

TIPO**1****Enare**

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE**PRÉ-REQUISITO****COLOPROCTOLOGIA****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 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 Geral

1

Sua equipe de emergência atende a um paciente de 29 anos, que foi admitido após queda de motocicleta. Encontra-se consciente, com frequência respiratória de 30 irpm, a saturação de oxigênio está em 90% em ar ambiente, com queixa de dor torácica intensa à direita. A radiografia de tórax evidencia fratura de três arcos costais, hemopneumotórax moderado, sem desvio significativo do mediastino. O paciente apresenta estabilidade hemodinâmica. A equipe indica a descompressão torácica.

Considerando as recomendações atuais, assinale a opção que descreve corretamente a indicação, a técnica e o material que devem ser empregados.

- (A) Realizar punção pleural no segundo espaço intercostal com cateter venoso calibroso, mantendo-o como drenagem definitiva em selo d'água para hemopneumotórax traumático estável.
- (B) Indicar toracotomia imediata, utilizando dreno de pequeno calibre apenas ao término da cirurgia, independentemente do volume inicial do hemotórax identificado.
- (C) Introduzir dreno de pequeno calibre por técnica de Seldinger no primeiro espaço intercostal, direcionando-o inferiormente para drenagem simultânea de sangue e ar.
- (D) Inserir dreno torácico por via posterior ao nível da escápula, utilizando trocar metálico como método preferencial para facilitar a passagem pela parede torácica.
- (E) Realizar toracostomia no quinto espaço intercostal, entre as linhas axilar anterior e média, por dissecação romba, introduzindo dreno torácico de calibre adequado ao hemopneumotórax e conectando-o a sistema de drenagem em selo d'água.

2

Sua paciente é uma mulher de 47 anos que foi submetida à exérese de uma lesão cutânea benigna na face, com fechamento primário da ferida. Ela evoluiu sem sinais de infecção, deiscência ou hematoma, apresentando boa coaptação das bordas. Durante a visita de enfermagem, um interno questiona o cirurgião sobre o momento mais adequado para a retirada dos pontos. Sua resposta deve levar em consideração o processo fisiológico da cicatrização e a resistência tênsil da ferida.

Nesse caso, assinale a resposta correta.

- (A) Os pontos devem ser retirados exclusivamente após o término da fase de remodelamento, quando a cicatriz adquire resistência equivalente à do tecido normal.
- (B) A retirada dos pontos deve ser determinada apenas pela idade do paciente, independentemente da localização da ferida, da tensão da sutura ou da evolução clínica.
- (C) Os pontos podem ser retirados no primeiro ou no segundo dia de pós-operatório, pois a fase de hemostasia já proporciona resistência suficiente para evitar deiscência.
- (D) A retirada dos pontos depende da localização anatômica, da tensão sobre a ferida, das condições clínicas do paciente e da evolução da cicatrização, respeitando o ganho progressivo da resistência tênsil.
- (E) Os pontos devem permanecer até completa substituição do colágeno tipo III pelo colágeno tipo I, independentemente da região operada e da finalidade da sutura.

3

Na rotina de visita ao leito da sua paciente, que está no sexto dia de pós-operatório, de hemicolectomia esquerda para tratamento de diverticulite, quando da inspeção da ferida operatória, observa: dor na incisão, hiperemia que se estende por cerca de 3 cm das bordas da ferida, edema local e drenagem espontânea de secreção purulenta em pequena quantidade.

O exame físico mostra que a paciente está hemodinamicamente estável, sem sinais de peritonite ou sepse e com trânsito intestinal presente.

Considerando o diagnóstico e o tratamento das feridas pós-operatórias, a conduta mais adequada é

- (A) diagnosticar infecção superficial do sítio cirúrgico, abrir parcialmente a incisão para drenagem, realizar curativos locais, colher cultura quando indicada e instituir antibioticoterapia conforme a apresentação clínica.
- (B) considerar reação inflamatória fisiológica da cicatrização, manter a ferida completamente fechada, trocar o curativo diariamente e aguardar resolução espontânea sem outras intervenções.
- (C) suspeitar deiscência completa da aponeurose, indicar reoperação imediata e realizar síntese da parede abdominal, independentemente do exame físico ou da estabilidade clínica.
- (D) diagnosticar seroma infectado, realizar apenas punção aspirativa da coleção e manter antibioticoterapia prolongada, evitando abertura da ferida para reduzir o risco de contaminação.
- (E) presumir infecção profunda do sítio cirúrgico, retirar todos os pontos da incisão, realizar desbridamento cirúrgico amplo e laparotomia exploradora em todos os pacientes.

4

Você examina uma mulher de 29 anos, ectoscopicamente hígida, que procurou o pronto-socorro com dor abdominal intensa de início súbito. Relata atraso menstrual de sete semanas, com atividade sexual ativa, lipotimia e pequeno sangramento vaginal.

Ao exame físico, apresenta-se pálida, sudorética, com PA 82/50 mmHg, FC 128 bpm, abdome doloroso com sinal de Blumberg positivo e dor à mobilização do colo uterino. Realizou-se um FAST que demonstra grande quantidade de líquido livre na cavidade abdominal.

Considerando o quadro clínico, o diagnóstico provável e a conduta mais adequada para o caso serão:

- (A) abortamento incompleto com instabilidade hemodinâmica; realizar curetagem uterina de urgência após reposição volêmica, mantendo antibioticoterapia e acompanhamento seriado do β -hCG.
- (B) ruptura de cisto hemorrágico ovariano com hemoperitônio; solicitar tomografia contrastada após estabilização clínica e indicar cirurgia conforme a evolução clínica e laboratorial.
- (C) doença inflamatória pélvica complicada por abscesso roto; iniciar antibioticoterapia venosa, ressuscitação volêmica e laparoscopia após estabilização completa da paciente.
- (D) torção anexial com sofrimento ovariano; instituir hidratação venosa, analgesia e tratamento videolaparoscópico após confirmação diagnóstica pelos exames complementares.
- (E) prenhez tubária rota com hemoperitônio; iniciar ressuscitação hemodinâmica, solicitar sangue para transfusão quando necessário e realizar exploração cirúrgica imediata para controle do sangramento.

5

Na sessão clínica do seu hospital é discutido o caso de um paciente de 46 anos que refere pirose e regurgitação há oito anos, com melhora parcial durante o uso contínuo de inibidor da bomba de prótons. Nos últimos meses, passou a apresentar sintomas, diurnos e noturnos, frequentes, e com maior intensidade, que causam impacto importante na qualidade de vida.

Uma endoscopia digestiva alta demonstra esofagite erosiva distal, classificada como Los Angeles C, associada a hérnia hiatal por deslizamento de 4 cm. A investigação clínica continua, faz-se uma pHmetria de 24 horas, que confirma refluxo gastroesofágico patológico, e uma manometria esofágica, que evidencia peristalse preservada, sem distúrbio motor significativo.

A conduta mais adequada para o caso é

- (A) manter tratamento clínico exclusivo, aumentar a dose do inibidor da bomba de prótons e repetir a endoscopia após doze meses, independentemente da persistência dos sintomas.
- (B) indicar dilatação endoscópica da junção esofagogástrica como tratamento definitivo, dispensando correção da hérnia hiatal e avaliação da barreira antirrefluxo.
- (C) indicar tratamento cirúrgico antirrefluxo com correção da hérnia hiatal e funduplicatura, após confirmação objetiva da doença e adequada avaliação funcional do esôfago.
- (D) realizar gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux para eliminar o refluxo, mesmo na ausência de complicações gástricas ou suspeita de neoplasia.
- (E) contraindicar qualquer procedimento cirúrgico, pois a presença de esofagite erosiva constitui contraindicação absoluta à cirurgia antirrefluxo.

6

Durante a visita aos pacientes internados em seu serviço de cirurgia, você é designado para o preparo pré-operatório de um paciente de 52 anos, com diagnóstico de hipertensão portal esquistossomótica, com antecedente de hemorragia digestiva alta por varizes esofágicas, tratado com ligadura elástica.

Após discussão em sessão clínica, teve como indicação terapêutica a desconexão ázigo-portal com esplenectomia. É hipertenso, diabético tipo 2, tabagista, tem DPOC moderada e relata dispneia aos médios esforços.

Exames mostram plaquetas de 68.000/mm³, INR 1,4, albumina discretamente reduzida, função renal limitrofe e esplenomegalia volumosa. Está clinicamente estável, sem sangramento ativo.

A conduta pré-operatória mais adequada para o caso será

- (A) liberar o paciente para cirurgia após hemograma e coagulograma, pois a desconexão ázigo-portal trata a causa do sangramento e não exige investigação adicional.
- (B) corrigir plaquetopenia com transfusão profilática imediata, suspender anti-hipertensivos e hipoglicemiantes no dia anterior e realizar a cirurgia sem atraso.
- (C) solicitar apenas endoscopia digestiva alta, pois o principal risco é o sangramento varicoso, sendo dispensável avaliação cardiopulmonar se não houver dor torácica.
- (D) realizar avaliação clínica, anestésica, cardiopulmonar, hepatorenal, hematológica e nutricional; otimizar comorbidades, revisar medicamentos, planejar hemocomponentes, antibioticoprofilaxia, vacinação, consentimento e *checklist* cirúrgico.
- (E) contraindicar a cirurgia, pois plaquetopenia, hipertensão portal e comorbidades tornam obrigatória a escolha por tratamento exclusivamente endoscópico.

7

Sua equipe multidisciplinar atende a um paciente de 31 anos, atlético, que foi admitido no serviço de emergência 35 minutos após ferimento por arma branca na região paraumbilical esquerda. Encontra-se consciente, ansioso, pálido e sudorético. Refere dor abdominal intensa e progressiva.

Ao exame físico, apresenta PA 88/56 mmHg, FC 122 bpm, FR 28 irpm, SpO₂ 96% com oxigênio suplementar por cateter, enchimento capilar lentificado e extremidades frias, caracterizando o quadro de choque hemorrágico classe II.

O abdome está distendido, com defesa involuntária difusamente, dor à descompressão brusca e exteriorização de pequena quantidade de conteúdo entérico pela ferida. Após o protocolo inicial do ATLS, são obtidos dois acessos venosos calibrosos, inicia-se reposição volêmica balanceada e são coletados exames laboratoriais.

Com base no quadro clínico, a conduta mais apropriada é

- (A) solicitar tomografia computadorizada contrastada após estabilização inicial completa, mantendo observação intensiva e antibioticoterapia, indicando laparotomia apenas se houver piora clínica ou confirmação tomográfica de lesão intestinal.
- (B) prosseguir com ressuscitação hemodinâmica, realizar laparotomia exploradora imediata, controlar a hemorragia e a contaminação, identificar todas as lesões intestinais e reparar ou ressecar os segmentos inviáveis conforme os achados operatórios.
- (C) realizar laparoscopia diagnóstica como primeiro procedimento cirúrgico, convertendo para laparotomia apenas se houver sangramento persistente ou impossibilidade técnica de tratar as lesões encontradas.
- (D) manter reposição volêmica vigorosa, realizar FAST após estabilização clínica e indicar laparotomia somente se houver líquido livre ou agravamento dos sinais de choque nas horas seguintes.
- (E) indicar tratamento não operatório com monitorização contínua, antibioticoterapia de amplo espectro e reavaliações clínicas seriadas, reservando intervenção cirúrgica para o aparecimento de peritonite generalizada ou instabilidade refratária.

8

Em relação aos marcadores séricos na avaliação do estado nutricional no pré-operatório, é correto afirmar que

- (A) a administração de albumina no pré-operatório em pacientes desnutridos graves está correlacionada com melhora nos desfechos clínicos no pós-operatório.
- (B) os marcadores séricos podem ser considerados como fatores prognósticos pré-operatórios, mas não necessariamente como indicadores do estado nutricional.
- (C) mais especificamente, a síntese fracionada de albumina é bastante alterada após uma cirurgia abdominal de grande porte.
- (D) a albumina e a pré-albumina costumam apresentar níveis séricos baixos no pré-operatório, antes mesmo do paciente apresentar desnutrição moderada ou grave.
- (E) no estresse inflamatório, o corpo poupa recursos de aminoácidos para a criação de proteínas inflamatórias, aumentando assim as concentrações de marcadores nutricionais mesmo quando o paciente está adequadamente nutrido.

9

Um paciente de 30 anos é levado, 40 minutos após ser atropelado por um automóvel, ao seu serviço de emergência. Durante a avaliação primária, apresenta via aérea pérvia, ausculta cardiopulmonar sem alterações significativas, com murmúrio vesicular preservado bilateralmente.

Sinais vitais: PA 108/70 mmHg, FC 112 bpm, FR 24 irpm, SpO₂ 98% em ar ambiente.

Após exclusão de lesões com risco imediato de morte, constata-se, no membro inferior esquerdo, uma fratura exposta da diáfise da tíbia e da fíbula, com ferida de aproximadamente 8 cm, intensa contaminação por terra, sangramento moderado, deformidade evidente e exposição óssea. Os pulsos distais são palpáveis, o pé está aquecido e a sensibilidade encontra-se preservada. Não há outras lesões relevantes.

Com base nos princípios do ATLS e da cirurgia do trauma, a conduta mais adequada para esse paciente será

- (A) cobrir a ferida com curativo estéril, iniciar antibioticoterapia intravenosa e profilaxia antitetânica, imobilizar o membro, realizar irrigação e desbridamento cirúrgico precoces, seguidos de estabilização da fratura conforme as condições locais.
- (B) solicitar tomografia do membro inferior antes de qualquer intervenção, manter analgesia e curativo compressivo, iniciando antibióticos apenas após definição completa das lesões ósseas e vasculares observadas nos exames.
- (C) realizar redução definitiva da fratura ainda na sala de emergência, suturar imediatamente a ferida exposta, administrar antibióticos após o procedimento e encaminhar posteriormente para fixação interna definitiva.
- (D) manter observação clínica com analgesia, elevar o membro e aguardar redução do edema antes da antibioticoterapia e do tratamento cirúrgico, desde que os pulsos periféricos permaneçam preservados.
- (E) priorizar fixação interna definitiva com placas e parafusos logo após a admissão, deixando a limpeza cirúrgica e o desbridamento para um segundo procedimento, quando houver melhores condições locais.

10

Paciente de 55 anos, com câncer de antro gástrico e síndrome de estenose pilórica completa, com desnutrição grave, fez terapia nutricional pré-operatória com nutrição parenteral (NPT) por 14 dias, e foi submetido à gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux, com colocação de cateter nasoenteral após a enteroenteroanastomose. No primeiro dia de pós-operatório, o paciente apresenta-se sem queixas e com abdome flácido e indolor.

A dieta enteral em baixo volume, nesse caso, deve ser feita

- (A) imediatamente.
- (B) após 24 h.
- (C) após 36 h.
- (D) após 48 h.
- (E) após manter em NPT por 3 dias e reavaliar.

11

Paciente de 49 anos, submetido à retossigmoidectomia para tratamento de adenocarcinoma de reto alto, no 6º dia de pós-operatório, apresentou febre e dor abdominal. Realizou TC de abdome que mostrou pequena coleção perianastomótica de 7 cm, contendo gás em seu interior.

Esse abscesso pode ser classificado como

- (A) primário.
- (B) primário tardio.
- (C) secundário.
- (D) secundário tardio.
- (E) terciário.

12

Uma ambulância do SUS traz, a seu plantão de emergência, um paciente de 67 anos, hipertenso e diabético, com história de abaulamento doloroso na região inguinal direita, conhecido há mais de 8 anos, que se tornou irreduzível há cerca de 10 horas. Refere dor intensa e contínua, náuseas, dois episódios de vômitos biliosos e interrupção da eliminação de fezes e flatos desde o início do quadro.

Ao exame físico, apresenta-se desidratado, PA 100/65 mmHg, FC 112 bpm, temperatura de 38,2 °C. O abdome está discretamente distendido, com ruídos hidroaéreos aumentados. Na região inguinal direita observa-se massa endurecida, extremamente dolorosa à palpação, irreduzível, sem impulso à tosse e com hiperemia cutânea local. Exames laboratoriais realizados em urgência revelam leucocitose de 18.500/mm³ e lactato sérico elevado.

Considerando o quadro clínico, o diagnóstico e a conduta mais adequados serão:

- (A) hérnia inguinal encarcerada sem sinais de isquemia; realizar analgesia, sedação e tentativa cuidadosa de redução manual (táxis), seguida de observação hospitalar e correção eletiva após estabilização clínica.
- (B) hérnia inguinal estrangulada com provável sofrimento intestinal; iniciar ressuscitação volêmica, analgesia, antibioticoterapia de amplo espectro e encaminhar imediatamente para exploração cirúrgica, com avaliação da viabilidade intestinal e ressecção quando necessária.
- (C) hérnia femoral complicada associada à obstrução intestinal parcial; solicitar tomografia computadorizada com contraste antes de qualquer intervenção e indicar cirurgia apenas após confirmação radiológica da necrose intestinal.
- (D) hérnia inguinal recidivada complicada por abscesso da parede abdominal; realizar drenagem local, manter antibioticoterapia intravenosa e programar hernioplastia definitiva somente após resolução completa da infecção.
- (E) hérnia inguinal encarcerada de evolução prolongada sem comprometimento vascular; manter jejum, hidratação venosa e descompressão gástrica, adiando o tratamento operatório até normalização dos exames laboratoriais.

13

Durante a cicatrização de feridas, o pico máximo de macrófagos na fase inflamatória ocorre em torno do

- (A) primeiro dia.
- (B) segundo dia.
- (C) terceiro dia.
- (D) quarto dia.
- (E) quinto dia.

14

As cicatrizes hipertróficas, diferentemente dos queloides, contêm principalmente colágeno

- (A) tipo I.
- (B) tipo II.
- (C) tipo III.
- (D) tipos I e II igualmente.
- (E) tipos II e III igualmente.

15

No leito 3 da sala de mulheres está uma paciente de 23 anos, ectoscopicamente hígida, que procurou o serviço de emergência com dor abdominal iniciada há cerca de 10 horas na região periumbilical, migrando progressivamente para a fossa ilíaca direita. Refere anorexia, náuseas e um episódio de vômito. Não relata diarreia, disúria ou corrimento vaginal. A última menstruação ocorreu há duas semanas.

Ao exame físico, apresenta temperatura de 37,8 °C, frequência cardíaca de 94 bpm, dor localizada na fossa ilíaca direita, defesa muscular discreta e dor à descompressão brusca nessa região. Não há sinais de irritação peritoneal difusa, tampouco instabilidade hemodinâmica.

Considerando esse quadro clínico, a melhor sequência de propedêutica, diagnóstico e tratamento é:

- (A) suspeitar de doença inflamatória pélvica, solicitar ultrassonografia transvaginal e exames laboratoriais, iniciar antibioticoterapia empírica e indicar cirurgia apenas se houver piora clínica.
- (B) considerar diverticulite do cólon direito, solicitar tomografia abdominal contrastada, manter antibioticoterapia venosa e reservar o tratamento cirúrgico para falha da abordagem conservadora.
- (C) admitir adenite mesentérica como hipótese principal, solicitar ultrassonografia abdominal, instituir analgesia e observação clínica, indicando operação apenas diante de agravamento do quadro.
- (D) suspeitar de apendicite aguda, solicitar hemograma, teste de gravidez e exame de imagem quando indicado, iniciar hidratação, analgesia e antibioticoprofilaxia, indicando apendicectomia precoce, preferencialmente por via laparoscópica.
- (E) considerar gastroenterite aguda, solicitar exames laboratoriais básicos, manter hidratação e dieta conforme tolerância, reservando investigação complementar apenas se os sintomas persistirem.

16

O seguinte antibiótico é mais indicado no tratamento de infecções causadas por enterococos resistentes à vancomicina (ERV):

- (A) piperacilina + tazobactam.
- (B) meropenem.
- (C) ampicilina + sulbactam.
- (D) cefepime.
- (E) linezolida.

17

Você é o cirurgião responsável por uma paciente de 37 anos, advogada, mãe de 3 filhos, que será submetida a uma colecistectomia videolaparoscópica eletiva para tratamento de colecistolitíase sintomática. Durante a consulta pré-anestésica, relata episódios prévios de urticária generalizada, broncoespasmo e hipotensão após procedimentos odontológicos e ginecológicos. Refere ainda prurido intenso ao utilizar luvas de borracha e diz-se alérgica a banana e kiwi. O prontuário confirma diagnóstico de alergia grave ao látex. No dia da cirurgia, durante o *checklist* de entrada na sala cirúrgica, observa-se que a equipe ainda utiliza luvas de látex sobre a mesa cirúrgica, o carrinho anestésico não foi preparado especificamente para esse caso e a paciente ainda não recebeu identificação visual de risco.

Considerando os protocolos de segurança do paciente, a sua conduta será

- (A) administrar corticosteroide e anti-histamínico profilaticamente, mantendo a cirurgia com os materiais habituais, desde que a paciente permaneça monitorada.
- (B) trocar apenas as luvas cirúrgicas por luvas sem látex, mantendo os demais materiais da sala, pois a principal fonte de exposição é o contato direto com as luvas.
- (C) adiar a cirurgia apenas se houver história prévia de choque anafilático; nos demais casos basta comunicar verbalmente a alergia ao anesthesiologista.
- (D) confirmar a alergia durante o *checklist*, identificar a paciente como portadora de alergia ao látex, utilizar ambiente e materiais livres de látex, comunicar toda a equipe, manter recursos para tratamento de anafilaxia disponíveis e registrar as medidas adotadas no prontuário.
- (E) realizar teste cutâneo com luva de látex imediatamente antes da anestesia para confirmar se a paciente permanece sensibilizada, evitando mudanças desnecessárias na rotina cirúrgica.

18

Paciente, 58 anos, procurou, há 12 dias, pronto-socorro e teve diagnosticada pneumonia de base pulmonar direita para a qual prescreveu-se amoxicilina + clavulanato por 14 dias.

Após 10 dias, retorna apresentando febre de 39 °C, FC: 122, PA: 100 x 60 mmHg, bpm, FR: 28 irpm e sat: 90%. RX mostra consolidação em lobo pulmonar direito com derrame pleural moderado e pleura pouco espessada. A toracocentese mostrou líquido francamente purulento, cuja análise relevou: pH: 6,95, Glicose: 22 mg/dL, LDH: 3.800 U/L, Proteínas: 4,8 g/dL e 58.000 células/mm³.

Das condutas a seguir, assinale a melhor e mais importante a ser adotada no momento.

- (A) Decorticação pleural direita + troca de antibiótico para vancomicina.
- (B) Estender a antibioticoterapia de amoxicilina + clavulanato por mais 7 dias.
- (C) Videotoracoscopia para toaleta pleural + troca de antibiótico para meropenem.
- (D) Troca de antibiótico para ceftriaxona + metronidazol, apenas.
- (E) Toracostomia + troca de antibiótico para piperacilina-tazobactam.

19

Você atende a uma mulher de 46 anos, com obesidade grau 2, que procurou o serviço de emergência com queixa de dor contínua no hipocôndrio direito há aproximadamente 18 horas, iniciada após farta refeição gordurosa. Refere náuseas, quatro episódios de vômitos e febre, que não aferida. Nega icterícia, colúria ou acolia fecal.

Ao exame físico, apresenta temperatura axilar de 38,3 °C, frequência cardíaca de 102 bpm, pressão arterial de 122/78 mmHg e dor intensa à palpação do hipocôndrio direito, com interrupção inspiratória durante a palpação profunda da região. Não há sinais de irritação peritoneal difusa, nem instabilidade hemodinâmica. Tem ausculta cardiopulmonar sem alterações significativas.

Considerando esse quadro clínico, a melhor sequência de propedêutica, diagnóstico e tratamento é:

- (A) solicitar endoscopia digestiva alta como exame inicial, iniciar inibidor da bomba de prótons e programar colecistectomia apenas se houver recorrência dos sintomas após o tratamento clínico.
- (B) solicitar tomografia computadorizada como primeiro exame, iniciar antibioticoterapia empírica e indicar drenagem percutânea da vesícula antes de qualquer tratamento cirúrgico.
- (C) solicitar colangiopancreatografia retrógrada endoscópica de rotina, tratar como coledocolitíase presumida e indicar colecistectomia após normalização dos exames laboratoriais.
- (D) solicitar ressonância magnética das vias biliares como exame inicial, manter observação hospitalar e indicar cirurgia somente se houver piora clínica durante a internação.
- (E) solicitar hemograma, provas inflamatórias e função hepática, realizar ultrassonografia abdominal como exame inicial, estabelecer o diagnóstico de colecistite aguda e instituir hidratação, analgesia, antibioticoterapia e colecistectomia laparoscópica precoce.

20

Paciente, 69 anos, apresentando ferida necrótica em membro superior com áreas de crepitação. Relata também anemia ferropriva leve e emagrecimento de 5 kg em 3 meses de forma não intencional. Vem apresentando episódios de febre há 5 dias e internou hoje com leucocitose de 14.000, PCR de 38, ureia de 60 e creatinina de 1,3. A hemocultura foi positiva para *Clostridium septicum*.

A conduta mais indicada nesse caso é

- (A) endoscopia digestiva alta e piperacilina + tazobactam por 14 dias.
- (B) colonoscopia e amoxicilina + clavulanato por 14 dias.
- (C) colonoscopia e vancomicina por 10 dias.
- (D) endoscopia digestiva alta e vancomicina por 10 dias.
- (E) endoscopia digestiva alta e amoxicilina + clavulanato.

21

O serviço de clínica médica encaminha um paciente de 59 anos, hipertenso e com diabetes *Mellitus* tipo 2 bem controlado, que procurou atendimento após a realização de uma tomografia computadorizada de abdome solicitada para investigação de nefrolitíase.

O exame revelou, incidentalmente, uma massa sólida de 3,8 cm na suprarrenal esquerda. O paciente nega perda ponderal, dor abdominal, palpitações, sudorese, cefaleia paroxística, fraqueza muscular ou episódios de hipertensão de difícil controle. Ao exame físico encontra-se em bom estado geral, com pressão arterial de 136/84 mmHg, sem achados clínicos compatíveis com hipercortisolismo, hiperaldosteronismo ou excesso de catecolaminas.

Considerando esse quadro clínico, a melhor sequência de hipótese diagnóstica, propedêutica e conduta terapêutica é:

- (A) considerar adenoma não funcionante; solicitar apenas ressonância magnética abdominal e indicar acompanhamento anual, dispensando investigação hormonal por ausência de manifestações clínicas.
- (B) considerar metástase suprarrenal; solicitar PET-CT e biópsia percutânea como investigação inicial, indicando adrenalectomia somente após confirmação histopatológica da lesão.
- (C) considerar feocromocitoma; solicitar cintilografia com metaiodobenzilguanidina como exame inicial e indicar adrenalectomia imediata, independentemente da avaliação endócrina laboratorial.
- (D) considerar incidentaloma suprarrenal; realizar investigação hormonal completa e caracterização radiológica da lesão, indicando adrenalectomia apenas se houver funcionalidade, suspeita de malignidade ou critérios de tamanho e crescimento.
- (E) considerar carcinoma adrenocortical; solicitar colonoscopia e endoscopia digestiva alta para pesquisa de tumor primário, programando ressecção da suprarrenal após esses exames.

22

Paciente, 67 anos, com tumor de cólon direito com invasão da cápsula de Gerota do rim direito, irá ser submetido à hemicolectomia direita aberta com intenção curativa.

Há quatro anos, durante investigação de dor torácica atípica, realizou cineangiogramia que demonstrou placas ateroscleróticas não obstrutivas (< 30%), sem necessidade de angioplastia ou cirurgia cardíaca. Desde então usa: ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg/dia, rosuvastatina 20 mg/dia e losartana 50 mg/dia.

Em relação à necessidade de suspensão do AAS, a melhor conduta a ser adotada é

- (A) não suspender.
- (B) suspender por 24 a 48 horas antes da cirurgia.
- (C) suspender por 3 a 7 dias antes da cirurgia.
- (D) suspender de 7 a 10 dias antes da cirurgia.
- (E) suspender de 10 a 14 dias antes da cirurgia.

23

Uma mulher de 28 anos foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia, com história de dor recorrente na fossa ilíaca direita há oito meses, diarreia intermitente, perda ponderal de 7 kg e episódios ocasionais de febre baixa, que não foi aferida. Relata fadiga progressiva e melhora apenas parcial com analgésicos. Nega sangramento digestivo importante.

Ao exame físico, apresenta discreta dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, sem sinais de irritação peritoneal ou massas palpáveis. Ausculta cardiopulmonar e sinais vitais estão dentro da normalidade.

Considerando esse quadro clínico, a melhor sequência de hipótese diagnóstica, propedêutica e tratamento é:

- (A) considerar retocolite ulcerativa; solicitar colonoscopia com biópsias, iniciar aminossalicilato e indicar colectomia apenas nos casos de atividade persistente ou complicações clínicas.
- (B) considerar síndrome do intestino irritável; solicitar colonoscopia e exames laboratoriais, instituir dieta, controle dos sintomas e seguimento ambulatorial periódico.
- (C) considerar tuberculose intestinal; solicitar exames microbiológicos e tomografia abdominal, iniciar tratamento específico e indicar cirurgia apenas diante de perfuração ou obstrução.
- (D) considerar doença de Crohn; solicitar colonoscopia com biópsias, exames laboratoriais e enterografia, iniciar tratamento medicamentoso individualizado e reservar cirurgia para complicações ou falha terapêutica.
- (E) considerar diverticulite do cólon; solicitar tomografia computadorizada contrastada, iniciar antibioticoterapia, hidratação venosa e programar colectomia após resolução do episódio agudo.

24

Uma senhora de 84 anos, portadora de doença de Alzheimer em estágio avançado, dá entrada em sua enfermaria. Ela foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia Geral por apresentar disfagia progressiva, episódios recorrentes de broncoaspiração e incapacidade de manter ingestão oral adequada.

Uma avaliação conjunta, os serviços de Geriatria e Nutrição confirmaram a indicação da gastrostomia para suporte nutricional de longa permanência. Os familiares receberam todas as informações e deram o consentimento para a realização do procedimento. Na avaliação pré-operatória não há sinais de abdome agudo, coagulopatia ou contraindicação clínica.

Considerando os princípios para o procedimento, assinale a opção que descreve adequadamente os elementos essenciais da técnica operatória e seus tempos cirúrgicos.

- (A) Realizar laparotomia mediana, identificar o jejuno proximal, confeccionar jejunostomia em alça, fixar a alça ao peritônio parietal e exteriorizar a sonda pela parede abdominal.
- (B) Realizar incisão subcostal esquerda, abrir o estômago na pequena curvatura, introduzir a sonda, fechar a gastrotomia em plano único e concluir sem fixação gástrica à parede.
- (C) Realizar acesso supraumbilical, mobilizar o duodeno, confeccionar gastrotomia posterior, exteriorizar a sonda e fechar a parede abdominal antes da fixação do estômago.
- (D) Realizar acesso ao estômago, confeccionar gastrotomia na parede anterior, introduzir a sonda, fixar o estômago à parede abdominal com suturas adequadas e fechar os planos da parede por técnica anatômica.
- (E) Realizar laparoscopia, posicionar a sonda no antro gástrico, fechar a gastrotomia em plano contínuo, dispensar gastropexia e finalizar com drenagem sistemática da cavidade.

25

Sua paciente é uma mulher de 29 anos, de complexão física atlética. Ela dá entrada no serviço de emergência com história clínica de dor súbita e intensa em fossa ilíaca direita, iniciada há quatro horas, quando fazia atividade física. Descreve discreta tontura e náuseas nesse período.

Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca de 106 bpm, pressão arterial de 110 x 70 mmHg, com ausculta cardiorrespiratória normal. Há dor à palpação no hipogástrio e fossa ilíaca direita, mas sem sinais de irritação peritoneal difusa. Uma ultrassonografia transvaginal demonstra moderada quantidade de líquido livre na pelve e imagem cística anexial direita de paredes irregulares, sem sinais sugestivos de torção do pedículo vascular ao estudo pelo Doppler. A hemoglobina é de 11,8 g/dL e permanece estável após nova dosagem quatro horas depois. A dosagem do β -hCG sérico é negativa.

Assinale a opção que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial mais adequada para essa paciente.

- (A) Apendicite aguda; solicitar tomografia abdominal contrastada e indicar apendicectomia de urgência após antibioticoterapia profilática.
- (B) Gravidez ectópica; repetir o β -hCG seriado e manter observação clínica até confirmação laboratorial antes de qualquer intervenção.
- (C) Hemoperitônio por ruptura de cisto ovariano; manter observação hospitalar, analgesia, controle seriado da hemoglobina e indicar laparoscopia apenas se houver instabilidade hemodinâmica ou sangramento persistente.
- (D) Doença inflamatória pélvica complicada; iniciar antibioticoterapia intravenosa e programar drenagem cirúrgica da cavidade abdominal.
- (E) Torção anexial; indicar laparotomia com ooforectomia imediata, independentemente dos achados clínicos e ultrassonográficos.

26

Paciente submetido à craniotomia descompressiva de emergência devido à hematoma epidural. No sétimo dia de pós-operatório, apresenta vermelhidão e saída de pus pela ferida do couro cabeludo.

O germe mais comum envolvido nesse tipo de infecção é

- (A) *Estafilococos coagulase-positivo*.
- (B) *Streptococos beta-hemolítico*.
- (C) *Staphylococcus aureus*.
- (D) *Escherichia coli*.
- (E) *Pseudomonas aeruginosa*.

27

Sobre o *delirium* pós-operatório é correto afirmar que

- (A) é um evento bastante comum, não tendo relação direta com o porte da cirurgia.
- (B) é mais associado à anestesia geral inalatória que à anestesia peridural.
- (C) o tratamento inicial padrão é o haloperidol injetável em dose plena.
- (D) o hematócrito pós-operatório inferior a 30% está associado a um risco maior.
- (E) a associação de *delirium* com dispositivos invasivos no pós-operatório não foi comprovada.

28

Seu preceptor da residência médica discute com você a conduta para um paciente de 58 anos, obeso, com história de refluxo gastroesofágico há 15 anos em uso irregular de inibidor de bomba de prótons. Indicam uma endoscopia digestiva alta por piora dos sintomas. O exame mostra esofagite de refluxo LA-D cicatrizada e segmento de metaplasia intestinal tipo Barrett de 7 cm, estendendo-se de 30 a 37 cm da arcada dentária, com ilhas de mucosa gástrica no interior. É realizada cromoendoscopia com magnificação que identifica área de 1,5 cm, elevada, com padrão de pit irregular no quadrante anterior, a 32 cm da arcada. As biópsias dirigidas dessa lesão revelam displasia de alto grau. As demais biópsias do segmento de Barrett mostram apenas metaplasia intestinal sem displasia. A tomografia de tórax e abdome não evidencia linfonodomegalias ou metástases. A manometria esofágica é normal.

Considerando o diagnóstico, a extensão da doença e os achados endoscópicos atuais, a conduta mais adequada para esse paciente será

- (A) iniciar supressão ácida em altas doses com IBP duas vezes ao dia, repetir a endoscopia com biópsias em seis meses e indicar esofagectomia total caso haja progressão para neoplasia invasiva.
- (B) programar ablação por radiofrequência de todo o segmento de Barrett, dispensar a ressecção da lesão visível e manter seguimento endoscópico anual após a erradicação completa da metaplasia.
- (C) indicar mucosectomia endoscópica da lesão nodular com displasia de alto grau, seguida de ablação do epitélio de Barrett residual, após estadiamento local por ecoendoscopia.
- (D) realizar esofagectomia transtorácica com linfadenectomia de dois campos, associada à correção da hérnia hiatal e reconstrução gástrica, como tratamento definitivo da displasia de alto grau.
- (E) manter apenas seguimento clínico com endoscopia anual, pois a displasia de alto grau em Barrett longo não possui indicação formal de ressecção endoscópica ou cirúrgica imediata.

29

Sobre as drogas utilizadas para a indução anestésica, é correto afirmar que

- (A) o tiopental é bem indicado em pacientes com função cardíaca comprometida.
- (B) a cetamina tem como um de seus efeitos adversos a hipotensão grave.
- (C) o midazolam produz pouca hipotensão arterial, com hemodinâmica relativamente estável.
- (D) o propofol é contraindicado em asmáticos devido ao seu efeito de broncoespasmo.
- (E) o etomidato produz bastante instabilidade cardiovascular.

30

A veia retal inferior drena

- (A) direto na veia ilíaca interna.
- (B) para a veia obturatória.
- (C) direto na veia retal superior.
- (D) para o plexo venoso retal externo.
- (E) para a veia pudenda interna.

31

Você examina uma paciente de 42 anos, encaminhada ao ambulatório de Cirurgia Geral, que apresenta um nódulo cervical anterior em crescimento há 6 meses. Nesse período, não tem rouquidão, disfagia, dispneia ou história familiar de doença de tireoide.

Ao exame físico, palpa-se nódulo único, endurecido, móvel à deglutição, de aproximadamente 2,8 cm no lobo direito da tireoide, sem linfadenomegalias cervicais. Os exames de TSH, T3 e T4 livres estão normais. Uma ultrassonografia da tireoide demonstra nódulo sólido, hipoecoico, margens irregulares, microcalcificações e vascularização central, classificado como TI-RADS 5. A punção aspirativa por agulha fina foi realizada e o laudo citopatológico é Bethesda V.

Considerando o quadro clínico, os achados de imagem e o resultado citológico, a conduta mais adequada é

- (A) repetir a punção aspirativa por agulha fina em seis meses, manter seguimento com ultrassonografia anual e iniciar levotiroxina para supressão do TSH independentemente dos resultados.
- (B) solicitar cintilografia da tireoide com iodo-131, iniciar tratamento com iodo radioativo se o nódulo for frio e programar tireoidectomia total apenas em caso de crescimento progressivo.
- (C) indicar tireoidectomia total com esvaziamento cervical profilático bilateral, independentemente da presença de metástases linfonodais cervicais ao exame de imagem pré-operatório.
- (D) indicar tireoidectomia total com avaliação intraoperatória dos linfonodos cervicais centrais, realizando esvaziamento terapêutico apenas se houver evidência de acometimento metastático.
- (E) manter tratamento clínico com inibidor de bomba de prótons e anti-inflamatório, repetir a ultrassonografia em três meses e indicar cirurgia apenas se houver sintomas compressivos.

32

Paciente, 60 anos, realizou endoscopia digestiva alta com lesão ulcerada de 2,0 cm em antro gástrico. O histopatológico veio como linfoma do tipo MALT de baixo grau e *H. pylori* positivo. A tomografia de estadiamento não mostrou invasão de outros órgãos nem metástases à distância. Evidencia-se a presença de 3 linfonodos perigástricos suspeitos, sendo o maior de 0,5 cm.

A melhor conduta, entre as a seguir listadas, nesse caso, é a

- (A) erradicação do *H. pylori*, apenas.
- (B) quimioterapia exclusiva.
- (C) quimioterapia neoadjuvante + antrectomia.
- (D) excisão local endoscópica.
- (E) antrectomia + linfadenectomia D2.

33

Paciente com esôfago de Barrett do tipo nodular realizou biópsias segundo o protocolo de Seattle, que mostrou displasia de alto grau. A ecoendoscopia mostrou que a lesão está restrita à mucosa.

Dentre as condutas a seguir, assinale a mais indicada nesse caso.

- (A) Crioterapia.
- (B) Ablação com laser.
- (C) Ressecção endoscópica de mucosa.
- (D) Esofagectomia total (McKewon).
- (E) Esofagectomia parcial (Ivor-Lewies).

34

Um homem de 34 anos, vítima de acidente automobilístico, dá entrada na Emergência onde você é residente de Cirurgia Geral. Ele apresenta Glasgow 14, PA 100 x 60 mmHg, FC 110 bpm.

Ao exame secundário do ATLS, você identifica fratura instável de pelve, edema e equimose no períneo, sangue em meato uretral e próstata elevada e flutuante ao toque retal. A bexiga está globosa e dolorosa à palpação suprapúbica. Foi tentada a passagem de sonda vesical de demora, mas houve resistência e saída de sangue pelo meato. O paciente refere retenção urinária completa há 8 horas. Uma tomografia de abdome evidenciou bexiga repleta e fratura de ramos púbicos.

Considerando o mecanismo de trauma, os achados clínicos e a impossibilidade de sondagem uretral, a conduta mais adequada para derivação urinária imediata será

- (A) realizar sondagem uretral com cateter de Foley 20 Fr sob anestesia geral, utilizando manobra de tração e irrigação vesical para vencer a resistência e estabelecer a drenagem urinária.
- (B) realizar punção mediana suprapúbica às cegas, com agulha de grosso calibre inserida 2 cm acima da sínfise púbica, seguida de passagem de cateter de drenagem para alívio imediato da bexiga.
- (C) programar uretrocistoscopia de urgência para visualização direta da lesão uretral e passagem guiada de fio-guia com sonda vesical para derivação imediata.
- (D) realizar cistostomia suprapúbica aberta por laparotomia infraumbilical, com dissecação até a cúpula vesical, fixação da bexiga e inserção de sonda de cistostomia tipo Malecot.
- (E) optar por conduta expectante com analgesia e antibioticoterapia profilática, aguardando 48 horas para nova tentativa de sondagem uretral após resolução do edema local.

35

A neostigmina, utilizada para tratamento da pseudo-obstrução intestinal, pode ser utilizada com segurança na seguinte comorbidade isolada:

- (A) asma.
- (B) hipotireoidismo.
- (C) obstrução colônica mecânica.
- (D) insuficiência renal.
- (E) doença coronariana recente.

36

Sobre a apendicite aguda em gestantes, é correto afirmar que

- (A) a abordagem cirúrgica agressiva e precoce é justificada pelo alto índice de parto prematuro e perda fetal.
- (B) a sensibilidade e a especificidade da ultrassonografia são maiores comparativamente com não grávidas.
- (C) o custo-efetividade da ressonância magnética é menor, pois não reduz a taxa de apendicectomia negativa.
- (D) a apresentação clínica de apendicite aguda ocorre em apenas cerca de metade dos casos.
- (E) um aumento de proteína C reativa confirma processo infeccioso ativo, como a apendicite aguda.

37

Você é o residente R1 encarregado de programar e auxiliar uma colecistectomia videolaparoscópica eletiva em uma paciente de 47 anos, obesa (IMC 34), com diagnóstico de colecistolitíase sintomática. Durante o preparo da sala cirúrgica, o cirurgião, seu preceptor, discute os princípios básicos do acesso minimamente invasivo: como a paciente será posicionada, de que modo será feita a insuflação abdominal e como será montado o sistema de imagem. No ato operatório, durante a dissecação do triângulo de Calot, há sangramento importante de difícil controle e piora da visibilidade.

Considerando os princípios da videocirurgia e o cenário descrito, a conduta mais adequada, em relação ao posicionamento, aos sistemas e ao manejo da complicação, será

- (A) posicionar a paciente em decúbito dorsal com pernas abduzidas, utilizar insuflador com fluxo de 15 L/min e CO₂ aquecido e converter para laparotomia se o sangramento não cessar com pressão e clips.
- (B) manter paciente em decúbito dorsal com braços ao longo do corpo, usar insuflação com N₂O a 20 mmHg e converter apenas após falha de transfusão e estabilização hemodinâmica completa.
- (C) posicionar em Trendelenburg reverso com rotação para esquerda, usar sistema de imagem 3D sem insuflação e prosseguir com cauterização bipolar mesmo com campo sujo de sangue.
- (D) colocar a paciente em litotomia com pernas fletidas, insuflar com ar ambiente a 25 mmHg e indicar conversão imediata para qualquer sangramento intraoperatório independentemente da magnitude.
- (E) manter decúbito dorsal horizontal sem inclinação, usar insuflador de baixa vazão e sistema de imagem HD com óptica de 30°, e converter somente se houver lesão de via biliar principal.

38

A aldosterona é secretada na seguinte zona da glândula adrenal:

- (A) reticular.
- (B) medular.
- (C) fasciculada.
- (D) glomerulosa.
- (E) capsular.

39

Paciente de 35 anos, sem histórico de doença hepática ou esteatose, irá doar parte do fígado para seu filho.

O percentual mínimo de parênquima residual que deve ser deixado no doador durante um transplante de fígado intervivos é de

- (A) 15%.
- (B) 20%.
- (C) 30%.
- (D) 50%.
- (E) 70%.

40

Em uma explosão ocorrida em uma feira agropecuária com dezenas de vítimas, a equipe do Serviço Médico de Emergência Pré-hospitalar avalia e decide para quais hospitais devem ser levados os feridos, de acordo com a gravidade de cada um.

Este processo é denominado

- (A) subtriagem.
- (B) supertriagem.
- (C) triagem hospitalar.
- (D) triagem de campo.
- (E) acidente traumático padrão.

41

Seu paciente é um homem de 69 anos que foi submetido à esofagectomia transtorácica por adenocarcinoma da junção esofagogástrica. A reconstrução transcorreu sem intercorrências. No pós-operatório imediato, a equipe cirúrgica prevê a impossibilidade de alimentação por via oral por cerca de duas semanas, porém o trato gastrointestinal distal apresenta-se íntegro e funcional. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável e sem contraindicações ao uso da via enteral.

Considerando o quadro clínico, a conduta mais adequada em relação ao suporte nutricional e à técnica cirúrgica correspondente será optar por

- (A) jejunostomia; selecionar alça jejunal proximal, introduzir sonda por pequena enterotomia, confeccionar túnel seromuscular e fixar a alça à parede abdominal.
- (B) gastrostomia; realizar ampla gastrotomia, exteriorizar a sonda diretamente e fixar apenas o estômago ao peritônio parietal anterior.
- (C) nutrição parenteral exclusiva; preservar o trato digestivo em repouso e iniciar dieta enteral somente após confirmação radiológica da anastomose.
- (D) ileostomia alimentar; introduzir a sonda no íleo terminal, exteriorizar o segmento intestinal e evitar qualquer fixação adicional da alça.
- (E) duodenostomia; realizar enterotomia longitudinal, posicionar a sonda intraluminal e manter drenagem externa até o reinício da alimentação oral.

42

Você recebe um homem de 74 anos que procurou o serviço de emergência com dor abdominal intensa há 36 horas, febre, distensão abdominal progressiva e parada da eliminação de fezes e flatos.

Ao exame físico, apresenta hipotensão arterial, taquicardia, abdome difusamente doloroso com sinais de irritação peritoneal e perfusão periférica reduzida. Uma tomografia computadorizada mostra espessamento importante do sigmoide, pneumoperitônio, líquido livre na cavidade e múltiplas coleções pericólicas, compatíveis com perfuração colônica. Após ressuscitação volêmica e antibioticoterapia, o paciente é encaminhado ao centro cirúrgico.

Considerando o quadro clínico, assinale a opção correta a respeito da indicação e dos principais tempos da operação mais apropriada.

- (A) Ressecar o segmento acometido, realizar anastomose colorretal primária, confeccionar ileostomia de proteção e manter drenagem pélvica de rotina.
- (B) Ressecar o segmento comprometido, exteriorizar o cólon proximal em colostomia terminal, fechar o coto retal e controlar adequadamente a contaminação abdominal.
- (C) Realizar sutura da perfuração colônica, confeccionar colostomia em alça proximal, preservar o segmento doente e programar ressecção após recuperação clínica.
- (D) Efetuar colectomia subtotal com anastomose ileorretal imediata, preservar o trânsito intestinal e indicar antibioticoterapia por curto período pós-operatório.
- (E) Executar drenagem da cavidade abdominal, confeccionar cecostomia descompressiva, manter lavagem peritoneal contínua e adiar o tratamento definitivo para outro momento.

43

Você é chamado(a) à sala de pediatria para examinar uma criança de 11 meses, previamente hígida, que foi levada ao pronto-socorro por episódios recorrentes de choro intenso, com flexão dos membros inferiores sobre o abdome, intercalados por períodos de aparente melhora.

Nas últimas oito horas, ela apresentou três episódios de vômitos, recusa alimentar e eliminação de fezes com pequena quantidade de sangue e muco.

Ao exame físico, encontra-se irritada, afebril, com abdome discretamente distendido e dor à palpação do quadrante superior direito, onde se percebe uma massa alongada e móvel. Não há sinais de perfuração intestinal nem instabilidade hemodinâmica.

O diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada serão:

- (A) invaginação intestinal ileocólica; solicitar ultrassonografia abdominal e, na ausência de perfuração ou peritonite, realizar redução por enema pneumático ou hidrostático sob controle radiológico.
- (B) vólvulo de intestino médio; indicar laparotomia imediata com procedimento de Ladd, independentemente dos achados de imagem ou da estabilidade clínica apresentada.
- (C) hérnia inguinal encarcerada; solicitar tomografia computadorizada abdominal e programar herniorrafia após estabilização clínica e preparo intestinal completo.
- (D) divertículo de Meckel complicado; realizar cintilografia com tecnécio-99m e indicar ressecção intestinal eletiva após confirmação diagnóstica definitiva.
- (E) enterocolite infecciosa aguda; iniciar antibioticoterapia venosa, manter jejum e reavaliar clinicamente após normalização dos parâmetros inflamatórios laboratoriais.

44

Seu paciente é um jovem longilíneo de 21 anos, previamente hígido, universitário, estudante de música com saxofone. Vem ao pronto-socorro por dor torácica súbita em hemitórax direito, seguida de dispneia progressiva há aproximadamente uma hora. Durante a avaliação, evolui com intensa dificuldade respiratória, ansiedade, sudorese fria e incapacidade de completar frases.

Ao exame físico, apresenta frequência respiratória de 36 irpm, frequência cardíaca de 132 bpm, pressão arterial de 82/54 mmHg e saturação periférica de oxigênio de 84% em ar ambiente. Observa-se importante redução da expansibilidade do hemitórax direito, ausência de murmúrio vesicular ipsilateral, hipertimpanismo à percussão e distensão das veias jugulares. Não há história de trauma recente.

Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, a conduta inicial mais adequada é

- (A) solicitar radiografia de tórax à beira do leito, administrar oxigênio suplementar, monitorizar continuamente e definir o tratamento definitivo após confirmação radiológica.
- (B) solicitar tomografia computadorizada de tórax, iniciar analgesia venosa, manter oxigenoterapia e indicar drenagem pleural somente após definição anatômica completa.
- (C) realizar ultrassonografia torácica para confirmar o diagnóstico, iniciar ventilação não invasiva e programar drenagem pleural após estabilização respiratória inicial.
- (D) reconhecer pneumotórax hipertensivo espontâneo, realizar descompressão torácica imediata, seguida de drenagem pleural em selo d'água, sem aguardar exames de imagem.
- (E) instituir ventilação mecânica invasiva, solicitar radiografia de controle e proceder à drenagem torácica apenas se houver persistência da insuficiência respiratória.

45

Você examina uma paciente de 58 anos, portadora de coledocite, que procurou o serviço de emergência com dor intensa no epigástrio irradiada para o dorso, iniciada há 24 horas, acompanhada de náuseas e vômitos.

Ao exame físico, ela apresenta taquicardia, hipotensão, taquipneia e febre. Os exames laboratoriais demonstram elevação de amilase e lipase, leucocitose e creatinina elevada. A tomografia contrastada evidencia extensa necrose pancreática e coleções peripancreáticas, sem a presença de gás. Após as medidas iniciais de estabilização, permanece em unidade de terapia intensiva.

Considerando o quadro clínico, a conduta mais adequada para o caso será

- (A) confirmar pancreatite grave, indicar laparotomia precoce com necrosectomia, drenagem ampla da cavidade e antibioticoterapia venosa desde a admissão hospitalar.
- (B) confirmar pancreatite necrosante, realizar drenagem percutânea imediata das coleções, manter jejum prolongado e reavaliar posteriormente a necessidade de nova intervenção.
- (C) confirmar pancreatite biliar grave, indicar CPRE de urgência, iniciar nutrição parenteral exclusiva e programar colecistectomia durante a internação inicial.
- (D) confirmar pancreatite grave, iniciar antibioticoterapia profilática, realizar drenagem cirúrgica precoce das coleções e manter suporte intensivo até melhora laboratorial.
- (E) confirmar pancreatite grave, instituir tratamento intensivo, nutrição enteral precoce e indicar drenagem ou necrosectomia apenas quando houver infecção comprovada ou complicações persistentes.

46

Seu paciente é um homem de 72 anos que será submetido à hemicolectomia esquerda para tratamento de adenocarcinoma no sigmoide. Ele tem história patológica pregressa de hipertensão arterial, é diabético, ex-tabagista por 30 anos com 50 maços/ano, é portador de doença arterial coronariana tratada com angioplastia há quatro anos e refere dispneia aos pequenos esforços, conseguindo subir apenas um lance de escadas, lentamente.

Ao exame físico, apresenta IMC de 31 kg/m², pressão arterial de 145/85 mmHg, frequência cardíaca de 82 bpm e ausculta pulmonar sem alterações significativas. Os exames laboratoriais mostram hemoglobina de 10,2 g/dL, creatinina de 1,5 mg/dL e albumina sérica de 2,9 g/dL.

Considerando a avaliação pré-operatória para uma cirurgia de grande porte, a conduta mais adequada é

- (A) solicitar exames laboratoriais de rotina, suspender todas as medicações cardiovasculares, corrigir a anemia e encaminhar diretamente o paciente para o procedimento.
- (B) avaliar a capacidade funcional e o risco cardiovascular, otimizar as comorbidades, corrigir fatores modificáveis, estratificar o risco anestésico e programar a cirurgia após preparo adequado.
- (C) priorizar apenas a classificação ASA, dispensar avaliação funcional, manter o tratamento habitual e liberar o procedimento caso o eletrocardiograma não apresente alterações.
- (D) adiar indefinidamente a cirurgia pela idade avançada, indicar investigação cardiológica invasiva de rotina e contraindicar o procedimento até normalização dos exames.
- (E) realizar preparo intestinal completo, antibioticoterapia profilática prolongada, transfusão pré-operatória de rotina e encaminhar imediatamente ao centro cirúrgico.

47

No leito 12 da sua enfermaria está um paciente de 58 anos que foi submetido à funduplicatura laparoscópica pela técnica de Nissen, para tratamento da doença do refluxo gastroesofágico associada à hérnia hiatal. Evolui satisfatoriamente nas primeiras 24 horas. No terceiro dia do pós-operatório, apresenta dor retroesternal intensa, disfagia importante, quadro de febre com 38,8 °C, taquicardia, hemograma com leucocitose e crepitação palpável na região cervical. O abdome é discretamente doloroso, sem sinais de irritação peritoneal difusa. Tem saturação de oxigênio de 94% em ar ambiente.

Diante desse quadro, a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial mais apropriada são:

- (A) estenose precoce da válvula antirrefluxo; realizar endoscopia com dilatação, manter analgesia, reiniciar dieta líquida e observar a evolução clínica hospitalar.
- (B) migração intratorácica da funduplicatura; solicitar estudo contrastado do esôfago, instituir dieta restrita e programar correção cirúrgica de forma eletiva.
- (C) perfuração esofágica relacionada ao procedimento; suspender dieta, iniciar antibióticos, solicitar tomografia contrastada e indicar tratamento conforme os achados obtidos.
- (D) síndrome do *gas-bloat* pós-operatória; instituir jejum temporário, analgesia, descompressão digestiva quando necessária e acompanhamento clínico seriado do paciente.
- (E) recidiva precoce do refluxo gastroesofágico; iniciar inibidor da bomba de prótons, solicitar endoscopia digestiva alta e reavaliar após estabilização clínica.

48

No seu serviço de emergência, deu entrada um homem de 32 anos, admitido após colisão automobilística de alta velocidade. Apresentava fratura de pelve estável, contusão pulmonar unilateral e laceração esplênica grau III. Diagnóstico de hemoperitônio pelo FAST realizado na sala de trauma, o paciente foi submetido à esplenectomia de urgência. Após adequada ressuscitação e estabilização hemodinâmica, permanece internado na unidade de terapia intensiva. Nas primeiras 24 horas de pós-operatório, observa-se hiperglicemia persistente, aumento da excreção urinária de nitrogênio, balanço nitrogenado negativo e redução da síntese proteica muscular, mas com função renal preservada.

Assinale a opção que descreve mais corretamente a resposta endócrino-metabólica esperada nessa fase do trauma.

- (A) Predomina aumento de catecolaminas, cortisol e glucagon, com resistência insulínica, proteólise acentuada e gliconeogênese hepática para manutenção da oferta energética.
- (B) Predomina aumento da secreção de insulina, maior captação periférica de glicose, redução da proteólise muscular e restauração precoce do balanço nitrogenado.
- (C) Predomina redução dos hormônios contrarreguladores, maior utilização de glicogênio muscular, diminuição do metabolismo basal e conservação das reservas proteicas corporais.
- (D) Predomina supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, redução da gliconeogênese hepática, menor consumo energético e aumento da síntese proteica visceral.
- (E) Predomina aumento da ação da insulina, queda da produção hepática de glicose, lipogênese acelerada e normalização imediata do metabolismo energético.

49

Paciente de 35 anos e diagnóstico de Doença de Crohn é internado por quadro de suboclusão intestinal. TC realizada com contraste oral mostrou estenose em íleo terminal. A colonoscopia é normal.

Segundo a classificação de Montreal, esse paciente seria

- (A) A1 – B1 – L2.
- (B) A2 – B1 – L3.
- (C) A3 – B2 – L1.
- (D) A1 – B3 – L2.
- (E) A2 – B2 – L1.

50

Os sorotipos do papilomavírus humano mais comumente encontrados em condilomas anais com displasia e malignidade são:

- (A) 6 e 11.
- (B) 13 e 15.
- (C) 16 e 18.
- (D) 20 e 23.
- (E) 12 e 14.

51

A artéria cística, ao nível do pedículo da vesícula biliar, costuma estar subjacente e ter relação com a seguinte estrutura:

- (A) ducto cístico.
- (B) sulco de Rouviere.
- (C) ducto hepático direito.
- (D) leito hepático.
- (E) linfonodo de Mascagni.

52

Sobre a doença calculosa biliar, é correto afirmar que

- (A) a bile, em condições normais e sem infecção ou obstrução biliar, é estéril.
- (B) os cálculos de colesterol puro são os mais comumente encontrados.
- (C) cerca de 70% dos pacientes com cálculos assintomáticos desenvolvem sintomas em 20 anos, com 20% apresentando complicações.
- (D) os cálculos marrons podem ser encontrados nas vias biliares principais e estão relacionados à infecção.
- (E) a somatostatina atua na vesícula biliar promovendo sua contração e esvaziamento.

53

Mulher de 40 anos chega ao pronto-socorro com dor retroesternal atípica aguda após estresse emocional. ECG e enzimas cardíacas normais. Esofagograma contrastado realizado mostrou esôfago de padrão em “saca-rolhas”. Esofagomanometria mostrou pressão de relaxamento integrada (PRI) média normal, 30% de contrações prematuras e medida composta da contração esofágica distal de 460 mmHg.

Considerando o quadro clínico e os achados dos exames complementares, o diagnóstico mais provável é

- (A) acalasia do esôfago.
- (B) espasmo esofágico difuso.
- (C) esôfago em quebra-nozes.
- (D) esclerodermia.
- (E) dismotilidade por refluxo.

54

O chamado “triângulo da dor” é uma área a ser evitada durante o reparo de hérnias inguinais por via laparoscópica. Dos nervos abaixo, o único que passa por essa região é o

- (A) nervo íleoinguinal.
- (B) ramo femoral do nervo genitofemoral.
- (C) nervo íleohipogástrico.
- (D) ramo cutâneo do nervo hipogástrico.
- (E) nervo obturatório.

55

Paciente submetido a *by-pass* em Y de Roux para tratamento de obesidade procura o pronto-socorro dois meses após a cirurgia, apresentando vômitos persistentes, desidratação, nistagmo e ataxia.

Das complicações a seguir, assinale a mais provável.

- (A) Hérnia de Petersen.
- (B) Deficiência de tiamina (B1).
- (C) Deficiência de piridoxina (B6).
- (D) Deficiência de cobalamina (B12).
- (E) Deficiência de cobre.

56

O tipo intestinal de Lauren apresenta como característica uma maior proporção, em relação ao tipo difuso, quando

- (A) ocorre em pacientes mais jovens.
- (B) tem maior caráter familiar.
- (C) é mais predominante no sangue tipo A.
- (D) é mais predominante em mulheres.
- (E) tem disseminação hematogênica.

57

Na sessão clínica de seu serviço de cirurgia, você apresenta o caso de um paciente de 61 anos, tabagista e etilista de longa data, que apresenta disfagia progressiva para sólidos há cinco meses, evoluindo com dificuldade para alimentos pastosos e perda ponderal de 12 kg nos últimos três meses.

Realizou-se uma endoscopia digestiva alta que mostrou lesão ulceroinfiltrativa no terço médio do esôfago, cuja biópsia revelou carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado.

Após estadiamento completo, não são identificadas metástases à distância, e a doença é considerada potencialmente ressecável, mas com comprometimento da parede esofágica e linfonodos regionais. O paciente apresenta bom desempenho funcional – ECOG 0 e função cardiopulmonar preservada e é considerado apto para tratamento multimodal.

Com base nas evidências atuais, a conduta mais apropriada para esse paciente será

- (A) indicar quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de esofagectomia, visando aumentar a ressecabilidade, reduzir o estadiamento tumoral e melhorar os resultados oncológicos em doença localmente avançada.
- (B) realizar esofagectomia inicial, reservando quimioterapia e radioterapia apenas para doença residual, recorrência documentada ou comprometimento das margens cirúrgicas.
- (C) instituir quimioterapia neoadjuvante isolada, seguida de reestadiamento e cirurgia, por apresentar resultados equivalentes à associação com radioterapia pré-operatória.
- (D) optar por quimiorradioterapia definitiva, independentemente da ressecabilidade, utilizando a cirurgia apenas como tratamento de resgate nas complicações tardias.
- (E) iniciar tratamento endoscópico para alívio da disfagia, associado ao suporte nutricional, adiando a definição terapêutica definitiva após nova avaliação clínica.

58

Homem de 68 anos, usuário crônico de anti-inflamatórios não esteroidais, é admitido por hematêmese e melena iniciadas há seis horas. Após reposição volêmica, apresenta pressão arterial de 108 × 68 mmHg, frequência cardíaca de 92 bpm e hemoglobina de 8,9 g/dL. A endoscopia digestiva alta identifica úlcera de 18 mm na parede posterior do bulbo duodenal, com coágulo firmemente aderido ao leito. Após irrigação vigorosa com jato de água, o coágulo permanece aderido, sem exteriorização de sangramento ativo. Considerando exclusivamente o aspecto endoscópico descrito e a classificação de Forrest, essa lesão deve ser classificada como

- (A) Forrest Ia, por apresentar estigma endoscópico de hemorragia recente caracterizado pela presença de coágulo persistente sobre o leito ulceroso.
- (B) Forrest Ib, por apresentar estigma endoscópico de hemorragia recente caracterizado pela ausência de vaso identificável após irrigação do leito ulceroso.
- (C) Forrest IIa, por apresentar estigma endoscópico de hemorragia recente caracterizado pela persistência de material hemático sem sangramento em atividade.
- (D) Forrest IIb, por apresentar estigma endoscópico de hemorragia recente caracterizado pela presença de coágulo aderido sem sangramento em atividade.
- (E) Forrest IIc, por apresentar estigma endoscópico de hemorragia recente caracterizado pela presença de conteúdo hemático organizado sobre o leito ulceroso.

59

No seu ambulatório, você faz a consulta de um paciente encaminhado pelo sistema de regulação. Ele tem 64 anos, com história de emagrecimento de 9 kg nos últimos quatro meses, com alteração do hábito intestinal e episódios de hematoquezia. Traz laudo de uma colonoscopia, que identifica uma lesão vegetante estenosante no cólon sigmoide e um outro de histopatologia das biópsias realizadas que confirma adenocarcinoma. Traz também uma tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve, que não demonstra metástases à distância. O paciente é encaminhado para tratamento cirúrgico com intenção curativa.

Em relação ao emprego dos marcadores tumorais nesse cenário, assinale a opção que está mais de acordo com as recomendações atuais.

- (A) Dosar CEA no período pré-operatório para estabelecer um valor basal, auxiliar na avaliação prognóstica e utilizá-lo no seguimento após a ressecção, sem empregá-lo como método isolado de rastreamento ou diagnóstico.
- (B) Solicitar CA 19-9 e AFP como exames iniciais, pois ambos apresentam elevada sensibilidade para confirmação diagnóstica do adenocarcinoma colorretal localizado e definição do estadiamento.
- (C) Solicitar CEA apenas após a cirurgia, pois sua dosagem pré-operatória não apresenta utilidade clínica na estimativa prognóstica nem no acompanhamento evolutivo do paciente.
- (D) Solicitar painel completo de marcadores tumorais séricos antes da cirurgia, pois a associação entre diferentes marcadores substitui adequadamente os exames de estadiamento por imagem.
- (E) Evitar a dosagem de marcadores tumorais no período perioperatório, uma vez que seus níveis não apresentam relação com recorrência, resposta terapêutica ou sobrevida oncológica.

60

Você visita o leito de uma mulher de 69 anos que está no 6º dia de pós-operatório de uma hemicolectomia direita por adenocarcinoma do cólon. O exame físico detecta dispneia, que apareceu subitamente, dor torácica, distúrbio ventilatório, taquicardia com frequência de 122 bpm, frequência respiratória de 30 irpm, saturação de oxigênio de 87% em ar ambiente e pressão arterial de 112/70 mmHg. A ausculta pulmonar é normal e uma radiografia de tórax não demonstra alterações relevantes. Não há sinais clínicos de choque.

Considerando a sua principal hipótese diagnóstica, a conduta mais adequada para o caso será

- (A) solicitar broncoscopia para afastar obstrução brônquica, iniciar antibioticoterapia empírica e indicar anticoagulação somente após confirmação microbiológica.
- (B) solicitar cintilografia pulmonar como exame inicial de rotina, manter observação clínica e iniciar anticoagulação apenas após laudo definitivo.
- (C) solicitar ecocardiograma como exame confirmatório, instituir trombólise sistêmica precoce e programar anticoagulação após estabilização clínica.
- (D) solicitar arteriografia pulmonar convencional como exame inicial, indicar embolectomia cirúrgica imediata e manter suporte intensivo durante a investigação.
- (E) estimar a probabilidade clínica, confirmar o diagnóstico por angiotomografia pulmonar e iniciar anticoagulação na ausência de contraindicações importantes.

61

Você é chamado(a) a dar um parecer cirúrgico, no serviço de ortopedia, para paciente de 74 anos que está no 5º dia de pós-operatório de uma artroplastia total de quadril. Ele evoluiu com distensão abdominal progressiva, náuseas e redução da eliminação de fezes e flatos nas últimas 72 horas. Refere discreto desconforto abdominal, porém nega dor em cólica.

Ao exame físico, apresenta abdome bastante distendido, hipertimpânico, peristalse diminuída e ausência de sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais mostram discreta alteração hidroeletrólítica com hipocalemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hiponatremia e leve alcalose metabólica. Realizou, hoje pela manhã, uma tomografia computadorizada que mostra dilatação importante do cólon, predominando em ceco e cólon direito, sem evidências de obstrução mecânica, pneumoperitônio ou isquemia intestinal.

Considerando o seu diagnóstico mais provável, a conduta mais adequada é

- (A) indicar laparotomia exploradora, realizar colectomia segmentar e manter antibioticoterapia, independentemente da ausência de sinais de isquemia ou perfuração intestinal.
- (B) solicitar colonoscopia diagnóstica com biópsias, iniciar preparo intestinal e definir o tratamento conforme o resultado anatomopatológico obtido.
- (C) prescrever dieta oral, administrar laxativos estimulantes, observar a evolução clínica e repetir os exames somente diante de piora progressiva.
- (D) realizar enema contrastado, manter medicamentos que reduzem a motilidade intestinal e indicar cirurgia apenas após nova avaliação radiológica.
- (E) suspender fatores predisponentes, corrigir distúrbios metabólicos, descomprimir o cólon quando indicado e reservar cirurgia para complicações ou insucesso terapêutico.

62

Os critérios-padrão para a ressecção endoscópica do câncer gástrico incluem os seguintes, exceto um. Assinale-o.

- (A) Adenocarcinoma do tipo intestinal.
- (B) Tumor não ulcerado.
- (C) Tumores que invadem até a submucosa.
- (D) Tumores menores que 2 cm.
- (E) Ausência de invasão linfovascular.

63

Assinale o fator de risco relacionado com o surgimento de colangiocarcinoma intra-hepático.

- (A) Tabagismo.
- (B) Colelitíase.
- (C) Deficiência de alfa-1 antitripsina.
- (D) Papilotomia prévia.
- (E) Aflatoxina.

64

Paciente apresentou episódio de pancreatite aguda de etiologia alcoólica. Cerca de 2 meses depois, realizou TC de controle que mostrou coleção peripancreática de baixa densidade de 3 cm próxima à transição do corpo e cauda pancreática. O paciente está assintomático, e os exames laboratoriais apresentam apenas aumento de amilase sérica.

Assinale a melhor conduta, entre as a seguir relacionadas.

- (A) Drenagem endoscópica transduodenal.
- (B) Cistojejuno anastomose (Puestow).
- (C) Drenagem percutânea guiada por T.
- (D) Drenagem transpapilar endoscópica.
- (E) Conduta expectante.

65

Você realiza a investigação diagnóstica de um paciente de 62 anos que, na história da doença atual, queixa-se de dor persistente no flanco esquerdo, emagrecimento de 8 kg e alteração recente do hábito intestinal. Foi realizada uma colonoscopia, que identifica uma lesão estenosante no cólon descendente, cuja biópsia mostra adenocarcinoma. No estadiamento por imagem, uma tomografia de tórax, abdome e pelve não demonstra metástases, mas evidencia tumor volumoso, com extensão além da parede colônica e perda do plano de clivagem com a parede abdominal posterior. Não há obstrução completa, perfuração ou sangramento significativo. A avaliação molecular demonstra proficiência do sistema de reparo do DNA - pMMR, com estabilidade de microssatélites.

Considerando o diagnóstico, o estadiamento e a sequência terapêutica, a conduta mais adequada para esse paciente será

- (A) realizar colectomia segmentar imediata, separando o tumor da estrutura aderida, e indicar quimioterapia adjuvante conforme o resultado anatomopatológico definitivo.
- (B) administrar radioterapia neoadjuvante isolada, reavaliar a resposta por colonoscopia e indicar colectomia somente diante de redução tumoral significativa.
- (C) instituir imunoterapia neoadjuvante independentemente do perfil molecular, realizar reavaliação radiológica e indicar cirurgia após resposta clínica ou radiológica satisfatória.
- (D) indicar quimioterapia neoadjuvante sistêmica, reavaliar a ressecabilidade e realizar colectomia oncológica em bloco, buscando margens cirúrgicas microscopicamente livres.
- (E) realizar derivação intestinal profilática, iniciar quimiorradioterapia concomitante e programar colectomia após completar todo o tratamento oncológico sistêmico proposto.

66

Você é o segundo auxiliar em uma cirurgia de uma paciente de 67 anos, que tem história clínica de episódios recorrentes de dor no hipocôndrio direito, que cursaram com icterícia intermitente e colúria nos últimos quatro meses.

Os exames laboratoriais pré-operatórios demonstraram padrão colestatístico, sem sinais de pancreatite biliar. A ultrassonografia evidenciava colelitíase e discreta dilatação da via biliar principal. Opta-se por colecistectomia videolaparoscópica. Agora, durante o inventário da cavidade, observa-se intensa reação inflamatória no triângulo hepatocístico, a vesícula biliar é escleroatrófica e o cálculo está impactado na bolsa de Hartmann, comprimindo externamente o ducto hepático comum. Não há evidência de fístula colecistobiliar.

A conduta técnica mais apropriada a ser adotada pelo cirurgião, nesse momento, é

- (A) realizar colecistectomia subtotal ou por fundo, retirar o cálculo impactado, utilizar colangiografia quando necessária e converter se a anatomia permanecer insegura.
- (B) prosseguir com dissecação convencional, obter a visão crítica de segurança, clipar o ducto cístico e concluir a colecistectomia totalmente laparoscópica.
- (C) abrir o colédoco, retirar o cálculo por coledocotomia, suturar a via biliar e manter drenagem em T ao término da operação.
- (D) seccionar inicialmente o ducto cístico, remover integralmente a vesícula, revisar cuidadosamente o leito hepático e realizar drenagem sub-hepática de rotina.
- (E) drenar a cavidade abdominal, interromper definitivamente a operação, manter antibioticoterapia venosa e indicar nova intervenção após regressão do processo inflamatório.

67

Homem de 27 anos procura atendimento após episódios recorrentes de hematoquezia. A colonoscopia demonstra aproximadamente 80 pólipos adenomatosos distribuídos pelo cólon, com predomínio proximal. A endoscopia digestiva alta identifica pequenos adenomas duodenais. O paciente apresenta ainda dois osteomas mandibulares e história de tumor desmóide de parede abdominal previamente ressecado.

Seu pai faleceu aos 44 anos por câncer colorretal, e uma tia paterna foi submetida à colectomia aos 38 anos por polipose colônica.

Considerando a apresentação clínica e o espectro das síndromes hereditárias associadas ao câncer colorretal, o diagnóstico mais provável é de

- (A) síndrome de Lynch.
- (B) síndrome de Peutz-Jeghers.
- (C) síndrome de Gardner.
- (D) síndrome de polipose juvenil.
- (E) síndrome de Turcot.

68

Mulher de 34 anos, com índice de massa corporal de 32,8 kg/m², apresenta obesidade há oito anos e apneia obstrutiva do sono grave, confirmada por polissonografia. Realizou tratamento clínico supervisionado, com orientação nutricional, atividade física e terapia medicamentosa, sem controle sustentado do peso ou da comorbidade. A avaliação psicológica não identifica transtorno psiquiátrico descompensado, abuso de substâncias ou incapacidade de adesão ao acompanhamento.

Considerando os critérios estabelecidos pela Resolução CFM nº 2.429/2025, a conduta mais adequada, quanto à indicação de cirurgia bariátrica e metabólica, é

- (A) indicar o procedimento, pois o IMC entre 30 e 35 kg/m² associado à apneia do sono grave permite a cirurgia após insucesso do tratamento clínico e avaliação multidisciplinar.
- (B) contraindicar o procedimento, pois o IMC entre 30 e 35 kg/m² permite a cirurgia apenas quando houver diabetes mellitus tipo 2 com controle metabólico inadequado.
- (C) adiar o procedimento, pois o IMC entre 30 e 35 kg/m² exige comprovação de acompanhamento endocrinológico contínuo por período mínimo de dois anos.
- (D) indicar o procedimento, pois qualquer comorbidade relacionada à obesidade permite a cirurgia em pacientes com IMC superior a 30 kg/m² e idade adulta.
- (E) contraindicar o procedimento, pois a cirurgia bariátrica permanece reservada aos pacientes com IMC superior a 35 kg/m², independentemente das doenças associadas.

69

Em seu plantão de emergência, você atende um homem, de 73 anos, trazido ao pronto-socorro pelo SAMU, com dor lombar intensa iniciada há cerca de oito horas, irradiada para o flanco esquerdo. Refere um episódio de lipotimia no seu domicílio, seguido de melhora parcial espontânea. Ele diz ser hipertenso de longa data, com tratamentos irregulares.

Ao exame físico, apresenta-se consciente, pálido, pressão arterial de 108/66 mmHg, frequência cardíaca de 102 bpm e massa abdominal pulsátil dolorosa no quadrante inferior esquerdo. Não há evidências de irritação peritoneal. Realizou-se uma angiotomografia, que demonstra aneurisma infrarrenal da aorta abdominal com extenso hematoma retroperitoneal contido, sem extravasamento livre para a cavidade peritoneal.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, a conduta mais adequada será

- (A) instituir observação intensiva, controlar a pressão arterial, repetir a angiotomografia em vinte e quatro horas e indicar cirurgia apenas diante de nova instabilidade clínica.
- (B) solicitar arteriografia diagnóstica, iniciar anticoagulação plena, manter analgesia venosa e programar correção eletiva após estabilização laboratorial completa.
- (C) realizar laparotomia exploradora, abrir imediatamente o saco aneurismático, controlar o sangramento distal e reconstruir a aorta após revisão da cavidade abdominal.
- (D) indicar correção imediata, obter controle proximal da aorta antes de abrir o aneurisma, remover o trombo, suturar as artérias lombares e reconstruir o segmento com enxerto vascular.
- (E) indicar tratamento endovascular após preparo clínico prolongado, manter expansão volêmica vigorosa e postergar a correção definitiva até regressão do hematoma retroperitoneal.

70

No seu ambulatório de clínica cirúrgica, você recebe uma senhora de 68 anos, obesa, multipara com 4 gestações a termo, portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica, pois é ex-fumante de 20 cigarros por dia por mais de 30 anos. Ela refere dor intermitente na região inferior do abdome, à direita, há cerca de oito meses. Relata também piora aos esforços e durante episódios de tosse, com melhora parcial em repouso. Não há alteração do hábito intestinal ou sintomas infecciosos.

Ao exame físico, observa-se discreta assimetria da parede abdominal na transição entre o músculo reto e a musculatura lateral, abaixo da linha arqueada. A palpação revela tumoração profunda, dolorosa, pouco evidente em repouso e mais perceptível durante a manobra de Valsalva, sem sinais flogísticos ou peritonite.

Considerando o diagnóstico mais provável, a conduta mais adequada para o caso será

- (A) diagnosticar hérnia de Spiegel, confirmar por tomografia quando necessário e realizar redução do saco, dissecação do defeito e reforço da parede abdominal com tela.
- (B) diagnosticar hérnia inguinal direta, solicitar ultrassonografia dinâmica, indicar herniorrafia anterior convencional e reforçar o defeito apenas com suturas contínuas.
- (C) diagnosticar hérnia femoral, solicitar tomografia somente diante de encarceramento e realizar reparo infrainguinal com fechamento primário do anel femoral.
- (D) diagnosticar hérnia incisional, solicitar colonoscopia, indicar laparotomia mediana e realizar refiação simples da parede abdominal, sem utilização de prótese.
- (E) diagnosticar diástase dos retos, dispensar exames complementares, recomendar fisioterapia abdominal e indicar cirurgia apenas se houver comprometimento estético importante.

71

Homem de 56 anos apresenta massa de crescimento lento na região parotídea direita há aproximadamente um ano. Nos últimos três meses, passou a referir dor irradiada para a região retroauricular e discreta paresia da hemiface ipsilateral. A ressonância magnética evidencia lesão sólida de 3,8 cm, hipointensa em T2, com margens infiltrativas, extensão ao lobo profundo e espessamento linear acompanhando o trajeto do nervo facial em direção ao forame estilomastoideo, sem linfonodomegalias cervicais.

Considerando os achados clínicos e de imagem, o diagnóstico mais provável é de

- (A) carcinoma mucoepidermoide de alto grau.
- (B) carcinoma adenoide cístico.
- (C) carcinoma ex-adenoma pleomórfico.
- (D) carcinoma espinocelular metastático para linfonodo intraparotídeo.
- (E) linfoma difuso de grandes células B envolvendo glândula salivar.

72

Sua equipe cirúrgica atende a um paciente de 28 anos, que procura o serviço de urgência com história de dor abdominal iniciada há 18 horas na região periumbilical, tornando-se posteriormente difusa e acompanhada de náuseas, dois episódios de vômitos e distensão abdominal progressiva. Refere evacuação com sangue vivo há dois dias, sem dor na região anal.

Quando do exame físico apresenta frequência cardíaca de 108 bpm, temperatura axilar de 37,8 °C, abdome discretamente distendido, com ruídos hidroaéreos aumentados, dor à palpação do hipogástrio e da fossa ilíaca direita, sem massa palpável ou sinais de irritação peritoneal. Um hemograma evidencia discreta leucocitose, mas sem desvio à esquerda, com hemoglobina de 10,2 g/dL.

Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, a conduta mais adequada é

- (A) diagnosticar apendicite aguda, solicitar ultrassonografia abdominal, realizar apendicectomia convencional e indicar antibioticoterapia conforme o achado operatório.
- (B) diagnosticar doença de Crohn, solicitar colonoscopia com biópsias, iniciar corticoterapia sistêmica e programar ressecção intestinal apenas diante de complicações.
- (C) diagnosticar diverticulite do sigmoide, solicitar tomografia abdominal, instituir antibioticoterapia venosa e indicar sigmoidectomia após resolução do quadro inflamatório.
- (D) diagnosticar divertículo de Meckel complicado, solicitar tomografia conforme a apresentação clínica e realizar diverticulectomia ou ressecção segmentar do íleo com anastomose primária.
- (E) diagnosticar intussuscepção idiopática, solicitar enema contrastado terapêutico, observar a evolução clínica e indicar laparotomia somente na falha da redução.

73

Na sessão clínica do seu hospital, discute-se o caso de um paciente de 61 anos, que apresenta história prolongada de doença ulcerosa péptica, vômitos pós-prandiais recorrentes, plenitude epigástrica e perda ponderal de 11 kg em quatro meses. Ao exame físico, encontra-se desidratado, com distensão epigástrica e onda de succussão positiva.

Após correção hidroeletrólítica, realizou-se uma endoscopia digestiva alta que demonstra estenose pilórica cicatricial, com múltiplas biópsias, cujo resultado anatomopatológico exclui neoplasia. A estenose é refratária ao tratamento clínico e às várias dilatações endoscópicas realizadas.

Houve consenso sobre a técnica operatória mais apropriada a ser utilizada, que é

- (A) realizar antrectomia, reconstrução por gastroduodenostomia em Billroth I, revisar a anastomose e manter drenagem conforme os achados intraoperatórios.
- (B) realizar gastrectomia total, reconstrução por esofagojejunostomia em Y de Roux, fechar os defeitos mesentéricos e testar a anastomose.
- (C) realizar gastrectomia distal com antrectomia, reconstrução por gastrojejunostomia em Y de Roux, associar vagotomia quando indicada e revisar a hemostasia.
- (D) realizar gastrojejunostomia pré-cólica isolada, preservar o antro, revisar o trânsito intestinal e concluir a operação sem ressecção gástrica.
- (E) realizar piloroplastia longitudinal com fechamento transversal, preservar o antro, revisar a cavidade e concluir o procedimento sem gastrectomia.

74

Sua paciente é uma mulher de 46 anos, que foi internada para colecistectomia videolaparoscópica eletiva para tratamento da colecistolitíase sintomática.

Durante a consulta pré-operatória, ela demonstra plena capacidade civil, recebe todos os esclarecimentos sobre riscos, benefícios e alternativas terapêuticas e, por fim, assina o termo de consentimento informado. No transoperatório, após a retirada da vesícula biliar, o cirurgião identifica uma pequena hérnia umbilical, assintomática, pois passou despercebida no pré-operatório, sem encarceramento, sem estrangulamento ou qualquer repercussão clínica. O defeito não havia sido previamente discutido com a paciente nem constava do consentimento cirúrgico.

À luz dos princípios éticos e das normas que regem o exercício profissional, a conduta mais adequada é

- (A) corrigir imediatamente a hérnia incidental, registrar o achado no prontuário e explicar posteriormente que a decisão trouxe benefício adicional à paciente.
- (B) solicitar autorização aos familiares presentes no hospital, realizar o reparo da hérnia e descrever detalhadamente a justificativa no relatório operatório.
- (C) suspender temporariamente a cirurgia, despertar a paciente para obter autorização específica e reiniciar o procedimento após novo consentimento formal.
- (D) corrigir o defeito herniário durante a operação, pois o acesso cirúrgico já está estabelecido e o risco anestésico adicional é mínimo.
- (E) concluir apenas o procedimento autorizado, registrar o achado operatório e discutir posteriormente a correção eletiva mediante novo consentimento esclarecido da paciente.

75

Homem de 67 anos, com adenocarcinoma gástrico ressecável, está programado para gastrectomia eletiva. Relata perda de 12% do peso corporal nos últimos três meses, redução importante da ingestão alimentar e astenia. Apresenta IMC de 17,8 kg/m² e albumina sérica de 2,7 g/dL, sem evidências de infecção ativa, sepse ou disfunção orgânica aguda. A avaliação oncológica não demonstra necessidade de intervenção cirúrgica imediata.

Considerando o risco nutricional e os princípios de terapia nutricional perioperatória, a conduta mais adequada é

- (A) prosseguir diretamente para a operação e iniciar terapia nutricional somente no pós-operatório, caso a ingestão oral permaneça insuficiente.
- (B) adiar a operação até normalização completa da albumina sérica, mantendo suporte nutricional exclusivamente por via parenteral durante esse período.
- (C) prosseguir com a operação após hidratação venosa, utilizando suplementação oral apenas se houver redução adicional do peso corporal antes da internação.
- (D) adiar a operação e instituir jejum associado a nutrição parenteral total, independentemente da possibilidade de utilização funcional do trato gastrointestinal.
- (E) adiar a operação por curto período e instituir terapia nutricional pré-operatória, preferencialmente por via enteral, antes da realização da gastrectomia.

76

A sua equipe multidisciplinar de emergência examina um homem de 29 anos, que foi admitido após colisão automobilística de alta energia.

No exame físico, ele apresenta dor abdominal intensa, frequência cardíaca de 132 bpm, pressão arterial de 85/50 mmHg. Tem FAST positivo e é imediatamente levado ao centro cirúrgico, enquanto se procedia à reanimação hemodinâmica em extrema urgência com estabilização. Após laparotomia exploradora, observa-se hemoperitônio volumoso. O controle inicial do sangramento é realizado, porém permanece hematoma expansivo na região retroperitoneal direita, estendendo-se da segunda porção do duodeno até a raiz do mesentério, dificultando a exposição da veia cava inferior infrarrenal, da terceira porção do duodeno e dos vasos ilíacos direitos. O cirurgião decide ampliar a exposição retroperitoneal para identificar e controlar a lesão vascular.

A conduta técnica mais adequada para essa exposição é

- (A) executar a manobra de Kocher isoladamente, mobilizar apenas o duodeno proximal, explorar o colédoco e abordar diretamente a veia cava inferior.
- (B) realizar a manobra de Mattox, mobilizar cólon esquerdo e baço, expor toda a aorta abdominal e revisar os vasos renais bilateralmente.
- (C) executar a manobra de Cattell-Braasch, mobilizar cólon direito e mesentério medialmente, associar a manobra de Kocher e expor duodeno, veia cava inferior e vasos ilíacos.
- (D) abrir o mesocólon transversal, acessar a bolsa omental, dissecar a artéria mesentérica superior e controlar o retroperitônio sem mobilização colônica.
- (E) mobilizar o sigmoide e o reto proximal, dissecar o espaço pré-sacral, expor os vasos ilíacos esquerdos e revisar a bifurcação da aorta.

77

Na avaliação de um nódulo tireoidiano de 1,8 cm, a ultrassonografia demonstra composição sólida, hipocogenicidade, orientação mais alta que larga, margens regulares e ausência de focos ecogênicos. O TSH sérico encontra-se dentro da faixa de referência. Após a investigação indicada pelo padrão ultrassonográfico, a citologia é classificada como Bethesda IV — neoplasia folicular ou suspeita para neoplasia folicular.

Na ausência de adenopatia cervical suspeita, história de irradiação cervical, câncer familiar da tireoide ou teste molecular disponível, a seguinte sequência de avaliação e conduta é a mais adequada:

- (A) classificar o nódulo como ACR TI-RADS 3, realizar acompanhamento ultrassonográfico seriado e indicar cirurgia apenas diante de crescimento significativo da lesão.
- (B) classificar o nódulo como ACR TI-RADS 4, realizar cintilografia tireoidiana e indicar tireoidectomia total caso o nódulo apresente hipocaptação do radioisótopo.
- (C) classificar o nódulo como ACR TI-RADS 5, realizar acompanhamento ultrassonográfico e repetir a PAAF somente se houver aumento das dimensões da lesão.
- (D) classificar o nódulo como ACR TI-RADS 5, realizar PAAF pelo critério dimensional e indicar lobectomia diagnóstica diante da citologia Bethesda IV.
- (E) classificar o nódulo como ACR TI-RADS 5, realizar PAAF pelo critério dimensional e indicar tireoidectomia total obrigatória diante da citologia Bethesda IV.

78

Mulher de 46 anos apresenta dor progressiva na mandíbula e dificuldade para mastigação há quatro meses. A tomografia demonstra lesão osteolítica expansiva de 3,6 cm no corpo mandibular, sem matriz mineralizada e com adelgaçamento cortical.

A investigação laboratorial revela cálcio sérico de 12,1 mg/dL, fósforo de 1,8 mg/dL, fosfatase alcalina de 412 U/L e PTH de 1.180 pg/mL. A ultrassonografia cervical identifica nódulo hipoecoico de 2,4 cm posterior ao polo inferior do lobo esquerdo da tireoide, compatível com adenoma de paratireoide. A biópsia da lesão mandibular demonstra células gigantes multinucleadas em estroma fibrovascular, sem critérios de malignidade.

Considerando o diagnóstico e a fisiopatologia da lesão óssea, a conduta terapêutica mais apropriada é

- (A) realizar paratireoidectomia direcionada à glândula hiperfuncionante, acompanhando posteriormente a regressão da lesão óssea e reservando cirurgia local para persistência sintomática ou complicações estruturais.
- (B) realizar curetagem ampla da lesão mandibular antes da paratireoidectomia, acompanhando posteriormente os níveis séricos de cálcio e reservando nova abordagem óssea para recorrência local.
- (C) realizar ressecção segmentar da mandíbula associada à reconstrução imediata, tratando posteriormente o hiperparatireoidismo conforme a persistência das alterações bioquímicas no seguimento.
- (D) iniciar tratamento com bisfosfonato intravenoso até normalização da remodelação óssea, indicando paratireoidectomia apenas se houver progressão radiológica da lesão durante o acompanhamento.
- (E) realizar embolização arterial seletiva da lesão mandibular seguida de curetagem, indicando paratireoidectomia posteriormente caso permaneçam hipercalcemia e elevação persistente do hormônio paratireoideano.

79

Durante a fase inflamatória da cicatrização, ocorre recrutamento coordenado de células inflamatórias e liberação de mediadores responsáveis pela remoção de detritos, pelo controle da contaminação bacteriana e pela ativação da fase proliferativa.

Sobre essa etapa da cicatrização, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os fibroblastos predominam imediatamente após a lesão, produzindo colágeno tipo I e promovendo contração precoce da ferida por diferenciação em miofibroblastos.
- (B) Os linfócitos constituem a população celular predominante desde as primeiras horas da lesão, sendo responsáveis pela liberação de VEGF e pelo início da angiogênese.
- (C) Os queratinócitos predominam durante toda a fase inflamatória, promovendo reepitelização por meio da síntese de colágeno e da secreção de TNF- α .
- (D) Os neutrófilos predominam nas primeiras 24 a 48 horas, sendo posteriormente substituídos pelos macrófagos, que liberam citocinas como IL-1, IL-6 e TNF- α , além de fatores de crescimento responsáveis pela progressão da cicatrização.
- (E) As células endoteliais representam a principal população celular da fase inflamatória, produzindo metaloproteinases e organizando a deposição inicial de colágeno.

80

Homem de 64 anos apresenta dor epigástrica irradiada para o dorso e perda ponderal de 9 kg em quatro meses. A tomografia computadorizada com protocolo para pâncreas evidencia adenocarcinoma de 4,3 cm no corpo pancreático, sem metástases hepáticas, peritoneais ou linfonodais à distância.

A lesão envolve circunferencialmente a origem da artéria esplênica e invade o tronco celíaco, mantendo-se livre a artéria mesentérica superior. A artéria gastroduodenal está pérvia, com possibilidade de fluxo arterial retrógrado para o território hepático através das arcadas pancreaticoduodenais. Após tratamento sistêmico de indução, observa-se estabilidade da lesão e ausência de progressão metastática.

Considerando o estadiamento anatómico e as possibilidades de ressecção vascular, a seguinte estratégia cirúrgica pode permitir ressecção oncológica desse tumor:

- (A) pancreatectomia distal com esplenectomia e ressecção do tronco celíaco, preservando o fluxo hepático pelas arcadas pancreaticoduodenais através da artéria gastroduodenal.
- (B) pancreatectomia distal com esplenectomia e ressecção da artéria mesentérica superior, restabelecendo o fluxo intestinal mediante reconstrução arterial com enxerto vascular.
- (C) duodenopancreatectomia com ressecção da artéria hepática comum, preservando o fluxo hepático por reconstrução vascular a partir da artéria mesentérica superior.
- (D) pancreatectomia total com esplenectomia e ressecção do tronco celíaco, restabelecendo o fluxo hepático mediante reconstrução direta da artéria hepática própria.
- (E) pancreatectomia distal com esplenectomia e ressecção da veia porta, preservando o tronco celíaco mediante dissecção subadventicial do segmento arterial comprometido.

Realização

