte, ritmado, 64 ppm, temperatura 38 °C, mucosas rosadas, TRC inferior a 2 segundos, desidratação inferior a 5%; linfonodos, palpação abdominal e auscultação cardíaca sem alterações. Exame locomotor: claudicação grau IV, inspeção e palpação dos membros pélvicos: efusão cápsula articular do joelho direito, musculatura sem atrofia, prova da gaveta positiva no MPD, sinal ortolani negativo. Os achados radiográficos demonstraram deslocamento cranial da tíbia. O diagnóstico foi de:

- a) Displasia coxo-femoral. b) Luxação de patela cranial. c) Ruptura de ligamento cruzado cranial.
d) Ruptura de ligamento colateral lateral. e) Avulsão da crista tibial.

03 Foi atendido no HV/UFCG um canino da raça Pastor Alemão, com sete anos de idade, macho, pesando 35kg, o qual apresentava um aumento de volume na região mandibular ventral, de consistência macia de aproximadamente 10 cm de diâmetro. Segundo o proprietário, havia uma evolução de um mês e não relatou trauma. Procedeu-se a punção dessa massa para análise citológica que evidenciou conteúdo salivar. Baseando-se na anamnese, no exame físico e complementar, suspeitou-se de sialocele da glândula mandibular, ficando indicado como tratamento a realização da sialoadenectomia. Como medida pré-operatória, preconizou-se a realização de exames pré-cirúrgicos básicos necessários, os quais não evidenciaram qualquer alteração digna de nota. Foi recomendado para a cirurgia. O tratamento para essa enfermidade é:

- a) Punção do conteúdo salivar.
b) Abertura elíptica do aumento de volume, retirada da saliva e introdução de dreno.
c) Exérese da glândula sublingual e mandibular.
d) Exérese da glândula mandibular apenas.
e) Exérese da glândula zigomática.

04 Deu entrada no HV/UFCG um cão da raça Akita, sexo feminino, 12 anos de idade apresentando prostração e choque. O animal encontrava-se deitado em decúbito lateral apresentando exaustão muscular e apatia. Ao exame físico observou-se aumento abdominal, dispnéia, percussão abdominal com som timpânico, mucosas hipocoradas, levando a suspeita de dilatação vólculo gástrica. O diagnóstico definitivo foi realizado através de exame complementar com raio-X. Neste foram encontrados achados sugestivos clássicos de dilatação vólculo gástrica como distensão excessiva do estômago, caracterizado por área interna radioluscente mais compartimentação por tecido mole. Juntamente com o raio-X também foi solicitado hemograma. Os principais achados foram: número de plaquetas 30.000/ul e presença de neutrófilos com granulações tóxicas e macroplaquetas. Os primeiros tratamentos que devem ser executados nesses pacientes são:

- a) Administração por via oral de antibióticos.
b) Descompressão do estômago para remover gases e fluidos e administração de fluidoterapia.
c) Administração de procinéticos.
d) Puncionar o 8 espaço intercostal direito e fazer descompressão torácica.
e) Laparotomia exploratória.

05 Foi atendido no HV-UFCG, um canino, macho, SRD, em torno de 3 anos de idade, de 12 kg, com histórico de atropelamento há aproximadamente 3 dias. Segundo a informação da proprietária o animal não apoiava o membro torácico direito e quando a região era manipulada demonstrava sinais de dor e agressividade. Durante a anamnese foi relatado que o animal havia sido atropelado. Ao exame físico o canino apresentava-se normal a auscultação, hidratado, temperatura retal de 37,6C, mucosas normocoradas, edema no membro anterior direito, mais precisamente na região do rádio, dor frente à palpação e resposta sensorial ao pinçamento dos dedos. Os exames complementares solicitados foram hemograma e bioquímico, como uréia, creatinina, fosfatase alcalina e alanina aminotransferase. O paciente foi então encaminhado para a realização de exames radiográficos no membro afetado, nas posições látero-lateral e caudocranial. Constatou-se a presença de uma fratura completa diafisária transversal de rádio e ulna. O tratamento correto para esta fratura é a utilização de:

- Um pino intramedular de steinmann no rádio.
- Dois pinos intramedulares de steinmann na rádio e ulna.
- Placa óssea de reconstrução na ulna.
- Placa de compressão dinâmica no rádio com efeito compressivo.
- Fixação dos fragmentos com fios de aço no rádio e ulna.

06 Foi atendido um cão, macho, Labrador Retriever, 9 meses de idade, com queixa de claudicação de início agudo do membro torácico direito, sem histórico de trauma externo. Ao exame ortopédico observou-se dor à hiperextensão e hiperflexão do ombro bilateralmente, porém mais evidente no ombro direito. O exame do carpo e cotovelo não revelou nenhuma alteração digna de nota. Marque a alternativa que evidencia a principal suspeita diagnóstica e o melhor tratamento, caso a suspeita seja confirmada, respectivamente:

- Doença do compartimento medial e osteotomia ulnar associada à aplicação da placa PAUL.
- Ossificação incompleta do côndilo umeral e parafuso intercondilar.
- Osteocondrite dissecante do úmero proximal e remoção do flap associada à curetagem da lesão.
- Fragmentação do processo coronóide e fixação do processo coronóide com parafuso.
- Calcificação do tendão supraespinhoso e remoção cirúrgica da calcificação.

07 Um cão, Labrador, 1 ano de idade, com locomoção alterada no membro pélvico esquerdo, foi atendido no Hospital Veterinário da UFCG durante aula prática, pelo residente da cirurgia de pequenos animais. Durante o exame ortopédico, observou-se luxação lateral de patela grau IV. O paciente foi anestesiado e encaminhado para setor de radiologia, onde imagens perfeitamente posicionadas revelaram deformidades femorais (torção interna e valgo) e tibiais (torção interna) significativas. Com base no caso acima, quais técnicas cirúrgicas você recomendariam?

- Trocleoplastia e imbricação do retináculo medial.
- Trocleoplastia, imbricação do retináculo medial, liberação do retináculo lateral (desmotomia) e transposição da crista tibial.
- Osteotomia femoral corretiva, transposição lateral da crista tibial (ou osteotomia corretiva da tíbia), trocleoplastia, imbricação do retináculo lateral e liberação do retináculo medial.
- Osteotomia femoral corretiva, transposição medial da crista tibial (ou osteotomia corretiva da tíbia), trocleoplastia, liberação do retináculo lateral e imbricação do retináculo medial.
- Desinserção do sartório.

08 Em relação à afecção displasia do cotovelo assinale a alternativa INCORRETA:

- A incongruência articular é a principal causa da displasia do cotovelo e a osteotomia corretiva é o tratamento cirúrgico de eleição;
- Incongruência do cotovelo devido ao rádio curto ou longo (após processo ancôneo já fusionado), incongruência do sulco ulna e tensão exercida pelo músculo bíceps na ulna proximal são as principais causas da fragmentação do processo coronóide;
- A osteocondrite dissecante do côndilo umeral é a manifestação clínica da osteocondrose no qual um flap de cartilagem se separa (completo ou incompleto) e fica livre na articulação levando a inflamação da superfície articular;
- A não união do processo ancôneo é uma doença que acomete cães de grande porte, ocasionada por assimetria do comprimento radioulnar (ulna longa) e tratamento cirúrgico preconiza osteotomia de encurtamento da ulna;
- A doença do compartimento medial é o resultado final da displasia do cotovelo no qual o paciente apresenta lesões severas no côndilo medial do cotovelo manifestadas como osteoartrite.

09 Um cão, macho, 1 ano de idade, foi atropelado e posteriormente atendido no serviço de traumatologia da UFCG. Após o exame neurológico, o paciente foi submetido ao exame radiográfico e observou-se fratura com moderado deslocamento entre L4 (quarta vértebra lombar) e L5 (quinta vértebra lombar). Diante da observação das imagens, os médicos veterinários que estavam atendendo o paciente, conversando sobre o caso, chegaram a diversas conclusões. Qual das alternativas abaixo indica a definição correta sobre o paciente supracitado?

- Provavelmente, esse animal não vai apresentar sequelas graves, pois a medula espinhal no cão apresenta como limite caudal a vértebra L4, tendo envolvimento apenas da cauda equina.
- É provável que a lesão seja muito grave, pois envolveu a cauda equina, especialmente o nervo femoral.
- A lesão em questão envolve a intumescência lombar, com conseqüente lesão grave na origem dos neurônios motores inferiores que saem dessa região, uma vez que a medula espinhal no cão se estende até o nível da vértebra S2.
- O paciente deve ter sofrido uma lesão considerada grave, e que envolve a medula espinhal, pois no cão, a medula apresenta como limite final a vertebral L7, estando os segmentos medulares S1, S2 e S3 sobre a vértebra L5. Apesar dos últimos segmentos medulares acabarem sobre a vértebra L5, o cone medular representa a parte caudal da medula espinhal que vai até o nível de L7.
- Com certeza esse animal não vai apresentar sequelas graves, pois mesmo que a lesão tenha envolvido a região da cauda equina, o que é provável pelo local da lesão, o nervo isquiático que passa nessa região, tem papel insignificante na locomoção e na flexão dos membros pélvicos.

10 Um cão, 8 meses, Yorkshire Terrier, foi atendido no Hospital Veterinário após encaminhamento de um colega veterinário, com queixa de dor cervical. Segundo o colega, a principal suspeita clínica era de hérnia de disco entre C1 (atlas) e C2 (axis). Marque a alternativa que representa a melhor explicação sobre a suspeita supracitada:

- O colega está correto, pois a chance de hérnia de disco entre C1 e C2 é muito alta em cães dessa raça, especialmente quando há lesão do ligamento atlantoaxial dorsal.
- O colega está equivocado, pois animais não têm hérnia de disco entre C1 e C2, uma vez que essas vértebras são fusionadas.
- O colega está correto, pois o disco intervertebral entre C1 e C2 possui um ânulo fibroso dorsal muito fino, o que favorece a herniação do disco.
- O colega está equivocado, pois entre C1 e C2 não há disco intervertebral, uma vez que a estabilidade é mantida por meio de dois ligamentos, o atlantoaxial dorsal e o ligamento amarelo.
- O colega está equivocado, pois entre C1 e C2 não há disco intervertebral, uma vez que a estabilidade é mantida por meio de quatro ligamentos, o atlantoaxial dorsal, transverso, alares e apical.

11 Cão, sem raça definida, macho, 2 anos de idade foi atendido no HV com histórico de claudicação intensa e deformidade congênita do membro torácico esquerdo. No exame clínico foi verificada separação óssea e de tecidos moles entre o segundo e terceiro dígitos, estendendo-se proximalmente até a região do rádio e da ulna, associada a contratura dos músculos flexores do antebraço, encurtamento do membro, dor, crepitação durante a flexão do cotovelo. O paciente foi encaminhado para exame radiológico nas projeções antero-posterior e médio-lateral do membro afetado, onde foi constatada a separação dos tecidos moles e ósseos caracterizando a má formação congênita. Diante do descrito acima, qual o diagnóstico:

- Hidropsia fetal.
- Fenda interdigital.
- Agenesia sacrococcígea.
- Ectrodactilia.
- Apodia.

12 Um canino, macho, três anos de idade, sem raça definida e pesando 7kg foi levado ao HV/UFCG por apresentar regurgitação, disfagia, salivação excessiva e inapetência. No histórico do animal constava ingestão de osso há sete dias. Durante a realização do exame físico, observou-se apatia, desidratação, sialorréia e temperatura retal de 38,5°C. Para avaliação do estado geral do paciente foram solicitados hemograma completo e radiografia simples da região cervical. A radiografia torácica lateral evidenciou um corpo estranho esofágico na base do coração e o procedimento cirúrgico para remoção do mesmo foi realizado no próprio dia. O paciente, em jejum alimentar de 12 horas e com a área cirúrgica tricotomizada, foi encaminhado para o centro cirúrgico. Qual acesso cirúrgico deve-se fazer para retirada do corpo estranho:

- a) Abdominal.
- b) Segundo espaço intercostal esquerdo.
- c) Quarto espaço intercostal direito.
- d) Decimo primeiro espaço intercostal esquerdo.
- e) Decimo primeiro espaço intercostal direito.

13 Foi atendido no HV-UFCG, um animal da espécie felina, macho, não castrado, sem raça definida, quatro anos de idade, pesando 4,3 Kg, que segundo informações do proprietário saiu de casa e retornou após dois dias, apresentando discreto sangramento oral e dificuldade na apreensão dos alimentos. Ao exame clínico geral do paciente, não foi detectada nenhuma alteração significativa no estado de saúde. Observou-se incapacidade em fechar a boca, discreta ptose lingual direita, fratura (sem exposição pulpar) do dente canino inferior direito e aumento de linfonodos submandibulares. Pela palpação mandibular notou-se instabilidade entre as hemimandíbulas, sendo diagnosticada disjunção de sínfise mandibular com exposição óssea. Qual o tratamento preconizado para reparação da lesão?

- a) Placa de reconstrução óssea unindo as duas mandíbulas.
- b) Fio de aço unindo as hemimandíbulas.
- c) Pino de rush transfixando as duas hemimandíbulas.
- d) Fixador externo do tipo II.
- e) Parafuso cortical sem efeito compressivo.

14 Deu entrada no HV-UFCG uma paciente, da espécie canina, SRD, 8kg de peso. Durante a anamnese, ficou constatado que o animal havia acasalado em janeiro, tendo o coito sido bruscamente interrompido no final, ao jogarem água nos cães. Após nove meses não apresentava sintoma de prenhez. Porém, nas últimas semanas a proprietária observou que o abdômen da cadela crescia rapidamente. Durante o exame clínico foi observado abdômen estava bastante distendido, temperatura corpórea normal, mucosas normocoradas e o tempo de perfusão normal. A cadela mostrava cansaço ao se deslocar e visível desconforto com o volume abdominal, porém com apetite normal. Na imagem radiográfica foi notado área de radiopaca com dilatação e na imagem ultrassonográfica não foi notado nada digno de nota. O animal foi encaminhado a laparotomia para diagnóstico e foi detectado que o animal apresentava torção uterina. O tratamento de escolha para esses casos é:

- a) Reverter a torção e suturar o corpo do útero na musculatura reta.
- b) Reverter a torção e suturar um dos cornos do útero na parede abdominal lateral.
- c) Ovariosalpingohisterectomia.
- d) Retirar o corno uterino afetado.
- e) Reposicionar o corpo e corno uterino.

15 Canino, fêmea, de dez anos de idade, 11 kg, da raça Cocker foi levado ao hospital veterinário apresentando histórico de secreção vulvar esverdeada há três dias, anorexia, adipisia, e o proprietário desconfiava de prenhez. Durante o exame clínico observou-se mucosas pálidas, desidratação e abdômen distendido. Foram realizados exame radiográfico simples abdominal e exames laboratoriais como hemograma, bioquímico e contagem plaquetária. A radiografia evidenciou a presença de seis fetos nos dois cornos uterinos e exames laboratoriais apresentavam anemia normocítica normocrômica, hematócrito de 15%, trombocitopenia, leucocitose com desvio a esquerda e linfopenia. O animal foi encaminhado para cirurgia e recebeu como medicação pré-anestésica tramadol IV (2 mg/kg) e fluidoterapia com Ringer lactato de sódio. Para indução anestésica foi estabelecido o uso de propofol (4 mg/kg) seguido de intubação orotraqueal com traqueotubo de número 7,0. A manutenção anestésica foi realizada com isoflurano a 2CAM, por meio de vaporizador calibrado sendo realizada epidural com lidocaína (1 mL/4kg). Logo após à indução anestésica foi administrada cefalotina IV (30 mg/kg) e o paciente foi mantido em ventilação mecânica sendo realizada transfusão sanguínea. Durante o transoperatório foi administrado metronidazol IV (50 mg/kg) e meloxicam SC (0,2 mg/kg). Foram aferidos a cada 5 minutos frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), temperatura retal (TR) e oximetria de pulso (SpO₂). A correta incisão que se faz para a retirados fetos é:

- a) No corno uterino direito. b) No corno uterino com mais fetos. c) No corno uterino esquerdo.
d) Longitudinal no corpo do útero. e) Transversal entre os cornos uterinos.

16 Deu entrada no HV/UFCG uma cadela, SRD, de oito meses de idade e seis quilos, com a queixa principal de incontinência urinária desde o nascimento. Após jejum alimentar sólido prévio de 24 horas, foi realizado o exame radiográfico simples nas projeções lateral direita e ventro-dorsal, com a técnica estabelecida em 65 kV por 6.0mAs. Após isso, foi realizada a urografia excretora, com a administração intravenosa de 15 ml de um contraste à base de solução iodada hidrossolúvel, na concentração de 300 mg/ml, através de um cateter de via periférica. Logo após a administração do contraste, foram realizadas radiografias nas projeções ventrodorsal e lateral direita, utilizando a mesma técnica estabelecida nas radiografias simples. Outras radiografias foram realizadas após cinco, dez, quinze, e vinte minutos, sendo constatado que o animal apresentava dilatação ureteral direita e desembocadura anormal do ureter. Os locais de inserção do ureter ectópico são, EXCETO:

- a) colo da bexiga. b) uretra media. c) uretra distal.
d) vagina. e) Pênis.

17 Um felino, fêmea de 13 anos de idade, da raça persa, castrado, pesando 2,5kg foi admitido para atendimento, com queixa clínica de cistite havia três anos e, no momento, apresentava apatia, êmese, hiporexia, hipodipsia e normúria. Foram realizados exames laboratoriais (hemograma e bioquímicos), observando-se leucocitose, além de creatinina e uréia aumentadas. Também foram realizados exames radiográfico e ultrassonográfico do abdômen. Ao exame radiográfico visibilizou-se presença de estrutura de maior radiopacidade em região de ureter esquerdo, medindo 0,6 cm x 0,3cm (comprimento x altura) pela projeção lateral, sugestivo de cálculo uretral. No exame ultrassonográfico não foi observada imagem que sugerisse a presença de cálculo em ureter, provavelmente devido a acentuada quantidade de conteúdo gasoso em alças intestinais, dificultando sua avaliação. No entanto, foram visibilizados rins com pelve dilatada, sugerindo hidronefrose e megaureter bilateral, indicativo de processo obstrutivo. Foi recomendado o procedimento cirúrgico de ureterotomia para retirada do cálculo. Nos casos de obstrução uretral por urólitos o procedimento recomendado é fazer:

- a) Ureterotomia e ureterorrafia com pontos isolados simples usando fio 4-0 (poliglecaprone).
b) Pielotomia com irrigação de solução fisiológica.
c) Nefrectomia unilateral.
d) Cistectomia parcial.
e) Ureterectomia total.

18) Foi atendida no HV/UFMG, uma gata, siamês, 12 anos, pesando 4 kg, castrada. A proprietária relatou durante a anamnese apatia, anorexia, oligodipsia, oligúria, e aparente desconforto respiratório. Ao exame clínico, o animal apresentava frequência cardíaca de 216 bpm, frequência respiratória de 140 mpm, com respiração abdominal, nódulos mamários na região torácica, sendo estes aderidos, áreas de silêncio pulmonar, à auscultação, os demais parâmetros fisiológicos estavam dentro dos valores normais. Suspeitando-se de metástase pulmonar, realizou-se exame radiográfico do tórax, confirmando a suspeita, o animal apresentava metástase pulmonar e efusão torácica. O diagnóstico histopatológico foi de adenocarcinoma. Nestas circunstâncias, quanto de margem lateral deve-se retirar de tecido para que não haja recidivas?

- a) 0,5cm. b) Entre a 1 a 3 cm. c) 7 cm.
d) Entre 5 a 7 cm. e) 10cm.

19) Está se realizando mensalmente no HV/UFMG cirurgias eletivas em fêmeas e machos para castração. Como classificar essas cirurgias quanto ao grau de contaminação?

- a) Limpa-contaminada. b) Contaminada. c) Infectada.
d) Limpa. e) Suja.

20) Um dos grandes problemas nas fraturas de rádio e ulna é a não união ou união retardada, esta complicação acontece por deficiência na vascularização, notadamente quando as fraturas são distais, por inadequada estabilização da fratura e infecção. Nesses casos é recomendável que se faça a enxertia de osso esponjoso para estimular a cicatrização óssea. Deste modo, dentre as alternativas abaixo, qual o local de coleta óssea que **NÃO** é indicado:

- a) Úmero. b) Ílio. c) Ulna distal. d) Tibia proximal. e) Fêmur distal.

21) Felino, macho, SRD, 9 anos de idade, 3,2 kg de peso, deu entrada no HV/UFMG com dificuldade de defecar. Segunda a proprietária o animal não defecava há vinte dias, apresentava tenesmo e realizando várias tentativas de defecar ao longo de um dia, sem êxito. Na última vez em que a proprietária relatou ter visto fezes do animal, notou a presença de pelos e ressaltou que este havia sido o seu primeiro episódio de constipação. Administrou óleo mineral e colocou supositório no paciente, sem prescrição de um profissional e que não surtiu resultados satisfatórios. Relatou ainda normodipsia, normúria, hiporexia e perda acentuada de massa corporal em pouco mais de 30 dias. Constatou-se grande quantidade de conteúdo fecal altamente radiopaco em toda a extensão do cólon (quadro compatível com fecaloma), além de possuir diâmetro maior que duas vezes o comprimento da sétima vértebra lombar, o que é compatível com quadro de megacólon. Na avaliação radiográfica observou-se dilatação de cólon com imagem radiopaca. O tratamento cirúrgico preconizado para esta enfermidade é:

- a) Colotomia.
b) colotomia com colonoplastia.
c) colectomia subtotal.
d) Ressecção e anastomose entre o jejuno e cólon ascendente.
e) lliectomia.

22) Deu entrada no HV/UFMG, um cão da raça labrador, fêmea, 3 anos. A proprietária relatou que o animal ingeriu uma bola de borracha, de aproximadamente 3 centímetros de diâmetro, há dois dias. O animal não apresentou alterações gastrointestinais e comportamentais. No exame físico observou-se que o animal estava hidratado, temperatura de 39° Celsius e as mucosas do animal estavam congestas. Foi realizado radiografia do animal, a qual não possibilitou visualização do corpo estranho devido ao animal ter se alimentado há pouco tempo. Foi prescrito para o animal seis ml de óleo mineral a cada 12 horas durante dois dias para induzir a eliminação do corpo estranho pelas fezes. Foi solicitado jejum do animal para realização de nova radiografia no dia seguinte. Foi realizado novo exame radiográfico simples e contrastado do abdome, na posição látero-lateral, cujo laudo confirmou presença de corpo estranho circunscrito pelo contraste localizado no estômago, não obstruindo o piloro (o animal não apresentou sintomatologia gastrointestinal). O local de incisão no estômago para a retirada de corpo estranho é:

- a) Na curvatura menor. b) Na curvatura maior. c) Na região do piloro.
d) Na região do cárdia. e) Na superfície ventral entre a curvatura menor e maior.

23] Foi atendido no HV/UFCG, canino, macho não castrado, da raça teckel, com 6 anos de idade. Na anamnese o proprietário relatou que há aproximadamente um ano começou um aumento de volume próximo ao pênis. Na anamnese o proprietário não relatou dificuldade de micção. Ao exame clínico, o animal estava com parâmetros fisiológicos normais, mas apresentava sobrepeso. Na palpação abdominal foi constatado aumento de volume na região inguinal direita, de consistência macia, com aproximadamente 10 cm de diâmetro e sem sinais de algia ou processo inflamatório. Constatou-se presença de um defeito palpável na musculatura próximo ao pênis e com redução do conteúdo positiva, suspeitando-se de hérnia inguinal. Foi realizado exame ultrassonográfico que confirmou o diagnóstico de hérnia inguinal cujo conteúdo presente foi a bexiga. Foi colhido sangue para hemograma, sendo que o resultado foi normal para a espécie. O tratamento cirúrgico nesses casos requer:

- a) Fechamento do anel inguinal e orquiectomia unilateral.
- b) Fechamento do anel inguinal e orquiectomia bilateral.
- c) Fechamento do anel inguinal sem orquiectomia.
- d) Fechamento do anel inguinal por incisão na linha alba.
- e) Fechamento do anel inguinal com secção do cordão espermático, vaso e nervo pudendo.

24] Um cão da raça Pit Bull, fêmea, de sete anos de idade apresentava histórico de anorexia e apatia. Na anamnese constatou-se que o animal fazia apenas uma refeição diária e que tinha hábito de saltar. Ao exame clínico foi observado: escore corporal reduzido, mucosas hipocoradas, tempo de preenchimento capilar (TPC) de três segundos, inquietação e incômodo. À palpação abdominal foi detectada uma massa firme localizada na porção média do abdômen. Em função destes achados suspeitou-se de neoplasia, sendo solicitados hemograma e bioquímica sérica: creatinina, alanina aminotransferase (ALT) e FA. No retorno, constatou-se a presença de líquido livre na cavidade abdominal. Foi solicitado exame ultrassonográfico (abdome total). O hemograma revelou anemia normocítica normocrômica (He $2,7 \times 10^6$ / μ l, VG 20%, Hb 6,6 g/dl), plaquetas (193×10^3 / μ l) abaixo do valor mínimo para cães e proteínas plasmáticas totais (PPT) normais (7,2 g/dl). No leucograma (cél/ μ), constatou-se leucocitose (18.800), Neutrofilia (15.355), Linfopenia (555), Eosinopenia (0) e Monocitose (2.590). Não foram observados hematozoários. No exame bioquímico, os valores de creatinina (0,8 mg/dl) e ALT (52,3 UI/L) estavam normais e a FA (165) estava aumentada. Durante a execução do exame ultrassonográfico foi constatado grave aumento esplênico, deslocando o estômago cranialmente e este se estendendo até a região pélvica, adjacente à bexiga. Foi observado ultrapassando a linha média ventral, para o lado direito do abdome. O parênquima esplênico evidenciava um padrão ultrassonográfico hipocóico rendilhado. Na região do hilo esplênico observou-se aumento do calibre das veias esplênicas com uma área hiperecólica no interior de uma veia, suspeitando-se da presença de trombo intraluminal. O mesentério ao redor do baço apresentava-se hiperecólico com discreta presença de líquido anecóico livre em cavidade peritoneal. Tais alterações sugeriram peritonite. Realizado exame Doppler colorido e espectral observou-se ausência total de fluxo sanguíneo na região do hilo esplênico e também no parênquima do baço. Os achados ultrassonográficos sugeriram torção esplênica. Realizou-se laparotomia exploratória, na qual foi constatada a torção esplênica, sendo encontrado o baço gravemente aumentado de tamanho e com um giro de 360°, com desvitalização em toda a topografia do órgão. Também foi observada presença de peritonite com grande volume de líquido. Qual o tratamento indicado nesses casos?

- a) Esplenectomia total.
- b) Retorno do baço a sua posição anatômica.
- c) Retorno do baço a sua posição anatômica com plicatura na parede abdominal esquerda.
- d) Retorno do baço a sua posição anatômica com plicatura na parede abdominal direita.
- e) Esplenectomia parcial.

25 Cão, 4 meses de idade, da raça Sharpey, deu entrada no HV-UFCG com deambulação comprometida dos membros anteriores. Durante a anamnese foi observado desvio varus bilateral na região distal de rádio e ulna. Segundo as informações do proprietário o animal foi desmamado precocemente e comia ração de baixa qualidade. Pode-se notar moderada atrofia dos músculos flexor do carpo, e músculos adjacentes. Na avaliação radiográfica foi excluído alterações ósseas devido a trauma e não foram observadas alterações radiográficas macroscópicas com relação aos ossos e cartilagens, porém foi notado edema nos tecidos moles na região do carpo. Após a anamnese, avaliações clínicas e exame radiográfico foi concluído que o animal apresentava hiperflexão do carpo. O tratamento para esta enfermidade é:

- a) Ostectomia do rádio em cunha para correção do desvio angular.
- b) Ostectomia da ulna em cunha para correção do desvio angular.
- c) Ostectomia do rádio e ulna em cunha para correção do desvio angular.
- d) Uso de órteses.
- e) Artrodese do carpo.

26 Canino, fêmea, oito meses de idade, 4 kg de peso, foi encaminhado ao HV/UFCG com queixa de claudicação do membro posterior direito. Ao exame clínico as mucosas apresentaram-se rosadas, área cardíaca e campo pulmonar normais e temperatura corporal 37,8°C. Ao exame ortopédico realizou-se o teste de ruptura do ligamento cruzado cranial, observando-se movimento de gaveta negativo. No entanto, o animal apresentou-se com forte dor no membro afetado. Foi solicitado radiografia, onde foi notado pequenas áreas líticas na epífise femoral proximal, irregularidade da cabeça do fêmur e proliferação óssea. Após o levantamento do histórico, sinais clínicos e avaliação radiográfica, chegou-se ao diagnóstico de necrose asséptica da cabeça do fêmur. Qual o tratamento para essa enfermidade?

- a) Parafuso esponjoso para compressão da cabeça do fêmur ao colo femoral.
- b) Colocefalectomia.
- c) Utilização de dois pinos de steinmann entre o trocânter maior e a cabeça femoral.
- d) Placa de reconstrução na face caudal do fêmur com dois parafusos proximais com efeito compressivo.
- e) Dois pinos de rush do trocânter maior a cabeça do fêmur.

27 Canino, fêmea, 10 anos de idade, Cocker Spinel, foi atendida no HV/UFCG com queixa intensa de algia abdominal e letargia de início agudo. Após analgesia opióide intravenosa, indicou-se exames complementares. A ultrassonografia abdominal revelou estrutura ovalada, heterogenia medindo 6,3 x 4,5 cm em topografia de vesícula biliar e aumento do linfonodo ilíaco com líquido livre na cavidade abdominal. Alterações hematológicas constataram moderada leucocitose, aumento de enzimas hepáticas e aumento de níveis séricos de lactato. A paciente foi internada para terapia de suporte e estabilização, sendo posteriormente submetida a celiotomia exploratória, durante a qual visualizou-se pancreatite, peritonite biliar e nódulos hepáticos e ruptura parcial de vesícula biliar. Qual o tratamento preconizado?

- a) Primeiramente, fazer suturas de arrimo na vesícula biliar e elevar seus bordos para evitar extravasamento de bile. Passar uma sonda pelo ducto cístico até sua saída pela papila duodenal. Se o trajeto estiver desobstruído, remover a sonda e suturar ou pinçar o local da ruptura de vesícula biliar para que não extravase mais bile para a cavidade abdominal. Na sequência, realizar a colecistectomia. Em seguida, realizar boa lavagem da cavidade abdominal com solução de ringer com lactato de sódio aquecido.
- b) Primeiramente, fazer suturas de arrimo na vesícula biliar e elevar seus bordos para evitar extravasamento de bile. Na sequência realizar colecistectomia.
- c) Primeiramente, fazer suturas de arrimo na vesícula biliar e elevar seus bordos para evitar extravasamento de bile. Em seguida, suturar a vesícula biliar com pontos simples contínuo. Lavar a cavidade abdominal com solução fisiológica a 0,9%.
- d) Realizar colecistectomia de imediato, em seguida, fazer boa lavagem da cavidade abdominal com soro fisiológico 0,9% aquecido.
- e) Fazer lavagem na vesícula biliar com soro fisiológico a 0,9% e retirar toda a bile pastosa da cavidade abdominal.

28 Cão de 8 anos e 16 kg foi atropelado e deu entrada no HV/UFCG com quadro de dor pélvica e não conseguia levantar e se posicionar em estação com os membros posteriores. No laudo radiográfico apresentava fratura múltipla de pelve, acometendo os ossos do quadrado pélvico e púbis. Em relação às fraturas de pelve, quais os principais pontos que devem ser corrigidos cirurgicamente?

- Deve-se corrigir pelo menos todas as fraturas de ílio, acetábulo e disjunções sacro-ílicas.
- Deve-se corrigir sempre todas as fraturas existentes, ou seja, deve-se proceder com osteossíntese de ílio, acetábulo, disjunções sacro-ílicas, ísquio e púbis.
- Deve-se corrigir somente as fraturas de ílio e ísquio.
- Deve-se corrigir somente as fraturas de ílio e púbis.
- Deve-se corrigir as disjunções sacro-ílicas somente.

29 Cão SRD de 12 anos, não castrado, deu entrada no HV/UFCG com aumento de volume unilateral direita em região perineal. O laudo ultrassonográfico mostrou que havia vesícula urinária e próstata dentro deste aumento de volume. Qual possível diagnóstico poderíamos suspeitar e possíveis tratamentos a serem considerados?

- O animal apresenta uma hérnia perineal. Para tratamento, deve ser realizado uma pectineopexia dos músculos obturador interno e sacro-coccígeo.
- O animal apresenta uma hérnia perineal. Para tratamento, deve ser realizado a remoção do saco herniário e usar os músculos esfíncter anal externo, músculo coccígeo, músculo obturador interno, músculo elevador do ânus e ligamento sacrotuberoso para ancoragem das suturas de herniorrafia.
- O animal apresenta uma hérnia perineal. Para tratamento, deve ser realizado a remoção do saco herniário e usar os músculos esfíncter anal externo, músculo coccígeo, músculo obturador interno e músculo retrator do ânus para ancoragem das suturas de herniorrafia.
- O animal apresenta uma hiperplasia prostática benigna. Para isso deve-se proceder com a remoção da próstata para evitar aparecimento de células malignas e formação de metástase.
- O animal apresenta um tumor testicular ectópico que está causando o aumento de volume. Para isso deve-se proceder com a orquiectomia. Após alguns dias de pós-operatório, o aumento de volume desaparecerá.

30 Animal com dor abdominal há dias, apresentando febre e leucocitose. No laudo de ultrassom aparece imagem acústica em formato de “alvo” em região ílio-ceco-cólica, líquido livre abdominal e ausência de peristaltismo no local. Qual seria o possível diagnóstico presuntivo e quais os procedimentos cirúrgicos que provavelmente deveriam ser realizados?

- Há um corpo estranho abdominal obstruindo o trajeto intestinal, e será necessário ordenhamento do corpo estranho ate o anus.
- O animal apresenta um corpo estranho em porção proximal de intestino delgado, sendo necessária uma enterectomia término-lateral.
- O animal apresenta uma intussuscepção, sendo necessária uma enterostomia e anastomose término-proximal.
- O animal apresenta uma intussuscepção, e será necessária uma enterectomia e anastomose término-terminal.
- O animal apresenta uma intussuscepção, e será necessária uma enterotomia.

31 Gato de 1 ano e pesando 3,5 kg deu entrada no HV/UFCG com quadro de disúria/hematúria, apresentava muita dor em região abdominal e na palpação sentiu-se um aumento de volume em região abdominal caudal. Já havia sido tratado anteriormente com sondagens uretrais, mas infelizmente o quadro vem recidivando com frequência. No exame radiográfico e ultrassonográfico, revelou-se além de partículas em suspensão dentro de vesícula urinária, um cálculo em ureter esquerdo, além de hidronefrose severa em mesmo lado, com perda de relação córtico-medular. Quais procedimentos devemos tomar para este caso?

- Esperar mais 2 dias, e administrar antiinflamatórios e antibiótico para ver se o animal volta a urinar por conta própria. Prescrever dieta própria para gatos com síndrome urológica.
- Somente sondar o animal e deixá-lo com a sonda por 2 dias e liberar para casa com anti-inflamatório e antibiótico.
- Tentar sondar o animal e se não conseguir, prosseguir com a penectomia. Lavar bem a vesícula urinária. Liberar animal para casa com antibiótico, anti-inflamatório e dieta específica para síndrome urológica.
- Tentar sondar o animal e se não conseguir, proceder com a penectomia. Lavar bem a vesícula urinária. Fazer ureterotomia e remoção do cálculo. Liberar animal para casa com antibiótico, anti-inflamatório e dieta específica para síndrome urológica.
- Tentar sondar o animal e se não conseguir, proceder com a penectomia. Lavar bem a vesícula urinária. Tentar ordenhar o cálculo para a vesícula urinária e proceder com a cistotomia para remoção do mesmo. Se não conseguir, fazer nefrectomia associada a remoção do ureter. Liberar animal para casa com antibiótico, anti-inflamatório e dieta específica para síndrome urológica.

32 Cão, SRD, 4 kg, deu entrada no HV/UFCG com aumento de volume e dor em região de cotovelo direito após queda da cama de seu dono. Radiografias revelaram fratura de côndilo lateral grau 1 de úmero direito com separação do fragmento. Quais procedimentos devem ser realizados neste caso?

- Osteossíntese com pino intramedular anti-rotacional.
- Tala de Thomas.
- Tala de Ehmer.
- Osteossíntese com parafuso esponjoso com efeito compressivo associado a pino anti-rotacional.
- Osteossíntese com fio de cerclagem envolvendo os dois côndilos.

33 Foi atendido no HV/UFCG, um cão da raça Dachshund com quatro meses de idade, 3 kg, com histórico de claudicação repentina do membro torácico esquerdo ocorrida após caminhada. O proprietário relatou ausência de trauma, dor à manipulação na região do cotovelo esquerdo e relutância em apoiar o membro. Segundo o dono, os aparecimentos dos sinais clínicos tiveram início 12 horas antes da consulta. Durante o exame físico foram observados edema, crepitação e dor na região da articulação do cotovelo do membro torácico esquerdo. Foi colhido sangue para realização do hemograma e exames bioquímicos séricos (alanina aminotransferase – ALT, fosfatase alcalina – FA, ureia - URE, creatinina – CREAT, creatina quinase – CK, cálcio total – CT e fósforo - FOSF). Os valores do eritrograma e dos exames bioquímicos séricos (ALT, FA, URE, CREAT, CT e FOSF) permaneceram dentro dos valores normais para a espécie (Hemácias – $4,5 \times 10^6/\mu\text{L}$, valores de referência: $5,5 - 7 \times 10^6/\mu\text{L}$; Hemoglobina – 10,5 gr/dL, valores de referência: 11 – 15,5 gr/dL; Hematócrito – 38%, valores de referência: 34 – 40%; Plaquetas – 450.000/mm, valores de referência: 200.000 - 500.000/mm; ALT - 68 UI/L, valores de referência: 10 - 88 UI/L; FA – 145 UI/L, valores de referência: 20 - 156 UI/L; URE – 22 mg/dL, valores de referência: 15 – 40 mg/dL; CREAT – 0,7 mg/dL, valores de referência: 0,5 – 1,5 mg/dL; CT – 9 mg/dL, valores de referência: 8 – 12 mg/dL; FOSF – 4,3 mg/dL, valores de referência: 2,6 - 6,2 mg/dL). Porém, foi observado aumento nos valores dos neutrófilos segmentados ($13.400/\mu\text{L}$, valores de referência: 2.500 - 12.500/ μL) e da CK (282 UI/L, valores de referência: 20 - 220 UI/L). O exame radiográfico confirmou fratura completa, com separação total do côndilo lateral do úmero esquerdo. De acordo com os sinais clínicos e o tipo de fratura, o diagnóstico e tratamento foi:

- Fratura Salter Harris tipo IV. Devemos tomar cuidado com a inserção do parafuso compressivo, pois ele pode acometer a linha epifisária distal do úmero.
- Fratura Salter Harris tipo VI. Devemos ter cuidado com a passagem do pino anti-rotacional no côndilo medial.
- Fratura Salter Harris tipo VI. Devemos ter cuidado com a confecção da tala de Thomas, pois pode se não fizer a mesma em 105° de amplitude, o animal pode ficar com deformidade angular.
- Fratura Salter Harris Tipo V. Devemos ter cuidado com o pino intramedular, pois ele pode diminuir a amplitude de movimento após consolidação óssea.
- Fratura Salter Harris Tipo IV. Devemos ter cuidado com a tala de Ehmer, pois pode anquilosar o cotovelo.

34 Cão shihtzu, 5 anos, 4,5 kg, deu entrada no HV/UFCG com quadro de blefaroespasma e epífora. O residente logo fez o teste da fluoresceína, o qual se mostrou positivo. A lesão era profunda, então recomendou-se cirurgia. Qual a enfermidade e qual procedimento cirúrgico a ser realizado?

- O animal apresenta esclerose de retina e será necessário uma facoemulsificação.
- O animal apresenta úlcera de córnea e será necessário um flap de 3ª pálpebra.
- O animal apresenta ectrópio e será necessário uma cantoplastia.
- O animal apresenta catarata e será necessário uma facoemulsificação.
- O animal apresenta luxação do globo ocular e será necessário a enucleação.

35 Um cão sem raça definida, fêmea de aproximadamente seis anos de idade, deu entrada no HV/UFMG, para a realização de exame radiográfico torácico. O histórico da paciente era de trauma por mordedura por outro cão de maior porte na região torácica. O animal apresentava aumento de volume na porção cranial do lado esquerdo do tórax e tosse seca quando em atividade ou em decúbito dorsal. Foram realizadas as projeções lateral esquerda (LE), lateral direita (LD) e ventrodorsal (VD) do tórax. Na interpretação radiográfica observou-se em projeções LE e LD campos pulmonares com opacificação normal, não foi possível visualizar a porção cranial do lobo pulmonar cranial esquerdo em sua topografia habitual e a traquéia torácica estava deslocada dorsalmente, mais evidente em projeção LD, seu lúmen e diâmetro se encontravam dentro dos padrões de normalidade radiográficos. Na projeção ventrodorsal foi possível visualizar o mediastino deslocado para hemitórax esquerdo, arcos costais preservados, porém maior espaçamento do quinto espaço intercostal esquerdo quando comparado com os demais. A evidência radiográfica mais contundente visualizada em projeção ventrodorsal, foi a de uma estrutura arredondada, bem definida, lateral ao quinto espaço intercostal na parede torácica esquerda, com característica radioluscente e linhas radiopacas entremeadas. A estrutura era bem delimitada por radiopacidade de tecidos moles, medindo aproximadamente 2,67 cm x 4,77 cm. A formação era conectada ao tórax por estrutura tubular radioluscente. As características radiográficas eram sugestivas de parênquima pulmonar. As impressões radiográficas referentes às alterações detectadas foram de eventração intercostal de lobo pulmonar cranial esquerdo na altura do quinto espaço intercostal esquerdo, alterando assim a topografia habitual das estruturas intratorácicas levando ao deslocamento das mesmas para hemitórax esquerdo. O animal foi encaminhado para procedimento cirúrgico e foi observado que os lobos pulmonares herniados estavam em bom estado. A cirurgia realizada foi:

- Toracotomia no quinto espaço intercostal direito com introdução dos lobos pulmonares para a cavidade torácica e fechamento da parede torácica com fios de nylon.
- Toracotomia no quinto espaço intercostal esquerdo com introdução dos lobos pulmonares para a cavidade torácica e fechamento da parede torácica com fios de nylon.
- Esternotomia com exérese de lobo pulmonar herniado e fechamento da parede torácica com fios de nylon.
- Estenotomia com introdução dos lobos pulmonares herniados para cavidade e fechamento com categut cromado 0.
- Aproximação entre a quinta e sexta costela para fechamento do orifício herniado sem a necessidade de abertura do espaço intercostal.

36 Um gato, macho de 2 anos de idade, foi atendido com histórico de dificuldade respiratória grave após ter sido agredido. O animal apresentava estado nutricional bom, mucosas normocoradas, sem sinais aparentes de desidratação, frequência cardíaca de 160 batimentos por minuto, frequência respiratória de 80 movimentos por minuto, temperatura retal de 38 °C, dispnéia expiratória com curta amplitude do movimento respiratório, respiração com a boca aberta e hipofonose dos sons torácicos. O animal foi cateterizado (veia cefálica) para a infusão de Ringer Lactato na taxa de 5ml/kg/h e após estabilização com oxigenioterapia, foi encaminhado para a realização de radiografia torácica lateral-lateral e dorso-ventral. Ao raio-x, foi evidenciado fissuras interlobares, retração das margens pulmonares, e perda da definição da silhueta cardíaca e diafragmática, características de efusão pleural. Durante toracocentese foi obtido 200ml de líquido brancacento, leitoso, com imediata melhora do padrão respiratório após a drenagem. Este foi encaminhado para análise laboratorial, em que foi obtido as seguintes características: aspecto físico turvo, cor branca, densidade de 1030, proteína de 4g/dL e predomínio de pequenos linfócitos na análise citológica. Foram realizados testes bioquímicos para mensurar o colesterol (58mg/dL) e triglicérides (744mg/dL) do líquido. O animal foi mantido sob oxigenioterapia e fluidoterapia, e medicado com Tramadol (4mg/kg, q.8 horas) e Omeprazol (1mg/kg, q. 24horas). Durante a internação, o animal apresentou anorexia, mucosas discretamente hipocoradas, taquipnéia e hipofonose dos sons cardíacos e pulmonares, ficando dispneico ao ser manipulado. Foi realizada nova toracocentese, com drenagem de 60ml de líquido leitoso. Neste caso o animal apresentava:

- Hemotórax.
- Hidrotórax.
- Quilotoax.
- Pitorax.
- Pneumotórax.

37 Foi atendido no HV/UFCG, um cão, macho, Bull Terrier, três anos, de 30 kg, com histórico de ingestão de osso bovino seguida de salivação excessiva, tentativa de vômito, apatia, anorexia e angústia respiratória há três dias. Ao exame físico, percebeu-se apenas dispneia. Realizou-se então, radiografias da região cervical e torácica, nas posições latero-lateral e ventro-dorsal, onde foi possível observar uma massa radiopaca, consistente com corpo estranho ósseo, na região de esôfago torácico caudal, obstruindo todo o lúmen esofágico. O animal foi direcionado à endoscopia para tentativa de retirada do material, porém não foi possível, pois o osso estava aderido em vários pontos ao esôfago, podendo levar a laceração esofágica se tracionado. O paciente foi encaminhado à cirurgia, visto que não havia outra forma de remoção do corpo estranho. A anestesia se iniciou com a administração da medicação pré-anestésica, indução com propofol e manutenção com isoflurano. O paciente foi posicionado em decúbito lateral direito com a região do tórax esquerdo, e fez-se tricotomia e assepsia. Foi realizada toracotomia intercostal esquerda entre o 8º e 9º espaço intercostal, através da incisão da pele, tecido subcutâneo e da musculatura ali presente. Em seguida, identificou-se o esôfago caudal entre a artéria aorta e a porção dorsal do nervo vago. O mesmo apresentava-se aumentado e com perfuração completa na região dorsal, com uma porção do osso em contato direto com artéria aorta. A técnica de esofagotomia foi então executada para a retirada do corpo estranho no local da perfuração. Após, realizou-se debridamento cirúrgico nas bordas da parede esofágica perfurada, para então, se realizar a esofagorrafia. A esofagotomia e esofagorrafia foi realizada da seguinte maneira:

- a) Abertura do esôfago sobre o corpo estranho para sua remoção, e união das bordas do esôfago com grampos (Staples).
- b) Abertura do esôfago caudal ao corpo estranho para sua remoção, e união das bordas do esôfago com pontos interrompidos simples usando categut cromado 3-0.
- c) Abertura do esôfago cranial ao corpo estranho para sua remoção, e união das bordas do esôfago com pontos interrompidos simples usando categut cromado 3-0.
- d) Abertura do esôfago caudal ao corpo estranho para sua remoção, e união das bordas do esôfago em duas camadas com pontos simples interrompidos, a primeira incluindo a mucosa e submucosa com os nós voltados para o lúmen utilizando poliglatina 3-0 e outra camada incluindo muscular e adventícia com pontos interrompidos simples e os nós voltados para fora utilizando o mesmo fio.
- e) Abertura do esôfago caudal ao corpo estranho para sua remoção, e união das bordas do esôfago com pontos invertidos em duas camadas (Lembert e Cushing) incluindo a adventícia e muscular.

38 Deu entrada no HV/UFCG, gato, 4 anos de idade, 3,2 kg com sinais de anorexia, depressão, perda de peso, desidratação, palidez, febre hipotermia e tosse. Segundo as informações do proprietário o animal há 1 mês se cansa facilmente e se mantém parado por mais tempo que o habitual. Durante a auscultação notou-se sons cardíacos e respiratórios abafados ventralmente do altímetro esquerdo, e sons respiratórios preservados dorsalmente, denotando a presença de líquidos na cavidade pleural. Radiograficamente foi notado falta de nitidez da silhueta cardíaca, evidência das fissuras lobulares, arredondamento das bordas pulmonares, da parede torácica e deslocamento dorsal da traqueia. O diagnóstico foi de efusão pleural e o tratamento imediato foi,

- a) Toracocentese entre o 7º e 8º espaço intercostal no terço ventral esquerdo.
- b) Toracocentese entre o 7º e 8º espaço intercostal no terço ventral direito.
- c) Toracocentese entre 11º e 12º espaço intercostal no terço ventral direito.
- d) Toracocentese entre 11º e 12º espaço intercostal no terço ventral esquerdo.
- e) Toracotomia entre o 7º e 8º espaço intercostal no terço dorsal esquerdo.

39 Foi atendido no HV/UFMG, um cão, macho, da raça Dachshund, seis anos, pesando 12 kg. Durante a anamnese foi relatado que o animal já havia, há alguns meses atrás, sido atendido apresentando extrusão de disco intervertebral. Durante este período o paciente apresentou retenção urinária, e a partir deste quadro começou a ser tratado devido a episódios recorrentes de cistite bacteriana. Durante a consulta médica a proprietária relatou que o cão apresentava com disúria e corrimento uretral purulento que tinha evolução de vinte dias. Após assepsia tópica foi coletada urina por sonda e encaminhada para o laboratório para realização de exame qualitativo de urina e urocultura com antibiograma. A urocultura revelou a presença da bactéria *Escherichia coli* com valor maior que 10.000 unidades formadoras de colônia por mililitro de urina. A urinálise revelou a presença de cistite. Foi iniciado o tratamento com sulfametoxazol e trimetoprim na dose de 15mg/kg de doze em doze horas. Essa medicação foi mantida por vinte e um dias. Antes do término do tratamento, foi repetido o exame qualitativo de urina, no qual, não se evidenciou sinais da infecção. Completado o tratamento o cão apresentava-se bem, sem nenhum sinal clínico. Após vinte dias o animal retornou com intensa dor abdominal pélvica e com corrimento uretral purulento volumoso. Nessa oportunidade foram solicitados hemograma, urinálise e bioquímica sérica. O hemograma e a bioquímica sérica estavam com os valores normais. A urinálise indicou presença de cistite bacteriana. Foi realizada a ultra-sonografia abdominal. Segundo o laudo ecográfico, a próstata apresentava-se com parênquima heterogêneo apresentando cavitações anecogênicas de formato irregular. Mediram aproximadamente 0,8 e 1,5cm de diâmetro, sendo a imagem compatível com cistos, neoplasia ou abscessos. Não foram encontradas alterações nos demais órgãos abdominais. Durante o procedimento optou-se por realizar prostatectomia. O acesso cirúrgico para exérese da próstata é feito da seguinte maneira é.

- a) Incisão cutânea pré-umbilical até a região pre escrotal lateral ao prepúcio e aprofundamento pela linha mediana até a cavidade abdominal. A sinfisiotomia é necessária para melhorar o acesso a uretra pélvica. A seguir a vesícula urinária é exposta e tracionada cranialmente para visualizar a próstata após divulsão do tecido adiposo que a envolve. A prostatectomia inicia por divulsão e secção transversal da uretra junto ao colo vesical e, após, a próstata é rebatida caudoventralmente para expor os mesentérios dorsais com a finalidade de pinçar, seccionar e ligar os vasos sanguíneos. Nessa manobra procura-se preservar a inervação inerente ao colo vesical. Para complementar a prostatectomia a uretra é seccionada caudal a próstata o que permite a sua retirada. Nos tempos cirúrgicos de uretrotomia a sonda uretral é recuada temporariamente. A anastomose da uretra pélvica com o colo vesical, após a retirada da próstata, é feita com fio de poliglactina 910 n. 3-0 em padrão interrompido simples.
- b) Incisão cutânea do apêndice xifoide até a região cranial ao testículo, com abertura da cavidade abdominal. A sinfisiotomia não é necessária para melhorar o acesso a uretra pélvica. A seguir a vesícula urinária é exposta e tracionada lateralmente para visualizar a próstata após divulsão do tecido adiposo que a envolve. A prostatectomia inicia por divulsão e secção transversal da uretra junto ao colo vesical e, após, a próstata é rebatida dorsoventralmente para expor os mesentérios dorsais com a finalidade de pinçar, seccionar e ligar os vasos sanguíneos. Nessa manobra procura-se preservar a inervação inerente ao colo vesical. Para complementar a prostatectomia a uretra é seccionada caudal a próstata o que permite a sua retirada. Nos tempos cirúrgicos de uretrotomia a sonda uretral é recuada temporariamente. A anastomose da uretra pélvica com o colo vesical, após a retirada da próstata, é feita com fio de poliglactina 910 n. 3-0 em padrão interrompido simples.
- c) Incisão cutânea sobre o testículo, com abertura da cavidade abdominal. A sinfisiotomia não é necessária para melhorar o acesso a uretra pélvica. A seguir a vesícula urinária é exposta e tracionada lateralmente para visualizar a próstata após divulsão do tecido adiposo que a envolve. A prostatectomia inicia por divulsão e secção transversal da uretra junto ao colo vesical e, após, a próstata é rebatida dorsoventralmente para expor os mesentérios dorsais com a finalidade de pinçar, seccionar e ligar os vasos sanguíneos. Nessa manobra procura-se preservar a inervação inerente ao colo vesical. Para complementar a prostatectomia a uretra é seccionada caudal a próstata o que permite a sua retirada. Nos tempos cirúrgicos de uretrotomia a sonda uretral é recuada temporariamente. A anastomose da uretra pélvica com o colo vesical, após a retirada da próstata, é feita com fio de categut n. 3-0 em padrão contínuo simples.
- d) Incisão cutânea do apêndice xifoide até a região cranial ao testículo, com abertura da cavidade abdominal. A sinfisiotomia não é necessária para melhorar o acesso a uretra pélvica. Não é necessário expor a vesícula urinária para visualizar a próstata. A prostatectomia inicia por divulsão e secção transversal da uretra junto ao colo vesical e, após, a próstata é rebatida dorsoventralmente para expor os mesentérios dorsais com a finalidade de pinçar, seccionar e ligar os vasos sanguíneos. Nessa manobra procura-se preservar a inervação inerente ao colo vesical. Para complementar a prostatectomia a uretra é seccionada caudal a próstata o que permite a sua retirada. Nos tempos cirúrgicos de uretrotomia a sonda uretral é recuada temporariamente. A anastomose da uretra pélvica com o colo vesical, após a retirada da próstata, é feita com fio de nylon n. 3-0 em padrão contínuo.
- e) Incisão cutânea do apêndice xifoide até a região caudal ao testículo, com abertura da cavidade abdominal. A sinfisiotomia não é necessária para melhorar o acesso a uretra pélvica. A seguir a vesícula urinária é exposta e tracionada lateralmente para visualizar a próstata após divulsão do tecido adiposo que a envolve. A prostatectomia inicia por divulsão e secção transversal da uretra junto ao colo vesical e, após, a próstata é rebatida dorsoventralmente para expor os mesentérios dorsais com a finalidade de pinçar, seccionar e ligar os vasos sanguíneos. Nessa manobra procura-se preservar a inervação inerente ao colo vesical. Para complementar a prostatectomia a uretra é seccionada cranial a próstata o que permite a sua retirada. Nos tempos cirúrgicos de uretrotomia a sonda uretral não é recuada temporariamente. A anastomose da uretra pélvica com o colo vesical, após a retirada da próstata, é feita com fio de poliglactina 910 n. 3-0 em padrão interrompido simples.

40 Um cão adulto, fêmea, SRD e 5,0 kg foi atendido no HV/UFCG com sinais de choque. A anamnese não revelou nenhuma informação consistente. No exame clínico, o paciente apresentava estado de estupor, midríase, hipotermia (36,5 °C), bradicardia (50 b.p.m), cianose e presença de hemorragia contínua em região digital. O animal foi imediatamente colocado em oxigênio e submetido à fluidoterapia intensiva com fluido cristalóide (90ml/kg/hora). Colheita de sangue foi realizada para avaliação hematológica, bioquímica e hemostática e imediatamente o paciente apresentou acentuado hematoma regional. Os resultados laboratoriais evidenciaram leucopenia por neutropenia, moderada trombocitopenia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia e prolongamento de TP, 122 s ((referência: ativada (TTPA), 120 s (referência: 12-16 s). Suspeitou-se então, de intoxicação por antagonista de vitamina K e optou-se pela transfusão de plasma fresco congelado (20 mL/kg, IV por infusão contínua em 2h) e administração de vitamina K1 (Fitomenadiona, 2,5mg/kg, via SC). Durante a terapia intensiva o paciente apresentou aumento abdominal, hematúria, hemetêmese e hematoquesia. Após o início da transfusão a temperatura corporal foi para 38,6°C, frequência cardíaca 115 b.p.m., frequência respiratória de 88 m.p.m e não houve redução nos tempos de TP e TTPA. Realizou-se abdominocentese para colheita de efusão a qual foi identificada em análise como efusão hemorrágica. Que tipo de choque este paciente apresentava?

- a) Cardiogênico.
- b) Neurogênico.
- c) Vasculogênico.
- d) Obstrutivo.
- e) Hipovolêmico.

RASCUNHO

RASCUNHO

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome: _____ Carteira nº _____