

TIPO

1

Endere

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ANO ADICIONAL CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO EM TRANSPLANTE DE FÍGADO R4

PROVA OBJETIVA – TIPO 1



SUA PROVA

- Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala uma folha para a marcação das respostas.



TEMPO

- 5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**.
- 1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas.
- 30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**.



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.



INFORMAÇÕES GERAIS

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

Boa prova!

Cirurgia do Aparelho Digestivo

1

No seu Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo dá entrada um homem de 67 anos, ex-tabagista, 40 maços-ano, que se queixa de epigastralgia moderada há aproximadamente seis meses, associada a plenitude pós-prandial precoce, anorexia progressiva e perda ponderal de 12 kg nesse período. Relata episódios ocasionais de náuseas e dois episódios recentes de melena. Nega hematêmese. Refere fadiga progressiva e redução importante da capacidade funcional. Possui história de gastrite crônica associada ao *Helicobacter pylori*, tratada há vários anos.

Quando do exame físico, encontra-se emagrecido, hipocorado (++)/4+, com índice de massa corporal de 19 kg/m². Apresenta discreta dor à palpação profunda do epigástrio, sem sinais de irritação peritoneal. Observa-se linfonodo supraclavicular esquerdo endurecido, indolor e móvel, medindo aproximadamente 2 cm. Não há evidência de ascite.

Os exames laboratoriais mostram: hemoglobina de 8,9 g/dL com padrão de anemia ferropriva. A endoscopia digestiva alta evidencia lesão ulceroinfiltrativa localizada na pequena curvatura do antro gástrico, medindo aproximadamente 5 cm. As biópsias confirmam adenocarcinoma gástrico moderadamente diferenciado.

Uma tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve não demonstra metástases hepáticas, pulmonares ou peritoneais evidentes. Diante da presença do linfonodo supraclavicular, foi realizada punção aspirativa guiada por ultrassonografia, que confirma infiltração metastática por adenocarcinoma gástrico.

Considerando os princípios de estadiamento e tratamento recomendados, a conduta mais apropriada será

- (A) gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2 seguida de quimioterapia adjuvante.
- (B) gastrectomia total ampliada com ressecção profilática do baço e do pâncreas distal.
- (C) ressecção endoscópica da mucosa seguida de vigilância endoscópica.
- (D) quimioterapia perioperatória seguida de gastrectomia radical com intenção curativa.
- (E) tratamento sistêmico paliativo, com eventual controle de sintomas.

2

Na sessão clínica do seu hospital é apresentado o caso de um homem de 63 anos com disfagia progressiva há cinco meses. Inicialmente, ele apresentava dificuldade para deglutir carnes e pães, evoluindo posteriormente para dificuldade com alimentos pastosos e, nas últimas semanas, até mesmo com líquidos. Refere perda ponderal de 15 kg nos últimos seis meses, anorexia, fadiga progressiva e episódios ocasionais de dor retroesternal não relacionada ao esforço. Relata tabagismo de 50 maços-ano e etilismo pesado desde a juventude. Nega hematêmese.

Ao exame físico está emagrecido, com índice de massa corporal de 18 kg/m², mucosas hipocoradas (++)/4+ e discreta atrofia muscular. Não há linfonodomegalias cervicais palpáveis. Tem ausculta pulmonar e cardíaca normais. O abdome não apresenta alterações.

Uma endoscopia digestiva alta evidencia lesão vegetante e ulcerada localizada no terço médio do esôfago, causando redução luminal significativa. A biópsia demonstra carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado.

O estadiamento prossegue com tomografia computadorizada de tórax e abdome, que não demonstra metástases à distância. A ecoendoscopia identifica invasão da camada muscular própria e da adventícia, sem invasão de estruturas adjacentes. Observam-se três linfonodos periesofágicos suspeitos, confirmando doença regional linfonodal.

O paciente apresenta bom desempenho funcional (ECOG 0) e avaliação cardiopulmonar favorável para tratamento multimodal.

Diante desse caso clínico, a conduta mais apropriada é

- (A) realizar quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de esofagectomia com intenção curativa, desde que não haja progressão da doença durante o tratamento.
- (B) realizar esofagectomia imediata sem tratamento neoadjuvante, pois a cirurgia isolada apresenta os mesmos resultados oncológicos.
- (C) indicar colocação de prótese esofágica autoexpansível como tratamento definitivo.
- (D) realizar apenas radioterapia paliativa, independentemente do estadiamento, devido à alta morbidade cirúrgica da esofagectomia.
- (E) indicar quimioterapia paliativa sistêmica exclusiva, uma vez que a presença de linfonodos regionais torna a doença irressacável.

3

Você atende, no seu ambulatório, a uma mulher de 68 anos, que vem referenciada de uma Unidade Básica de Saúde. Quando da anamnese, queixa-se de episódios progressivos de desconforto retroesternal pós-prandial, sensação de plenitude após pequenas refeições, regurgitação de alimentos não digeridos e disfagia intermitente para sólidos há aproximadamente dois anos. Nos últimos seis meses, passou a apresentar episódios ocasionais de dispnéia após refeições volumosas e relata duas internações por anemia ferropriva sem causa evidente. Refere perda ponderal de 6 kg no último ano. Nega pirose importante. Possui antecedente de hipertensão arterial e obesidade grau I.

Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, corada (+/4+), hidratada, afebril e hemodinamicamente estável. O exame cardiopulmonar é normal. O abdome é flácido, indolor e sem massas palpáveis.

Um hemograma mostra hemoglobina de 9,8 g/dL com padrão compatível com anemia ferropriva.

Tem uma endoscopia digestiva alta que evidencia grande hérnia hiatal, com parte significativa do fundo gástrico herniado para o mediastino. Observam-se erosões lineares na mucosa gástrica ao nível do diafragma compatíveis com lesões de Cameron. Não existe esofagite significativa.

Um esofagograma contrastado demonstra migração intratorácica de aproximadamente 50% do estômago, com a junção esofagogástrica permanecendo em posição anatômica normal. Uma tomografia de tórax confirma hérnia paraesofágica volumosa, tipo III, sem sinais de perfuração ou isquemia.

Para essa paciente, a conduta mais apropriada será

- (A) indicar correção cirúrgica eletiva da hérnia hiatal com redução do conteúdo herniado, fechamento dos pilares diafragmáticos e procedimento antirrefluxo apropriado
- (B) manter tratamento clínico com inibidor da bomba de prótons e observação, pois hérnias paraesofágicas sintomáticas raramente apresentam complicações.
- (C) indicar apenas suplementação de ferro e acompanhamento ambulatorial, uma vez que a anemia não está relacionada à hérnia hiatal.
- (D) realizar gastrectomia subtotal profilática para evitar futura estrangulação gástrica.
- (E) indicar esofagectomia trans-hiatal devido ao risco aumentado de adenocarcinoma associado à hérnia hiatal.

4

Sua equipe cirúrgica discute a conduta a ser instituída para um paciente de 61 anos que apresenta fadiga progressiva, plenitude pós-prandial e desconforto epigástrico inespecífico há aproximadamente seis meses. Relata episódios intermitentes de melena nas últimas semanas e perda ponderal de 7 kg nos últimos seis meses. Nega vômitos, disfagia ou alteração do hábito intestinal.

Ao exame físico, está em bom estado geral, porém discretamente emagrecido. Apresenta mucosas hipocoradas (++)/4+. O abdome é plano, flácido, indolor à palpação superficial, mas palpa-se massa pouco móvel e mal delimitada no epigástrico. Não há sinais de irritação peritoneal e não se observa linfonodomegalias.

O hemograma mostra hemoglobina de 8,7 g/dL, compatível com anemia ferropriva. Uma endoscopia digestiva alta evidencia abaulamento subepitelial na parede posterior do corpo gástrico, medindo aproximadamente 8 cm, com área central ulcerada. A ecoendoscopia demonstra lesão originada da muscular própria. A tomografia computadorizada de abdome evidencia massa gástrica exofítica de 8,5 cm, sem invasão de órgãos adjacentes e sem metástases hepáticas ou peritoneais.

Foi realizada biópsia guiada por ecoendoscopia, cujo resultado da imuno-histoquímica revela: CD117 (KIT): positivo; DOG1: positivo e CD34: positivo.

Diante desse quadro clínico a conduta mais apropriada será

- (A) realizar gastrectomia total com linfadenectomia D2 obrigatória devido ao elevado risco de disseminação linfonodal.
- (B) indicar ressecção cirúrgica completa com margens negativas (R0), sem necessidade rotineira de linfadenectomia extensa, considerando tratar-se de GIST gástrico localizado.
- (C) indicar quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de gastrectomia subtotal.
- (D) realizar apenas vigilância tomográfica, pois tumores subepiteliais gástricos raramente apresentam comportamento maligno.
- (E) indicar colectomia segmentar associada à gastrectomia, devido à elevada incidência de metástases linfáticas regionais

5

Na sua Unidade de Emergência dá entrada um homem de 62 anos, após episódio súbito de hematêmese volumosa, seguido de tontura e síncope transitória. Relata história de dor epigástrica em queimação há vários meses, parcialmente aliviada pela alimentação, mas nunca investigada. Refere uso diário de anti-inflamatórios não esteroidais para osteoartrose dos joelhos nos últimos três anos. Nega doença hepática ou etilismo importante.

Nas últimas 24 horas, apresentou dois episódios de melena e um episódio de hematêmese com eliminação de grande quantidade de sangue vermelho vivo.

Ao exame físico, encontra-se consciente, porém pálido, sudorético e ansioso. Pressão arterial: 90/60 mmHg; frequência cardíaca: 120 bpm; frequência respiratória: 22 irpm. Extremidades frias e tempo de enchimento capilar prolongado. O abdome é plano, com discreta dor à palpação profunda do epigástrio, sem sinais de irritação peritoneal. O toque retal confirma presença de melena.

Após reposição volêmica inicial, o paciente é submetido à endoscopia digestiva alta. O exame evidencia úlcera duodenal de aproximadamente 1,5 cm na parede posterior do bulbo duodenal, apresentando vaso visível não sangrante (Forrest IIa), sem sangramento ativo no momento do exame.

Considerando as recomendações atuais, a conduta mais apropriada para o caso será

- (A) alta hospitalar após estabilização clínica, uma vez que não há sangramento ativo durante a endoscopia.
- (B) realizar gastrectomia subtotal de urgência devido ao elevado risco de ressangramento.
- (C) instituir apenas tratamento clínico com inibidor da bomba de prótons (IBP), sem intervenção endoscópica.
- (D) realizar terapia endoscópica hemostática associada à administração de IBP intravenoso em alta dose e monitorização hospitalar.
- (E) indicar vagotomia troncular com piloroplastia imediatamente após a endoscopia.

6

Você é o médico responsável por um paciente de 68 anos, que foi encaminhado ao serviço de cirurgia digestiva após diagnóstico de adenocarcinoma de cabeça de pâncreas potencialmente ressecável. Após avaliação e discussão da conduta terapêutica, optou-se pela realização de uma duodenopancreatectomia cefálica (Whipple).

Durante a avaliação pré-operatória, relata perda ponderal involuntária de 15 kg nos últimos quatro meses (18% do peso corporal), anorexia importante, fadiga progressiva e redução significativa da ingestão alimentar nas últimas seis semanas. Refere diabetes mellitus tipo 2, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) moderada associada a tabagismo de 40 maços-ano (ainda fumando), hipertensão arterial sistêmica e coronariopatia estável com colocação de *stent* farmacológico há três anos.

Ao exame físico, apresenta-se emagrecido, com índice de massa corporal de 18 kg/m². Observam-se perda muscular evidente em região temporal, deltoides e interosseos das mãos. A força de preensão manual encontra-se reduzida. Frequência cardíaca de 88 bpm, pressão arterial de 130/80 mmHg e saturação de oxigênio de 94% em ar ambiente.

Exames realizados mostram: Albumina sérica: 2,7 g/dL; Pré-albumina reduzida; Hemoglobina: 9,4 g/dL; Hemoglobina glicada (HbA1c): 9,2%; Bilirrubina total: 11 mg/dL; Creatinina normal.

Uma tomografia computadorizada não demonstra metástases e confirma doença potencialmente ressecável.

Considerando esse caso clínico, a melhor conduta antes da realização da cirurgia será

- (A) realizar imediatamente a cirurgia, pois atrasar o tratamento oncológico reduz significativamente a possibilidade de cura.
- (B) internar o paciente e realizar apenas transfusão sanguínea para corrigir a anemia antes da cirurgia e solicitar risco anestésico.
- (C) adiar a cirurgia apenas para controle glicêmico, mantendo os demais fatores inalterados.
- (D) realizar drenagem biliar pré-operatória rotineira e encaminhar diretamente para cirurgia após normalização da bilirrubina.
- (E) instituir programa de otimização pré-operatória multidisciplinar, incluindo suporte nutricional intensivo, cessação do tabagismo, fisioterapia respiratória, correção dos fatores modificáveis de risco, controle glicêmico e reavaliação antes da cirurgia.

7

Um homem de 42 anos foi encaminhado a seu ambulatório de cirurgia do aparelho digestivo por disfagia progressiva há quatro meses. Relata que, há aproximadamente seis meses, ingeriu acidentalmente grande quantidade de um produto de limpeza alcalino industrial armazenado inadequadamente em uma garrafa de refrigerante. Na ocasião, apresentou intensa odinofagia, sialorreia, dor retroesternal e queimaduras orais, sendo internado por vários dias. Evoluiu sem necessidade de cirurgia de emergência.

Recebeu alta hospitalar e após melhora inicial, começou a apresentar dificuldade para deglutir, a princípio, para alimentos sólidos, com progressão gradual para alimentos pastosos. Nas últimas semanas, passou a tolerar apenas líquidos. Refere perda ponderal de 14 kg nesse período, refere episódios frequentes de regurgitação alimentar e importante comprometimento nutricional. Não há história de hematemese, melena ou sintomas respiratórios.

Ao exame físico encontra-se emagrecido, com índice de massa corporal de 17 kg/m², mucosas hipocoradas (+/4+), discreta atrofia muscular e sinais clínicos de desnutrição proteico-calórica. O exame cervical é normal. Não há linfonodomegalias palpáveis no pescoço. O exame cardiopulmonar e abdominal não apresenta alterações.

Uma seriografia do esôfago demonstra estenose longa, irregular, localizada no terço médio e distal do esôfago, com importante redução luminal. A endoscopia digestiva alta revela estenose cicatricial extensa, permitindo passagem apenas de endoscópio ultrafino. As biópsias não demonstram malignidade.

Considerando as diretrizes cirúrgicas atuais para o manejo da estenose cáustica do esôfago, a conduta mais apropriada nesse momento, será

- (A) indicar esofagectomia imediata com reconstrução por tubo gástrico, independentemente da resposta a terapias menos invasivas.
- (B) realizar apenas tratamento nutricional, pois a maioria das estenoses cáusticas extensas apresenta resolução espontânea após um ano.
- (C) iniciar programa de dilatações endoscópicas seriadas associado ao suporte nutricional adequado, reservando a reconstrução esofágica para casos refratários ou não dilatáveis.
- (D) indicar radioterapia local para reduzir o processo fibrótico e ampliar a luz esofágica.
- (E) realizar gastrectomia total profilática para prevenir futura degeneração maligna da lesão cáustica.

8

Seu paciente tem 62 anos, foi admitido para hemicolectomia direita eletiva por adenocarcinoma de cólon ascendente, diagnosticado durante investigação de anemia ferropriva. Durante a avaliação pré-operatória apresenta hipertensão arterial controlada, diabetes mellitus tipo 2 e índice de massa corporal (IMC) de 32 kg/m². Refere alergia grave à cefalosporina, previamente associada a episódio de anafilaxia, que necessitou de assistência respiratória. Os exames pré-operatórios demonstram hemoglobina de 12,3 g/dL, creatinina normal e glicemia adequadamente controlada com esquema de insulina regular.

Na manhã da cirurgia, o paciente é encaminhado ao centro cirúrgico. Durante a preparação anestésica, o primeiro auxiliar observa que a prescrição de profilaxia antimicrobiana contém cefazolina. Simultaneamente, a enfermagem identifica divergência entre a lateralidade registrada no prontuário eletrônico e a anotação da programação cirúrgica. O paciente já se encontra na sala operatória, porém ainda não foi realizada a indução anestésica.

O cirurgião principal está presente e argumenta que a divergência é um erro administrativo sem relevância clínica e que a cirurgia deve prosseguir para evitar atrasos na programação do centro cirúrgico.

De acordo com os princípios de segurança do paciente descritos na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde (OMS), a conduta mais apropriada nesse momento será

- (A) prosseguir imediatamente com a cirurgia, pois a confirmação da identidade do paciente já ocorreu na internação. Portanto, não maior risco.
- (B) realizar a indução anestésica e esclarecer as divergências posteriormente, antes da incisão cirúrgica.
- (C) corrigir apenas a antibioticoprofilaxia, uma vez que a divergência de documentação não interfere diretamente na segurança do procedimento.
- (D) transferir a responsabilidade da decisão para a equipe de enfermagem, responsável pelos registros administrativos do paciente.
- (E) interromper o fluxo cirúrgico até que seja realizado o processo formal de verificação de segurança (*Sign In e Time Out*), confirmando identidade, procedimento, sítio cirúrgico, alergias e profilaxia adequada antes do início da anestesia e da cirurgia.

9

No Serviço de Emergência de seu hospital dá entrada um homem de 24 anos, com dor abdominal iniciada há 22 horas, que, em princípio, era na região periumbilical, migrando posteriormente para a fossa ilíaca direita. Relata anorexia, náuseas e um episódio de vômito. Não há história de cirurgias prévias.

Ao exame físico, encontra-se afebril, com frequência cardíaca de 98 bpm e pressão arterial de 120/70 mmHg. O abdome apresenta dor localizada em fossa ilíaca direita, defesa muscular localizada e sinal de Blumberg positivo no ponto de McBurney. Os exames laboratoriais demonstram leucocitose de $15.600/\text{mm}^3$ com desvio à esquerda. Realizou-se uma tomografia computadorizada evidenciando apendicite aguda supurativa sem perfuração.

Durante uma apendicectomia aberta, após a ligadura do mesoapêndice e secção do apêndice, o cirurgião solicita ao residente que identifique qual técnica corresponde ao tempo cirúrgico de síntese do coto apendicular, após a realização da exérese.

Uma técnica clássica de síntese utilizada nesse momento da operação é a de

- (A) Kocher.
- (B) Parker-Kerr.
- (C) Bassini.
- (D) Cattell-Braasch.
- (E) Pringle.

10

No seu ambulatório, dá entrada uma paciente de 36 anos, que foi encaminhada após achado incidental de lesão hepática durante investigação de nefrolitíase. Refere apenas discreto desconforto intermitente em hipocôndrio direito, sem relação com alimentação. Não há história de perda ponderal, febre, icterícia ou de hepatites.

Como antecedentes, relata uso contínuo de anticoncepcional oral combinado há 18 anos. Nega etilismo e não apresenta história familiar de neoplasias hepáticas.

Ao exame físico: Bom estado geral; IMC: 25 kg/m^2 ; afebril; sem icterícia; abdome flácido e indolor; fígado não é palpável e não tem ascite.

Os exames laboratoriais apresentam bilirrubinas, transaminases, fosfatase alcalina e alfa-fetoproteínas normais, assim como sorologias para hepatites negativas.

Realizou-se a pesquisa por imagem com: ultrassonografia que mostra lesão hepática sólida de 6 cm no segmento VI; A tomografia computadorizada trifásica evidenciando lesão hipervascular bem delimitada e a ressonância magnética mostra captação arterial intensa, sem cicatriz central evidente, em paciente usuária crônica de estrogênios.

Considerando os principais tumores benignos hepáticos e seus respectivos métodos diagnósticos e tratamentos, a melhor interpretação do caso e a conduta mais apropriada são

- (A) suspeitar de hemangioma hepático; realizar biópsia percutânea obrigatória para confirmação diagnóstica e indicar hepatectomia direita.
- (B) suspeitar de hiperplasia nodular focal; solicitar PET-CT e indicar transplante hepático eletivo devido ao risco elevado de malignização.
- (C) suspeitar de carcinoma hepatocelular; solicitar CPRE e indicar quimioembolização hepática.
- (D) suspeitar de cistoadenoma biliar; solicitar colonoscopia e indicar observação clínica sem seguimento.
- (E) suspeitar de adenoma hepatocelular; suspender o uso de anticoncepcionais e indicar ressecção hepática eletiva devido ao tamanho superior a 5 cm e ao risco de hemorragia e transformação maligna.

11

Homem de 68 anos procura atendimento por icterícia progressiva há três meses. Relata colúria intensa, hipocolia fecal, prurido generalizado incapacitante e perda ponderal de 12 kg. Nega episódios prévios de colelitíase ou pancreatite. Refere fadiga importante, porém pouca dor abdominal.

Ao exame físico: Estado geral regular; Icterícia cutaneomucosa (+++/4+); Escoriações cutâneas difusas pelo prurido; Frequência cardíaca: 86 bpm; Pressão arterial: 128/78 mmHg; Abdome flácido e indolor; Ausência de massa palpável; Vesícula biliar não palpável.

Exames laboratoriais: Bilirrubina total: 18,4 mg/dL; Bilirrubina direta: 15,7 mg/dL; Fosfatase alcalina de 1.120 U/L; Gama-GT: 1.380 U/L; CA 19-9 elevado; Alfa-fetoproteína normal.

Uma ultrassonografia evidencia dilatação importante das vias biliares intra-hepáticas, sem dilatação significativa do colédoco distal.

A melhor sequência de propedêutica diagnóstica, para classificação anatômica e tratamento potencialmente curativo, será:

- (A) suspeitar de adenocarcinoma de cabeça pancreática; solicitar ecoendoscopia com punção aspirativa e indicar duodenopancreatectomia cefálica (Whipple).
- (B) suspeitar de coledocolitíase; solicitar CPRE diagnóstica imediata e indicar esfínterotomia endoscópica.
- (C) suspeitar de hepatocarcinoma; solicitar dosagem seriada de alfa-fetoproteína e indicar quimioembolização transarterial.
- (D) suspeitar de metástase hepática oculta; solicitar PET-CT isoladamente e indicar quimioterapia sistêmica sem estadiamento complementar.
- (E) suspeitar de colangiocarcinoma hilar; realizar colangiorressonância e tomografia trifásica, indicando ressecção hepática associada à ressecção da via biliar extra-hepática e reconstrução biliodigestiva quando a doença for ressecável.

12

Na sua enfermaria está um homem de 47 anos, trabalhador rural, residente em região de criação de ovinos e cães. Ele procura atendimento por desconforto progressivo em hipocôndrio direito há aproximadamente 8 meses. Refere sensação de peso abdominal, plenitude pós-prandial e fadiga inespecífica. Nega febre, icterícia ou perda ponderal importante.

Relata contato frequente com cães de pastoreio e participação habitual em atividades pecuárias. Nega hepatopatias prévias.

Ao exame físico: Estado geral preservado; Afebril; Pressão arterial: 126/78 mmHg; Frequência cardíaca: 76 bpm; Abdome flácido; Fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito; Discreta dor à palpação profunda do hipocôndrio direito; Ausência de sinais de irritação peritoneal.

Exames laboratoriais: Hemoglobina: 13,8 g/dL; Leucócitos: 8.200/mm³; Eosinofilia discreta; Bilirrubinas normais; Transaminases normais.

Uma ultrassonografia evidencia lesão cística hepática de 11 cm localizada nos segmentos V e VI, contendo múltiplas vesículas internas e membranas destacadas. Não há dilatação das vias biliares.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, a melhor sequência de propedêutica diagnóstica e tratamento, será

- (A) suspeitar de cisto hidático hepático por *Echinococcus granulosus*; complementar a investigação com tomografia computadorizada e sorologia específica, iniciar albendazol e indicar tratamento intervencionista ou cirúrgico conforme classificação do cisto, tamanho e localização.
- (B) suspeitar de hemangioma hepático gigante; complementar a investigação com colonoscopia e alfa-fetoproteína sérica, iniciar anticoagulação profilática e indicar hepatectomia ampliada independentemente dos sintomas.
- (C) suspeitar de abscesso hepático piogênico; complementar a investigação com hemoculturas seriadas e colangiorressonância, iniciar antibioticoterapia prolongada isolada e contraindicar qualquer procedimento invasivo.
- (D) suspeitar de adenoma hepatocelular; complementar a investigação com biópsia percutânea obrigatória, suspender anticoncepcionais e indicar transplante hepático eletivo.
- (E) suspeitar de cistoadenoma biliar; complementar a investigação com CPRE diagnóstica, drenagem percutânea rotineira e observação clínica por imagem sem necessidade de tratamento definitivo.

13

Homem de 65 anos apresenta icterícia progressiva, colúria, hipocolia fecal e perda ponderal de 10 kg nos últimos três meses. A tomografia computadorizada trifásica demonstra adenocarcinoma da cabeça do pâncreas sem invasão vascular significativa e sem metástases à distância. Após discussão multidisciplinar, o paciente é considerado candidato à duodenopancreatectomia cefálica com intenção curativa.

Durante a cirurgia, um residente é questionado pelo cirurgião-chefe sobre a sequência técnica fundamental da operação de Whipple clássica, segundo os princípios descritos nos tratados médicos.

Os principais tempos operatórios da duodenopancreatectomia cefálica são

- (A) colecistectomia, hepatectomia esquerda, ressecção gástrica subtotal, anastomose colônica e jejunostomia alimentar, independentemente da extensão tumoral e da avaliação vascular intraoperatória.
- (B) exploração da cavidade e avaliação da ressecabilidade, manobra de Kocher com dissecação vascular, secção do colo pancreático e ressecção em bloco da peça cirúrgica, seguida de reconstrução por pancreatoanastomose, hepaticojejunostomia e gastrojejunostomia ou duodenojejunostomia.
- (C) ligadura inicial da artéria mesentérica superior, ressecção isolada do colédoco distal, reconstrução gástrica imediata e pancreatectomia complementar apenas se houver comprometimento ductal intraoperatório.
- (D) ressecção da cabeça pancreática preservando o duodeno, sem avaliação da veia porta, seguida de colecistectomia simples e drenagem externa definitiva da via biliar principal.
- (E) pancreatectomia corporal e caudal, esplenectomia sistemática, linfadenectomia para-aórtica ampliada e reconstrução por colostomia terminal como etapa obrigatória do procedimento.

14

Seu paciente é um homem de 54 anos, que procurou atendimento devido a episódios recorrentes de dor abdominal vaga na região periumbilical há aproximadamente 10 meses, associados a anemia ferropriva progressiva e dois episódios de melena de pequeno volume nos últimos quatro meses. Refere discreta perda ponderal de 4 kg no período, atribuída à redução do apetite. Nega febre, sudorese noturna ou antecedentes familiares de neoplasias gastrointestinais.

Quando do exame físico observou-se: Estado geral preservado; Pressão arterial: 122/78 mmHg; Frequência cardíaca: 84 bpm; Abdome flácido e indolor; Sem massas palpáveis; Sem visceromegalias; Toque retal sem alterações.

Os exames laboratoriais mostram: Hemoglobina: 9,8 g/dL; Ferritina reduzida; Leucograma normal; Função hepática normal.

Uma endoscopia digestiva alta e a colonoscopia não identificam a origem do sangramento. É realizada enterografia por tomografia computadorizada, que demonstra lesão submucosa bem delimitada de 3,8 cm no jejuno proximal, sem adenomegalias regionais, invasão mesentérica ou metástases. Realizou-se uma enteroscopia que evidencia lesão subepitelial ulcerada, e a ecoendoscopia demonstra tumor originado da camada muscular própria.

Considerando os princípios descritos, a melhor sequência de hipótese diagnóstica, propedêutica complementar e tratamento, será:

- (A) suspeitar de adenocarcinoma do intestino delgado; complementar a investigação com PET-CT e pesquisa de metástases hepáticas, indicando hemicolectomia ampliada com linfadenectomia regional obrigatória.
- (B) suspeitar de tumor neuroendócrino jejunal; complementar a investigação com dosagem de cromogranina A e PET com gálio, indicando ressecção intestinal ampliada associada à linfadenectomia mesentérica extensa.
- (C) suspeitar de linfoma intestinal primário; complementar a investigação com mielograma e imunofenotipagem sistêmica, indicando quimioterapia exclusiva antes de qualquer abordagem cirúrgica.
- (D) suspeitar de tumor estromal gastrointestinal (GIST); complementar a investigação com mutações KIT e PDGFRA, indicando imatinibe neoadjuvante obrigatório independentemente do tamanho e da ressecabilidade.
- (E) suspeitar de schwannoma benigno; complementar a avaliação com estudo anatomopatológico e imunohistoquímico da peça cirúrgica, demonstrando positividade para proteína S-100 e ausência de marcadores típicos de GIST, indicando ressecção segmentar intestinal com margens livres como tratamento definitivo.

15

Você é chamado ao Serviço de Obstetrícia para responder a um parecer de uma paciente de 31 anos, gestante de 26 semanas, com história de dor contínua em hipocôndrio direito há 24 horas, iniciada após refeição rica em gordura. Relata náuseas, vômitos e febre nas últimas 12 horas. Refere episódios semelhantes de menor intensidade durante os primeiros meses da gestação, com melhora espontânea.

Nega contrações uterinas, sangramento vaginal ou perda de líquido amniótico.

Ao exame físico: Temperatura: 38,2°C; Frequência cardíaca: 104 bpm; Pressão arterial: 116/70 mmHg; Útero compatível com a idade gestacional; Dor importante à palpação do hipocôndrio direito; Interrupção inspiratória dolorosa à palpação profunda subcostal direita; Sem sinais de irritação peritoneal; Ausência de sofrimento fetal na avaliação obstétrica inicial.

Exames laboratoriais: Leucócitos: 15.200/mm³; PCR elevada; Bilirrubina total: 1,0 mg/dL; Fosfatase alcalina discretamente elevada; Lipase normal.

Considerando os princípios e as diretrizes atuais para doenças biliares durante a gestação, a melhor sequência de propedêutica e tratamento para esta paciente é

- (A) suspeitar de colecistite aguda calculosa na gestação; realizar ultrassonografia abdominal como exame inicial, complementar com ressonância magnética ou colangiorressonância quando necessário, iniciar suporte clínico e antibioticoterapia, indicando colecistectomia videolaparoscópica durante a mesma internação após estabilização materno-fetal.
- (B) suspeitar de cólica biliar simples relacionada à gestação; realizar apenas monitorização obstétrica seriada, evitar exames de imagem durante a gravidez e programar colecistectomia eletiva obrigatoriamente após o parto.
- (C) suspeitar de pancreatite aguda biliar; solicitar tomografia computadorizada contrastada como exame inicial e indicar tratamento conservador prolongado independentemente dos achados ultrassonográficos da vesícula.
- (D) suspeitar de trabalho de parto prematuro; solicitar cardiotocografia e ultrassonografia obstétrica seriadas, evitando abordagem cirúrgica abdominal até o término da gestação, mesmo diante de sinais infecciosos persistentes.
- (E) suspeitar de colangite aguda; solicitar CPRE terapêutica imediata, como primeiro procedimento, independentemente da presença de icterícia, dilatação biliar ou evidências de obstrução do colédoco.

16

Seu paciente é um homem de 23 anos, que procurou atendimento especializado por episódios recorrentes de sangramento retal de pequeno volume há aproximadamente um ano. Refere alteração do hábito intestinal, com períodos alternados de diarreia e evacuações normais. Nega dor abdominal intensa, mas relata fadiga progressiva. Informa que seu pai faleceu aos 38 anos por câncer colorretal e que um tio paterno foi submetido a cirurgia intestinal extensa ainda jovem.

Ao exame físico: Estado geral bom; Frequência cardíaca: 88 bpm; Pressão arterial: 118/72 mmHg; Abdome flácido e indolor; Sem massas palpáveis; Toque retal sem lesões palpáveis; Sem sinais de irritação peritoneal.

Exames laboratoriais: Hemoglobina: 10,8 g/dL; Ferritina reduzida; Função hepática normal; CEA normal.

Uma colonoscopia mostra mais de 400 pólipos adenomatosos distribuídos por todo o cólon e reto. A endoscopia digestiva alta evidencia múltiplos adenomas duodenais pequenos. A tomografia de abdome não demonstra metástases ou lesões invasivas.

Considerando os conhecimentos atuais, a melhor interpretação diagnóstica, propedêutica complementar e de tratamento para o caso, é

- (A) suspeitar de síndrome de Peutz-Jeghers; complementar a investigação com cápsula endoscópica e indicar apenas seguimento clínico periódico, pois o risco de câncer colorretal é semelhante ao da população geral.
- (B) suspeitar de síndrome de Lynch; complementar a investigação com pesquisa de instabilidade de microssatélites e indicar hemicolectomia direita profilática, independentemente da distribuição dos pólipos encontrados.
- (C) suspeitar de polipose adenomatosa familiar clássica; complementar a investigação com teste genético para mutação do gene APC e rastreamento das manifestações extracolônicas, indicando colectomia total com anastomose ileorretal ou proctocolectomia restauradora conforme o acometimento retal e o risco oncológico.
- (D) suspeitar de polipose juvenil; complementar a investigação com dosagem seriada de CEA e PET-CT, indicando tratamento endoscópico isolado e observação clínica prolongada mesmo diante da extensa carga adenomatosa.
- (E) suspeitar de doença inflamatória intestinal associada a pseudopólipos; complementar a investigação com enterorressonância e indicar imunossupressão biológica como tratamento definitivo da condição hereditária subjacente.

17

Na sessão clínica do seu Serviço de Cirurgia, discutiu-se o caso de um paciente de 67 anos, que procurou atendimento por alteração progressiva do hábito intestinal há oito meses. Ele relata episódios alternados de constipação e evacuações em pequeno volume, associadas a sensação de evacuação incompleta. Nos últimos três meses observou exteriorização de sangue misturado às fezes e perda ponderal de 9 kg. Refere ainda distensão abdominal intermitente e cólicas em flanco esquerdo.

Ao exame físico: Estado geral regular; IMC: 22 kg/m²; Frequência cardíaca: 94 bpm; Pressão arterial: 118/70 mmHg; Abdome discretamente distendido; Dor leve à palpação profunda do quadrante inferior esquerdo; Sem sinais de irritação peritoneal; Toque retal sem lesão palpável.

Exames laboratoriais: Hemoglobina: 9,9 g/dL; Ferritina reduzida; CEA: 12 ng/mL.

Uma colonoscopia identifica lesão estenosante e ulcerada localizada no cólon descendente distal, cuja biópsia demonstra adenocarcinoma moderadamente diferenciado. A tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve não evidencia metástases à distância nem invasão de órgãos adjacentes.

Considerando os princípios atuais da prática cirúrgica, a melhor interpretação diagnóstica, propedêutica e tratamento para o caso, será:

- (A) Suspeitar de adenocarcinoma avançado irresssecável do cólon esquerdo; complementar a investigação com PET-CT obrigatório e indicar quimioterapia neoadjuvante exclusiva antes de qualquer abordagem cirúrgica.
- (B) Suspeitar de doença diverticular complicada; complementar a investigação com enema opaco e colonoscopia seriada, indicando igmoidectomia apenas após seis meses de observação clínica.
- (C) Suspeitar de tumor neuroendócrino colorretal; complementar a investigação com cromogranina A e PET com gálio, indicando ressecção segmentar limitada sem linfadenectomia oncológica.
- (D) Suspeitar de adenocarcinoma do cólon esquerdo localizado; completar o estadiamento com avaliação tomográfica e CEA pré-operatório, indicando colectomia oncológica esquerda com ligadura vascular adequada e linfadenectomia regional, seguida de definição terapêutica baseada no estadiamento anatomopatológico.
- (E) Suspeitar de síndrome de Lynch; complementar a investigação apenas com testes genéticos germinativos e indicar colectomia total profilática independentemente do estadiamento tumoral e dos achados familiares.

18

Homem de 38 anos procura atendimento no ambulatório de cirurgia devido a dor anal intensa há quatro semanas. Refere início após evacuação de fezes endurecidas, seguida de sangramento vivo em pequena quantidade no papel higiênico. Desde então passou a evitar evacuar devido à dor, evoluindo com piora da constipação.

Relata que a dor inicia durante a evacuação e persiste por várias horas após o ato evacuatório. Nega febre, perda ponderal ou drenagem purulenta.

Ao exame físico: Estado geral preservado; Sinais vitais normais; Inspeção anal evidenciando plicoma sentinela posterior; Espasmo importante do esfíncter anal interno; Dor intensa à tentativa de afastamento das nádegas; Toque retal prejudicado pela dor; Anuscopia não tolerada adequadamente.

A melhor interpretação diagnóstica, propedêutica e tratamento para o caso, será:

- (A) suspeitar de fissura anal crônica; realizar diagnóstico predominantemente clínico por inspeção da região anal, reservando exames complementares para situações atípicas, iniciando medidas conservadoras e considerando esfínterectomia lateral interna nos casos refratários ao tratamento clínico.
- (B) suspeitar de abscesso interesfínteriano; complementar a investigação com ressonância magnética pélvica de rotina em todos os casos, indicando drenagem ampla associada a fistulotomia imediata independentemente da anatomia esfínteriana.
- (C) suspeitar de hemorroida interna grau IV; complementar a investigação com colonoscopia urgente e indicar hemorroidectomia convencional como primeira opção terapêutica mesmo sem evidência de prolapso hemorroidário
- (D) suspeitar de doença de Crohn perianal; complementar a investigação com enterorressonância e colonoscopia, indicando terapia biológica como tratamento inicial exclusivo, independentemente da presença de lesões anais típicas.
- (E) suspeitar de carcinoma epidermoide do canal anal; complementar a investigação com biópsia incisional e PET-CT, indicando radioquimioterapia definitiva mesmo sem lesão tumoral visível ou linfonodomegalias associadas.

19

Você atende a uma paciente de 74 anos, que procurou o serviço de emergência com história de dor progressiva na região femoral direita há três dias. Refere náuseas, redução da eliminação de fezes e gases, mas nega interrupção completa do trânsito intestinal. Relata episódios de vômitos esporádicos e desconforto abdominal difuso.

Possui antecedente de perda ponderal recente e hipertensão arterial controlada.

Ao exame físico: Estado geral discretamente comprometido; Temperatura: 37,8°C; Frequência cardíaca: 104 bpm; Pressão arterial: 108/68 mmHg; Abdome discretamente distendido; Ruídos hidroaéreos diminuídos; Dor difusa leve à palpação; Ausência de sinais de irritação peritoneal; Pequena tumoração dolorosa, endurecida e irreductível abaixo do ligamento inguinal direito; Pele sem hiperemia significativa.

Exames laboratoriais: Leucócitos: 14.800/mm³; PCR elevada; Lactato discretamente aumentado.

A tomografia computadorizada demonstra hérnia femoral encarcerada contendo apenas parte da circunferência antimesentérica de uma alça ileal, com espessamento parietal, edema mural e dilatação discreta das alças proximais.

Considerando os princípios descritos na literatura atualizada, a melhor interpretação diagnóstica, propedêutica e tratamento para o caso, será

- (A) suspeitar de hérnia inguinal indireta encarcerada; complementar a investigação com ultrassonografia dinâmica da região inguinal e indicar tratamento conservador inicial devido à manutenção parcial do trânsito intestinal.
- (B) suspeitar de obstrução intestinal por aderências; complementar a investigação com trânsito intestinal contrastado e observação hospitalar prolongada, reservando cirurgia apenas para sinais inequívocos de peritonite difusa.
- (C) suspeitar de hérnia de Richter encarcerada em canal femoral; reconhecer que apenas parte da circunferência intestinal encontra-se aprisionada, podendo ocorrer isquemia sem obstrução completa, e indicar intervenção cirúrgica urgente com avaliação da viabilidade intestinal e correção definitiva do defeito herniário.
- (D) suspeitar de hérnia de Amyand complicada; complementar a investigação com colonoscopia e tomografia contrastada seriada, indicando antibioticoterapia isolada enquanto se aguarda definição diagnóstica completa.
- (E) suspeitar de hérnia obturatória redutível; complementar a investigação com eletroneuromiografia do nervo obturatório e indicar tratamento ambulatorial, pois a ausência de obstrução intestinal total exclui sofrimento vascular da alça.

20

Sua equipe médica presta atendimento a um homem de 29 anos, que é admitido no serviço de emergência após colisão frontal entre dois automóveis em alta velocidade. O resgate informa deformidade importante do veículo e necessidade de desencarceramento. Quando da admissão, encontra-se consciente, ansioso e pálido, referindo dor abdominal difusa e intensa.

Ao exame físico apresenta: Frequência cardíaca: 118 bpm; Pressão arterial: 102/68 mmHg; Frequência respiratória: 28 irpm; Saturação de O₂: 96% com máscara facial; Tempo de enchimento capilar: 3 segundos; Extremidades frias; Escore de Glasgow: 15; Abdome distendido, com equimose em faixa compatível com sinal do cinto de segurança, dor difusa à palpação, defesa involuntária e dor à descompressão brusca; Pelve estável; Sem sinais de traumatismo craniano grave.

Após acesso venoso calibroso e início da reposição com concentrado de hemácias, o protocolo ATLS é seguido. O exame FAST mostra grande quantidade de líquido livre nos quatro quadrantes. Em seguida, realiza-se tomografia computadorizada contrastada porque o paciente apresenta resposta hemodinâmica transitória à reposição volêmica, demonstrando: Laceração hepática grau IV com extravasamento ativo de contraste; Laceração esplênica grau V com grande hematoma periesplênico; Contusão renal esquerda grau III sem extravasamento urinário; Grande quantidade de hemoperitônio; Ausência de pneumoperitônio.

Durante a realização do exame, o paciente mantém taquicardia persistente e necessita de transfusão contínua.

Com base no quadro clínico e nos achados de imagem, assinale a opção que apresenta a melhor interpretação diagnóstica e a conduta definitiva mais adequada.

- (A) O quadro é compatível com trauma abdominal fechado grave em paciente hemodinamicamente compensado. Deve-se indicar tratamento não operatório com observação em UTI e eventual embolização seletiva apenas se houver queda tardia da hemoglobina.
- (B) O FAST positivo confirma apenas hemoperitônio, não sendo suficiente para indicar cirurgia. A melhor conduta consiste em repetir a tomografia após estabilização completa antes de qualquer intervenção operatória.
- (C) O diagnóstico é de lesões múltiplas de vísceras maciças em paciente com resposta transitória à reposição volêmica, devendo-se indicar laparotomia exploradora imediata com controle da hemorragia, priorizando princípios de cirurgia de controle de danos quando necessário.
- (D) A presença de lesão renal grau III contraindica laparotomia, sendo indicada arteriografia com embolização simultânea do fígado e do baço como tratamento inicial.
- (E) O tratamento inicial deve ser laparoscopia diagnóstica para confirmação das lesões, reservando laparotomia apenas se houver piora clínica durante o procedimento.

21

Paciente de 60 anos é submetido a uma hepatectomia direita por colangiocarcinoma hilar (tumor de Klatskin). Durante o procedimento, o cirurgião necessita expor a bifurcação dos ductos hepáticos direito e esquerdo para realizar a ressecção biliar proximal. Para isso, realiza uma incisão na base do segmento IV, elevando o fígado das estruturas biliares sobrejacentes – técnica conhecida como "rebaixamento da placa hilar".

Com base na anatomia descrita, o fundamento anatômico que torna essa técnica segura e viável nessa região específica se deve ao fato de que

- (A) a placa hilar é ricamente vascularizada, permitindo hemostasia natural durante a dissecação.
- (B) a placa hilar corresponde a uma extensão do peritônio visceral, facilitando o descolamento.
- (C) geralmente não há estruturas vasculares recobrimdo os ductos biliares nesse local, pois a placa hilar é uma extensão da cápsula de Glisson.
- (D) o ducto cístico se insere diretamente na placa hilar, servindo como referência vascular.
- (E) a placa hilar contém os ramos terminais da artéria hepática esquerda, que devem ser ligados antes da exposição.

22

Paciente de 52 anos, sexo feminino, é atendida no pronto-socorro com dor em cólica no hipocôndrio direito há 2 dias, associada a colúria, icterícia escleral e leve acolia fecal. Nega febre. Ao exame laboratorial, apresenta elevação de bilirrubinas e fosfatase alcalina. A ultrassonografia abdominal evidencia colelitíase e dilatação do colédoco (10 mm), sem sinais de complicação adicional.

Diante desse quadro clínico e ultrassonográfico, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) colecistite aguda alitiásica.
- (B) coledocolitíase.
- (C) pancreatite biliar leve.
- (D) síndrome de Mirizzi.
- (E) colangite aguda supurativa.

23

Um paciente de 68 anos, com diagnóstico confirmado de coledocolitíase por colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM), sem sinais de colangite, pancreatite biliar ou comorbidades graves, é encaminhado para tratamento definitivo antes da colecistectomia programada.

A conduta terapêutica de primeira linha mais adequada nesse cenário é a

- (A) colangiografia trans-hepática isolada.
- (B) colecistectomia videolaparoscópica imediata, sem tratamento prévio do colédoco.
- (C) CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) com esfínterotomia e extração dos cálculos.
- (D) antibioticoterapia isolada, com reavaliação em 30 dias.
- (E) observação clínica, já que a maioria dos cálculos do colédoco se resolve espontaneamente sem intervenção.

24

Durante uma colecistectomia videolaparoscópica eletiva por colelitíase sintomática, para que a **visão crítica de segurança** seja considerada adequadamente obtida, o seguinte critério deve ser satisfeito:

- (A) identificação de três estruturas tubulares distintas entrando na vesícula biliar, incluindo o ducto hepático comum.
- (B) visualização do ducto colédoco em toda sua extensão antes da ligadura do ducto cístico.
- (C) realização obrigatória de colangiografia intraoperatória para confirmar a anatomia antes da secção de qualquer estrutura.
- (D) Visão de apenas duas estruturas (ducto cístico e artéria cística) entrando na vesícula biliar, com o leito hepático visível através dos espaços ao redor de ambas as estruturas, após a limpeza completa do trígono hepatocístico.
- (E) dissecação ampla do hilo hepático com exposição da confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo.

25

Paciente de 40 anos procura atendimento ambulatorial relatando episódios frequentes de sensação de queimação retroesternal/epigástrica, sem irradiação para o dorso, que pioram após refeições copiosas e ao deitar-se. Relata também, ocasionalmente, sentir um gosto ácido na boca ao se curvar para frente.

Os dois sintomas típicos mais prevalentes da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), descritos nesse caso, são:

- (A) disfagia e odinofagia.
- (B) pirose e regurgitação.
- (C) rouquidão e tosse crônica.
- (D) dor torácica tipo anginosa e dispneia.
- (E) globus faríngeo e sialorreia.

26

Paciente de 55 anos, com sintomas típicos de DRGE refratários ao uso de inibidor de bomba de prótons (IBP) por 8 semanas, é encaminhado para avaliação pré-operatória de cirurgia antirrefluxo. O cirurgião solicita um exame para quantificar objetivamente a exposição ácida do esôfago distal antes de indicar a funduplicatura.

Assinale a opção que indica o exame considerado "padrão-ouro" para o diagnóstico objetivo de DRGE e o valor do escore utilizado que define exposição ácida anormal.

- (A) Endoscopia digestiva alta; classificação de Los Angeles grau C ou D.
- (B) Esofagografia baritada; presença de hérnia hiatal maior que 3 cm.
- (C) pHmetria ambulatorial de 24 horas; escore de DeMeester $\geq 14,7$.
- (D) Manometria esofágica de alta resolução; pressão do EEI abaixo de 10 mmHg.
- (E) Impedanciometria isolada; mais de 50 episódios de refluxo não ácido.

27

Paciente de 62 anos com DRGE confirmada por pHmetria é avaliado para cirurgia antirrefluxo laparoscópica. A manometria esofágica de alta resolução pré-operatória revela peristalse ineficaz do corpo esofágico, com múltiplas ondas de baixa amplitude e falhas de progressão peristáltica em 80% das deglutições, sem critérios para acalasia.

Diante desse achado manométrico, a conduta cirúrgica mais apropriada em relação ao tipo de funduplicatura a ser realizada é

- (A) realizar funduplicatura total de 360 graus (Nissen), pois é o padrão-ouro independentemente da motilidade esofágica.
- (B) considerar uma funduplicatura parcial, para reduzir o risco de disfagia pós-operatória associada à dismotilidade esofágica.
- (C) contraindicar qualquer cirurgia antirrefluxo e manter tratamento clínico indefinidamente com IBP em dose dobrada.
- (D) indicar miotomia de Heller associada à funduplicatura, como na acalasia.
- (E) repetir a manometria em 6 meses antes de qualquer decisão terapêutica, sem necessidade de correlacionar com a pHmetria.

28

Durante endoscopia de vigilância de esôfago de Barrett, é identificada uma lesão nodular de 1,2 cm. A ressecção endoscópica de mucosa (EMR) é realizada, e o exame histopatológico revela adenocarcinoma limitado à lâmina própria (T1a), bem diferenciado, sem invasão linfovascular.

Com base nesses achados histopatológicos, a conduta terapêutica mais apropriada é

- (A) EMR (associada ou não à ablação), considerada terapia definitiva adequada dado o baixo risco de metástase linfonodal.
- (B) quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de nova ressecção endoscópica.
- (C) esofagectomia vagal-poupadora obrigatória, mesmo em lesões de baixo risco.
- (D) vigilância endoscópica isolada, sem necessidade de qualquer tratamento adicional.
- (E) esofagectomia radical com linfadenectomia estendida, independentemente do risco de acometimento linfonodal.

29

Paciente de 58 anos com adenocarcinoma de esôfago distal é estadiado como T3N1M0 (estádio III) após EUS, PET/CT e biópsia. Não há evidência de doença metastática a distância. O tumor é considerado localmente avançado, porém potencialmente ressecável.

A estratégia terapêutica de escolha para esse paciente é

- (A) esofagectomia seguida de vigilância.
- (B) radioterapia exclusiva como tratamento definitivo, sem cirurgia.
- (C) quimioterapia paliativa isolada, pois o estágio III é considerado irresssecável.
- (D) EMR com ablação complementar do leito tumoral.
- (E) quimioterapia perioperatória associada a esofagectomia.

30

Paciente do sexo masculino, 68 anos, hipertenso e diabético compensado, é avaliado em consulta de rotina. Ao exame físico, é identificada uma hérnia inguinal indireta redutível, sem dor, sem sinais de encarceramento, que não interfere em suas atividades diárias. O paciente pergunta se é necessário operar imediatamente.

A conduta mais apropriada é

- (A) a cirurgia de urgência, pois o risco de encarceramento em 2 anos ultrapassa 20%.
- (B) a observação clínica é uma estratégia segura, com baixo risco de encarceramento, sendo o reparo indicado se surgirem sintomas.
- (C) o uso obrigatório de funda como alternativa definitiva à cirurgia, evitando complicações.
- (D) a herniorrafia aberta com técnica tecidual (sem tela), já que o paciente é idoso e de alto risco cirúrgico.
- (E) o encaminhamento para hernioplastia laparoscópica de urgência devido ao alto risco de estrangulamento em pacientes diabéticos.

31

Durante uma herniorrafia inguinal aberta, o cirurgião identifica os limites do assoalho do canal inguinal para diferenciar uma hérnia direta de uma indireta antes de iniciar a dissecação do saco herniário.

Assinale a opção que indica as estruturas que delimitam o triângulo de Hesselbach e a relação anatômica das hérnias diretas com essa região.

- (A) Ligamento inguinal, ligamento lacunar e veia femoral / hérnias diretas ocorrem lateralmente a essas estruturas.
- (B) Músculo oblíquo externo, músculo oblíquo interno e músculo transverso do abdome / hérnias diretas se originam entre essas três camadas musculares.
- (C) Trato iliopúbico, ligamento de Cooper e anel inguinal profundo / hérnias diretas ocorrem lateralmente ao anel inguinal profundo.
- (D) Vasos epigástricos inferiores (limite superolateral), bainha do reto (limite medial) e ligamento inguinal/pectíneo (limite inferior) / hérnias diretas ocorrem dentro do triângulo.
- (E) Nervo ilioinguinal, nervo iliohipogástrico e ramo genital do nervo genitofemoral / hérnias diretas comprimem esses nervos.

32

Paciente de 59 anos, obesa (IMC 38 kg/m²), diabética e tabagista, com hérnia incisional mediana de 12 cm de diâmetro, é avaliada para reconstrução eletiva da parede abdominal. Não há evidência de contaminação ativa nem infecção de sítio cirúrgico.

Diante da complexidade do planejamento cirúrgico dessa hérnia, o conjunto de variáveis utilizado para estratificar o risco de ocorrência no sítio cirúrgico (SSO) e de recidiva é

- (A) a idade do paciente e o tempo decorrido desde a cirurgia índice.
- (B) o tipo de tela protética disponível no serviço e o tempo decorrido desde a cirurgia índice.
- (C) a largura do defeito herniário e a presença de contaminação, as comorbidades do paciente e a classificação da ferida.
- (D) a localização do defeito na linha média e a idade do paciente.
- (E) o número de cirurgias abdominais prévias realizadas no paciente e o tipo de tela protética disponível no serviço.

33

Paciente de 61 anos apresenta hérnia inguinoescrotal volumosa e crônica, com grande saco herniário contendo praticamente todo o intestino delgado e parte do cólon, associada a um defeito de parede relativamente pequeno. Ao avaliar o caso, o cirurgião conclui que o conteúdo herniário não pode ser reduzido diretamente para a cavidade abdominal sem risco de síndrome compartimental abdominal e insuficiência respiratória aguda no pós-operatório.

Diante desse cenário, a técnica pré-operatória que tem sido historicamente utilizada para permitir o progressivo alongamento da parede abdominal e viabilizar o fechamento primário é

- (A) a antibioticoterapia profilática prolongada isolada, sem necessidade de preparo mecânico da parede.
- (B) o pneumoperitônio progressivo, com insuflações repetidas de ar na cavidade peritoneal ao longo de 1 a 3 semanas, promovendo relaxamento da musculatura da parede abdominal.
- (C) a fisioterapia pré-operatória para acomodar o volume herniado no pós-operatório.
- (D) a curarização para redução do conteúdo herniário antes da cirurgia.
- (E) o uso isolado de faixa abdominal elástica por 6 meses antes da correção definitiva.

34

Paciente de 62 anos, com múltiplas cirurgias abdominais prévias, é internado com obstrução parcial de intestino delgado por brida. É iniciado tratamento conservador com sonda nasogástrica em sifonagem e reposição hidroeletrólítica. Após 48 horas sem resolução clínica ou radiológica, o cirurgião decide realizar um teste provocativo com contraste hidrossolúvel administrado pela sonda nasogástrica.

Com base no protocolo descrito, o seguinte critério indica que o tratamento conservador provavelmente falhará, tornando a intervenção cirúrgica necessária:

- (A) presença de contraste no intestino delgado proximal já na primeira hora após a administração.
- (B) ausência de progressão do contraste até o cólon em radiografia de controle realizada 24 horas após a administração de 100 mL de contraste.
- (C) eliminação do contraste em menos de 4 horas pelo reto.
- (D) visualização do contraste apenas no estômago após 8 horas, sem necessidade de nova radiografia.
- (E) ausência de refluxo do contraste para o estômago nas primeiras 2 horas.

35

Paciente de 70 anos, com obstrução intestinal por brida, encontra-se em tratamento conservador (sonda nasogástrica em sifonagem e reposição volêmica) há 36 horas. Evolui com taquicardia persistente, distensão abdominal progressiva, dor contínua e leucocitose crescente.

Diante desse quadro evolutivo, a conduta mais apropriada é

- (A) manter tratamento conservador por mais 48 horas, já que a taquicardia isolada não indica estrangulamento.
- (B) repetir apenas exames laboratoriais seriados.
- (C) indicar exploração cirúrgica, devido a deterioração clínica.
- (D) aguardar resultado de novo desafio com contraste hidrossolúvel antes de qualquer decisão, independentemente da deterioração clínica.
- (E) iniciar antibioticoterapia isolada, sem necessidade de reavaliação cirúrgica.

36

Paciente de 61 anos é submetido a cirurgia por úlcera gástrica perfurada. No intraoperatório, identifica-se uma úlcera localizada na região pré-pilórica do estômago.

Com base na classificação anatômica de Johnson modificada para úlceras gástricas, assinale a opção que indica o tipo de úlcera gástrica que está sendo descrito, e a implicação cirúrgica correspondente quanto à necessidade de vagotomia.

- (A) Tipo I; não requer vagotomia por não estar associada à hipersecreção ácida.
- (B) Tipo II; não requer procedimento redutor de ácido.
- (C) Tipo III; requer vagotomia associada à antrectomia, devido à hipersecreção ácida associada.
- (D) Tipo IV; requer vagotomia obrigatória.
- (E) Tipo V; requer gastrectomia total independentemente da localização.

37

Paciente de 64 anos é avaliado por perda ponderal progressiva, saciedade precoce e dor epigástrica constante, não aliviada pela alimentação, há 3 meses. Ao exame físico, o cirurgião palpa um linfonodo supraclavicular esquerdo endurecido e não doloroso, além de um nódulo periumbilical firme à palpação.

Esses dois achados de exame físico, clássicos de doença avançada no câncer gástrico, correspondem, respectivamente, aos linfonodos

- (A) de Delphian e sentinela axilar.
- (B) de Bartholin e inguinal profundo.
- (C) de Irish e de Troisier.
- (D) de Cloquet e obturador.
- (E) de Virchow e de Sister Mary Joseph.

38

Paciente de 65 anos é submetido a gastrectomia subtotal com linfadenectomia por adenocarcinoma gástrico localmente avançado (T3N1). A peça cirúrgica é enviada para análise histopatológica, que confirma ausência de tumor residual macro ou microscópico nas margens cirúrgicas.

De acordo com a classificação de status de ressecção (R) descrita por Hermanek, esse resultado corresponde à seguinte categoria e implicação prognóstica:

- (A) R2 — doença residual grosseira; associado a pior prognóstico.
- (B) R1 — margem microscópica positiva; sobrevida em longo prazo improvável.
- (C) R0 — ressecção com margem microscopicamente negativa, sem doença residual macro ou microscópica; cenário em que se pode esperar sobrevida em longo prazo.
- (D) Rx — status de ressecção não pode ser avaliado; requer nova cirurgia.
- (E) R3 — categoria não reconhecida pelo sistema AJCC, indicando erro de classificação.

39

Paciente de 55 anos realiza endoscopia digestiva alta de rotina, que identifica uma lesão submucosa arredondada, de aspecto liso, medindo 1,5 cm, na parede posterior do corpo gástrico, sem ulceração central. A ecoendoscopia (EUS) confirma origem na muscular própria, sem bordas irregulares, sem focos ecogênicos e sem heterogeneidade. A imunohistoquímica mostra que a lesão é positiva para cKit e DOG 1.

Considerando que a lesão é de menos de 2 cm e não apresenta características de alto risco à EUS, a conduta mais apropriada é

- (A) a ressecção cirúrgica imediata, independentemente do tamanho, pois todo GIST deve ser operado ao diagnóstico.
- (B) a biópsia endoscópica convencional para confirmação histológica antes de qualquer decisão terapêutica.
- (C) a observação com endoscopia e EUS seriadas em intervalos de 6 a 12 meses, reservando a ressecção para lesões sintomáticas, maiores que 2 cm, ou com características de alto risco.
- (D) o início imediato de imatinibe (Gleevec) neoadjuvante, independentemente do tamanho tumoral.
- (E) a gastrectomia total, já que GISTs gástricos sempre requerem ressecção anatômica com linfadenectomia.

40

Paciente de 62 anos, com diagnóstico prévio de anemia perniciosa e gastrite atrófica autoimune, é submetido a endoscopia de vigilância que revela múltiplos pequenos pólipos (menores que 1 cm) no fundo gástrico. A biópsia confirma tumor neuroendócrino (NET) gástrico, e os níveis séricos de gastrina estão elevados, com acloridria associada — achados compatíveis com NET gástrico Tipo I.

A conduta terapêutica mais apropriada para esse paciente é

- (A) a quimioterapia sistêmica isolada, independentemente do tamanho e número das lesões.
- (B) a remoção endoscópica das lesões pequenas e pediculadas; antrectomia pode ser considerada para remover a fonte de secreção de gastrina em casos selecionados.
- (C) a gastrectomia total obrigatória em todos os casos de NET Tipo I, independentemente do número de lesões.
- (D) a ressecção oncológica com linfadenectomia extensa, pois o Tipo I tem prognóstico reservado.
- (E) o uso isolado de análogos da somatostatina como tratamento de primeira linha, mesmo em doença localizada.

41

Na sessão clínica do seu serviço de cirurgia, discutiu-se o caso de um paciente de 61 anos, que tem queixa de dor epigástrica há cerca de 7 meses. Relata também anorexia e perda ponderal de 10 quilos, com vários episódios de náuseas e sensação de plenitude pós-prandial. Nestas últimas semanas refere sudorese noturna e cansaço. Não há história de hematemese, mas refere antecedentes de gastrite crônica associada ao *Helicobacter pylori* diagnosticada há vários anos, sem continuidade do tratamento.

Quando do exame físico, está emagrecido, com IMC de 19 kg/m². No momento, está apirético, com mucosas discretamente hipocoradas +/4. Palpam-se pequenos linfonodos cervicais móveis e indolores, medindo cerca de 1 cm. Avaliação cardiopulmonar sem alterações significativas. O abdome está flácido, com discreta sensibilidade à palpação profunda no epigástrio, não tem massas palpáveis. Não há sinais de irritação peritoneal.

Os exames laboratoriais revelam: Hemoglobina: 10,4 g/dL; Leucócitos: 7.800/mm³; Plaquetas: 260.000/mm³; LDH pouco elevado.

Realizou-se uma endoscopia digestiva alta que revela espessamento difuso das pregas gástricas e extensa área infiltrativa envolvendo corpo e antro. Foram realizadas 12 biópsias.

O resultado do exame anatomopatológico descreve: Linfoma extranodal de zona marginal do tecido linfoide associado à mucosa (MALT); Presença de *Helicobacter pylori*; Ausência de transformação para linfoma difuso de grandes células B.

A tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve está dentro da normalidade.

Considerando as recomendações atuais, a conduta inicial mais apropriada para o caso será

- (A) gastrectomia total com linfadenectomia D2 devido ao risco de progressão para adenocarcinoma.
- (B) quimioterapia sistêmica imediata com esquema R-CHOP como tratamento de primeira linha para todos os casos de linfoma MALT gástrico.
- (C) radioterapia abdominal de alta dose sem tratamento da infecção associada.
- (D) erradicação do *Helicobacter pylori* com terapia apropriada e seguimento endoscópico-histológico subsequente.
- (E) gastrectomia subtotal seguida de quimioterapia adjuvante obrigatória.

42

Seu paciente é um homem branco de 58 anos, obeso com IMC de 33 kg/m², encaminhado pelo sistema de regulação. Quando da anamnese, queixa-se de pirose retroesternal diária, regurgitação ácida noturna, que melhora quando da elevação da cabeceira da cama. Relata piora dos sintomas nos últimos anos, apesar do uso irregular de omeprazol. Nos últimos seis meses percebeu disfagia ocasional para alimentos sólidos, porém sem impactação alimentar ou dor importante. Refere perda ponderal não intencional de 4 kg no último semestre. Na história patológica pregressa, não refere hematemese ou melena.

Ao exame físico, apresenta-se lúcido, sem alterações ectoscópicas, em bom estado geral, corado, hidratado, sem linfonodomegalias cervicais ou supraclaviculares. O exame cardiopulmonar não apresenta alterações, assim como o exame abdominal.

Realizou-se uma endoscopia digestiva alta, que mostrou mucosa colunar circunferencial estendendo-se por 7 cm acima da junção esofagogástrica. Foram realizadas biópsias segundo o protocolo de Seattle. O resultado anatomopatológico revelou metaplasia intestinal compatível com esôfago de Barrett, mas sem displasia.

Considerando-se as diretrizes atuais, a conduta mais apropriada para esse paciente será

- (A) indicar esofagectomia subtotal profilática devido ao elevado risco de transformação maligna associado ao Barrett longo.
- (B) indicar ablação endoscópica por radiofrequência imediatamente, independentemente da presença ou ausência de displasia.
- (C) suspender o acompanhamento endoscópico, uma vez que a ausência de displasia exclui risco significativo de adenocarcinoma.
- (D) otimizar o tratamento com IBP em dose adequada, orientar medidas comportamentais e manter vigilância endoscópica periódica com biópsias sistematizadas.
- (E) indicar fundoplicatura laparoscópica obrigatoriamente, pois a cirurgia antirrefluxo elimina o risco de progressão para adenocarcinoma.

43

Durante o *round* de seu serviço de cirurgia, discute-se o caso de um paciente de 49 anos que foi encaminhado ao ambulatório de cirurgia bariátrica para avaliação cirúrgica. Relata obesidade desde a adolescência, com múltiplas tentativas fracassadas de perda ponderal por meio de dieta orientada, atividade física e tratamentos medicamentosos.

História patológica pregressa com: diabetes mellitus tipo 2 há 12 anos; hipertensão arterial sistêmica; dislipidemia grave e diagnóstico de Síndrome metabólica.

Está medicado com: Metformina 2.500 mg/dia; Insulina glargina 60 UI/dia; Empagliflozina; Rosuvastatina e Losartana.

Refere cansaço aos esforços moderados, roncos intensos e sonolência diurna excessiva.

Quando do exame físico observa-se: Peso de 152 quilos; altura: 1,75 m; IMC: 49,6 kg/m²; circunferência abdominal com 148 cm; e pressão arterial de 150/90 mmHg.

Os exames laboratoriais: HbA1c: 9,1%; glicemia de jejum de 198 mg/dL; triglicerídeos com 420 mg/dL;

HDL: 32 mg/dL; LDL: 162 mg/dL; a função renal está preservada.

Durante a investigação, realizou-se uma polissonografia que confirmou uma síndrome da apneia obstrutiva do sono moderada. A endoscopia digestiva alta demonstra discreta gastrite crônica, sem hérnia hiatal significativa e sem doença do refluxo gastroesofágico importante.

Após avaliação multidisciplinar, conclui-se que o paciente possui indicação formal para cirurgia metabólica/bariátrica.

Considerando-se as diretrizes atuais, a melhor opção de terapêutica cirúrgica para esse paciente é

- (A) banda gástrica ajustável laparoscópica.
- (B) *by-pass* gástrico em Y de Roux.
- (C) gastrectomia vertical (*sleeve* gástrico) obrigatoriamente associada à banda gástrica.
- (D) gastrectomia subtotal com reconstrução à Billroth II e y de Roux.
- (E) fundoplicatura laparoscópica de Nissen 360°.

44

Em seu plantão de emergência, dá entrada um homem de 76 anos, levado por familiares devido a febre alta, icterícia e confusão mental iniciadas nas últimas 48 horas. Tem história de colecistolitíase, diagnosticada há vários anos, porém sem tratamento cirúrgico. Refere dor intensa em hipocôndrio direito associada a náuseas e vômitos há três dias.

Quando do exame físico, encontra-se em mau estado geral e obnubilado. Apresenta temperatura de 39,2°C, frequência cardíaca de 128 bpm, pressão arterial de 86/50 mmHg apesar de reposição volêmica inicial, frequência respiratória de 30 irpm e saturação de oxigênio de 92% em ar ambiente.

Observa-se icterícia intensa (+++/4+). O abdome apresenta dor importante à palpação do hipocôndrio direito, sem sinais de peritonite. O sinal de Murphy é difícil de avaliar devido ao rebaixamento do nível de consciência.

Exames laboratoriais de urgência mostram: Leucócitos: 24.800/mm³; Bilirrubina total: 14,2 mg/dL; Bilirrubina direta: 11,6 mg/dL; Fosfatase alcalina: 760 U/L; Gama-GT: 980 U/L; Creatinina: 2,8 mg/dL; Lactato: 5,4 mmol/L; Plaquetas: 82.000/mm³. Hemoculturas foram coletadas.

Realizou-se uma ultrassonografia abdominal, que mostra: colelitíase; colédoco medindo 15 mm e importante dilatação das vias biliares intra-hepáticas. A tomografia computadorizada exclui perfuração e abscesso hepático.

Após admissão na unidade de terapia intensiva, o paciente recebe antibioticoterapia de amplo espectro, reposição volêmica e suporte vasopressor.

Segundo as diretrizes atuais, a conduta mais apropriada, nesse momento, será

- (A) manter apenas antibioticoterapia de amplo espectro por 72 horas e reavaliar a necessidade de drenagem biliar.
- (B) realizar colecistectomia laparoscópica de urgência como primeiro procedimento terapêutico.
- (C) solicitar colangiografia por ressonância magnética para confirmar o diagnóstico antes da intervenção.
- (D) realizar drenagem biliar urgente por CPRE ou método equivalente, associada ao suporte intensivo.
- (E) indicar hepatectomia parcial devido ao risco de sepse biliar grave.

45

Você atende um paciente de 38 anos, admitido na emergência após colisão automobilística de alta velocidade ocorrida há aproximadamente 2 horas. O paciente utilizava cinto de segurança e apresenta dor, edema e eritema no franco esquerdo do abdome. Na admissão, encontrava-se hemodinamicamente estável após reposição volêmica inicial.

Relata dor intensa em hemitórax esquerdo, dispneia progressiva e desconforto abdominal inespecífico. Tem

Ao exame físico tem: Frequência cardíaca: 112 bpm; Pressão arterial: 118/72 mmHg; Frequência respiratória: 26 irpm; Saturação de oxigênio: 91% em ar ambiente e tem 15 pontos na escala de Glasgow.

Observa-se redução importante do murmúrio vesicular na base pulmonar esquerda com ruídos hidroaéreos no hemitórax esquerdo. O abdome apresenta discreta dor difusa à palpação, sem sinais de irritação peritoneal.

Quando da entrada, realizou-se um FAST, cujo resultado foi: sem evidência de líquido livre intraperitoneal ou pericárdico em quantidade detectável. Uma telerradiografia de tórax mostra elevação irregular do hemidiafragma esquerdo e presença de imagem hidroaérea em víscera oca intratorácica. Com o paciente estável hemodinamicamente, realizou-se uma tomografia computadorizada de tórax e abdome, que evidencia descontinuidade do hemidiafragma esquerdo, com herniação do fundo gástrico, cólon transverso e epíplon para o interior da cavidade torácica.

Diante desse quadro, a conduta mais apropriada para esse paciente será

- (A) manter tratamento conservador com sonda nasogástrica e observação, com reavaliação em 24 horas.
- (B) realizar intubação orotraqueal e toracostomia com dreno pleural à esquerda antes de qualquer intervenção.
- (C) indicar laparotomia exploradora de urgência para redução das vísceras e rafia do diafragma.
- (D) solicitar endoscopia digestiva alta para avaliar viabilidade do estômago antes da abordagem cirúrgica.
- (E) realizar toracotomia esquerda de urgência para correção do defeito diafragmático.

46

Você apresenta, na sessão clínica do serviço de cirurgia, o caso clínico-cirúrgico de um paciente de 66 anos que está internado com icterícia progressiva há seis semanas, associada a colúria, hipocolia fecal, prurido intenso, anorexia e perda ponderal de 6 kg. Queixa-se desconforto epigástrico, sem dor biliar típica. Não há história de febre, calafrios ou episódios prévios compatíveis com pancreatite.

Ao exame físico, apresenta icterícia (+++/4+), escoriações cutâneas e abdome flácido. O sinal de Courvoisier é positivo, mas não apresenta sinais de peritonite.

Os exames laboratoriais mostram padrão colestático, com bilirrubina direta elevada, fosfatase alcalina e gama-GT aumentadas. Uma ultrassonografia mostra dilatação das vias biliares intra-hepáticas e extra-hepáticas, sem cálculos. A tomografia mostra dilatação do colédoco e do ducto pancreático principal, sem metástases hepáticas ou invasão vascular evidente. Realizou-se uma endoscopia digestiva alta, que identifica uma tumoração vegetante na papila duodenal maior, com biopsias. O estudo anatomopatológico confirma adenocarcinoma. Realizou-se o estadiamento com TC e ecoendoscopia, indica doença ressecável.

Nesse caso, a melhor conduta será

- (A) duodenopancreatectomia cefálica com linfadenectomia regional, pois se trata de neoplasia ampular ressecável com potencial de cura cirúrgica.
- (B) papilectomia endoscópica isolada, pois tumores ampulares visíveis à duodenoscopia são, em geral, restritos à mucosa.
- (C) CPRE com prótese biliar metálica definitiva, pois a icterícia obstrutiva deve ser tratada prioritariamente por drenagem endoscópica curativa.
- (D) colecistectomia com exploração da via biliar principal, pois a vesícula palpável e o colédoco dilatado indicam obstrução calculosa distal.
- (E) quimioterapia neoadjuvante obrigatória antes de qualquer ressecção, pois todos os tumores periampulares devem ser tratados inicialmente como adenocarcinoma pancreático localmente avançado.

47

Você examina um homem de 72 anos que procura atendimento de urgência por exteriorização de tecido pelo ânus durante a evacuação, há cerca de seis anos. Relata sensação de evacuação incompleta, que necessita de redução manual do prolapso e, também, episódios ocasionais de incontinência para gases. Durante o exame físico, após esforço evacuatório, observa-se protrusão circunferencial da parede retal, com pregas concêntricas, exteriorizando aproximadamente 8 cm além da margem anal. Não há sinais de isquemia ou perfuração.

Com base no quadro clínico, o diagnóstico e a conduta terapêutica mais adequada para o caso serão:

- (A) prolapso mucoso do reto; confirmar com anuscopia e realizar ligadura elástica das mucosas prolapsadas, associando orientação dietética e acompanhamento ambulatorial.
- (B) procidência completa do reto; solicitar colonoscopia para excluir lesões associadas e indicar apenas tratamento conservador com fibras, fisioterapia pélvica e biofeedback.
- (C) hemorroida interna grau IV; realizar hemorroidectomia convencional após colonoscopia, mantendo medidas clínicas até a cirurgia.
- (D) procidência completa do reto; investigar doenças colorretais associadas, avaliar a anatomia pélvica quando indicado e indicar correção cirúrgica por via abdominal ou perineal conforme as condições clínicas do paciente.
- (E) prolapso mucoso isolado; confirmar por defecografia e realizar mucosectomia circunferencial, reservando a retopexia apenas para casos recidivados.

48

Hipoteticamente, você é o cirurgião responsável por um paciente de 58 anos, internado na sua enfermaria, com diagnóstico de neoplasia de cólon sigmoide obstrutiva. Está indicada colectomia de urgência. Durante a anamnese, o paciente relata que é testemunha de Jeová e recusa categoricamente receber transfusão de sangue, mesmo que sua vida esteja em risco. Ele está lúcido, orientado e assina o termo de recusa com testemunhas.

Durante a cirurgia ocorre sangramento importante. A hemoglobina pós-operatória é de 5,8 g/dL. O paciente mantém-se consciente, mas com sinais de choque hipovolêmico. Os familiares, que não compartilham da mesma religião, solicitam que você realize a transfusão "para salvar a vida dele", mesmo contra sua vontade expressa.

Diante da situação, a conduta ética e legalmente mais adequada será

- (A) realizar a transfusão imediatamente, pois o dever de preservar a vida sobrepõe-se à vontade do paciente em situação de risco iminente.
- (B) consultar o Comitê de Ética do hospital e aguardar decisão judicial antes de qualquer conduta, mantendo apenas medidas de suporte.
- (C) respeitar a decisão do paciente lúcido e capaz, documentar a recusa e oferecer alternativas terapêuticas, mesmo diante da pressão dos familiares.
- (D) realizar a transfusão após obter consentimento dos familiares, por serem responsáveis legais e estarem preocupados com o prognóstico.
- (E) sedar o paciente para evitar sofrimento e realizar a transfusão, justificando estado de necessidade e boa-fé do médico.

49

Paciente submetido a correção de hérnia incisional volumosa evoluiu com infecção e abscesso de ferida.

O tratamento inicial deve ser

- (A) antibioticoterapia de amplo espectro.
- (B) ressutura da parede abdominal.
- (C) abertura e lavagem da ferida operatória com soro fisiológico e curativo oclusivo.
- (D) confecção de peritoneostomia.
- (E) oxigenioterapia hiperbárica.

Atenção: use o caso a seguir para responder às duas próximas questões.

Após o cuidado inicial, o paciente apresentava saturação frequente do curativo e necrose parcial de pele, necessitando múltiplas trocas. Nesse momento, apresentava, ainda, sinais de maceração da pele e dificuldade de manutenção do curativo.

50

Nesse caso, a ação mais recomendada é realizar

- (A) desbridamento cirúrgico e curativo de pressão negativa.
- (B) lavagem com solução iodada.
- (C) peritoneostomia.
- (D) oxigenoterapia hiperbárica.
- (E) antibioticoterapia de amplo espectro.

51

Em relação à conduta de escolha para o caso, faz parte do mecanismo de ação da terapêutica

- (A) a inibição dos fibroblastos.
- (B) a diminuição da pressão intra-abdominal.
- (C) o tratamento sistêmico de bacteremia.
- (D) o aumento da PO₂ na área afetada.
- (E) diminuição do edema e estimulação do tecido de granulação.

Atenção: use o caso a seguir para responder às duas próximas questões.

Uma paciente jovem, 29 anos, apresenta episódios de sangramento nas fezes em 2 ocasiões. Realiza uma colonoscopia que mostra um pólipó de pedículo largo (1 cm) medindo 3 cm a 15 cm da margem anal.

É realizada a polipectomia cujo histopatológico mostra adenocarcinoma bem diferenciado de aproximadamente 1cm, sem invasão angiolinfática e perineural, com margens radiais e profundas livres, tumor *budding* baixo e classificação Haggit 3.

52

Com base nesses achados, a conduta é

- (A) cirurgia *up front*.
- (B) observação com colonoscopia seriada.
- (C) quimiorradioterapia exclusiva.
- (D) terapia neoadjuvante total seguida de cirurgia.
- (E) PET CT.

53

A seguinte síndrome deve ser suspeitada no caso:

- (A) síndrome de Peutz Jeghers.
- (B) polipose adenomatosa familiar.
- (C) síndrome da polipose juvenil.
- (D) síndrome de Lynch.
- (E) polipose associada ao MUYTH – MAP.

54

Assinale a opção que apresenta a alteração genética geralmente relacionada à síndrome de Lynch.

- (A) Defeitos nos genes de reparo do DNA (MMR).
- (B) Mutação no gene supressor tumoral APC.
- (C) Mutação no gene MUTYH.
- (D) Mutação no gene STK11/LKB1.
- (E) Mutação no gene SMAD4.

55

Uma paciente de 31 anos refere quadro de dor pós-prandial em HCD e epigástrio, associada a náuseas. USG foi realizada e mostrou vesícula biliar com imagem hiperecoica de aproximadamente 2 cm com sombra acústica posterior.

Em relação ao diagnóstico dessa paciente, é correto afirmar que

- (A) a doença está relacionada a anemia hemolítica.
- (B) o tratamento mais indicado é a litotripsia extracorpórea.
- (C) o achado ultrassonográfico deve ser confirmado por tomografia de abdômen.
- (D) o pigmento predominante que compõe o achado ultrassonográfico acima, neste tipo de doença, é o colesterol.
- (E) o tratamento cirúrgico não é indicado em pacientes com crise única.

56

Paciente de 45 anos é submetido a uma colangiografia intraoperatória durante colecistectomia videolaparoscópica, que revela a anatomia normal da via biliar extra-hepática. O cirurgião identifica a estrutura que marca a transição entre o ducto hepático comum e o ducto colédoco (CBD).

Essa transição é marcada pela inserção da seguinte estrutura:

- (A) ducto pancreático principal.
- (B) ducto cístico.
- (C) ducto hepático direito.
- (D) veia porta.
- (E) artéria hepática própria.

57

Sua equipe de coleta de órgãos é chamada para um hospital, onde irá retirar órgãos de um homem de 35 anos que sofreu traumatismo cranioencefálico grave após colisão automobilística. Após internação em unidade de terapia intensiva, evolui com diagnóstico de morte encefálica, confirmada conforme os critérios técnicos e legais vigentes. Não tem infecção sistêmica, neoplasia maligna conhecida ou contraindicações absolutas à doação. Após autorização familiar documentada, a equipe de captação organiza a retirada múltipla de órgãos. Durante o procedimento, o cirurgião responsável enfatiza que a preservação da viabilidade dos enxertos depende da sequência operatória, do controle hemodinâmico até o clampeamento vascular e da correta perfusão com solução preservadora.

Considerando os princípios técnicos universalmente aceitos para a coleta de múltiplos órgãos sólidos, assinale a opção que descreve a conduta mais adequada.

- (A) Realiza-se a laparotomia e esternotomia, em seguida, faz-se a inspeção criteriosa dos órgãos e a dissecação vascular, preservando estruturas nobres, heparinização sistêmica quando indicada, clampeamento da aorta, seguido de perfusão com solução fria, drenagem venosa adequada, resfriamento tópico e retirada dos órgãos respeitando sequência previamente coordenada entre as equipes.
- (B) Após confirmação da morte encefálica, procede-se imediatamente à retirada do fígado e dos rins antes da perfusão preservadora, reduzindo o tempo cirúrgico; a inspeção anatômica completa e a avaliação de lesões podem ser realizadas após a explantação dos órgãos.
- (C) A prioridade consiste em retirar rapidamente o coração antes de qualquer dissecação vascular extensa; a perfusão fria é realizada apenas após a remoção cardíaca, permitindo melhor exposição dos órgãos abdominais e menor risco de lesão vascular.
- (D) O controle da temperatura corporal do doador deixa de ser relevante após a confirmação da morte encefálica; por isso, a perfusão com solução preservadora pode ser realizada em temperatura ambiente, desde que o tempo de isquemia fria seja reduzido posteriormente.
- (E) A ligadura precoce da veia cava inferior e dos principais ramos arteriais abdominais, antes do clampeamento aórtico e da perfusão preservadora, reduz perdas sanguíneas e facilita a retirada sequencial dos órgãos sem comprometer significativamente sua viabilidade.

58

Você responde a um parecer da clínica médica para um paciente de 56 anos, portador de cirrose hepática por hepatite C previamente tratada, acompanhado em ambulatório especializado. Tem diagnóstico de hipertensão portal com varizes de esôfago com um episódio de sangramento. Nos últimos 8 meses, apresentou dois episódios de ascite com necessidade de paracentese de alívio, um episódio de encefalopatia hepática revertido com tratamento clínico. Uma tomografia computadorizada evidencia um nódulo hepático único de 3,8 cm, com hipervascularização arterial e *washout* venoso, sem trombose portal ou evidência de metástases.

Os exames laboratoriais mostram albumina de 2,8 g/dL, bilirrubina total de 2,9 mg/dL, INR de 1,9 e creatinina de 1,1 mg/dL.

Após discussão em sessão clínica multidisciplinar, a conduta mais apropriada para o caso será

- (A) indicar hepatectomia segmentar, pois o tumor é único e ressecável, mantendo seguimento da cirrose e tratamento clínico das complicações portais, sem necessidade de inclusão em lista para transplante.
- (B) indicar ablação por radiofrequência como tratamento definitivo, seguida de vigilância periódica, considerando que lesões únicas menores que 5 cm apresentam controle oncológico semelhante ao transplante hepático.
- (C) indicar quimioembolização transarterial como tratamento exclusivo, reservando o transplante apenas para eventual progressão da insuficiência hepática ou aparecimento de múltiplas lesões hepáticas.
- (D) indicar inclusão em lista para transplante hepático, pois apresenta cirrose descompensada associada a carcinoma hepatocelular dentro dos critérios aceitos para transplante, inexistindo contraindicações oncológicas evidentes.
- (E) manter tratamento clínico otimizado da cirrose e acompanhamento radiológico sem intervenção imediata, reavaliando a indicação de transplante apenas se houver aumento tumoral ou piora adicional da função hepática.

59

Uma paciente de 45 anos, que tem insuficiência hepática terminal e que está inscrita na lista única para transplante hepático, está em sua enfermaria. Seu irmão, de 43 anos, manifesta espontaneamente o desejo de doar parte do fígado. Durante a avaliação, ele demonstra plena capacidade civil, está ótimas condições clínicas, compatibilidade clínica e compreensão dos riscos do procedimento. Paralelamente, um potencial doador falecido é identificado em outro hospital, com diagnóstico de morte encefálica confirmada conforme a legislação vigente e autorização familiar para doação.

Em reunião, a equipe multiprofissional conclui que a seguinte afirmativa sobre a conduta está de acordo com os princípios éticos e legais que regem os transplantes de órgãos no Brasil:

- (A) a vontade do receptor deve prevalecer sobre a do doador vivo, desde que exista compatibilidade clínica e benefício esperado para o tratamento da doença hepática.
- (B) a autorização da família permite a retirada de órgãos do doador falecido, ainda que o protocolo de diagnóstico de morte encefálica não tenha sido integralmente concluído.
- (C) a existência de um doador vivo compatível permite dispensar a avaliação independente dos riscos ao doador, desde que ambos os familiares concordem com a realização do transplante.
- (D) o transplante somente deve prosseguir quando houver confirmação dos requisitos legais para o doador falecido e, no doador vivo, consentimento livre, esclarecido, ausência de coação e avaliação médica que demonstre risco aceitável.
- (E) a prioridade na distribuição de órgãos pode ser modificada pela equipe transplantadora quando considerar que determinado receptor apresenta maior benefício clínico imediato em relação aos demais candidatos.

60

Na sessão clínica do seu serviço de cirurgia, discute-se o caso clínico de um paciente de 38 anos, agricultor, natural de Jequitinhonha, que procurou atendimento ambulatorial para seguimento de hipertensão portal. Refere dois episódios de hematêmese nos últimos dois anos, ambos controlados por tratamento endoscópico com ligadura elástica das varizes esofágicas. Encontra-se em uso regular de propranolol. Ao exame físico apresenta bom estado geral, esplenomegalia volumosa, sem ascite, sem edema periférico ou icterícia. Os exames laboratoriais evidenciam bilirrubinas, albumina e INR dentro da normalidade, com plaquetopenia atribuída ao hiperesplenismo. Uma ultrassonografia Doppler mostra veia porta pérvia, aumento do calibre do sistema portal e fígado de contornos preservados. A endoscopia digestiva alta evidencia varizes esofágicas de grosso calibre.

Considerando o quadro clínico, a conduta cirúrgica mais apropriada será

- (A) indicar derivação esplenorrenal distal eletiva, visando reduzir definitivamente a pressão portal, por apresentar menor risco de recorrência hemorrágica e dispensar tratamento endoscópico posterior.
- (B) indicar desconexão ázigo-portal associada à esplenectomia, por apresentar hipertensão portal esquistossomótica com função hepática preservada e recorrência hemorrágica apesar do tratamento clínico e endoscópico.
- (C) manter exclusivamente tratamento medicamentoso e sessões periódicas de ligadura elástica, reservando o tratamento cirúrgico apenas para o desenvolvimento de insuficiência hepatocelular ou trombose portal.
- (D) indicar transplante hepático eletivo, considerando que episódios recorrentes de hemorragia varicosa representam indicação formal de substituição hepática, independentemente da função do órgão.
- (E) realizar derivação portocava total, com o objetivo de eliminar a hipertensão portal, mesmo diante de função hepática preservada e ausência de ascite ou encefalopatia.

61

Em relação aos tempos cirúrgicos fundamentais empregados nas principais operações bariátricas atualmente realizadas, assinale a opção que descreve corretamente a sequência técnica de um procedimento consagrado no tratamento da obesidade mórbida.

- (A) Confecção de gastrostomia ampla, exclusão do antro gástrico, anastomose gastrocólica em alça única e enteroenteroanastomose terminal, preservando integralmente o piloro e o duodeno.
- (B) Mobilização do fundo gástrico, funduplicatura posterior, secção parcial da pequena curvatura, gastrojejunostomia sem exclusão gástrica e enteroenteroanastomose distal, mantendo trânsito alimentar pelo duodeno.
- (C) Confecção de pequeno reservatório gástrico proximal, secção do jejuno, realização de gastrojejunostomia em alça alimentar e enteroenteroanastomose entre as alças alimentar e biliopancreática, configurando derivação em Y de Roux.
- (D) Ressecção completa do estômago distal, duodenectomia segmentar, reconstrução em Billroth II e anastomose jejunoileal, reduzindo a absorção intestinal por exclusão extensa do intestino delgado.
- (E) Gastrectomia subtotal horizontal, preservação integral do fundo gástrico, anastomose gastroduodenal término-terminal e derivação jejunoileal em alça única, sem reconstrução em Y de Roux.

62

Um paciente de 49 anos que procurou atendimento por apresentar diarreia aquosa intensa, com mais de dez evacuações ao dia, há oito meses, está internado em seu serviço. Refere perda ponderal de 12 kg, episódios recorrentes de fraqueza muscular, câibras, sede intensa e necessidade de múltiplas internações por desidratação. Os sintomas persistem mesmo durante o jejum e não melhoram com restrições alimentares.

Ao exame físico encontra-se desidratado, hipotenso e com redução da força muscular proximal. Os exames laboratoriais demonstram hipocalcemia importante e acidose metabólica, sem evidências de infecção intestinal. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia não revelam alterações capazes de justificar o quadro.

Considerando os achados clínicos, assinale a opção que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável, a propedêutica complementar e o tratamento mais adequado para o caso.

- (A) Gastrinoma pancreático; solicitar dosagem sérica de gastrina, pH gástrico e ecoendoscopia; iniciar inibidor da bomba de prótons e indicar ressecção apenas diante de metástases ressecáveis.
- (B) Glucagonoma pancreático; solicitar dosagem de glucagon, tomografia abdominal e cintilografia; iniciar suporte nutricional e quimioterapia, reservando a cirurgia para doença irresssecável.
- (C) VIPoma pancreático; corrigir inicialmente os distúrbios hidroeletrólíticos, dosar o peptídeo intestinal vasoativo (VIP), localizar o tumor por tomografia ou ressonância associada a exame funcional, iniciar análogo da somatostatina e indicar ressecção cirúrgica quando a doença for ressecável.
- (D) Insulinoma pancreático; realizar teste de jejum prolongado, dosagem de insulina e peptídeo C; administrar glicose intravenosa e indicar enucleação pancreática após estabilização clínica.
- (E) Somatostatina pancreática; solicitar dosagem sérica de somatostatina e colangiopancreatografia, instituir enzimas pancreáticas e programar gastrectomia parcial para controle definitivo dos sintomas.

63

Paciente de 48 anos é internado com quadro de dor abdominal em faixa, náuseas e vômitos, com amilase e lipase séricas elevadas. O diagnóstico de pancreatite aguda é firmado. Nas primeiras 24 horas de internação, evolui com melhora progressiva dos sintomas sob tratamento clínico (hidratação, analgesia e jejum).

Diante da evolução clínica favorável, em relação à realização de tomografia computadorizada com contraste (TC), a conduta mais apropriada neste momento é

- (A) realizar a TC com contraste para avaliar a extensão do processo inflamatório pancreático, mesmo diante da melhora clínica.
- (B) não realizar a TC com contraste de rotina, diante da boa resposta ao tratamento clínico e da evolução favorável do paciente.
- (C) realizar a TC com contraste para confirmar o diagnóstico de pancreatite aguda, mesmo na presença de quadro clínico e alterações laboratoriais compatíveis.
- (D) realizar a TC com contraste para pesquisar necrose pancreática, independentemente da gravidade e da evolução clínica do paciente.
- (E) realizar a TC com contraste para definir a manutenção do tratamento clínico, mesmo na ausência de sinais de complicação ou de piora clínica.

64

Paciente de 52 anos é internado com pancreatite aguda biliar leve, confirmada por elevação de enzimas pancreáticas, transaminases e presença de colelitíase à ultrassonografia. Evolui bem com tratamento conservador nas primeiras 48 horas, sem sinais de colangite (afebril, sem icterícia progressiva) e sem evidência de obstrução persistente da via biliar em exames de imagem complementares.

Assinale a conduta mais apropriada nesse caso.

- (A) Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) de urgência está indicada em todos os casos de pancreatite biliar, independentemente da gravidade, para reduzir a lesão pancreática.
- (B) CPRE é indicada nesse cenário, após a resolução do quadro de pancreatite.
- (C) CPRE deve ser realizada apenas se o paciente evoluir para óbito, como medida de necropsia guiada.
- (D) A colecistectomia associada à colangiografia intraoperatória é indicada como alternativa à CPRE, na mesma internação.
- (E) CPRE deve substituir a colecistectomia como tratamento definitivo da pancreatite biliar em todos os pacientes.

65

Paciente de 45 anos é internado com pancreatite aguda biliar leve. Evolui com resolução completa dos sintomas em 3 dias, com normalização progressiva das enzimas pancreáticas, ainda durante a mesma internação hospitalar. O cirurgião considera o momento ideal para realizar a colecistectomia definitiva.

Com base em evidências atuais sobre o momento da colecistectomia em pacientes com pancreatite biliar aguda leve, assinale a afirmativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) A colecistectomia deve ser adiada por, pelo menos, 6 semanas após a alta hospitalar, independentemente da gravidade.
- (B) A colecistectomia videolaparoscópica precoce deve ser realizada ainda durante a internação inicial.
- (C) A colecistectomia está contraindicada em qualquer momento após episódio de pancreatite biliar, devendo-se optar por CPRE com papilotomia isolada como tratamento definitivo.
- (D) A colecistectomia deve ser realizada apenas em caráter de urgência, nas primeiras 24 horas de sintomas, independentemente da gravidade da pancreatite.
- (E) A colecistectomia aberta deve ser preferida à laparoscópica em todos os casos de pancreatite biliar leve.

66

Paciente de 50 anos, com pancreatite aguda grave de etiologia alcoólica, evolui no 21º dia de doença com febre persistente (39°C), leucocitose crescente e deterioração clínica progressiva.

A tomografia computadorizada com contraste evidencia necrose pancreática envolvendo aproximadamente 35% da glândula, com coleção necrótica organizada (*walled-off necrosis*). É realizada punção aspirativa guiada, cujo Gram revela bacilos Gram-negativos.

Diante da confirmação de necrose pancreática infectada, a abordagem terapêutica atualmente preferida é realizar

- (A) necrosectomia aberta imediata, independentemente do tempo de evolução da doença, pois é superior a qualquer abordagem minimamente invasiva.
- (B) abordagem "step-up" – drenagem percutânea inicial seguida de debridamento retroperitoneal minimamente invasivo videoassistido, se necessário.
- (C) antibioticoterapia isolada e definitiva, sem necessidade de qualquer intervenção de drenagem ou desbridamento.
- (D) necrosectomia aberta, o mais precocemente possível, idealmente nos primeiros 14 dias, para reduzir a mortalidade.
- (E) observação clínica isolada, já que a necrose infectada raramente requer intervenção quando o paciente já iniciou antibioticoterapia.

67

Um cirurgião está planejando o fechamento de uma incisão mediana em laparotomia eletiva e revisa a literatura sobre a técnica ideal de sutura fascial para reduzir o risco de deiscência e hérnia incisional.

Assinale a opção que apresenta o principal achado em relação à incidência de hérnia incisional e a razão entre sutura e comprimento de ferida (*SL: WL ratio*), recomendada para o fechamento fascial adequado, independentemente da técnica escolhida.

- (A) A técnica de *large bites* foi superior, com incidência de hérnia incisional de 13% versus 21% no grupo *small bites*; razão de sutura recomendada de 2:1.
- (B) Não houve diferença significativa entre as técnicas; razão de sutura recomendada de 1:1.
- (C) A técnica de *small bites* foi superior, com incidência de hérnia incisional de 13% versus 21% no grupo *large bites*, sugerindo superioridade técnica; razão de sutura: comprimento da ferida recomendada é maior que 4:1.
- (D) A técnica de *large bites* reduziu a incidência de hérnia incisional em comparação à técnica de *small bites*; a razão SL:WL recomendada é superior a 4:1.
- (E) A incidência de hérnia incisional não apresenta relação com a técnica de fechamento utilizada; a razão SL:WL recomendada é de 2:1.

68

Paciente de 68 anos, obeso, diabético descompensado, é submetido a laparotomia exploradora por peritonite secundária. No 5º dia pós-operatório, apresenta drenagem súbita de líquido serossanguinolento pela incisão, seguida de sensação de "rasgo" durante episódio de tosse vigorosa, com posterior exteriorização de alças intestinais pela ferida operatória.

Considerando a fisiopatologia da deiscência de ferida cirúrgica, assinale a afirmativa correta que mostra o principal determinante da resistência da parede abdominal, durante a primeira semana pós-operatória, período em que a deiscência é mais frequente.

- (A) A camada de tecido subcutâneo e gordura, que sustenta a maior parte da tensão da ferida.
- (B) A camada muscular, que se regenera completamente nos primeiros 5 dias.
- (C) O peritônio parietal, que é a camada de maior resistência tênsil em qualquer fase da cicatrização.
- (D) A pele, que oferece a maior resistência mecânica durante a fase inflamatória da cicatrização.
- (E) A camada fascial, cuja força nesse período inicial depende principalmente do material de sutura e da capacidade de retenção do nó cirúrgico.

69

Na visita pós-operatória, sua equipe cirúrgica discute o caso de um paciente de 49 anos, que foi submetido a transplante hepático ortotópico por cirrose descompensada. No 12º dia de pós-operatório evolui com febre, elevação das enzimas canaliculares, discreta hiperbilirrubinemia e redução do débito biliar pelo dreno. A ultrassonografia com Doppler demonstra fluxo arterial preservado e ausência de coleções volumosas.

A equipe médica, considerando as principais complicações do transplante de fígado, decide pela seguinte sequência mais apropriada de hipótese diagnóstica, propedêutica e conduta terapêutica:

- (A) considerar trombose venosa portal como principal hipótese; indicar anticoagulação imediata sem exames adicionais e observar resposta clínica antes de qualquer intervenção.
- (B) suspeitar rejeição hiperaguda; iniciar plasmáfereze e imunoglobulina intravenosa imediatamente, dispensando confirmação histológica ou investigação de complicações biliares.
- (C) admitir infecção bacteriana sistêmica como causa isolada; ampliar antibioticoterapia empírica e postergar exames específicos até estabilização laboratorial completa.
- (D) presumir recorrência da doença hepática de base; realizar acompanhamento clínico ambulatorial e programar biópsia hepática apenas se houver piora progressiva da função do enxerto.
- (E) suspeitar complicação biliar ou rejeição aguda; solicitar investigação laboratorial e por imagem, complementando com colangiografia ou biópsia quando indicada, e instituir tratamento específico conforme o diagnóstico estabelecido.

70

Você faz parte de uma equipe cirúrgica que vai colher órgãos de um paciente de 32 anos, que evoluiu para morte encefálica após traumatismo cranioencefálico grave. Após autorização familiar, inicia-se o protocolo de captação de múltiplos órgãos. Sua equipe discute as medidas fundamentais para preservar a viabilidade dos enxertos entre a retirada e o implante.

Com base nos princípios da preservação de órgãos para transplante, a conduta mais adequada será

- (A) realizar perfusão do órgão com solução de preservação em baixa temperatura, reduzir o metabolismo celular por hipotermia, evitar isquemia desnecessária e manter acondicionamento estéril durante todo o transporte.
- (B) manter o órgão à temperatura ambiente durante o transporte, priorizar a rápida implantação e utilizar irrigação com solução fisiológica aquecida antes do implante definitivo.
- (C) promover resfriamento apenas após o transporte, utilizando perfusão sanguínea contínua como principal método de preservação para todos os órgãos sólidos abdominais.
- (D) armazenar o órgão em contato direto com gelo estéril, reduzindo o tempo de preparo da mesa cirúrgica e dispensando soluções específicas de preservação.
- (E) priorizar exclusivamente a compatibilidade imunológica entre doador e receptor, pois o método de preservação interfere pouco na função inicial e na sobrevida do enxerto.

71

Na sessão clínica de seu serviço, discute-se o caso de uma paciente de 42 anos que foi submetida à gastrectomia vertical (sleeve gástrico) há cinco anos. Ela relata que, no início, apresentou perda ponderal satisfatória, porém evoluiu com recuperação importante do peso, agora com índice de massa corporal de 41 kg/m² e doença do refluxo gastroesofágico persistente, que é refratária ao tratamento clínico otimizado. Uma endoscopia digestiva alta demonstra dilatação do tubo gástrico, sem estenoses ou fístulas. Realizou-se avaliação clínica, nutricional, psicológica e metabólica, a equipe considera uma cirurgia revisional.

A conduta mais adequada para essa paciente será

- (A) indicar cirurgia revisional após investigação multidisciplinar completa, considerando a conversão para *by-pass* gástrico em Y de Roux como opção apropriada diante da recidiva ponderal associada ao refluxo refratário, individualizando a técnica conforme os achados clínicos e anatômicos.
- (B) indicar nova gastrectomia vertical de rotina, independentemente da causa da falha terapêutica, pois o redimensionamento do reservatório gástrico apresenta melhores resultados que outras técnicas revisionais.
- (C) contraindicar cirurgia revisional, pois a recuperação ponderal tardia representa evolução esperada do procedimento primário, devendo ser tratado apenas com terapia medicamentosa e orientação dietética.
- (D) realizar derivação biliopancreática em todos os pacientes com reganho ponderal, independentemente da presença de refluxo, estado nutricional ou características anatômicas do procedimento anterior.
- (E) optar por tratamento endoscópico isolado como primeira escolha em todos os casos de falha do *sleeve* gástrico, reservando a cirurgia apenas para pacientes com complicações agudas.

72

Você apresenta, na sessão clínica de seu serviço, o caso de um paciente de 58 anos, portador de hepatite B crônica, que apresenta nódulo único de 5,8 cm localizado nos segmentos VI e VII do fígado, compatível com carcinoma hepatocelular. As imagens da tomografia computadorizada e da ressonância magnética não demonstram invasão da veia porta, da veia hepática direita ou de estruturas extra-hepáticas. O fígado remanescente apresenta volume adequado e a função hepática é preservada (*Child-Pugh A*).

Considerando os princípios oncológicos das hepatectomias regradas para tumores primários do fígado, a conduta cirúrgica mais apropriada para esse paciente será

- (A) realizar enucleação do tumor com margem mínima, preservando o maior volume de parênquima possível, independentemente da anatomia segmentar hepática e do território portal envolvido.
- (B) indicar hepatectomia esquerda ampliada, removendo os segmentos II, III, IV, V e VIII, para reduzir o risco de recorrência local, mesmo sem acometimento desses segmentos.
- (C) indicar hepatectomia direita regrada, respeitando a anatomia portal e venosa hepática, com ressecção em bloco dos segmentos V, VI, VII e VIII e preservação de remanescente hepático funcional adequado.
- (D) realizar ablação por radiofrequência como tratamento definitivo, pois apresenta resultados oncológicos equivalentes aos da ressecção em tumores únicos maiores que 5 cm em pacientes operáveis.
- (E) contraindicar ressecção hepática e indicar transplante hepático como primeira opção terapêutica para qualquer carcinoma hepatocelular ressecável em fígado com função preservada.

73

Você é residente em grande hospital e chega a seu ambulatório, referenciada pela secretaria de saúde, uma paciente de 61 anos que tem diagnóstico de adenocarcinoma da junção retossigmoide, sem evidências de metástases à distância. Uma ressonância magnética demonstra tumor localizado na pelve, sem invasão de órgãos adjacentes. Após discussão em reunião multidisciplinar, considera-se a utilização da plataforma robótica para o tratamento cirúrgico. Com base nos princípios atuais da cirurgia robótica, assinale a opção que melhor expressa sua aplicabilidade.

- (A) A cirurgia robótica substitui completamente a laparoscopia nas ressecções colorretais, pois apresenta superioridade comprovada quanto à sobrevida oncológica e à redução das complicações em todos os pacientes.
- (B) A cirurgia robótica pode ser indicada em casos selecionados, especialmente em procedimentos tecnicamente complexos, oferecendo melhor ergonomia, visão tridimensional e maior destreza para dissecação e sutura, sem dispensar adequada seleção do paciente e experiência da equipe.
- (C) A principal indicação da cirurgia robótica consiste na realização de operações de urgência e trauma, por reduzir significativamente o tempo operatório em comparação com a cirurgia aberta.
- (D) O emprego da plataforma robótica elimina a necessidade de treinamento específico, pois os movimentos do equipamento compensam automaticamente as limitações técnicas do cirurgião.
- (E) A cirurgia robótica deve ser indicada apenas quando houver contraindicação absoluta à laparoscopia, uma vez que ambas apresentam princípios técnicos e oncológicos incompatíveis.

74

Você é o responsável pelo preparo pré-operatório de uma paciente de 69 anos, obesa (IMC = 36 kg/m²), com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon, que será submetida à hemicolectomia direita eletiva por via aberta. Ela tem história patológica pregressa de trombose venosa profunda há cinco anos. Apresenta mobilidade reduzida devido à osteoartrose dos joelhos. No entanto, não há contraindicações ao uso de anticoagulantes.

Considerando os princípios atuais de profilaxia da trombose venosa profunda no paciente cirúrgico, a conduta mais apropriada para essa paciente será

- (A) classificar a paciente como de alto risco, instituindo profilaxia farmacológica associada à mecânica, além de estimular deambulação precoce e reavaliar a necessidade de prolongar a profilaxia.
- (B) utilizar apenas meias elásticas de compressão graduada, reservando anticoagulantes para pacientes com trombose venosa profunda confirmada durante a internação.
- (C) prescrever anticoagulação plena desde o pré-operatório, suspendendo métodos mecânicos para reduzir o risco de sangramento relacionado ao procedimento cirúrgico.
- (D) indicar somente deambulação precoce após a cirurgia, considerando suficiente essa medida para prevenir tromboembolismo venoso em cirurgia colorretal eletiva.
- (E) adiar toda forma de profilaxia para o quinto dia pós-operatório, quando a ocorrência de trombose venosa profunda se torna mais frequente.

75

Paciente de 66 anos, hipertenso e com histórico de infarto do miocárdio há 5 anos (estável, sem angina atual), é avaliado no pré-operatório de uma colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Ao ser questionado sobre suas atividades diárias, relata que consegue subir um lance de escadas sem parar, caminhar em ritmo acelerado (6,4 km/h) e realizar trabalhos pesados em casa, como esfregar o chão e deslocar móveis, sem apresentar dispnéia, dor torácica ou fadiga excessiva. Não há sintomas cardíacos ativos no momento da avaliação.

Com base nas diretrizes da ACC/AHA sobre avaliação cardiovascular perioperatória, e considerando a capacidade funcional estimada em Equivalentes Metabólicos de Tarefa (METs) descrita nesse caso, assinale a afirmativa que contém a conduta mais apropriada.

- (A) Como a capacidade funcional é estimada em ≥ 4 METs e o paciente está assintomático, ele pode prosseguir para a cirurgia sem necessidade de testes cardíacos adicionais, independentemente dos fatores de risco clínicos.
- (B) A capacidade funcional descrita corresponde a menos de 4 METs, exigindo teste de estresse farmacológico obrigatório antes de qualquer cirurgia eletiva.
- (C) Deve-se realizar cateterismo cardíaco de rotina antes da cirurgia, independentemente da capacidade funcional relatada.
- (D) A avaliação de METs não é validada para estimar capacidade funcional e deve ser substituída por ergometria formal em todos os pacientes com histórico cardíaco.
- (E) Como o paciente teve infarto prévio, a cirurgia eletiva está contraindicada independentemente da capacidade funcional atual.

76

Paciente de 70 anos, com neoplasia gástrica, é avaliado no pré-operatório de gastrectomia subtotal eletiva. Relata perda ponderal não intencional de 12% do peso corporal nos últimos 3 meses, associada à redução importante da ingesta alimentar. Ao exame físico, observam-se sinais de perda de massa muscular temporal e diminuição do turgor cutâneo. A avaliação laboratorial revela albumina sérica de 2,8 g/dL.

Diante desse cenário de desnutrição grave em paciente candidato a cirurgia oncológica eletiva de grande porte, assinale opção cuja conduta é a mais apropriada, em relação ao preparo nutricional pré-operatório.

- (A) A cirurgia deve ser realizada imediatamente, já que a albumina não reflete o estado nutricional agudo.
- (B) A nutrição parenteral total (NPT) pré-operatória está indicada rotineiramente para todos os pacientes cirúrgicos, independentemente do grau de desnutrição.
- (C) Como qualquer grau de desnutrição não deve retardar a cirurgia, o paciente deve ser operado sem qualquer suporte nutricional prévio.
- (D) Deve-se considerar pré-habilitação nutricional (parenteral ou enteral) antes da cirurgia.
- (E) A via enteral está contraindicada nesse contexto, sendo a NPT a única opção viável de pré-habilitação nutricional.

77

Paciente de 32 anos é admitido no pronto-socorro após colisão automobilística de alto impacto. À chegada, apresenta pressão arterial de 78x50 mmHg, frequência cardíaca de 130 bpm e abdome distendido e doloroso à palpação. É iniciada ressuscitação volêmica, sem melhora hemodinâmica sustentada (o paciente responde transitoriamente, mas retorna à instabilidade em poucos minutos). É realizado exame FAST (*Focused Assessment with Sonography in Trauma*), que evidencia líquido livre significativo na topografia hepatorenal (espaço de Morrison).

Diante desse cenário, a conduta mais apropriada é

- (A) solicitar tomografia computadorizada de abdome com contraste para determinar a gravidade da lesão.
- (B) realizar lavado peritoneal diagnóstico como próximo passo.
- (C) indicar laparotomia exploradora.
- (D) manter conduta expectante com reavaliações seriadas do abdome a cada 6 horas, visto que a maioria das lesões de órgãos sólidos pode ser tratada de forma não operatória, independentemente do estado hemodinâmico.
- (E) repetir o FAST em 2 horas antes de qualquer decisão cirúrgica, já que um único exame negativo ou positivo não deve guiar a conduta imediata.

78

Paciente de 34 anos procura atendimento com dor em fossa ilíaca direita e febre há 5 dias. A tomografia computadorizada confirma apendicite aguda perfurada com formação de abscesso periapendicular localizado, sem sinais de peritonite difusa. É realizada drenagem percutânea guiada por TC, associada à antibioticoterapia, com boa resposta clínica e resolução do quadro infeccioso. O paciente recebe alta hospitalar.

Com base na evidência atual sobre a conduta pós-tratamento não operatório da apendicite complicada em adultos, assinale a abordagem correta em relação à apendicectomia de intervalo.

- (A) A apendicectomia de intervalo deve ser realizada rotineiramente em todos os pacientes adultos, algumas semanas após o tratamento bem-sucedido, independentemente de sintomas recorrentes.
- (B) A colonoscopia deve ser realizada rotineiramente após a alta em pacientes adultos, e a apendicectomia de intervalo deve ser reservada para pacientes com sintomas de apendicite recorrente ou achados sugestivos de neoplasia.
- (C) A apendicectomia de intervalo está contraindicada em qualquer cenário após tratamento não operatório bem-sucedido da apendicite complicada.
- (D) A colonoscopia é desnecessária em pacientes adultos tratados de forma não operatória, sendo indicada apenas em crianças.
- (E) A apendicectomia de intervalo deve ser realizada nas primeiras 48 horas após a drenagem percutânea, para evitar o risco de recidiva precoce.

79

Paciente de 74 anos procura atendimento com queixa de sensação de "entalo" na garganta, tosse noturna, sialorreia excessiva e episódios recentes de regurgitação de alimentos não digeridos com odor fétido, algumas horas após as refeições. A esposa relata halitose importante. Nos últimos meses, o paciente teve dois episódios de pneumonia aspirativa. Um esofagograma baritado com incidência lateral confirma o diagnóstico de divertículo de Zenker, medindo 4 cm.

Assinale a afirmativa correta com base no tratamento cirúrgico do divertículo de Zenker.

- (A) Em divertículos pequenos (menores que 2 cm), a miotomia do músculo cricofaríngeo isoladamente é frequentemente suficiente, sem necessidade de excisão do saco diverticular.
- (B) A miotomia do cricofaríngeo deve ser evitada em todos os casos, pois aumenta o risco de recidiva do divertículo.
- (C) O tratamento cirúrgico padrão-ouro consiste na excisão do saco diverticular (diverticulectomia), sem necessidade de miotomia associada, independentemente do tamanho do divertículo.
- (D) A diverticulopexia, quando realizada, deve fixar o divertículo à fáscia pré-vertebral, e não à parede posterior da faringe, para garantir maior estabilidade.
- (E) O tratamento endoscópico (procedimento de Dohlman) está contraindicado em divertículos maiores que 2 cm, sendo reservado exclusivamente para lesões muito pequenas.

80

Paciente de 45 anos, hipertenso de difícil controle em uso de três anti-hipertensivos, é investigado por hipopotassemia persistente. A relação aldosterona/renina plasmática está elevada, e o teste confirmatório com sobrecarga salina intravenosa confirma hiperaldosteronismo primário. A tomografia computadorizada de cortes finos (3 mm) da adrenal evidencia um nódulo unilateral de 1,8 cm na adrenal esquerda, com adrenal contralateral de aspecto normal.

Frente ao caso, a conduta mais apropriada é

- (A) realizar amostragem venosa adrenal seletiva (AVS) obrigatoriamente em todos os casos antes de indicar cirurgia, independentemente da idade ou dos achados tomográficos.
- (B) iniciar tratamento medicamentoso definitivo com espironolactona, contraindicando a cirurgia devido ao tamanho do nódulo ser menor que 2 cm.
- (C) prosseguir diretamente para adrenalectomia laparoscópica, já que a evidência tomográfica clara de anormalidade unilateral em paciente mais jovem permite avançar para cirurgia com alta taxa de cura, sem necessidade obrigatória de AVS.
- (D) indicar adrenalectomia bilateral de rotina, para eliminar completamente o risco de hiperaldosteronismo recorrente.
- (E) repetir a tomografia em 6 meses antes de qualquer decisão terapêutica, independentemente da clareza dos achados de imagem atuais.

Realização

