

TIPO

1

Endere

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

CIRURGIA BARIÁTRICA

PROVA OBJETIVA – TIPO 1



SUA PROVA

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



TEMPO

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



NÃO SERÁ PERMITIDO

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



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta.
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa 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/mm³ 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/m²; afebril; sem icterícia; abdome flácido e indolor; fígado não é palpável e não tem ascite.

Os exames laboratoriais apresentam bilirrubinas, transaminases, fosfatase alcalina e alfafetoproteínas 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 cardiocotografia 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.

Cirurgia Geral

41

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

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

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

42

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

Nesse caso, assinale a resposta correta.

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

43

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

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

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

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

44

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

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

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

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

45

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

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

A conduta mais adequada para o caso é

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

46

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

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

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

A conduta pré-operatória mais adequada para o caso será

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

47

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

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

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

Com base no quadro clínico, a conduta mais apropriada é

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

48

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

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

49

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

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

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

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

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

50

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

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

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

51

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

Esse abscesso pode ser classificado como

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

52

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

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

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

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

53

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

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

54

As cicatrizes hipertróficas, diferentemente dos queloides, contêm principalmente colágeno

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

55

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

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

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

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

56

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

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

57

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

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

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

58

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

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

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

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

59

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

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

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

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

60

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

A conduta mais indicada nesse caso é

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

61

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

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

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

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

62

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

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

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

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

63

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

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

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

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

64

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

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

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

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

65

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

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

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

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

66

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

O germe mais comum envolvido nesse tipo de infecção é

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

67

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

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

68

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

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

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

69

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

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

70

A veia retal inferior drena

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

71

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

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

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

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

72

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

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

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

73

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

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

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

74

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

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

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

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

75

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

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

76

Sobre a apendicite aguda em gestantes, é correto afirmar que

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

77

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

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

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

78

A aldosterona é secretada na seguinte zona da glândula adrenal:

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

79

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

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

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

80

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

Este processo é denominado

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

Realização

