

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA- 2026

A Comissão Coordenadora do Processo Seletivo – ProSel apresenta o resultado das contestações ao gabarito, de acordo com os critérios do Edital do Processo Seletivo para Residência Médica - 2026.

Contestações ao Gabarito Preliminar do Programa de Cirurgia Vascular e Oncológica:

- Questão 01 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 07 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 09 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 13 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.

A Comissão Coordenadora comunica que não cabem novas contestações ao gabarito.

Colatina/ES, 14 de outubro de 2025.

Coordenação do Processo Seletivo 2026



RESIDÊNCIAS UNESC 2026/1

Médicas

CIRURGIA VASCULAR | CIRURGIA ONCOLÓGICA

Inscrição nº:

--	--	--	--	--	--



CIRURGIA GERAL

Questão 01

Homem de 58 anos, portador de fibrilação atrial em uso de varfarina (INR 3,1), vítima de queda de moto a 60 km/h. Dá entrada consciente, Glasgow 14, PA 80/40 mmHg, FC 142 bpm, FR 32 irpm, SatO₂ 89% em O₂. Ao exame: murmúrio vesicular diminuído à direita, dor abdominal difusa, jugulares colabadas. FAST: líquido livre em quadrante superior direito. Não há fraturas pélvicas. Após acesso venoso calibroso, recebeu 500 mL de cristalóide aquecido. Qual deve ser a próxima conduta imediata?

- a) Administrar plasma fresco congelado e vitamina K para reversão do INR antes da abordagem cirúrgica.
- b) Solicitar TC de abdome com contraste para avaliar extensão da lesão abdominal.
- c) Realizar toracostomia em selo d'água à direita antes da laparotomia exploradora.
- d) **Proceder laparotomia exploradora imediata, com correção de coagulopatia durante o ato operatório.**
- e) Iniciar ressuscitação com protocolo de transfusão maciça e encaminhar à UTI para estabilização antes da cirurgia.

Questão 02

Homem de 70 anos, tabagista, portador de doença renal crônica em hemodiálise e DPOC grave, apresenta dor abdominal súbita e colapso hemodinâmico. PA 60/30 mmHg, FC 150 bpm. Exame físico: massa pulsátil em abdome. Ecografia à beira-leito confirma aneurisma de aorta abdominal roto. O hospital dispõe de sala híbrida e equipe treinada em cirurgia aberta e endovascular, porém o aneurisma apresenta colo curto (<10 mm) e ângulo >75°. Qual a melhor conduta?

- a) Manter hipotensão permissiva e realizar reparo endovascular com endoprótese padrão, mesmo em anatomia desfavorável.
- b) Reanimar agressivamente até PA 100 mmHg antes de qualquer procedimento cirúrgico.
- c) **Laparotomia imediata para reparo aberto, considerando as limitações anatômicas.**
- d) Transferir paciente para outro centro com maior disponibilidade de endopróteses especiais.
- e) Implantar endoprótese fenestrada em caráter emergencial, independentemente de estoque e preparo.

Questão 03

Homem de 62 anos, com adenocarcinoma de reto baixo (5 cm da borda anal), cT3N1M0. Submetido a radioquimioterapia neoadjuvante. Após 12 semanas, apresenta ressonância magnética de pelve mostrando ausência de lesão visível, cicatriz fibrótica e linfonodos não suspeitos. Toque retal sem massa, apenas retração cicatricial. Colonoscopia: ulceração cicatricial sem tumor. Qual a conduta mais adequada?

- a) Amputação abdominoperineal imediata, pois tumores baixos exigem ressecção radical.
- b) **Acompanhar com protocolo watch-and-wait, considerando resposta clínica completa.**
- c) Reseção anterior baixa com anastomose coloanal e ileostomia de proteção.
- d) Quimioterapia adjuvante exclusiva, sem cirurgia.
- e) Radioterapia de reforço (boost) para aumentar segurança oncológica.

Questão 04

Homem de 42 anos, vítima de colisão carro-moto a 80 km/h. Chega consciente (Escala de Coma de Glasgow 15), pálido e sudoreico. Sinais vitais: FC 150 bpm, PA 78/46 mmHg, FR 28 irpm, SatO₂ 94% em O₂. FAST negativo em todos os quadrantes; Rx de pelve mostra fratura em "livro aberto" (diástase sacroilíaca). Após 500 mL de cristalóide aquecido, mantém choque. Centro com sala de trauma, ortopedia de plantão e hemodinâmica não imediata (intervencionista chega em 90 min). Qual a próxima conduta imediata mais adequada?

- a) Angioembolização seletiva das artérias ilíacas internas.
- b) REBOA (Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta) em zona I e encaminhamento à TC total.
- c) Laparotomia exploradora para pesquisa de sangramento oculto.
- d) Observação em UTI com hipotensão permissiva até disponibilidade do radiologista intervencionista.
- e) **Aplicação imediata de cinta pélvica, empacotamento pré-peritoneal e fixação externa, associando ressuscitação hemostática.**

Questão 05

Mulher de 47 anos, colecistectomia videolaparoscópica há 7 dias por colecistite litiásica. Evoluiu com dor, febre e icterícia. TC: coleção sub-hepática drenada (biloma); colangiografia pela drenagem sugere lesão alta com interrupção de ductos hepáticos direito e esquerdo (padrão E4). Está afebril após drenagem, BT 6,2 mg/dL, sem disfunção orgânica. Qual a melhor estratégia?

- a) Reconstrução tardia ($\geq 6-8$ semanas) com hepático-jejunostomia em Y de Roux.
- b) Reoperação imediata com sutura término-terminal dos ductos e dreno de Kehr.
- c) CPRE com papilotomia e prótese única até 10 dias, seguida de observação.
- d) Instalar dreno transcístico e manter antibiótico por 4 semanas, sem reconstrução.
- e) Reoperação imediata com hepático-duodenostomia de alça curta.

Questão 06

Homem de 61 anos, etilista, com pancreatite aguda grave. No 17º dia, febre, leucocitose, PCR elevada; TC com contraste: necrose $>50\%$ com gás intracoletado. Hemoculturas positivas para enterobactéria. Em uso de antibiótico, em suporte hemodinâmico leve. Qual a melhor estratégia inicial?

- a) Drenagem percutânea ou endoscópica da coleção (passo 1 do *step-up*), postergando necrosectomia mínima até $\geq 3-4$ semanas se necessário.
- b) Necrosectomia aberta urgente nas primeiras 24 h para controle definitivo.
- c) Laparotomia com lavagem ampla e drenagem múltipla sem necrosectomia.
- d) CPRE com esfinterotomia de rotina para “melhorar a drenagem pancreática”.
- e) Manter apenas antibiótico por 7 dias e reavaliar, evitando drenagens.

Questão 07

Homem de 68 anos, emagrecido, chega ao pronto-socorro com distensão abdominal importante, vômitos fecaloides e dor contínua. Exame físico: abdome distendido, doloroso difusamente, sinais de irritação peritoneal. Sinais vitais: FC 128 bpm, PA 84/52 mmHg, lactato 4,2 mmol/L, febre 38,5 °C. Tomografia abdominal mostra obstrução em sigmoide compatível com neoplasia, grande distensão colônica, pneumatose parietal no ceco, pequeno pneumoperitônio e líquido livre turvo. Qual a conduta cirúrgica inicial mais apropriada?

- a) Colectomia segmentar com anastomose primária e ileostomia de proteção.
- b) Colectomia subtotal com ileostomia terminal.
- c) Endoprótese colônica como ponte para cirurgia eletiva.
- d) Colectomia à Hartmann de urgência.
- e) Cecostomia de descompressão associada a antibiótico, adiando ressecção.

Questão 08

Mulher de 64 anos, obesa, DPOC, apresenta hérnia incisional gigante com perda de domicílio. Dá entrada por peritonite secundária a perfuração de alça delgada por encarceramento. Durante a laparotomia de urgência, após ressecção ileal e lavagem, permanece contaminação significativa, sem possibilidade de fechamento fascial sem tensão. Qual a melhor estratégia reconstrutiva nesta fase?

- a) Utilizar tela sintética de polipropileno posicionada intraperitonealmente como reparo definitivo, visando reduzir risco de recidiva.
- b) Realizar separação de componentes imediatamente, com tela sintética leve em posição retro-muscular, buscando reconstrução em tempo único.
- c) Implantar tela biológica definitiva em posição intraperitoneal, como solução única para fechamento imediato.
- d) Manter abdome aberto com fechamento temporário por pressão negativa ou ponte biológica, adiando a reconstrução definitiva (separação de componentes + tela) para 6–12 semanas.
- e) Promover fechamento fascial sob tensão, sem uso de tela, reduzindo risco de corpo estranho, apesar da alta chance de recidiva

Questão 09

Homem de 73 anos, diabético, febre alta e icterícia há 48 h. À admissão: rebaixamento do sensório, PA 78/46 mmHg (noradrenalina 0,2 µg/kg/min), FC 128 bpm, FR 26 irpm. BT 8,4 mg/dL, leucócitos 22.000, lactato 4,6 mmol/L. USG: dilatação de vias biliares e cálculo em colédoco distal. Qual a conduta prioritária?

- a) Realizar colecistectomia laparoscópica imediata com exploração do colédoco.
- b) Instituir antibiótico e observação na UTI, reservando a CPRE apenas em caso de piora.
- c) Optar por colecistostomia percutânea como tratamento definitivo nesta fase.
- d) Proceder laparotomia imediata com coledocotomia e drenagem biliar por Kehr.
- e) Indicar descompressão biliar urgente por CPRE, associada a antibiótico e suporte clínico.

Questão 10

Homem de 66 anos, vítima de politrauma, submetido a laparotomia de controle de danos e grande reposição volêmica. Na UTI, apresenta abdome tenso e distendido, pressão de vias aéreas elevada, oligúria, pressão intravesical de 28 mmHg, lactato 5,3 mmol/L e relação PaO₂/FiO₂ de 160. Qual a melhor conduta neste momento?

- a) Manter sedação profunda e bloqueio neuromuscular contínuo, sem outras intervenções imediatas.
- b) Administrar diurético de alça para reduzir a pressão intra-abdominal.
- c) Realizar laparotomia descompressiva, uso de curativo a vácuo e reanimação guiada por metas.
- d) Ajustar parâmetros ventilatórios com aumento da PEEP e observação clínica.
- e) Colocar o paciente em posição de Fowler e adotar restrição hídrica temporária.

Questão 11

Paciente de 45 anos, no quinto dia pós-transplante hepático, apresenta dor abdominal, aumento súbito de transaminases, bilirrubina e fosfatase alcalina, além de débito bilioso turvo pelo dreno biliar. Exame Doppler evidencia ausência de fluxo na artéria hepática. Qual a melhor conduta imediata?

- a) Iniciar anticoagulação sistêmica e repetir o Doppler em 24 horas.
- b) Realizar exploração cirúrgica urgente com tentativa de revascularização arterial.
- c) Indicar CPRE com colocação de prótese para aliviar obstrução biliar.
- d) Solicitar tomografia e biópsia hepática antes de qualquer intervenção.
- e) Programar retransplante eletivo se houver piora progressiva do enxerto

Questão 12

Mulher de 52 anos, no terceiro dia após bypass gástrico em Y de Roux, apresenta taquicardia de 132 bpm, febre de 38,3 °C, dor abdominal difusa e defesa à palpação. Exame laboratorial mostra lactato de 3,8 mmol/L. Tomografia com contraste não está disponível no momento. Qual deve ser a conduta inicial?

- a) Indicar cirurgia imediata para identificar e tratar possível deiscência anastomótica.
- b) Manter jejum, iniciar antibióticos de amplo espectro e reavaliar após exames de imagem.
- c) Tentar fechamento endoscópico da fístula com cliques ou prótese.
- d) Realizar drenagem percutânea guiada por imagem e manter suporte clínico.
- e) Encaminhar à UTI para monitorização intensiva e testes diagnósticos adicionais.

Questão 13

Homem de 69 anos, portador de fibrilação atrial crônica, apresenta dor abdominal súbita há 8 horas, vômitos e evolução para choque. Ao exame físico, o abdome mostra defesa generalizada e sinais de peritonite. Exames revelam lactato de 5,9 mmol/L. Qual é a conduta mais adequada neste momento?

- a) Iniciar anticoagulação plena e analgesia, aguardando realização de angiotomografia.
- b) Indicar trombólise seletiva após estabilização hemodinâmica.
- c) Realizar laparotomia imediata com trombectomia e ressecção do segmento necrótico.
- d) Instituir antibioticoterapia e observação clínica por 12 horas.
- e) Optar por abordagem endovascular primária sem exploração cirúrgica do intestino

Questão 14

Homem de 59 anos, obeso, diabético e ex-tabagista, é submetido a ressecção anterior baixa por tumor de reto médio após tratamento neoadjuvante. Durante a cirurgia, houve sangramento de 800 mL, necessidade de transfusão, uso intermitente de vasopressor e perfusão marginal do coto colônico limítrofe após mobilização do cólon esquerdo. Foi realizada anastomose mecânica término-terminal ultrabaixa. Qual a conduta imediata mais apropriada para reduzir complicações graves relacionadas à anastomose?

- a) Manter apenas a anastomose mecânica, sem medidas adicionais, considerando que o risco de fístula já é reduzido.
- b) Reforçar a anastomose com pontos separados adicionais, evitando a confecção de estoma protetor.
- c) Converter para operação de Hartmann em razão da transfusão e do uso de drogas vasoativas no intraoperatório.
- d) Confeccionar ileostomia de proteção em alça, com previsão de fechamento após a recuperação do paciente.
- e) Posicionar dreno próximo à anastomose, considerando-o suficiente para prevenir complicações, sem necessidade de estoma

Questão 15

Mulher de 71 anos, com sepse abdominal controlada após cirurgia de lavagem e drenagem por perfuração de cólon, encontra-se na UTI em uso de noradrenalina em doses decrescentes. Não há sinais de íleo paralítico, e o débito gástrico pela sonda é tolerável. Sem contraindicação absoluta ao trânsito enteral. Qual a estratégia nutricional inicial mais apropriada nas primeiras 24–48 horas?

- a) Iniciar nutrição parenteral total de forma imediata, buscando atingir a meta calórica completa já no primeiro dia.
- b) Manter jejum absoluto por cerca de cinco dias para promover repouso intestinal antes de iniciar dieta oral.
- c) Combinar nutrição parenteral parcial com oferta de dieta oral livre conforme apetite do paciente.
- d) Adiar a nutrição enteral até a suspensão completa da noradrenalina, mantendo suporte apenas com soluções venosas nesse período.
- e) Introduzir nutrição enteral precoce em pequenas quantidades por sonda, progredindo conforme tolerância e priorizando metas proteicas.

Questão 16

Mulher de 54 anos apresenta dor intensa e desproporcional no membro inferior direito, febre, rápida progressão de edema e equimoses, bolhas hemorrágicas e odor fétido. Exames revelam lactato de 4,1 mmol/L e hipotensão relativa. Tomografia do membro mostra presença de gás nos planos fasciais. Qual deve ser a conduta prioritária?

- a) Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e manter observação clínica por 6–12 horas antes de qualquer intervenção.
- b) Realizar desbridamento cirúrgico imediato e extenso, associado a antibioticoterapia de amplo espectro e suporte hemodinâmico.
- c) Instituir oxigenoterapia hiperbárica, postergando o desbridamento cirúrgico para após 24 horas.
- d) Executar apenas fasciotomias de alívio, aguardando posterior demarcação da área necrosada.
- e) Administrar antitoxina para estreptococo e manter vigilância clínica, indicando cirurgia apenas em caso de deterioração.

Questão 17

Homem de 62 anos, submetido a laparotomia por peritonite perforativa, evoluiu com abdome aberto devido a edema visceral. No décimo dia de pós-operatório, apresenta fístula enteroatmosférica de alto débito, perda ponderal, hipoalbuminemia e erosão cutânea ao redor do trajeto. Qual a estratégia global mais adequada nesta fase?

- a) Realizar reconstrução imediata da parede abdominal com colocação de tela definitiva.
- b) Ressecar o segmento fistuloso e fechar o abdome nesta fase.
- c) Introduzir agentes antissecretores e manter observação clínica por duas semanas.
- d) Fazer curativo simples com gaze seca e aguardar fechamento espontâneo da fístula.
- e) Controlar a sepse, curativo a vácuo, suporte nutricional e adiar a reconstrução definitiva.

Questão 18

Homem de 58 anos, D1 pós-transplante renal, com creatinina pré-operatória de 6,1 mg/dL, evolui nas primeiras 6 horas com anúria, dor na fossa ilíaca direita e queda da temperatura cutânea local. Doppler do enxerto mostra ausência de fluxo arterial, com onda venosa pobremente visualizada. Sem sangramento externo, hemodinamicamente estável. Qual a conduta imediata mais adequada?

- a) Repetir o Doppler em algumas horas e iniciar anticoagulação profilática, aguardando eventual recanalização espontânea.
- b) Solicitar angiografia diagnóstica com possibilidade de trombólise intra-arterial, programando o procedimento nas próximas horas.
- c) Indicar reexploração cirúrgica imediata do enxerto, com trombectomia e revisão da anastomose arterial, tentando revascularização sempre que viável.
- d) Realizar biópsia percutânea do enxerto para afastar rejeição aguda como causa da anúria precoce.
- e) Instituir corticoterapia empírica em altas doses, mantendo observação clínica e resposta laboratorial nas primeiras 24 horas.

Questão 19

Mulher de 64 anos, oito meses após hernioplastia incisional com tela de polipropileno em posição retromuscular, apresenta fístula entero-cutânea de alto débito drenando próximo ao sítio da prótese. A tomografia evidencia coleção periprotética com trajeto fistuloso para alça delgada. Já recebeu múltiplos esquemas antibióticos e passou por duas drenagens percutâneas, com recidiva do quadro. Qual a estratégia mais adequada?

- a) Realizar desbridamento local com curativo a vácuo, tentando manter a tela no leito e evitando nova cirurgia maior.
- b) Indicar nova drenagem percutânea dirigida por imagem, associada a antibioticoterapia de longo prazo como tratamento principal.
- c) Proceder à retirada completa da tela, ressecção do segmento intestinal fistuloso e fechamento temporário, com reconstrução definitiva apenas em fase tardia.
- d) Optar por antibioticoterapia supressiva de forma contínua, mantendo acompanhamento clínico ambulatorial prolongado.
- e) Executar separação de componentes imediatamente, associando colocação de nova tela definitiva no mesmo ato cirúrgico.

Questão 20

Homem de 55 anos, no terceiro dia após colestomia laparoscópica esquerda com uso de dispositivo de energia bipolar avançada, evolui com taquicardia (124 bpm), dor abdominal difusa e febre de 38,1 °C. A tomografia inicial não evidenciou pneumoperitônio ou coleção definida. Apesar de antibioticoterapia, mantém dor desproporcional e sinais sistêmicos. Qual a conduta mais adequada neste cenário?

- Indicar reabordagem cirúrgica imediata, preferencialmente por laparoscopia diagnóstica, identificação de lesão térmica e realização de reparo.
- Manter antibiótico endovenoso e observação clínica rigorosa por 24–48 horas antes de qualquer intervenção adicional.
- Realizar estudo contrastado do trânsito intestinal com meio hidrossolúvel para investigação de possível perfuração tardia.
- Solicitar colonoscopia diagnóstica para avaliar diretamente a integridade da anastomose e descartar complicações mecânicas.
- Dar alta hospitalar com prescrição de antibiótico e orientação de retorno em 48 horas para reavaliação clínica.

Questão 21

Homem de 67 anos, no pós-operatório de gastrectomia por neoplasia, encontra-se em UTI com sangramento já controlado. Está estável hemodinamicamente, sem dor torácica, sem sinais de isquemia no ECG, lactato em queda. Hemoglobina de 7,2 g/dL, ventilando espontaneamente em ar ambiente e sem evidências de hipoperfusão. Qual deve ser a conduta em relação à transfusão de concentrado de hemácias?

- Realizar transfusão de duas unidades, com o objetivo de manter a hemoglobina acima de 10 g/dL.
- Transfundir uma unidade, buscando elevar a hemoglobina para a faixa de 8 a 9 g/dL.
- Optar por não transfundir neste momento, seguindo estratégia restritiva com limiar próximo de 7 g/dL e reavaliação clínica frequente.
- Iniciar uso rotineiro de eritropoetina associada a ferro endovenoso como forma de correção da anemia.
- Administrar solução cristalóide em maior volume, visando elevar os níveis de hemoglobina sem transfusão.

Questão 22

Homem de 62 anos, portador de metástases hepáticas de câncer colorretal, é candidato a hepatectomia direita estendida. A volumetria hepática mostra futuro remanescente hepático (FRH) de 22%. O fígado não é cirrótico, mas apresenta esteatose leve após quimioterapia. Qual deve ser a próxima etapa mais apropriada?

- Realizar a hepatectomia estendida de forma imediata, considerando que o FRH está acima de 20%.
- Indicar transplante hepático como forma definitiva de tratamento oncológico neste cenário.
- Planejar hepatectomia em duas etapas, sem necessidade de embolização prévia da veia porta.
- Optar diretamente pelo procedimento ALPPS, combinando ligadura portal e particionamento hepático em abordagem em estágios.
- Promover hipertrofia do remanescente por meio de embolização da veia porta, antes de prosseguir com a ressecção programada.

Questão 23

Mulher de 52 anos, no terceiro dia após colecistectomia laparoscópica, apresenta biloma sub-hepático de 4 cm e débito biliar de 400 mL/dia pelo dreno. Mantém-se estável, sem sinais de sepse. Há suspeita de vazamento do coto cístico ou de ducto de Luschka. Qual a conduta mais adequada?

- Indicar reoperação imediata para nova exploração cirúrgica e ligadura direta do coto biliar.
- Realizar CPRE com esfínterectomia e colocação de stent biliar, associando drenagem percutânea do biloma se necessário.
- Manter apenas antibioticoterapia venosa e observação clínica prolongada, aguardando fechamento espontâneo do trajeto.
- Reabordar por laparoscopia para lavagem e posicionamento de novo dreno, sem tratamento endoscópico associado.
- Dar alta hospitalar com programação de acompanhamento eletivo e reavaliação tardia do débito biliar.

Questão 24

Mulher de 38 anos, no sétimo dia após gastrectomia vertical (sleeve) para tratamento da obesidade, apresenta febre baixa e dor em hipocôndrio esquerdo. Sinais vitais: PA 104/66 mmHg, FC 104 bpm, eupneica, sem toxemia. Tomografia de abdome com contraste mostra coleção perigástrica de 6 cm junto ao ângulo de His, com extravasamento contido de contraste, sem pneumoperitônio livre. Exames laboratoriais: leucócitos 15.800/ μ L, lactato 1,9 mmol/L. Qual deve ser a melhor estratégia inicial?

- a) Realizar tratamento endoscópico com colocação de prótese totalmente coberta para exclusão do vazamento, associado a drenagem percutânea da coleção.
- b) Indicar laparotomia com conversão para gastrectomia total e reconstrução em Y de Roux como abordagem definitiva.
- c) Instituir antibiótico venoso e observação clínica por 48 horas, sem drenagens adicionais.
- d) Reoperar imediatamente para tentativa de sutura primária da fístula, sem necessidade de drenagem da coleção perigástrica.
- e) Adotar nutrição parenteral total exclusiva por cerca de duas semanas, sem intervenções locais adicionais.

Questão 25

Homem de 27 anos, vítima de ferimento por arma branca na zona de Ziedler, chega ao pronto-socorro agitado, com pele fria e pulso filiforme. Durante a avaliação, evolui para atividade elétrica sem pulso (AESP). Testemunhas relatam movimentos voluntários e respiração agônica minutos antes. Qual deve ser a próxima conduta imediata?

- a) Realizar intubação orotraqueal, drenagem torácica bilateral e massagem cardíaca externa por cerca de quinze minutos.
- b) Conduzir reanimação cardiopulmonar avançada por vinte minutos e, se não houver resposta, declarar óbito.
- c) Proceder laparotomia de emergência para acesso à cavidade abdominal e compressão manual da aorta infrarrenal.
- d) Indicar toracotomia de ressuscitação anterolateral esquerda, com pinçamento da aorta descendente e controle direto de possíveis lesões cardíacas ou hiliares.
- e) Utilizar cateter-balão endovascular (REBOA) em zona I como forma de oclusão temporária da aorta torácica

Questão 26

Homem de 64 anos, submetido a hepatectomia direita estendida por metástases colorretais. No quinto dia de pós-operatório, apresenta bilirrubina total de 12,1 mg/dL, INR 2,0, ascite progressiva, encefalopatia grau II e creatinina de 2,1 mg/dL. Tomografia mostra ausência de trombose portal ou obstrução biliar; doppler com fluxo preservado. Hemoculturas pendentes, febre intermitente. O hospital dispõe de UTI avançada com suporte renal contínuo. Qual deve ser a estratégia principal neste momento?

- a) Reexploração cirúrgica imediata com revisão das anastomoses e lavagem da cavidade.
- b) Suporte intensivo em UTI, com controle de sepse e acompanhamento seriado para transplante em caso de falência progressiva.
- c) Embolização da veia porta visando hipertrofia compensatória do fígado remanescente.
- d) Iniciar anticoagulação plena para tentar otimizar a microcirculação hepática.
- e) Realizar CPRE com drenagem biliar profilática, mesmo na ausência de obstrução documentada

Questão 27

Homem de 57 anos, no quinto dia após colectomia esquerda por diverticulite complicada, evolui com vômitos biliosos, distensão abdominal e dor em cólica, mas sem febre ou sinais de peritonite. A sonda nasogástrica apresenta alto débito. Tomografia evidencia obstrução do delgado com ponto de transição único, sem sinais de isquemia ou pneumoperitônio, e pequena quantidade de líquido livre. Qual deve ser a conduta inicial mais apropriada?

- a) Instituir tratamento conservador com sonda nasogástrica, reposição hidroeletrólítica.
- b) Realizar laparotomia imediata para lise de aderências e exploração do abdome.
- c) Iniciar antibiótico de amplo espectro e liberar dieta oral de acordo com a aceitação.
- d) Dar alta hospitalar e programar retorno ambulatorial em cerca de 48 horas.
- e) Indicar colonoscopia diagnóstica para investigação direta do ponto de obstrução.

Questão 28

Homem de 68 anos, episódio de amaurose fugaz há 6 dias. Doppler de carótidas: estenose de 80–85% na carótida interna direita. História de radioterapia cervical por linfoma há 20 anos e dissecação cervical prévia à direita. TC de crânio sem isquemia estabelecida. Ecocardiograma normal. Sem contraindicações a dupla antiagregação. Qual a melhor estratégia para reduzir risco de novo evento isquêmico?

- a) Endarterectomia de carótida sob anestesia geral, sem shunt.
- b) CEA sob anestesia local com shunt seletivo.
- c) Terapia medicamentosa isolada, pois não houve infarto constituído.
- d) Bypass carotídeo-subclávio aberto.
- e) Angioplastia e stent de carótida, com proteção cerebral distal, devido a pescoço hostil e alto risco cirúrgico local.

Questão 29

Homem de 61 anos, dor torácica súbita migrando para dorso. Angio-TC: dissecação tipo B com lúmen falso perfundido e estenose crítica da artéria renal direita pelo flap. Nas últimas 12 horas, dor refratária, hipertensão não controlada e elevação de creatinina. Não há sinais de ruptura. Qual a conduta mais apropriada?

- a) Controle clínico exclusivo da pressão arterial por 72 horas e reavaliação.
- b) Cirurgia aberta com substituição da aorta descendente.
- c) Reparo endovascular da aorta torácica, se anatomia permitir.
- d) Stent na artéria renal direita sem tratar a dissecação.
- e) Observação, pois não há sinais de ruptura.

Questão 30

Mulher de 74 anos, início súbito de dor intensa na perna esquerda com parestesia e fraqueza do pé. Exame: pele fria, palidez, ausência de pulso poplíteo e distais, déficit motor em dorsiflexão (Rutherford IIb). Ecocardiograma com fibrilação atrial. Início de heparina já realizado. Qual a próxima etapa?

- a) Trombolíticos intra-arteriais por 24–48 horas.
- b) Observação por 6 horas com anticoagulação e aquecimento.
- c) Angioplastia primária da artéria poplíteia.
- d) Revascularização cirúrgica imediata.
- e) Analgesia potente e retorno ambulatorial em 12 horas.

Questão 31

Homem de 75 anos, 18 meses após EVAR (endovascular aortic repair) para aneurisma de aorta abdominal. TC de controle mostra crescimento do saco de 58 para 64 mm e extravasamento de contraste na cúpula proximal adjacente ao colo, compatível com endoleak tipo Ia. Anatomia hostil, colo curto. Qual o próximo passo mais adequado?

- a) Observação anual, pois o crescimento <10 mm não tem relevância clínica.
- b) Embolização seletiva de ramos lombares por hipótese de endoleak tipo II.
- c) Controle pressórico rigoroso e reavaliação em 6 meses.
- d) Retirada da endoprótese com ligadura da aorta infrarrenal.
- e) Correção endovascular com extensão proximal e se necessário, técnicas adicionais de fixação.

Questão 32

Homem de 67 anos, dor na panturrilha direita e cianose dos dedos há 24 horas. Doppler: aneurisma poplíteo de 3,0 cm com trombo mural e microêmbolos distais; artérias tibiais com fluxo reduzido. Pausa tabágica recente. Sem história de claudicação prévia. Qual a melhor conduta?

- a) Observação clínica com antiagregação isolada.
- b) Exclusão do aneurisma e bypass distal com veia safena, com trombectomia distal se indicada.
- c) Implante de endoprótese poplíteia como primeira opção terapêutica.
- d) Fasciotomia isolada sem correção do aneurisma.
- e) Trombólise intra-arterial exclusiva

Questão 33

Mulher de 62 anos, claudicação incapacitante bilateral. Angio-TC: oclusões longas das ilíacas externas bilaterais e doença femoral comum. Sem doença aórtica significativa. Veia safena magna presente e calibrosa. Controle clínico otimizado sem resposta. Qual a melhor estratégia de revascularização?

- a) Bypass aortobifemoral (ou bi-ilíaco), por via aberta.
- b) Angioplastia e stent ilíacos bilaterais, independentemente da extensão da lesão.
- c) Endarterectomia isolada da femoral comum.
- d) Bypass femorofemoral cruzado sem correção das lesões ilíacas.
- e) Apenas observação, já que não há isquemia crítica.

Questão 34

Homem de 63 anos, sexto dia pós-Whipple por adenocarcinoma de cabeça de pâncreas. Dreno com débito de 250 mL/dia, amilase três vezes maior que a sérica. Evoluiu com febre (38,3 °C), leucocitose e intolerância alimentar. TC de abdome mostra coleção peripancreática de 3,5 cm, sem gás, com dreno posicionado. Está estável hemodinamicamente. Considerando os critérios atuais de fístula pancreática pós-operatória, qual a conduta mais adequada neste momento?

- a) Reoperação imediata para revisão da anastomose pancreática e drenagem cirúrgica da coleção.
- b) Retirada programada do dreno para reduzir risco de colonização, mantendo antibiótico e nutrição enteral precoce.
- c) Nutrição parenteral exclusiva como medida principal, associada a antibioticoterapia e vigilância clínica.
- d) Conduta conservadora com drenagem mantida, antibiótico, suporte nutricional e uso de somatostatina.
- e) Abordagem endoscópica precoce (prótese biliar/pancreática) para reduzir pressão ductal e facilitar fechamento da fístula

Questão 35

Homem de 48 anos, há 7 dias com dor em fossa ilíaca direita, palpação revela massa dolorosa. TC mostra plastrão apendicular com abscesso de 5 cm. Sem sinais de peritonite difusa. Qual a melhor estratégia?

- Apêndicectomia imediata por via aberta.
- Apenas antibiótico e alta precoce.
- Antibiótico associado a drenagem percutânea e apêndicectomia intervalar.
- Colonoscopia imediata.
- Laparoscopia diagnóstica sem tratamento definitivo

Questão 36

Mulher de 45 anos, carcinoma ductal invasivo HER2 positivo, cT2N1 antes da quimioterapia neoadjuvante (QTNeo). O linfonodo axilar positivo foi marcado com clipe na biópsia inicial. Após QTNeo com bloqueio anti-HER2, exame físico e ultrassonografia mostram axila clinicamente negativa (cN0). Qual a melhor estratégia axilar?

- Dissecção axilar completa de rotina (níveis I–II), considerando o status linfonodal inicial positivo.
- Omitir cirurgia axilar e indicar radioterapia regional (axila e supraclavicular) como substituto à abordagem cirúrgica.
- Biópsia do linfonodo sentinela com dupla marcação associada à retirada obrigatória do linfonodo previamente marcado, reservando dissecção axilar para doença residual.
- Biópsia do linfonodo sentinela isolada, mesmo que não se recupere o linfonodo previamente clipeado.
- Dissecção axilar parcial (nível I), como estratégia intermediária entre sentinela e esvaziamento completo.

Questão 37

Mulher de 39 anos, portadora de carcinoma papilífero da tireoide de 2,5 cm, unifocal, intratireoidiano, sem linfonodos suspeitos ao exame físico e ultrassonografia cervical (cN0). Não apresenta fatores de alto risco (ausência de invasão extratireoidiana, sem histórico de radiação, sem antecedentes familiares). Função vocal normal e sem comorbidades. Qual a melhor conduta cirúrgica inicial considerando prognóstico oncológico e estratégias de seguimento?

- Tireoidectomia total associada à dissecção profilática do compartimento central (nível VI), visando otimizar estadiamento e facilitar radioiodoterapia.
- Tireoidectomia total isolada, sem dissecção linfonodal, permitindo uso de radioiodo e monitorização da tireoglobulina sérica como marcador tumoral.
- Lobectomia associada à dissecção profilática do compartimento lateral (níveis II–V), indicada em tumores acima de 2 cm.
- Lobectomia com istmectomia (hemitireoidectomia), sem dissecção linfonodal, adequada para doença de baixo risco e com seguimento baseado em ultrassonografia e tireoglobulina estimulada.
- Observação ativa com supressão de TSH e seguimento ultrassonográfico, considerando a ausência de linfonodos suspeitos e a faixa etária jovem.

Questão 38

Homem de 62 anos, portador de carcinoma epidermoide de esôfago em terço médio, tratado com quimiorradioterapia neoadjuvante. História de gastrectomia parcial Billroth II há 15 anos por úlcera péptica. Arteriografia mostra arcada cólica patente, com artéria cólica média de bom calibre. Paciente com bom desempenho funcional. Qual a melhor estratégia reconstrutiva após esofagectomia?

- Tubulização do estômago remanescente e ascensão para anastomose cervical, independentemente da ressecção prévia.
- Interposição de cólon transverso com base na artéria cólica média, posicionando-o para anastomose cervical.
- Interposição jejunal em segmento curto, sem necessidade de microcirurgia, como técnica de primeira escolha.
- Reconstrução utilizando o estômago remanescente associado a prótese vascular para restabelecer fluxo arterial.
- Interposição jejunal retroesternal obrigatória em todos os casos, independentemente da viabilidade colônica.

Questão 39

Homem de 60 anos, adenocarcinoma gástrico T3N+ confirmado por ecoendoscopia. Tumor localizado na incisura angularis (pequena curvatura, transição corpo-antero). Após quimioterapia neoadjuvante (platina + fluoropirimidina), apresenta resposta clínica mínima. Histologia: subtipo difuso (Lauren). Tomografia sem metástases. Qual a conduta cirúrgica mais apropriada?

- Gastrectomia total com linfadenectomia D2, devido ao alto risco de comprometimento da margem proximal.
- Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1+, indicada em tumores distais mesmo em Lauren difuso, desde que margens livres sejam obtidas.
- Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2, evitando esplenectomia/pancreatectomia de rotina, suficiente em qualquer tumor distal com margens aparentes livres.
- Gastrectomia subtotal com D2 associada à esplenectomia profilática, visando clearance linfonodal adicional no hilo esplênico.
- Gastrectomia total com linfadenectomia D3 (para-aórticos), recomendada em tumores difusos pela maior propensão a disseminação linfonodal precoce

Questão 40

Homem de 63 anos, icterícia e colestase. Colangio-RM: colangiocarcinoma perilar tipo IIIa de Bismuth (envolve ducto hepático comum e confluência, estendendo-se para o ramo direito). Volume do futuro remanescente hepático (lobo esquerdo + segmento I) estimado em 28%. Sem colangite ativa. Qual a estratégia mais apropriada?

- Drenagem biliar bilateral completa com próteses metálicas autoexpansíveis, seguida de hepatectomia direita estendida.
- Hepatectomia esquerda com caudatectomia e reconstrução biliodigestiva, para preservar maior volume hepático funcional.
- Embolização portal esquerda visando aumentar o volume do lobo direito e permitir hepatectomia esquerda estendida.
- Quimiorradioterapia neoadjuvante de indução antes da ressecção, devido ao risco de insuficiência hepática pós-operatória.
- Drenagem seletiva do futuro remanescente hepático, associada a embolização portal direita, seguida de hepatectomia direita estendida.

Questão 41

Mulher de 58 anos, portadora de massa retroperitoneal de 22 cm, suspeita de lipossarcoma, deslocando rim direito e cólon ascendente, em íntimo contato com o psoas. Sem metástases à distância, bom estado clínico. Biópsia percutânea confirmou sarcoma de partes moles de baixo grau. Qual a melhor estratégia cirúrgica?

- Ressecção intralesional ou piecemeal, preservando órgãos adjacentes para reduzir morbidade.
- Ressecção em bloco do tumor com órgãos potencialmente comprometidos, visando margem R0.
- Ressecção limitada com preservação obrigatória do rim e cólon, mesmo que implique margem R1.
- Dissecção linfonodal retroperitoneal sistemática associada à ressecção, pois há risco de metástase linfonodal.
- Radioterapia isolada como tratamento definitivo, reservando cirurgia apenas para falha do controle local

Questão 42

Homem de 54 anos, pseudomixoma peritoneal secundário a neoplasia mucinosa apendicular de baixo grau. Bom desempenho funcional (ECOG 0–1). Índice de Carcinomatose Peritoneal (PCI) de 16 na TC e laparoscopia diagnóstica. Sem metástases extra-abdominais. Qual a melhor conduta?

- Quimioterapia sistêmica isolada, considerando que a doença é de baixo grau.
- Cirurgia de citorredução completa (CC-0/CC-1) associada à HIPEC, realizada em centro especializado.
- Suporte clínico paliativo com paracenteses seriadas para controle de sintomas.
- Observação ativa com nova tomografia em 6 meses, postergando qualquer intervenção.
- Laparotomia de alívio para descompressão, sem citorredução, seguida de fechamento imediato

Questão 43

Homem de 49 anos, previamente saudável, apresenta dor torácica súbita após episódio de vômitos vigorosos. Ao exame: enfisema subcutâneo cervical e taquipneia leve. TC de tórax com contraste mostra pneumomediastino e derrame pleural esquerdo. Esofagografia hidrossolúvel evidencia extravasamento distal torácico. Evolução < 12 horas. Sinais vitais estáveis, sem choque. Qual a melhor conduta inicial?

- a) Tratamento conservador com jejum, antibióticos de amplo espectro, nutrição parenteral total e observação clínica, indicado apenas se o extravasamento for contido e sem derrame significativo.
- b) Colocação de prótese esofágica autoexpansível recoberta, associada a drenagem pleural por tubo, podendo evitar cirurgia aberta em pacientes com estabilidade clínica e sem necrose extensa.
- c) Reparar a perfuração por toracotomia, com sutura primária do esôfago associada a reforço tecidual (pleura, músculo intercostal ou diafragma), drenagem mediastinal e pleural, antibiótico e suporte intensivo.
- d) Esofagectomia subtotal com esofagostomia cervical e gastrostomia de alimentação, indicada principalmente em perfurações tardias (>24–48h), com mediastinite grave ou necrose difusa.
- e) Apenas drenagem pleural ampla e antibioticoterapia, postergando abordagem do esôfago até estabilização clínica completa.

Questão 44

Homem de 61 anos, dor epigástrica e melena. Submetido a duas endoscopias com injeção de adrenalina e terapia térmica, mantendo instabilidade hemodinâmica e queda progressiva da hemoglobina. A endoscopia documentou úlcera duodenal posterior com sangramento em jato. Não há radiologia intervencionista imediata disponível. Qual a melhor abordagem agora?

- a) Nova tentativa endoscópica avançada, utilizando clipe over-the-scope associado a agente hemostático tópico (ex.: pó hemostático), visando evitar laparotomia.
- b) Gastrectomia distal (antrectomia) associada à vagotomia troncular e reconstrução Billroth II, como estratégia definitiva para doença ulcerosa hemorrágica refratária.
- c) Laparotomia de urgência com duodenotomia, ligadura da artéria gastroduodenal no leito da úlcera e piloroplastia (Heineke–Mikulicz), podendo associar vagotomia conforme contexto.
- d) Balonamento esofagogástrico (Sengstaken–Blakemore) como medida temporária de tamponamento até estabilização clínica.
- e) Tratamento conservador em UTI com reposição volêmica, transfusão e inibidor de bomba de prótons em dose plena, reavaliando em 24 horas

Questão 45

Mulher de 41 anos, doze meses após bypass gástrico em Y de Roux (RYGB), apresenta episódios recorrentes de dor abdominal pós-prandial em cólica, náuseas e vômitos. Tomografia de abdome mostra sinal de “mesenteric swirl” e deslocamento das alças, sem obstrução franca. Entre crises, há melhora parcial. Qual a conduta recomendada?

- a) Conduta conservadora com antieméticos, analgesia e orientações dietéticas, já que não há obstrução intestinal definida.
- b) Realizar trânsito intestinal contrastado; se o exame for negativo, descartar hérnia interna como causa dos sintomas.
- c) Indicar laparotomia exploradora apenas diante de sinais de perfuração ou pneumoperitônio evidente.
- d) Indicar laparoscopia diagnóstica/terapêutica precoce, com redução do intestino herniado e fechamento dos defeitos mesentéricos (Petersen e mesentérico da entero–enteroanastomose).
- e) Solicitar endoscopia digestiva alta para avaliar estenose ou úlcera marginal na anastomose gastrojejunal.

Questão 46

Homem de 63 anos, portador de neoplasia esofagogástrica, perdeu 18% do peso em 2 meses. Internado em UTI após controle de sepse, iniciou nutrição enteral. Exames mostram fósforo 2,0 mg/dL, potássio 3,1 mEq/L, magnésio 1,4 mg/dL. Nas primeiras 24–48 horas houve queda adicional do fósforo e edema periférico. Qual a conduta correta neste cenário?

- a) Aumentar rapidamente a oferta calórica para reverter o estado catabólico e prevenir sarcopenia.
- b) Suspender totalmente a nutrição por cerca de uma semana, reiniciando em aporte pleno após reposição eletrolítica.
- c) Manter o aporte atual, tratando apenas os sintomas de sobrecarga hídrica com diuréticos.
- d) Reduzir a taxa de infusão, corrigir ativamente fósforo, potássio e magnésio, administrar tiamina antes e durante a nutrição e progredir de forma gradual conforme tolerância.
- e) Substituir a dieta enteral por glicose endovenosa exclusiva, como forma de aporte calórico inicial para evitar proteólise

Questão 47

Mulher de 52 anos, múltiplas ressecções por isquemia mesentérica, com jejunostomia e remanescente de 100–120 cm de delgado, sem cólon em continuidade. Apresenta diarreia de alto débito e dependência de nutrição parenteral domiciliar. Evolui com desnutrição progressiva, apesar de medidas clínicas e farmacológicas otimizadas (antissecretores, dieta enteral gradual, suporte especializado). Qual a próxima etapa preferencial?

- a) Indicar transplante intestinal isolado de forma imediata, já que há dependência de nutrição parenteral.
- b) Manter nutrição parenteral exclusiva por tempo indeterminado, sem novas intervenções, até que complicações exijam transplante.
- c) Ressecar segmentos dilatados para reduzir trânsito e melhorar absorção, mesmo com risco adicional de encurtar ainda mais o intestino.
- d) Realizar derivação externa de alça para pele com intuito de reduzir pressão luminal e facilitar controle de débito.
- e) Avaliar possibilidade de restabelecer continuidade com cólon, e considerar técnicas de alongamento intestinal (STEP/Bianchi) em centro de referência antes de transplante.

Questão 48

Homem de 57 anos, dor abdominal progressiva há 36 horas. TC de abdome: trombose da veia mesentérica superior, espessamento difuso de delgado, sem pneumoperitônio nem necrose transmural evidente; pequena quantidade de líquido livre. Lactato discretamente elevado. Sem sinais de peritonite. Sem sangramento ativo. História de trombofilia familiar em investigação. Qual a conduta inicial mais adequada?

- a) Antibioticoterapia de amplo espectro e observação clínica isolada, visto que não há necrose estabelecida.
- b) Laparotomia exploradora precoce com ressecção de alças suspeitas e tromboectomia venosa, independentemente da ausência de peritonite.
- c) Trombólise endovascular dirigida por cateter como primeira linha obrigatória em todo caso de trombose mesentérica, associada ou não à anticoagulação.
- d) Jejum absoluto prolongado, nutrição parenteral total e reavaliação clínica/laboratorial em 72 horas, sem anticoagulação inicial.
- e) Anticoagulação plena imediata, investigação de fatores pró-trombóticos; considerar trombólise endovascular dirigida ou laparotomia apenas se piora clínica ou sinais de necrose.

Questão 49

Homem de 84 anos, portador de DPOC grave (oxigenoterapia domiciliar), fração de ejeção de 30% e internado em UTI por choque séptico secundário a colecistite aguda calculosa. Exame físico: Murphy positivo, dor em hipocôndrio direito. TC: vesícula distendida com cálculos, espessamento parietal e coleções perivesiculares iniciais, sem sinais de perfuração livre. Em uso de antibiótico de amplo espectro e noradrenalina em dose moderada. Qual a conduta inicial mais apropriada neste contexto?

- a) Colecistectomia laparoscópica imediata, para controle definitivo da fonte.
- b) Colecistostomia percutânea, associada a antibiótico, com planejamento de colecistectomia definitiva quando otimizado.
- c) Antibióticoterapia exclusiva por 7–10 dias, sem drenagem inicial, visto que não há perfuração franca.
- d) Drenagem biliar endoscópica transmural (EUS–guiada) como primeira opção, por ser menos invasiva que o acesso percutâneo.
- e) Observação clínica em UTI por 24 horas para avaliar estabilidade antes de qualquer intervenção.

Questão 50

Mulher de 36 anos apresenta dor recorrente em hipocôndrio direito, icterícia intermitente e três episódios prévios de colangite. Colangio-RM evidencia dilatação fusiforme difusa do colédoco, compatível com cisto de colédoco tipo I (Todani), sem litíase intra-hepática. Considerando o risco aumentado de complicações e colangiocarcinoma, qual é a conduta cirúrgica mais apropriada?

- a) Derivação bilioentérica com anastomose colédoco-duodenal, visando simplificar o escoamento biliar.
- b) Esfínterectomia endoscópica por CPRE, com intuito de aliviar sintomas e prevenir novos episódios de colangite.
- c) Ressecção completa de todo o ducto biliar extra-hepático, associada a hepático-jejunostomia em Y de Roux.
- d) Conduta expectante com acompanhamento clínico e ultrassonográfico periódico, reservando cirurgia apenas para recorrência sintomática.
- e) Ressecção parcial do segmento dilatado do colédoco associada à colecistectomia, mantendo o restante da via biliar.