

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2025/2026

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

CIRURGIA BARIÁTRICA

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

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.

2

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.

3

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 locorreionais 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.

4

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.

5

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.

6

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.

7

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 enfermagem, apresentou glicemia de 38 mg/dL, insulina de 12 µU/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.

8

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 espironolactona.
- (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.

9

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.

10

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.

11

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.

12

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.

13

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.

14

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.

15

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.

16

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.

17

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.

18

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.

19

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.

20

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.

21

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).

22

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.

23

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.

24

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.

25

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.

26

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).

27

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.

28

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.

29

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.

30

Nesse caso, a principal hipótese diagnóstica é

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

31

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.

32

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.

33

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.

34

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).

35

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.

36

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.

37

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.

38

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.

39

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.

40

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.

Cirurgia Geral

41

Você recebe, em seu hospital, um paciente do sexo masculino, 58 anos, previamente hígido, que é encaminhado por médico assistente de uma clínica da família, após queixas inespecíficas de desconforto abdominal e sensação de massa no flanco esquerdo.

Ao exame físico, apresenta abaulamento em flanco esquerdo, indolor, profundo e mal delimitado. Tomografia computadorizada de abdome e pelve evidencia massa retroperitoneal de grandes dimensões, heterogênea, com áreas de necrose central, deslocando estruturas adjacentes, sem sinais claros de invasão de órgãos. Não há metástases à distância identificadas.

Diante desse quadro, a conduta mais apropriada será

- (A) biópsia percutânea guiada por TC para diagnóstico histológico e posterior quimioterapia.
- (B) ressecção cirúrgica ampla com margens negativas, sem biópsia prévia.
- (C) início de radioterapia externa com controle radiológico seriado
- (D) quimioterapia neoadjuvante antes da cirurgia para reduzir o volume tumoral.
- (E) ressecção cirúrgica limitada ao tumor visível, poupando estruturas adjacentes.

42

No ambulatório de um grande hospital, dá entrada uma mulher de 37 anos. Ela apresenta hipertensão arterial resistente ao uso de três anti-hipertensivos, associada a episódios de fraqueza muscular e câimbras. Os exames laboratoriais revelam hipocalcemia e alcalose metabólica. A dosagem da atividade de renina plasmática está suprimida e a aldosterona plasmática encontra-se elevada. A tomografia computadorizada de abdome mostra nódulo de 1,5 cm na glândula adrenal esquerda.

Nesse caso, a melhor conduta para confirmação diagnóstica é

- (A) iniciar espironolactona e monitorar resposta clínica, sem necessidade de confirmação adicional.
- (B) realizar cintilografia com MIBG para avaliar atividade funcional do tumor.
- (C) proceder à amostragem venosa adrenal bilateral antes de indicar cirurgia.
- (D) realizar adrenalectomia laparoscópica esquerda baseada no achado tomográfico.
- (E) repetir dosagem hormonal após suspensão dos anti-hipertensivos por 30 dias.

43

Paciente do sexo feminino, 29 anos, apresenta quadro progressivo de irregularidade menstrual, hirsutismo acentuado, acne de difícil controle e aumento de massa muscular nos últimos 6 meses. Ao exame físico, observa-se voz grossa, alopecia frontal e clitoromegalia. Os exames laboratoriais mostram elevação importante de androgênios séricos (DHEA-S e testosterona total), além de níveis elevados de 17-hidroxiprogesterona. Tomografia computadorizada de abdome revela massa adrenal direita de 8,1 cm, heterogênea, com áreas de necrose e calcificações.

Diante desse quadro, a conduta mais apropriada será

- (A) aguardar avaliação genética para hiperplasia adrenal congênita antes de intervir.
- (B) iniciar tratamento com anticoncepcionais e antiandrogênicos e reavaliar em 6 meses.
- (C) realizar biópsia percutânea da massa para confirmar o diagnóstico histológico.
- (D) indicar ressecção cirúrgica aberta da adrenal com margem oncológica ampla.
- (E) realizar adrenalectomia laparoscópica para ressecção tumoral.

44

Uma mulher de 52 anos, apresenta nódulo sólido na região anterior do pescoço detectado em exame clínico de rotina. Ultrassonografia de tireoide revela nódulo de 2,8 cm, sólido, hipoeoico, com bordas regulares, sem calcificações. PAAF guiada por USG foi realizada, com resultado compatível com Bethesda IV (neoplasia folicular). Os níveis de TSH são normais, e não há linfonodomegalias cervicais.

A conduta mais apropriada nesse caso será

- (A) observação clínica com repetição da PAAF em 6 a 12 meses.
- (B) tireoidectomia total com esvaziamento cervical terapêutico.
- (C) lobectomia da glândula tireoide para diagnóstico definitivo.
- (D) iodoterapia empírica seguida de monitoramento hormonal.
- (E) biópsia por agulha grossa para confirmar invasão capsular antes da cirurgia.

45

Homem de 62 anos, com história de aumento progressivo de volume em região inguinal direita há mais de dois anos, procura atendimento ambulatorial. Refere que o abaulamento desce até o escroto, é indolor, aumentava com esforço físico e se reduz espontaneamente ao deitar-se. Nega episódios de dor súbita, náuseas ou sinais de obstrução intestinal. Ao exame físico, observa-se hérnia inguinoescrotal direita, com anel inguinal interno alargado e conteúdo redutível. O restante do exame físico e os exames laboratoriais pré-operatórios são normais.

A conduta mais adequada para esse paciente será

- (A) observar clinicamente, pois não há sinais de encarceramento ou obstrução.
- (B) indicar hernioplastia eletiva, preferencialmente por via anterior com tela.
- (C) iniciar antibioticoterapia e repetir avaliação em 30 dias.
- (D) solicitar tomografia antes de indicar cirurgia, pois a clínica é inconclusiva.
- (E) realizar cirurgia de urgência por risco iminente de estrangulamento.

46

Mulher de 68 anos, com história prévia de hérnia crural direita não tratada, é levada ao pronto-socorro com dor em fossa ilíaca direita, náuseas e sensação de distensão abdominal há 24 horas. Nega vômitos ou parada total de eliminação de gases e fezes. Ao exame físico, apresenta massa dolorosa e pouco redutível em região inguinal direita, com dor localizada, sem sinais francos de peritonite. Ruídos hidroaéreos presentes. Exames laboratoriais mostram leucocitose ($14.000/\text{mm}^3$) e PCR elevada. A tomografia evidenciou alça intestinal com parede espessada herniando parcialmente pelo canal femoral, sem dilatação significativa de alças proximais.

Nesse caso, a conduta mais apropriada será

- (A) tratamento conservador com analgesia e vigilância clínica.
- (B) redução manual da hérnia com sedação e reavaliação ambulatorial.
- (C) cirurgia de urgência com abordagem da hérnia e avaliação de viabilidade intestinal.
- (D) antibioticoterapia de amplo espectro e dieta zero por 72 horas.
- (E) CPRE urgente para alívio da compressão mecânica intestinal.

47

Homem de 71 anos, com antecedentes de duas cirurgias prévias para correção de hérnia inguinal direita, apresenta novamente abaulamento em região inguinal ipsilateral, que aumenta ao esforço e reduz parcialmente ao repouso. Relata desconforto local progressivo, mas nega sintomas obstructivos ou dor aguda. Ao exame físico, observa-se hérnia recidivada inguinal direita, que se estende parcialmente até o escroto. A tomografia de abdome confirma hérnia inguinal recorrente com componentes direto e indireto, sem sinais de encarceramento. Funções pulmonar e cardíaca estão compensadas.

Para esse paciente, a melhor abordagem terapêutica será

- (A) indicar correção cirúrgica por via posterior (pré-peritoneal), preferencialmente videolaparoscópica.
- (B) realizar nova hernioplastia anterior com tela pela técnica de Lichtenstein.
- (C) optar por tratamento conservador com suporte inguinal e vigilância semestral.
- (D) indicar ressecção intestinal profilática, dado o risco de estrangulamento.
- (E) utilizar sistema de plugue e tela pela via anterior para evitar manipulação peritoneal.

48

Homem de 47 anos, previamente saudável, procura o pronto-socorro com dor epigástrica intensa irradiando para dorso, associada a náuseas e vômitos. Relata episódio semelhante leve há 2 meses. Exame físico mostra dor epigástrica à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Temperatura 37,5 °C, FC 102 bpm, PA 110/70 mmHg. Exames laboratoriais mostram: amilase 1.200 U/L (VR < 120), lipase 1.800 U/L (VR < 160), leucócitos 13.000/mm³. Ultrassonografia abdominal revela vesícula biliar com múltiplos cálculos e colédoco de 8 mm, sem sinais de dilatação intra-hepática.

Das condutas a seguir, a mais apropriada nesse momento será

- (A) realizar CPRE de urgência para desobstrução biliar.
- (B) iniciar antibiótico e programar colecistectomia eletiva em 3 meses
- (C) iniciar nutrição parenteral total e jejum prolongado até normalização das enzimas pancreáticas.
- (D) encaminhar para ressonância magnética e repetir exames laboratoriais em 72 horas.
- (E) internar para suporte clínico e programar colecistectomia laparoscópica durante a mesma internação.

49

Uma mulher de 52 anos apresenta-se com icterícia leve, colúria, prurido e dor em hipocôndrio direito, intermitente, com duração de cerca de 2 horas por episódio, geralmente após refeições gordurosas. Refere episódios semelhantes há mais de um ano, mas sem febre ou sinais de infecção sistêmica. Ao exame físico, há dor à palpação do quadrante superior direito, sem sinal de Murphy positivo. Exames laboratoriais mostram bilirrubina total de 3,5 mg/dL (fração direta 2,8), elevação de GGT, FA e discreto aumento de transaminases. Ultrassonografia abdominal revela vesícula biliar com paredes espessadas, múltiplos cálculos e colédoco com 10 mm.

A melhor conduta para essa paciente, nesse momento, será

- (A) realizar colecistectomia videolaparoscópica imediata e alta hospitalar precoce.
- (B) solicitar colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) para avaliação de coledocolitíase.
- (C) iniciar antibioticoterapia empírica e aguardar resolução espontânea da icterícia.
- (D) realizar CPRE imediata com retirada de cálculo, seguida de colecistectomia eletiva.
- (E) indicar drenagem percutânea da vesícula biliar para descompressão urgente.

50

Um paciente de 60 anos apresenta icterícia progressiva, colúria e prurido há duas semanas. Nega febre ou dor abdominal intensa. Ao exame físico, encontra-se icterico, eupneico e normotenso. A ultrassonografia mostra dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. A tomografia computadorizada de abdome evidencia massa de 2,5 cm na região ampular, sem invasão vascular, linfonodos aumentados ou metástases. A colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) e a ecoendoscopia confirmam lesão localizada na papila de Vater. Biópsia endoscópica sugere adenocarcinoma bem diferenciado.

Diante desse quadro clínico, a conduta terapêutica mais apropriada será

- (A) colocação de *stent* biliar endoscópico e acompanhamento ambulatorial.
- (B) radioterapia exclusiva com intenção curativa.
- (C) duodenopancreatctomia (procedimento de Whipple) com linfadenectomia regional.
- (D) pancreatectomia total com esplenectomia, por ser tumor de alto risco.
- (E) quimioterapia neoadjuvante antes da cirurgia para reduzir o volume tumoral.

51

Em sua enfermaria está um paciente de 73 anos, que tem perda ponderal de 15 kg em 4 meses, dor epigástrica persistente e vômitos pós-prandiais frequentes, é submetido à endoscopia digestiva alta, que revela lesão vegetante ulcerada no antro gástrico. A biópsia confirma adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado. A tomografia de tórax, abdome e pelve demonstra linfonodomegalia retroperitoneal, ascite e nódulos hepáticos múltiplos. A laparoscopia diagnóstica confirma carcinomatose peritoneal, impossibilitando a ressecção cirúrgica.

Na sessão clínica, a conduta a ser aplicada é discutida e concluiu-se que, nesse caso, a melhor conduta será

- (A) quimioterapia paliativa baseada em fluoropirimidina e platina, com objetivo de controle de sintomas e sobrevida.
- (B) gastrectomia total com linfadenectomia D2, seguida de quimioterapia adjuvante.
- (C) radioterapia curativa isolada com alta dose de precisão sobre o estômago e fígado.
- (D) gastrojejunostomia profilática para prevenção de obstrução futura, sem necessidade de quimioterapia.
- (E) imunoterapia com inibidores de *checkpoint* como monoterapia de primeira linha.

52

Homem de 63 anos apresenta perda ponderal de 10 kg, saciedade precoce e dor epigástrica nos últimos 3 meses. A endoscopia digestiva alta com biópsia revelou adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado na pequena curvatura do antro. A tomografia de abdome e pelve com contraste não evidenciou metástases. A ecoendoscopia mostrou lesão comprometendo a submucosa e parte da muscular própria, com linfonodos regionais positivos. A classificação TNM foi T2N1M0.

A conduta apropriada é

- (A) iniciar quimioterapia paliativa com fluorouracil e cisplatina.
- (B) iniciar imunoterapia com anti-PD1 seguida de gastrectomia total.
- (C) apenas vigilância clínica, pois se trata de um tumor limitado à submucosa.
- (D) indicar radioterapia isolada antes da cirurgia para reduzir o volume tumoral.
- (E) realizar gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2 e considerar quimioterapia adjuvante.

53

Homem de 68 anos, hipertenso, com antecedente de dispepsia crônica e uso contínuo de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), é admitido na emergência com episódio de melena volumosa e queda do nível de consciência. Ao exame, encontra-se pálido, sudorético, taquicárdico (FC 112 bpm) e hipotenso (PA 85/60 mmHg). Após estabilização com reposição volêmica e transfusão de 2 concentrados de hemácias, é submetido à endoscopia digestiva alta que revela úlcera duodenal com vaso visível sem sangramento ativo (classificação de Forrest IIa).

Das condutas abaixo, a mais adequada nesse momento é

- (A) alta hospitalar com uso de IBP oral e nova endoscopia em 30 dias.
- (B) apenas observação clínica com jejum e hidratação intravenosa por 24-48h.
- (C) cirurgia de emergência com sutura da úlcera e vagotomia troncular
- (D) tratamento endoscópico com injeção de adrenalina e termo coagulação local.
- (E) embolização angiográfica profilática, mesmo sem sangramento ativo.

54

Paciente do sexo masculino, 64 anos, com histórico de dor epigástrica crônica e uso irregular de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), é admitido no pronto-socorro com dor abdominal súbita, intensa, difusa, acompanhada de rigidez abdominal e taquicardia. Ao exame físico, há abdome em tábua, com sinal de Blumberg positivo. Radiografia de tórax em ortostatismo evidencia ar-livre subdiafragmático. O paciente está hemodinamicamente estável após reposição volêmica inicial.

Diante desse quadro, a melhor conduta inicial a ser adotada para esse paciente será

- (A) iniciar tratamento clínico com IBP endovenoso e antibióticos, observando por 24 h antes de decidir cirurgia.
- (B) solicitar endoscopia digestiva alta imediata para confirmar a localização e gravidade da úlcera.
- (C) realizar laparotomia exploradora com fechamento da perfuração e biópsia da borda da úlcera.
- (D) realizar laparotomia exploradora com drenagem abdominal sem fechamento da perfuração.
- (E) proceder a laparoscopia diagnóstica e, caso haja perfuração, manter apenas tratamento clínico com drenagem.

55

Paciente, homem de 55 anos, com história de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) há mais de 10 anos, apresenta-se com pirose frequente, regurgitação e ocasional disfagia. Nega perda ponderal significativa ou sangramentos. Foi submetido a endoscopia digestiva alta, que revelou mucosa esofágica com coloração salmão, estendendo-se por 3 cm acima da junção esofagagástrica. Biópsias demonstraram metaplasia intestinal com células calciformes. O exame histológico não evidenciou displasia. Ele está hemodinamicamente estável e com função hepática e renal preservadas.

Com base nesse quadro, a conduta mais apropriada é

- (A) iniciar esofagectomia subtotal, devido ao risco de adenocarcinoma.
- (B) repetir a endoscopia com biópsias em 3 meses, para confirmar o diagnóstico antes de qualquer tratamento.
- (C) realizar terapia endoscópica de ablação com radiofrequência imediatamente, mesmo na ausência de displasia.
- (D) iniciar inibidor de bomba de prótons (IBP) e realizar vigilância endoscópica periódica com biópsias.
- (E) encaminhar para funduplicatura laparoscópica como primeira medida curativa.

56

Um homem de 65 anos, tabagista e etilista crônico, apresenta disfagia progressiva para sólidos há três meses, perda de peso de 10 kg e episódios de odinofagia. A endoscopia digestiva alta revela lesão ulcerada e estenosante no terço médio do esôfago, com biópsia confirmando carcinoma espinocelular. A tomografia computadorizada de tórax e abdome mostra espessamento da parede esofágica sem evidência de metástases.

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

- (A) estágio I; esofagectomia transhiatal sem neoadjuvância.
- (B) estágio II; quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de esofagectomia.
- (C) estágio III; quimioterapia paliativa.
- (D) estágio IV; radioterapia exclusiva.
- (E) estágio II; esofagectomia toracoabdominal imediata.

57

Um homem de 54 anos apresenta disfagia progressiva para sólidos e líquidos, regurgitação de alimentos não digeridos e perda de peso de 8 kg nos últimos seis meses. Nega tabagismo e etilismo. A endoscopia digestiva alta revela esôfago dilatado com acúmulo de resíduos alimentares e resistência na passagem para o estômago, sem lesões mucosas. A esofagografia baritada mostra dilatação esofágica com estreitamento distal em “bico de pássaro”. A manometria esofágica evidencia ausência de peristalse e hipertonía do esfíncter esofágico inferior.

Com base no quadro clínico e nos achados de exames, o diagnóstico mais provável e a melhor conduta terapêutica para o caso são, respectivamente,

- (A) acalasia; realizar miotomia de Heller laparoscópica com funduplicatura parcial.
- (B) estenose péptica do esôfago; iniciar inibidores da bomba de prótons e dilatações endoscópicas seriadas.
- (C) espasmo esofágico difuso; iniciar bloqueadores de canal de cálcio e nitratos.
- (D) doença do refluxo gastroesofágico; indicar funduplicatura de Nissen.
- (E) carcinoma de esôfago distal; agendar biópsia endoscópica e estadiamento com PET-CT.

58

Homem de 67 anos, com histórico de fibrilação atrial crônica, em uso irregular de anticoagulante, apresenta dor abdominal súbita e intensa há 6 horas, desproporcional ao exame físico, que revela apenas discreta distensão e dor difusa à palpação. Está taquicárdico e com sinais de hipoperfusão. Leucograma com $18.000/\text{mm}^3$, lactato sérico elevado ($5,2 \text{ mmol/L}$) e gasometria com acidose metabólica. A tomografia de abdome com contraste mostra pneumatose intestinal e ausência de realce da artéria mesentérica superior. Não há sinais de perfuração ou peritonite evidente.

A conduta mais adequada nesse caso será

- (A) iniciar anticoagulação plena e manter observação clínica com jejum.
- (B) repetir tomografia em 12 horas para avaliar progressão da imagem.
- (C) encaminhar para laparotomia exploradora imediata para avaliação da viabilidade intestinal.
- (D) realizar colonoscopia urgente para confirmar o diagnóstico.
- (E) administrar antibióticos e iniciar nutrição parenteral total.

59

Mulher de 74 anos, com antecedente de colecistopatia não tratada, é admitida com quadro de distensão abdominal progressiva, náuseas e vômitos biliosos há 48 horas. Ao exame físico, encontra-se desidratada, com ruídos hidroaéreos aumentados e dor difusa à palpação do abdome. A radiografia de abdome mostra níveis hidroaéreos em alças delgadas e presença de ar nas vias biliares. A tomografia computadorizada revela alça ileal distendida com cálculo de 3 cm em sua luz, presença de pneumobilia e ausência de vesícula biliar.

A melhor conduta terapêutica para esse caso será

- (A) iniciar antibióticos e realizar CPRE com retirada do cálculo.
- (B) indicar laparotomia com enterolitotomia para extração do cálculo.
- (C) iniciar tratamento conservador com dieta zero e sonda nasogástrica, devido à idade da paciente.
- (D) realizar colecistectomia laparoscópica de urgência com exploração do colédoco.
- (E) colocar prótese biliar endoscópica para restabelecer o fluxo biliar.

60

Mulher de 56 anos, com histórico de histerectomia por via laparotômica há 3 anos, apresenta quadro de dor abdominal em cólica, distensão e episódios de vômitos nos últimos dois dias. Refere eliminação de flatos, mas sem evacuação nas últimas 36 horas. Ao exame físico, o abdome está distendido, com ruídos hidroaéreos aumentados e dor difusa sem sinais de peritonite. Radiografia de abdome em pé revela níveis hidroaéreos em alças delgadas. Tomografia com contraste oral e endovenoso mostra alças distendidas de delgado com ponto de transição único, sem sinais de isquemia ou perfuração. Paciente está hemodinamicamente estável, sem febre.

A conduta mais adequada nesse momento é

- (A) indicar laparotomia imediata, pois todo quadro obstrutivo requer cirurgia de urgência.
- (B) iniciar tratamento conservador com hidratação venosa, cateter nasogástrico e observação clínica.
- (C) realizar colonoscopia para descompressão e retirada do conteúdo fecal.
- (D) administrar anticoagulação por suspeita de trombose venosa mesentérica associada.
- (E) iniciar nutrição parenteral total imediata por risco de necrose intestinal.

61

Paciente masculino, 25 anos de idade, é vítima de queda de grande altura. Apresenta TCE grave com anisocoria à direita. Pressão Arterial de $100 \times 60 \text{ mmHg}$, frequência cardíaca de 110 bpm e hipocorado ++/4.

Das alternativas de ressuscitação volêmica elencadas a seguir, a mais indicada é

- (A) ringer lactato.
- (B) soro glicosado 5%.
- (C) solução colóide de Dextran.
- (D) solução salina hipertônica a 3%.
- (E) ringer sem lactato com dextrose 5%.

62

Paciente com diagnóstico de carcinoma papilífero em lobo direito da tireoide, apresentando linfonodo de 1 cm palpável no bordo anterior do músculo esternocleidomastoideo do mesmo lado, abaixo da altura do osso hioide e acima da altura da cartilagem cricoide.

Segundo os compartimentos nodais do pescoço, esse linfonodo se encontra no nível

- (A) I.
- (B) II.
- (C) III.
- (D) IV.
- (E) V.

63

Tumores formados a partir de células G produtoras de gastrina, quando localizados no pâncreas, ocorrem mais comumente

- (A) no corpo e na cauda.
- (B) no colo pancreático e no corpo.
- (C) na cabeça e em processo uncinado.
- (D) no corpo e em processo uncinado.
- (E) na cauda, somente.

64

A correta síntese da parede abdominal é um fator importante na diminuição de ocorrência de hérnias incisionais de parede abdominal.

O estudo STITCH demonstrou diminuição de hérnias incisionais, com o fechamento da parede abdominal da seguinte forma:

- (A) pontos a 1 cm da borda, 0,5 cm entre os pontos e fio multifilamentar.
- (B) pontos a 0,5 cm da borda, 0,5 cm entre os pontos e fio monofilamentar.
- (C) pontos a 1 cm da borda, 1 cm entre os pontos e fio monofilamentar.
- (D) pontos a 0,5 cm da borda, 1 cm entre os pontos e fio monofilamentar.
- (E) pontos a 1 cm da borda, 1 cm entre os pontos e fio multifilamentar.

65

Os divertículos de esôfago podem estar associados a diversas condições clínicas.

O divertículo epifrênico está associado, entre outros, à(ao)

- (A) tuberculose pulmonar.
- (B) acalásia do esôfago.
- (C) doença do refluxo gastroesofágico.
- (D) hérnia de hiato tipo II.
- (E) linfoma de Hodgkin.

66

Paciente de 53 anos, tabagista, apresenta disfagia para sólidos. A endoscopia mostrou lesão estenosante de terço médio de esôfago, de 4 cm de extensão, ocupando 2/3 da luz do órgão. A biópsia confirmou carcinoma escamoso. O estadiamento clínico foi de um tumor T3, N1, M0.

Nesse caso, a próxima medida terapêutica a ser adotada é

- (A) radioterapia exclusiva.
- (B) gastrostomia alimentar.
- (C) esofagectomia em três campos.
- (D) esofagectomia distal (Ivor Lewis).
- (E) quimiorradioterapia neoadjuvante.

67

Sobre os tumores desmóides de parede abdominal, é correto afirmar que

- (A) geralmente se manifestam como massas palpáveis e dolorosas na parede abdominal.
- (B) têm associação com síndromes genéticas hamartomatosas como a síndrome de Peutz-Jeghers.
- (C) a biópsia por agulha tipo "core biopsy" é contraindicada pelo risco de disseminação tumoral.
- (D) se trata de um tumor benigno de comportamento maligno, com pouca propensão à recidiva local e a metástases.
- (E) nos casos esporádicos, há uma predominância no sexo feminino de dois para um.

68

Paciente chega ao pronto-socorro com quadro de obstrução intestinal alta. Apresenta dor na face anteromedial da coxa direita que alivia com a sua flexão. Ao exame físico, não são palpadas hérnias na região inguinal ou na parede anterior do abdome.

A hipótese diagnóstica mais provável, entre as listadas a seguir, é a de hérnia

- (A) obturatória.
- (B) perineal.
- (C) ciática.
- (D) de Grynfeldt.
- (E) de Petit.

69

Paciente submetido à correção de hérnia inguinal direita pela técnica de Liechtenstein, apresentando parestesia em face lateral do escroto do mesmo lado.

O nervo provavelmente lesado nessa situação é o

- (A) ileoinguinal.
- (B) ileohipogástrico.
- (C) ramo genital do genitofemoral.
- (D) ramo femoral do genitofemoral.
- (E) cremastérico.

70

Segundo a Resolução nº 2.429/2025 do Conselho Federal de Medicina, as cirurgias bariátricas em adolescentes podem ser realizadas

- (A) acima de 14 anos, respeitando os mesmos critérios que os adultos.
- (B) acima de 16 anos, respeitando os mesmos critérios que os adultos.
- (C) acima de 16 anos, somente se o IMC for acima de 40 kg/m² e houver comorbidades graves.
- (D) acima de 14 anos, somente se o IMC for acima de 35 kg/m² e houver comorbidades graves.
- (E) acima de 16 anos somente se o IMC for acima de 35 kg/m² e houver comorbidades graves.

71

Paciente, 20 anos, com febre baixa e dor abdominal de início há 12 horas. Ao exame, nota-se perda de sensibilidade abdominal quando os músculos da parede abdominal são contraídos.

Esse achado semiológico corresponde ao sinal de

- (A) Blumberg.
- (B) Rovsing.
- (C) Murphy.
- (D) Carnett.
- (E) Fothergill.

72

Em pacientes com hemorragia digestiva alta de causa varicosa, a contraindicação relativa ao uso do TIPS, entre as listadas a seguir, é

- (A) o escore de MELD acima de 10.
- (B) a classificação de Child-Pugh acima de 7 pontos.
- (C) a síndrome hepatorenal.
- (D) a ascite refratária.
- (E) o carcinoma hepatocelular.

73

Avalie o fragmento a seguir.

Secretado(a) por células presentes no fundo gástrico, é também conhecido(a) como “hormônio da fome”.

O fragmento fala sobre

- (A) grelina.
- (B) colecistoquinina.
- (C) GLP-1.
- (D) peptídeo YY.
- (E) leptina.

74

Paciente, 40 anos, mostra massa indolor de 7 cm em testículo direito, discreto aumento de gonadotrofina coriônica humana (hCG), desidrogenase láctea (DHL) bastante aumentada e alfa feto proteína normal.

Este tipo de tumor tem como sítio de metástase mais comum

- (A) o pulmão.
- (B) a coluna lombar.
- (C) os linfonodos retroperitoneais.
- (D) os linfonodos inguinais.
- (E) o fígado.

75

O subtipo de linfoma gástrico mais comum é o linfoma de

- (A) tecido linfoide associado à mucosa.
- (B) células foliculares.
- (C) grandes células B difuso.
- (D) células do manto.
- (E) Burkitt.

76

No pós-operatório de cirurgias em que não se utilizam próteses permanentes, as infecções de sítio cirúrgico são aquelas que ocorrem em até

- (A) cinco dias.
- (B) sete dias.
- (C) dez dias.
- (D) quinze dias.
- (E) trinta dias.

77

Paciente, 58 anos, iniciou tratamento com amoxicilina + clavulanato após colecistectomia de urgência devido a empiema de vesícula biliar. Após 48 horas, começou quadro de dor abdominal tipo cólica, queda do estado geral, diarreia mucosanguinolenta e febre de 39,7 °C. PA: 80 x 40 mmHg e FC: 128 bpm. Exame do abdome sem sinais de irritação peritoneal.

Além de estabilização do quadro hemodinâmico, assinale a melhor medida terapêutica a ser adotada, entre as citadas.

- (A) suspender amoxicilina + clavulanato e iniciar ceftriaxone.
- (B) suspender amoxicilina + clavulanato e aguardar coprocultura.
- (C) suspender amoxicilina + clavulanato e iniciar vancomicina.
- (D) proctocolectomia total com ileostomia e iniciar ceftriaxone.
- (E) associar vancomicina + metronidazol.

78

Paciente, 18 anos, sexo masculino, refere dor abdominal de início vaga em epigástrio, que migrou e se localizou em fossa ilíaca direita em 24 horas. Refere também náuseas e anorexia. A temperatura axilar é de 38 °C. Apresenta dor e defesa à palpação da fossa ilíaca direita, com desconcompressão dolorosa. Leucograma normal, sem desvio. Ultrassonografia com apêndice de diâmetro de 8 mm, sem líquido periapendicular.

Segundo o escore de Alvarado, esse paciente

- (A) não tem apendicite aguda.
- (B) tem probabilidade baixa de ter apendicite aguda.
- (C) tem probabilidade mediana de ter apendicite.
- (D) tem probabilidade alta de ter apendicite aguda.
- (E) precisa realizar TC para avaliar probabilidade de apendicite.

79

Pacientes com ileostomia podem apresentar distúrbios hidroeletrolíticos importantes, decorrentes da perda de eletrólitos pelo efluente ileal.

A concentração de sódio no efluente ileal é em torno de

- (A) 25 mEq/L.
- (B) 50 mEq/L.
- (C) 100 mEq/L.
- (D) 200 mEq/L.
- (E) 300 mEq/L.

80

O chamado canal anal cirúrgico diverge do canal anal anatômico. O canal anal cirúrgico possui comprimento de cerca de

- (A) 1 cm.
- (B) 2 cm.
- (C) 4 cm.
- (D) 6 cm.
- (E) 8 cm.

Realização

