

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA
EDIÇÃO 2025/2026

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ANO ADICIONAL
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO EM
TRANSPLANTE DE FÍGADO R4

PROVA OBJETIVA - TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas.**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas.
- **30 minutos** antes do término do período de 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.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro.
- 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!

Cirurgia do Aparelho Digestivo

1

Homem de 64 anos, hipertenso e ex-tabagista, procura atendimento com queixa de dor abdominal há dois dias, localizada no quadrante inferior esquerdo, de início insidioso, associada à febre de 38,5 °C, náuseas e episódios de diarreia aquosa. Relata que o quadro vem piorando progressivamente.

Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, mas febril e com dor à palpação profunda do quadrante inferior esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal difusa. A ausculta apresenta ruídos hidroaéreos discretamente diminuídos. Os exames laboratoriais mostram leucocitose com desvio à esquerda e PCR elevada. Ultrassonografia abdominal foi inconclusiva.

Diante desse quadro clínico o diagnóstico mais provável e a melhor conduta inicial são

- (A) gastroenterite infecciosa; tratar com hidratação e dieta leve, reavaliação ambulatorial.
- (B) apendicite aguda atípica; solicitar tomografia, avaliar para laparotomia.
- (C) diverticulite aguda não complicada; solicitar tomografia, iniciar antibióticos e dieta líquida.
- (D) colite isquêmica; solicitar colonoscopia de urgência e iniciar anticoagulação.
- (E) câncer de cólon perfurado; solicitar biópsia e iniciar esquema de quimioterapia empírica.

2

Uma mulher de 68 anos, com história de diverticulose conhecida, dá entrada no pronto-socorro com dor abdominal no quadrante inferior esquerdo há 5 dias, febre e sensação de distensão. Está em uso de antibiótico oral iniciado por médico generalista, sem melhora. Ao exame físico, encontra-se febril (38,4 °C), com dor intensa em FIE e massa dolorosa palpável. Abdome com peristalse diminuída, sem sinais de peritonite generalizada. Tomografia de abdome evidencia espessamento do cólon sigmoide e coleção pericólica com gás de 6 cm, sem líquido livre difuso.

Com base na classificação de Hinchey, o estadiamento e a melhor conduta, nesse caso, são

- (A) Hinchey I; antibiótico oral em domicílio e seguimento ambulatorial.
- (B) Hinchey II; drenagem percutânea guiada por imagem e antibióticos EV.
- (C) Hinchey III; cirurgia de Hartmann com colostomia terminal.
- (D) Hinchey IV; colectomia total e ileostomia em alça.
- (E) Hinchey I; colonoscopia imediata para avaliar mucosa e excluir câncer.

3

Homem de 48 anos, previamente saudável, procura atendimento com quadro de dor abdominal intermitente há duas semanas, tipo cólica, em quadrante superior direito, acompanhada de episódios de náuseas, distensão abdominal e emagrecimento de 4 kg no período. Refere evacuações diminuídas, mas nega sangramentos.

Ao exame físico, apresenta distensão abdominal, ruídos hidroaéreos aumentados e massa móvel e dolorosa palpável em mesogástrico. Exames laboratoriais mostram anemia leve normocítica. Uma tomografia de abdome contrastada evidencia uma lesão em “alvo” (*target sign*) no jejuno proximal com espessamento parietal focal. Não há pneumoperitônio ou líquido livre.

Com base nesse caso clínico, o diagnóstico mais provável e a melhor conduta terapêutica são

- (A) adenocarcinoma de intestino delgado; iniciar quimioterapia empírica.
- (B) intussuscepção por pólipos jejunal; cirurgia com ressecção do segmento afetado.
- (C) obstrução por bridas intestinais; tratamento conservador com SNG e observação.
- (D) doença de Crohn estenosante; iniciar corticoterapia empírica e colonoscopia.
- (E) gastroenterite viral; hidratação oral e analgesia, reavaliação ambulatorial.

4

Paciente de 52 anos, sexo masculino, natural do interior de Minas Gerais relata disfagia progressiva para sólidos e líquidos há 1 ano, perda de 10 kg no período, regurgitação frequente de alimentos não digeridos e sensação de “bolo parado” retroesternal, mas nega pirose. Refere episódios noturnos de tosse e engasgos.

Ao exame físico geral, está emagrecido, mas sem alterações significativas. Uma endoscopia digestiva alta mostra esôfago dilatado, com retenção de alimentos e resistência na transposição do esfíncter inferior. Realizada esofagografia com bário que mostra imagem em “bico de pássaro” e grande dilatação esofágica.

Diante desse caso clínico, o diagnóstico mais provável e o exame complementar mais adequado para confirmação e classificação são

- (A) acalasia idiopática; confirmar com tomografia de tórax e pHmetria.
- (B) espasmo esofágico difuso; solicitar eletromiografia de parede esofágica.
- (C) estenose esofágica neoplásica; solicitar PET-CT para estadiamento.
- (D) esofagite de refluxo crônica; solicitar pHmetria de 24 horas.
- (E) megaesôfago chagásico; confirmar com manometria esofágica e classificar com esofagograma.

5

Mulher de 60 anos, com diagnóstico confirmado de megaesôfago chagásico tipo IV, apresenta disfagia severa para líquidos e sólidos, regurgitação noturna e broncoaspiração recorrente. Fez tratamento clínico e dilatações sem sucesso. A manometria revelou ausência completa de peristalse e hipertonia do esfíncter esofágico inferior (EEI). O esofagograma mostra dilatação esofágica >10 cm com retardo no esvaziamento e eixo esofágico tortuoso. Está em bom estado clínico geral e sem contraindicações cirúrgicas.

Nesse caso, a melhor opção terapêutica é

- (A) dilatação endoscópica seriada com balão pneumático de grande calibre.
- (B) injeção de toxina botulínica no EEI associada à dieta líquida.
- (C) esofagiotomia de Heller com funduplicatura parcial.
- (D) esofagectomia subtotal com reconstrução gástrica por transposição.
- (E) esofagoplastia com interposição colônica por laparoscopia.

6

Médico clínico encaminha um paciente de 64 anos, etilista e tabagista de longa data, que procura atendimento com disfagia progressiva há 3 meses, inicialmente para sólidos e agora também para líquidos. O paciente refere perda ponderal de 8 kg, regurgitação frequente e episódios de dor retroesternal leve.

Ao exame físico, está emagrecido, sem linfadenomegalias periféricas. Endoscopia digestiva alta mostra lesão ulcerada e estenosante em terço médio do esôfago. Uma biópsia confirmou um carcinoma escamoso moderadamente diferenciado.

Nesse caso, a conduta mais adequada para o estadiamento e o planejamento terapêutico será

- (A) colonoscopia total e pesquisa de metástases ósseas.
- (B) tomografia de abdome e pelve com contraste oral.
- (C) tomografia de tórax e abdome com PET-CT, e ultrassonografia endoscópica.
- (D) laparotomia exploradora com biópsia cirúrgica.
- (E) início imediato de quimioterapia empírica com 5-FU e cisplatina.

7

Um paciente se apresenta para avaliação de doença do refluxo gastroesofageano.

Nesse caso, são considerados sintomas de alarme

- (A) pirose e regurgitação.
- (B) anemia e disfagia.
- (C) globus faríngeo e tosse.
- (D) regurgitação e brocoespasmo.
- (E) eructação e rouquidão.

8

O paciente se apresenta para avaliação de doença do refluxo gastroesofageano.

O exame imediato a ser realizado no referido paciente é a(o)

- (A) endoscopia digestiva alta.
- (B) esofagomanometria.
- (C) phmetria esofageana de 24 h.
- (D) tomografia de abdômen.
- (E) PET CT.

9

Em pacientes com mais de 5 anos de história de refluxo, são fatores de risco para esôfago de Barrett que indicam uma endoscopia de controle

- (A) idade acima de 30 anos e uso de bloqueadores de bomba de prótons.
- (B) raça negra e história de colecistectomia.
- (C) sexo feminino e história de diabetes Mellitus.
- (D) Etilismo e uso de aspirina.
- (E) IMC acima de 30 kg/m² e tabagismo.

10

Paciente com apendicite aguda recusa cirurgia por medo de complicações. Está lúcido e orientado.

Nesse caso, a conduta ética adequada é

- (A) realizar a cirurgia sob justificativa de benefício maior.
- (B) respeitar a autonomia do paciente e documentar a recusa.
- (C) solicitar avaliação psiquiátrica emergencial.
- (D) contatar familiares para assinatura do consentimento.
- (E) dois médicos devem assinar para operar o paciente.

11

Homem de 22 anos apresenta dor em fossa ilíaca direita (FID) há 18 horas, associada a náuseas e anorexia.

Ao exame: sinal de Blumberg positivo, leucocitose (14.000/mm³) e PCR elevado. Ultrassom abdominal mostra imagem em alvo em fossa ilíaca direita.

A conduta mais adequada é

- (A) antibioticoterapia ambulatorial com metronidazol e observação.
- (B) drenagem percutânea da coleção em fossa ilíaca direita.
- (C) tomografia de abdome para confirmação diagnóstica antes da cirurgia.
- (D) apendicectomia laparoscópica urgente.
- (E) tratamento conservador com analgesia e reavaliação em 24 h.

12

Mulher de 68 anos com dor em fossa ilíaca esquerda (FIE), febre (38,5 °C) e leucocitose. História de diverticulose conhecida. TC de abdome mostra espessamento de parede do sigmoide com inflamação pericólica (estágio Hinchey Ia).

Nesse caso, a conduta inicial é

- (A) colectomia emergencial com colostomia.
- (B) antibioticoterapia oral e alta hospitalar.
- (C) antibioticoterapia intravenosa (exemplo: ceftriaxona + metronidazol) e observação.
- (D) drenagem percutânea guiada por imagem.
- (E) laparotomia exploradora para ressecção do sigmoide.

13

Um paciente de 59 anos, previamente hígido, tem diagnóstico confirmado de adenocarcinoma de esôfago distal (junção esofagogástrica tipo I), bem diferenciado, com 4 cm de extensão. Apresenta disfagia leve, sem metástases à distância.

A ultrassonografia endoscópica revelou T3N1M0, mas o PET-CT não mostrou lesões fora da região. Está em bom estado geral, com função pulmonar e cardiovascular preservadas.

Portanto, o melhor tratamento para esse paciente será

- (A) esofagectomia trans-hiatal imediata sem terapia neoadjuvante.
- (B) quimiorradioterapia exclusiva com intenção curativa.
- (C) terapia neoadjuvante com quimiorradioterapia seguida de esofagectomia com linfadenectomia.
- (D) terapia com quimiorradioterapia seguida de colocação de prótese esofágica autoexpansível.
- (E) esofagectomia torácica direita por toracotomia com esvaziamento apenas mediastinal.

14

Uma paciente de 67 anos, tabagista, revela queixas de epigastralgia, plenitude pós-prandial e náuseas há cerca de 3 meses, além de perda ponderal de 6 kg. Nega vômitos ou hematêmese.

Ao exame físico, encontra-se emagrecida, sem visceromegalias ou linfadenopatia palpável. Endoscopia digestiva alta revelou lesão ulcerovegetante em antro gástrico, e a biópsia confirmou adenocarcinoma gástrico bem diferenciado. Os exames laboratoriais mostraram anemia ferropriva.

Diante desse quadro clínico, a sequência correta para o estadiamento e a definição do tratamento será

- (A) tomografia de abdome e pelve, laparotomia exploradora e ressecção ampla.
- (B) ultrassonografia de abdome e PET-CT como única base para decisão terapêutica.
- (C) realização de biópsia de linfonodos cervicais e punção hepática antes de qualquer outro exame.
- (D) colonoscopia total e dosagem de CEA para avaliar metástase sincrônica.
- (E) tomografia contrastada de tórax, abdome e pelve + endoscopia com ultrassonografia (EUS) para avaliar invasão parietal e linfonodos.

15

Homem de 58 anos, previamente hígido, foi diagnosticado com adenocarcinoma gástrico tipo intestinal localizado no corpo médio do estômago, sem invasão da cárdia ou do piloro.

A ecoendoscopia revelou invasão até a subserosa (T3), com linfonodos locorregionais aumentados (N1). A tomografia não evidenciou metástases à distância. O paciente está em bom estado clínico geral e sem comorbidades.

A melhor opção de tratamento, para esse paciente, será

- (A) gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1, seguida de observação.
- (B) gastrectomia total com esvaziamento linfonodal D2, sem necessidade de quimioterapia.
- (C) terapia endoscópica por mucosectomia com acompanhamento trimestral.
- (D) quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
- (E) radioterapia paliativa com uso de *stent* endoscópico para disfagia.

16

Na emergência do hospital, um homem de 45 anos, tabagista e etilista, com história prévia de dor epigástrica crônica, dá entrada no pronto-socorro com dor abdominal súbita, intensa, de início há 3 horas, com irradiação para dorso e rigidez abdominal.

Ele refere náuseas e dispneia leve. Ao exame, encontra-se taquicárdico (FC 112 bpm), com abdome em tábua e sinais de peritonite difusa. Uma rotina de abdome agudo mostra ar livre subdiafragmático.

O diagnóstico mais provável e a conduta imediata a ser tomada são

- (A) pancreatite aguda necrosante; iniciar hidratação vigorosa e vigilância intensiva.
- (B) perfuração de úlcera duodenal; laparotomia com rafia e omentoplastia.
- (C) apendicite aguda perfurada; antibioticoterapia de amplo espectro e drenagem.
- (D) úlcera gástrica sangrante; realizar endoscopia de urgência e escleroterapia.
- (E) isquemia mesentérica aguda; solicitar angiotomografia e iniciar anticoagulação.

17

Mulher de 59 anos, com história de epigastralgia crônica e uso intermitente de IBP, relata dor em queimação após refeições e náuseas persistentes. Foi submetida a três endoscopias nos últimos 12 meses, todas revelando úlcera gástrica antral de bordas regulares, sempre com biópsias negativas para malignidade. Realizou erradicação para *H. pylori* e segue com uso contínuo de IBP, mas sem melhora clínica. O último exame mostrou a mesma úlcera, com sinais de fibrose e estenose de antro.

Nesse caso, a conduta cirúrgica mais apropriada será

- (A) gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux.
- (B) piloroplastia com vagotomia troncular.
- (C) dilatação endoscópica seriada com acompanhamento clínico.
- (D) antrectomia com reconstrução em Billroth I.
- (E) vagotomia seletiva proximal com tratamento clínico associado.

18

Um paciente de 42 anos, previamente saudável, apresenta dor epigástrica crônica, diarreia aquosa e perda de 5 kg nos últimos 3 meses. Já foi tratado com IBP para úlcera duodenal, mas os sintomas persistem, mesmo com doses altas. Ao exame, encontra-se emagrecido, sem alterações focais. Uma endoscopia digestiva alta mostra múltiplas úlceras duodenais distais. A dosagem de gastrina sérica basal é 980 pg/mL (VN <150). O teste com secretina foi positivo.

O diagnóstico mais provável e a melhor conduta para localização e tratamento do tumor são

- (A) adenocarcinoma gástrico; iniciar quimioterapia empírica.
- (B) síndrome de Zollinger-Ellison (gastrinoma); localizar com octreoscan ou Ga-68 e realizar ressecção cirúrgica.
- (C) doença ulcerosa péptica refratária; continuar IBP em dose dobrada.
- (D) síndrome do intestino irritável; tratar com dieta e psicoterapia.
- (E) GIST duodenal; iniciar imatinibe e observar evolução.

19

Uma paciente de 35 anos apresenta episódios recorrentes de confusão mental, sudorese intensa e tremores em jejum, melhorando após ingestão de alimentos doces. Ao exame, encontra-se normotensa, sem alterações físicas. Durante jejum supervisionado na sua enfermaria, apresentou glicemia de 38 mg/dL, insulina de 12 μ U/mL (elevada), e peptídeo C elevado. Tomografia de abdome mostra nódulo hipervascular de 1,5 cm na cauda do pâncreas.

Para essa paciente, o diagnóstico mais provável e a conduta terapêutica indicada são:

- (A) diabetes tipo 1; iniciar insulina de ação rápida.
- (B) hipoglicemia por uso de sulfonilureias; interromper medicamento.
- (C) insulinoma pancreático; pancreatectomia distal laparoscópica.
- (D) pâncreas ectópico; abordagem conservadora.
- (E) carcinoma neuroendócrino metastático; quimioterapia sistêmica.

20

Um paciente de 49 anos, portador de hepatite C crônica, relata piora progressiva do estado geral, ascite de difícil controle, episódios de encefalopatia hepática e três internações por peritonite bacteriana espontânea no último ano. No exame físico, encontra-se em estado hipoativo, com *flapping* e icterícia. Laboratórios: bilirrubina total 6,3 mg/dL, INR 2,1, albumina 2,4 g/dL, creatinina 1,2 mg/dL, sódio 131 mEq/L. Escore MELD-Na calculado: 28. Endoscopia mostra varizes esofágicas com ligadura elástica recente.

Nesse caso, a melhor conduta para esse paciente será

- (A) continuar manejo clínico ambulatorial com dieta hipossódica e espirolactona.
- (B) encaminhar para avaliação de transplante hepático, pois preenche critérios de gravidade.
- (C) iniciar quimioterapia com sorafenibe para controle da progressão da hepatopatia.
- (D) realizar TIPS como tratamento definitivo, uma vez que corrige a hipertensão portal.
- (E) solicitar biópsia hepática para reavaliar a etiologia da insuficiência hepática.

21

Homem de 46 anos, natural de zona rural de Pernambuco, com história de hematêmese há dois dias. Refere episódios recorrentes de sangramento digestivo alto nos últimos três anos. Nega etilismo ou hepatopatia conhecida. Ao exame, encontra-se pálido, com esplenomegalia palpável. Sem ascite ou sinais de encefalopatia hepática.

Exames laboratoriais mostram bilirrubinas, transaminases e albumina dentro da normalidade; plaquetas = 78.000/mm³. Uma endoscopia digestiva alta revela varizes esofágicas de grosso calibre com pontos de sangramento recente. A ultrassonografia mostra fígado de tamanho e textura normais, esplenomegalia e veia porta dilatada com fluxo hepatopetal.

Nesse caso, a conduta mais apropriada para o tratamento a longo prazo será

- (A) realizar esplenectomia com desconexão ázigo-portal (procedimento de Hassab).
- (B) indicar transplante hepático, pois a esquistossomose leva a fibrose hepática difusa.
- (C) iniciar propranolol oral e repetir endoscopia em 6 meses.
- (D) inserir TIPS (*shunt* portossistêmico intra-hepático transjugular).
- (E) realizar escleroterapia endoscópica mensal como única medida.

22

Homem de 58 anos, portador de hepatite C crônica e cirrose hepática compensada (Child-Pugh A), é submetido à ultrassonografia de rotina que revela nódulo hepático hiperecogênico de 2,5 cm no segmento VII. Tomografia contrastada mostra captação arterial intensa com *washout* em fase portal. Alfafetoproteína = 180 ng/mL. O paciente encontra-se com bom estado geral (ECOG 0) e função hepática preservada.

Para esse paciente, a conduta mais apropriada será

- (A) iniciar quimioterapia sistêmica com sorafenibe, pois a doença é avançada.
- (B) indicar ressecção hepática segmentar, pois o paciente tem função hepática compensada e lesão única.
- (C) encaminhar para transplante hepático de urgência, independentemente do número de lesões.
- (D) fazer biópsia hepática para confirmar o diagnóstico antes de qualquer tratamento.
- (E) observar com exames semestrais, pois trata-se de um nódulo pequeno sem sintomas.

23

Uma paciente de 44 anos, previamente saudável, apresenta icterícia de início súbito, colúria e acolia fecal há 4 dias. Relata episódios prévios de dor em hipocôndrio direito com irradiação para dorso, geralmente pós-prandiais. Nega febre ou emagrecimento. Exame físico revela icterícia e leve dor à palpação do quadrante superior direito.

Uma ultrassonografia mostra vesícula biliar com cálculos e colédoco com 9 mm de diâmetro, sem massa pancreática. Exames laboratoriais demonstram bilirrubina total de 6,8 mg/dL (direta 5,2), FA e GGT elevadas, AST e ALT discretamente aumentadas.

Diante desse quadro clínico, a conduta mais apropriada, nesse momento, será

- (A) indicar cirurgia imediata com colecistectomia e exploração cirúrgica das vias biliares.
- (B) solicitar CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) para avaliação e possível retirada de cálculo.
- (C) repetir ultrassonografia em 7 dias e iniciar antibiótico empírico por suspeita de colangite.
- (D) encaminhar para ressonância magnética de abdome superior com contraste hepatobiliar (CPRM) para avaliar pancreatite autoimune.
- (E) iniciar corticoterapia empírica por provável hepatite colestática de origem autoimune.

24

Uma paciente de 62 anos apresenta dor abdominal discreta no flanco esquerdo e perda ponderal de 8 kg em 3 meses. Tomografia de abdome com contraste evidencia uma massa sólida de 3,8 cm na cauda do pâncreas, com envolvimento de linfonodos peripancreáticos, mas sem invasão de vasos maiores nem metástases à distância. A biópsia guiada por imagem confirmou adenocarcinoma ductal. Os exames laboratoriais mostram CA 19-9 discretamente elevado. ECOG 1.

Após análise e com base no estadiamento clínico T2N1M0 (estágio II), a conduta mais apropriada será

- (A) quimioterapia paliativa seguida de vigilância clínica.
- (B) apenas observação e uso de analgésicos, pois a cirurgia não altera o prognóstico.
- (C) pancreatectomia total com linfadenectomia D2, seguida de radioterapia.
- (D) radioterapia pré-operatória exclusiva para redução da massa tumoral.
- (E) ressecção cirúrgica com pancreatectomia distal com esplenectomia, seguida de quimioterapia adjuvante.

25

Paciente de 68 anos, sexo feminino, apresenta queimação retroesternal crônica, regurgitação pós-prandial e anemia ferropriva. Em uma endoscopia digestiva alta, observa-se hérnia hiatal volumosa com esofagite grau C de Los Angeles.

A tomografia evidenciou migração intratorácica parcial do fundo gástrico, sem sinais de encarceramento. A paciente é estável clinicamente, mas relata impacto funcional significativo.

Para essa paciente, a conduta mais apropriada será

- (A) iniciar IBP em dose alta e repetir endoscopia em 6 meses.
- (B) realizar dilatação endoscópica do esfíncter esofágico inferior.
- (C) indicar fundoplicatura laparoscópica com hernioplastia hiatal.
- (D) indicar esofagectomia parcial por risco de transformação maligna.
- (E) realizar embolização da artéria gástrica esquerda para reduzir a vascularização da hérnia.

26

Um paciente de 68 anos apresenta disfagia progressiva para sólidos e líquidos, halitose e episódios frequentes de regurgitação de alimentos não digeridos várias horas após as refeições. Relata sensação de “bolo na garganta” e episódios ocasionais de tosse pós-prandial. Uma esofagografia baritada revela uma protrusão sacular na parede posterior da junção faringoesofágica.

Com base no quadro clínico e nos achados de imagem, o diagnóstico mais provável e a melhor conduta terapêutica são

- (A) acalasia esofágica; indicar dilatação pneumática com balão.
- (B) divertículo de Zenker; tratar cirurgicamente com diverticulectomia e miotomia cricofaríngea.
- (C) espasmo esofágico difuso; iniciar bloqueadores de canal de cálcio.
- (D) hérnia hiatal tipo I; iniciar inibidor da bomba de prótons em dose alta.
- (E) neoplasia de esôfago cervical; agendar endoscopia com biópsia e PET-CT.

27

Um homem de 56 anos, previamente saudável, apresenta aumento progressivo do volume abdominal nos últimos 6 meses, com sensação de distensão, náuseas e perda de peso de 8 kg. Não refere dor intensa, febre ou alteração importante do trânsito intestinal. Ao exame físico, nota-se abdome globoso, com ascite de aspecto mucoso à paracentese e massa palpável em fossa ilíaca direita.

Uma tomografia de abdome revela coleção mucinosa encapsulada em fossa ilíaca direita, associada a múltiplos implantes peritoneais e ascite mucinosa. O apêndice encontra-se dilatado e com parede espessada. Exames de marcadores tumorais mostram: CEA: 5,2 ng/mL; CA-19.9: 45 U/mL e CA-125: 90 U/mL.

Foi realizada biópsia percutânea do implante peritoneal, com diagnóstico de pseudomixoma peritoneal de origem apendicular.

A conduta terapêutica mais adequada nesse caso será

- (A) observação clínica e drenagem peritoneal periódica, devido à natureza benigna da lesão.
- (B) quimioterapia sistêmica com FOLFOX, sem indicação de cirurgia.
- (C) ressecção do apêndice por laparoscopia e alta ambulatorial com seguimento por imagem.
- (D) cirurgia citorrredutora completa com peritonectomia + HIPEC (quimioterapia intraperitoneal hipertérmica).
- (E) colectomia direita com ileostomia definitiva e quimioterapia oral com capecitabina.

28

Um homem, 52 anos, previamente saudável, dá entrada na UTI com pancreatite aguda grave em evolução há 15 dias. Evolui com febre persistente (39 °C), leucocitose de 19.000/mm³ e falência orgânica múltipla parcial (insuficiência renal e respiratória controladas com suporte). Tomografia abdominal com contraste demonstra extensa área de necrose pancreática e peripancreática (> 50% do pâncreas), com presença de gás na coleção, sugerindo infecção da necrose. Cultura de punção percutânea guiada por TC confirma crescimento de *E. coli*.

Segundo as recomendações atuais, a conduta mais apropriada será

- (A) antibioticoterapia intravenosa e cirurgia de necrosectomia aberta precoce (<24 horas).
- (B) antibioticoterapia intravenosa e drenagem percutânea com atraso da intervenção cirúrgica, se necessário.
- (C) drenagem endoscópica imediata e ampla da necrose infectada.
- (D) laparotomia de urgência com pancreatectomia total.
- (E) apenas suporte clínico intensivo e observação, sem antibióticos, por se tratar de processo estéril.

29

Paciente masculino, 48 anos, etilista crônico, com histórico de pancreatite aguda há 3 meses, retorna com queixa de dor abdominal persistente em andar superior, sensação de massa abdominal e episódios de plenitude gástrica precoce. Refere emagrecimento de 6 kg.

Ao exame físico: massa palpável em epigástrico, dolorosa, móvel à palpação superficial. Sem febre. Exames laboratoriais: leucócitos normais, função hepática preservada, amilase e lipase discretamente elevadas. TC de abdome com contraste: coleção cística bem delimitada, unilocular, de 10 cm, adjacente à cabeça e ao corpo pancreático, sem septações.

Nesse caso, o diagnóstico e a conduta inicial mais apropriados serão

- (A) pseudocisto pancreático; drenagem endoscópica.
- (B) cisto pancreático neoplásico; pancreatectomia parcial.
- (C) abscesso pancreático; antibiótico e drenagem percutânea urgente.
- (D) necrose infectada; laparotomia imediata.
- (E) pancreatite edematosa aguda; conduta expectante.

30

Homem de 63 anos, previamente hígido, procura atendimento por quadro de plenitude gástrica, desconforto abdominal pós-prandial e episódios esporádicos de melena há 2 meses. Relata perda ponderal de 5 kg nesse período. Nega vômitos, disfagia ou dor intensa. Não é tabagista, nem etilista. Ao exame físico, há abdome flácido, indolor à palpação, sem visceromegalias palpáveis. Toque retal: fezes pastosas com sangue digerido.

Exames laboratoriais: hemoglobina 10,2 g/dL, leucócitos e plaquetas normais.

Realizou uma endoscopia digestiva alta que mostrou uma lesão subepitelial arredondada de 4,5 cm na curvatura maior do estômago, recoberta por mucosa aparentemente normal, com áreas de ulceração central.

Uma tomografia abdominal caracteriza uma lesão exofítica, homogênea, bem delimitada, sem adenomegalias.

Diante desse caso, o diagnóstico mais provável e a conduta inicial adequada são

- (A) adenocarcinoma gástrico; gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
- (B) leiomioma gástrico; ressecção endoscópica simples.
- (C) tumor estromal gastrointestinal (GIST); ressecção cirúrgica com margens negativas e sem linfadenectomia.
- (D) linfoma gástrico; quimioterapia sistêmica como primeira linha.
- (E) pólipos hiperplásicos; vigilância endoscópica com biópsias periódicas.

31

Um homem de 34 anos, saudável, vítima de colisão automobilística frontal, é admitido no pronto-socorro com queixa de dor abdominal difusa e escoriações no epigástrico associadas ao cinto de segurança. Está consciente, com PA 120/80 mmHg, FC 94 bpm, sem sinais de irritação peritoneal. A FAST (ultrassonografia focada no trauma) é inconclusiva, e exames laboratoriais revelam hemoglobina de 12 g/dL. Radiografias não mostram fraturas de pelve ou costelas inferiores.

A melhor conduta diagnóstica nesse momento será

- (A) observação clínica em enfermaria por 24 horas e repetição do hemograma.
- (B) tomografia computadorizada de abdome com contraste.
- (C) lavado peritoneal diagnóstico imediato.
- (D) laparotomia exploradora urgente.
- (E) alta hospitalar com orientações para retorno em caso de dor.

32

Mulher de 72 anos, com antecedentes de hipertensão e diabetes tipo 2, procura o pronto-socorro por dor súbita e intensa na região da virilha direita, há 18 horas. Nega febre, náuseas ou vômitos. Refere evacuação normal no dia anterior. Ao exame físico, apresenta massa inguinal direita de aproximadamente 2 cm, endurecida, pouco móvel, dolorosa à palpação, sem sinais inflamatórios cutâneos evidentes. Abdome flácido, indolor, ruídos hidroaéreos presentes. Não há distensão abdominal nem peritonismo. Exames laboratoriais: leucócitos 10.500/mm³, PCR discretamente elevada. Ultrassom de partes moles: imagem sugestiva de alça intestinal aprisionada parcialmente em saco herniário inguinal.

Assinale a opção que contém o diagnóstico mais provável e a conduta inicial para essa paciente.

- (A) hérnia encarcerada com obstrução total – laparotomia exploradora de urgência.
- (B) hérnia de Richter – hernioplastia imediata com avaliação da viabilidade intestinal.
- (C) hérnia inguinal redutível – tentativa de redução manual e alta após observação.
- (D) hérnia femoral complicada – ressecção intestinal obrigatória e hernioplastia posterior.
- (E) abscesso de partes moles em região inguinal – drenagem cirúrgica e antibioticoterapia.

33

Paciente de 45 anos, obeso, com dor em hipocôndrio direito (HCD) irradiada para escápula, febre e sinal de Murphy positivo. US mostra litíase vesicular, parede da vesícula espessada (> 4 mm) e líquido pericolecístico.

Nesse caso, a abordagem imediata é

- (A) colecistectomia laparoscópica nas primeiras 72 h.
- (B) tratamento clínico com dieta zero e analgesia, cirurgia eletiva após 6 semanas.
- (C) CPRE emergencial para desobstrução do ducto cístico.
- (D) antibioticoterapia isolada (ex.: ciprofloxacino) sem cirurgia.
- (E) drenagem percutânea da vesícula (colecistostomia).

34

Homem de 50 anos com dor abdominal difusa, contratura e febre há 2 dias. Raio-X de abdome em pé mostra ar livre sob o diafragma.

Assinale a opção que apresenta a causa mais provável e a conduta a seguir.

- (A) Úlcera péptica perfurada – laparotomia exploradora + sutura da perfuração e patch de omento.
- (B) Diverticulite perfurada – antibioticoterapia exclusiva.
- (C) Apendicite perfurada – tratamento conservador com drenagem percutânea.
- (D) Pancreatite aguda necrotizante – laparotomia para necrosectomia.
- (E) Isquemia mesentérica – angiografia emergente.

35

Mulher de 70 anos com diabetes, dor em HCD e febre há uma semana. TC revela lesão hipodensa no fígado (6 cm) com gás interno. Hemoculturas positivas para *E. coli*.

O manejo inicial deve ser

- (A) hepatectomia direita emergencial.
- (B) antibioticoterapia (ex.: piperacilina-tazobactam) + drenagem percutânea.
- (C) biópsia hepática guiada por US para diagnóstico histológico.
- (D) tratamento exclusivo com metronidazol via oral.
- (E) CPRE para descompressão biliar.

36

Mulher de 58 anos apresenta saciedade precoce, anemia ferropriva e emagrecimento. EDA mostra lesão infiltrativa em corpo gástrico. Biópsia: adenocarcinoma pouco diferenciado.

O seguinte exame é essencial para definir a conduta terapêutica para o caso:

- (A) tomografia de abdome/pelve com contraste.
- (B) PET-CT com 18-FDG.
- (C) marcador tumoral CA 19-9.
- (D) ressonância magnética de abdome.
- (E) cintilografia óssea.

37

Paciente masculino, 68 anos, PS 1, com quadro de disfagia progressiva, realiza EDA que mostra lesão estenosante de esôfago distal, ocupando 50% da luz a 38 cm dos incisivos, de aproximadamente 3 cm de extensão.

Biópsia mostra adenocarcinoma bem diferenciado. A TC de tórax e abdômen mostram espessamento de esôfago distal e linfonodo infracarinal de 1,5 cm. O PET CT mostra área de hiper captação em esôfago distal e infracarinal.

Nesse caso, a melhor conduta é

- (A) esofagectomia McKewon.
- (B) quimio e radioterapia definitiva.
- (C) quimio e radioterapia neoadjuvante seguidos de esofagectomia McKewon.
- (D) quimioterapia neoadjuvante seguida de esofagectomia McKewon, seguida de quimioterapia adjuvante.
- (E) esofagectomia Ivor Lewis seguida de radioterapia.

ATENÇÃO: use o caso a seguir para responder às três próximas questões.

Uma paciente de 20 anos se apresenta no consultório preocupada, pois o pai, de 45 anos, foi recentemente diagnosticado com adenocarcinoma de estômago. Refere que em sua família, seu avô paterno, faleceu devido a um câncer de estômago avançado. A paciente é assintomática.

38

A conduta inicial nesse caso é

- (A) início de bloqueador de bomba de prótons.
- (B) TC de abdômen.
- (C) seriografia esôfago estômago e duodeno.
- (D) pesquisa de *H. pylori* pelo método respiratório.
- (E) pesquisa do gen da E-caderina (CDH1).

39

O acompanhamento endoscópico, caso confirmada a hipótese diagnóstica, deve se iniciar

- (A) a partir dos 20 anos de idade.
- (B) 5 anos antes da idade de apresentação do câncer do pai ou avô.
- (C) apenas quando iniciarem os sintomas.
- (D) a partir dos 30 anos de idade.
- (E) a partir dos 45 anos de idade.

40

Essa paciente também está sob risco aumentado de desenvolver a seguinte neoplasia:

- (A) tumor de vesícula.
- (B) tumor de pâncreas.
- (C) tumor de mama.
- (D) tumor cerebral.
- (E) melanoma.

41

Paciente com colecistite recorrente e icterícia intermitente. US e TC mostram cálculo impactado no infundíbulo vesicular, com compressão extrínseca do colédoco.

Assinale a opção que identifica a complicação descrita e apresenta a conduta cirúrgica mais adequada.

- (A) Fístula bilioentérica – derivação biliodigestiva em Y de Roux.
- (B) Síndrome de Mirizzi tipo I – colecistectomia + coledocoplastia.
- (C) Pancreatite aguda – colecistectomia tardia após resolução.
- (D) Colangite ascendente – antibioticoterapia exclusiva.
- (E) Colecistite enfisematosa – colecistectomia aberta urgente.

ATENÇÃO: use o caso a seguir para responder às quatro próximas questões.

Um paciente de 54 anos se apresenta ao P.S. com quadro de dor abdominal difusa tipo cólica associada a náuseas e vômitos há 2 dias. Refere parada de eliminação de gases e fezes nas últimas 24 h. Nega febre. Tem história prévia de uma laparotomia em decorrência de um acidente automobilístico.

Ao exame observa-se um paciente com FC 92 bpm, PA 110 x 60 mmHg e SatO₂: 97% aa. Desidratado, corado. O abdômen é distendido e timpânico difusamente, com dor à palpação profunda, e ruídos metálicos.

42

Nesse caso, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) diverticulite aguda.
- (B) obstrução intestinal por brida
- (C) apendicite aguda.
- (D) pancreatite aguda.
- (E) colecistite aguda.

43

Para o caso relatado, o seguinte exame deve ser solicitado para a confirmação da principal hipótese diagnóstica:

- (A) US de abdômen.
- (B) RNM do abdômen.
- (C) endoscopia digestiva alta.
- (D) retossigmoidoscopia.
- (E) rotina radiológica de abdômen agudo ou TC de abdômen e pelve.

44

Para a comprovação diagnóstica do caso, é esperado o seguinte achado do exame solicitado:

- (A) distensão de alças de delgado com sinais de empilhamento de moeda.
- (B) vesícula de paredes espessadas com cálculos em seu interior.
- (C) impossibilidade de passagem do endoscópio pelo piloro.
- (D) espessamento difuso do pâncreas com densificação de gordura peripancreática.
- (E) presença de estenose em transição de retossigmoide, permitindo a passagem do aparelho.

45

Nesse caso, a cirurgia está indicada

- (A) imediatamente.
- (B) em caso de falha de tratamento clínico, após 48 a 72 h.
- (C) na mesma internação, após a resolução do quadro clínico.
- (D) 2 meses após a resolução do quadro clínico.
- (E) em até 6 h após a admissão hospitalar.

46

Paciente vítima de acidente motociclístico chega ao PS inconsciente. Taquipneico (FR 32 rpm), com estridor e tiragem subcostal. SatO₂: 82% em ar ambiente.

Nesse caso, a primeira ação prioritária é

- (A) realizar radiografia de tórax para avaliar pneumotórax.
- (B) realizar intubação orotraqueal imediata para garantir via aérea pérvia.
- (C) administrar O₂ por cateter nasal a 2 L/min.
- (D) iniciar acesso venoso e reposição volêmica com cristaloides.
- (E) avaliar pupilas e Escala de Coma de Glasgow (GCS).

47

Trauma fechado em condutor sem cinto de segurança. PA: 60/40 mmHg, FC: 120 bpm, veias do pescoço ingurgitadas, bulhas cardíacas hipofonéticas.

Nesse caso, a hipótese e a conduta de urgência são

- (A) pneumotórax hipertensivo – punção com agulha no 2º espaço intercostal.
- (B) tamponamento cardíaco – pericardiocentese por abordagem subxifoidea.
- (C) choque neurogênico – administrar vasopressores.
- (D) hemotórax maciço – drenagem torácica com tubo de tórax.
- (E) ruptura de aorta – reparo cirúrgico imediato.

48

Paciente com trauma torácico apresenta dispneia grave, desvio de traqueia para a esquerda, hipertimpanismo à percussão em hemitórax direito.

Nesse caso, a conduta imediata é

- (A) intubação orotraqueal com PEEP elevado.
- (B) infusão de 2 L de solução cristalóide
- (C) realizar radiografia de tórax para confirmação.
- (D) administrar adrenalina subcutânea.
- (E) punção alívio com agulha no 2º espaço intercostal (linha hemiclavicular).

ATENÇÃO: use o caso a seguir para responder às quatro próximas questões.

Um paciente de 52 anos se apresenta com volumosa hérnia incisional em cicatriz mediana de laparotomia prévia. Refere crescimento progressivo, desconforto local e incapacidade de redução do conteúdo, não sendo possível determinar a extensão do defeito ao exame físico. O paciente não tem comorbidades e apresenta IMC de 27 kg/m².

49

Em relação a esse paciente, assinale a afirmativa correta.

- (A) Sendo portador de sobrepeso, está contraindicado o tratamento cirúrgico.
- (B) Está indicado reparo primário.
- (C) Está indicado realização de exame de imagem para melhor determinação da conduta.
- (D) A suplementação nutricional pré-operatória está indicada.
- (E) Será necessário preparo de cólon pré-operatório para tratamento deste paciente.

50

Baseado no caso anterior, o exame de imagem mais adequado é a(o)

- (A) tomografia de abdômen e pelve.
- (B) ultrassonografia de abdômen.
- (C) ressonância nuclear magnética do abdômen.
- (D) radiografia simples de abdômen em AP e perfil.
- (E) PET-CT.

51

O(s) achado(s) mais pertinente(s) para a definição da técnica cirúrgica é(são)

- (A) a relação entre a soma dos retos abdominais e o diâmetro transversal do defeito herniário.
- (B) a presença do cólon no conteúdo herniário.
- (C) o tamanho vertical do defeito herniário.
- (D) a espessura do panículo adiposo.
- (E) o diâmetro do músculo psoas.

52

Durante a avaliação desse paciente no pré-operatório, concluiu-se que a relação entre o volume do saco herniário e o volume da cavidade abdominal era de 30%.

Esse achado sugere a necessidade

- (A) do uso de tela biológica no reparo.
- (B) de uso de tela de polipropileno revestida no reparo.
- (C) de pneumoperitônio progressivo pré-operatório.
- (D) de uso de cinta abdominal no pós-operatório.
- (E) de curarização por 48 h no pós-operatório.

53

Homem de 62 anos, IMC 34 kg/m², antecedente de duas laparotomias prévias (colecistectomia e sigmoidectomia), apresenta hérnia ventral volumosa há 8 anos, que cresceu progressivamente. Refere sensação de peso abdominal, dispneia aos esforços e dificuldade para mobilidade. Nega sintomas obstrutivos. Ao exame, há hérnia volumosa na linha média de aproximadamente 20 cm de diâmetro, com conteúdo intestinal palpável e redução parcial à posição supina. Pele íntegra, sem sinais inflamatórios.

Uma TC de abdome revela: hérnia com saco de 2.800 cm³ de conteúdo herniário, cavidade abdominal reduzida (volume intra-abdominal 3.000 cm³). Relação volume herniado/volume abdominal total = 48%. Sem perda de alça intestinal ou complicações isquêmicas.

A equipe cirúrgica discute a programação de cirurgia eletiva e conclui que a melhor estratégia inicial será

- (A) tentar redução primária com fechamento fascial sob tensão.
- (B) Usar pneumoperitônio progressivo pré-operatório (PPPP) associado à liberação de componentes.
- (C) realizar hernioplastia com tela intraperitoneal e ressecção intestinal profilática para reduzir volume.
- (D) apenas usar prótese de grande porte e realizar fechamento cutâneo por aproximação dérmica.
- (E) realizar abordagem laparoscópica direta com fechamento primário e tela intraperitoneal.

54

Paciente de 67 anos, sexo masculino, tabagista crônico e etilista, procura atendimento por notar aumento progressivo de um nódulo indolor na fossa supraclavicular esquerda há 2 meses. Ao exame físico, palpa-se linfonodo endurecido, fixo, com cerca de 2,5 cm. O paciente refere ainda perda de peso de 6 kg em 3 meses, sensação de plenitude gástrica e episódios ocasionais de disfagia.

A principal hipótese diagnóstica associada ao achado do linfonodo de Virchow, nesse contexto, é

- (A) linfoma de Hodgkin com acometimento cervical inferior.
- (B) metástase de carcinoma gástrico avançado.
- (C) tuberculose ganglionar com localização supraclavicular.
- (D) neoplasia de tireoide com disseminação linfática.
- (E) metástase de carcinoma de células escamosas de esôfago cervical.

55

Uma paciente de 67 anos, previamente saudável, relata três episódios anteriores de dor no quadrante inferior esquerdo nos últimos dois anos, sempre associados à febre e tratados com antibióticos orais em regime ambulatorial. Há 10 dias, apresenta dor abdominal contínua e cólicas, com distensão progressiva, ausência de evacuações e flatulência há 3 dias.

Ao exame físico, há abdome distendido, ruídos hidroaéreos diminuídos e dor difusa à palpação, sem sinais de peritonite. Os exames laboratoriais revelam leucocitose de $14.500/\text{mm}^3$ e PCR de 62 mg/L. Tomografia computadorizada evidencia cólon sigmoide com espessamento parietal importante, estreitamento luminal e moderada distensão colônica a montante. Não há sinais de perfuração nem de abscesso.

O diagnóstico mais provável e a melhor conduta para essa paciente são

- (A) diverticulite não complicada em crise; repetição de antibióticos orais e reavaliar em 48 horas.
- (B) diverticulite complicada com abscesso oculo; drenagem percutânea e antibióticos IV.
- (C) colite isquêmica; tratamento clínico com hidratação venosa e vigilância hemodinâmica.
- (D) neoplasia colônica obstruindo luz intestinal; realização de colonoscopia com biópsia urgente.
- (E) obstrução colônica secundária a estenose inflamatória pós-diverticulite; cirurgia eletiva com ressecção do segmento estenosado.

56

Homem de 58 anos, com história de colecistectomia por laparotomia há 8 anos, foi internado com diagnóstico de obstrução intestinal por bridas. Após 36 horas de tratamento conservador com hidratação, jejum, cateter nasogástrico e analgesia, mantém vômitos, dor abdominal e distensão. Não eliminou flatos. A ausculta revela ruídos hidroaéreos metálicos. Uma nova TC mostra persistência da distensão de alças delgadas, com mesmo ponto de transição. Sem pneumoperitônio ou sinais claros de isquemia. Lactato de 1,8 mmol/L, leucócitos $13.000/\text{mm}^3$.

Nesse caso, a melhor conduta para esse paciente será

- (A) continuar tratamento clínico por mais 48 horas, já que não há sinais de isquemia.
- (B) iniciar nutrição parenteral total e observar.
- (C) indicar laparotomia exploradora por falha do tratamento clínico.
- (D) realizar enema baritado para resolver a obstrução.
- (E) solicitar colonoscopia para elucidar o ponto de transição.

57

Um homem de 39 anos procura avaliação para cirurgia bariátrica. Refere ser obeso desde a adolescência, com múltiplas tentativas frustradas de perda de peso com dieta e atividade física. Relata histórico de refluxo gastroesofágico intenso, diagnosticado por endoscopia há 2 anos como esofagite grau C (Los Angeles). Também tem diabetes mellitus tipo 2 há 6 anos, atualmente mal controlado com metformina e insulina. Apresenta IMC de 42 kg/m^2 , sem uso de álcool ou tabagismo. Nega sintomas depressivos ou compulsão alimentar grave.

Os exames complementares:

- Endoscopia: Esofagite grau C, sem hérnia hiatal;
- HbA1c: 9,2%;
- Eletrocardiograma e avaliação cardiológica pré-operatória: sem contraindicações;
- Avaliação psicológica: apto à cirurgia;
- Ultrassonografia abdominal: fígado esteatótico, sem litíase biliar.

A melhor técnica de cirurgia bariátrica indicada, nesse caso, é

- (A) derivação gástrica em Y de Roux, por ser eficaz tanto para perda ponderal quanto para controle do diabetes e do refluxo gastroesofágico.
- (B) gastrectomia vertical (*sleeve*), por ser técnica com menor incidência de complicações e não interferir na anatomia intestinal.
- (C) banda gástrica ajustável, por ser técnica menos invasiva e reversível.
- (D) duodenal *switch*, por ser superior na resolução do diabetes e da dislipidemia em longo prazo.
- (E) Balão intragástrico, como estratégia intermediária antes da cirurgia definitiva devido à presença de esteatose hepática.

58

Paciente do sexo feminino, 52 anos, com antecedente de histerectomia total por via abdominal há 5 anos, dá entrada no pronto-socorro com dor abdominal difusa em cólica, iniciada há 24 horas, associada a náuseas, vômitos biliosos e ausência de eliminação de flatos e fezes desde então. Refere episódios semelhantes mais leves nos últimos dois anos, resolvidos espontaneamente. Ao exame físico, apresenta abdome distendido, ruídos hidroaéreos aumentados em timbre metálico, dor difusa à palpação, sem sinais de peritonite. O toque retal sem sangue ou massas.

Uma radiografia de abdome em pé mostra níveis hidroaéreos em alças de delgado com padrão em "pilha de moedas". A tomografia computadorizada (TC) confirma obstrução de delgado com ponto de transição único, presença de alças distendidas, sem pneumoperitônio ou sinais de isquemia. Exames laboratoriais com leucócitos de $11.000/\text{mm}^3$ e lactato normal.

O diagnóstico mais provável e a melhor conduta terapêutica inicial, para essa paciente, são

- (A) obstrução intestinal por hérnia interna; indicação de laparotomia exploradora de urgência.
- (B) obstrução intestinal funcional (íleo paralítico); tratamento clínico com procinéticos e hidratação.
- (C) obstrução intestinal por bridas (aderências); tratamento conservador com hidratação, jejum, cateter nasogástrico e observação clínica inicial.
- (D) obstrução intestinal por tumor de delgado; solicitação de colonoscopia e marcação de cirurgia eletiva.
- (E) obstrução intestinal por bridas; cirurgia laparoscópica de urgência imediata, independentemente de sinais de gravidade.

59

Mulher de 63 anos, menopausada há 10 anos, procura atendimento por aumento progressivo do volume abdominal, distensão e sensação de plenitude pós-prandial nos últimos 3 meses. Refere perda ponderal involuntária, episódios de náusea e alteração do hábito intestinal (alternância entre constipação e evacuações amolecidas). Nega sangramentos genitais.

Ao exame físico, apresenta abdome globoso, com ascite moderada, sinal de macidez móvel e presença de nódulos duros em flanco direito (Sinal de Blumer). Ao toque vaginal, palpa-se massa anexial esquerda de consistência pétreia.

Exames laboratoriais revelam: CA-125: 640 U/m; Hemoglobina: 10,2 g/d; Albumina: 2,8 g/d; Creatinina: 1,1 mg/dL. Uma tomografia computadorizada de abdome/pelve evidencia: massa anexial sólida e cística à esquerda (6,5 cm), espessamento difuso do peritônio com implantes nodulares, ascite volumosa e linfonodomegalia retroperitoneal.

O diagnóstico mais provável, a preparação adequada do paciente e o tratamento de escolha são, respectivamente,

- (A) câncer de ovário avançado com carcinomatose peritoneal; iniciar quimioterapia paliativa antes de qualquer abordagem cirúrgica.
- (B) tumor de Krukenberg metastático; preparo com antibiótico e laparotomia exploradora com esvaziamento pélvico.
- (C) tumor borderline de ovário com peritonite; tratamento conservador e laparoscopia diagnóstica.
- (D) câncer endometrial metastático; tratamento com radioterapia e bloqueio hormonal.
- (E) carcinomatose peritoneal secundária a câncer de ovário; estabilização clínica, avaliação multidisciplinar e cirurgia citorrredutora com quimioterapia adjuvante.

60

Homem de 58 anos, com anemia ferropriva e fadiga, realizou endoscopia que evidenciou gastrite atrófica com três lesões polipoides pequenas (< 1 cm) em fundo gástrico. As biópsias revelaram tumores neuroendócrinos bem diferenciados, positivos para cromogranina A, Ki-67 <2%. A dosagem de gastrina sérica foi de 1200 pg/mL. Tomografia e octreoscan sem metástases.

O diagnóstico e a conduta cirúrgica mais adequadas são

- (A) GIST gástrico; ressecção gástrica total com linfadenectomia.
- (B) tumor carcinoide gástrico tipo I; gastrectomia parcial com vigilância endoscópica.
- (C) carcinoma gástrico neuroendócrino; quimioterapia com cisplatina e etoposídeo.
- (D) carcinoide gástrico tipo III; esofagogastrectomia radical.
- (E) linfoma gástrico MALT; iniciar antibiótico para erradicação de *H. pylori*.

61

Um paciente de 46 anos, realizou exame de US de próstata, que revelou pequena hérnia inguinal D. O paciente é assintomático. O exame clínico não demonstra qualquer protusão em região inguinal D.

Nesse caso, a conduta é

- (A) realizar tomografia de pelve para melhor avaliação.
- (B) realizar ressonância de pelve para melhor avaliação.
- (C) repetir a ultrassonografia.
- (D) iniciar pregabalina para evitar quadro algico.
- (E) observar.

62

No tratamento de uma hérnia femoral D, a técnica de escolha é a de

- (A) Linchtenstein.
- (B) Bassini.
- (C) Shouldice.
- (D) McVay.
- (E) Andrews.

63

Uma paciente de 25 anos, refere dor e abaulamento em região umbilical aos esforços. O diagnóstico de hérnia umbilical é feito.

Nesse caso, é correto afirmar que

- (A) o uso de tela neste tipo de hérnia não é necessário.
- (B) o uso de tela deve ser realizado rotineiramente.
- (C) o uso de tela está indicado em hérnia com defeitos acima de 1 cm.
- (D) o tratamento cirúrgico não está indicado.
- (E) o uso de técnica robótica traz melhores resultados.

64

Paciente de 70 anos, programado para colectomia por câncer de cólon, apresenta sarcopenia, sedentarismo e anemia (Hb = 9,8 g/dL).

O principal objetivo da pré-habilitação nesse paciente é

- (A) substituir a avaliação de risco cirúrgico tradicional.
- (B) diminuir a hidratação per-operatória.
- (C) melhorar a reserva fisiológica para enfrentar o estresse cirúrgico.
- (D) eliminar a necessidade de cuidados pós-operatórios.
- (E) antecipar o uso de imunoterapia pré-operatória.

65

Homem de 68 anos, fratura de fêmur que necessita de artroplastia, com descondicionamento físico e desnutrição.

O período mínimo recomendado para intervenções de pré-habilitação apresentarem benefício é de

- (A) 24 horas.
- (B) 3 dias.
- (C) 2 semanas.
- (D) 6 semanas.
- (E) 3 meses.

66

Paciente com câncer de pâncreas, programado para duodenopancreatectomia, apresenta risco elevado pelo escore ACS NSQIP.

A ferramenta mais adequada para avaliar sua capacidade funcional antes da pré-habilitação é

- (A) o escore de ASA.
- (B) o teste de caminhada de 6 minutos (TC6).
- (C) a dosagem de albumina sérica.
- (D) a Escala Visual Analógica (EVA) para dor.
- (E) o questionário SF-36.

67

Paciente com oclusão intestinal por hérnia estrangulada necessita de laparotomia emergencial. Tem histórico de IC (FE = 35%) e tabagismo ativo.

A seguinte estratégia de pré-habilitação é viável nesse cenário:

- (A) adiar a cirurgia por 4 semanas para programa de exercícios.
- (B) iniciar suplementação com Ômega-3 no pré-operatório imediato.
- (C) solicitar avaliação psiquiátrica para ansiedade.
- (D) realizar angioplastia coronariana antes da cirurgia.
- (E) realizar otimização volêmica pré-operatória.

68

Equipe cirúrgica prepara-se para herniorrafia inguinal eletiva em paciente colonizado por MRSA.

A seguinte medida é recomendada para reduzir a infecção do sítio cirúrgico.

- (A) Lavagem pré-operatória do paciente com clorexidina 4%.
- (B) Uso de máscara N95 por toda a equipe.
- (C) Descontaminação nasal com mupirocina 2 dias antes.
- (D) Antibioticoprofilaxia com vancomicina + metronidazol.
- (E) Isolamento reverso no pós-operatório.

69

Homem de 62 anos, tabagista e etilista crônico, apresenta quadro de hematêmese volumosa seguida de melena há 6 horas. Refere dor epigástrica intermitente há semanas, piora com jejum.

Na chegada ao pronto-socorro, está pálido, sudorético, com PA: 90 x 60 mmHg, FC: 112 bpm. Revela sensibilidade epigástrica sem sinais de peritonite. A gasometria arterial mostra acidose metabólica leve. No hemograma com hemoglobina inicial: 8,1 g/dL. Foi realizada hidratação vigorosa com cristaloides e iniciado omeprazol EV. Realizou-se uma endoscopia digestiva alta que expõe úlcera duodenal sangrante com vaso visível (classificação de Forrest IIa).

A melhor conduta inicial após a estabilização hemodinâmica será

- (A) ressecção gástrica subtotal com vagotomia troncular.
- (B) vagotomia superseletiva e piloroplastia.
- (C) laparotomia imediata com rafia da úlcera.
- (D) embolização arterial por radiologia intervencionista.
- (E) controle endoscópico com injeção e termocoagulação do vaso.

70

Paciente de 68 anos, sexo masculino, com adenocarcinoma gástrico distal localmente avançado, apresenta perda ponderal de 15% nos últimos 3 meses, hipoalbuminemia (2,6 g/dL) e sinais de sarcopenia. Indicado para gastrectomia total eletiva. Encontra-se hemodinamicamente estável, sem obstrução ou perfuração.

A conduta mais apropriada para o preparo nutricional pré-operatório desse paciente será

- (A) iniciar suporte nutricional (parenteral se enteral não for possível), por 7 a 14 dias antes da cirurgia.
- (B) manter dieta oral hipercalórica e operar em 7 dias.
- (C) iniciar nutrição enteral por sonda e operar em 3 dias.
- (D) iniciar nutrição parenteral total imediata e operar o paciente em 48 horas.
- (E) postergar a cirurgia por mais de 30 dias até completa recuperação nutricional.

71

Homem de 68 anos, previamente hígido, apresenta anemia ferropriva progressiva e perda de peso. Nega sangramentos visíveis. Colonoscopia mostra lesão vegetante no ceco, friável e sangrante ao toque, impedindo a progressão do aparelho. Biópsia revela adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Tomografia mostra espessamento de ceco sem invasão de órgãos ou metástases.

A conduta cirúrgica mais apropriada para esse caso é

- (A) colectomia total com ileostomia definitiva.
- (B) hemicolectomia esquerda com anastomose término-lateral.
- (C) hemicolectomia direita com linfadenectomia regional.
- (D) ressecção local da lesão por via transanal.
- (E) quimioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia.

72

Seu paciente é um homem de 60 anos, que apresenta dor abdominal intermitente e perda de peso. A colonoscopia mostra lesão vegetante no cólon transverso com biópsia confirmando adenocarcinoma. TC de abdome revela tumor de 5 cm com invasão do omento e contato com a parede abdominal, sem metástases.

Diante desse caso clínico, a melhor abordagem terapêutica será:

- (A) quimioterapia neoadjuvante e cirurgia após 6 ciclos.
- (B) colectomia subtotal com ressecção em bloco das estruturas envolvidas.
- (C) radioterapia pré-operatória com ressecção posterior.
- (D) colectomia direita com preservação do tumor.
- (E) observação com exames de imagem seriados.

73

Sua paciente é uma mulher de 59 anos, com câncer de cólon sigmoide, operada há 10 dias, com ressecção e anastomose primária. Evolui bem e recebe alta. No retorno ao ambulatório, queixa-se de dor abdominal leve e está subfebril (37,8 °C). Realizou-se uma TC que revela pequena coleção pélvica próxima à anastomose.

Diante desse caso clínico, a melhor conduta será

- (A) antibioticoterapia oral e observação ambulatorial.
- (B) reinternação, antibióticos EV e drenagem percutânea.
- (C) reoperação imediata com revisão da anastomose.
- (D) laparoscopia diagnóstica com lavagem.
- (E) biópsia por agulha da coleção.

74

Paciente de 35 anos, submetida a funduplicatura laparoscópica por DRGE, apresentou sangramento discreto no intraoperatório após disseção da crura diafragmática. Hemostasia foi realizada com energia bipolar, mas houve suspeita de lesão térmica inadvertida no esôfago distal.

O material cirúrgico alternativo mais seguro para evitar esse tipo de complicação em espaços delicados é o(a)

- (A) dissector Maryland monopolar.
- (B) dissector laparoscópico convencional.
- (C) ultrassom harmônico (dispositivo de energia por ultrassom).
- (D) pinça bipolar seladora de vasos de alta potência.
- (E) tesoura monopolar laparoscópica.

75

Paciente programado para colectomia sigmoide eletiva por câncer.

O seguinte esquema de antibioticoprofilaxia é recomendado para o caso:

- (A) cefazolina 2g EV 1h antes do corte.
- (B) cefazolina + metronidazol 30 minutos antes do corte.
- (C) vancomicina + gentamicina devido à resistência local.
- (D) ampicilina/sulbactam por 7 dias no pós-operatório.
- (E) nenhum antibiótico, pois é cirurgia limpa.

76

Um paciente, submetido a gastrectomia total por neoplasia de corpo gástrico, apresenta febre após 24h do procedimento.

Considerando que o paciente foi extubado e que seus cateteres foram instalados no momento da operação, a causa mais provável da febre é a

- (A) trombose venosa profunda.
- (B) pneumonia.
- (C) fístula de anastomose.
- (D) infecção do sítio cirúrgico.
- (E) atelectasia.

77

Uma paciente feminina, de 38 anos, é diagnosticada com uma hérnia femoral em região inguinal esquerda durante uma ultrassonografia ginecológica. A paciente nega sintomas limitantes e nunca notou nenhum abaulamento no local.

Considerando um risco cirúrgico ASA II, a conduta indicada é

- (A) indicar a correção cirúrgica pelo maior risco de encarceramento das hérnias femorais.
- (B) a cirurgia minimamente invasiva é contraindicada neste cenário.
- (C) a técnica de Linchstein é a de escolha no caso.
- (D) observar clinicamente, uma vez que a paciente é oligossintomática.
- (E) o uso de tela absorvível nessa correção.

78

Na cirurgia de colecistectomia, a visão crítica de segurança do pedículo biliar consiste na

- (A) dissecação do ducto hepático até a identificação de sua bifurcação.
- (B) identificação da tríade portal;
- (C) dissecação do triângulo hepatocístico com identificação do ducto cístico, artéria cística e parênquima hepático até 2 cm acima do infundíbulo.
- (D) identificação do linfonodo da artéria cística e ducto cístico.
- (E) dissecação da junção cístico coledociana.

79

A cirurgia de escolha em um paciente portador de DRGE, esôfago de Barrett e IMC de 38kg/m², sem outras comorbidades, é

- (A) cirurgia de Scopinaro.
- (B) cirurgia de duodenal Switch.
- (C) gastrectomia vertical em manga.
- (D) *bypass* de anastomose única.
- (E) gastroplastia redutora em Y de Roux.

80

Um paciente feminino, 42 anos, em exame ginecológico de rotina, realiza ultrassonografia de abdômen que mostra pólipos de vesícula biliar de 10 mm, com espessamento de parede de vesícula biliar.

A conduta frente a esse achado é

- (A) colecistectomia laparotômica.
- (B) acompanhamento clínico com USG a cada 6 meses.
- (C) colecistectomia aberta com hepatectomia dos segmentos IV e V.
- (D) colecistectomia laparoscópica.
- (E) realização de colangiorrressonância nuclear magnética.

Realização

