

TIPO

1

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

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!



Endoscopia

1

Paciente do sexo masculino, 58 anos, assintomático, sem história familiar para neoplasia maligna, realizou rastreamento para câncer colorretal com teste imunológico fecal (FIT), que apresentou resultado positivo. Foi submetido à colonoscopia, que evidenciou lesão ulcero-vegetante circunferencial descrita a 10 cm da borda anal, sendo obtidas biópsias compatíveis com adenocarcinoma.

Antes da definição da estratégia terapêutica, a equipe médica precisa do seguinte exame para confirmar com maior precisão a distância da margem distal da lesão em relação à borda anal:

- (A) tomografia de abdome total com contraste oral e venoso.
- (B) ultrassonografia endo-anal.
- (C) clister opaco com duplo contraste.
- (D) retossigmoidoscopia rígida.
- (E) ressonância magnética de abdome superior.

2

Paciente do sexo masculino, 67 anos, sem comorbidades, foi submetido à colonoscopia de rastreamento, sendo identificada uma lesão superficial de crescimento lateral (LST) não granular, medindo aproximadamente 32 mm, localizada no cólon ascendente proximal. Após avaliação endoscópica, optou-se pela realização de dissecação endoscópica da submucosa (ESD), com ressecção em monobloco e sem intercorrências.

O laudo anatomopatológico descreve: adenocarcinoma bem diferenciado, ressecção em monobloco, margens lateral e profunda livres, ausência de invasão angiolinfática, ausência de brotamento tumoral de alto grau (*tumor budding* Bd1) e invasão da submucosa classificada como Kikuchi SM3.

Com base nesses achados, a conduta mais adequada é

- (A) realizar seguimento endoscópico em seis meses, pois a lesão foi removida em monobloco, com margens livres.
- (B) repetir colonoscopia em três meses para avaliação da cicatriz antes da definição da conduta.
- (C) solicitar ecoendoscopia para excluir doença residual na parede intestinal.
- (D) indicar nova dissecação endoscópica da submucosa para ampliação da margem profunda.
- (E) encaminhar o paciente para ressecção cirúrgica oncológica com linfadenectomia regional.

3

Paciente do sexo masculino, 30 anos, assintomático, sem história familiar de câncer colorretal, extremamente preocupado com a saúde e habituado a realizar check-ups anuais por conta própria, realiza teste imunológico fecal (FIT) após ouvir que o exame passaria a ser utilizado em programas de rastreamento populacional. O resultado é positivo. Ansioso com a possibilidade de câncer colorretal, procura atendimento médico solicitando colonoscopia. Ao exame proctológico, identifica-se doença hemorroidária grau 1 em posição anterior direita, sem sinais de sangramento ativo.

Considerando, para fins dessa questão, que a probabilidade pré-teste de câncer colorretal nesse paciente seja de 0,05%, e que o FIT apresente sensibilidade de 90% e especificidade de 90% para câncer colorretal, a interpretação mais adequada do resultado é:

- (A) a probabilidade pós-teste de câncer colorretal é superior a 50%, devendo o paciente ser informado de que há alta suspeita de neoplasia.
- (B) a probabilidade pós-teste de câncer colorretal é de aproximadamente 0,45%, devendo-se explicar que o resultado positivo aumenta o risco relativo, mas a probabilidade absoluta permanece baixa.
- (C) a probabilidade pós-teste de câncer colorretal é de aproximadamente 9%, pois a sensibilidade de 90% implica alta chance de doença quando o exame é positivo.
- (D) a presença de doença hemorroidária grau 1 explica definitivamente o FIT positivo com 100% de probabilidade, dispensando qualquer discussão adicional sobre investigação.
- (E) o FIT positivo em paciente jovem e assintomático deve ser considerado falso-positivo, independentemente da probabilidade pré-teste.

4

Paciente de 66 anos, masculino, assintomático, foi submetido à colonoscopia de rastreamento, sendo identificada uma lesão superficial de 24 mm no cólon ascendente. À luz branca, observou-se lesão discretamente elevada, com área central deprimida. A avaliação com *Narrow Band Imaging* (NBI) e magnificação evidenciou vasos espessados, irregulares e de distribuição frouxa, áreas avasculares e perda da estrutura superficial, formando áreas amorfas.

Diante desses achados, a conduta mais adequada é

- (A) realizar polipectomia com alça fria, por se tratar de lesão menor que 25 mm.
- (B) realizar mucosectomia, uma vez que a lesão apresenta tamanho adequado para ressecção endoscópica.
- (C) realizar dissecação endoscópica da submucosa, pois a ressecção em monobloco permite melhor avaliação histopatológica.
- (D) encaminhar o paciente para tratamento cirúrgico oncológico.
- (E) realizar biópsias da lesão e definir a conduta após o resultado anatomopatológico.

5

Paciente de 28 anos, sexo feminino, apresenta dor abdominal recorrente há 18 meses, diarreia intermitente e perda ponderal de 8 kg no período. Nega uso de anti-inflamatórios não esteroidais. Os exames laboratoriais demonstram hemoglobina de 11,4 g/dL, proteína C reativa de 8 mg/L e calprotectina fecal de 286 µg/g.

Foi submetida à colonoscopia com intubação do íleo terminal e biópsias seriadas, sem alterações endoscópicas ou histológicas. A enterorressonância magnética não evidenciou espessamento parietal, estenoses ou fístulas. A pesquisa de infecções intestinais foi negativa.

Persistindo elevada suspeita clínica de doença de Crohn, foi realizado exame de cápsula endoscópica, que demonstrou cinco úlceras aftoides distribuídas no jejuno distal e íleo proximal, sem estenoses.

Com base nesse quadro, assinale a afirmativa correta.

- (A) O exame é inespecífico, pois úlceras aftoides isoladas não possuem valor diagnóstico.
- (B) O diagnóstico de doença de Crohn somente pode ser estabelecido após confirmação histológica por enteroscopia.
- (C) O achado é compatível com doença de Crohn do intestino delgado, considerando o contexto clínico e a presença de mais de três ulcerações na ausência de uso de AINES.
- (D) O exame deve ser considerado falso-positivo, uma vez que a colonoscopia e a enterorressonância foram normais.
- (E) Deve-se repetir a cápsula endoscópica em seis meses antes de estabelecer qualquer hipótese diagnóstica.

6

Paciente de 71 anos, sexo masculino, portador de diabetes mellitus tipo 2, fibrilação atrial e doença arterial coronariana, será submetido a uma colonoscopia sob sedação para realização de mucosectomia de lesão colônica maior que 20 mm identificada em exame prévio. Faz uso regular de Ácido Acetilsalicílico (AAS) 100 mg/dia, Clopidogrel 75 mg/dia, Apixabana 5 mg duas vezes ao dia e Empagliflozina 25 mg/dia.

Considerando que o procedimento apresenta alto risco de sangramento, a orientação mais adequada é

- (A) manter AAS, suspender Clopidogrel por 5 dias, suspender Apixabana por 48 horas e suspender Empagliflozina por 3 dias antes do procedimento.
- (B) suspender AAS e Clopidogrel por 7 dias, manter Apixabana e suspender Empagliflozina apenas no dia do procedimento.
- (C) manter AAS e Clopidogrel, suspender Apixabana por 24 horas e manter Empagliflozina.
- (D) suspender apenas a Apixabana por 72 horas e manter os demais medicamentos.
- (E) suspender AAS por 5 dias, manter Clopidogrel, suspender Apixabana por 48 horas e suspender Empagliflozina por 24 horas.

7

Paciente de 78 anos, sexo masculino, portador de doença renal crônica estágio IV (TFGe = 22 mL/min/1,73 m²), insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e hipertensão arterial sistêmica, foi encaminhado para colonoscopia eletiva devido à investigação de anemia ferropriva. Como preparo intestinal, utilizou Picossulfato de Sódio, Óxido de Magnésio e Ácido Cítrico.

No dia do procedimento, apresentou náuseas, vômitos, sonolência, hipotensão, bradicardia e fraqueza muscular importante, sendo o exame cancelado. Os exames laboratoriais evidenciaram piora aguda da função renal em relação aos valores basais.

Assinale a opção que explica corretamente a complicação apresentada e indica qual seria o preparo intestinal mais adequado para esse paciente.

- (A) A retenção de magnésio decorrente da redução da excreção renal pode causar manifestações neuromusculares e cardiovasculares, sendo a solução à base de Polietilenoglicol (PEG) o preparo de escolha nesses pacientes.
- (B) O preparo promove aumento da absorção intestinal de potássio, sendo a hipercalemia a principal complicação. O preparo mais indicado seria Fosfato de Sódio.
- (C) A principal complicação decorre da absorção sistêmica do Citrato, devendo-se optar por Lactulose em pacientes com doença renal crônica.
- (D) O Picossulfato de Sódio está contraindicado pelo risco de perfuração intestinal, sendo o Manitol a melhor alternativa para pacientes nefropatas.
- (E) A complicação está relacionada principalmente à hipocalcemia induzida pelo preparo, sendo os preparados à base de Sulfato de Sódio a primeira escolha nesses pacientes.

8

Paciente de 31 anos, sexo masculino, procura atendimento devido a episódios intermitentes de hematoquezia há cerca de nove meses. Refere eliminação de sangue vivo ao final das evacuações, observando ocasionalmente gotas no vaso sanitário e sangue no papel higiênico. Os episódios ocorrem aproximadamente uma vez por mês e são autolimitados. Nega dor abdominal, alteração do hábito intestinal, emagrecimento, febre, anemia conhecida ou sintomas constitucionais. Não possui história familiar de câncer colorretal, doença inflamatória intestinal ou síndromes hereditárias relacionadas ao câncer colorretal. Apresenta hemograma recente com hemoglobina de 15,2 g/dL. Relata grande preocupação com a possibilidade de câncer e solicita a realização de colonoscopia.

A conduta inicial mais adequada é

- (A) solicitar colonoscopia, pois a recorrência da hematoquezia é indicação formal do exame, independentemente da idade.
- (B) solicitar teste imunológico fecal (FIT) antes de decidir pela realização da colonoscopia.
- (C) realizar exame proctológico completo, incluindo inspeção da região perianal, toque retal e anoscopia, antes da solicitação de exames complementares.
- (D) solicitar angiotomografia computadorizada do abdome e da pelve para localização da fonte de sangramento.
- (E) solicitar colonografia por tomografia computadorizada como exame inicial por ser menos invasiva que a colonoscopia.

9

Paciente de 59 anos, sexo masculino, obeso, tabagista, com história de doença do refluxo gastroesofágico há mais de 15 anos e tratamento irregular com inibidores da bomba de prótons, é submetido à endoscopia digestiva alta devido à persistência de pirose e regurgitação.

Durante o exame, observa-se substituição da mucosa escamosa distal por mucosa colunar de aspecto salmão, circunferencial por 3 cm acima da transição esofagogástrica, com prolongamentos mucosos que atingem 6 cm acima da junção esofagogástrica. Não há lesões elevadas, deprimidas ou nodulares.

A classificação endoscópica e a estratégia de biópsias mais adequadas para esse paciente são:

- (A) esôfago de Barrett classificado como Prague C3M6, realizando biópsias segundo o protocolo de Seattle, com quatro quadrantes a cada 2 cm em toda a extensão do segmento metaplásico, além de biópsias direcionadas de lesões visíveis.
- (B) esôfago de Barrett classificado como Prague C6M3, realizando duas biópsias aleatórias a cada 2 cm do segmento acometido.
- (C) esôfago de Barrett classificado como Prague C3M6, realizando biópsias apenas na extremidade proximal e distal do segmento metaplásico.
- (D) esôfago de Barrett classificado como Prague C3M3, realizando biópsias em quatro quadrantes a cada 4 cm.
- (E) esôfago de Barrett classificado como Prague C6M6, sendo desnecessária a realização de biópsias na ausência de lesões nodulares.

10

Paciente de 32 anos, sexo masculino, procura atendimento por episódios recorrentes de melena e anemia ferropriva nos últimos dois anos, necessitando de reposição periódica de ferro. Foi submetido à endoscopia digestiva alta, colonoscopia, angiotomografia abdominal e cintilografia com hemácias marcadas, sem identificação da fonte do sangramento. Posteriormente, realizou cápsula endoscópica, que evidenciou múltiplas lesões polipoides no intestino delgado. A enteroscopia assistida por balão confirmou a presença de diversos pólipos jejunais, que foram ressecados. O exame anatomopatológico demonstrou pólipos hamartomatosos.

Ao exame físico, observam-se múltiplas máculas hiperpigmentadas em lábios e mucosa oral.

O diagnóstico mais provável é

- (A) síndrome de Lynch.
- (B) síndrome de Peutz-Jeghers.
- (C) polipose adenomatosa familiar.
- (D) síndrome de Cowden.
- (E) polipose associada ao gene *MUTYH*.

11

Uma unidade de endoscopia digestiva realizou auditoria interna para avaliação dos indicadores de qualidade da colonoscopia em pacientes submetidos a exames de rastreamento do câncer colorretal. Durante a reunião, foram discutidos a taxa de intubação cecal, o tempo médio de retirada do colonoscópio e a taxa de detecção de adenomas (TDA).

Com base nas recomendações atuais das principais diretrizes internacionais, assinale a opção correta a respeito desses parâmetros.

- (A) A taxa de intubação cecal deve ser superior a 90%, o tempo médio de retirada deve ser de pelo menos 4 minutos e a TDA mínima recomendada é de 20%.
- (B) A taxa de intubação cecal deve ser igual ou superior a 95%, o tempo médio de retirada deve ser de pelo menos 6 minutos e a TDA mínima recomendada é de 25%.
- (C) A taxa de intubação cecal deve ser igual ou superior a 95%, o tempo médio de retirada deve ser de pelo menos 8 minutos e a TDA mínima recomendada é de 40%.
- (D) A taxa de intubação cecal deve ser superior a 90%, o tempo médio de retirada deve ser de pelo menos 10 minutos e a TDA mínima recomendada é de 30%.
- (E) A taxa de intubação cecal deve ser superior a 98%, sendo o tempo de retirada irrelevante quando a intubação cecal é documentada.

12

Paciente de 44 anos, sexo masculino, refere dor epigástrica intensa há vários meses, com resposta apenas parcial ao uso de altas doses de inibidor da bomba de prótons. A endoscopia digestiva alta evidencia múltiplas úlceras duodenais, incluindo lesão localizada distalmente à segunda porção do duodeno, além de esofagite erosiva grave. Nega uso de anti-inflamatórios não esteroidais, e a pesquisa para *Helicobacter pylori* é negativa.

O diagnóstico mais provável é

- (A) síndrome de Zollinger-Ellison.
- (B) doença de Crohn gastroduodenal.
- (C) síndrome de Menetrier.
- (D) gastrite eosinofílica.
- (E) linfoma gástrico.

13

Paciente de 61 anos, sexo masculino, foi submetido à colonoscopia para investigação de anemia ferropriva. O exame não identificou lesões até o ceco. Durante a retrovisão retal, observou-se aumento dos coxins hemorroidários internos, ocupando aproximadamente 3/4 da circunferência do canal anal, sem sinais de sangramento ativo.

De acordo com a classificação endoscópica de Fukuda, esse achado corresponde a

- (A) Fukuda 0.
- (B) Fukuda 1.
- (C) Fukuda 2.
- (D) Fukuda 3.
- (E) Fukuda 4.

14

Paciente de 56 anos, sexo feminino, foi submetida à colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) para retirada de cálculo de colédoco. O procedimento transcorreu sem intercorrências.

Considerando a prevenção da pancreatite pós-CPRE, assinale a opção que apresenta a medida com melhor nível de evidência para reduzir esse risco.

- (A) Antibioticoprofilaxia intravenosa antes da CPRE.
- (B) Administração de Diclofenaco ou Indometacina por via retal no período perioperatório.
- (C) Uso rotineiro de inibidor da bomba de prótons após o procedimento.
- (D) Jejum por 24 horas após a CPRE.
- (E) Administração profilática de Octreotide.

15

Paciente de 74 anos, sexo masculino, procura atendimento por episódios recorrentes de hematoquezia há quatro meses. Refere ter sido submetido à radioterapia pélvica para tratamento de adenocarcinoma de próstata há três anos. Nega dor abdominal, emagrecimento ou alteração do hábito intestinal. A colonoscopia evidencia, no reto, múltiplas telangiectasias difusas, mucosa friável e áreas puntiformes de sangramento espontâneo, sem outras alterações no cólon.

O diagnóstico mais provável é

- (A) retocolite ulcerativa.
- (B) angiodisplasia retal.
- (C) proctopatia actínica.
- (D) colite isquêmica.
- (E) síndrome da úlcera retal solitária.

16

Paciente de 59 anos, sexo masculino, é submetido à colonoscopia de rastreamento para câncer colorretal. Durante o exame, identifica-se lesão polipoide séssil de 4 mm, localizada no reto. Após cromosondoscopia com magnificação, observa-se padrão de criptas tipo I pela classificação de Kudo, sem áreas suspeitas de invasão.

O diagnóstico histológico mais provável dessa lesão é

- (A) adenoma tubular com displasia de alto grau.
- (B) adenocarcinoma intramucoso.
- (C) adenoma viloso com displasia de alto grau.
- (D) adenoma serrilhado séssil.
- (E) pólipos hiperplásicos.

Cirurgia do Aparelho Digestivo

17

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

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

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

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

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

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

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

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

18

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

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

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

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

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

19

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20

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

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

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

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

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

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

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

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

21

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

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

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

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

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

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

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

22

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

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

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

Nesse caso, a melhor conduta será

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

23

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

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

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

24

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

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

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

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

25

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

O tratamento inicial deve ser

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

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

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

26

Nesse caso, a ação mais recomendada é realizar

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

27

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

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

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

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

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

28

Com base nesses achados, a conduta é

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

29

A seguinte síndrome deve ser suspeitada no caso:

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

30

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

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

31

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

Em relação ao diagnóstico dessa paciente, é correto afirmar que

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

32

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

Essa transição é marcada pela inserção da seguinte estrutura:

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

Gastroenterologia

33

Paciente com 63 anos, sexo masculino, é submetido à colonoscopia após resultado positivo no teste imunológico fecal. Durante o exame identifica-se, no cólon descendente, uma lesão plana de 8 mm predominantemente deprimida, não pediculada, apresentando depressão central bem delimitada em relação à mucosa adjacente, sem ulceração.

Considerando especificamente a Classificação de Paris para lesões superficiais do trato gastrointestinal, essa lesão é classificada como

- (A) Lesão polipoide pediculada tipo 0-Ip.
- (B) Lesão superficial elevada tipo 0-IIa.
- (C) Lesão superficial deprimida tipo 0-IIc.
- (D) Lesão superficial plana tipo 0-IIb.
- (E) Lesão polipoide séssil tipo 0-Is.

34

Paciente com 54 anos, sexo masculino, realizou colonoscopia após resultado positivo em teste de sangue oculto nas fezes. Foram identificados e removidos oito pólipos adenomatosos distribuídos pelo cólon. A análise histopatológica revela adenomas tubulares com displasia de alto grau, sem evidência de carcinoma invasivo. O paciente é orientado a repetir a colonoscopia em um ano por razão do elevado número de adenomas e do risco de recorrência. O aumento da atividade da seguinte enzima mais provavelmente contribuiria para a recorrência e progressão da neoplasia colônica desse paciente:

- (A) Xantina Oxidase.
- (B) Desidrogenase do glutamato.
- (C) Enzima conversora de angiotensina.
- (D) Ciclooxygenase-2.
- (E) Fenilalanina hidroxilase.

35

Paciente de 38 anos, sexo feminino, apresenta epigastralgia há meses, episódios de melena e endoscopia evidenciando úlcera pré-pilórica associada à úlcera em bulbo duodenal. Foram realizadas biópsias do antro gástrico e da borda ulcerada.

O achado histopatológico mais compatível com a etiologia das lesões é a presença de

- (A) infiltrado inflamatório crônico ativo na mucosa gástrica, com neutrófilos, linfócitos e bacilos curvos aderidos ao epitélio superficial.
- (B) atrofia vilositária subtotal na mucosa duodenal, com hiperplasia das criptas e linfocitose intraepitelial difusa.
- (C) granulomas epitelioides não caseosos na parede intestinal, associados à inflamação transmural crônica focal.
- (D) depósitos extracelulares eosinofílicos na lâmina própria, com birrefringência verde após coloração pelo vermelho do Congo.
- (E) células aumentadas de volume contendo inclusões intranucleares e citoplasmáticas compatíveis com citomegalovírus.

36

Paciente com 45 anos, sexo feminino, procura clínica de endoscopia para investigação de refluxo gastroesofágico e pirose pós-prandial. Refere uso contínuo de inibidor da bomba de prótons há vários anos. Durante a endoscopia digestiva alta foram identificados múltiplos pólipos que mediam entre 2 e 5 mm, eram sésseis, de superfície lisa e localizavam-se predominantemente no corpo e fundo gástricos. Biópsias evidenciaram dilatação cística das glândulas oxínticas, sem displasia.

Como os pólipos eram numerosos, nem todos foram biopsiados.

O diagnóstico mais provável é de

- (A) adenocarcinoma gástrico difuso multifocal.
- (B) pólipos hiperplásicos secundários à infecção por *Helicobacter pylori*.
- (C) pólipos de glândulas fúndicas associados ao uso crônico de inibidores da bomba de prótons.
- (D) tumores neuroendócrinos gástricos tipo III.
- (E) linfoma MALT gástrico multifocal.

37

Paciente de 48 anos, sexo masculino, procura atendimento por dispepsia progressiva, saciedade precoce e perda ponderal de 8 kg nos últimos quatro meses. Refere consumo frequente de bebidas alcoólicas apenas socialmente. Durante a consulta, sua esposa informa que o paciente ingere grande quantidade de álcool nos finais de semana há mais de 20 anos e tem comido menos quantidade de comida nos últimos meses após os sintomas gástricos. A endoscopia digestiva alta evidenciou extensa lesão vegetante, friável, irregular e intensamente vascularizada, comprometendo o corpo gástrico até a região pré-pilórica. Foram realizadas múltiplas biópsias da lesão.

O resultado histopatológico mais provável e a conduta inicial mais adequada são:

- (A) leiomioma gástrico benigno; tratamento com acompanhamento clínico e repetição da endoscopia em um ano.
- (B) adenocarcinoma gástrico tipo intestinal moderadamente diferenciado; o tratamento deve incluir estadiamento para definir quimioterapia perioperatória e gastrectomia com linfadenectomia se a lesão for ressecável.
- (C) gastrite erosiva alcoólica difusa; tratamento apenas com inibidor da bomba de prótons e suspensão do álcool.
- (D) linfoma MALT associado ao *Helicobacter pylori*; o tratamento inicial consiste obrigatoriamente em gastrectomia total.
- (E) tumor neuroendócrino gástrico tipo I; tratamento com observação clínica devido ao excelente prognóstico.

38

Paciente de 60 anos, sexo masculino, hipertenso e portador de diabetes mellitus tipo 2 e gota, procura atendimento devido à dor epigástrica em queimação, náuseas, plenitude pós-prandial e dois episódios de hematêmese em pequena quantidade após um fim de semana de intenso consumo de bebidas alcoólicas. Refere ingerir álcool apenas aos finais de semana, porém em grande quantidade há mais de 25 anos. Nega uso recente de anti-inflamatórios não esteroidais. Foi submetido à endoscopia digestiva alta.

O exame evidenciou mucosa gástrica difusamente congesta, edemaciada, friável, com múltiplas erosões planas e hemorragias subepiteliais puntiformes, sem evidência de úlcera péptica ou lesão neoplásica. Foram realizadas biópsias.

O diagnóstico mais provável é

- (A) úlcera péptica associada à infecção por *Helicobacter pylori*, caracterizada por necrose fibrinoide profunda e intensa gastrite crônica ativa.
- (B) adenocarcinoma gástrico difuso, caracterizado por células em anel de sinete infiltrando a parede gástrica.
- (C) doença de Crohn com acometimento gastroduodenal, caracterizada por granulomas não caseosos e inflamação transmural.
- (D) gastrite erosiva aguda induzida pelo álcool, caracterizada histologicamente por erosões superficiais da mucosa, congestão vascular, hemorragia focal e infiltrado inflamatório agudo.
- (E) gastrite atípica autoimune caracterizada por atrofia da mucosa oxíntica, metaplasia intestinal e anemia perniciosa.

39

Paciente de 66 anos, sexo feminino, foi submetida à ressecção endoscópica fragmentada (mucosectomia em *piecemeal*) de uma lesão colorretal superficial de crescimento lateral granular homogênea, medindo 30 mm e localizada no ceco. O exame anatomopatológico demonstrou adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo grau, sem evidência de invasão submucosa. Na colonoscopia de vigilância realizada seis meses após o procedimento, observou-se, sobre a cicatriz de ressecção, uma lesão nodular única de aproximadamente 6 mm. A avaliação com magnificação e cromoscopia digital por NBI não evidenciou padrões sugestivos de invasão submucosa profunda.

A conduta mais apropriada é

- (A) realizar coagulação por plasma de argônio isoladamente, seguida de nova colonoscopia em seis meses.
- (B) indicar colectomia direita, uma vez que a presença de recidiva após ressecção fragmentada caracteriza falha do tratamento endoscópico.
- (C) realizar nova ressecção endoscópica da recidiva, preferencialmente por técnica que possibilite ressecção completa em monobloco, como a dissecação endoscópica da submucosa (ESD), quando tecnicamente factível.
- (D) manter vigilância endoscópica, repetindo a colonoscopia em seis meses, pois pequenas recidivas apresentam elevada taxa de regressão espontânea.
- (E) realizar nova mucosectomia fragmentada, independentemente do aspecto da lesão recorrente.

40

Paciente de 56 anos, sexo masculino, procura consulta para avaliação preventiva. Nega dor abdominal, alteração de hábito intestinal, perda ponderal, sangramento intestinal, anemia ou história pessoal de doença intestinal. Refere hipertensão arterial controlada, nega história de doença inflamatória intestinal e informa que seu pai foi diagnosticado com câncer de próstata aos 72 anos. Nunca realizou rastreamento de câncer colorretal e não apresenta história familiar positiva para esta neoplasia ou outras relacionadas.

De acordo com as recomendações atuais para rastreamento populacional de câncer colorretal, a conduta mais apropriada é

- (A) solicitar tomografia computadorizada de abdome com contraste, por apresentar maior acurácia para rastreamento populacional.
- (B) solicitar colonoscopia imediata, pois a idade superior a 55 anos contraindica o teste imunológico fecal.
- (C) solicitar pesquisa de sangue oculto nas fezes por guáico, por apresentar maior sensibilidade que o teste imunológico fecal.
- (D) não realizar rastreamento, pois a ausência de sintomas exclui a necessidade de investigação colorretal preventiva.
- (E) solicitar teste imunológico fecal, por tratar-se de indivíduo assintomático com risco médio para câncer colorretal.

41

Paciente de 56 anos, sexo masculino, procura atendimento com dor abdominal intensa de início súbito, localizada no epigástrio, irradiada para o dorso, associada a náuseas e vômitos persistentes há 12 horas. Relata episódios semelhantes de menor intensidade nos últimos meses, principalmente após refeições volumosas. Refere consumo frequente de bebidas alcoólicas aos fins de semanas, socialmente (1-2 latas de cerveja).

Ao exame físico, apresenta dor à palpação do andar superior do abdome, sem sinais de irritação peritoneal. Apresenta também obesidade central importante, com circunferência abdominal de 108 cm e membros superiores e inferiores proporcionalmente delgados. A ultrassonografia abdominal evidencia vesícula biliar sem cálculos, vias biliares de calibre habitual e ausência de dilatação do colédoco. Os exames laboratoriais mostram leucocitose discreta, lipase elevada e amilase sérica apenas discretamente elevada.

Considerando o quadro clínico, em relação à hipótese etiológica mais provável e ao exame complementar a ser solicitado prioritariamente para a confirmação da causa da pancreatite, assinale a afirmativa correta.

- (A) Deve-se suspeitar de pancreatite aguda de origem biliar, sendo prioritária a dosagem de bilirrubinas, fosfatase alcalina e gama-glutamyltransferase.
- (B) Deve-se suspeitar de pancreatite aguda relacionada ao consumo de álcool, sendo prioritária a avaliação de enzimas hepáticas e marcadores de etilismo crônico.
- (C) Deve-se suspeitar de pancreatite aguda secundária à hipertrigliceridemia, sendo prioritária a dosagem sérica de triglicerídeos.
- (D) Deve-se suspeitar de pancreatite aguda associada à hipercalcemia, sendo prioritária a dosagem de cálcio sérico, fósforo e paratormônio intacto.
- (E) Deve-se suspeitar de pancreatite aguda por neoplasia periampular, sendo prioritária a realização de colangiopancreatografia por ressonância magnética.

42

Paciente de 25 anos, sexo feminino, procura consulta por preocupação com seu risco de desenvolver câncer. Relata que seu pai foi submetido a colectomia por câncer colorretal aos 35 anos. Refere ainda que seu irmão, de 31 anos, encontra-se internado após cirurgia de urgência por obstrução intestinal secundária a neoplasia colorretal. Nega dor abdominal, alteração do hábito intestinal, perda ponderal ou sangramento digestivo. A paciente informa ainda que uma tia paterna foi diagnosticada com câncer de endométrio aos 46 anos.

Considerando o quadro clínico, assinale a afirmativa correta a respeito da principal hipótese diagnóstica e da conduta mais adequada nesse momento.

- (A) A principal hipótese é polipose adenomatosa familiar, sendo indicada colonoscopia completa, aconselhamento genético e seguimento conforme os achados.
- (B) A principal hipótese é síndrome de Lynch, sendo indicada colonoscopia completa, aconselhamento genético e seguimento conforme os achados.
- (C) A principal hipótese é doença inflamatória intestinal, sendo indicada colonoscopia completa, aconselhamento genético e seguimento conforme os achados.
- (D) A principal hipótese é retocolite ulcerativa, sendo indicada colonoscopia completa, aconselhamento genético e seguimento conforme os achados.
- (E) A principal hipótese é síndrome de Peutz-Jeghers, sendo indicada colonoscopia completa, aconselhamento genético e seguimento conforme os achados.

43

Paciente de 50 anos, sexo masculino, procura o pronto-socorro com dor epigástrica intensa irradiada para o dorso, associada a náuseas e vômitos há cerca de 24 horas. Relata episódios semelhantes nos últimos meses, sempre de menor intensidade. É portador de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, em uso regular de Metformina, Empagliflozina, Losartana e Rosuvastatina. Nega etilismo e apresenta ultrassonografia abdominal sem evidências de colelitíase, coledocolitíase ou dilatação das vias biliares. Os exames laboratoriais demonstram lipase elevada, amilase discretamente aumentada e triglicerídeos dentro da faixa de normalidade. A tomografia computadorizada evidencia sinais de pancreatite aguda e tecido pancreático circundando a segunda porção do duodeno, associado à dilatação do estômago e da primeira porção duodenal.

A alteração embriológica que explica os achados clínicos e tomográficos apresentados reside no fato de que o quadro decorre de

- (A) falha na fusão dos brotos pancreáticos, caracterizando pâncreas *divisum*.
- (B) agenesia parcial do broto pancreático dorsal durante a embriogênese.
- (C) persistência do ducto pancreático acessório sem alteração da rotação embrionária.
- (D) alteração da rotação do broto pancreático ventral, caracterizando pâncreas anelar.
- (E) recanalização incompleta do duodeno durante o desenvolvimento embrionário.

44

Paciente de 16 anos, sexo feminino, procura atendimento por episódios intermitentes de sangramento nas fezes há cerca de seis meses. Nega dor abdominal, diarreia, perda ponderal ou alteração do hábito intestinal. Refere que os episódios não apresentam relação com o ciclo menstrual. Os exames laboratoriais demonstram anemia ferropriva discreta e ferritina reduzida. Durante a anamnese informa que sua mãe foi submetida à colectomia aos 34 anos e que sua irmã, aos 22 anos, também necessitou de cirurgia colorretal após investigação endoscópica. Questionada, refere não saber qual era a doença dessas familiares, apenas que ambas realizavam colonoscopias frequentes desde a adolescência. Ao exame físico observam-se pequenas lesões nodulares endurecidas na mandíbula, previamente consideradas benignas em avaliação odontológica previamente diagnosticadas como osteomas mandibulares.

A seguinte alteração molecular está mais provavelmente associada à síndrome sugerida pelo quadro clínico:

- (A) mutação do SMAD4.
- (B) mutação germinativa do MLH1.
- (C) mutação bi-alelérica do MUTYH.
- (D) mutação do STK11.
- (E) mutação germinativa do APC.

45

Paciente de 45 anos, sexo masculino, procura atendimento com história de desconforto epigástrico há cerca de oito meses, associado à plenitude pós-prandial e episódios ocasionais de melena. Refere perda ponderal discreta de 3 Kg no período. Nega uso de anti-inflamatórios não esteroidais. Ao exame físico apresenta discreta palidez cutaneomucosa, sem massas abdominais palpáveis. Os exames laboratoriais demonstram anemia ferropriva leve. A endoscopia digestiva alta evidencia espessamento difuso de pregas no antro e corpo gástricos, associado a lesões ulceradas superficiais multifocais com aspecto infiltrativo de baixo relevo.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) doença de Crohn com acometimento gastroduodenal isolado.
- (B) úlcera péptica benigna associada à infecção por *Helicobacter pylori*.
- (C) linfoma gástrico primário do tecido linfóide associado à mucosa (MALT).
- (D) adenocarcinoma gástrico.
- (E) gastrite erosiva hemorrágica secundária ao uso crônico de anti-inflamatórios.

46

Paciente de 17 anos, sexo masculino, procura o pronto-socorro com dor abdominal iniciada há 72 horas em região periumbilical, migrando posteriormente para a fossa ilíaca direita. Evoluiu com febre de 39,1 °C, náuseas, vômitos, anorexia e piora progressiva da dor. Ao exame físico apresenta dor à palpação da fossa ilíaca direita, defesa muscular localizada e dor à descompressão brusca. Os exames laboratoriais demonstram leucocitose de 19.800/mm³ com desvio à esquerda e proteína C-reativa de 28 mg/L.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) apendicite aguda complicada.
- (B) diverticulite aguda do cólon direito.
- (C) adenite mesentérica de origem viral.
- (D) doença inflamatória intestinal em atividade.
- (E) gastroenterite bacteriana aguda invasiva.

47

Paciente de 58 anos, sexo feminino, procura o pronto-socorro com dor intensa em hipocôndrio direito há dois dias, associada à febre, calafrios, náuseas, vômitos, colúria e icterícia progressiva.

Ao exame físico, apresenta febre de 38,9 °C, frequência cardíaca de 112 bpm, pressão arterial de 102 × 64 mmHg, dor à palpação do hipocôndrio direito e sinal de Murphy negativo. Os exames laboratoriais demonstram hemoglobina 12,5 g/dL, leucócitos 18.600/mm³, proteína C-reativa 232 mg/L, bilirrubina total 8,2 mg/dL, bilirrubina direta 6,8 mg/dL, fosfatase alcalina 694 U/L, gama-glutamilttransferase 948 U/L, AST 184 U/L, ALT 208 U/L, creatinina 0,9 mg/dL e lactato 1,6 mmol/L.

A colangiorressonância evidencia cálculo único de 12 mm impactado no colédoco distal, dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas e vesícula biliar com múltiplos cálculos.

A conduta inicial mais apropriada para essa paciente é

- (A) realizar colecistectomia videolaparoscópica precoce com exploração da via biliar, mantendo antibioticoterapia até normalização dos exames laboratoriais.
- (B) iniciar antibioticoterapia venosa e programar colecistectomia eletiva após resolução clínica completa, sem necessidade de abordagem endoscópica inicial.
- (C) iniciar antibioticoterapia venosa e realizar CPRE terapêutica precoce para drenagem da via biliar e retirada do cálculo, seguida posteriormente de colecistectomia.
- (D) solicitar ecoendoscopia para confirmação diagnóstica antes de indicar qualquer procedimento terapêutico na via biliar principal.
- (E) manter hidratação venosa, analgesia e observação clínica, repetindo exames laboratoriais após vinte e quatro horas para definir a necessidade de intervenção.

48

Paciente de 67 anos, sexo masculino, procura o pronto-socorro com icterícia progressiva há três semanas, colúria, perda ponderal de 12 kg nos últimos três meses, anorexia e dor contínua em região epigástrica irradiada para o dorso. Ao exame físico, apresenta icterícia cutaneomucosa, frequência cardíaca de 96 bpm, pressão arterial de 118 × 72 mmHg e vesícula biliar palpável, indolor. Os exames laboratoriais demonstram: bilirrubina total 12,4 mg/dL, bilirrubina direta 10,2 mg/dL, fosfatase alcalina 842 U/L, gama-glutamilttransferase 1.186 U/L, AST 168 U/L, ALT 194 U/L, CA 19-9 986 U/mL e CEA 9,2 ng/mL. A tomografia computadorizada de abdome com contraste evidencia massa sólida hipoatenuante de 3,8 cm na cabeça do pâncreas, causando dilatação simultânea do colédoco e do ducto pancreático principal (sinal do duplo ducto), sem evidências de metástases hepáticas ou pulmonares.

O próximo passo mais apropriado na investigação diagnóstica desse paciente é

- (A) realizar CPRE com escovado biliar para confirmação histológica, seguida de colocação rotineira de prótese antes do tratamento definitivo.
- (B) solicitar ressonância magnética de abdome com contraste para confirmar a natureza maligna da lesão antes de indicar qualquer intervenção.
- (C) realizar ecoendoscopia com punção aspirativa ou biópsia por agulha fina da lesão pancreática para confirmação anatomopatológica do diagnóstico.
- (D) indicar laparotomia exploradora com biópsia incisional da massa pancreática como primeiro procedimento diagnóstico e terapêutico.
- (E) repetir a tomografia computadorizada em quatro semanas para confirmar crescimento tumoral antes da obtenção de amostra tecidual.

Coloproctologia

49

Gestante de 32 anos, com 34 semanas de gestação, procura atendimento de urgência por dor anal intensa e prolapso há 18 horas. Ao exame observam-se hemorroidas internas prolabadas, irreductíveis, com edema acentuado e mucosa com alteração de coloração sugestiva de comprometimento vascular incipiente. Não há sinais de necrose franca. A paciente encontra-se com sinais vitais normais e sem contrações uterinas. A conduta correta nesse caso é

- (A) tratamento conservador, com banhos de assento, dieta rica em fibras e analgesia.
- (B) ligadura elástica do componente prolabado, em posição de Sims.
- (C) hemorroidectomia excisional de urgência, com a paciente em posição de litotomia.
- (D) redução manual do prolapso, sob anestesia local em decúbito lateral esquerdo.
- (E) escleroterapia com fenol 5% do componente prolabado.

50

Mulher de 25 anos, sem comorbidades, apresenta dor anal intensa durante e após a evacuação, há 3 meses. O exame proctológico mostra úlcera linear de bordos regulares com exposição de fibras do esfíncter interno localizada em linha média posterior. Observa-se ainda papila hipertrófica proximal e presença de plicoma. A manometria anorretal mostra hipertonia do esfíncter interno.

O seguinte mecanismo fisiopatológico explica a cronificação da lesão e a resistência à cicatrização:

- (A) a hipertonia do esfíncter interno promove isquemia com compressão dos ramos das artérias retais inferiores que atravessam o esfíncter, associada à deficiência de óxido nítrico sintase.
- (B) a hipertonia do esfíncter externo comprime diretamente a ferida durante a evacuação, impedindo a epitelização e perpetuando o trauma local a cada evacuação.
- (C) a localização preferencial na linha média posterior resulta de maior exposição ao trauma fecal durante a defecação, enquanto a cronificação decorre da colonização bacteriana secundária da fissura, dificultando a cicatrização.
- (D) a deficiência de óxido nítrico sintase no esfíncter externo reduz o relaxamento reflexo durante a defecação, aumentando o trauma mecânico sobre o anoderma.
- (E) a hipertonia do esfíncter interno estimula a liberação de mediadores inflamatórios locais como a VEGF e metaloproteinases, degradando ativamente o colágeno recém-formado, impedindo a cicatrização.

51

Homem de 45 anos refere abscesso anal drenado espontaneamente há 4 meses, sem resolução completa, com drenagem de secreção purulenta persistente por dois orifícios externos localizados nas regiões isquiorretais direita e esquerda. A ressonância magnética demonstra trajeto fistuloso posterior intercomunicante, atravessando o espaço situado entre o músculo elevador do ânus e o ligamento anococcígeo. O seguinte espaço anatômico permite a propagação do processo supurativo de um espaço isquiorretal ao contralateral, nesse caso:

- (A) interesfíncteriano.
- (B) pós-anal profundo.
- (C) retrorretal superficial.
- (D) supraelevador.
- (E) pós-anal superficial.

52

Mulher de 34 anos, tabagista, com IMC de 32 kg/m², apresenta nódulos subcutâneos dolorosos na região perianal e inguinal há 5 anos, com períodos de melhora espontânea e reagudização. Ao exame, observam-se trajetos fistulosos intercomunicantes, com drenagem de secreção purulenta, e cicatrizes retráteis. Os exames endoscópicos do cólon, reto e ânus são normais.

Assinale a opção que descreve corretamente o mecanismo etiopatogênico da doença.

- (A) Infecção bacteriana das glândulas apócrinas por *Staphylococcus aureus* com consequente oclusão folicular.
- (B) Oclusão folicular com ruptura do folículo e descarga de queratina e bactérias na derme, desencadeando resposta imune do tipo corpo estranho.
- (C) Hiperatividade das glândulas écrinas em regiões de atrito com acúmulo de secreções sudoríparas favorecendo a proliferação de bactérias e inflamação crônica local.
- (D) O tabagismo promove a hipoperfusão tecidual e a oclusão folicular direta com depósitos tecidual de toxinas e inflamação crônica.
- (E) Doença autoimune mediada por deficiência de linfócitos T regulatórios e liberação de citocinas pró-inflamatórias teciduais.

53

Menino de 8 anos é trazido ao ambulatório com queixa de diarreia crônica, dor abdominal recorrente e dificuldade de ganho de peso há cerca de um ano. Episódios esporádicos de hematoquezia são relatados pelos pais. A família mostra-se preocupada pois o pai tratou câncer colorretal aos 50 anos. Ao exame físico, não há alterações na pele ou mucosas. A colonoscopia realizada para investigação demonstra quatro pólipos sésseis de aspecto avermelhado e superfície irregular no cólon e reto, com tamanhos entre 0,8 e 2 cm. O anatomopatológico revela pólipos hamartomatosos sem displasia.

A conduta correta, nesse caso, é indicar

- (A) conduta expectante, com colonoscopia de vigilância a partir dos 40 anos de idade, pelo risco familiar e ausência de displasia nos pólipos identificados.
- (B) r vigilância por colonoscopia anual, sem necessidade de avaliação do trato digestivo alto ou investigação genética, pois trata-se de pólipos hamartomatosos com baixa frequência de malignização.
- (C) vigilância endoscópica alta e baixa a cada 1 a 3 anos e encaminhar para aconselhamento genético, pelo risco oncológico gastrointestinal e potencial hereditário da doença.
- (D) colectomia total profilática imediata, dado o alto risco de transformação maligna dos pólipos hamartomatosos quando múltiplos.
- (E) r proctocolectomia total com anastomose ileoanal, após a fase de puberdade, pelo alto risco de neoplasia colorretal até os 40 anos de idade.

54

Uma paciente de 64 anos, não tabagista, com história de náuseas e vômitos pós-operatórios em uma colecistectomia videolaparoscópica há 5 anos, é admitida para ressecção anterior do reto por adenocarcinoma. O anestesiolegista aplica a escala de risco de NVPO preconizada pelo protocolo ERAS no ambulatório pré-operatório e estratifica o risco da paciente.

A conduta medicamentosa adequada para a prevenção de náuseas se vômitos pós-operatórios para o caso, é

- (A) metoclopramida regular iniciada no pré-operatório.
- (B) metoclopramida SOS, em presença de sintomas.
- (C) ondansetrona regular iniciada no pré-operatório.
- (D) ondansetrona SOS, em presença de sintomas.
- (E) dexametasona + ondansetrona no pré-operatório.

55

Mulher de 58 anos, sem comorbidades relevantes, é diagnosticada com carcinoma de células escamosas do canal anal após biópsia de lesão ulcerada de 3,5 cm identificada à anuscopia. O estadiamento clínico da doença mostra tratar-se de T2-N0-M0. A paciente é submetida a quimiorradioterapia conforme protocolo de Nigro modificado, com resposta clínica completa confirmada 26 semanas após o término do tratamento. A conduta mais adequada para essa paciente para os primeiros 2 anos de seguimento é:

- (A) alta do seguimento após confirmação de resposta patológica completa, por biópsia na topografia da lesão.
- (B) exame físico e proctológico completo a cada 1 a 2 meses com biópsia de rotina do leito tumoral, para detecção precoce de doença residual microscópica.
- (C) exame físico e proctológico completo a cada 3 a 6 meses, sem necessidade de exames de imagem.
- (D) exame proctológico completo + PET-CT a cada 6 meses para detecção precoce de recidiva locoregional e doença a distância.
- (E) exame proctológico completo anual com indicação de amputação abdominoperineal de resgate caso se identifique recidiva local.

56

Mulher de 48 anos, G3/P3/A0, refere perda involuntária de fezes sólidas há cerca de 2 anos, com piora progressiva. Nega cirurgias anorretais prévias. Ao exame proctológico, observa-se tônus esfinteriano reduzido ao toque retal e cicatriz perineal anterior compatível com laceração obstétrica prévia. A manometria anorretal demonstra redução da pressão de repouso e pressão de contração voluntária dentro dos limites da normalidade.

Assinale a opção que apresenta o exame complementar a ser solicitado a seguir e o achado esperado que confirmará a hipótese diagnóstica?

- (A) Ultrassonografia endoanal — defeito anatômico anterior do complexo esfinteriano com acometimento predominante do esfíncter interno.
- (B) Defecografia — contratura paradoxal do componente puborretal do músculo elevador do ânus.
- (C) Tomografia computadorizada de pelve — lipossustituição do esfíncter anal externo e corpo perineal.
- (D) RNM dinâmica de pelve — retocele anterior com esvaziamento incompleto da ampola retal.
- (E) Eletromiografia do esfíncter externo — denervação com aumento da atividade espontânea em repouso.

57

Homem de 54 anos, sem comorbidades, é diagnosticado com adenocarcinoma de reto médio. A RNM de pelve demonstra tumor de 4,5 cm, T3N2M0, com margem circunferencial de ressecção ameaçada (distância tumor-fáscia mesorectal < 1 mm) e evidência de invasão vascular extramural. As tomografias de tórax, abdome e pelve não demonstram doença a distância.

A conduta mais adequada para esse caso é

- (A) ressecção anterior do reto com excisão total do mesorreto, seguida de quimiorradioterapia adjuvante.
- (B) quimiorradioterapia neoadjuvante de longa duração seguida de cirurgia e quimioterapia adjuvante.
- (C) quimioterapia sistêmica exclusiva com FOLFOX por 12 ciclos seguida de reestadiamento.
- (D) radioterapia de curta duração seguida de ressecção cirúrgica.
- (E) neoadjuvância total com quimioterapia sistêmica associada à quimiorradioterapia, seguida de ressecção cirúrgica.

58

Mulher de 52 anos, com diagnóstico de retocolite ulcerativa pancolônica há 11 anos, habitualmente em remissão clínica com mesalazina oral, procura atendimento por piora do hábito intestinal há 3 semanas. Realiza-se colonoscopia que demonstra mucosa com padrão inflamatório difuso e, nas biópsias aleatórias do cólon transverso, o anatomopatológico revela displasia de baixo grau. Não há lesão visível ao exame endoscópico. A conduta mais adequada nesse caso é

- (A) indicar colectomia total, com ileostomia.
- (B) realizar biópsias endoscópicas dirigidas por cromatografia.
- (C) intensificar a vigilância com colonoscopia semestral e biópsias aleatórias.
- (D) tratar a crise de reativação e repetir a colonoscopia com biópsias em vigência de remissão da doença.
- (E) encaminhar para colectomia após confirmação da displasia por segundo patologista.

59

Mulher de 44 anos, sem comorbidades, refere constipação intestinal grave há 10 anos, com frequência evacuatória média de uma vez por semana, sem resposta a terapia por laxativos osmóticos, estimulantes, fibras e procinéticos em doses plenas. Nega dor abdominal como sintoma predominante. A manometria anorretal e a defecografia não configuram obstrução de saída. O estudo de trânsito colônico com 24 marcadores radiopacos demonstra retenção de 19 marcadores no cólon esquerdo no 5º dia do exame.

A conduta mais adequada para essa paciente é

- (A) tratamento com prucaloprida.
- (B) prescrição de enemas de forma regular.
- (C) colectomia total com anastomose ileorretal.
- (D) colectomia esquerda com anastomose coloanal.
- (E) apendicostomia com irrigação colônica anterógrada.

60

Homem de 42 anos, sem comorbidades, procura atendimento com queixa de drenagem purulenta perianal intermitente há 6 meses. Ao exame proctológico, identifica-se orifício externo em posição posterior, a 3 cm da margem anal e cripta deprimida em 6 horas ao toque retal. A ultrassonografia endoanal mostra trajeto interesfíncteriano, sem ramificações, com comprometimento de aproximadamente 15% do esfíncter externo.

A conduta mais adequada para esse paciente é

- (A) realizar fistulotomia.
- (B) colocar seton cortante.
- (C) colocar seton de drenagem.
- (D) fazer ligadura do trajeto interesfíncteriano.
- (E) fazer oclusão do orifício interno por avanço de retalho endorretal.

61

Menino de 7 anos, trazido pela mãe, apresenta escape fecal nas roupas íntimas diariamente há cerca de 4 meses. A mãe relata que a criança não tem vontade de evacuar e que a criança não tem constipação uma vez que as fezes encontradas nas roupas são de consistência pastosa. Ao exame físico, observa-se massa palpável na fossa ilíaca esquerda e flanco esquerdo. O toque retal demonstra ampola retal repleta de fezes endurecidas. A criança evacua espontaneamente apenas uma vez por semana.

O exame diagnóstico indicado para se descartar de doença de Hirschsprung e confirmar o diagnóstico de encoprese retentiva por constipação funcional -e o(a)

- (A) enema opaco para identificação de zona de transição.
- (B) manometria anorretal para avaliação do reflexo inibitório retoanal.
- (C) defecorressonância magnética para avaliação da dinâmica defecatória.
- (D) biópsia da segunda valva de Houston para avaliação da presença de células ganglionares na submucosas.
- (E) estudo de trânsito colônico com marcadores radiopacos para identificação do segmento com motilidade alterada.

62

Homem de 62 anos, sem comorbidades relevantes, é diagnosticado com adenocarcinoma. A RNM de pelve demonstra tumor de 2,8 cm, situado há 9 cm da margem anal, bem diferenciado, sem invasão linfovascular, com margem circunferencial de ressecção livre. A TC de tórax, abdome e pelve não demonstra metástases a distância.

Levando-se em consideração que o estadiamento clínico corresponde a T2N0M0, a conduta mais adequada para esse paciente é a

- (A) excisão local transanal.
- (B) ressecção anterior do reto com excisão total do mesorreto.
- (C) quimioterapia neoadjuvante seguida de excisão local transanal.
- (D) quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de ressecção anterior do reto.
- (E) quimioterapia neoadjuvante seguida de ressecção anterior do reto.

63

Homem de 34 anos, HIV negativo, procura atendimento com queixa de lesões verrucosas perianais há 4 meses. Ao exame proctológico, identificam-se múltiplas lesões condilomatosas confluentes na região perianal, com extensão para a margem anal. À anuscopia, observam-se múltiplas lesões papilomatosas sésseis, de superfície aveludada, distribuídas em toda a circunferência do canal anal, proximais e

distais a linha pectínea. A biópsia confirma condiloma acuminado sem displasia.

Segundo o protocolo mais recente do Ministério da Saúde, a conduta terapêutica mais adequada para esse paciente é:

- (A) ablação ou exérese cirúrgica sob anestesia.
- (B) imiquimode 5% creme, auto aplicado três vezes por semana, por até 16 semanas.
- (C) podofilotoxina, auto aplicada duas vezes ao dia por 3 dias consecutivos, por até 4 ciclos.
- (D) ácido tricloroacético 80–90%, aplicado semanalmente pelo médico, até o desaparecimento das lesões.
- (E) conduta expectante com acompanhamento trimestral, dada a possibilidade de resolução espontânea em paciente imunocompetente.

64

Homem de 28 anos é trazido ao pronto-socorro após queda de bicicleta com trauma perineal em cavaleiro, ocorrido há 2 horas. Está hemodinamicamente estável, sem sinais de peritonite. Ao exame, observa-se laceração perineal de 4 cm com exposição de fibras do esfíncter externo, sem comprometimento do esfíncter interno. A anuscopia confirma ausência de lesão retal associada.

A conduta mais adequada é

- (A) tratamento conservador com antibioticoterapia oral e reparo cirúrgico eletivo em 6 semanas.
- (B) colostomia de derivação com reparo esfíncteriano tardio, após cicatrização da ferida perineal.
- (C) desbridamento da ferida com aproximação cutânea e reparo esfíncteriano após formação de tecido cicatricial fibrótico.
- (D) reparo primário da laceração com colostomia de proteção.
- (E) reparo primário da laceração sem colostomia de proteção.

Cirurgia Geral

65

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

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

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

66

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

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

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

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

67

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

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

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

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

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

68

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

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

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

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

69

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

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

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

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

70

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

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

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

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

71

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

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

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

72

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

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

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

73

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

Segundo a classificação de Montreal, esse paciente seria

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

74

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

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

75

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

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

76

Sobre a doença calculosa biliar, é correto afirmar que

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

77

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

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

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

78

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

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

79

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

Das complicações a seguir, assinale a mais provável.

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

80

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

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

Realização

